

TỔNG QUAN VỀ VÔ CẢM VÀ HỒI SỨC TRONG CẤP CỨU SẢN KHOA

Gs. LÊ MINH ĐẠI

*Chủ nhiệm bộ môn GMHS Trung Tâm Đào Tạo & Bồi Dưỡng Cán Bộ Y Tế
Nguyên chủ tịch hội GMHS TP. HCM*

Bs. TRƯƠNG QUỐC VIỆT

Trưởng khoa PT – GMHS – BV Từ Dũ

2. ĐỐI TƯỢNG CẦN ƯU TIÊN TRONG CẤP CỨU SẢN KHOA

- Cấp cứu thai nhi có thể chiếm hàng đầu.
- Các mức độ cấp cứu:
 - Tuyệt đối: thời gian chuẩn bị: < 10 phút
 - Tương đối: thời gian chuẩn bị cho phép: >10phút.
- Thấy thuốc gây mê: phải là người có kinh nghiệm. Không giao phó cho KTV, học viên tập sự vì có liên quan đến hai sinh mệnh: mẹ và thai nhi.

1. MỞ ĐẦU

- Cấp cứu sản khoa: phức tạp, đa dạng, không phải lúc nào cũng dự kiến được dễ dàng, chính xác, kịp thời.
- Phẫu thuật sản khoa quyết định hình thức và mức độ cấp cứu.
- Người gây mê chọn phương pháp vô cảm, đáp ứng thích hợp yêu cầu của phẫu thuật viên. Do đó, cần phải có kiến thức cơ bản về cấp cứu sản khoa.

3. CHỌN LỰA CÁC PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM, TƯƠNG ỨNG VỚI CÁC LOẠI PHẪU THUẬT KHÁC NHAU

- 3.1 Chiến thuật "Gây tê ngoài màng cứng phòng ngừa" có tầm quan trọng đặc biệt trong các phương pháp vô cảm, giúp đáp ứng thích hợp yêu cầu mức độ cấp cứu sản khoa (ngoại trừ những chống chỉ định nhất định).
- 3.2 Trong phẫu thuật mổ lấy thai: Các mức độ cấp cứu khác nhau là điều kiện để chọn phương pháp vô cảm.
 - 3.2.1 Mức độ cấp cứu bằng thời gian từ khi có quyết định đến lúc bắt thai nhi.

3.2.2 Định nghĩa chưa thỏa đáng vì chưa đề cập đến tương lai của thai nhi.

Thích hợp hơn, nên phân chia các mức độ cấp cứu trong phẫu thuật "mổ lấy thai" tùy theo nguyên nhân.

3.2.2.1 Suy thai cấp: là hậu quả của thiếu oxy thai nhi, bất luận do cơ chế nào. Cần phải bắt thai nhi cấp cứu, thời hạn từ 5 – 15 phút, tùy theo nguyên nhân.

- Một số biện pháp đơn giản khác giúp tăng PO₂ trong trường hợp lưu lượng máu tử cung - nhau giảm: cho mẹ thở O₂ 4 – 6 lít/phút. Tư thế mẹ: nằm nghiêng sang trái để hạn chế hội chứng chèn ép chủ - của. Hoặc: tư thế Trendelenburg để phục hồi lưu lượng máu tử cung - nhau (trường hợp dây rốn bị chèn ép). Cuối cùng: đỡ đẩy mạch máu và/ hoặc dùng các thuốc co mạch là mục tiêu cơ bản, vì lưu lượng máu tử cung - nhau hoàn toàn phụ thuộc vào HA động mạch của mẹ.

▪ **Trên bình diện vô cảm:**

- Nếu đã đặt trước một cathéter NMC dự phòng, đến khi cần, chỉ cần tiêm 20ml Lidocaine 2% (+ Adrenaline 1/200.000), sau thời gian từ > 4 phút 30 đến < 12 phút (tối đa), đã đạt được yêu cầu giảm đau phẫu thuật.
- Nếu không áp dụng chiến thuật vô cảm dự phòng, gây mê toàn thân là bắt buộc → nhiều biến chứng do gây mê có thể xảy ra.
- Một số biện pháp điều trị giúp thay đổi chỉ định phẫu thuật tối cấp thành cấp cứu trì hoãn: beta cường giao cảm, Trinitine... tránh được gây mê toàn thân.

▪ **Cho dù gây tê hay gây mê:** thuốc sử dụng và liều lượng bắt buộc phải khác biệt so với mổ theo chương trình. Nếu không, suy thai cấp sẽ nặng thêm lên. Ví dụ:

- Trong gây mê: không làm giảm CO₂ mẹ do tăng thông khí, thiếu O₂ giải phóng nhiều Catécholamines do giảm đau không tốt. Hoặc: duy trì gây mê bằng các thuốc Halogénés, nồng độ < 1 CAM, không kết hợp N₂O với O₂.
- Trong gây tê: Bupivacaine (pKa cao) tích lũy cho thai nhi (trường hợp nhiễm toan). Adrenaline làm giảm lưu lượng tử cung - nhau (nhiễm độc thai nghén).

▪ **Thao tác nhẹ nhàng trên tử cung và thai nhi mới là các yếu tố quan trọng.**

3.2.2.2 Sa dây rốn:

Tần xuất: 0,15 – 0,4% trong sinh đẻ. Nếu dây rốn sa thật sự, kèm theo cổ tử cung không dẫn nở hoàn toàn, phải mổ lấy thai.

3.2.2.3 Đa thai:

- Tần xuất: Sinh đôi: 1% các trường hợp sinh đẻ
Sinh ba: 0,1% các trường hợp sinh đẻ.
- Tùy thuộc:
 - Sinh đẻ và tuổi tác của người mẹ, vùng địa dư...
 - Trong thời kỳ mang thai: thay đổi nhiều về hô hấp, tim mạch.
- Với thai nhi: Nhiều biến chứng: sinh non, khuyết tật bẩm sinh, đa ối, xoắn hoặc sa dây rốn, ngôi nghịch. Tỷ lệ tử vong gấp 4 – 6 lần sinh đẻ bình thường.

3.2.2.4 Tiền sản giật

- Cơ chế bệnh sinh
 - Bắt đầu từ tam cá nguyệt thứ hai của thai kỳ, do sự khiếm khuyết về tưới máu cho nhau thai.
 - Những bất thường nhận thấy trong nhau thai bản chất đều do thiếu tưới máu, biểu hiện dưới dạng nhồi máu nhau thai, lớn hoặc nhỏ, hoặc hoại tử từng ổ các buồng nhung mao – nhau với lắng đọng fibrine.

– Với mẹ: Võ màng ối sớm, chuyển dạ kéo dài, sản giật, chảy máu trước hoặc sau khi sanh

– Phải mổ lấy thai hoặc đỡ sanh bằng dụng cụ với tỷ lệ cao.

▪ Trên bình diện vô cảm (cho cả hai trường hợp nêu trên)

- Chỉ định tối ưu: “Gây tê ngoài màng cứng dự phòng”
- Nếu không có gây tê ngoài màng cứng hoặc chống chỉ định: Gây tê tủy sống nhanh bằng Bupivacaine 0,5% tăng trọng (2ml = 10mg) + 2,5mcg Sufentanyl.
- Trong các trường hợp khác: Gây mê toàn thân, nội khí quản qua miệng, đôi khi phải cần đến thuốc mê Halogénés, nồng độ cao.

Hậu quả của thiếu tưới máu nhau – thai:

- Sản sinh các gốc oxy tự do, peroxydes và nhất là mỡ.
- Tăng tỷ lệ tế bào thoái hóa
- Sản xuất các yếu tố tham gia trực tiếp vào cơ chế bệnh sinh của hội chứng, nhất là chất: “yếu tố phát triển nội mô mạch máu” (vascular endothelial growth factor: VEGF), là một glycoprotéine do nhau sản xuất, gây trở ngại cho lưu thông mạch máu, dẫn đến hiện tượng đông máu. Thiếu oxy kích thích sản xuất VEGH, đồng thời làm giảm Prostacycline và NO. Trong máu sản phụ tiền sản giật có rất nhiều VEGH.

▪ **Triệu chứng:**

Ở mẹ:

➢ **Lâm sàng:**

- Tăng HA $\geq 160 / \geq 110$ mmHg
- Phù đột ngột: mặt, 2 bàn tay
- Tăng cân nhanh
- Triệu chứng do tăng HA: đau đầu, ù tai, rối loạn thị giác (mù thoáng qua), ngủ gà, ngủ gật, đau thắt vùng thượng vị
- Lượng nước tiểu ít: $< 400\text{ml}/24$ giờ
- Phản xạ gân xương rất nhạy.

▪ **Biến chứng:**

Ở mẹ:

- Con động kinh
- Máu tụ sau nhau
- Hội chứng HELLP
- ...

Ở thai nhi:

- Thiếu dưỡng nặng
- Đẻ non +++
- Chết lưu trong tử cung

➢ **Sinh vật học:**

Máu

- Acid uric >350 micromol/l
- Créatinine >100 micromol/l
- Số lượng tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$
- Hématocrite $> 38\%$
- ASAT – ALAT tăng
- Bilirubine $> 20\text{mg/l}$

Nước tiểu:

- Albumine >3 g/l

Ở thai nhi:

- Giảm nhịp tim thai
- Giảm Doppler rốn
- Đường biểu diễn tăng trưởng dút đoạn

▪ **Điều trị:**

➢ **Thể vừa, xuất hiện trong thời kỳ thai nghén:**

- Khi huyết áp $> 150/90$ mmHg
- Tư thế nằm nghiêng
- Điều trị thông thường bằng các thuốc: thuốc hạ áp: Aldomet, hoặc Trandate – Tenormin - Adalate.

> **Thể nặng:**

- Nhỏ giọt tĩnh mạch Albumine 4% - Ringer Lactate
- Thuốc chống tăng huyết áp: Loxen. Không nên hạ huyết áp <140 – 150/ 90 – 100 mmHg
- Nếu thiếu niệu: Furosemide, hoặc Dopamine liều thấp (theo yêu cầu)
- Ngăn ngừa cơn động kinh: Benzodiazepine (Midazolam – Rivotril). Nếu cần: Thiopental
- Đặt nội khí quản (qua miệng) – Thông khí nhân tạo – SO_4Mg : TB – TM (10g / TB – 5g/ TM).

> **Chỉ định – Thuận lợi – Bất lợi:**

- **Gây tê vùng:** cho các trường hợp tăng HA ổn định. Tuy nhiên, trong các trường hợp nặng và mất cân bằng, tai biến không ổn định HA cũng như gây mê. Giúp tránh được các cơn cao HA khi đặt đèn soi khí quản và đặt NKQ qua miệng. Khó chọc ống sống vì phù nề quan trọng. Làm bộc lộ một trạng thái giảm thể tích, dẫn đến hạ HA, tương ứng với diện bị phong bế (ngăn ngừa: nằm nghiêng trái + Ringer Lactate hoặc Albumine 4% - Ephédrine khi cần – Nồng độ thuốc tê yếu).
- **Gây mê:** Khi có chống chỉ định gây tê
Mổ bắt thai nhi khẩn cấp
Sản giật

▪ **Các phương pháp vô cảm:**

- > Trong giai đoạn chuyển dạ: Gây tê ngoài màng cứng (T10 – T8), ngoại trừ: RLDM hoặc giảm tiểu cầu (chống chỉ định tuyệt đối)
- > Vô cảm trong phẫu thuật mổ lấy thai:
 - Gây tê ngoài màng cứng thích hợp hơn gây tê tùy sống
 - Phương pháp gây tê lý tưởng: Gây tê tùy sống + ngoài màng cứng, nhưng ít thực hiện, để có biến chứng
 - Nếu bắt buộc phải gây mê: các tai biến có thể xảy ra (đặt NKQ khó, cơn cao HA kịch phát lúc khởi mê → phù phổi cấp, chảy máu não).

Khó khăn:

- ❖ Đặt NKQ khó (do phù nề) hoặc gây chảy máu nếu có rối loạn đông máu.
- ❖ Nguy cơ tăng HA nghiêm trọng lúc khởi mê.

Cần:

Cho bệnh nhân ngủ sâu, dẫn cơ tốt - Gây tê hầu họng (Lidocaine) – Fentanyl – Đặt nội khí quản nhẹ nhàng nếu có cơn cao HA: Loxen 0,5 – 1mg TM.

3.2.2.5 Ngưng tim: Có thể xảy ra trong giai đoạn chuyển dạ, trong lúc khởi mê, do nhiều nguyên nhân khác nhau. Cấp cứu theo phác đồ ngưng tuần hoàn – hô hấp.

➢ Để thực hiện động tác ấn bóp tim ngoài lồng ngực có hiệu quả, cần phải:

- Đặt tư thế mẹ nằm nghiêng sang trái: +++
- Chống rung tim, Adrenaline, đặt NKQ và thông khí nhân tạo: như bình thường, nhưng thời gian hồi sức không > 5 phút, nếu không hiệu quả, cần mổ lấy thai khẩn cấp, ngay cả khi vừa mới chết tức thì (post – mortem immediat).

- Trong quá trình cấp cứu, cần theo dõi chặt chẽ tim thai

➢ Không phải tiến hành bất cứ một phương pháp vô cảm nào cả.

3.3.2 Bắt thai nhi bằng dụng cụ: 14% trẻ em ra đời bằng Forceps, do thai không tiến triển hoặc chậm, có hay không suy thai cấp kèm theo.

➢ Các khả năng vô cảm có thể tiến hành:

- Phong bế thần kinh thẹn bằng 10ml Lidocaine mỗi bên, qua đường xuyên âm đạo hoặc xuyên tầng sinh môn, đủ để giảm đau.
- Nếu có sẵn cathéter NMC: 10ml Lidocaine 2% + 5mcg Sufentanyl
- Nếu không có sẵn cathéter NMC và không có chống chỉ định: gây tê tủy sống bằng 2ml (10mg) Bupivacaine 0,5% tăng trọng + 2,5mcg Sufentanyl.
- Các trường hợp khác: gây mê toàn thân, đặt NKQ (qua miệng)

3.3 Vô cảm trong các trường hợp cấp cứu sản khoa khác

3.3.1 Kiểm tra tử cung để sổ thai nhân tạo: Tấn xuất:

1% trong sinh đẻ. Thông thường phải thám sát tử cung bằng tay. Kỹ thuật vô cảm:

- Phát triển gây tê ngoài màng cứng đã đặt sẵn bằng 10ml Lidocaine 2% + Sufentanyl (5mg).
- Nếu không có sẵn cathéter NMC, không chảy máu đáng kể: gây tê tủy sống bằng 2ml (10mg Bupivacaine 0,5% tăng trọng) + 2,5mcg Sufentanyl.
- Trong các trường hợp khác gây mê toàn thân, chỉ đặt NKQ (qua miệng) nếu có chảy máu quan trọng hoặc cần thiết phải tái tạo cổ tử cung và âm đạo kèm theo kiểm tra tử cung.

3.3.3 Ngồi mông: Tấn xuất: 2 – 3% các trường hợp sinh đẻ, thay đổi tùy theo tuổi thai nghén. Nếu giai đoạn chuyển dạ suôn sẻ, sinh đường thấp, trạng thái trẻ sơ sinh cũng như đẻ ngồi đầu. Nhưng nếu có: suy thai cấp, sa dây rốn hoặc đầu không lọt, có thể làm thay đổi thái độ xử trí ban đầu. Cả khả năng vô cảm có thể thực hiện theo ưu tiên:

- Gây tê NMC dự phòng là tốt nhất.
- Nếu không: gây tê tủy sống (nếu không có chống chỉ định)
- Gây mê toàn thân, đặt NKQ (qua miệng) trong các trường hợp khác.

4. CHẢY MÁU TRONG SẢN KHOA

4.1 Là nguyên nhân hàng đầu, gây tử vong trong sản khoa, với tỷ lệ cao (28 – 38%).

- Xác định chảy máu trong khi đẻ rất khó, vì máu còn trong tử cung hoặc trộn lẫn với nước ối.
- Để chẩn đoán được sớm: lưu sản phụ tại phòng sanh (2 giờ), liên tục theo dõi HA, tần số tim, màu sắc da, niêm mạc, sờ nắn tử cung để đánh giá độ co hồi, đo lượng máu mất qua âm đạo.

4.2.2 Sốt nhau:

Tần xuất: 1% các trường hợp sanh đẻ. Sốt hoàn toàn hay từng mảnh, đều phải kiểm tra lại. Yếu tố thuận lợi: sẹo tử cung, nạo thai, nhiễm trùng, nhau thai bất thường: accreta, increta, percreta, nhau tiền đạo. Tần xuất tăng trong mổ tử cung bất thai nhi, thường kèm theo chảy máu quan trọng.

4.2.3 Tổn thương khuôn sản sinh dục:

Tổn thương cổ tử cung, âm đạo hay tầng sinh môn gây chảy máu kéo dài, mặc dầu tử cung co hồi tốt và kiểm tra buồng tử cung trống. Nguyên nhân: đẻ forceps, đẻ nhanh quá, cố gắng rặn đẻ khi cổ tử cung còn chưa dẫn hoàn toàn, rách tầng sinh môn.

4.2 Nguyên nhân thực thể:

4.2.1 Đờ tử cung:

Tần xuất: 2 – 5% các trường hợp sanh đẻ theo đường thấp. Yếu tố thuận lợi: đẻ nhiều lần, tử cung căng quá mức (đa ối, đa thai, thai khổng lồ), nội xoay thai, giai đoạn chuyển dạ kéo dài, ngừng sớm thuốc Oxytocin, giao thoa thuốc (thuốc mê gốc Halogéné, kích thích beta, MgSO₄), tiến căn bệnh lý rối loạn đông máu, thường kết hợp với sốt nhau. Trên lâm sàng, đôi khi triệu chứng nắn tử cung thấy mềm, chiều cao tăng dần qua các lần khám khác nhau do tử cung đầy máu, dễ tuồng nhảm với độ co hồi tốt.

4.2.4 Tử cung lộn ngược:

Thường xảy ra trên một tử cung bị dò, hoặc do kéo quá mạnh trên dây rốn, hoặc do áp lực của bụng trên tử cung. Phẫu thuật viên cần lộn lại ngay lập tức và ngăn ngừa liệt tổn dư bằng Oxytocin.

4.2.5 Mổ lấy thai:

Trong trường hợp khẩn cấp với các bối cảnh: chảy máu, nhiễm độc thai nghén, không kiểm soát được giai đoạn đẻ, tiến căn bệnh lý rối loạn đông máu, béo bệu. Đặc biệt: trong trường hợp nhau tiền đạo, đường rạch tử cung đi ngang qua nhau, gây chảy máu dữ dội, hoặc máu tụ sau nhau kết hợp với rối loạn đông máu.

4.3 Định hướng vô cảm – hồi sức:

Cần nhanh chóng bù đắp thể tích lưu hành đúng mức qua hai đường truyền TM cổ lớn.

- Nhanh chóng triển khai gây mê toàn thân
- Thái độ xử trí sản khoa hợp lý, phù hợp với tình hình khẩn trương do các nguyên nhân khác nhau gây ra.

4.5 Những rối loạn bất thường về đông máu

- Hội chứng đông máu rải rác nội mạch.
- Yếu tố khởi phát: thường thấy trong trường hợp máu tụ sau nhau hoặc nhiễm độc thai nghén.

Trên thực hành: chẩn đoán hội chứng đông máu rải rác nội mạch cần tiến hành nhanh, nhưng chắc chắn. Chỉ cần làm các xét nghiệm đơn giản để có được kết quả < 1giờ, và các XN phối hợp có độ tin cậy chẩn đoán cao nhất.

4.4.2 Hội chứng đông máu rải rác nội mạch

Có thể phát triển đến tiêu sợi huyết thứ phát, biểu hiện bằng: số liệu tiểu cầu rất thấp và D-dimères tăng (sản phẩm hóa giải đặc hiệu của tiêu hủy Fibrine: > 0,5 ng/l).

❖ Đặc điểm:

- Lâm sàng: máu chảy không đông, dai dẳng, nhận thấy ở đường sinh dục, dưới da, ở các điểm chọc kim, niêm mạc. Đôi khi: trạng thái sốc, tổn thương các tạng do nhồi máu vi tuần hoàn.
- Xét nghiệm sinh vật học: là chủ yếu để phát hiện hội chứng.
 - ✓ Fibrine máu giảm < 2g/l, đôi khi chỉ còn 0,5 g/l (cần nghĩ đến tiêu sợi huyết thứ phát mạnh)
 - ✓ Số lượng tiểu cầu giảm ($50 \cdot 10^9/\text{mm}^3$)
 - ✓ Thời gian Quick và TCK kéo dài (thường > 2 lần so với chúng)
 - ✓ Các yếu tố của phức hợp Prothrombine (II, V, VII, X, đặc biệt yếu tố V)

Nghiệm pháp Von Kaulla <120 phút. Cần phân biệt với tiêu sợi huyết nguyên phát: số lượng tiểu cầu không giảm, sản phẩm hóa giải Fibrine (PDF) rất cao, D-dimères hầu như bình thường. Nghiệm pháp Von Kaulla (thời gian tiêu Euglobuline) có độ nhạy rất cao: < 3 phút.

4.4.3 Bệnh lý đông máu do pha loãng:

Có thể thấy trong các trường hợp mất máu quan trọng.

Nguyên nhân:

- Giảm các yếu tố đông máu là cơ bản. Nói chung, các yếu tố đều giảm, nhiều nhất là các yếu tố V, VIII, Fibrinogène. Số lượng tiểu cầu giảm nhanh và nhiều.
- Hoặc do pha loãng máu ở các vị trí tổn thương, kết hợp với hội chứng đông máu rải rác nội mạch, và tác dụng của Citrate trong các khối hồng cầu lắng, huyết tương tươi hoặc khối tiểu cầu.

Dùng thuốc:

- Oxytocin (Syntocinon) – Tĩnh mạch trung tâm, rồi tiếp theo bằng bơm tiêm điện – Liều lượng: 0,1 – 0,2 UI/Kg (bolus) - Duy trì: 0,1 – 0,2 UI/Kg/giờ.
- Ergometrine (Methergin): Trường hợp không đáp ứng với Oxytocin. Liều lượng: 1 ống (0,2mg). Đường vào duy nhất: tiêm bắp. Chống chỉ định: HA cao nghiêm trọng, bệnh lý mạch máu tắc nghẽn, u tử cung, trạng thái nhiễm khuẩn, quá mẫn cảm với các dẫn xuất của lúca mạch hoặc phối hợp với kháng sinh nhóm Macrolides.

5. Điều trị chảy máu trong sản khoa:

Bước 1:

- Kiểm tra buồng tử cung, số nhau nhân tạo
- Nếu chắc chắn buồng tử cung trống, không có tổn thương mà máu vẫn chảy, cần kiểm tra đường sinh dục, dưới gây mê tốt hơn gây tê
- Xoa bóp trên thành bụng để kích thích tử cung

- Sulprostone (Prostaglandine E2 – Nalador) ống 1 ml, hàm lượng 500 mcg. Tác dụng thứ phát: gây dẫn mạch, giảm sức cản mạch máu hệ thống. Kết hợp với bù thể tích do mất máu không đúng mức, dẫn đến hạ huyết áp nghiêm trọng. Vì thế ít sử dụng.
- Misoprostol (Prostaglandine E1 – Cytotec): ít hoặc không gây tác dụng thứ phát như Nalador, với liều lượng thường dùng 4 – 6 viên/ 200 mcg. Đặt hậu môn uống vì có thể dự kiến gây mê (dạ dày còn đầy) và tác dụng (đau đầu, chóng mặt, nôn mửa)

Bước 2:

Nếu không khống chế được chảy máu, phải nhanh chóng chỉ định biện pháp lấp động mạch qua da. Kỹ thuật đòi hỏi thầy thuốc Xquang chuyên khoa mạch máu có nhiều kinh nghiệm. Kết quả tốt: 90 – 100% theo y văn khác nhau, đặc biệt trong các trường hợp: đờ tử cung, tổn thương khuôn sản sinh dục, nhau thai accreta, percreta...

Bước 3:

Nếu không thực hiện được biện pháp lấp động mạch qua da, cần phải dự kiến: thắt động mạch hạ vị hoặc cắt bỏ tử cung để cầm máu.

6.2 Khắc phục trạng thái giảm thể tích cho mẹ

- Dịch truyền: NaCl 0,9% - Ringer Lactate
- Gelatine lỏng cải tiến
- H.E.A : chưa đạt A.M.M cho phép
- Dextrans: chống chỉ định tuyệt đối
- Glucose 5%: không dùng để bù đắp thể tích.

Nếu cần với mục đích ngăn ngừa hạ đường huyết cho mẹ: không nên quá 5g Glucose cho một sản phụ/giờ (tức 120 ml Glucose 5%/ giờ)

6.3 Các sản phẩm từ máu:

- Khối HC lắng
- Huyết tương tươi đông lạnh
- Khối tiểu cầu
- Fibrinogène

6.Kỹ thuật hồi sức

6.1 Nguyên tắc:

- Giữ sản phụ tại phòng sinh ít nhất > 2 giờ và theo dõi chặt chẽ
- Mọi phương tiện điều kiện để khám xét và hồi sức sơ bộ phải luôn sẵn sàng.
- Khi cần đưa nhanh bệnh nhân lên phòng mổ, có thấy thuốc GMHS nhiều kinh nghiệm.

6.4 Các thuốc chống tiêu sợi huyết

- Sử dụng trong trường hợp chảy máu dai dẳng, nghiêm trọng hoặc chiếm ưu thế. (thời gian tiêu Euglobuline < 30 phút). Thuốc: Aprotinine (Iniprol, Antagosan, Tralysol). Thuốc có tác dụng ức chế Plasmine trực tiếp, làm giảm hiện tượng mất Fibrinogene. Tuy nhiên, trong sản khoa, tiêu sợi huyết cấp tính phản ứng quá mức, có thể gây tai biến chảy máu.
- Liều dùng ban đầu: Aprotinine 1 lọ 50ml (500.000 UIK hay 12.500 UAP)
- Liều duy trì: 1 lọ 50ml / 6 giờ cho đến khi hết hội chứng chảy máu.
- Đường vào cơ thể: TM là thích hợp, không vượt quá 5 ml/phút vì có thể gây nôn mửa.

6.5 Phức hợp các yếu tố đông máu P.P.S.B: có thể gây tắc mạch

6.6 Các khối kháng Thrombine lỏng: Trong trường hợp có sốc phổi hợp với bệnh lý đông máu rải rác nội mạch cấp, tỏ ra có lợi ích. Liều tải: 1.500 – 2.000 đơn vị/bolus. Tiếp theo: 500 – 1.000 đơn vị/ 24 giờ cho đến khi đạt được yêu cầu bình thường. Có tác giả sử dụng: 3.000 UI/ 24 giờ.

– Heparine: Sử dụng thận trọng trong hội chứng đông máu rải rác nội mạch sản khoa, trong hoặc sau mổ, xảy ra tức thì. Có thể không hiệu quả lại dẫn đến chảy máu nặng hơn.

1. Ngộ độc thuốc tê

1.1 Ngộ độc trung ương

Đầu tiên xuất hiện chóng mặt, chệnh choáng, mơ màng, rối loạn tri giác, ù tai, vi kim loại trong miệng, nôn, cứng quanh miệng. Rung giật tứ chi hoặc ở mặt, láy mắt. Nhanh chóng chuyển sang co giật sau các triệu chứng ban đầu. Mơ màng tiến triển đến mất tri giác

BIẾN CHỨNG CỦA GÂY TÊ VÙNG (quanh tuỷ sống)

Gs. Lê Minh Đại

Nồng độ thuốc tê gây tê gây ngộ độc trung ương:

4- 5 mcg/ml (Lidocain)

2- 3 mcg/ml (Bupivacain)

Nồng độ thuốc tê gây co giật trung ương: 22 mcg/ml (lidocain)

Nồng độ thuốc tê gây hôn mê sau ngay từ đầu + truy tìm mạch + không có co giật, tử vong do ngừng thở : liều cao hơn

1.2 Ngộ độc tim

Do tiêm nhầm Bupivacain và Lidocain vào mạch máu. Đầu tiên xuất hiện nhịp tim nhanh hoặc rung thất. Bupivacain gắn trên các sợi Purkinje lâu hơn Lidocain, gây rối loạn dẫn truyền kéo dài. Bupivacain phong bế các kênh Ca^{++} mạnh hơn Lidocaine. Lidocaine phối hợp với các thuốc ức chế Ca^{++} (thường dùng trong sản khoa) gây rối loạn dẫn truyền và suy sụp cơ tim. Ropivacaine ít có độc tính đối với tim hơn.

1.3 Biện pháp để phòng:

Chọc ống sống đúng đường giữa, chờ xem có máu hồi lưu bất thường không, nghiệm pháp hút, liều thử (dose – test) thường quy trước mỗi lần tiêm thuốc, thay đổi vị trí chọc kim nếu có nghi ngờ.

2.3 Nôn, mửa, an thần: Kín đáo

2.4 Bí tiểu: Thông tiểu

2.5 Tác dụng thứ phát của Morphinique trong gây tê quanh tủy sống: Phục hồi dễ dàng bằng naloxone, liều thấp (40 – 400mcg TM) hoặc bằng một thuốc chủ vận – đối vận (Nalbuphine 5 – 20mg TM). Sau khi sinh, thuốc Naltrexone (6mg), dưới dạng viên và tác dụng kéo dài, dùng thuận lợi hơn.

2. Ngộ độc thuốc Morphinomimétiques

2.1 Hạ huyết áp:

- Do giảm nồng độ catécholamines lưu hành (đáp ứng với giảm đau)
- Tai biến suy hô hấp: Hiếm xảy ra đối với các Morphiniques tan trong dầu (Fentanyl, Sufentanyl). Với Morphine: Có thể nhưng không đáng kể

2.2 Ngứa: Điều trị bằng Propofol (10mg TM – có thể lập lại 1 lần, nếu cần) tốt hơn là Drogéridol.

3. Hạ huyết áp:

Gây tê ngoài màng cứng có lợi hơn gây tê tủy sống vì sự hình thành phong bế ít đột ngột hơn, tác động đến huyết động lực chừng mực hơn. Giảm đau trong giai đoạn chuyển dạ sanh đòi hỏi phải phong bế $>T_{10}$, gây liệt giao cảm ít rộng hơn như trong mổ lấy thai ($>T_4$), do đó tụt huyết áp không nặng nề.

Tuy nhiên, cần phải để phòng bằng:

- Đổ đầy mạch máu (20ml/kg dịch tinh thể không có Glucose)
- Tư thế thích hợp (tránh chèn ép hệ động mạch chủ bụng và các vùng liệt giao cảm xuống thấp)
- Sử dụng Ephédrine, cường giao cảm α và β gián tiếp phục hồi tiền gánh mà không làm giảm lưu lượng máu tử cung - nhau.
- Nâng cao các chi dưới và cho thở Oxy khi huyết áp hạ.

4. Phong bế dưới màng cứng và gây tê toàn bộ:

- Do kim tiêm hoặc cathéter di chuyển bất ngờ vào dưới màng nhện hoặc dưới màng cứng. Hậu quả: Diện tê rất rộng, phong bế vận động, chủ yếu là các cơ thể, kể cả cơ hoành, gây ngừng thở, huyết áp tụt nghiêm trọng, mất tri giác nếu thuốc tê vào não và cuối cùng ngừng tim.
- Gây tê ngoài màng cứng để mổ lấy thai có biến chứng nghiêm trọng nhất bởi lượng thuốc tê sử dụng rất lớn. Nếu chỉ để giảm đau trong giai đoạn sanh thì khả năng biến thành gây tê toàn bộ không nhiều, do lượng thuốc tê ít hơn, tuy nhiên vẫn phải theo dõi chặt chẽ.

- Khi có nhịp tim chậm xuất hiện: Nhanh chóng sử dụng Atropine.
- Phényléphrine (Néosynéphrine 20 - 100mg và Méthoxamine là các thuốc chủ vận α , có thể gây giảm lưu lượng tử cung - nhau, gây tăng nhịp tim và co thắt mạch vành.
- Nếu huyết áp hạ <100mmHg hoặc >30% so với mức trước gây tê, có thể gây tác hại cho mẹ và thai nhi, nhất là khi kéo dài >4 phút, hậu quả dẫn đến ngừng tim mẹ và/hoặc thai nhi

Gây tê ngoài màng cứng ở khoảng liên đốt sống có màng cứng đã bị rách cần phải hết sức thận trọng để tránh cho màng cứng không bị rách lần thứ 2, và catheter có thể qua dưới màng cứng hay dưới màng nhện.

Gây tê tủy sống để mổ lấy thai sau khi đã gây tê ngoài màng cứng không thành công (màng cứng đã bị rách), có thể sẽ dẫn đến biến chứng gây tê toàn bộ. Cơ chế: dịch não tủy bị giảm do lỗ thủng gây quá liều tương đối trong tủy sống, và ổ dịch quanh màng cứng gây chèn ép khoảng dưới nhện từ ngoài vào.

Biện pháp phòng ngừa gây tê toàn bộ: Dùng liều thử: trong sản khoa, liều thử tăng trọng (30 – 50mg Lidocaine 1,5% tăng trọng) được cho là liều thử chọn lọc trong nhiều trường hợp. Phải có thời gian quan sát (3 - 5 phút) trước khi bắt đầu tiêm thuốc tê, hoặc tiêm lặp lại.

Gây tê toàn bộ là một hiện tượng đột ngột, chỉ xảy ra trong vài phút sau khi tiêm thuốc. Phải tiến hành cấp cứu:

- Đặt sản phụ ở tư thế thích hợp.
- Thở Oxy qua mặt nạ, đặt nội khí quản khẩn cấp.
- Đổ đầy mạch máu + Ephédrine (liều lượng tùy theo chỉ số huyết áp)
- Mổ lấy thai.

Thời gian để chấm dứt gây tê toàn bộ phải mất từ 1 – 3 giờ

Thời gian xuất hiện các triệu chứng muộn (sau khi tiêm thuốc từ 5 – 45 thậm chí 90 phút) phải mất từ 2 – 6 giờ mới chấm dứt phong bế.

Điều trị:

Hỗ trợ hô hấp tùy theo yêu cầu. Không nhất thiết phải đặt ống nội khí quản (trừ trường hợp nếu $SpO_2 < 95\%$ mặc dù đã cho thở Oxy qua mặt nạ 100%), hoặc ngăn ngừa hội chứng hít (nếu bệnh nhân mất phản xạ nuốt hoặc không nói được (chỉ nói thì thắm)).

5. Cần phân biệt gây tê toàn bộ (kim tiêm hoặc catheter đã qua màng nhện) và phong bế dưới màng cứng:

Giữa màng cứng và màng nhện có một khoảng khuếch tán, catheter ngoài màng cứng có thể chui vào được. Chẩn đoán lâm sàng không phải dễ. Các đặc điểm có tính khu biệt gọi: Phong bế cảm giác rất rộng, không đồng đều, hoặc từng đám theo hình bàn cờ, huyết áp hạ vừa phải, suy hô hấp không nặng nề như trong trường hợp gây tê toàn bộ.

6. Chống hạ huyết áp

Ngừng tuần hoàn: Do tiêm thuốc tê vào mạch máu mà không biết hoặc phong bế lan rộng hoặc hạ huyết áp không kiểm soát, ngừng tuần hoàn xảy ra ở sản phụ rất khó điều trị. Ngoại trừ độc tính của Bupivacaine đối với cơ tim còn có hiện tượng chèn ép hệ mạch chủ gây trở ngại cho dòng máu tĩnh mạch trở về và khó khăn cho động tác ấn bóp tim.

Mặt khác tuần hoàn tử cung – nhau có một mạng mạch với lưu lượng lớn, sức cản kém, đòi hỏi phải phục hồi hậu gánh có hiệu quả, cũng như lưu lượng vành thích hợp. Thai nhi thiếu Oxy do đó phải dùng nhiều thuốc. Vì vậy, nếu điều trị không đáp ứng ngay từ đầu, cần phải mổ lấy thai khẩn cấp (không >5 phút).

Một số các yếu tố khác có thể làm cho ngừng tuần hoàn xuất hiện sớm hơn: Nhiễm khuẩn nặng nhưng không biết hoặc không điều trị, hệ giao cảm bị liệt do gây tê ngoài màng cứng, lấp mạch do nước ối...

8. Để kết luận: Gây tê ngoài màng cứng và gây tê tủy sống đặc biệt thích hợp cho giảm đau trong giai đoạn chuyển dạ đẻ và vô cảm trong các phẫu thuật, thủ thuật sản khoa, vì dễ điều khiển mức độ, cũng như diện và thời gian vô cảm, dễ dung nạp cho mẹ cũng như thai nhi, tuy nhiên không phải không có các biến chứng và tai biến.

Một số thông tin sau đây của y văn nước ngoài đã chứng minh cho nhận xét này:

– Ở Anh: Từ 1973 – 1988: 9 trường hợp tử vong trong gây tê ngoài màng cứng sản khoa.

7. Trên đây là những biến chứng cấp tính, có thể gây tử vong cho sản phụ và thai nhi trong thời gian ngắn, cần phải ngăn ngừa và hồi sức khẩn cấp khi xảy ra. Ngoài ra, còn có các biến chứng muộn khác như:

Sớm:

- Đau đầu do màng cứng bị rách sau gây tê
- Tổn thương các dây thần kinh, mù lòa thoáng qua, co giật, máu tụ dưới màng cứng trong hộp sọ.

Muộn:

- Đau đầu, đau ½ đầu (migraine), đau cột sống cổ: trong nhiều tháng, thậm chí nhiều năm (23% các trường hợp)

– Ở Mỹ: Theo tác giả HanKins, từ 1979 – 1990: tử vong mẹ có liên quan đến gây tê vùng trong sản khoa tỷ lệ 1/4 (33/129) trong đó gây tê ngoài màng cứng chiếm 70%. Hai nguyên nhân chính gây tử vong: độc tính của thuốc tê và diện phong bế lan rộng (chiếm 51% và 36% của các trường hợp tử vong do gây tê)

Cũng theo báo cáo trên: 106/129 tử vong (82%), xảy ra trong trường hợp mổ lấy thai, trong đó gây mê chiếm 16,7 lần nhiều hơn gây tê. Cụ thể: 32,3% do gây mê và 1,9% tử vong do gây tê/1.000.000 trường hợp mổ lấy thai, trong thời gian từ 1985 – 1990.

Ngoài ra, còn có nhiều biến chứng khác của gây tê vùng quanh tủy sống trong sản khoa cũng được nhiều báo cáo đề cập đến, như:

- Tổn thương về thần kinh
- Thủng màng cứng
- Ngộ độc thuốc tê
- Gây tê toàn bộ hoặc cao
- Ngừng tim
- Liệt - Đau lưng, thất lưng
- Abscess và máu tụ ngoài màng cứng
- Sốc phản vệ

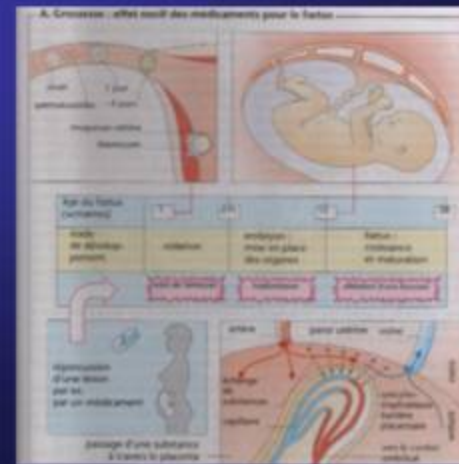
Nói chung: Từ 1990 - 1991 (trên 103.113 gây tê ngoài màng cứng) tỷ lệ tai biến nói chung = 1/1000 trường hợp

Tài liệu tham khảo:

1. Diemus - H.Gros - R.Schaeffer
Complications de l'anesthésie péridurale en obstétrique (73 - 94). Conférences d'actualisation 1997. S.F.A.R
2. Philippe Dailland & coll.
Complications des analgésies loco - régionales (126 - 135) Anesthésie obstétricale - 2003 - Arnette edit.)

SỬ DỤNG THUỐC VÀ THAI KỲ

Bs. TRƯƠNG QUỐC VIỆT



I. SỰ PHÁT TRIỂN CƠ QUAN BÀO THAI

NĂO	18 – 40 ngày
TIM	18 – 40 ngày
MẮT	24 – 40 ngày
CHI	24 – 36 ngày
CƠ QUAN SINH DỤC NAM	45 – 70 ngày
CƠ QUAN SINH DỤC NỮ	40 – 150 ngày

Nguyên nhân gây ra sự phát triển bất thường của thai nhi

Di truyền	20%
Sai lệnh nhiễm sắc thể	3-5%
Nguyên nhân khác	
Tia xạ	<1%
Nhiễm trùng	2-3%
Chuyển hóa	1-2%
Thuốc và hóa chất	3%
Không rõ nguyên nhân	65-70%

Thuốc bổ

Vitamin C:

Liều cao: bệnh Scorbut tăng nhu cầu vit C ở trẻ sơ sinh.

Trẻ thiếu G6PD -> tán huyết.

Thuốc khỏe:

Coramin chống chỉ định.

Thuốc bổ

Vitamin A:

Trẻ em có thể dùng 100.000 UI từ 3 đến 6 tháng

Thai kỳ dùng liều trên 10.000 UI/ngày -> sẩy thai, dị dạng hệ thần kinh, dị dạng hệ tim mạch, sút môi, lạc chỗ tuyến ức.

Vitamin D:

Nhu cầu 400 UI.

Liều cao: Hẹp van ĐM chủ, bệnh thận, trẻ chậm phát triển.

II. PHÂN LOẠI THUỐC SỬ DỤNG TRONG THAI KỲ THEO FDA

NHÓM	NHÓM NGUY CƠ KHI SỬ DỤNG	Ý NGHĨA LÂM SANG
A	Đã có những nghiên cứu có đối chứng trên người, không cho thấy có tác dụng phụ có hại hay nguy cơ nào trên thai phụ và thai nhi ngay cả trong 3 tháng đầu thai kỳ.	Không có bằng chứng gia tăng nguy cơ trên thai nhi trên động vật hay người.
B	Các nghiên cứu trên động vật đã chứng minh không có ảnh hưởng trên phôi, nhưng chưa có các nghiên cứu đối chứng qui mô trên người. Hoặc nghiên cứu trên động vật cho thấy có ảnh hưởng trên thai nhưng các nghiên cứu có đối chứng trên người cho thấy không có nguy hại nào trên thai nhi.	Thường là đã chứng minh được tính an toàn trên thú vật nhưng dữ liệu trên người vẫn còn chưa đủ.

NHÓM	NHÓM NGUY CƠ KHI SỬ DỤNG	Ý NGHĨA LÂM SÀNG
C	Nghiên cứu cho thấy có khả năng gây quái thai và chết phôi của động vật thử nghiệm, nhưng chưa có nghiên cứu đối chứng trên phụ nữ mang thai hay chưa có nghiên cứu về ảnh hưởng trên thai cả ở động vật và người.	Thường là có bằng chứng về tác dụng gây sẩy thai hoặc bất thường trên phôi ở thú vật, nhưng chưa có đủ dữ liệu trên người.
D	Đã có bằng chứng rõ ràng trên người về nguy cơ trên thai nhi. Tuy nhiên một vài trường hợp bệnh rất nặng, có nguy cơ đe dọa tánh mạng, thuốc nhóm này vẫn có thể dùng cho dù có nguy cơ (nếu các thuốc an toàn hơn đều không dùng được).	Thường là có bằng chứng về tác dụng gây sẩy thai hoặc bất thường trên phôi ở người mang thai, nên phải cân nhắc kỹ khi dùng.

Thalidomide: chống nôn, an thần (1957-1962) gây dị dạng khoảng 12.000 thai nhi (DOROSZ-1999). Dị dạng tay chân, dị dạng mạch máu não, cơ quan sinh dục, tử vong thai nhi.

Ức chế Calci -> dị dạng hệ tim mạch.

Tác dụng phụ: phù chi dưới

Aldomet: an toàn (COCKBURN).

Digoxin: qua nhau thai và nồng độ thuốc trong máu của thai nhi sẽ bằng nồng độ thuốc của máu mẹ.

NHÓM	NHÓM NGUY CƠ KHI SỬ DỤNG	Ý NGHĨA LÂM SÀNG
X	Các nghiên cứu khẳng định thuốc gây bất thường trên thai cả ở thú vật và người, không dùng cho thai kỳ, trong bất kỳ tình huống nào.	Tuyệt đối không dùng cho thai phụ trong bất kỳ tình huống nào.

Sử dụng thuốc trong 3 tháng đầu -> có thể gây dị dạng .

3 tháng giữa, 3 tháng cuối -> nhiễm độc thai.

Trong thời gian chuyển dạ -> hội chứng lệ thuốc.

Khi có thai cung lượng tim tăng. Albumin trong máu mẹ giảm -> lượng thuốc tự do tăng -> tác dụng thuốc tăng.

Ảnh hưởng của Oestrogene làm hạn chế bài tiết mật (cholestase), những thuốc bài tiết qua đường mật sẽ thải trừ chậm -> nồng độ thuốc trong máu tăng

- Thuốc thông thường:

+ Vitamin A liều cao

* Dị dạng hệ thần kinh: Đầu nước.

* Tim mạch: Tử chứng fallot, chuyển vị đại động mạch, thân chung đại động mạch

* Tuyến ức: lạc chỗ, thiếu năng

+ Lợi tiểu: Hypothiazide, lasix →dị dạng hệ thống tim mạch, giảm khối lượng tuần hoàn

- Thuốc băng độc:

THUỐC AN THẦN

HYPNOSEDATIFS	Cat.	1 ^o	2 ^o	3 ^o	Lac.
• BENZODIAZEPINES					
ALPRAZOLAM	D	N	O	N	N
BROMAZEPAM	D	N	O	N	N
CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	D	N	O	N	N
CHLORDIAZEPOXIDE	D	N	O	N	N
CLOBAZAM	D	N	O	N	N
DIAZEPAM	D	N	O	N	N
LORAZEPAM	D	N	O	N	N
LORMETAZEPAM	D	N	O	N	N
MIDAZOLAM	D	N	O	N	N
NITRAZEPAM	D	N	O	N	N
OXAZEPAM	D	N	O	N	N
PRAZEPAM	D	N	O	N	N
TEMAZEPAM	D	N	O	N	N
TRIAZOLAM	D	N	O	N	N
FLUMAZENIL	D	O	O	O	O

+ An thần:

Thalidomide thập niên 60 → dị dạng tay chân

Diazepam (Seduxen): Thai chậm phát triển trong tử cung, thoát vị bẹn, bệnh lý tim bẩm sinh

+ Dùng trong GMHS cấp cứu với một chỉ định sử dụng nghiêm ngặt trong thai kỳ

DIURETIQUES

	Cat.	1 ^o	2 ^o	3 ^o	Lac.
• THIAZIDIQUES					
BENDROFLUMETHIAZIDE	D	N	N	N	O
CHLORTALIDONE	D	N	N	N	O
HYDROCHLOROTHIAZIDE	D	N	N	N	O
INDAPAMIDE	D	N	N	N	O
METOLAZONE	D	N	N	N	O
• DE L'ANSE					
BUMETANIDE	C	N	N	N	O
FUROSEMIDE	C	N	N	N	O
TORASEMIDE	C	N	N	N	O
• EPARGNANT LE POTASSIUM					
AMILORIDE	B	O	O	O	O
SPIRONOLACTONE	D	N	N	N	O
TRIAMTERENE	D	N	N	N	O

Ảnh hưởng của thuốc với bào thai:

- 3 tháng đầu: Dị dạng (Malformation)
- 3 tháng giữa-3 tháng cuối: Nhiễm độc thai (Embriotoxique)

bromure de rocuronium

PRESENTATION

- Ampoules de 5 ml diluées à 10 mg (20 mg/ml)
- Ampoules de 10 ml diluées à 100 mg (10 mg/ml)

INDICATIONS

- Adjuvant de l'anesthésie pour tout acte chirurgical nécessitant une paralysation d'apnée totale.
- Permet l'administration contrôlée et continue de doses élevées.
- Adaptation chirurgicale au respirateur.

POSOLOGIE

Dose d'action : 0,5-1 mg
Dose d'entretien : 0,1-0,2 mg

DOSE ET

- Dose d'induction : 0,6 - 1,0 mg/kg (0,6-1,0 mg/ml) (dose d'entretien : 0,1 mg/kg)
- Dose d'entretien : 0,15 mg/kg (0,15 mg/ml) toutes les 15 à 20 minutes.
- Période : 5 à 40 minutes.

INFANT au-dessus de 1 an : cf. adulte, mais le dose d'action et la dose d'entretien sont plus faibles, pour l'administration continue se référer au chapitre de l'adulte.

CONTRA-INDICATIONS des doses chez le sujet âgé : insuffisance hépatique ou rénale sévères et diabète.

CONTRE-INDICATIONS

- Absence de matériel de ventilation ou d'administration positive d'oxygène.
- Antécédents d'hypersensibilité à l'émerson®.
- Dépendance au fléthane d'halométhane.

RELATIVES

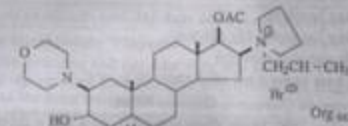
- Myasthénie (absence de test hématocritique à l'émerson®).
- Insuffisance rénale.
- Insuffisance hépatique.
- Diabète, ischémie cardiaque, insuffisance hépatique, collérite, etc.

Thuốc dẫn cơ:

Rocuronium bromide (Emerson)

Sử dụng từ 1990, thuốc nhóm steroid. Liều ED05 = 0,5 mg/kg đạt được một khi quán sau 90 giây. Với liều 2 ED05 đạt được sau 60 giây. Thời gian tác dụng lâm sàng từ 30 - 40 phút. Liều duy trì 0,15 mg/kg. Liều rõ giờ đúng từ 5 - 10 mg/kg/1 phút. Trẻ em từ 1 - 14 tuổi dùng liều như người lớn. Không với người già, bệnh gan, bệnh thận, dùng liều thấp hơn. Không dùng cho người có mẫn cảm với benzid, có thai. Thải trừ qua gan là chính.

Trình bày: ống 5ml hàm lượng 50 mg
ống 10 ml hàm lượng 100 mg



Hình 30.18. Emerson

III. TÁC ĐỘNG CỦA THUỐC

Bonati 1990 nghiên cứu 82525 sản phụ nhận thấy rằng từ 80 - 100% sản phụ dùng từ 3 - 11 loại thuốc trong thai kỳ: Sắt, giảm đau, chống viêm, chống acid dạ dày

A. Thai kỳ:

Tác động giai đoạn phân tử

- Androgène: Điều trị suy tủy, ung thư vú → phù thai nhi, nam hóa bé gái
- Beta bloquant → Nhịp tim thai chậm, hạ đường huyết thai nhi.

Tác động trong các giai đoạn hình thành cơ quan nội tạng: → có thể ngăn ngừa tử dẫn xuất của thuốc

a) Thời điểm dùng thuốc:

TD: Codein: Điều trị ho:

- + 3 tháng đầu thoát vị bẹn, dễ trật khớp háng, cấu tạo bất thường bộ máy tim mạch, hô hấp
- + 3 tháng giữa: bất thường bộ máy tiêu hóa.
- + 3 tháng cuối: sử dụng trong lúc chuyển dạ: Suy hô hấp thai nhi, suy nhược hệ thần kinh TW

c) Biết chắc chắn ảnh hưởng đến thai nhưng vẫn phải dùng để điều trị.

- + Dihydan: Dị dạng mặt, microcephalie. Tuy nhiên uống thuốc trong suốt thời gian mang thai thì ảnh hưởng với thai ít hơn là không dùng thuốc
- B. Nuôi con bằng sữa mẹ:

b) Tính thấm qua màng nhau:

- + Trọng lượng phân tử >1000 dalton không qua được màng nhau, <600 dalton qua nhau dễ dàng.
- + Tiểu đường type II dùng sulfamide (gliclaride) dị dạng gấp 3 người bình thường.
- + Insulin 5800 dalton không qua được nhau
- + Heparin
- + Thuốc giãn cơ

IV. THUỐC KHÁNG SINH

- 1) Betalactamin, Macrolide, polypeptides dùng được trong thai kỳ
- 2) Aminoglycoside : TK VIII, Gentamycin yếu thần kinh cơ, tác dụng hiệp đồng sulfate de magnésie
Thời kỳ cho con bú có thể sử dụng được vì thuốc không hấp thu qua đường tiêu hóa. Kiểm tra chức năng thận khi có chỉ định điều trị.
- 3) Tetracycline : Chậm phát triển xương, bệnh lý răng, mẹ teo gan, vàng da

- 4) Chloramphenicol: Suy tủy ở mẹ, Graysyndrom: truy tim mạch. Suy tủy thai nhi nếu nuôi con bằng sữa mẹ.
- 5) Nitrofuratuin: Điều trị nhiễm trùng tiểu, thường không dùng hai tuần cuối của thai kỳ vì gây tán huyết ở thai nhi thiếu G6PD
- 6) Sulfamide: Còn ống động mạch, vàng da sơ sinh
Thời kỳ cho con bú: tăng bilirubin trong mang thai
- 7) Vancomycin: Độc tính tai thai nhi
- 8) Quinolon: Tổn thương màng sụn khớp thai nhi, không dùng trong cả thời kỳ có thai và cho con bú

V. RƯỢU, THUỐC LÁ, MA TÚY

- 1) Rượu: 8% phụ nữ có thai người Anh uống rượu. Nghiên cứu uống >80 gam alcohol/tuần, 6 ly rượu vang/ngày có nguy cơ cho thai: Bé giảm cân, bất thường ở mắt, thần kinh.
- 2) Hút thuốc lá: Ảnh hưởng đến thai mức độ tùy theo số lượng hút.
50% mẹ hút thuốc có con < 2500 gam
Băng huyết, huyết tụ sau nhau, ối vỡ sớm, thai chết trong tử cung

- 9) Metronidazole: Qua sữa mẹ nên không dùng được trong thời kỳ cho con bú
- 10) Thuốc kháng nấm (Griséofulvin, fluconazole): Chống chỉ định vì gây dị dạng bào thai ở loài vật. Amphotericin B, Nistatin dùng được.

- 3) Ma túy: Pethidin: Thoát vị bẹn

Cocain: tăng tỷ lệ sẩy thai, huyết tụ sau nhau, bé: ảnh hưởng đến hệ thần kinh

LSD: Dị dạng tay, chân

Heroin: Thai chậm phát triển trong tử cung, dọa sanh non, tiền sản giật, hội chứng phụ thuộc thuốc của thai nhi lúc sanh (ngưng thuốc đột ngột sau sanh → thai có thể chết). Lúc sanh em bé phải được BS dưỡng nhi chăm sóc

III. BƯỚU GIÁP VÀ THAI KỲ

1. **Bướu giáp:** Từ tuần 12 thai kỳ tuyến giáp bào thai tổng hợp iode.

Quý 3 thai kỳ tế bào nang giáp có khả năng tự điều chỉnh với iode.

Trong quý 3 tế bào tuyến giáp nhạy cảm với iode.

Iode giảm -> bướu giáp

Iode tăng -> ức chế chức năng tuyến giáp.

Khuyến cáo: không dùng Iode cho người mẹ trong 3 tháng cuối thai kỳ kể cả đường dùng ngoài da (Betadine)

Thai nhi thường nuốt Hormon giáp trạng trong nước ối nên mẹ dùng ^{131}I điều trị ung thư TG -> suy giáp trẻ con.

