

# Chương 16

## GÂY MÊ TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

**Richard Gillerman, MD, PhD**

**Người dịch: BS Nguyễn Xuân Nhật, BS Phan Thị Minh Tâm**

Gây mê trong phẫu thuật sút môi – chẻ vòm rất thường gặp, và thành quả đạt được từ phẫu thuật làm thay đổi tích cực cho cả bệnh nhân lẫn thân nhân. Phẫu thuật vá môi mang lại lợi ích thẩm mỹ được cả thân nhân và người nhà đón nhận, nếu có phẫu thuật vá vòm đi kèm, bệnh nhân còn được cải thiện khả năng phát âm. Chương này sẽ thảo luận căn nguyên của sút môi – chẻ vòm, các thể dị hình, bệnh đi kèm, chuẩn bị chu phẫu để đảm bảo an toàn cho nhóm bệnh này.

Sút môi – chẻ vòm là tập hợp của nhiều dị hình có thể xảy ra riêng biệt, hoặc đồng thời với một dị tật khác. Hơn nữa, chúng có thể kèm những bất thường bẩm sinh khác, ảnh hưởng nghiêm trọng đến gây mê hồi sức. Nguyên nhân chính xác gây ra sút môi – chẻ vòm là chưa được biết rõ, thường do nhiều yếu tố kết hợp. Có khuynh hướng di truyền theo từng sắc dân, chủng tộc (bảng 16-1).

Bảng 16-1: Tần suất sút môi chẻ vòm theo chủng tộc hay quốc gia

Chủng tộc/Quốc gia	Tần suất/1000 sanh
Người Mỹ bản xứ	3.74
Nhật Bản	0.82 - 3.36
Trung Quốc	1.45 - 4.04
Caucasians	1.43 - 1.86
Mỹ La Tinh	1.04
Phi châu	0.18 - 1.67

Một số hội chứng gien liên quan đến sút môi và/ hoặc chẻ vòm, nhưng gien học về chẻ vòm, không liên quan đến hội chứng được hiểu biết rất ít. