

GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY LIÊN TỤC NHÂN TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT VI PHẪU BÀN TAY

VŨ VĂN KHÂM, ĐỖ THỊ HẢI
Khoa Gây mê hồi sức – Bệnh viện Xanh Pôn

TÓM TẮT

Chúng tôi giới thiệu một trường hợp bệnh nhân nam, 22 tuổi. Chẩn đoán: Vết thương đứt rời ngón II tay Phải.

BN được chỉ định phẫu thuật cấp cứu xử lý thương tổn bằng kỹ thuật vi phẫu.

Phương pháp vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay liên tục theo đường trên đòn bằng lidocain 1%.

Bệnh nhân được phẫu thuật vi phẫu nối ngón II tay Phải. Thời gian phẫu thuật 6h.

Từ khóa: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay, lidocain 1 %.

SUMMARY

We present a 22-year-old man, who suffered from the second finger of the right hand cut off.

He was immediately treated with microsurgery.

Anaesthetic method: Continuous supraclavicular brachial plexus block using Lidocain one percent.

He was connected the cut-off part of the second finger with the rest with microtomy method. The surgery lasted 6 hours.

Keywords: Continuous supraclavicular brachial, Lidocain one percent.

MỞ ĐẦU:

Vết thương cẳng bàn tay là một thương tổn thường gặp trong cấp cứu chấn thương.

Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, một phần do tai nạn giao thông.

Tổn thương bàn tay rất đa dạng và phong phú. Việc chẩn đoán vết thương bàn tay khó chính xác khi mới tiếp nhận bệnh nhân mà muốn đánh giá được chính xác phải được xử lý phẫu thuật tại phòng mổ. Thái độ điều trị quyết định đến giá trị cuộc sống của bệnh nhân.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

1. Bệnh nhân: Nguyễn Minh H 22 tuổi. Địa chỉ : Hai Bà Trưng, Hà Nội.

Lý do vào viện: đứt rời ngón II tay P

Bệnh nhân được người nhà đưa đến khám tại phòng khám ngoại- Bệnh viện đa khoa Saint pault Hà Nội hồi 22h 15 phút ngày 09 tháng 01 năm 2013.

2. Khám lâm sàng:

2.1 Tiền sử: Khỏe mạnh, không có tiền sử hen phế quản và không có tiền sử dị ứng.

ASA I. Mallampati II. P: 68 Kg. Cao 170 cm.

Khoảng cách cằm giáp: 6,5 cm.

Độ há miệng: 4cm

Không có nhiễm trùng ngoài da.

2.2 Bệnh sử:

Trước lúc vào viện 1 h BN bị tai nạn sinh hoạt, cho tay vào máy giặt đang chạy.

Sau tai nạn tình, đau, chảy máu, đứt gần rời ngón II tay Phải. Đã được băng cầm máu bằng khăn mặt và được đưa đến viện khám trong tình trạng:

Tỉnh, tiếp xúc tốt.

Da niêm mạc hồng nhạt.

Tim đều, tần số 80 lần/ phút, không có tiếng tim bệnh lý.

Phổi rì rào phế nang rõ, không có rales.

Thở đều, tần số 18 lần/ phút.

HA: 120/70 mmHg.

Vết thương ngón II tay Phải đã băng, thấm máu.

Mở băng kiểm tra thấy ngón II tay phải ngang diện khớp đốt 1, 2 đứt gần rời, tổn thương mạch máu, thần kinh, chỉ còn phần gân gấp dính với đốt 3 ngón II tay phải.



Bệnh nhân được xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, sinh hóa máu, trong giới hạn bình thường

XQ tim phổi bình thường.

Chẩn đoán: Vết thương đứt rời ngón II tay Phải giờ thứ nhất.

Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu nối ngón II bàn tay phải/ vi phẫu.

Dự kiến phương pháp vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay phải liên tục theo đường trên đòn.

Chuẩn bị thuốc và dụng cụ thực hiện kỹ thuật:

Lidocain 1%.

