

PHẪU THUẬT NỘI SƠI NGƯỜI LỚN TUỔI[?]

Th.SBS Lê văn Quang

Bộ môn Ngoại TQ

Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

- Đặc điểm của PT nội soi
- Đặc điểm BN lớn tuổi
- Chọn lựa kỹ thuật
- Một số bệnh người cao tuổi
 - Máu - Tim - Mạch
 - Hô hấp - Thận
 - Gan - Nội tiết
 - Thần kinh

ĐẠI CƯỜNG

điều trị ngoại khoa phụ thuộc nhiều yếu tố

- chẩn đoán đúng, tầm soát đủ các bệnh đi kèm
- chỉ định mổ chính xác, kịp thời
- áp dụng phương pháp phẫu thuật, phương pháp vô cảm hợp lý
- sử dụng đúng các phương tiện phẫu thuật

đánh giá đúng, đầy đủ toàn trạng : quan trọng nhất

Đại cương

- Bệnh nhân đến vì một bệnh lý cụ thể và nổi bật nhất,
- đồng thời còn mang sẵn một hay nhiều bệnh khác, mãn tính

phát hiện và điều trị ổn định các bệnh lý này →
kết quả cao nhất

Điều trị nội khoa phải là phần căn bản nhất

Chọn lựa kỹ thuật mổ : cân nhắc lợi/hại

Đại cương

- **Phẫu thuật** = phối hợp nhiều chuyên ngành, làm việc một cách thuần thực
 - **điều trị nội khoa** : các bệnh kèm theo
 - giảm đau bằng các phương pháp **vô cảm**
 - đủ **thể lực** để vượt qua đau đớn sau mổ
 - đủ các yếu tố thuận lợi cho **sự lành vết thương**
- Tất cả những bệnh lý gây cản trở các điều kiện trên, đều có ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

LỢI PHẪU THUẬT

Ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Mức độ nặng của phẫu thuật

– Sọ não, Tim, Lồng ngực, PT bụng lớn, đa chấn thương

■ Có bệnh mạn tính : tử vong cao hơn

■ cân nhắc :

– điều trị bảo tồn / phẫu thuật

– thời điểm can thiệp : cấp cứu/ trì hoãn

Linn và Cs : “Sự hiện diện của bệnh lý tại chỗ và bệnh toàn thân sẽ xác định nguy cơ tử vong trong thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến quyết định phẫu thuật”.

CHECK LIST TRƯỚC MỔ

- Tiền sử và thăm khám lâm sàng
- Đánh giá các bệnh nội khoa
- Đánh giá hệ **tim mạch** và **hô hấp**
- Cân bằng nước – điện giải
- Kháng sinh dự phòng
- Phòng ngừa huyết khối TM
- Đánh giá hệ tiết niệu
- Những điểm lưu ý khác

LÀM GÌ ?



TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ 1963 (ASA)

- ASA 1 BN khỏe mạnh bình thường
- ASA 2 BN có bệnh toàn thân nhẹ.
- ASA 3 BN có bệnh toàn thân nặng
nhưng còn khả năng vận động
- ASA 4 BN có bệnh toàn thân nặng –
không còn khả năng hoạt động.
- ASA 5 BN có nguy cơ tử vong trong 24
giờ.

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

tỉ lệ tử vong thay đổi từ 0,01% (loại 1)
đến 18% (loại 4)

Tiến bộ y học giúp rất nhiều : chẩn đoán –
điều trị

Quan trọng nhất : đánh giá được sự cần thiết
của phẫu thuật.

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

Điểm APACHE II dựa vào:

- tình trạng sinh lý cấp cứu của bệnh nhân

- Tuổi tác $44t = 0đ$

$75t = 6đ$

- Bệnh mãn tính kèm theo

> 35 điểm : ít khả năng sống sau mổ

ĐẶC ĐIỂM PTNS

Thuận lợi

- **Xâm lấn tối thiểu** : lành sẹo
- **Ít tổn thương thành bụng** : giảm nhiễm trùng, ít đau, vận động sớm
- **Hậu phẫu thuận lợi** : giảm b/c do nằm lâu

ĐẶC ĐIỂM PTNS[?]

■ Bất lợi

- Tăng áp lực ổ bụng : kích thích cơ hoành, cản trở máu về, rối loạn huyết động → tim mạch
- Tăng hấp thu CO₂ : ưu thán, toan máu
- Thời gian mổ : kéo dài ? (tùy khả năng PTV)
- Cảm giác sờ nắn : xơ hoá, viêm mãn, u bướu, sỏi . . .
- Các vùng sâu trong bụng, sau PM: khó

CHỐNG CHỈ ĐỊNH PTNS

- Tuyệt đối :
 - Sốc mất máu nặng
 - Bệnh tim nặng
 - Suy hô hấp nặng
- Tương đối
 - VPM : PTNS giúp tìm đường vào gần nhất
 - Hở cơ thành bụng rộng
 - Thoát vị hoành
 - Tăng áp lực TM cửa
 - Thai lớn

TUỔI TÁC

là một yếu tố cần cân nhắc

lớn tuổi = sự suy kém của nhiều cơ quan bộ phận

- **Tim mạch** : thiếu năng mạch vành tim, xơ vữa động mạch, suy tim
- **Phổi** : viêm phế quản tắc nghẽn mãn tính, xơ phổi
- **Thận** : nhiễm trùng niệu, suy thận mãn....

TUỔI TÁC

là một yếu tố cần cân nhắc

Một bệnh lý xảy ra có thể khơi dậy các suy yếu của các cơ quan khác → làm nặng thêm

Bệnh nhân lớn tuổi có thể chịu đựng được cuộc mổ tương đối bình thường, tuy nhiên họ không thể vượt qua các biến chứng một cách dễ dàng như cơ thể người trẻ.

DINH DƯỠNG

lưu ý tình trạng dinh dưỡng

bệnh nhân lớn tuổi đến bệnh viện trong tình trạng thiếu đạm và calori, do :

- Kém ăn theo tuổi : thiếu nước, thiếu điện giải
- Thiếu dinh dưỡng do bệnh gây ra (ung thư, hẹp môn vị...), cung cấp calori thấp hơn mức biến dưỡng căn bản bình thường
- Thiếu dinh dưỡng do biến dưỡng tăng cao : bỏng, nhiễm trùng

Cần cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân ít nhất trong 2 tuần trước mổ

BIẾN CHỨNG PTNS

- **B/C gây mê** : loạn nhịp tim, suy HH
- **b/c do tư thế BN** : huyết động, tắc mạch
- **B/C bơm hơi ổ bụng**
 - Tràn khí màng phổi, trung thất
 - Tắc mạch do CO₂
 - Toan hoá do hấp thu CO₂

MỘT SỐ BỆNH LƯU Ý

- Máu và cầm máu
- Tim
- Mạch máu
- Hô hấp
- Tiểu đường
- Suy thượng thận
- Suy thận
- Gan

CẢM MÁU

vấn đề thiết yếu trong phẫu thuật

nguy cơ chảy máu

- Chú ý **tiền sử chảy máu** : BN dùng thuốc kháng đông
- **chẩn đoán xác định**: các thử nghiệm đông máu.

Cần đưa các chỉ số về yếu tố đông máu trở về trị số
bình thường

■

Một số rối loạn về đông máu hay gặp

- **Tiểu cầu** : thuốc Aspirin có tác dụng chống sự ngưng kết tiểu cầu. Bệnh giảm tiểu cầu
- **Bệnh ưa chảy máu** : là bệnh có tính di truyền gia đình, có 2 loại :
 - **Hemophilie A** do thiếu yếu tố VIII
 - **Hemophilie B** do thiếu yếu tố IX
- **Điều trị** : điều chỉnh trước mổ bằng các DD giàu các yếu tố này.
- **Xơ gan, suy gan, kém hấp thu sinh tố K...** làm giảm sự tổng hợp prothrombin. Cần bù sinh tố K bằng dạng chích, hoặc truyền huyết tương tươi ngay trước mổ.

CÁC BỆNH VỀ MÁU

Thiếu máu

- thiếu hồng huyết cầu → giảm oxy đến tế bào
→ thiếu oxy não khi gây mê.
- $Hb > 10g/100ml$: giới hạn an toàn để oxy vào mô

Bệnh hồng cầu hình liềm

- nguy cơ tử vong do : hạ thân nhiệt, nhiễm trùng, toan máu, mất nước hậu phẫu.
- Cần cung cấp đủ oxy 24 giờ trước mổ để làm giảm tỉ lệ hồng cầu hình liềm còn $< 30\%$

CÁC BỆNH VỀ MÁU

Bệnh đa hồng cầu

Hầu hết là nguyên phát : Nam > 50t

(Polycythemia Vera- bệnh Vaquez)

Kèm theo tăng số lượng tiểu cầu

Triệu chứng

đỏ da, ngứa, lách to cứng, gan to

$Hhc > 6tr/mm^3$,

$Hb > 160mg/l$,

$Hct > 47 - 54\%$

thể tích khối hhc > 32 – 36ml/kg

Nguy cơ :

chảy máu, tắc mạch, tai biến mạch máu não

CÁC BỆNH VỀ MÁU

Bệnh đa hồng cầu

Điều trị

mục đích = $Hct < 52\%$ ($< 46\%$?)

- Trích huyết : nhanh, điều trị tiên khởi
450 – 500ml / 4ngày
- Phóng xạ P^{32} : suy tuỷ vĩnh viễn, leucemia
- Thuốc ức chế tuỷ xương : hồi phục sau ngưng thuốc

Hydroxy-urea = **HYDREA** 15 - 30mg/kg/ng-
800 - 2000mg/m²da

TIM MẠCH

Phẫu thuật là thay đổi quan trọng

– Stress thể xác, Stress tinh thần

- ảnh hưởng hoạt động của tim : gắng sức
- nhồi máu cơ tim, biến chứng về tim mạch trước mổ → tử vong khi phẫu thuật cao gấp nhiều lần ($BT < 0,2\%$)

– Chẩn đoán dựa vào

- tiền sử
- triệu chứng lâm sàng
- CLS : ECG, Siêu âm-doppler màu, siêu âm tim gắng sức, xạ hình tim, chụp mạch vành tim ...,

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TAI BIẾN TIM MẠCH

*(Goldman L.và cs . N. Engl. J.
Med.,297:848,1977)*

<i>– Tiêu chuẩn</i>	<i>Điểm</i>
– Tiền sử	
– - tuổi > 70	5
– - NMCT < 6tháng trước mổ	10
– Triệu chứng	
– - gallop T 3 hoặc TM cổ nổi	11
– - hẹp van ĐM chủ	3

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TAI BIẾN TIM MẠCH

(Goldman L.và cs . N. Engl. J.
Med.,297:848,1977)

Tiêu chuẩn	Điểm
– Điện tâm đồ (ĐTĐ)	
■ Nhịp ≠ xoang, ngoại tâm thu nhĩ ở ĐTĐ mới nhất	7
■ Ngoại tâm thu thất > 5 lần	7
– Toàn trạng	3
■ PO ₂ < 60 mmHg ; PCO ₂ > 50 mmHg	
■ K ⁺ < 3 ; HCO ₃ ⁻ < 20 mEq/l	
■ Urê máu > 50 mg% Creatinin máu > 3 mg%	
■ Bệnh gan mãn tính, men gan ↑	

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TAI BIẾN TIM MẠCH

(Goldman L.và cs . N. Engl. J.
Med.,297:848,1977)

<i>Tiêu chuẩn</i>	<i>Điểm</i>
– Loại phẫu thuật	
■ Bụng, Lồng ngực, ĐM chủ	3
■ Phẫu thuật cấp cứu	4
–	
Tổng số điểm	53

Ý NGHĨA

		<i>% tử vong</i>	<i>% b/c tim mạch</i>
Độ 1	0 – 5 điểm	0,2	0,7
Độ 2	6 – 12 điểm	2	5
Độ 3	13 – 25 điểm	2	11
Độ 4	> 25 điểm	56	22

BỆNH MẠCH VÀNH TIM

- Do mạch vành nuôi dưỡng cơ tim bị hẹp vì nhiều nguyên nhân
- **Bệnh cảnh lâm sàng nhẹ hay nguy kịch tùy theo**
 - mức độ hẹp
 - số lượng mạch máu bị hẹp
 - vùng tim bị tổn thương
- **Đau đớn, gắng sức, stress đều là các yếu tố làm bệnh nặng thêm**
 - **Phẫu thuật là một gắng sức quan trọng**

BỆNH MẠCH VÀNH TIM

Tiền sử rất có ý nghĩa trong tiên lượng khả năng tái phát khi phẫu thuật

- có cơn đau thắt ngực
- có lần bị nhồi máu cơ tim (NMCT)
 - 30% tái phát nếu có tiền sử NMCT 3 tháng trước,
 - 15% tái phát nếu có tiền sử NMCT 3 - 6 tháng trước,
 - 5% tái phát nếu có tiền sử NMCT > 6 tháng trước.

SUY TIM

- Là hậu quả của nhiều bệnh tim mạch
- Phẫu thuật là một gắng sức rất quan trọng
- Cần được điều trị trước mổ
 - 20% tử vong : do suy tim không được kiểm soát
 - 5% tử vong : nếu suy tim được điều trị trước mổ

TĂNG HUYẾT ÁP

■ Tăng huyết áp →

- suy tim trái, suy tim toàn bộ
- TBMMN
- Suy thận...