Điều trị: L-thyroxin uống ngừa suy giáp

Thyroïde/parathyroïde	Cat	1 ^{er}	2 ^o	3 ^o	lac
Extrait thyroïdien	A	O	O	O	O
Levothyroxine	A	O	O	O	O
Antithyroidiens					
Carbimazol (Néomercazol)	D	O	O	O	N
Propylthiouracile	D	O	O	O	N
Hormone parathyroïdienne					
Calcitonine	B	O	O	O	O

Iode qua nhau dễ.

TSH không qua nhau. T3, T4 qua nhau ít.

2. Cường giáp

Điều trị nội khoa. Nếu muốn điều trị ngoại khoa cũng phải uống thuốc điều trị trước khi mổ để ngừa cơn bão giáp.

Cường giáp mẹ không điều trị -> thai cường giáp.

Chẩn đoán: Mạch >180 lần/phút (Robinson)

-> trẻ chậm phát triển

T3, T4 trong nước ối tăng.

Nếu điều trị quá kháng giáp tổng hợp -> suy giáp

Đo BCTC, xét nghiệm máu cường rốn.

IV. LAO

Bệnh lao nếu không điều trị -> lao thứ phát.

Antituberculeux	Cat	1 ^{er}	2 ^o	3 ^o	lac
Acide P-Aminosalicilyque	C	N	N	N	N
Ethambutol	B	O	O	O	O
Isoniazide	C	O	O	O	N
Pyrazinamide	C	N	N	N	N
Rifampicine	C	O	O	O	N
Streptomycine	D	N	N	N	N

Rifampicine dùng trong những tuần cuối thai kỳ nên dùng thêm Vit K1 cho mẹ và kể cả bé mới sinh

V. NIÊM TRÙNG ĐƯỜNG TIÊU

	Cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e
Betalactamines	B	0	0	0
Cephalosporines	B	0	0	0
Nitroxoline (Nibiol)	B	0	0	0
Nitrofuratoin	B	0	0	N

2 tuần cuối thai kỳ **KHÔNG** sử dụng vì dễ gây tán huyết ở trẻ thiếu men G6PD.

Mictasol bleu -> **KHÔNG** (vì làm giảm xung huyết vùng chậu)

Ức chế bơm proton	Cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Omeprazole	B	0	0	0	N
Bảo vệ niêm mạc dạ dày					
Bismuth	B	0	0	0	0
Sucralfate	B	0	0	0	0
Thuốc chống nôn					
Metoclopramide (Primpéran)	B	0	0	0	0
Domperidone	B	0	0	0	0
Scopolamine	B	0	0	0	0
Kháng Histamin					
Promethazin (Phenergan)C	N	0	N	0	
Chống thụ thể 5-HT3					
Ondansetron	C	N	N	N	N

VI. THUỐC DÙNG CHO ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

1. Thuốc điều trị dạ dày

Antacides	Cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Aluminium hydroxyde	C	0	0	0	0
Aluminium Phosphate	C	0	0	0	0
Lysin	C	0	0	0	0
Magnésium carbonate	C	0	0	0	0
Magnésium hydroxyte	C	0	0	0	0
Chống thụ thể H₂					
Cimetidine	B	0	0	0	0
Ranitidine (Zantac)	B	0	0	0	0

Promethazin -> gây dị dạng hệ tim mạch
-> gây suy hô hấp lúc sanh

2. Thuốc điều trị tiêu chảy:

Thuốc trị tiêu chảy	Cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Attapugite	C	0	0	0	0
Charbon vegetal	A	0	0	0	0
Làm chậm nhu động ruột					
Loperamide (Imodium)	B	0	0	0	0
Băng niêm mạc đường tiêu hóa					
Smecta		0	0	0	0

3. Thuốc điều giun sán:

Taenia

Tredemine (niclosamide 2v x 2 lần sáng lúc đói dùng thuốc cách nhau 1 giờ). Những thuốc khác đều chống chỉ định.

Ascaris

Lévamisol 1 -2 viên sau ăn. Những thuốc khác là chống chỉ định.

Oxyurose (giun kim)

Povanyl 1 muỗng café cho 10 Kg cân nặng. Lập lại 3 tuần một lần.

Dextromethorphan -> tăng huyết áp, vật vã, rung nhĩ cầu.

Chlorpheniramin : tăng nhiệt độ, thay đổi huyết áp, loạn nhịp tim kịch phát, nếu không điều trị có thể ngừng tim ở người nhạy cảm.

Năm 2002 khoa HSCC BV Bạch Mai cấp cứu 14 bệnh nhân dùng thuốc cảm cúm. Lý do đau đầu, chóng váng, chóng mặt , buồn nôn, khó thở, đau ngực.

Giun móc

Chỉ điều trị sau khi sanh do thuốc điều trị chống chỉ định trong thai kỳ

VII. THUỐC GIẢM ĐAU HẠ SỐT:

Rhumenol, Decolgen, Decolsin, Medicoldac

Tá dược:

PhenylPropanolamin kích thích alpha giải phóng Noradrenalin gây tăng huyết áp , loạn nhịp, đau ngực, buồn nôn.

Mức an toàn 25 mg.

Medicoldac: 75mg, Contact: 50mg

	Cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Acide Acetylsalicylique	D	N	N	N	N
dose thérapeutique	D	N	N	N	N
dose "cardio"	C	O	O	O	O
Paracetamol	B	O	O	O	O
Indometacine	D	N	O	N	O
Ketoprofene (Profénid)	D	N	O	N	N
Diclofenac (voltarène)	D	N	O	N	O/N
Piroxicam (feldene)	D	N	N	N	N

Aspirin và thuốc chống viêm ức chế tổng hợp prostaglandine có thể gây ra đóng sớm kênh động mạch, gây tăng áp động mạch phổi nguyên phát và gây chuyển dạ kéo dài.

VIII. THUỐC AN THẦN: Chống chỉ định.

Barbituriques	cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Phenobabirtal	D	N	O	O	N
-> Theo dõi RLDM và giảm Bạch cầu thai nhi.					
Meprobamate	D	N	N	N	N
Benzodiazepines					
Diazepam	D	N	O	N	N
Midazolam	D	N	O	N	N

XI. HORMON

Progesterone không gây dị dạng thai. Dùng được trong thai kỳ.

Androgène và những dẫn xuất chống chỉ định

- **Distilbène** gây ung thư âm đạo bé gái khi mẹ sử dụng trong 3 tháng đầu thai kỳ (chống chỉ định từ 1971 tại Mỹ)

Antigonadotrophines	cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Danazol	X	N	N	N	N
Gestrinone	X	N	N	N	N

IX. THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH

Thuốc chống động kinh gây dị dạng thai gấp 3 lần ở người không dùng thuốc. Khi dùng kết hợp nhiều thuốc thì nguy cơ đối với thai tăng lên.

Dihydan: bất thường về mặt, microcéphalie.

Dépakine: không làm đóng ống thần kinh.

X. THUỐC GÂY MÊ

Halothane độc cho gan ở mẹ, và gây sẩy thai với những người tiếp xúc thường xuyên với thuốc.

Protoxyde d'azote (N₂O) ở nồng độ trên 75% gây dị dạng hệ thống tim mạch và sẩy thai.

XII. THUỐC CHỐNG DỊ ỨNG

Polaramin có thể sử dụng được trong 3 tháng giữa thai kỳ. 3 tháng cuối có thể gây suy hô hấp lúc sanh.

XIII. CORTICOIDES

Trong 3 tháng đầu thai kỳ để đưa đến sức môi, chẻ vòm, dùng lâu dài gây suy võ thượng thận.

XIV. BỆNH LÝ HÔ HẤP

Long đàm	Cat	1er	2e	3e	lac
Acetylcystein	B	0	0	0	0
Corticoides					
BeclomethaZone	C	0	0	0	0
Prednisone	B	0	0	0	0
Prednisolone	B	0	0	0	0
Beta₂					
Salbutamol	B	0	0	0	0
Terbutaline	B	0	0	0	0

XV. TIỂU ĐƯỜNG

Tiểu đường	Cat	1er	2e	3e	lac
Insuline	A	0	0	0	0
Metformin	D	N	N	N	N
Glibenclamide (daonil)	D	N	N	N	N
Gliclazide (diamicon)	D	N	N	N	N

Nhóm Xantine	Cat	1er	2e	3e	lac
Aminophylline	C	0	0	0	0
Theophylline	C	0	0	0	0

Thai kỳ ảnh hưởng đến hen. Hen phế quản bình thường trở lại 3 tháng sau sanh. Hen thường nặng lên cuối thai kỳ do giảm hormon Progesterone. Hen được cải thiện tốt do Progesterone hay Corticoide. Hầu hết thuốc trị hen phế quản đều ở nhóm **C**. Corticoide dạng hít ít ảnh hưởng đến thai nhi.

XVI. THUỐC CHỐNG ĐÔNG

	Cat	1er	2e	3e	lac
Heparine	C	0	0	0	0
Acenocoumarol (sintrom)	X	N	N	N	N
Coumadine (warfarine)	X	N	N	N	N

3 tháng đầu: bất thường về mũi, dị dạng mắt, vùng hầu, dị dạng tim mạch, tử vong

3 tháng cuối: dị dạng thần kinh trung ương: xuất huyết

XVIII. VACCINS

Vaccins à base de virus atténués	Cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Fievre jaune	D	N	O	O	O
Oreillons	X	N	N	N	N
Poliomyélite (Sabin)	X	N	N	N	N
Rougeole	X	N	N	N	N
Rubeole	X	N	N	N	O
Varicelle	X	N	N	N	N
Variole	X	N	N	N	N
Vaccins à base de virus inactives					
Grippe	A	O	O	O	O
Hépatite virale A & B	C	O	O	O	O
Poliomyélite (Salk)	A	O	O	O	O
Rage	C	O	O	O	O

• Ở người phụ nữ mang thai việc chủng ngừa do người thầy thuốc phân tích giữa cái lợi và hại để có một quyết định đúng. Không nên đưa vào cơ thể những vi trùng hay virus còn sống.

Vaccin sử dụng được:

Vaccin chống uốn ván vừa bảo vệ người mẹ và chống uốn ván rốn ở những nước còn đang phát triển. Có thể tiêm vào 3 tháng cuối thai kỳ.

Vaccin ngừa bại liệt thuốc chích: loại virus bất động (Salk lépine)

Vaccins bactériens	Cat	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	lac
Cholera	C	O	O	O	O
Coqueluche	C	N	N	N	N
Meningocoque	C	O	O	O	O
Pneumocoque	C	O	O	O	O
Tuberculose (BCG)	C	N	N	N	N
Typhoïde i.m.	C	N	N	N	N
Vaccins à base de toxoïdes					
Diphthérie	B	N	N	N	N
Tétanos	A	O	O	O	O

Vaccin ngừa cúm: sử dụng được. Có lợi cho những sản phụ bị viêm phế quản mãn, bệnh lý mãn tính. Lý do là bệnh cúm làm cho bào thai bị teo lại và sẩy thai.

Vaccin viêm gan B: là virus bất động không nguy hiểm dùng được.

• Loại vaccin dùng virus còn sống: chống chỉ định

Vaccin Sabin loại uống: nguy cơ nhiễm bệnh cao

Anti rubeole sởi, đậu mùa, : chống chỉ định.

Bạch hầu, thương hàn, ho gà: chống chỉ định vì có thể gây sốt cao

BCG: không có chỉ định trong thời gian mang thai.

Vaccin ngừa quai bị : không dùng

Vaccin ngừa dại, ngừa dịch tả, : có thể sử dụng.

Viêm màng não A và C: có thể sử dụng trong những vùng bị dịch.

Loại chụp		Liều
Răng		0.0001 Gy
Phổi		0.0001 Gy
Bụng không sửa soạn	Thẳng	0.001 Gy
	Nghiêng	0.004 Gy
Hông		0.005 Gy
Cột sống thắt lưng		0.004 Gy
UIV		0.007 Gy

Để tránh ảnh hưởng tia, những chỉ định nên thực hiện trong 10 ngày đầu của chu kỳ kinh.

XIX. TIA VÀ PHÓNG XẠ

Ảnh hưởng lên thai. Thời gian: trứng thụ tinh và làm tổ. Luật "tout ou rien". Trong thời gian hình thành cơ quan phóng xạ mức độ 0.05 Gy gây dị dạng. Trên 0.05 Gy gây sang thương trầm trọng. Dưới 0.05 Gy ít ảnh hưởng, trong thời gian thai phát triển ít bị nguy cơ dị dạng nhưng tăng nguy cơ ung thư.

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN



BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG MỔ LẤY THAI TRÊN SẢN PHỤ CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH

- ↳ **Chủ nhiệm đề tài:**
Bs. TRƯƠNG QUỐC VIỆT
- ↳ **Thực hiện:**
Bs. NGUYỄN THỊ HỒNG VÂN
Bs. NGUYỄN NGỌC TRINH
Bs. TẠO TUẤN KIỆT

1

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

↳ Mục tiêu tổng quát

Đánh giá hiệu quả tê ngoài màng cứng sau mổ lấy thai trên bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nặng tại khoa PTGMHS bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ ngày 01/01/2005 đến ngày 30/06/2006.

3

ĐẶT VẤN ĐỀ

- ↳ Sản phụ có bệnh lý tim mạch thì việc thay đổi sinh lý làm nặng lên tình trạng bệnh lý của mẹ và cũng ảnh hưởng xấu đến con.
- ↳ Phương pháp vô cảm góp phần quan trọng giúp bệnh nhân vượt qua cuộc phẫu thuật và trong vấn đề chăm sóc hậu phẫu.
- ↳ TNMC trên sản phụ có bệnh lý tim mạch đã được thực hiện tại các nước từ lâu. Tại Bệnh viện Từ Dũ, TNMC trong phẫu thuật phụ khoa đã thực hiện, nhưng chưa có nghiên cứu nào trên thai phụ có bệnh lý tim mạch, nên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này.

2

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

↳ Mục tiêu chuyên biệt

1. Khảo sát biến chứng nội khoa sau mổ.
2. Tìm tỉ lệ bệnh nhân xuất viện và chuyển viện.

4

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

- ↓ **Thiết kế nghiên cứu**
Báo cáo các trường hợp bệnh.
- ↓ **Đối tượng nghiên cứu**
Danh số mục tiêu
Các sản phụ được mổ lấy thai có bệnh lý tim mạch tại Bệnh viện Từ Dũ.
Danh số nghiên cứu
Các sản phụ được mổ lấy thai có bệnh lý tim mạch nặng (NYHA II, III, IV) được gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Từ Dũ.

5

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

- ↓ **Phương pháp chọn mẫu:**
 - **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**
Sản phụ có bệnh lý tim mạch (NYHA II, III, IV) có chỉ định mổ lấy thai
Không có chống chỉ định của gây tê ngoài màng cứng.

7

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

- ↓ **Cỡ mẫu:**
Tất cả các sản phụ mổ lấy thai có bệnh lý tim mạch được gây tê ngoài màng cứng trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu

8

NYHA (New York Heart Association)

- NYHA I: Bệnh tim không gây giới hạn những hoạt động bình thường.
- NYHA II: Bệnh tim có gây giới hạn nhẹ những hoạt động bình thường.
- NYHA III: Bệnh tim gây giới hạn nhiều đến hoạt động của bệnh nhân.
- NYHA III: Bệnh tim gây giới hạn hoàn toàn đến hoạt động của bệnh nhân.

9

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

■ Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng.

Các trường hợp suy tim do bệnh lý mạch máu như cao huyết áp, các rối loạn nhịp tim mà không có bệnh tim thực thể.

Sản phụ có bệnh lý tim mạch NYHA I

Hạn chế về mặt kỹ thuật

9

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

↓ Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 10.0 và Microsoft Excel.

11

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

↓ Các bước tiến hành thu thập số liệu

• Sản phụ có bệnh lý tim mạch được theo dõi, điều trị bệnh tại phòng hồi sức khoa PT – GMHS BV Từ Dũ.

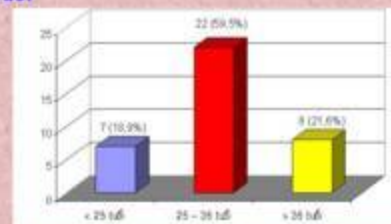
• Thu thập số liệu bằng cách ghi nhận hồ sơ, và hỏi bệnh nhân về tiền sử bệnh.

• Theo dõi trong thời gian điều trị tại khoa, ghi nhận các biến chứng (nếu có) điển vào bảng thu thập số liệu.

10

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

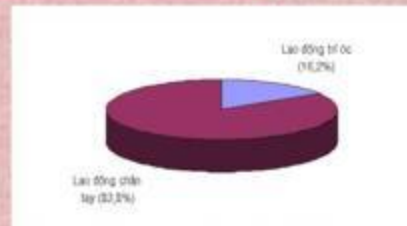
□ Tuổi



Lứa tuổi sinh đẻ chiếm đa số (59,5%)

12

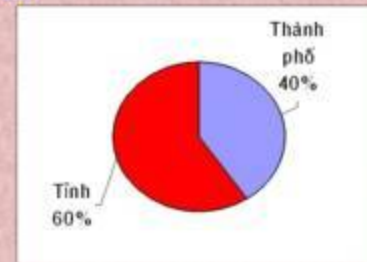
□ Nghề nghiệp



Lao động chân tay: 27% trường hợp là NYHA III, IV.
Lao động trí óc: 5,4% trường hợp là NYHA III, IV

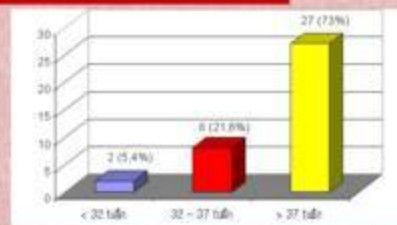
13

□ Địa chỉ



14

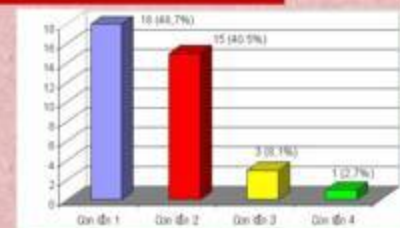
□ Tuổi thai



Thai non tháng chiếm 27% các trường hợp.
Trong đó, có 40% chỉ định phẫu thuật là do bệnh lý tim mạch, không thể kéo dài thai kỳ.

15

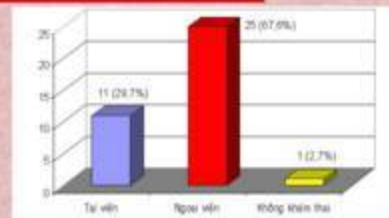
□ Para



Bệnh nhân có con lần 2 trở lên 51,3%
Trong đó NYHA III, IV chiếm 21,1% làm tăng tỷ lệ tử vong mẹ vì tim mạch.

16

☐ Khám thai



Chủ yếu là khám thai ngoại viện (67,6%)

Trong đó NYHA III, IV chiếm 34,6% do không được tư vấn về nguy cơ.

17

☐ Điều trị bệnh lý tim mạch trước đây

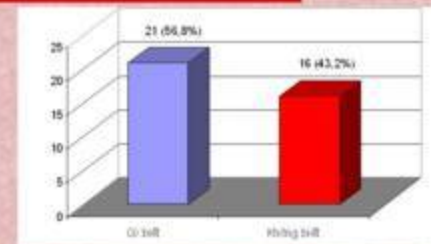
Có 11/37 (29,7%) trường hợp có điều trị bệnh lý tim mạch trước khi nhập viện.

☐ Tiền sử có phẫu thuật tim mạch

4/37 (10,8%) trường hợp đã phẫu thuật tim mạch (nong van tim, vá lỗ thông).

19

☐ Tiền căn biết bệnh tim trước đó



56,8% bệnh nhân có biết bệnh tim trước đó.

NYHA III, IV chiếm 28,6%

18

☐ Các biến chứng của bệnh lý tim mạch đã xảy ra trước phẫu thuật

5/37 (13,5%) có biến chứng của bệnh lý tim mạch đã xảy ra trước khi phẫu thuật.

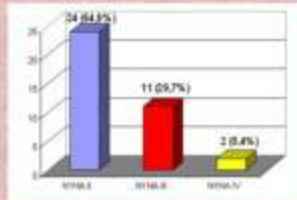
Trong đó:

Phù phổi cấp: 02

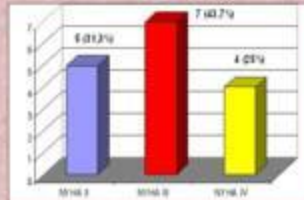
Rối loạn nhịp: 03

20

☐ **Đánh giá mức độ bệnh lý tim mạch theo NYHA**

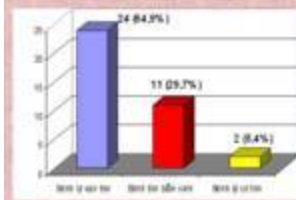


Tê NMC (37 ca)

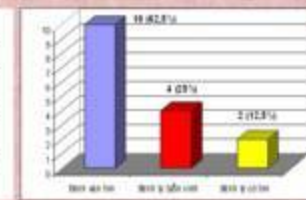


Mê NKQ (16 ca)

☐ **Loại bệnh lý tim mạch**

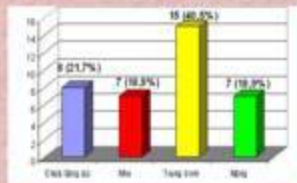


Tê NMC (37 ca)

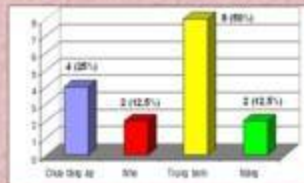


Mê NKQ (16 ca)

☐ **Tăng áp động mạch phổi**

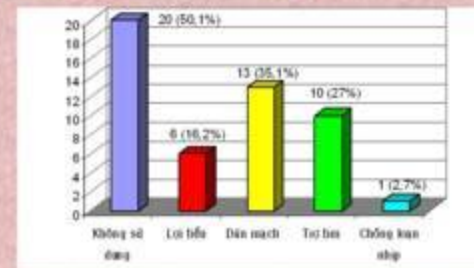


Tê NMC (37 ca)

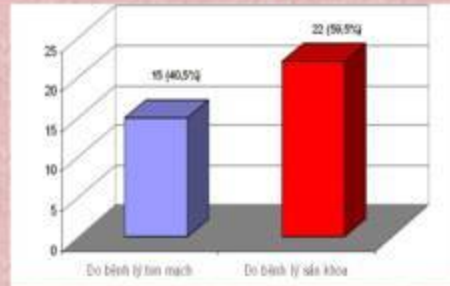


Mê NKQ (16 ca)

☐ **Sử dụng thuốc tim mạch**



☐ **Chỉ định phẫu thuật**



25

☐ **Biến chứng nội khoa sau phẫu thuật**

Tê NMC (37 ca)

10.8% (4/37) bệnh nhân có biến chứng nội khoa sau phẫu thuật.

Phù phổi cấp: 2
Viêm phổi: 2

Mê NKQ (16 ca)

25% (4/16) bệnh nhân có biến chứng nội khoa sau phẫu thuật.

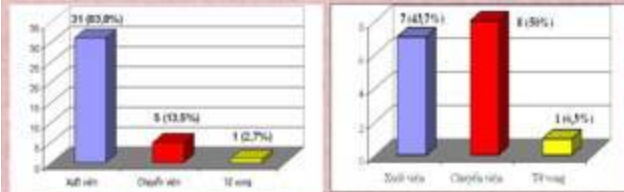
Phù phổi cấp: 1
Viêm phổi: 2
T/d VNTM: 1

Thở máy sau mổ: 5 ca (31,3%)

26

☐ **Tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật**

Theo Samuel C. Số tử vong trên sản phụ có bệnh tim là 1%.

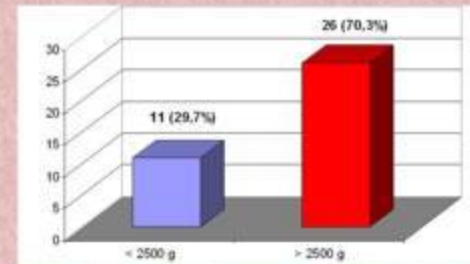


Tê NMC (37 ca)

Mê NKQ (16 ca)

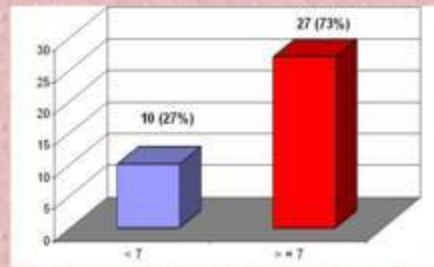
27

☐ **Cân nặng con**



28

□ Apgar 1 phút



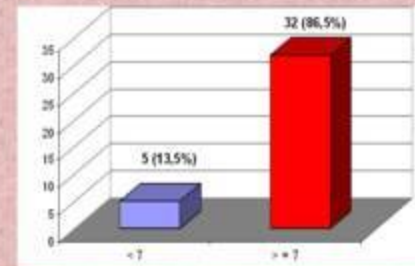
29

KẾT LUẬN

- Gây tê ngoài màng cứng mổ lấy thai trên sản phụ có bệnh lý tim mạch có những ưu điểm sau:
 - Ổn định huyết động vì không ảnh hưởng lên cơ tim
 - Bệnh nhân không thở máy liên tục sau mổ -> tránh biến chứng viêm phổi.
 - Bệnh nhân sẽ xuất viện sớm, trở về sinh hoạt bình thường.
 - Giảm chi phí điều trị.

31

□ Apgar 5 phút



30

KHUYẾN CÁO CỦA MAYO CLINIC

- **Thai ảnh hưởng đến tim như thế nào ?**
Lưu lượng máu tăng 40% để nuôi con lớn → tim làm việc nhiều
- **Có những tai biến gì khi mang thai?**
Thai lưu, sẩy thai, sanh non, con dị tật, VNTMNT, ngừng tim
- **Những bệnh lý cần khuyến bà mẹ không nên mang thai**
Tăng áp phổi, hẹp 2 lá nặng, H/c Eisenmenger, bệnh TBS tim
- **Thuốc dùng trong thai kỳ**
Đều ảnh hưởng lên thai, cần giảm liều nếu cần thiết phải dùng

32

KHUYẾN CÁO CỦA MAYO CLINIC

- **Bà mẹ cần chuẩn bị gì?**
Tư vấn BS tim mạch và nhi khoa để điều trị trước khi có thai, SA tim, ECG.
- **Các triệu chứng cần đi khám bệnh ngay**
Khó thở, tăng cân nhanh, phù nhanh, hồi hộp thường xuyên, loạn nhịp tim, đau ngực, mệt mỏi khác thường, chóng mặt.
- **Khi chuyển dạ :**
Cần vào những trung tâm lớn và sinh không đau.
- **Nuôi con bằng sữa mẹ ?**
Không nên, vì sẽ làm nặng hơn tình trạng suy tim.

33





XIN CẢM ƠN
SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE

BỆNH TIM VÀ THAI KỲ

TS. Nguyễn Thị Hậu
Bệnh viện Chợ Rẫy

I. SINH LÝ TIM TRONG THAI KỲ

A. Sinh lý bình thường:

Những thay đổi huyết động :

- ↑ thể tích máu: từ tuần 6 → giữa thai kỳ (trung bình 50%) nhất là sản phụ sanh nhiều lần, đa thai. Thể tích tăng > số hồng cầu → thiếu máu sinh lý (Hct 33-38%, Hb 11-12g%)
- ↑ cung lượng tim: 30-50%, từ tuần 5 → giữa quý II – III, > ở tư thế nằm nghiêng

MỞ ĐẦU

- Phụ nữ bệnh tim có thai: biến chứng 1 - 4%
 - ✓ Hoa kỳ: bệnh cơ tim chiếm 7,7% của 3201 trường hợp tử vong do thai từ 1991-1997(Berg,2003)
 - ✓ Anh: bệnh tim gây 40/105 trường hợp mẹ tử vong từ 1994-1996 (de Swiet, 2000)
- Phụ nữ bệnh tim cần được cảnh báo nguy cơ khi có thai.