Adrenalin 1mg.

Kim luồn 20.

Đèn, ống NKQ, ambu,mask oxy, và các phương tiện hồi sức cấp cứu khác.

Chuẩn bị bệnh nhân:

Bệnh nhân được truyền dịch Natriclorua 0,9 %. Theo dõi các chỉ số sinh tồn bằng monitor. Tiền mê bằng 2mg Midazolam đường tĩnh mạch.

Đặt BN ở tư thế nằm ngửa, đầu quay sang bên trái, cánh tay khép chặt thân mình và hạ thấp hết cổ, kê một gối nhỏ dưới vai. Bắt động mạch dưới đòn, đẩy vào trong, móc chọc kim là bên cạnh ngoài động mạch dưới đòn, chọc kim theo hướng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ trong ra ngoài theo giải phẫu đường đi của ĐRTKCT lấy bờ của xương sườn 1 làm mốc, ngay khi BN báo có cảm giác dị cảm lan xuống tay thì dừng lại (tuy nhiên không nên cố gắng tìm dị cảm) rút nóng kim luồn, lắp đầu dây nối bơm tiêm điện gắn với 1 bơm 50ml chứa Lidocain 1% 400 mg phối hợp adrenalin 1/200 000, cố định bằng băng dính, hút không có máu ra tiến hành bơm thuốc. Sau khi tiêm thuốc lần đầu 90 p, tiến hành duy trì hỗn hợp thuốc Lidocain 1 % liều 200 mg /h phối hợp Adrenalin 1/ 200 000

Kết quả: Sau khi tiêm thuốc 10 phút BN ức chế vận động cảm giác hoàn toàn đảm bảo thực hiện được cuộc phẫu thuật.

Trong mổ theo dõi BN trên monitor, đánh giá mức độ đau theo thang điểm đo mức độ đau của Visual-Analogue- Scale:

0 - 1 điểm: Không đau.

2 - 4 điểm: Đau ít.

5 - 6 điểm: Đau vừa.

7 - 8 điểm: Đau nhiều.

9 - 10 điểm: Rất đau.

Đánh giá bằng cách hỏi bệnh nhân và để bệnh nhân tự chỉ ra mức độ đau của mình trên thước.

Bệnh nhân được phẫu thuật khâu gân duỗi, khâu bao khớp, nối động mạch bờ quay phải với một tĩnh mạch, nối một tĩnh mạch mặt lưng, nối thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu.

Sau 6 h phẫu thuật từ 0h 10p đến 6h 10 phút ngày 10/ 01/ 2013.

Kết quả phẫu thuật:



Sau mổ bệnh nhân được kê cao tay, chiếu đèn vào vùng phẫu thuật, theo dõi điều trị hậu phẫu 14 ngày bằng các thuốc: Kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề, tăng trương lực tĩnh mạch.

Ra viện ngày 23 tháng 01 năm 2013.

Tình trạng lúc ra viện: Tỉnh, chỉ số sinh tồn ổn định. Đầu ngón II tay phải hồng ấm.

THẢO LUẬN

1. Bàn luận về tổn thương và việc lựa chọn phương pháp vô cảm;

Vết thương bàn tay là thương tổn thường gặp, ngoài tổn thương phần mềm thường kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, cân cơ. Việc điều trị triệt để nhằm phục hồi chức năng của chi thể. Với những trường hợp có chỉ định nối gân, mạch máu thần kinh bằng kỹ thuật vi phẫu đòi hỏi thời gian vô cảm kéo dài. Trong khi đó nếu gây tê ĐRTKCT theo phương pháp thông thường tiêm thuốc tê một liều duy nhất sẽ không đáp ứng được theo yêu cầu của phẫu thuật.