■ ngoại khoa → chảy máu trong và sau mổ;

khởi mê và hồi tỉnh, đau hậu phẫu → huyết áp tăng vọt

BỆNH MẠCH MÁU

- **Phình động mạch** : nguy cơ vỡ
 - Tình trạng xơ vữa ĐM : bóc tách
 - Huyết áp cao
 - Gắng sức : ho, đau, bón, bí tiểu
- **Hẹp tắc** ĐM cảnh, ĐM ngoại biên
 - Xơ vữa gây hẹp
 - Mảng vữa bong ra gây thuyên tắc

BỆNH MẠCH MÁU

- **Suy tĩnh mạch : huyết khối TM**
 - Bệnh ác tính
 - Béo phì
 - Thuốc lá
 - Tiền sử có tắc mạch
 - Nằm lâu
 - Tư thế BN khi mổ : đầu cao
 - Heparin làm giảm 50% nguy cơ

HÔ HẤP

– Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

- giảm chức năng hô hấp đáng kể như (viêm phế quản-VPQ- tắc nghẽn dạng co thắt, VPQ tắc nghẽn dạng khí phế thũng.....
- Hấp thu CO_2 làm tăng nguy cơ dư CO_2 /máu, HA↓
- Đánh giá chức năng hô hấp = đo **FEV1**,
 - **FEV1 < 35%** = suy hô hấp nặng
- Hút thuốc lá rất có hại cho trao đổi khí ở phổi,
 - là nguyên nhân chủ yếu của VPQ tắc nghẽn (90%bn)

– Biến chứng

- 5-7% đ/v người BT
- tăng gấp 2 đ/v phẫu thuật về bụng
- Tăng gấp 3 đ/v người hút thuốc lá
- Tăng gấp 4 đ/v người có sẵn bệnh phổi TNMT

– Rất cần thiết trước khi phẫu thuật

- đánh giá chức năng hô hấp (tối thiểu FEV1 > 50%)
- tập thở sâu
- hướng dẫn ho khạc đàm → giảm biến chứng

– Bệnh nhân cần ngưng hút thuốc lá ít nhất 4 tuần trước mổ.

TIỂU ĐƯỜNG

không là nguy cơ cho phẫu thuật
nếu được kiểm soát ổn định trước mổ

- Mục đích điều trị trước và sau phẫu thuật
 - Giữ tình trạng “đường huyết tăng nhẹ”
 - Tránh hạ đường huyết nguy hiểm
 - bệnh nhân mê, mất các phản xạ và các biểu hiện cơ năng về hạ đường trong máu,
 - đường huyết có thể hạ thấp đến mức gây tử vong.

TIỂU ĐƯỜNG

không là nguy cơ cho phẫu thuật
nếu được kiểm soát ổn định trước mổ

– Bệnh tiểu đường lâu ngày

kèm theo tổn thương sâu sắc trên nhiều cơ quan

- Hẹp mạch máu thận
- Suy giảm hệ miễn dịch → dễ nhiễm trùng
- Hẹp mạch máu → giảm tưới máu các mô
chậm lành vết thương...

hậu phẫu cần lưu ý

- Chống nhiễm trùng
- Cung cấp đủ chất cần thiết cho sự lành vết thương
- Vật lý trị liệu giúp tăng cường tưới máu cho các mô
(xoay bóp, oxy liệu pháp...)

SUY TUYẾN THƯỢNG THẬN

lạm dụng glucocorticoid tổng hợp?

- ***suy tuyến thượng thận thứ phát***

- Huyết áp thấp
- Giảm Na^+ và Tăng K^+ trong máu
- Cảm giác yếu, mệt mỏi, chán ăn

Chẩn đoán xác định

thử nghiệm pháp kích thích tuyến thượng thận với ACTH tổng hợp

- **Ức chế tuyến thượng thận do thuốc(ĐY)**
 - ngưng đột ngột G-corticoid → tụt H/A trầm trọng

SUY TUYẾN THƯỢNG THẬN

lạm dụng glucocorticoid tổng hợp?

- Sử dụng lâu ngày Corticoid → biến chứng
 - Tiểu đường
 - Teo da, teo cơ
 - Chậm liền sẹo
 - *do ức chế nguyên bào sợi tổng hợp collagen*

THẬN

- Hầu hết các thuốc dùng trong điều trị, gây mê hồi sức.. đều được thải qua thận
- 80% **nephron** của thận bị tổn thương
 - ➔ biểu hiện giảm chức năng : suy thận

Suy thận mãn là sự giảm dần và không hồi phục toàn bộ chức năng thận.