- ↑ thể tích nhất bóp và nhịp tim (10 – 20 nhịp/ph).
- HA ↓ nhẹ trong ba tháng giữa, nhưng trở lại như bình thường trước sanh.
- Trong lúc sanh lượng oxy tiêu thụ ↑ gấp ba lần, có thể ↓ đi phần nào khi khống chế đau thích hợp.
- ↑ đông và chèn ép TM làm ↑ tắc nghẽn do huyết khối.

Thông số	3 tháng đầu	3 tháng giữa	3 tháng sau
Thể tích máu	↑	↑↑	↑↑↑
Cung lượng tim	↑	↑↑→↑↑↑	↑↑↑→↑↑
Thể tích nhát bóp	↑	↑↑↑	↑, ↔, hay ↓
Nhịp tim	↑	↑↑	↑↑↑
Huyết áp tâm thu	↔	↓	↔
Huyết áp tâm trương	↓	↓↓	↓
Áp lực mạch	↑	↑↑	↔
Kháng lực mạch máu hệ thống	↓	↓↓↓	↓↓

C. Chỉ định mổ lấy thai:

- Để tránh các thay đổi về huyết động không tốt khi sinh ngã âm đạo.
- Không áp dụng cho tất cả thai phụ có bệnh tim (ngoại trừ hội chứng Marfan, bóc tách ĐMC, và viêm ĐM Takayasu)
- Không làm giảm mức tiêu thụ oxy vì những thay đổi huyết động do phẫu thuật và gây mê (đặt nội khí quản, phương pháp vô cảm, các thuốc vô cảm và giảm đau, mức độ mất máu trong khi sanh, giảm chèn ép tĩnh mạch chủ, thở không trợ giúp và thời gian tĩnh sau mổ)

B. Hội chứng tụt huyết áp khi nằm ngửa: (Hội chứng tử cung - tĩnh mạch chủ)

- Xảy ra ở ba tháng cuối ($\cong 11\%$), khi BN nằm ngửa, do tử cung lớn chèn ép TMC dưới làm ↓ lượng máu TM trở về tim.
- Nhịp tim chậm và hạ huyết áp, kèm triệu chứng mệt mỏi, choáng váng, buồn nôn, chóng mặt, và có khi ngất xỉu.
- Khi đổi tư thế nằm, các triệu chứng sẽ lập tức ↓ và biến mất \Rightarrow khi hồi sức sản phụ có HA thấp thì nên cho nằm nghiêng sang 1 phía.

D. Các thay đổi sau sanh:

- Hồi lưu tĩnh mạch gia tăng do sự chèn ép tĩnh mạch chủ ↓.
- Máu từ tử cung trở về di chuyển vào tuần hoàn hệ thống làm gia tăng tiến tải.
- \Rightarrow tăng rõ rệt thể tích nhát bóp và cung lượng tim ngay tức thì sau sinh.
- Trong vòng 1 giờ đầu, nhịp tim ↓ \rightarrow cung lượng tim ↓ dần và sau sanh 24 giờ cung lượng tim trở về mức độ trước khi sanh khi thể tích nhát bóp trở về bình thường.

Thông số huyết động	Thay đổi lúc thai bình thường	Lúc chuyển dạ và lúc sanh	Sau sanh
<i>Thể tích máu</i>	↑ 40 - 50 %	↑	↓
<i>Nhịp tim mẹ</i>	↑ 10 - 15 nhịp/phút	↑	↓
<i>Cung lượng tim</i>	↑ 30 - 50% so với bình thường	↑ thêm 50%	↑ lúc đầu với ↑ tiền tải, rồi ↓ do lợi niệu
<i>Huyết áp</i>	↓ 10 mmHg	↑	Về bình thường
<i>Thể tích nhất bóp</i>	↑ 3 tháng đầu và 3 tháng giữa, ↓ nhẹ 3 tháng cuối	↑ (300 - 500) ml mỗi khi tử cung co bóp	↓
<i>Điện kháng ngoại biên (SVR)</i>	↓	↑	Về bình thường

B. Cận lâm sàng:

1. Điện tâm đồ:

- Tăng tỉ lệ R/S ở V1 V2.
- ST và T ± thay đổi, q/DIII (mất khi hít vào).
- Nhanh xoang.

2. XQ tim phổi:

- Tim nằm ngang.
- Tăng tuần hoàn phổi.
- TDMP sau sanh giai đoạn đầu.

3. Siêu âm tim:

- Tăng nhẹ kích thước thất T, nhĩ T và P, hồ 3 lá và ĐMP cơ năng.
- Chức năng tâm thu thất T không đổi hoặc tăng nhẹ
- TDMT lượng ít.

II. CÁC THAY ĐỔI Ở THAI PHỤ BÌNH THƯỜNG

A. Lâm sàng:

- Giảm vận động, mệt, cảm giác khó thở, choáng váng, ngất...
- Phù, TM cổ nổi, mạch nảy mạnh.
- T1 tách đôi mạnh (88%), ± T2 tách đôi cố định ± P2 mạnh.
- Tiếng thổi tâm thu bờ trái x. ức hoặc ổ ĐMF (96%).
- Tiếng thổi tâm trương (18%).
- ± tiếng thổi liên tục (tiếng thổi của TM cổ và tuyến vú), mất đi khi ấn mạnh ống nghe hoặc ngồi.

III. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THAI PHỤ CÓ BỆNH TIM

1. Đánh giá nguy cơ về mặt chức năng: Phân loại NYHA (New York Heart Association):

NYHA I: Bệnh tim không gây giới hạn hoạt động bình thường.

NYHA II: Bệnh tim gây giới hạn nhẹ những hoạt động bình thường.

NYHA III: Bệnh tim gây giới hạn nhiều đến hoạt động của bệnh nhân.

NYHA IV: Bệnh tim gây giới hạn hoàn toàn đến hoạt động của bệnh nhân.

2. Đánh giá nguy cơ dựa trên tổn thương tim:

Những bệnh tim mắc phải hoặc bẩm sinh được phân loại vào nguy cơ thấp, trung bình, và cao.

Nguy cơ thấp:

1. Thông liên nhĩ.
2. Thông liên thất.
3. Còn ống động mạch.
4. Hẹp van ĐMC không triệu chứng với chênh áp trung bình thấp (< 50 mmHg) và chức năng thất trái bình thường (EF > 50%).
5. Hở van ĐMC với chức năng thất trái bình thường và NYHA I, II.

Nguy cơ trung bình:

1. Shunt trái – phải lớn.
2. Hẹp eo ĐMC.
3. Hội chứng Marfan với gốc ĐMC bình thường.
4. Hẹp van 2 lá trung bình/nặng.
5. Hẹp ĐMF nặng.
6. Tiến căn bệnh cơ tim chu sinh mà không RL chức năng thất trái.

- Sa van 2 lá (đơn thuần hoặc có hở van 2 lá nhẹ/trung bình) và chức năng thất trái bình thường.
- Hở van 2 lá với chức năng thất trái bình thường và NYHA I, II.
- Hẹp van 2 lá nhẹ/trung bình (diện tích lỗ van > 1,5 cm², chênh áp trung bình < 5 mmHg) không có tăng áp ĐMF nặng.
- Hẹp ĐMF nhẹ/trung bình.
- Bệnh tim bẩm sinh có tim đã phẫu thuật không còn RL chức năng tim.

Nguy cơ cao:

1. Hội chứng Eisenmenger.
2. Tăng áp ĐMP nặng.
3. Bệnh tim có tim phức tạp (Tứ chứng Fallot, bất thường Ebstein, chuyển vị ĐM lớn).
4. Hội chứng Marfan với tổn thương van hoặc gốc ĐMC.
5. Hẹp ĐMC nặng có hoặc không có triệu chứng.
6. Bệnh van 2 lá và/hoặc ĐMC với RLCN thất trái trung bình/nặng (EF < 40%).
7. NYHA III, IV với bất kỳ bệnh van tim hoặc bệnh cơ tim nào.
8. Tiến căn bệnh cơ tim chu sinh vẫn còn RL chức năng thất trái.

BẢNG ĐIỂM TIÊN ĐOÁN NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG THAI KỲ CỦA CANADA (Canadian pregnancy cardiac risk prediction score)

Một điểm cho mỗi tình huống sau:

- Có vấn đề tim trước đó (suy tim, đau ngực thoáng qua, hoặc đột quỵ trước khi có thai) hoặc rối loạn nhịp.
- Suy tim NYHA > II hoặc tím.
- Tắc nghẽn tim bên T (diện tích van 2 lá < 2 cm², van ĐMC < 1,5 cm², hoặc đỉnh chênh áp buồng thất T > 30 mmHg)
- Chức năng tâm thu thất T giảm (EF < 40%)

Tổng điểm từ 0 đến 4

Nguy cơ tim mạch cho mẹ:

Điểm 0	5%
Điểm 1	27%
Điểm >1	75%

(Tham khảo: Siu và cs, Circulation 2001;(104-515))

IV. ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ TỔNG QUÁT:

1. Điều trị thai phụ có bệnh tim đòi hỏi sự phối hợp của BS sản khoa, tim mạch và gây mê.
2. Tiên lượng và điều trị phụ thuộc vào bản chất và độ nặng của tổn thương tim đặc hiệu cũng như mức độ chức năng tim (theo phân độ NYHA).

3. Các trường hợp bệnh lý tim không nên có thai:

- Tăng áp ĐMP nặng (PAPs > 80% áp lực ĐM hệ thống).
- Tím nặng.
- Suy tim NYHA III/IV do bệnh cơ tim, van tim hoặc tim bẩm sinh.
- H/c Marfan với đường kính gốc ĐMC >40 mm.
- Sang thương tắc nghẽn nặng (hẹp 2 lá, hẹp ĐMC, hẹp eo ĐMC...).
- Tiền sử bệnh cơ tim chu sinh có suy tim ứ huyết hoặc suy chức năng thất trái kéo dài.

A. Điều trị theo mức độ chức năng tim (NYHA):

1. NYHA I, II:

- Lúc mang thai:
 - Hầu hết diễn tiến trong thai kỳ tốt.
 - Quan trọng là dự phòng và nhận diện sớm ST.
- Chú ý những dấu hiệu: tổn tại ran đáy phổi, ho về đêm, giảm khả năng chịu đựng với những công việc hằng ngày, tăng khó thở khi gắng sức. Dấu hiệu thực thể: ho ra máu, phù tăng lên, nhịp tim nhanh.

Nếu có suy tim:

- Hạn chế muối và nghỉ ngơi rất quan trọng (10 giờ mỗi đêm và 30 phút sau mỗi bữa ăn).
- Thuốc: Digoxin, lợi tiểu, dẫn mạch. Chú ý chống chỉ định thuốc ức chế men chuyển (nguy cơ sanh non, trọng lượng thai thấp, suy thận, biến dạng xương...) và thuốc chẹn thụ thể Angiotensin II.

- Dinh dưỡng chú ý khẩu phần ít chất muối; ngoài ra ăn những thức ăn ít năng lượng để tránh lên cân quá mức.
- Theo dõi tình trạng tim thường xuyên mỗi nửa tháng 1 lần.
- Nhập viện sớm 1-2 tuần trước khi sanh để được theo dõi và đánh giá tình trạng tim kỹ càng hơn.

- Phòng ngừa những bệnh nhiễm trùng (yếu tố thúc đẩy ST) nhất là nhiễm trùng đường hô hấp; tránh tiếp xúc với những người bị cảm cúm, viêm phổi, viêm phế quản... Tiêm chủng vaccine ngừa phế cầu, cúm.
- Không hút thuốc lá (hoặc tiếp xúc người hút thuốc lá) vì ảnh hưởng trên tim mạch và có thể khởi phát nhiễm trùng đường hô hấp trên; không lạm dụng thuốc gây nghiện đường TM vì nguy cơ VNTMNT.

Lúc chuyển dạ và lúc sanh:

- Thai phụ nằm đầu cao 35° hoặc ngồi.
- Thở oxy.
- Theo dõi sát mạch, HA, nhịp thở mỗi giờ 3-4 lần và mỗi 10 phút 1 lần trong giai đoạn sổ thai (monitor). Nếu mạch nhanh >100 lần/phút, nhịp thở >24 lần/phút kèm khó thở → bắt đầu suy tim, cần điều trị ngay.

- Giảm đau (đường TM an toàn hơn) để tránh bệnh nhân kích động nhiều, tăng tiêu thụ oxy. Đa số các tác giả nước ngoài chọn **gây tê màng ngoài cứng nhưng có nguy cơ tụt HA nhất là những bệnh nhân có shunt trong tim, tăng áp DMF, hẹp ĐMC**. Trong những trường hợp này, giảm đau bằng nhóm á phiện (narcotics) và gây mê toàn thân là thích hợp.
- Khi cổ tử cung nở trọn nên sanh giúp không để thai phụ rặn (tốt nhất là dùng forceps).

- Thời kỳ hậu sản:

- Vẫn tiếp tục theo dõi tình trạng tim mạch.
- Kháng sinh phòng ngừa VNTMNT.
- Khuyến khích thai phụ vận động sớm (nếu tình trạng tim cho phép) để tránh biến chứng viêm tắc TM.
- Có thể cho con bú.
- Đặt vấn đề triệt sản ở thai phụ nhiều con hoặc bệnh tim nặng, lúc tình trạng tim ổn định hoặc bệnh nhân không bị nhiễm trùng.

- Không mổ bắt con nếu không có những chỉ định sản khoa tuyệt đối (bất xứng đầu chậu; khởi phát chuyển dạ thất bại; sanh khó do cổ tử cung; nhau tiền đạo; nhau bong non; sa dây rốn; suy thai trong chuyển dạ; thai kém phát triển trong tử cung; thai quá ngày; vết mổ cũ trên tử cung).
- Sau khi sổ thai, dùng 1 vật nặng dần lên bụng để tránh tình trạng máu ở chi dưới và vùng chậu đổ về tim quá nhanh gây phù phổi cấp hoặc suy tim cấp.
- Giảm thiểu tối đa mất máu.

2. NYHA III, IV:

- Tốt nhất là không nên có thai.
- Nếu có thai : khuyến chấm dứt thai kỳ.
- Nếu giữ thai cần nằm viện kéo dài và nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.
- Có thể sanh qua đường dưới và giục sanh thường an toàn (Oron và cs, 2004). **Mỡ bắt con khi có chỉ định sản khoa.**

- Chỉ định mổ bắt con do tim khi có:
 - Những bệnh lý tim đặc biệt (tổn thương tim tắc nghẽn cố định, tăng áp phổi, θ kháng đông ...)
 - Tình trạng của mẹ.
 - Khả năng và kinh nghiệm trong vô cảm.

- KS dự phòng phải cho 30 phút trước thủ thuật (Hội Sản Phụ khoa Hoa kỳ 2003). Tiên đoán thời điểm?
- Ngừa viêm nội tâm mạc không bắt buộc thường qui, nhưng bắt buộc ở những BN có nguy cơ cao (van tim nhân tạo, tiến căn VNTM, hầu hết các bệnh tim bẩm sinh ngoại trừ thông liên nhĩ).

B. TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG:

1. KHÁNG SINH DỰ PHÒNG VIÊM NỘI TÂM MẠC:

- Thực hiện các thủ thuật sản khoa: cho KS dự phòng lúc sanh khi nghi ngờ VK huyết hoặc nhiễm trùng đang tiến triển. Tần suất VK huyết thoát qua lúc sanh: 1 - 5%
- Thuốc: Ampicilline 2g TM hoặc TB
Gentamycine 1,5 mg/kg TM (tối đa 120mg)
sau 6 giờ: Ampicilline 1g TM hoặc TB (hoặc Amoxicilline uống)

2. BỆNH VAN TIM:

- Là bệnh lý tim mạch thường gặp nhất.
- Cần siêu âm tim bất cứ phụ nữ trẻ có bệnh van tim, ngay khi không có triệu chứng.
- Theo dõi chặt chẽ bắt đầu 3 tháng giữa.
- Khi dung nạp kém, θ nội khoa thích hợp.
- Cần theo dõi huyết động lúc bắt đầu chuyển dạ → 24 giờ trên bệnh van tim nặng, suy chức năng thất trái, cao áp phổi.

- a) Bệnh hở van tim: hở 2 lá, hở chủ
 - Thường dung nạp tốt.
 - Có thể diễn tiến suy tim 3 tháng cuối, 0: hạn chế vận động, hạn chế muối, lợi tiểu, giãn mạch.
 - Sinh an toàn qua đường dưới.
- b) Bệnh hẹp van tim: hẹp 2 lá, hẹp ĐMC
 - Dung nạp kém ở BN hẹp khít, nặng thêm ở 3 tháng giữa.
 - Hẹp van 2 lá:
 - + Diện tích van < 1,5 cm²: nguy cơ phù phổi, ST, RL nhịp, chậm phát triển thai.
 - + Nong van 2 lá bằng bóng an toàn cho mẹ và thai.

3. BỆNH TIM BẨM SINH:

- Nguy cơ đv con tùy vào bệnh nguyên, có tím (45%) hay không (20%) và chức năng tim.
- Thai phụ bị tím thường sanh non, thai nhi nhẹ ký, nguy cơ bị BTBS (10%).
- PT lấy thai chỉ định do nguyên nhân sản khoa hoặc tình trạng mẹ xấu đi.
- BTBS không tím (thông liên nhĩ, thông liên thất, còn ống ĐM, hẹp ĐMP,...) thường dung nạp tốt.

c) Thai phụ có van tim nhân tạo: phải dùng kháng đông



- BTBS tím:
 - + Tử vong mẹ 2%, nguy cơ sẩy thai (50%), sanh non (30 - 50%), biến chứng (30%) như VNTMNK, RL nhịp, STUH
 - + Có thể trở nên trầm trọng và xấu dần (Hct>60%, PO₂<80%, tăng áp thất phải, ngất,...).
 - + Chuyển dạ và sinh đường âm đạo: gây tê ngoài màng cứng có thể gây hạ áp và đảo shunt
 - + Theo dõi SaO₂. Nếu O₂ giảm nặng → chấm dứt thai kỳ

4. BỆNH CƠ TIM CHU SINH:

- Là bệnh cơ tim giãn nở, xảy ra 1 tháng trước sanh và 5 tháng sau sanh.
- Không có nguyên nhân suy tim khác.
- Không có bệnh tim trước đó.
- RL chức năng thất trái (EF<45%).
- Lâm sàng: biểu hiện suy tim ứ huyết.
- 0 digoxin, nitrate, lợi tiểu, Hydralazine, kháng đông (EF<30%), UCMC (sau sanh). Thuốc ức chế miễn dịch trong trường hợp không đáp ứng sau 2 tuần 0.

V. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC TIM MẠCH LÚC CÓ THAI:

- Cần tránh nếu có thể, nhất là 3 tháng đầu thai kỳ.
- Hầu hết thuốc tim mạch qua nhau và được bài tiết qua sữa mẹ, và những bằng chứng về độ an toàn và nguy cơ chưa được đánh giá đầy đủ do khó thử nghiệm trên bệnh nhân lúc có thai.

- Tiến triển:
 - + Tử vong 12 - 18%.
 - + 50 - 60% hồi phục hoàn toàn hay không hoàn toàn 6 tháng sau sanh.
 - + 50% xấu dần, tử vong sớm hoặc suy tim mạn.
- Lúc chuyển dạ thai phụ nên nằm nghiêng để tăng CO, dùng thuốc giảm đau và thở oxy, trợ giúp forceps.
- Nên tránh mang thai lần nữa vì nguy cơ BCT chu sinh lần II rất cao.

Sử dụng thuốc tim mạch trong lúc có thai

Thuốc	Sử dụng	Tác dụng phụ	Độ an toàn	Sử dụng lúc cho con bú
<i>Adenosine</i>	Rối loạn nhịp nhanh	Chưa rõ	An toàn	Không dữ liệu (data)
<i>Amiodarone</i>	Rối loạn nhịp	Chậm phát triển thai, sanh non, nhược giáp	Không an toàn	Không dữ liệu
<i>UCMC</i>	Tăng huyết áp	Thiếu ối, chậm phát triển thai, còi ống ĐM, sanh non, tụt HA sơ sinh, suy thận, thiếu máu, bất thường cơ vân	Không an toàn	Sử dụng được

Thuốc	Sử dụng	Tác dụng phụ	Độ an toàn	Sử dụng lúc cho con bú
<i>Chen beta</i>	Tăng HA, RL nhịp, TMCTCB, NMCT, hẹp van 2 lá, HC Marfa, cường giáp, bệnh cơ tim	Chậm tim thai, cân nặng thấp, hạ đường huyết, ức chế hô hấp, chuyển dạ kéo dài	An toàn	Sử dụng được
<i>Digoxin</i>	RL nhịp, suy tim sung huyết	Cân nặng thấp, sanh non	An toàn	Sử dụng được
<i>Lợi tiểu</i>	Tăng HA, suy tim sung huyết	Giảm tưới máu tử cung-nhau	Chưa rõ	Sử dụng được

Thuốc	Sử dụng	Tác dụng phụ	Độ an toàn	Sử dụng lúc cho con bú
<i>Sodium nitroprus-side</i>	Tăng HA, bóc tách ĐMC	Ngộ độc Thiocyanate	Không an toàn	Không dữ liệu
<i>Sotalol</i>	RL nhịp	Chậm tim thai, chậm phát triển thai	Ít dữ liệu	Sử dụng được
<i>Heparin không phân đoạn (UH)</i>	Van cơ học, tăng đông, HKTMS, rung nhĩ, HC Eisenmenger	Loãng xương cho mẹ, xuất huyết, giảm tiểu cầu, huyết khối	An toàn	Sử dụng được

Thuốc	Sử dụng	Tác dụng phụ	Độ an toàn	Sử dụng lúc cho con bú
<i>Lidocaine</i>	RL nhịp, gây mê	Ức chế TKTW sơ sinh	An toàn	Sử dụng được
<i>LMWH (Heparin trong lượng phân tử thấp)</i>	Van cơ học, tăng đông, HKTMS, rung nhĩ, HC Eisenmenger	Xuất huyết, tác dụng trên mật độ xương chưa rõ	Ít dữ liệu	Ít dữ liệu
<i>Nitrates</i>	Tăng HA, suy tim	Tụt HA	An toàn	Không dữ liệu
<i>Procainamid</i>	RL nhịp	Chưa rõ	An toàn	Sử dụng được

Thuốc	Sử dụng	Tác dụng phụ	Độ an toàn	Sử dụng lúc cho con bú
<i>Warfarin</i>	Van cơ học, tăng đông, HKTMS, rung nhĩ, HC Eisenmenger	Bệnh lý cho phổi, bất thường TKTW, xuất huyết	An toàn sau tuần thứ 12 thai kỳ	Sử dụng được
<i>Dopamine</i> <i>Dobutamine</i> <i>Noradrenaline</i>	Tăng co bóp, vận mạch	↑ đề kháng lưu lượng máu TC, co cơ TC		

KẾT LUẬN

- Ồ bệnh lý tim mạch + thai phức tạp → tính toán độ an toàn mẹ, con (ưu tiên mẹ).
- Nắm vững thay đổi huyết động, đánh giá nguy cơ tim mạch và sử dụng thuốc an toàn.
- Phương pháp sanh và thời điểm sanh phải được tính toán kỹ.
- Kháng sinh dự phòng VNTMNK tùy trường hợp.
- Cần sự phối hợp BS tim mạch + BS sản + BS GMHS
- Giáo dục tránh thụ thai trên đối tượng nguy cơ cao.



ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

LE MINH TAM, MD
CHIEF OF DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY
IN HUNG VUONG HOSPITAL

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

1

DEFINITION

➤ FETAL DISTRESS:

Progressive fetal asphyxia that, if not treated or intervened, will result in decompensation of the physiologic responses (primarily re-distribution of blood flow to preserve oxygenation of vital organs) and cause permanent CNS and other structures damages or death

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

3

OBJECTIVES

- Choosing a safe anesthesia method in emergency cesarean section
- Establishing a good cooperation between obstetrician and anesthesiologist
- Reinforcing and developing advantages of regional anesthesia in emergency cesarean section

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

2

DEFINITION

➤ IN CLINICAL PRATICE:

FHR distress leads to an urgent cesarean section

FHR abnormalities

- **Fetal distress**  "widely used but a poorly defined term"
is imprecise, non specific and has a low positive predictive value

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

4

DEFINITION

- The American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) has suggested the term fetal distress be replaced with the non-reassuring fetal status
 - Fetal distress implies an ill fetus
 - Non-reassuring fetal status describes clinician's interpretation of data regarding fetal status (the clinician is not reassured by the findings)

9/9/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

5

It's necessary to classify emergency cesarean section for appropriate anesthesia

- With stable emergency cesarean section, regional anesthesia has confirmed its priority
- Urgent or stat category may affect the decision regarding the choice of anesthetic technique
- In some cases, it may be unclear and debatable

9/9/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

7

Professor Harris defined:

- Emergency cesarean section as "all cesarean sections that are not performed on a scheduled elective basis"
- Emergency cesarean section divided into three categories:
 - Stable
 - Urgent
 - Stat

9/9/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

6

Choice of anesthetic technique in Hung Vuong hospital

- Extension of preexisting epidural anesthesia (if not severe fetal distress)
- Spinal anesthesia for stable and urgent CS
- General anesthesia for stat emergency CS (severe fetal distress or immediately life-threatening for mother and/or fetus)
- We often perform epidural anesthesia for elective CS on patients with heart diseases and/or with pulmonary hypertension

9/9/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

8

Choice of anesthetic technique in Hung Vuong hospital

- ▶ Stable emergency CS:
 - Stable maternal and fetal status but cesarean section is required before unstabilization occurs
 - Ex: - Chronic uteroplacental insufficiency + NST (±) or ST (+)
 - Abnormal presentation + ruptured membranes

➔ **Spinal anesthesia**

9/6/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

9

Choice of anesthetic technique in Hung Vuong hospital

- Urgent CS (cesarean delivery within 30 minutes when indicated):
 - Maternal and/or fetus physiology is unstable but not life-threatening to the mother or fetus
 - Ex: + Cord prolapse without fetal distress, dystocia, failed forceps delivery, Herpes simplex II, prior cesarean
 - + Variable FHR decelerations with prompt recovery and normal FHR variability

➔ Extension of preexisting epidural technique or spinal anesthesia

9/6/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

10

Choice of anesthetic technique in Hung Vuong hospital

- Stat emergency CS: immediate life-threatening for the mother and/or fetus, cesarean delivery within 5-10 minutes when indicated:
 - Ruptured uterus
 - Placental abruption
 - Threatening acute pulmonary edema
 - Placenta previa with massive hemorrhage
 - Prolapsed umbilical cord with fetal bradycardia
 - Agonal fetal distress (prolonged bradycardia, late FHR deceleration with no FHR variability)

➔ **General anesthesia**

9/6/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

11

Extension of preexisting epidural technique

- Advantages:
 - Stable hemodynamic status
 - Patient is ready for anesthesia with preexisting epidural catheter
- Disadvantages:
 - Poor muscle relaxation, slow onset, failed epidural anesthesia # 30%
- Continuing epidural anesthesia in obstetrical pain relief will help to extend epidural anesthesia in emergency CS: successful rate is 70% (60 cases, Morgan et al.)

9/6/2010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

12

Spinal anesthesia

- **Advantages:**
 - Easy to do
 - Rapid onset
 - Good muscle relaxant.
- **Disadvantages:**
 - Hypotension
 - Depression of respiration
 - Vomiting
- However, decreasing of systemic vascular resistance not affected on placenta perfusion if maternal blood pressure is maintained normal

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

13

General anesthesia

- **Advantages:**
 - Appropriate with stat CS
 - Good respiratory air way for the patient in shock, acute respiratory failure
 - Less drop of blood pressure in patients with acute anemia
- **Disadvantages:**
 - Oedema, difficult intubation
 - Mendelson syndrome

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

15

Spinal anesthesia

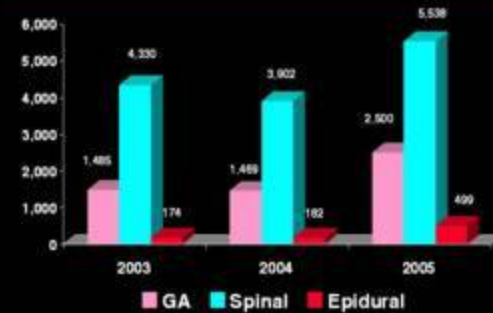
- **Preventing disadvantages:**
 - Administer low dose Bupivacain 0.5% 10 mg
 - Perfusion of electrolyte solution 15 – 20 ml/minute
 - Oxygen mask FIO₂ 100%
 - Ephedrine 20-50 mg IM (if blood pressure <100 mmHg)
 - Left uterine displacement
 - Aggressive treatment of hypotension: intravenous fluids and ephedrine IV and/or phenylephrine IV

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

14

Anesthetic techniques in HVH 2003-2004

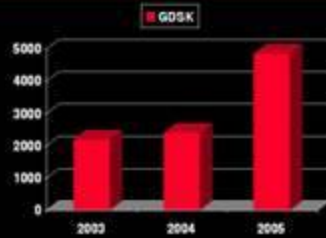


98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

16

Obstetric analgesia by epidural in HVH



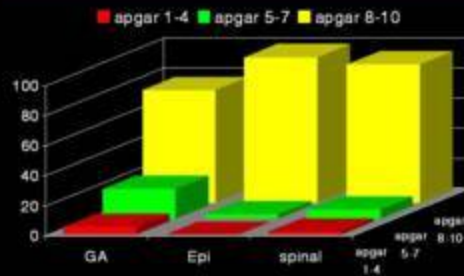
- #15% of obstetric analgesia by epidural having indication of CS
- #80% of obstetric analgesia by epidural will continue to be anesthetized with preexisting epidural catheter if CS is indicated

9/9/010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

17

Apgar scores after 1 minutes in HVH

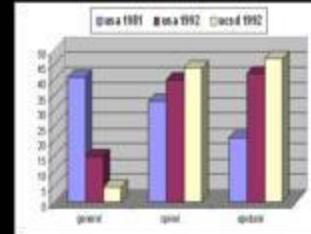


9/9/010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

19

Choice of anesthetic techniques for cesarean section in USA 1981 and 1992 & at the University of California San Diego (USSD) 1992



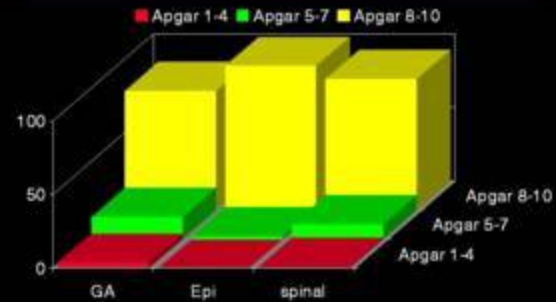
- In USA:
1981 Regional anesthesia # 60%
- 1992 Regional anesthesia # 80%
- At USSD:
1992 Regional anesthesia # 95%
(Epidural technique > 50% may be because of the popularity of the obstetric analgesia program)

9/9/010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

18

Apgar scores after 5 minutes in HVH



9/9/010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

20

Professor David H Chestnut

- Use of spinal anesthesia for urgent cesarean section remains controversial in some hospitals, obstetricians have two concerns:
 - Anesthesiologists unable to quickly perform spinal anesthesia and thus will delay surgery
 - Its rapid onset of sympathectomy, will result in maternal hypotension therefore worsened fetal condition

980010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

21

Professor David H Chestnut

- Early administration of epidural anesthesia in patients at high risk for operative delivery:
 - Breech presentation
 - Preeclampsia
 - Diabetes mellitus
 - Selected form of cardiac disease
 - Intrauterine fetal stress (intrauterine growth restriction, oligohydramnios)

980010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

23

Professor David H Chestnut

- **Before giving spinal anesthesia to a patient who requires urgent cesarean section:**
 - 1- *Could the fetal distress be a result of a concealed placental abruption with unrecognized hypovolemia?*
 - 2- *Can spinal anesthesia be achieved quickly, without delaying surgery (typically use G 25)*
 - 3- *Can severe hypotension be avoided?*
 - 4- *Does the surgeon have sufficient skill to accomplish rapid delivery if severe maternal hypotension should occur?*
 - 5- *Anesthesiologist will assure an alternative technique, if he couldn't do spinal anesthesia quickly.*

980010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

22

GS Martin Chobil noted in Africa

- 42% maternal mortality because of hemorrhage
- 25% maternal mortality because of infection
- 20% maternal mortality because of hypertension
- 8% maternal mortality because of general anesthesia

980010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

24

Professor Gordon Lyons

- 98% maternal mortality by general anesthesia in developed countries due to Mendelson syndrome
- In England: Within 1967 to 1999, maternal mortality decreased from 100% to 23% when general anesthesia was replaced by regional anesthesia. This had changed the recognition of risks and the issue of eating a lot by parturients in labor leading to gastric contents aspiration and pneumonitis

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

25

Conclusion

1. Failed intubation and pulmonary aspiration of gastric contents are still leading causes of maternal morbidity and mortality from anesthesia
2. Urgent cesarean deliveries for non reassuring HFR patterns do not necessarily preclude the use of regional anesthesia
3. In emergency obstetric cases, maternal as well as fetal status must be considered for complications from general anesthesia.
4. Early administration of epidural anesthesia in patients at high risk for operative delivery: breech presentation, preeclampsia, diabetes mellitus, selected form of cardiac disease, intrauterine fetal stress (intrauterine growth restriction, oligohydramnios)
5. Anesthesiologists only do general anesthesia for emergency CS whenever spinal anesthesia is contraindicated (Obstetric anesthesia conference in Ha noi 12/2004)

98/0010

ANESTHESIA USED IN FETAL DISTRESS

26



PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM MỔ SANH SUY THAI

BS LÊ MINH TÂM
TRƯỞNG KHOA GMHS BV HÙNG VƯƠNG

ĐỊNH NGHĨA

- **SUY THAI** : thiếu dưỡng khí thai dần dần nếu không được chữa trị hay can thiệp kịp thời sẽ gây ra mất bù những đáp ứng sinh lý (tái phân phối của dòng máu để bảo tồn cung cấp máu cho các cơ quan sống còn) và gây ra tổn hại hệ thần kinh trung ương cũng như các cơ quan khác hay chết (1)

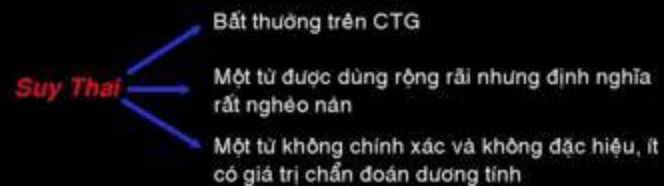
MỤC ĐÍCH

- Chọn một phương pháp vô cảm an toàn đáp ứng tình trạng cấp cứu mẹ và con.
- Tìm sự đồng cảm giữa BS Sản và BS GMHS.
- Củng cố và tiếp tục phát triển mặt mạnh của gây tê vùng trong mổ sanh.

ĐỊNH NGHĨA

THỰC TẾ:

- *Nhịp tim thai bất thường trên CTG, thường đưa đến việc thực hiện ngay mổ sanh khẩn cấp vì suy thai*



ĐỊNH NGHĨA

- Theo ACOG (Hội Sản Phụ Khoa Hoa Kỳ) đề nghị thay thế từ *suy thai* bằng từ *tình trạng thai không an toàn* (Non reassuring fetal status).

- *Suy thai: diễn tả thai bị bệnh (ill fetus).*
- *Tình trạng thai không an toàn: diễn tả sự giải thích của BS lâm sàng về các dữ liệu liên quan đến tình trạng thai.*

Cần phân loại MS cấp cứu để chọn phương pháp vô cảm

- MS cấp cứu ổn định gây tê vùng đã khẳng định ưu thế
- Mổ sanh khẩn và mổ sanh tối cấp có thể ảnh hưởng tới quyết định chọn lựa phương pháp vô cảm.
- Trong vài trường hợp, sự phân loại khẩn hoặc tối cấp không rõ ràng và còn tranh luận.

GS Harris định nghĩa

- Mổ sanh cấp cứu là tất cả các ca mổ sanh không lên chương trình (Obs anaesthesia 2004, Bs Harris)

- Phân loại MS cấp cứu thành 3 loại:

- *Ổn định (Stable)*
- *Khẩn (Urgent)*
- *Tối cấp (Stat)*

Phương pháp vô cảm chọn lựa tại BVHV

- Tê NMC nếu có thực hiện giảm đau sản khoa trước đó (không có suy thai nặng)
- TTS mổ sanh cấp loại ổn và khẩn
- MS tối cấp (suy thai nặng hoặc ảnh hưởng sức khoẻ của mẹ và con) thực hiện gây mê NKQ
- Chúng tôi thường thực hiện tê NMC trên MS bệnh tim + tăng áp động mạch phổi

Phương pháp vô cảm chọn lựa tại BVHV

- Trường hợp mô sinh khẩn ổn (stable):
 - Tình trạng mẹ và con ổn định nhưng cần MS cấp để tránh sự bất ổn định
 - Ví dụ: + Suy thai trường diễn có NST (-) hay stress test (+)
 - + Ngồi bất thường + vỡ ối sớm

➔ **Tê tuý sống**

9

Phương pháp vô cảm chọn lựa tại BVHV

- Tối cấp (stat): De dọa ngay lập tức tính mệnh mẹ hoặc con, cần thực hiện bất con trong 5-10 phút
 - * Vỡ tử cung
 - * Nhau bong non
 - * Dọa phù phổi cấp
 - * Nhau tiền đạo xuất huyết ồ ạt
 - * Sa dây rốn có tim thai chậm
 - * Suy thai cực độ: Nhịp giảm kéo dài hay nhịp giảm muộn không dao động nội tại

➔ **Gây mê NKQ**

11

Phương pháp vô cảm chọn lựa tại BVHV

- Trường hợp khẩn (urgent) bất con trong 30 phút:
 - Tình trạng mẹ hoặc con không ổn định nhưng không đe dọa tính mạng mẹ và con
 - Ví dụ: + Sa dây rốn không có chèn ép rốn, sanh khó, kèm thất bại, Herpes vùng hội âm + vỡ ối, vết mổ cũ đau
 - + Tim thai có nhịp giảm bất định hồi phục nhanh, dao động nội tại bình thường

➔ **Tiếp tục tê NMC với catheter có sẵn hoặc tê tuý sống**

10

LỢI & HẠI CỦA CÁC PP VÔ CẢM TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

- Ưu điểm:
 - Huyết động học ổn định
 - BN được chuẩn bị sẵn với đường truyền NMC
- Nhược điểm: ít dẫn cơ, khởi đầu chậm, thất bại cao 30%
- Duy trì gây tê NMC trong GĐSK sẽ mở rộng tê NMC trong mổ sanh khẩn cấp: tỷ lệ thành công 70% (60 ca, Morgan và cs)

12

LỢI & HẠI CỦA CÁC PP VÔ CẢM TÊ TỦY SỐNG

- Lợi:
 - Dễ làm
 - Khởi đầu nhanh
 - Dẫn cơ tốt
- Bất lợi:
 - Hạ huyết áp
 - Thở kém
 - Nôn ói
- Nếu duy trì HA mẹ bình thường sẽ không làm giảm tưới máu nhau tụy bị giảm kháng lực mạch máu hệ thống

13

LỢI & HẠI CỦA CÁC PP VÔ CẢM GÂY MÊ TOÀN DIỆN

- Lợi:
 - Thích hợp cho mổ sanh tối cấp
 - Bảo đảm tốt thông khí cho BN trong tình trạng choáng, suy hô hấp cấp
 - Ít gây tụt huyết áp trên BN thiếu máu cấp
- Bất lợi:
 - Tăng trọng, phù khó đặt nội khí quản
 - Hội chứng Mendelson (ăn uống trong khi chuyển dạ)

14

LỢI & HẠI CỦA CÁC PP VÔ CẢM TÊ TỦY SỐNG

- Để tránh những bất lợi trên
 - Dùng Bupivacaine 0.5% liều thấp 10 mg
 - Truyền dd điện giải 15 - 20 ml/phút
 - Ngửi oxygen qua mask FiO2 100%
 - Ephedrine TB phòng ngừa 20 - 50 mg (nếu HA < 100 mmHg)
 - Nghiêng tử cung sang trái
 - Chữa trị tích cực hạ áp với Ephedrine hoặc phenylephrine tĩnh mạch và dịch truyền

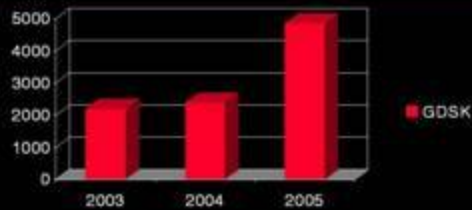
14

Số liệu PP vô cảm ở BV Hùng Vương 2003-2005



16

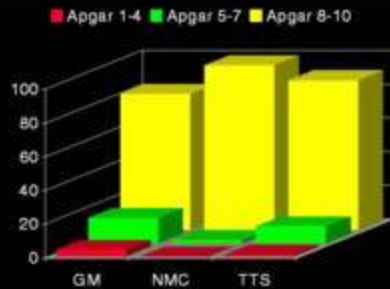
Tê NMC trong GĐSK tại BVHV



- # 15% các trường hợp GĐSK có chỉ định mổ sanh.
- # 80% các trường hợp GĐSK nếu có chỉ định phẫu thuật sẽ được gây tê NMC tiếp tục để mổ sanh.

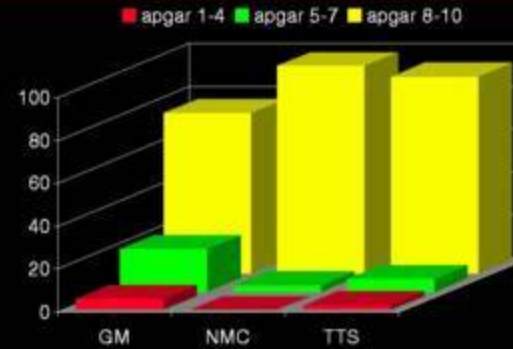
17

Chỉ số Apgar sau 5 phút (bvHV)



18

Chỉ số Apgar sau 1 phút (bvHV)



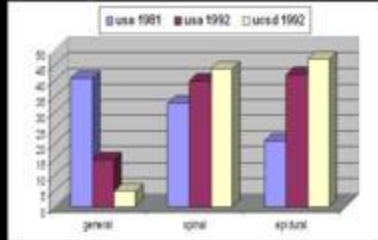
19

THAM KHẢO TÀI LIỆU

- Số tử vong mẹ do biến chứng GM toàn diện trong MS tăng từ 20/1 triệu ca (1979 - 1984) lên đến 32.3/1 triệu ca (1985 - 1990)
- Ngược lại, tử vong mẹ do biến chứng Gây tê vùng trong MS từ 8.6/1 triệu ca (1979 - 1984) giảm còn 1.9/1 triệu ca (1985 - 1990)
- Như vậy, tử vong do Gây mê so với Gây tê vùng
 - Tăng từ 2.3 lần 1979 - 1984
 - Lên đến 16.7 lần 1985 - 1990

(THEO HAWKINS VÀ CỘNG SỰ)

Sử dụng PP vô cảm để mổ lấy thai tại Hoa kỳ 1981 và 1992
và BV Đại Học San Diego (UCSD)1992



Tại Mỹ:

1981 gây tê mổ sanh # 60%
1992 gây tê mổ sanh # 80%

Tại bệnh viện đại học San Diego
1992: # 95% gây tê mổ sanh,
trong đó tê NMC chiếm hơn 50%
có lẽ do chương trình GDSK
bằng gây tê ngoài màng cứng
khá phổ biến.

21

GS DAVID H CHESTNUT

➤ Trước khi làm TTS cho MS khẩn nhằm kiểm tra lại

1. Suy thai có do nhau bong non tiềm ẩn với giảm thể tích máu không nhận biết?
2. TTS có thể thực hiện nhanh, không làm trì hoãn phẫu thuật? (nên dùng kim TTS G25)
3. Có thể tránh được tụt HA không?
4. Nếu tụt HA nặng, PTV có khả năng bắt con nhanh không?
5. Bs GM bảo đảm đổi pp vô cảm khác nếu không thể TTS nhanh

22

GS DAVID H CHESTNUT

➤ TTS cho mổ sanh khẩn vẫn còn bàn cãi trong một số

BV, BS Sản có 2 quan tâm:

- BS GMHS không thể thực hiện TTS nhanh làm trì hoãn phẫu thuật.
- TTS khởi đầu nhanh phong bế giao cảm sẽ gây tụt HA mẹ làm tệ hơn tình trạng suy thai.

23

Theo GS David Chesnut

➤ Nên gây tê NMC để GDSK cho những BN có nguy cơ mổ sanh cao:

- Đa sản
- Tiểu đường
- Bệnh tim có chọn lọc
- Tiền sản giật
- Suy thai trong tc (thiếu ối, thai chậm tăng trưởng)

24

Ghi nhận của GS Martin Chobil ở Châu Phi

- 42% tử vong mẹ do chảy máu
- 25% tử vong mẹ do nhiễm trùng
- 20% tử vong mẹ do tăng huyết áp
- 8% tử vong mẹ là do gây mê

26

Kết luận

1. Đặt HKQ thất bại và hít dịch dạ dày liên tục là nguyên nhân hàng đầu của bệnh suất và tử suất do gây mê
2. Mổ sanh khẩn do CTG đe dọa thai không nhất thiết phải loại bỏ Gây Tê Vùng (khéo léo của Bs GM có thể thực hiện nhanh thủ thuật)
3. Trong mổ sanh cấp cứu tình trạng mẹ và con phải được xem xét về biến chứng do gây mê
4. Cần thực hiện gây tê NMC trên sản phụ nguy cơ cao: ngối mông, TSG, tiểu đường, bệnh tim, thai suy trong chuyển dạ khi có chỉ định MS có thể tiếp tục gây tê NMC
5. Chỉ GM để MS khi có chống chỉ định gây tê vùng

(Hội nghị về cảm sản khoa 2004 tại Hà Nội)

27

Professor Gordon Lyons

- 98 % tử vong do gây mê xảy ra ở các nước đang phát triển vì he Mendelson
- Tại Anh tử vong mẹ giảm cùng lúc gây mê được thay thế bằng gây tê vùng giảm từ 100% xuống 23% từ năm 1967 đến 1999. Điều này đã thay đổi việc nhìn nhận các nguy cơ về vấn đề cho sản phụ ăn quá nhiều trong quá trình sanh, gây ra nguy cơ hít sặc chất chứa dạ dày và gây viêm phổi.

(Tập chí Anesthesia Hội GMHS Việt Nam 10-2004)

28



BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU

Bs. Trương Quốc Việt
Bs. Đào Thị Vui

ĐẶT VẤN ĐỀ (2)

- Tại BVTD trong năm 2005, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân bị rối loạn đông máu mà nguyên nhân do thai lưu đúng hàng thứ 2, sau băng huyết sau sanh.
- Nhân một trường hợp rối loạn đông máu trên bệnh nhân thai lưu, chúng tôi cũng xin đưa ra một phác đồ điều trị nhằm hạn chế thấp nhất các trường hợp chảy máu sản khoa không kiểm soát được.

ĐẶT VẤN ĐỀ (1)

- Rối loạn đông máu trong sản khoa có thể là nguyên nhân hoặc hậu quả của các trường hợp chảy máu nghiêm trọng mà thấy thuốc sản khoa và gây mê hồi sức phải đổi đầu.
- Chảy máu sản khoa là nguyên nhân dẫn đến nhiều tai biến và tử vong, nên cần được chẩn đoán chính xác và xử trí kịp thời.
- Bệnh cảnh thai lưu là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây rối loạn đông máu.

BỆNH ÁN (1)

- Bn Lê Thị Hồng T. 21 tuổi
- Địa chỉ: Q. Bình Tân – TP. Hồ Chí Minh
- Nghề nghiệp: Công nhân
- Para: 0000
- Nhập viện lúc 10g30' - 21/06/2006
- Chẩn đoán nhập viện: **Thai lưu 14 tuần**

[BỆNH ÁN (2)]

- Nạo lòng TC lúc 9 giờ – 22/06/2006
- Xét nghiệm:
 - Bun: 16 mg%, Creatinin: 0,6 mg%
 - SGOT: 23 U/L, SGPT: 15 U/L
 - HC: 4.160.000/mm³, BC: 6.500/mm³
 - Hct: 37%
 - Đồng máu toàn bộ:
 - TC: 154.000/mm³, TP: 87%, TCK: 38"/40"
 - Fibrinogene: 465 mg%
 - RC: co hoàn toàn

[BỆNH ÁN (4)]

- Chuyển phòng mổ kiểm tra.
 - ẢĐ bình thường, CTC xước rách mép trên → may cầm máu.
 - Nội soi BTC kiểm tra chảy máu: không quan sát được do máu chảy nhiều, loãng, không đông.
 - Phẫu thuật bụng: trong bụng có 30 ml máu chảy từ loa vòi, TC to khoảng thai 10 tuần, co yếu. Thất ĐMTC và ĐMHV 2 bên, dẫn lưu ổ bụng. (ca mổ kéo dài 3 giờ 30')
 - Sau mổ thở máy 3 giờ.

[BỆNH ÁN (3)]

- Sau nạo bệnh ổn.
- 3 giờ sau: ra huyết ẢĐ nhiều, bệnh nhân than mệt, da xanh, niêm nhạt.
- HA: 90/60 mmHg, M: 100 lần/phút
- ẢĐ tiếp tục ra nhiều máu đỏ tươi, loãng, chảy vọt khi thăm khám ẢĐ.
- HC: 2.960.000/mm³, BC: 16.000/mm³, Neu: 90%
- Hct: 26%, TC: 70.000/mm³,
- TP, TCK, Fib: kéo dài quá mức, không đo được
- RC: đông yếu, không co.

[BỆNH ÁN (5)]

- Hội chẩn huyết học trong lúc phẫu thuật:
- XN đề nghị: TQ hỗn hợp (→ 13,9")
- Điều trị:
 - HTĐL: 04 đơn vị
 - Yếu tố VIII: 02 đơn vị
 - Hồng cầu lắng: 01 đơn vị
 - Máu toàn phần mới: 01 đơn vị
 - Chống tiêu sợi huyết: Transamine
 - Vitamine K₁

BỆNH ÁN (6)

- Sau mổ 8 giờ:
Bệnh tình, niêm hồng vừa
HA: 120/70 mmHg, M: 74 lần/phút
Bụng mềm, dẫn lưu ra ít dịch hồng dợt
- XN đông máu:
TC: 103.000 /mm³
TP: 53%, TCK: 33"/40"
Fibrinogene: 140 mg%, RC: đồng không co

ĐMTB lúc nhập viện

PHIẾU XÉT NGHIỆM	
Bệnh phẩm: <u>Phụ</u>	
Bệnh: <u>Đau bụng cấp</u>	
Đường: <u>Đ</u>	
Giường: <u>1</u>	
YÊU CẦU XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
	PLaq <u>150</u> /mm ³ TP <u>53</u> % TCK <u>33</u> /40" Fib <u>140</u> mg% R.C <u>đồng không co</u>

BỆNH ÁN (7)

- XN ĐMTB 23/6:
HC: 3.630.000 /mm³, Hct: 30%
TC: 78.000/mm³
TP: 79%,
TCK: 32"/40"
Fib: 385 mg%,
RC: **co yếu**
- Huyết ẨĐ ít dịch, ống dẫn lưu ra ít dịch hồng.

Đông máu toàn bộ sau nạo thai

PHIẾU XÉT NGHIỆM	
Bệnh phẩm: <u>Phụ</u>	
Bệnh: <u>Đau bụng cấp</u>	
Đường: <u>Đ</u>	
Giường: <u>1</u>	
YÊU CẦU XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
	PLaq <u>70</u> /mm ³ TP _____ % TCK _____ 40" Fib _____ mg% R.C <u>đồng không co</u>
	Ngày: <u>23/6/2012</u> THƯỜNG KHOA XÉT NGHIỆM

Phẫu thuật cầm máu



Máu tươi, HTĐL và yếu tố VIII



Hội chẩn huyết học

Form handwritten notes for a hematology consultation. The text includes patient information, clinical history, and a list of laboratory tests and results.

Yêu cầu hội chẩn huyết học, qua which như từ họ nhân viên bệnh viện

Họ tên: Nguyễn Văn Văn, Tuổi: 40, Giới tính: Nam, Ngày sinh: 10/10/1980

Địa chỉ: 123 Đường Nguyễn Huệ, Quận 1, TP. HCM

Chẩn đoán lâm sàng: Chẩn đoán chưa rõ ràng

Yêu cầu hội chẩn: Hội chẩn huyết học

Yêu cầu xét nghiệm: Hb, Hct, Plt, WBC, D-đimer, Fibrinogen, PT, APTT, TCT, Fbg, FDP, D-Dimer

Kết quả xét nghiệm: Hb 11g/dl, Hct 32%, Plt 150,000, WBC 10,000, D-đimer tăng, Fibrinogen giảm, PT tăng, APTT tăng, TCT tăng, Fbg giảm, FDP tăng, D-Dimer tăng

Phụ trách: Bác sĩ Nguyễn Văn Văn

Ngày: 10/10/2020

XN ĐMTB, Hậu phẫu N1

Form handwritten laboratory results for post-operative monitoring. The form includes patient information, clinical history, and a list of laboratory tests and results.

PHIẾU XÉT NGHIỆM

HÀNH VIÊN Y DƯỢC

Địa chỉ: 123 Đường Nguyễn Huệ, Quận 1, TP. HCM

Chẩn đoán lâm sàng: Chẩn đoán chưa rõ ràng

Yêu cầu xét nghiệm: Xét nghiệm ĐMTB

Kết quả xét nghiệm: ĐMTB tăng

Phụ trách: Bác sĩ Nguyễn Văn Văn

Ngày: 10/10/2020

[Thở máy sau mổ]



[Hậu phẫu ngày 1]



[BÀN LUẬN (1)]

- Bệnh nhân thai lưu, vào viện XN không có rối loạn đông máu.
- Sau nạo thai lưu, xuất hiện tình trạng rối loạn đông máu diễn tiến nhanh.
- Bệnh nhân được truyền **máu tươi**, HTĐL và yếu tố VIII, tiến hành phẫu thuật cầm máu nhanh chóng. Kết hợp hội chẩn bác sĩ huyết học ngay tại phòng mổ.
- Tại hồi sức bệnh được theo dõi sát về huyết động, hô hấp, sonde dẫn lưu. Sau 24 giờ, tình trạng đông máu cải thiện, bệnh tính táo.

[BÀN LUẬN (2)]

- Các rối loạn trong bệnh lý đông máu bao gồm:
 - Rối loạn chức năng tiểu cầu
 - Tiêu thụ các yếu tố đông máu kể cả tiểu cầu
 - Rối loạn chức năng các protein tham gia quá trình đông máu.
 - Tăng tiêu sợi huyết.
 - Rối loạn hệ thống đông máu do pha loãng máu.
 - Đông máu rải rác trong lòng mạch.