Do đó trong trường hợp này chúng tôi đã sử dụng một kim luồn 22 để đặt vào ĐRTKCT đường trên đòn để duy trì mức độ tê liên tục đảm bảo cho cuộc mổ thuận lợi và an toàn, hiệu quả, có được sự hài lòng của BN và phẫu thuật viên. BN tránh được một cuộc gây mê do đó tránh được những ảnh hưởng trên hô hấp tuần hoàn, tránh được nhưng nguy cơ trào ngược khi đặt NKQ. Qua quá trình theo dõi bệnh nhân trong cuộc phẫu thuật và sau phẫu thuật 24h nhận thấy sau gây tê BN không khó thở, không tụt huyết áp, không có tổn thương mạch máu thần kinh.

2. Bàn luận về kỹ thuật vô cảm:

Bệnh nhân được thăm khám trước mổ, được giải thích là BN vẫn tỉnh táo trong cuộc mổ và không đau, được tiền mê bằng 2mg Midazolam, điều này là cần thiết trong gây tê vùng. Midazolam giúp BN giảm lo lắng, sợ hãi trong quá trình làm thủ thuật gây tê và trong cuộc phẫu thuật. Ngoài ra Midazolam có tác dụng tăng ngưỡng ngộ độc thuốc tê, tăng hiệu quả gây tê.

Tư thế BN khi gây tê nằm ngửa, đầu quay về bên đối diện, cánh tay khép chặt thân mình và hạ thấp hết cổ, kê một gối nhỏ dưới vai. Ở tư thế này khớp ức đòn được mở rộng tối đa, xương sườn 1 được đẩy lên cao giúp cho việc đưa kim gây tê vào mặt trên xương sườn 1 dễ dàng nhất. Điều này góp phần cho thành công của kỹ thuật và tránh chọc kim vào đỉnh phổi.

Việc sử dụng kim luồn 20 với catheter nhựa lưu lại trong bao thần kinh cánh tay đảm bảo đủ chiều dài và không gây xuyên qua bao thần kinh khi thay đổi tư thế.

Việc sử dụng thuốc Lidocain 1% với liều 8mg/ kg cân nặng (thể tích 40ml) phối hợp adrenalin 1/200 000 là phù hợp. Thể tích thuốc tê đủ lớn để ngấm toàn bộ rễ thần kinh trong bao. Sự phối hợp Adrenalin 1/200 000 có tác dụng co mạch giúp thuốc tê ngấm từ từ vào đám rối thần kinh do đó hạn chế được biến chứng ngộ độc thuốc tê và thời gian gây tê kéo dài.

KẾT LUẬN

Vô cảm cho các cuộc mổ kéo dài đang là vấn đề cần nghiên cứu. Gây tê ĐRTKCT đường trên đòn liên tục bằng cách sử dụng kim luồn 20 làm catheter đặt vào ĐRTKCT là phương pháp vô cảm tốt, an toàn và hiệu quả có thể thay thế phương pháp gây mê toàn thân trong những trường hợp dự định phẫu thuật kéo dài >2 h. Ngoài ra phương pháp này có thể áp dụng để giảm đau sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bạch Minh Thu (1997) Gây tê đám rối thần kinh cánh tay liên tục bằng phương pháp luồn catheter vào bao mạch nách qua đường cạnh động mạch nách, Luận

văn thạc sỹ y học, Đại học Y khoa Hà Nội.

2. Lê Thị Mẫu Đơn. Kinh nghiệm gây tê đám rối thần kinh cánh tay trên xương đòn trong phẫu thuật chi trên. Y học thực hành Bộ Y Tế số 1967- 8/ 1975.

3. Thái Thị Hoa (1997) Tê từng thần kinh nách liên tục cho vi phẫu chỉnh tay và bàn tay. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp I Gây mê hồi sức, Đại học Y-Dược TP Hồ Chí Minh.

4. Continuous infraclavicular brachial plexus block. [Www.Nysora.com](http://www.Nysora.com)

5. Ang- ET, Lasale- B, Glod farb- G. Continuous axillary brachial plexus- A clinical and anatomical study Anesth- Analg- 1984, 63, 680- 684.