Chẩn đoán

- định lượng urê, creatinin, các ion trong máu và trong nước tiểu
- Độ thanh thải của thận, xạ hình thận

Biến chứng

- huyết áp cao, phù ở nhiều nơi (*phần mềm, phổi, não...*)
- thiếu máu (*do thiếu erythropoietin, thiếu dinh dưỡng..*)
- nhiễm trùng (*do giảm số lượng bạch cầu*)
- rối loạn nước-điện giải...

các thuốc đều có thể làm cho tình trạng suy thận nặng thêm

– Cân nhắc thật kỹ lưỡng

- sử dụng thuốc,
- can thiệp ngoại khoa
- có khi chỉ được phép can thiệp tối thiểu với mục đích cứu sinh mạng là chính.

GAN

Nhà máy sản xuất sinh hóa

- Thực hiện hầu hết quy trình biến dưỡng của cơ thể
- Sản xuất prothrombin (yếu tố II), yếu tố V, VII và X, *vai trò quan trọng trong cơ chế đông máu*

Tất cả các thuốc dùng trong điều trị đều được biến dưỡng tại gan

Tác nhân gây bệnh

- Rượu, hoá chất ...
- Siêu vi viêm gan B, C ...
- Tắc mật lâu ngày, độc chất...

Hủy hoại tế bào gan, viêm gan các loại,
Tổ chức sợi xâm lấn chèn ép nhu mô gan

→ chức năng gan bị suy giảm: xơ gan, suy gan

XỖ GAN

phân loại của Child

Loại	Alb/máu	Báng bụng	Bil/máu	Ngộ độc não
A	> 3,5	Không	< 2,0mg%	Không
B	3,0 – 3,5	Trung bình	2,0 – 3,0	Nhẹ
C	< 3,0	Nhiều	>3,0	rõ rệt

Ý nghĩa

- Child A : Gan có khả năng hồi phục và chịu đựng được với thuốc gây mê; **nguy cơ suy gan ở mức độ thấp**
- Child B và C : nguy cơ **tử vong cao**, từ **20 – 50%**

THẦN KINH

Bệnh mạch máu não

- do tắc nghẽn mạch máu não

- Người già : Mảng xơ vữa của động mạch cảnh
- Yếu tố thuận lợi

huyết áp tụt thấp, thiếu oxy não, tăng độ quánh

→ đột quỵ hậu phẫu

- Đánh giá các bệnh mạch máu não sẵn có

→ giảm nguy cơ xảy ra tai biến mạch máu não sau mổ..

- Tiền sử = yếu tố nguy cơ

- Cơ co thắt mạch não thoáng qua : 30% đột quỵ sau mổ
- TBMMN : cần 6 – 8 tuần để hồi phục

→ chống chỉ định phẫu thuật trong thời gian này

– CT Scan, MRI giúp đánh giá thương tổn

LAO

Do *Mycobacter tuberculosis*

trực khuẩn kháng cồn-acid

- lây lan phổ biến qua đường hô hấp
- Các hệ thống ống thở, máy giúp thở
 - nơi chứa đựng vi khuẩn
 - Cần được tẩy rửa, sử dụng đúng quy cách
- Vi khuẩn còn có thể lây nhiễm cho người chung quanh bệnh nhân

LAO

- Tổn thương lao phổi đang tiến triển, tạo hang có thể trở nên nặng hơn trong thời kỳ hậu phẫu do nằm lâu, ứ đọng đàm.
- Nếu không cần can thiệp khẩn cấp, nên điều trị lao ổn định trước mổ, hoặc tối thiểu cho đến khi không còn khả năng lây lan.
- **Can thiệp phẫu thuật khi**
 - **tổn thương phổi tạm ổn định** : nguy cơ ho ra máu, tràn khí MP
 - **không lây lan** : BK âm tính

KẾT LUẬN

- Cơ thể **người lớn tuổi** thường đã suy yếu và **có nhiều bệnh tiềm ẩn**
- Cần kiểm tra, đánh giá toàn bộ các cơ quan trọng yếu : **Lập bảng tổng kê** và điều chỉnh cho thích hợp
- Cân nhắc **lợi – hại** trước khi chọn lựa **phương pháp** và **kỹ thuật điều trị**

XIN CẢM ƠN **CHÚC MỘT TUẦN VUI VẺ**