BÀN LUẬN (3)

- **Bệnh nhân có hội chứng tiêu sợi huyết cấp:**
 - Lâm sàng: Lượng máu mất nhiều, không đông
 - Xét nghiệm:
 - Số lượng tiểu cầu thấp
 - Fibrinogene giảm
 - TQ kéo dài
 - TCK kéo dài

BÀN LUẬN (4)

- Các rối loạn trong bệnh lý đông máu trên bệnh nhân:
 - **Tiêu thụ các yếu tố đông máu kể cả tiểu cầu**
 - Điều trị: truyền HTĐL, YT VIII, máu tươi
 - **Tăng tiêu sợi huyết**
 - Điều trị: thuốc chống tiêu sợi huyết
- Vitamine K₁: tham gia quá trình tổng hợp các yếu tố đông máu II, VII, IX, X.

BÀN LUẬN (5)

- Tại BVTD trong năm 2005 và 6 tháng đầu năm 2006 có 48 trường hợp rối loạn đông máu nặng. Trong đó:
 - **BHSS: 23**
 - **Thai lưu: 15**
 - Viêm gan + xơ gan: 6
 - Hội chứng HELLP: 4
- ⇒ Thai lưu là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây rối loạn đông máu gặp trong sản khoa.

PHÁC ĐỒ ĐỀ NGHỊ

- Cần có xét nghiệm đông máu toàn bộ trên tất cả bệnh nhân thai lưu.
- Sau nạo thai nếu có triệu chứng xuất huyết ồ ạt, cần chuyển phòng mổ kiểm tra và chuẩn bị phương tiện cấp cứu.
- Liên hệ thân nhân để có **máu tươi** và ngân hàng để có huyết tương đông lạnh và yếu tố VIII sẵn sàng khi cần.
- Hội chẩn với bác sĩ sản để quyết định phẫu thuật cầm máu nhanh.
- Hội chẩn bác sĩ huyết học khi cần thiết để làm các xét nghiệm chẩn đoán chuyên khoa.
- Kiểm tra lại công thức máu, Đông máu toàn bộ sau mổ.



CÁC BIẾN CHỨNG HUYẾT HỌC TRONG THAI KỲ

Ths. Bs. HUỖNH NGHĨA

*Phân môn Huyết học - Bộ môn Nội
Đại Học Y Dược – TP. HCM*

GIẢM TIỂU CẦU TRONG THAI KỲ (2)

Giảm tiểu cầu ít hơn $100.000/mm^3$ trong 3 tháng đầu của thai kỳ hầu hết phù hợp xuất huyết giảm tiểu cầu do miễn dịch.

Giảm tiểu cầu với số lượng tiểu cầu $>70.000/mm^3$ xảy ra giai đoạn trễ của 3 tháng giữa thai kỳ và trong 3 tháng cuối thai kỳ, không sự hiện diện cao huyết áp và đạm niệu thường là giảm tiểu cầu liên quan đến thai kỳ.

Điều quan trọng trong bất kỳ bệnh nhân nào với giảm tiểu cầu cần phải xem xét chẩn đoán phân biệt với bệnh nhiễm HIV, lupus ban đỏ hệ thống và giảm tiểu cầu trong hội chứng antiphospholipid.

GIẢM TIỂU CẦU TRONG THAI KỲ (1)

Số lượng tiểu cầu giảm xấp xỉ 10% trong suốt thời gian thai kỳ, hầu hết các trường hợp giảm xảy ra trong 3 tháng cuối của thai kỳ.

Nguyên nhân thường gặp xuất huyết giảm tiểu cầu là giảm tiểu cầu liên quan với thai kỳ (incidental thrombocytopenia of pregnancy) khoảng 75% (2), tiếp theo sau giảm tiểu cầu là biến chứng các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ (20%), và cuối cùng những rối loạn miễn dịch trong thai kỳ (5%).

GIẢM TIỂU CẦU LIÊN QUAN THAI KỲ (1)

Số lượng tiểu cầu trong bệnh giảm tiểu cầu liên quan đến thai kỳ thường ở mức trên $100.000/mm^3$. Bệnh thường xuất hiện trong 3 tháng cuối của thai kỳ và không đi kèm giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh.

Cơ chế bệnh sinh của trường hợp này vẫn chưa rõ ràng có lẽ là do sự kết hợp của pha loãng và nửa đời sống tiểu cầu giảm.

GIẢM TIỂU CẦU LIÊN QUAN THAI KỲ (2)

Chẩn đoán bệnh lý này vẫn còn là chẩn đoán loại trừ. Chẩn đoán được thực hiện bởi sự theo dõi số lượng tiểu cầu và không có tiền sử trước đó giảm tiểu cầu miễn dịch. Những sản phụ với giảm tiểu cầu liên quan thai kỳ phải được chăm sóc bởi bác sĩ sản khoa cẩn thận.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH (Immune Thrombocytopenic Purpura)(2)

Những bệnh nhân với số lượng tiểu cầu $>20.000/mm^3$ và không có triệu chứng bầm máu hay chảy máu niêm mạc thì không cần phải điều trị từ 3 tháng đầu cho đến 3 tháng giữa thai kỳ. Số lượng tiểu cầu cao hơn $50.000/mm^3$ có thể xem xét sanh đường dưới an toàn hoặc mổ lấy thai.

Mặc dù có những vấn đề chưa đồng thuận, số lượng TC $80.000/mm^3$ cần có sự cân nhắc gây tê ngoài màng cứng để bắt con. Thời gian máu chảy (TS) không phải yếu tố dự báo nguy cơ chảy máu chính xác trên bệnh nhân này.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH (Immune Thrombocytopenic Purpura)(1)

ITP là nguyên nhân thường gặp giảm tiểu cầu trầm trọng trong 3 tháng đầu thai kỳ, hầu hết các bệnh nhân đều có tiền sử bệnh trước thai kỳ là ITP hoặc những bệnh lý rối loạn tự miễn.

Số lượng tiểu cầu thấp nhất trong ITP thường xảy ra trong 3 tháng cuối của thai kỳ.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH (Immune Thrombocytopenic Purpura)(3)

Phác đồ điều trị ban đầu tối ưu của ITP trong thai kỳ vẫn còn bàn cãi. Corticosteroid là phương pháp điều trị ít tổn kém nhất nhưng lại đi kèm với các biến chứng khác trong thai kỳ như cao huyết áp, tiểu đường, hoại tử xương đùi, tăng cân quá mức, và võ ố sớm. 90% liều thuốc prednisone sử dụng được chuyển hóa bởi nhau thai, tác dụng phụ nặng trên bào thai ít xảy ra.

Liều Prednisone nên khởi đầu 1 mg/kg/ngày và liều thuốc được giảm từ từ theo hiệu quả kiểm soát bệnh. Gamma globulin phải được xem xét nếu liều duy trì của prednisone 10mg/ngày. Liều IV Ig 1g/kg 1 lần và khả năng đáp ứng 60% và thời gian duy trì đáp ứng trung bình 1 tháng.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH (Immune Thrombocytopenic Purpura)(4)

Những bệnh nhân kháng với corticosteroid và IVIg cần phải xem xét việc cắt lách. Cắt lách nên thực hiện tốt nhất 3 tháng giữa thai kỳ. Cắt lách trong 3 tháng đầu rất dễ gây sanh non, 3 tháng cuối thai kỳ thì kỹ thuật thực hiện phức tạp. Liều cao Methylprednisolone và tiêm mạch anti-D đã được sử dụng trong nhóm nhỏ bệnh nhân kháng trị. Những thử nghiệm với các thuốc gây độc tế bào và ức chế miễn dịch mạnh vẫn còn rất hạn chế. Danazol và Vinca alkaloid không được sử dụng trong giảm tiểu cầu miễn dịch trong thai kỳ. Tất cả sự can thiệp làm tăng SLTC trong người mẹ không làm tăng SLTC của thai nhi.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH (Immune Thrombocytopenic Purpura)(6)

Tỉ lệ tử vong của bào thai <1% trong ITP, 5% trẻ sơ sinh sẽ có giảm tiểu cầu < 20.000/mm³. Hầu hết các biến chứng xuất huyết xảy ra 24 - 48 giờ sau sanh với số lượng tiểu cầu giảm thấp nhất. Không có những bằng chứng rõ ràng chấm dứt thai kỳ bằng phẫu thuật thì an toàn hơn là sanh bằng âm đạo vì thế việc chọn lựa phương thức sanh phải được quyết định bởi chỉ định của sản khoa.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH (Immune Thrombocytopenic Purpura)(5)

Các thuốc kháng viêm non-steroid phải được tránh sử dụng sau sanh ở những bệnh nhân với SLTC <100.000/mm³. Phòng ngừa huyết khối phải được xem xét trên tất cả những sản phụ với số lượng tiểu cầu > 50.000/mm³, nếu các sản phụ này có can thiệp phẫu thuật lấy thai và bất động trong thời gian dài hoặc có bệnh lý dễ huyết khối bẩm sinh hay mắc phải.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH (Immune Thrombocytopenic Purpura)(7)

Số lượng tiểu cầu phải được theo dõi chặt chẽ sau sinh, bởi vì SLTC giảm thấp nhất có thể không xảy ra trước 2 - 5 ngày. Nếu trẻ sơ sinh có triệu chứng chảy máu hoặc số lượng tiểu cầu < 20.000/mm³ cần phải điều trị với IVIg 1g/kg. Nếu chảy máu đe dọa tính mạng có thể điều trị kết hợp IVIg với truyền tiểu cầu đậm đặc.

TIỀN SẢN GIẬT VÀ HỘI CHỨNG HELLP (1)

Tiền sản giật được định nghĩa cao huyết áp và tiểu đạm (< 300mg protein trong 24 giờ) xảy ra sau 24 tuần của thai kỳ.

Tiền sản giật xảy ra khoảng 5% tất cả sản phụ, và chiếm khoảng 18% tử vong người mẹ ở các nước tiên tiến và tỉ lệ này cao hơn ở các nước đang phát triển. Giảm tiểu cầu hiện diện trong tiền sản giật với tỉ lệ 50% .

TIỀN SẢN GIẬT VÀ HỘI CHỨNG HELLP (3)

Tiêu chuẩn của hội chứng HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelets) :

- Thiếu máu huyết tán vi mạch.
- Tăng men gan.
- Giảm tiểu cầu < 100.000/mm³.

TIỀN SẢN GIẬT VÀ HỘI CHỨNG HELLP (2)

Các tổn thương tế bào nội mô và sự kích hoạt dòng thác đông máu với sự hiện diện của Thrombin có thể là cơ chế bệnh sinh chính trong trường hợp này. D-dimer và phức hợp Antithrombin-Thrombin tăng ở các bệnh nhân có giảm tiểu cầu. Phòng ngừa Aspirin không giảm tần suất của tiền sản giật và hội chứng HELLP

TIỀN SẢN GIẬT VÀ HỘI CHỨNG HELLP (4)

Hội chứng HELLP xảy ra khoảng 10% ở các sản phụ có tiền sản giật nặng và thường xảy ra ở các sản phụ đa thai trên 25 tuổi. Tỉ lệ tử vong người mẹ 1% và của bào thai 10%-20%. Tử vong của bào thai là do thiếu máu nhau thai, nhau bong non, sanh non, và ngạt thở trong tử cung. Giảm tiểu cầu trong bào thai đều xảy ra trong tiền sản giật và hội chứng HELLP và cơ chế của bệnh lý này không rõ ràng. Có khoảng 3% nguy cơ tái phát hội chứng HELLP trong những lần mang thai kế tiếp.

TIỀN SẢN GIẬT VÀ HỘI CHỨNG HELLP (5)

Điều trị tận gốc đối với tiền sản giật và hội chứng HELLP là chấm dứt thai kỳ.

Điều trị tập trung trên 2 vấn đề là tình trạng ổn định của sản phụ và sự trưởng thành phổi của thai nhi.

Nếu có biểu hiện tổn thương đa cơ quan, kiệt sức của thai nhi, hoặc tuổi thai lớn hơn 34 tuần cần thiết chấm dứt thai kỳ ngay lập tức.

Bệnh lý đông máu hậu quả từ tiền sản giật đi kèm là đông máu nội mạch lan tỏa xảy ra 20% bệnh nhân.

TIỀN SẢN GIẬT VÀ HỘI CHỨNG HELLP (7)

Bệnh lý gan thoái hoá mỡ cấp tính trong thai kỳ (acute fatty liver of pregnancy: AFLP) thường đi kèm với cao huyết áp và tiểu đạm trong 50% bệnh nhân.

Thiếu máu huyết tán vi mạch và giảm tiểu cầu không nổi trội trong hội chứng này. Bệnh nhân thường có kéo dài thời gian Prothrombine và giảm thấp nồng độ Fibrinogen và Antithrombin.

TIỀN SẢN GIẬT VÀ HỘI CHỨNG HELLP (6)

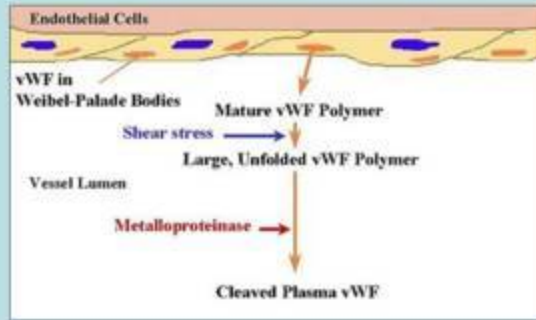
Các triệu chứng lâm sàng của tiền sản giật và hội chứng HELLP sẽ được giải quyết trong vài ngày sau khi sanh. Rất hiếm các trường hợp hội chứng HELLP có thể kéo dài nhiều ngày sau sanh, nếu tình trạng có xấu hơn hoặc biểu hiện kéo dài > 2 ngày, thay huyết tương cần phải được chỉ định.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU HUYẾT KHỐI VÀ HỘI CHỨNG SUY THẬN TÁN HUYẾT (1)

Hai bệnh lý trên xảy ra khoảng 0,004% trong thai kỳ. 5 hội chứng cổ điển thường gặp trong TTP :

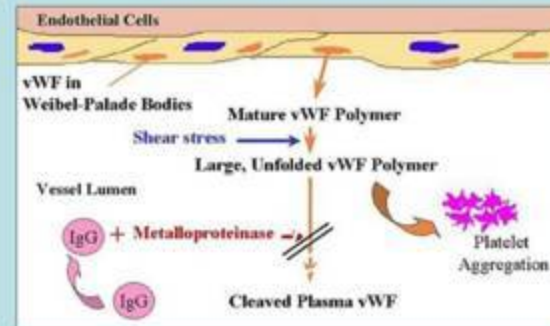
- Thiếu máu huyết tán vi mạch.
- Giảm tiểu cầu < 100.000/mm³.
- Bất thường về thần kinh.
- Sốt.
- Rối loạn chức năng thận.

Cơ chế bệnh sinh chủ yếu của TTP là do :



XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU HUYẾT KHỐI VÀ HỘI CHỨNG SUY THẬN TÁN HUYẾT (2)

5 triệu chứng cổ điển chỉ hiện diện trong 40% bệnh nhân. Thai kỳ là một yếu tố thuận lợi cho TTP. Thời gian khởi phát của TTP là tuần lễ 23.5 của thai kỳ. Huyết tương được đề nghị là phương thức điều trị chính yếu của bệnh TTP thai kỳ. Sự sanh đẻ được chỉ định khi mà bệnh nhân không đáp ứng với việc thay huyết tương, sự chấm dứt thai kỳ không được xem là biện pháp điều trị trong TTP và HUS.



XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU HUYẾT KHỐI VÀ HỘI CHỨNG SUY THẬN TÁN HUYẾT (3)

Thời gian trung bình khởi phát HUS là ngày 26 sau khi sanh. Bệnh với HUS hiện diện với thiếu máu tán huyết vi mạch và suy thận cấp. Nồng độ của yếu tố v-W tăng cao trong khi phân tích nhiều thời điểm có thể hay có hay không sự hiện diện của v-WF trong lượng phân tử lớn. Sự thiếu hụt của men phân hủy v-Wf thì thường không đi kèm trong hội chứng này.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU HUYẾT KHỐI VÀ HỘI CHỨNG SUY THẬN TÁN HUYẾT (4)

Nhiều phụ nữ với tiền sử gia đình có biểu hiện HUS kèm với thai kỳ thì thường có sự hiện diện của HUS ngay trong thai kỳ lần đầu, và HUS thường xảy ra đối với các bệnh nhân có sử dụng thuốc ngừa thai. HUS sau sinh thường đi kèm với tiền lượng kém; điều trị bằng huyết tương thì ít hiệu quả trong suy thận không phục hồi, nhưng thử nghiệm của thay thế huyết tương được chỉ định. Lọc thận và điều trị hỗ trợ nội khoa cần thiết trong hồi sức ban đầu.

ĐÔNG MÁU NỘI MẠCH LAN TOẢ

Nhau bong non là nguyên nhân thường gặp của DIC trong thai kỳ. Nhau bong non có tỉ lệ gia tăng ở người nghiện ma túy.

Thuyên tắc ối thì thường đi kèm với truy tìm mạch và tỉ lệ tử vong 85%.

Tần suất của biến chứng DIC do nhau bong non và hội chứng thai chết lưu đã được giảm nhiều cùng với sự tiến bộ của siêu âm và chăm sóc trước sinh.

Bảng 1: Chẩn đoán phân biệt thai kỳ đi kèm bệnh lý vi mạch máu

Chẩn đoán	Tiền sản giật	HELLP	PP-HUS	TTP
Thời gian khởi phát	> 20 tuần	> 34 tuần	Sau sinh (90%)	< 24 tuần
Thiếu máu tán huyết vi mạch	Không có	Có	Có	Có
Giảm tiểu cầu	Có	Có	Có	Có
Rối loạn đông máu	Không có	20%	Không có	Không có
Suy thận	Hiếm	Hiếm	Có	Có thể
Bệnh gan	Không có		Không có	Không có
Cao huyết áp	Có	Có thể	Có thể	Có thể
Hiệu quả sinh đê trên bệnh	Có	Có	Không có	Không có

Bảng 2. Các nguyên nhân DIC trong thai kỳ

- Nhau bong non.
- Hội chứng thai chết lưu.
- Thuyên tắc nước ối.
- Hội chứng HELLP.
- Nhiễm trùng kỵ khí.
- Nhiễm trùng huyết.
- Xuất huyết nặng trong thai kỳ.

CHẨN ĐOÁN DIC :

1. Cần xác định yếu tố thuận lợi gây DIC trong mỗi sản phụ
2. Tổ chức theo dõi chặt chẽ và xét nghiệm đông máu – tiểu cầu khi nghi ngờ hoặc có dấu hiệu chảy máu bất thường
3. Chẩn đoán DIC dựa trên sự hiện diện tình trạng lâm sàng đầy đủ hội chứng tắc mạch và chảy máu thì quá trễ. Cần phát hiện khi có DIC trên sinh học bằng các xét nghiệm đông máu :
4. Xét nghiệm chẩn đoán :
 - Tiểu cầu giảm
 - PT hoặc aPTT kéo dài
 - Fibrinogen giảm
 - D-dimer dương tính
 - Sự hiện diện các mảnh vỡ hồng cầu (schistocytes cells, triangle cells và burr cells)
 - Giảm yếu tố VII, VIII và XIII

2. Điều trị thay thế :

- Truyền tiểu cầu đậm đặc khi SLTC < 20.000/mm³, cố gắng duy trì SLTC > 30.000/mm³.
- Yếu tố VIII kết tủa lạnh : 50 mg/kg fibrinogen (một túi chứa 200mg fibrinogen).
- Huyết tương tươi đông lạnh : liều đầu 15ml/kg, sau đó 5 ml/kg/6 giờ

Các biện pháp xử lý :

1. Điều trị bệnh gốc gây nên DIC :

- Hội chứng thai chết lưu : Lấy thai lưu càng sớm càng tốt.
- Nhau bong non : chấm dứt thai kỳ sau khi bồi hoàn các yếu tố đông máu.
- Hội chứng HELLP : chấm dứt thai kỳ có lợi hơn khi có DIC
- Sử dụng kháng sinh thích hợp, mạnh và phổ rộng khi nghi ngờ nhiễm trùng thường là Cephalosporin thế hệ 3, Amikline và Metronidazole...
- Thuyên tắc ối: Chống shock, chống suy hô hấp, chống toan chuyển hóa và thăng bằng nước và điện giải.

3. Việc sử dụng Heparine và anti Thrombin III cần có sự thảo luận với các bác sĩ huyết học chuyên về đông máu:

- Chỉ định Heparin khi mà DIC khó kiểm soát bằng 2 biện pháp trên, ngoài trừ trường hợp nhau tiến đạo.
- Anti Thrombin III được sử dụng có lợi trong thai chết lưu có DIC.
- Anti Thrombin III và Protein C hoạt hóa được chỉ định trong nhau bong non

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Burrows RF. Hematological problems in pregnancy. *Curr Opin Obster Gynecol* 2003; 15: 85-90
2. McCrae K. Thrombocytopenia in pregnancy: different diagnosis, pathogenesis, and management. *Blood Rev* 2003; 17: 7-14.
3. Allford SL, Hunt BJ, Rose P, et al. Guidelines on the diagnosis and management of the thrombotic microangiopathic hemolytic anemias. *Br J Haematol* 2003; 120: 556-573.
4. Bick R. Disseminated intravascular coagulation : objective criteria for clinical and laboratory diagnosis and assessment of therapeutic response. *Clin Appl Thrombosis hemostasis* 1995;1: 3-23.
5. Beller FK. Acute blood coagulation disorders in pregnancy-changing patterns in the disease picture. *Blood* 1987;109(3):145-51.
6. <http://www.ipnotebook.com/HEM201.htm>
http://pubs.ama-assn.org/cgi/collection/coagulation_disorders?page=2



XIN CẢM ƠN
SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE

BÁO CÁO 23 TRƯỜNG HỢP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI

BS. TRƯỞNG QUỐC VIỆT
KHOA GMHS BV. TỬ DŨ

MỤC TIÊU TỔNG QUÁT

Nghiên cứu 23 trường hợp gây tê ngoài màng cứng trên bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi với bệnh lý nội khoa kèm theo tại Bệnh viện Từ Dũ từ 2005 - 2006.

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Năm 2005 – 6 tháng 2006: **9.994** ca mổ nội soi
 - 2.521 ca vô sinh
 - 1.463 ca LNMTC
 - 2.368 ca UNBT
 - 969 ca UXTC
 - 2.073 ca TNTC
 - 600 ca khác
- ✓ Đa số dùng phương pháp gây mê toàn thân
- ✓ Những trường hợp có bệnh lý nội khoa kèm theo làm gia tăng nguy cơ trong gây mê toàn thân thì gây tê NMC là phương pháp được lựa chọn.
- ➔ Mục đích: lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp cho bệnh nhân.

MỤC TIÊU CHUYÊN BIỆT

1. Nhận xét đặc điểm đối tượng nghiên cứu
2. Khảo sát thay đổi hô hấp, huyết động trên bệnh nhân tê ngoài màng cứng
3. Đánh giá hiệu quả của phương pháp vô cảm gây tê ngoài màng cứng

(Phẫu thuật nội soi trên bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo tại Bệnh viện Từ Dũ từ 2005 - 2006).

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

I. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU:

Báo cáo các trường hợp bệnh

II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi với phương pháp vô cảm gây tê ngoài màng cứng

III. CỖ MẪU:

23 ca

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

V. THU THẬP DỮ LIỆU:

- Bệnh nhân được thăm khám và làm các xét nghiệm tiền mê đầy đủ.
- Giải thích cho bệnh nhân phương pháp làm và đồng ý ký cam kết.
- Bàn luận với phẫu thuật viên về phương pháp gây tê và thời gian phẫu thuật.
- Chuẩn bị mọi phương tiện cấp cứu và đặt nội khí quản nếu cần.
- Gây tê ngoài màng cứng với Marcain 0,5% và Lidocain 2% kết hợp Fentanyl.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

IV. TIÊU CHUẨN CHỌN MẪU:

Tất cả bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu có nhiều nguy cơ trong gây mê toàn thân :

- Đặt nội khí quản khó
- Dị ứng với thuốc trong gây mê tổng quát (đặt biệt thuốc dẫn cơ)
- Di chứng chấn thương vùng hàm mặt
- Chúc năng hô hấp hạn chế, không trao đổi và hấp thụ khí gây mê tốt.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Bệnh nhân được truyền dịch với Lactate Ringer và kim 18G
- Sau khi gây tê NMC, bệnh nhân được theo dõi M, HA, NT, ECG, P_{eCO_2} , SpO_2 và thân nhiệt.
- Tiến mê với Midazolam 2mg và Fentanyl 100 mcg + Ranitidine 50 mg.
- Sau khi đảm kim bơm khí CO_2 với áp lực bơm 10mmHg, bệnh nhân được đặt tư thế Trendelenburg đầu thấp 15° và ngủ oxy qua mask.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Theo dõi ECG, SpO₂, PeCO₂ suốt cuộc mổ, phát hiện các triệu chứng tràn khí, thuyên tắc khí bằng ống nghe tim phổi.
- Sau khi mổ chuyển bệnh nhân sang phòng hồi sức theo dõi tiếp về các biến chứng nôn ói, đau vai và tràn khí dưới da, vết mổ...
- Theo dõi đến khi bệnh nhân xuất viện.

KẾT QUẢ

- Chỉ định phẫu thuật:
 - Thai ngoài tử cung (chưa vỡ) 2 ca
 - U nang buồng trứng 8 ca
 - Vô sinh I 7 ca
 - Vô sinh II 2 ca
 - Lạc nội mạc tử cung 4 ca
- Bệnh nội khoa kèm theo:
 - Bệnh lý phổi 11 ca
 - Bệnh lý tim 9 ca
 - Nhược cơ + suyễn 1 ca
 - Di chứng chấn thương hàm mặt 1 ca
 - Chê vòm hầu nặng 1 ca

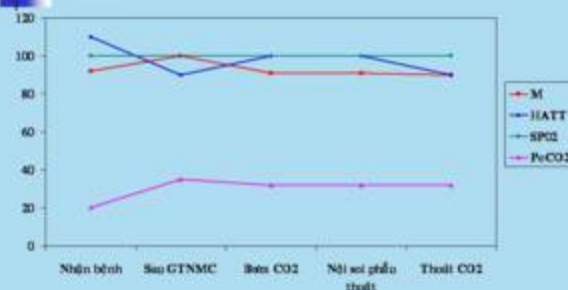
KẾT QUẢ

I. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

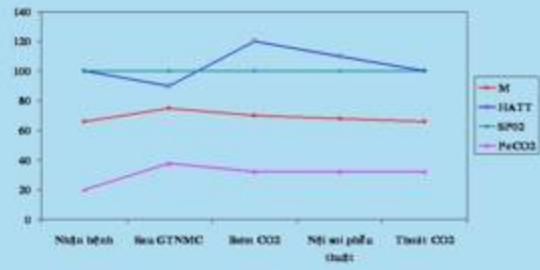
- Tổng số: 23 ca
- Độ tuổi: nhỏ nhất 22t
lớn nhất 52t
trung bình 33t
- Thời gian mổ: ngắn nhất 30 phút
dài nhất 70 phút
trung bình 50 phút

THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG – HÔ HẤP

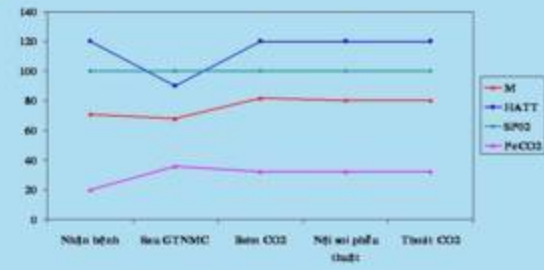
Ca số 1



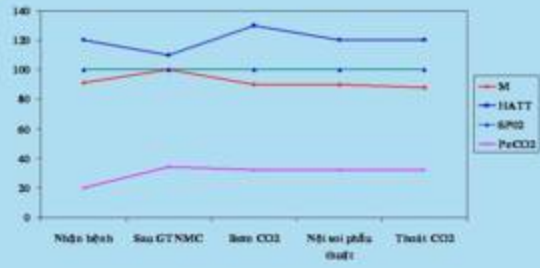
Ca số 2



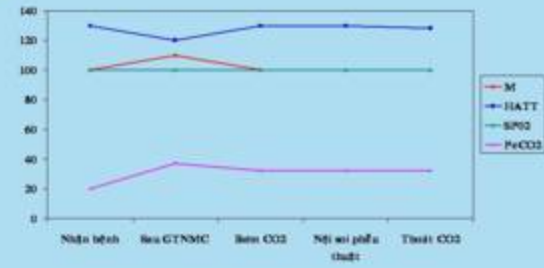
Ca số 3



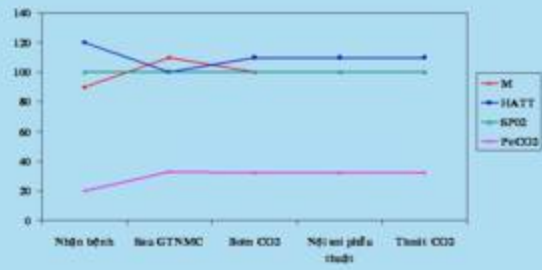
Ca số 4



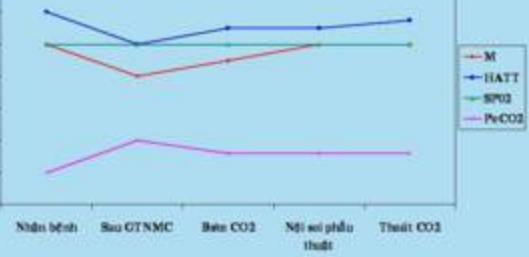
Ca số 5



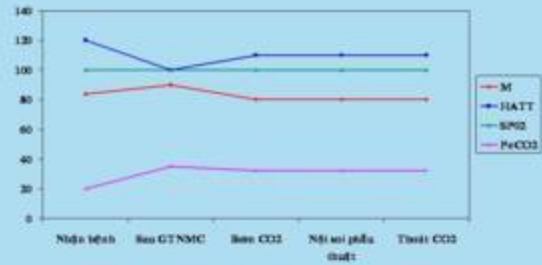
Ca số 6



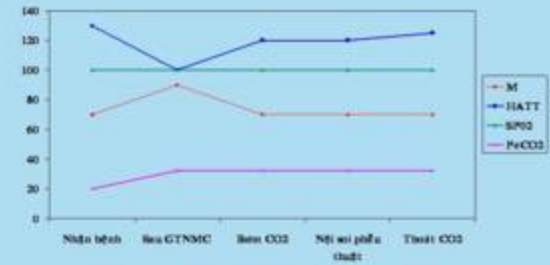
Ca số 7



Ca số 8



Ca số 9



KẾT QUẢ

- 100% bệnh nhân không phải chuyển mê và cũng không cần dùng thêm thuốc giảm đau khác.
- Đạt được độ mềm cơ cần thiết trong suốt cuộc mổ nội soi.

BÀN LUẬN

2. Những trường hợp cần gây tê ngoài màng cứng (theo P. Schoeffler - 1992)
 - Đặt NKQ khó: 1 ca (BN bị chấn thương hàm mặt)
 - Bệnh nhân dị ứng với thuốc dẫn cơ: 1 ca nhược cơ.
 - Bệnh nhân có vấn đề về hô hấp nhưng chức năng phổi còn trung bình: 11 ca (suyễn lên cơn thường xuyên, viêm phổi, xơ phổi do lao cũ).
 - Chè vom hầu nặng: 1ca.
 - Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nhưng chức năng tim còn bù, không tăng áp phổi nặng: 9 ca (thông liên nhĩ, còn ống động mạch, hẹp hở van 2 lá, nhịp tim chậm + ngắt, cao huyết áp mạn).

BÀN LUẬN

1. Bệnh nhân cần có những điều kiện (theo G. Pittoni, Ý)
 - ASA 1 và 2, không mập và hợp tác với bác sĩ.
 - Cuộc mổ ngắn.
 - Mổ vùng bụng dưới.
 - Phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê có kinh nghiệm.

BÀN LUẬN

3. Cuộc mổ ngắn không quá 30→90 phút. (Theo Sarwa VJ -1989)
Gỡ dính bơm thông tai vòi (9 ca), bóc u nang buồng trứng (8 ca), đốt lạc nội mạc tử cung (4 ca), thai ngoài tử cung (2 ca).
4. Các thông số SpO₂ và PeCO₂ không thay đổi nhiều (theo Hayel Gharaibeh - Eastern Mediterranean Health Journal)

BÀN LUẬN

- Thuận lợi ở độ tể cao $D_4 \rightarrow D_6$ đủ cho phẫu thuật, không thấy sự thay đổi quan trọng của huyết áp, nhịp tim cũng như hô hấp, không có tăng thán khí khi thở tự nhiên (theo GS. Nguyễn Văn Chùng - Bộ môn GMHS - 2004).
- 100% bệnh nhân không cần chuyển mê, không cần dùng thêm thuốc giảm đau khác.



Trường hợp 1

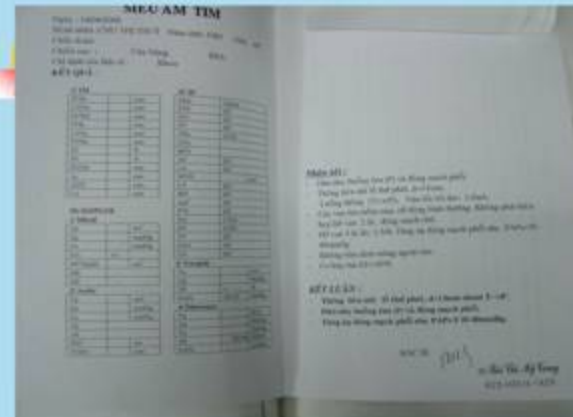
- Bệnh nhân: PHẠM THỊ L. 33 tuổi
- Nghề nghiệp: Làm ruộng
- Địa chỉ: Bình Phước
- Chẩn đoán: Vô sinh I + Tắt ống dẫn trứng
- Phương pháp phẫu thuật: Nội soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng gỡ dính, tái tạo 2 loa vòi.
- Bệnh lý: Không mở miệng được do tai nạn giao thông gây chấn thương hàm mặt.





Trường hợp 2

- Bệnh nhân: CHU THỊ T. 26 tuổi
- Nghề nghiệp: Thợ may
- Địa chỉ: Bình Dương.
- Chẩn đoán: Vô sinh 1 + 2 buồng trứng đa nang.
- Phương pháp phẫu thuật: Nội soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng, bơm thông 2 tay vòi, chọc đốt nang buồng trứng.
- Bệnh lý: Thông liên nhĩ, PAPs 40 mmHg, block nhánh phải hoàn toàn, EF: 69%.





Trường hợp 3

- Bệnh nhân: NGUYỄN THỊ N. 40 tuổi
- Nghề nghiệp: Bán buôn
- Địa chỉ: Quận 12 TP.HCM
- Chẩn đoán: Vô sinh II
- Phương pháp phẫu thuật: Nội soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng, bơm thông 2 tai vòi.
- Bệnh lý: Hen phế quản 15 năm, bậc 4
(FEV1 1,40 – 58%
FVC 2,14 – 76,9%
Tiffeneau 32%)





Trường hợp 4

- Bệnh nhân: HUỖNH NGỌC T. 27 tuổi
- Nghề nghiệp: Nội trợ
- Địa chỉ: An Giang
- Chẩn đoán: Vô sinh I + U nang buồng trứng
- Phương pháp phẫu thuật: Nội soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng, bơm thông 2 tay vòi, bóc u nang buồng trứng
- Bệnh lý: Thông liên nhĩ, PAPs 40mmHg, EF 62%





KẾT LUẬN

- Bước đầu áp dụng gậy tê ngoài màng cứng cho các bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo, chúng tôi nhận thấy:
 - Sự an toàn trong khi mổ: không làm thay đổi chức năng hô hấp và huyết động học nhiều
 - Đạt hiệu quả tốt không cần chuyển mê.
 - Đáp ứng được nhu cầu chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân khi cần phẫu thuật nội soi.



GÂY MÊ TRÊN BỆNH NHÂN CÓ THAI

*Bs. TRƯƠNG QUỐC VIỆT
Trưởng Khoa PT – GMHS
Bệnh viện Từ Dũ*

- ✓ Nguy cơ sẩy thai thường xảy ra trong 3 tháng đầu và 3 tháng giữa thai kỳ.
- ✓ Nguy cơ sanh non thường gặp trong 3 tháng cuối thai kỳ.
- ✓ Sự lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp, căn cứ vào những thay đổi sinh lý cơ thể mẹ trong khi mang thai, nhằm hạn chế những rối loạn có thể xảy ra cho mẹ và con

MỞ ĐẦU

- ✓ 0,2 - 2% phụ nữ được mổ trong khi mang thai.
- ✓ Hơn 40% được phẫu thuật trong 3 tháng đầu thai kỳ, một số phụ nữ không biết mình mang thai hoặc chỉ được phát hiện có thai trong quá trình phẫu thuật.
- ✓ Quyết định phẫu thuật phải tính đến mức độ khẩn cấp cần can thiệp và phải tính đến tuổi thai. Mặc dù có nhiều nghiên cứu trên loài vật đã được báo cáo, dị tật thai do gây mê cho đến nay vẫn chưa được xác định rõ trên con người.

CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

- ✓ Trong 3 tháng đầu và 3 tháng giữa thai kỳ viêm ruột thừa cấp và u nang buồng trứng xoắn, là 2 cấp cứu ngoại khoa thường gặp và hiện nay chỉ định mổ nội soi thường được ưa chuộng.
- ✓ Một số bệnh cấp cứu khác như viêm đường mật, tắc ruột, cấp cứu do chấn thương, giải phẫu thần kinh (u não, túi phình mạch máu não) hoặc những can thiệp ngoại khoa trong bệnh lý tim mạch cũng được thực hiện trong thai kỳ.

a. Viêm ruột thừa cấp

- ❖ Tần suất 1/1.500 trường hợp có thai.
- ❖ Chẩn đoán khó hơn do sự hiện diện của tử cung trong vùng chậu và sự thay đổi vị trí của ruột thừa.
- ❖ Sự phát hiện ra bệnh muộn thường gây ra biến chứng viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ làm tính mạng mẹ bị đe dọa, tỷ lệ tử vong cho thai tăng cao.

c. Tắc ruột

- ❖ Thường xảy ra vào tháng thứ 5 hoặc những tháng cuối của thai kỳ. Có trường hợp xảy ra sau sanh.
- ❖ Sự tăng khối lượng của tử cung trong vùng chậu làm các quai ruột bị nén lại, hậu quả ruột dễ bị xoắn, tắc.
- ❖ Sản phụ có vết mổ cũ vùng bụng tỉ lệ tắc ruột tăng do hình thành dây dính.

b. Sỏi đường mật

- ❖ Tần suất 1/1.500 -1/3.000 trường hợp.
- ❖ Khoảng 3,5% phụ nữ mang thai đến lúc sanh bị sỏi đường mật mà không có triệu chứng lâm sàng.
- ❖ Oestrogene làm gia tăng lượng Cholesterolone bảo hoà trong dịch mật.
- ❖ Progesterone làm giảm trương lực túi mật nên dễ tạo thành sỏi mật.
- ❖ Sự di chuyển của sỏi có thể gây những biến chứng tắc đường mật, viêm túi mật cấp, viêm tụy cấp, v.v...
- ❖ Viêm túi mật cấp chiếm 90% trong sỏi đường mật.
- ❖ Tần suất xảy ra 8% trong 3 tháng đầu, 26% 3 tháng giữa, 66% trong 3 tháng cuối thai kỳ.

d. U nang buồng trứng xoắn

Tần suất 1/2.500 thường xảy ra trong những tháng đầu của thai kỳ vì khối u thường được thành lập từ hoàng thể. Chẩn đoán phân biệt thai ngoài tử cung vỡ.

Điều trị: cắt u hoặc cắt phần phụ.

e. Chấn thương

Là nguyên nhân chính gây tử vong mẹ ngoài nguyên nhân sản khoa.

Sốc mất máu và chấn thương sọ não là 2 nguyên do gây tử vong mẹ cao. Những người phụ nữ có thai, khối lượng tuần hoàn gia tăng 40% điều này có thể dẫn đến sự đánh giá thiếu chính xác những trường hợp mất máu cấp.

Sự bù đắp khối lượng tuần hoàn có hiệu quả với điều kiện phải ngăn ngừa hội chứng chèn ép động tĩnh mạch chủ bụng.

Trong điều trị cần có sự hiện diện của bác sĩ sản. Phải bảo đảm thông khí tốt và khối lượng tuần hoàn mẹ bảo đảm. Khi tình trạng mẹ ổn định sẽ tiến hành chẩn đoán như những trường hợp bệnh nhân bị chấn thương mà không mang thai.

Chụp Xquang khi thật sự cần thiết. Ảnh hưởng của tia X ít ảnh hưởng cho thai với cường độ 5-10 rad. Cần che chắn vùng chậu khi chụp các cơ quan khác.

Chấn thương trực tiếp bào thai ít xảy ra hơn, tuy nhiên sự tụt huyết áp, sự thiếu Oxy ở mẹ làm giảm khối lượng máu đến thai nhi. Tử vong mẹ dẫn đến tử vong thai.

Tử vong thai chiếm tỉ lệ 6% thường do mẹ bị chấn thương và đưa đến biến chứng nhau bong non.

f. Phồng

Ít gặp trong thai kỳ, điều trị tùy thuộc vào mức độ phồng và tuổi thai. 3 tháng đầu thai kỳ thai có thể sống và tiếp tục phát triển dù rằng phồng mức độ nông khoảng 50%.

3 tháng giữa và 3 tháng cuối phồng $\geq 50\%$ phải nghỉ đến việc chấm dứt thai kỳ vì tính mạng mẹ bị đe dọa. Phồng dưới 40% có thể tiếp tục dưỡng thai với sự hỗ trợ bởi các thuốc chống co thắt tử cung.

g. Phẫu thuật tim mạch

Chiếm tỉ lệ 1-3% trường hợp mẹ bị bệnh tim bẩm sinh và tim mắc phải, nguy cơ suy tim mất bù. Phẫu thuật chỉ được thực hiện khi điều trị nội khoa thất bại, tính mạng người mẹ bị đe dọa. Phẫu thuật liên quan đến van tim chiếm 90%.

Tiền lượng còn nặng nề tỉ lệ tử vong mẹ khoảng 15%, tử vong con tùy thuộc vào sức khỏe của mẹ.

Mổ tim hở với phương pháp tim phổi ngoài lồng ngực càng làm tình trạng của mẹ trầm trọng hơn.

TÁC ĐỘNG CỦA PHẪU THUẬT VÀ GÂY MÊ TRÊN MẸ VÀ THAI

Các nghiên cứu gần đây đã cho những kết quả:

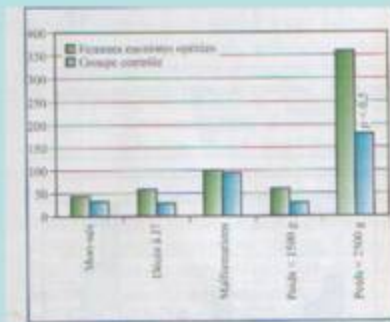
Nghiên cứu 1: trên 2.565 bệnh nhân mổ trong khi mang thai so với lô chứng người ta thấy không có những sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với biến chứng thai bị dị tật. Khi thống kê lên đến 17.000 trường hợp có sự thay đổi được ghi nhận: tỉ lệ sẩy thai gia tăng ở những bệnh nhân được gây mê toàn thân trong 3 tháng đầu và 3 tháng giữa thai kỳ, phần lớn là mổ bệnh lý phụ khoa.

h. Phẫu thuật thần kinh

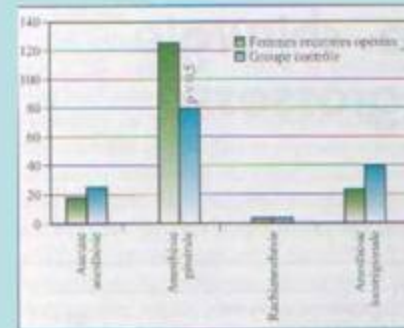
Chiếm tỉ lệ 6%. Gồm khối máu tụ gây chèn ép trong chấn thương hoặc trong vỡ túi phình động mạch não, u não. Nguy cơ do vỡ túi phình mạch máu não không tăng lên do thai kỳ.

Tuy nhiên, u não càng phát triển nhanh trên phụ nữ có thai. Tỉ lệ tử vong mẹ 5-24% nếu được can thiệp sớm và những cơ sở có đủ điều kiện. Hạ huyết áp kéo dài cần nên tránh để bảo đảm sự tưới máu của mẹ cho nhau thai.

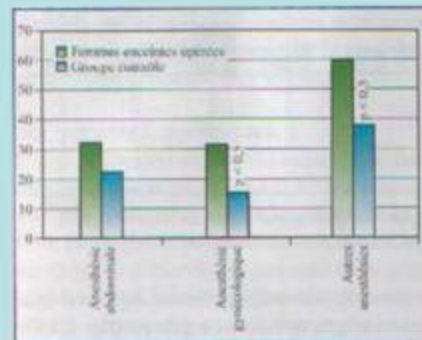
Nghiên cứu 2: trên 5.405 trường hợp so với lô chứng là 720.000 phụ nữ mang thai (0,75%) thì nghiên cứu cũng ghi nhận là chưa ghi nhận có sự khác biệt có nghĩa thống kê về phương diện dị tật bẩm sinh, cũng như tử vong sơ sinh trong lúc sanh. Tuy nhiên người ta thấy có sự khác biệt về trọng lượng của thai trong lúc sanh, hậu quả của sanh non hoặc thai suy dinh dưỡng trong tử cung.



Ảnh hưởng của gây mê và phẫu thuật trên thai



Tương quan giữa sẩy thai và phương pháp vô cảm.



Tương quan giữa sẩy thai và phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: 2 nghiên cứu cho thấy phẫu thuật trong khi mang thai ảnh hưởng cùng lúc trên mẹ và thai.

Cần phải giảm đến mức thấp nhất việc sử dụng thuốc trong chẩn đoán và điều trị trong giai đoạn hình thành cơ quan nội tạng của thai. Cần chú ý yếu tố stress, sự thay đổi huyết động học, hô hấp của mẹ cũng có ảnh hưởng trực tiếp đến thai trong phẫu thuật và gây mê.

SUY TIM THAI CẤP

Trong các cuộc giải phẫu cho người phụ nữ mang thai khả năng xảy ra suy thai cấp luôn luôn được tính đến, nếu có điều kiện nên theo dõi nhịp tim thai thực hiện trong lúc mổ với tuổi thai trên 26 tuần. Suy tim thai cấp biểu hiện bào thai bị thiếu Oxy, những xét nghiệm đánh giá nhu cầu Oxy cho thai, PaO₂, SpO₂, PetCO₂, Hemoglobine, DUP (lượng máu qua nhau thai).

- Nhiễm kiềm làm đường cong Hb chuyển trái, làm giảm sự phóng thích Oxy từ Hb của mẹ cho thai.
- Thừa CO₂ của mẹ sẽ đưa đến nhiễm toan và có thể gây suy cơ tim.
- Hạ huyết áp do giảm khối lượng tuần hoàn, do gây mê sâu, liệt hạch giao cảm làm giảm DUP cần điều trị nhanh chóng và kịp thời khi huyết tâm thu mẹ dưới 100mmHg hay giảm 20% so với trị số ban đầu. Sử dụng thuốc Ephedrine có tác dụng tốt trong trường hợp liệt giao cảm, trong trường hợp mạch nhanh có thể sử dụng Phenylephrine với liều bolus 50mcg (không quá 300mcg)

Những nguyên nhân gây thiếu Oxy ở mẹ:

- Tắc đường hô hấp, co thắt phế quản, sonde NKQ đặt không đúng vị trí, FiO₂ thấp.
- Thiếu Oxy còn do hậu quả của tụt huyết áp
- Gây tê tủy sống, gây ngoài màng cứng mức độ tế trên D₄ cũng làm suy hô hấp, tụt huyết áp, thiếu Oxy.
- PaO₂ của thai tương quan trực tiếp với PaO₂ của mẹ.
- Mẹ bị kiềm hô hấp hay kiềm chuyển hóa làm giảm DUP do tác dụng co mạch.

ĐỀ PHÒNG SANH NON

- Nhiều nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của phẫu thuật và gây mê đưa đến dọa sanh non.
- Sanh non chiếm 8,8% trong tổng số ca.
- Tỷ lệ tăng cao ở vùng mổ dưới rốn và mổ phụ khoa.
- Khâu cổ tử cung dọa sanh non 28%.
- Điều quan tâm là cho thai phát triển đến kỳ hạn bằng ngăn ngừa cơn co tử cung.

- Các thuốc nhóm beta2 mimetique: Salbutamol, Terbutaline ức chế cơn co tử cung 24 - 48%. Tuy nhiên, tác dụng sẽ kém dần trong thời gian tiếp theo đó.
- Tác dụng phụ của thuốc là nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, phù phổi, loạn nhịp tim, co thắt mạch máu não, nhiễm toan.
- Một số tác giả đề nghị Sulfat de magnesie, bác sĩ gây mê lưu ý là thuốc này có tác dụng hiệp đồng với thuốc giãn cơ.

ẢNH HƯỞNG CỦA GÂY MÊ TRÊN THAI

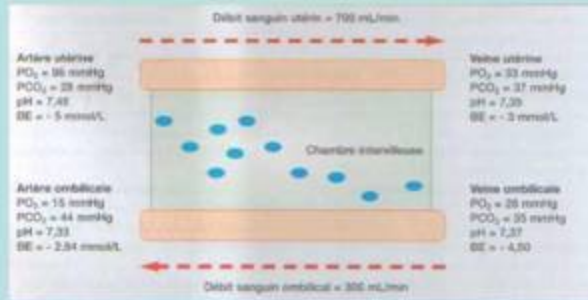
- Thuốc ức chế Calci tác dụng như Nifedipine giảm co cơ tử cung nhưng cũng có nhiều tác dụng phụ như tụt huyết áp. Trinitrine tương tự còn đang nghiên cứu.
- Atosiban ức chế chọn lọc lên thụ thể của Oxytocin và ức chế sự phóng thích calcium tự do trong tế bào là “chất trung gian” gây cơn co tử cung.

ĐẶC ĐIỂM

- Khi gây mê cần chú ý đến những thay đổi sinh lý của người mẹ trong khi mang thai do tác dụng của nội tiết, sự hiện diện của tử cung trong vùng chậu, sự tăng tính thấm, nhu cầu chuyển hóa của thai, những thay đổi này kín đáo trong 3 tháng đầu của thai kỳ và gia tăng rất nhiều trong 3 tháng cuối thai kỳ.

Lưu lượng máu tử cung: DUP (Débit sanguin utéroplacentaire)

DUP = Áp lực động mạch tử cung trung bình - áp lực tĩnh mạch tử cung
Số: cân mạch máu tử cung



Ảnh hưởng gây mê toàn thân trên tuần hoàn tử cung và nhau

Gây mê tĩnh mạch	Thiopentale	Làm giảm DUP 20-35% do tiết catecholamin khi đặt NKQ
	Etomidate	Tác dụng tương tự thiopental
	Ketamin	Không ảnh hưởng trên DUP với liều 1mg/kg
	Propofol	Không ảnh hưởng trên DUP với liều 2mg/kg
Thuốc mê bốc hơi	Halothane, Isoflurane, Sevoflurane	Ít ảnh hưởng trên DUP với MAC từ 0,5-1,5
Hô hấp của mẹ		Hyperventilation, hypocapnie làm giảm DUP

Những yếu tố ảnh đến tuần hoàn tử cung và nhau thai

Giảm áp lực động mạch tử cung	Tăng áp lực tĩnh mạch tử cung	Tăng sức cản mạch máu tử cung
Hội chứng chèn ép động tĩnh mạch chủ bụng	Cou co tử cung	Tăng huyết áp
Ức chế giao cảm	Tăng trương lực tử cung (Oxytocin) Nhau bong non Tăng trương lực cơ : co giật	Co mạch nội sinh catecholamin, (stress, đau) Vasopressin (đáp ứng với giảm khối lượng tuần hoàn)
Giảm khối lượng tuần hoàn Mất máu Thuốc hạ áp		Co mạch ngoại sinh do thuốc Adrenaline, thuốc co mạch Thuốc tế liểu cao (ngộ độc thuốc tế)

III. ẢNH HƯỞNG CỦA GÂY Mê TRÊN THAI:

Thuốc mê có tác động đến thai tùy theo tuổi thai

Gây mê tác động làm thay đổi chức năng hô hấp, chức năng tuần hoàn và sự trao đổi chất giữa mẹ và thai.

A. Ba tháng đầu thai kỳ:

1. Dị tật thai nhi:

Thuốc gây quái thai khi có tác động làm thay đổi sự phát triển bình thường của phôi hậu quả là hoặc phôi bị chết hoặc thai bị dị tật. Cho nên trong ba tháng đầu của thai kỳ thời gian hình thành của các cơ quan nội tạng và cũng là thời gian dễ tổn thương cho thai do tác động của thuốc.

3. Thời gian gây dị tật thai:

Thuốc có dụng khác nhau trên bào thai tùy theo tuổi thai. Sau khi thụ thai 13 ngày, thuốc có thể tác động làm chết phôi hoặc không gây dị tật, Loi du "tout ou rien".

2. Đánh giá nguy cơ sinh quái thai:

Xác định một tác nhân gây quái thai là một việc làm cực kỳ khó khăn. Thuốc mê đường tĩnh mạch hoặc đường hô hấp qua nhau thai rất nhanh nhờ tính tan của thuốc trong mỡ cao. Tùy theo chủng loại của thai, người ta nhận thấy rằng tác động của thuốc trên thai có kết quả khác nhau giữa các loài.

Thí dụ: Thalidomide gây quái thai ở người và thỏ nhưng lại vô hại đối với chuột

Sau giai đoạn phôi hóa, thai sẽ qua giai đoạn tạo hình nhanh chóng trong thời gian từ 14 – 50 ngày và đến tháng thứ 3 là thời kỳ hoàn chỉnh các cơ quan. Trong quá trình phát triển thai, các cơ quan vẫn còn nhạy cảm do ảnh hưởng của thuốc như cơ quan sinh dục nam 70 ngày, cơ quan sinh dục nữ 140 ngày, hệ thần kinh trung ương được bắt đầu phát triển từ khoảng 3 tháng giữa của thai và kéo dài đến sau sanh.

Tóm lại, sự phát triển của mỗi cơ quan trong cơ thể có một thời điểm nhạy cảm khác nhau với tác động của thuốc.

Sự phát triển của các cơ quan với tính nhạy cảm của các thuốc gây dị tật

Cơ quan	Tuổi thai (tính theo ngày)
Não	18-40
Tim	18-40
Mắt	24-40
Chi	24-36
Cơ quan sinh dục nam	45-70
Cơ quan sinh dục nữ	40-150

N_2O có tác dụng tương tác trên sự chuyển hóa vitamine B12 làm giảm tổng hợp methionine (chất cần thiết cho sự phát triển của bộ xương và cơ quan nội tạng và quá trình myelin hóa thần kinh).

Thời gian gây tác dụng: trên chuột 8-9 ngày tuổi tiếp xúc 12 giờ với $FiO_2 \geq 50\%$

Trong nhiều thập kỷ nay chưa có báo cáo độc hại của N_2O trên thai với thời gian sử dụng ngắn $FiO_2 \leq 50\%$.

4. Thuốc gây mê:

a. Thuốc tiền mê

Atropin gây nhịp tim thai nhanh nhưng không làm thay đổi hoạt động của tử cung, không có tác dụng gây quái thai.

Trên thực nghiệm, Benzodiazepine gây sứt môi, chẻ vòm, thiếu ngón tay cái, thoát vị bẹn, dị dạng hệ thống tim mạch, ống sống bị chẻ đôi. Diazepam ức chế sự tăng trưởng vùng vỏ tế bào thần kinh trên thực nghiệm.

b. Thuốc mê bốc hơi họ Halogen:

Trên thực nghiệm chưa thấy có báo cáo tác dụng gây quái thai của nhóm Halogen với MAC 0,75 và gây mê trong nhiều giờ. Tuy nhiên quan sát ở những người do nghề nghiệp phải tiếp xúc với halothan hàng ngày như nhân viên làm việc trong phòng mổ có vài ghi nhận tỷ lệ sẩy thai gia tăng cũng như viêm gan do thuốc.

c. Thuốc mê tĩnh mạch:

Chưa có nghiên cứu nào đối với tác dụng của thiopental trên người trong thời gian mang thai. Tuy nhiên khi quan sát những bệnh nhân có thai được điều trị động kinh bằng Barbiturique thấy có sự gia tăng tỷ lệ sứt môi, dị dạng hệ thống tim mạch. Với liều duy nhất Thiopenthal dùng trong dẫn đầu mê mặc dù tác dụng trên thai chưa rõ; tuy nhiên thuốc được sử dụng trong nhiều năm nhưng chưa có bằng chứng nào gây quái thai được báo cáo.

Propofol, Etomidate: trên thực nghiệm không thấy cho tác dụng gây dị tật thai nhưng hiện chưa có nghiên cứu trên người.

Fentanyl, Sufentanyl nghiên cứu trên chuột thấy báo cáo gây dị tật, tuy nhiên chưa thấy báo cáo gây dị tật thai khi sử dụng thuốc đúng liều trong phẫu thuật.

Codein gây quái thai nên tránh dùng trong thai kỳ.

d. Thuốc nhóm morphinique:

Quan sát trên những sản phụ bị nghiện ma túy cho thấy thai chậm phát triển trong tử cung, sanh non, hội chứng lệ thuộc của sơ sinh sau sanh...

Morphine, Pethidine thí nghiệm trên chuột trong thời gian hình thành cơ quan ghi nhận những trường hợp thoát vị bẹn, dị dạng não bộ, dị dạng trục bộ xương.

e. Thuốc dẫn cơ: có thể qua màng nhau thai một ít nhưng không tác dụng gây quái thai. Trường hợp sử dụng thuốc lâu dài trong thời kỳ có khả năng gây dị tật chi.

f. Thuốc tê: chưa có tác dụng gây dị tật thai được báo cáo.

B. Ba tháng giữa và ba tháng cuối thai kỳ:

Tác dụng gây quái thai ít hơn ba tháng đầu mặc dù sự hình thành cơ quan nội tạng vẫn tiếp tục phát triển. Thường gặp nguy cơ sẩy thai, sanh non

Tác động của gây mê trên tử cung:

- Thời gian cuối thai kỳ động mạch xoắn dẫn toàn bộ nên không thể tự điều chỉnh lượng máu khi có rối loạn huyết động học nên làm giảm áp lực tưới máu tử cung nhau. Thí dụ: phần lớn thuốc mê đều làm giảm huyết áp. Gây mê nông, giảm đau không đầy đủ làm phóng thích Catecholamine làm tăng sức cản mạch máu tử cung.

Tác dụng của thuốc mê trên thai:

- Sử dụng thuốc mê tĩnh mạch liều cao sẽ đưa đến suy hô hấp sơ sinh, nhịp tim thai chậm nhưng nhạy cảm với Atropine.
- Diazepam sử dụng 30 phút trước khi sanh có thể làm thai bị suy hô hấp, giảm nhiệt độ và giảm trương lực cơ.
- Nhóm Halogen và Morphinique chưa thấy gây tác động nguy hại đến thai khi mẹ không bị thiếu oxy, và giữ được thăng bằng toan kiềm với MAC thích hợp.

Ketamine liều 2mg/kg cân nặng trong ba tháng đầu thai kỳ làm huyết áp động mạch tử cung tăng 100%; ba tháng giữa tăng 40% (do sức cản mạch máu tử cung tăng nên khối lượng máu đến thai giảm); khi thai gần đến ngày ketamine làm gia tăng trương lực các cơ tử cung vùng đáy. Nên không sử dụng ketamine để gây mê trong 3 tháng đầu thai kỳ.

Nhóm Halogen với MAC1 ít tác động trên tuần hoàn tử cung nhau thai. Lý do: mặc dù thuốc làm huyết áp động mạch giảm 20% nhưng lại có tác dụng dẫn mạch máu tử cung do làm giảm tiết catecholamine trong máu. Nhưng khi gây mê với MAC2 làm giảm cung lượng tim do đó làm giảm lượng máu đến tử cung khoảng 30- 40%. Ngoài ra nhóm halogen còn có tác dụng làm giảm trương lực cơ tử cung, tác động này có lợi cho thai.

Những yếu tố khác tác động đến thai:

- Thiếu oxy trong giai đoạn hình thành cơ quan gây dị tật bẩm sinh trên thỏ, chuột và gà. Oxy cao áp cũng có tác dụng gây dị tật.
- Thừa CO₂ trong 24 giờ ở chuột gây dị dạng tim mạch cho bào thai.
- Ở người trường hợp thiếu oxy và thừa CO₂ thoáng qua chưa thấy có báo cáo gây dị tật thai.

Morphinique: gây suy hô hấp, thiếu oxy, thừa CO₂, làm tăng phóng thích catecholamine làm giảm khối lượng tuần hoàn tử cung và nhau thai.

- Những dân tộc sống ở vùng cao mặc dù không khí loãng nhưng cơ thể thích nghi, chưa có báo cáo gây dị tật ở thai trong trường hợp này.
- Mẹ bị nhiễm kiềm hô hấp hoặc kiềm chuyển hóa sẽ gây co mạch máu tử cung làm đường cong hemoglobine chuyển trái, oxy khó phóng thích từ mẹ sang con.
- Stress, lo lắng, cảm giác đau thường làm tăng tần số thở nên dễ bị nhiễm kiềm, gây tăng tiết Catecholamine làm giảm tuần hoàn tử cung và nhau thai./.

**XIN CẢM ƠN
SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE**

**PHỐI HỢP TẾ TỦY SỐNG – TẾ NGOÀI MÀNG CỨNG (CSE)
TRONG GIẢM ĐAU CHUYỂN DẠ Ở BỆNH VIỆN KK - SINGAPORE**



Dr. Tan Hsiao Ming
Department of Women Anaesthesia
KK Women's and Children's Hospital
Singapore

**KKWCH:
Khoa vô cảm cho bà mẹ**



NỘI DUNG

- Giới thiệu Bệnh viện KK Bà mẹ và Trẻ em, Singapore.
- Phòng giảm đau trong chuyển dạ
 - ✓ Đại cương về tế ngoài màng cứng phối hợp tế tủy sống và tế ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ.
- Tổng quan tế ngoài màng cứng phối hợp tế tủy sống so với tế ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ.

Lịch sử khoa gây mê

- 1858**
Những ngày còn thuộc địa: chia thành 2 khu: một dành cho người Châu Âu (the Seaman's Hospital) và một khu khác dành cho người địa phương (the Police Hospital).
- 1905**
Pauper Hospital cho phụ nữ và trẻ em.
- 1924**
Được đổi thành bệnh viện sản khoa miễn phí với 30 giường và 12 giường nhi
- 1938**
Một nửa trong số 11,206 trẻ em ở Singapore được sinh ra tại bệnh viện KK.
- 1950s**
Sau những năm chiến tranh, trung bình có > 1000 ca sanh mỗi tháng với 240 giường bệnh

Lịch sử khoa gây mê

- 1960s**
Thống kê có 39,835 trẻ em được sinh ra
(Guinness Book of Records)
Mổ lấy thai chiếm 6.9%
- 1975**
Thành lập khoa gây mê
- 1978**
Thành lập khoa hồi sức tích cực
- 1988**
Thành lập phòng tế ngoài màng cứng phục vụ 24/24
- 1990s**
Xây dựng lại bệnh viện với 888 giường
- 1997**
Kỹ thuật kết hợp tế ngoài màng cứng và tế tủy sống được giới thiệu
- 1999**
PCEA thực hiện đầu tiên ở Singapore

PHÒNG GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN ĐẠ



THỐNG KÊ TẠI BỆNH VIỆN BÀ MẸ VÀ TRẺ EM KK



- Là trung tâm đứng thứ 3 về sản- phụ và nhi khoa ở Singapore.
- Số sinh hàng năm ~ 13500
- Tỷ lệ mổ lấy thai ~ 30% (4050 cases)
- Số mổ phụ khoa ~ 4173

GIẢM ĐAU

- Phương pháp không dùng thuốc
- Phương pháp dùng thuốc:
 1. Entonox (laughing gas)
 2. Pethidine tiêm bắp
 3. Tế ngoài màng cứng

Entonox (laughing gas) để giảm đau trong chuyển dạ



- Bằng chứng về tính hiệu quả
- Ai được lợi ích
- Làm cách nào để sử dụng
- Tác dụng phụ và biến chứng
- Ảnh hưởng trên trẻ sơ sinh

Tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ

Bộ dụng cụ Tê NMC



- Bằng chứng về tính hiệu quả
- Ai được lợi ích
- Làm cách nào để sử dụng
- Tác dụng phụ và biến chứng
- Ảnh hưởng trên trẻ sơ sinh

Pethidine để giảm đau trong chuyển dạ



- Bằng chứng về tính hiệu quả
- Ai được lợi ích
- Làm cách nào để sử dụng
- Tác dụng phụ và biến chứng
- Ảnh hưởng trên trẻ sơ sinh

Giảm đau và mổ lấy thai

Committee Opinion, ACOG June 2006

- ACOG ban đầu khuyến cáo nên trì hoãn tê NMC ở sản phụ con số cho đến khi cổ tử cung 4- 5 cm.
- Các nghiên cứu gần đây chứng minh tê NMC không làm tăng nguy cơ mổ lấy thai.
- Kỹ thuật giảm đau thần kinh trong chuyển dạ là có hiệu quả cao nhất và ít dùng thuốc giảm đau nhất.
- Sản phụ không nên để sự sợ hãi không cần thiết phải mổ lấy thai ảnh hưởng lên sự lựa chọn phương pháp giảm đau trong chuyển dạ.

Phòng giảm đau trong chuyển dạ

- 32 giường sanh
- Phục vụ 24/24 bởi 1 chuyên gia và 1 người được huấn luyện
- TTS- TNMC kết hợp (CSE):
 - Tối đa 2.5 mg Bupivacaine / Ropivacaine vào dịch não tủy với tối đa 25 ug Fentanyl
- Tê NMC (EA):
 - 8-15ml Ropivacaine or Bupivacaine 0.125-0.2%
 - Truyền thuốc tê nồng độ 0.1-0.125% với 2 ug/ml Fentanyl
- Theo dõi trong vòng 24 giờ sau sanh bởi những điều dưỡng đã được huấn luyện
- 5 trả lời cho mỗi câu hỏi
 - Hoàn toàn đồng ý, đồng ý, không chắc chắn, từ chối, từ chối hoàn toàn

Cơ sở dữ liệu của giảm đau trong chuyển dạ

- Đã được thông qua Hội đồng Y Đức của bệnh viện 5 -2001
- Thu thập số liệu ngay tại giường bệnh
- Số liệu
 - > Cân nặng, chiều cao, tiền sử mang thai, độ mở cổ tử cung, cơn đau trước khi gây tê
- Kỹ thuật
 - > Những vấn đề, tác dụng phụ (30 phút đầu), giảm đau tối ưu
- Chăm sóc sau sanh
 - > Biến chứng, sự hài lòng của bệnh nhân
- 5 trả lời cho mỗi câu hỏi
 - > Hoàn toàn đồng ý, đồng ý, không chắc chắn, từ chối, từ chối hoàn toàn

AD Women's and Children's Hospital
SPECIAL ANALGESIA FOR PAIN RELIEF DURING CHILD BIRTH

Form: _____ Date: _____

1. INDICATIONS FOR SPECIAL ANALGESIA (SA)

Special Analgesia (SA) is a form of pain relief that is used to relieve pain during childbirth. It is administered by the injection of drugs through a small tube inserted in the lumbar space within the lumbar vertebrae.

> **Standard Special Analgesia (SEA)** is used when a patient is in pain and the epidural space is not yet open. The epidural space is opened by the injection of a small amount of local anesthetic (0.5-1.0 ml) into the epidural space. This is followed by the injection of a larger volume of local anesthetic (3-5 ml) into the epidural space.

> **Continuous Special Analgesia (CSA)** is used when a patient is in pain and the epidural space is open. The epidural space is opened by the injection of a small amount of local anesthetic (0.5-1.0 ml) into the epidural space. This is followed by the injection of a continuous infusion of local anesthetic (0.1-0.2%) into the epidural space.

2. SIDE EFFECTS AND COMPLICATIONS OF SA

The possible side effects of SA are: Hypotension, Headache, Nausea, Vomiting, Pruritus, Urinary retention, and Maternal fever.

3. Signs of Spinal Block

Headache, Nausea, Vomiting, Pruritus, Urinary retention, and Maternal fever are signs of spinal block. If any of these signs occur, the patient should be monitored closely and the infusion should be stopped if necessary.

4. Contraindications

Contraindications of SA are: Hypotension, Headache, Nausea, Vomiting, Pruritus, Urinary retention, and Maternal fever.

5. Warning

This form should be completed by the midwife or the obstetrician. It should be completed at the time of the patient's admission to the hospital.

Signature: _____
 Date: _____

PAIN MANAGEMENT RECORD

Form: _____ Date: _____

1. PATIENT INFORMATION

Name: _____
 Age: _____
 Height: _____
 Weight: _____
 Parity: _____
 Gestational Age: _____
 Date of Birth: _____

2. PAIN ASSESSMENT

Time	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
08:00											
09:00											
10:00											
11:00											
12:00											
13:00											
14:00											
15:00											
16:00											
17:00											
18:00											
19:00											
20:00											
21:00											
22:00											
23:00											
24:00											

3. TREATMENT

Medication: _____
 Dose: _____
 Frequency: _____

4. ASSESSMENT

Effectiveness: _____
 Side effects: _____

5. SIGNATURE

Signature: _____
 Date: _____

Phong bế thần kinh để giảm đau trong chuyển dạ



PHƯƠNG PHÁP

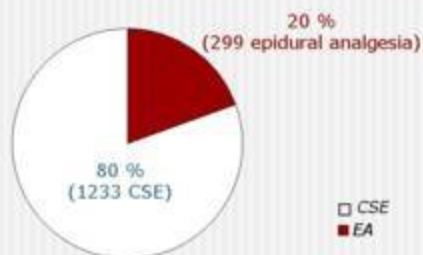
- Nghiên cứu trên 1532 sản phụ được thực hiện CSE hay EA
- Chia làm 2 nhóm
 - > CSE: giảm đau 2.5mg tiêm vào dịch não tủy Bupivacaine/Ropivacaine kết hợp với Fentanyl (không quá 25 µg)
 - > EA: giảm đau với 8-15 ml 0.125%-0.2% Ropivacaine/Bupivacaine
 - > Duy trì truyền liên tục 6 - 12 ml/h bupivacaine/ropivacaine 0.1-0.15% + 2 µg/ml Fentanyl trong 15 phút
- Cơn đau
 - Bolus tối đa 5-15 ml lignocaine 1.5%, bupivacaine/ropivacaine 0.25%

Có phải kết hợp TNMC –TTS (CSE) là phương thức thay thế cho giảm đau bằng tê ngoài màng cứng thông thường?

PHƯƠNG PHÁP

- Kết quả
 - > Yếu tố chọn cách giảm đau
 - > Kết quả giảm đau – không cần giảm đau thêm – biến chứng và tác dụng phụ
 - > Ảnh hưởng có thể có của việc chọn phương pháp phong bế lên hậu quả sản khoa
 - > Bà mẹ hài lòng hoàn toàn

Phân tích sự thất bại



Những yếu tố ảnh hưởng lên lựa chọn tê vùng

	Risk Ratio	Odds Ratio	p
Tiền sản	0.71	2.03	p = 0.003
Cơn đau trước đẻ	0.31	1.61	P = 0.029
Độ mở cổ tử cung	0.21	1.12	P = 0.032
Chiều cao	0.01	0.99	P = 0.56
Cân nặng	0.01	0.99	P = 0.82
Đông Oxytocin trước đẻ	0.27	0.77	P = 0.25

CSE thích hợp cho:

Phụ nữ đa sản
có cơn đau nhiều trước đẻ
Chuyển dạ giai đoạn hoạt động

Tác dụng phụ và biến chứng

	CSE	EA	p
Ngủ (%)	29.4	14.4	p = 0.01
Tổn thương thần kinh sau sinh (%)	0	1	
Hạ HATT 30' đầu (%)	5.61	6.34	
Lạnh rung trong 30 phút đầu (%)	32.3	37.1	
Phong bế vận động 30' đầu (%)	1	2	
Bất thường nhịp tim thai 30' đầu (%)	8.3	11.6	P > 0.05
Nhức lưng (%)	10.0	8.7	
Nhức đầu (%)	2.5	4.0	
Bi tiểu sau sinh (%)	4.7	4.0	

Triệu chứng ngứa là thường thấy nhất trong CSE

Diễn tiến trong quá trình sanh

	CSE	EA	p
Tần số của tiêm thêm (lít thuốc)	0.042	0.067	p = 0.01
Thời gian chuyển dạ (con so)	6.17	6.90	p = 0.03
Thời gian chuyển dạ (con rạ)	3.94	4.27	P > 0.05
Giai đoạn 2 chuyển dạ (con so)	94.0	111	
Giai đoạn 2 chuyển dạ (con rạ)	45.4	42.6	
Tỷ lệ MLT đoạn thấp (con so)	15	16	
Tỷ lệ MLT đoạn thấp (con rạ)	6	10	

Số bác sĩ cho liều tối đa cao hơn ở nhóm TNMC
Thời gian chuyển dạ dài hơn đối con so ở nhóm EA

Những yếu tố ảnh hưởng lên sự hài lòng của mẹ

	Risk Ratio	Odds Ratio	p = 0.026
CSE	0.57	1.77	
Thời gian chuyển dạ		Nhức đầu sau sinh	P > 0.05
Cổ liên cho tiểu tử đã		Tắc dụng phụ	
Thời gian gỡ II của chuyển dạ		Biến chứng	
Nặng thuốc tê khi CTC nở tròn		Thực hiện lần nữa	

CSE làm cho nhiều sản phụ hài lòng hơn

Những yếu tố ảnh hưởng lên sự hài lòng của mẹ

	Risk Ratio	Odds Ratio	p = 0.026
CSE	0.57	1.77	
Thời gian chuyển dạ		Nhức đầu sau sinh	P > 0.05
Cổ liên cho tiểu tử đã		Tắc dụng phụ	
Thời gian gỡ II của chuyển dạ		Biến chứng	
Nặng thuốc tê khi CTC nở tròn		Thực hiện lần nữa	

CSE làm cho nhiều sản phụ hài lòng hơn

Liều đầu tiên không hiệu quả làm giảm tỷ lệ hài lòng từ 95% còn 60%

J. Maternal satisfaction with PCA during labour: results of 6-month survey (300 patients)
Duhon et al. Br J Anaesth 1996; 76: 4329

Nguyên nhân làm giảm đau không đủ sau khi tê NMC

TABLE IV Variables associated with an increased risk of epidural failure during labour and delivery.
CI: confidence interval

	P	Odds Ratio	95% CI
Failure during labour			
→ WPS > 30 mm 30 min after first dose	0.001	3.5	1.3-9.1
Duration of epidural analgesia 6 h	0.001	9.1	3.5-23.4
Radicular pain	0.05	3.9	1.1-13.7
Abnormal presentation	0.001	5.6	2.2-14.4
Failure during delivery			
→ WPS > 30 mm 30 min after first dose	0.001	4.1	2.4-7.1
→ Duration of epidural analgesia < 1 h	0.001	18.3	4.8-70.3
Abnormal presentation	0.001	3.0	1.7-5.3

*Risk factors of inadequate pain relief during epidural analgesia for labour and delivery.
Le Coq, Ghislaine, CRNA, Ducot, Béatrice, MD, Benhamou, Dan, MD.
CJA Aug 1990; 45(8): 719-23*

CSE so với EA: đó có là vấn đề?





Phương pháp – tiêu chuẩn nhận vào

- Những nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát so sánh CSE và EA trong chuyển dạ
- Sản phụ được làm CSE và EA trong giai đoạn đầu của chuyển dạ
- Dữ liệu thu thập:
 - Cấu trúc của bảng thu thập dữ liệu
 - Đặc điểm dân số học, giai đoạn của chuyển dạ, sự dụng oxytocin
 - Kỹ thuật và những ghi chú chi tiết thuốc sử dụng và phân loại.

Mục tiêu

- Đánh giá hiệu quả tương đối và tác dụng phụ của CSE so với EA trong chuyển dạ

Phương pháp- tiêu chuẩn loại trừ

- Không thỏa điều kiện ngẫu nhiên.
- Đánh giá kết quả không đầy đủ.
- Phân tích độ nhạy:
 - Không báo cáo lại những chỉ định được giữ bí mật.
 - Không có báo cáo về nhóm chứng, ví dụ tiền thai, tuổi, dùng Oxytocin.

Phương pháp

- Chiến lược nghiên cứu:
 - Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's trials register
 - Cochrane Controlled Trials Register
 - Medline :1966 to June 2002
 - Embase : 1974 to June 2002

Kết quả

- 14 thử nghiệm
- 2047 thỏa tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu
- 5 nhóm nhỏ:
 - > CSE so với phương pháp thông thường
 - > CSE so với TNMC dùng liều thấp
 - > CSE chỉ dùng Opiod so với TNMC thông thường
 - > TNMC dùng liều thấp.
 - > CSE chỉ dùng Opiod so với test bằng Opiod NMC

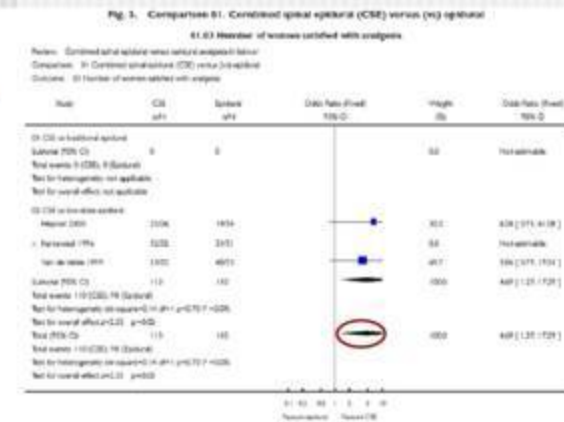
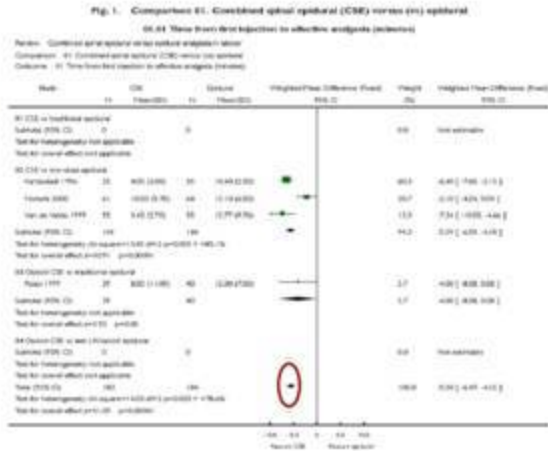
Outcome title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
02 Time from first injection to effective analgesia (minutes)	5	764	Weighted Mean Differences (Fixed, 95% CI)	5.50 (-6.67, 4.52)
03 Need for rescue analgesia	6	1077	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	0.98 (0.68, 1.40)
04 Number of women satisfied with analgesia	6	233	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	1.09 (-1.27, 17.29)
04 Number of women who achieved	5	963	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	1.07 (0.82, 1.39)
05 First Atrial premature beats/minute			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
06 Ectopic beats/minute			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
07 Number of women requiring blood patch for PPH			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
08 Pruritus			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
09 Urinary retention			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
10 Nausea/vomiting			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
11 Hypotension	14	793	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	0.78 (0.39, 2.44)
12 Respiratory depression			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
13 Headache (any)	2	107	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	0.11 (0.07, 2.11)
14 Sedation	1	79	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	1.01 (0.00, 2.96)
15 Lower respiratory tract symptoms	1	106	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	0.00 (0.19, 1.98)
16 Supraventricular extra-systoles			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
17 Urinary delay			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
18 Instrumental delivery			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
19 Cesarean section			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
20 1 additional ventral pin			Weighted Mean Differences (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
21 2 additional ventral pin			Weighted Mean Differences (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
22 3 additional ventral pin	1	110	Weighted Mean Differences (Fixed, 95% CI)	0.02 (-6.69, 6.69)
23 Appr score = 7 or 8 minutes	5	201	ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	0.11 (0.00, 1.95)
24 Appr score = 9 or 5 minutes			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only
25 Number of women in second stage			ORs Ratio (Fixed, 95% CI)	Subtotals only

Kết quả chính

- CSE:
 - > Rút ngắn thời gian để có tác dụng giảm đau sau liều chích đầu tiên đầu tiên.

Tăng tỷ lệ hài lòng ở sản phụ

Tăng tỷ lệ có triệu chứng ngứa



Kết quả chính

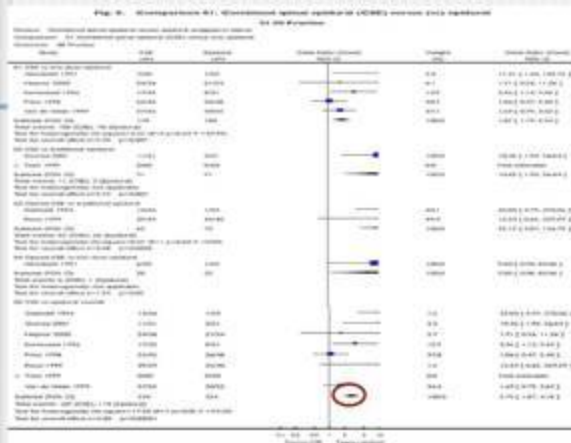
■ CSE:

- Giảm ngắn thời gian để có tác dụng giảm đau sau liều chích đầu tiên đầu tiên
- Tăng tỷ lệ hài lòng ở sản phụ
- Tăng tỷ lệ có triệu chứng ngứa

Kết quả chính

■ CSE:

- Giảm ngắn thời gian để có tác dụng giảm đau sau liều chích đầu tiên đầu tiên
- Tăng tỷ lệ hài lòng ở sản phụ
- Tăng tỷ lệ có triệu chứng ngứa



- Không thể kết luận có ý nghĩa sau : ít biến chứng như tổn thương thần kinh hay viêm màng não

Kết quả chính

- Không có sự khác biệt giữa những kỹ thuật CSE và EA trong các đặc điểm sau:
 - > Tỷ lệ mắc bệnh ở mẹ
 - > Yêu cầu giảm đau thêm
 - > Tăng tần suất nhức đầu sau thủng MC /blood patch
 - > Hạ huyết áp
 - > Bí tiểu
 - > Phương pháp sanh
 - > Trẻ sơ sinh cần gửi đơn vị sản sóc tích cực


Áp dụng cho thực hành



- Cả hai kỹ thuật đều có hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ.
- CSE – thời gian bắt đầu ngắn hơn.
- CSE – làm bà mẹ hài lòng hơn
- Thuốc và nồng độ thuốc liên quan đến sự vận động và những kết quả khác hơn là bản thân kỹ thuật gây tê



12th Asia Australasian Congress of Anaesthesiologists
Singapore

AACA 2006
6-10 November 2006
The Art & Science of Anaesthesiology



HOSTED BY  AN OFFICIAL PARTNER  GE Healthcare  WITH THE PARTICIPATION OF

FINAL ANNOUNCEMENT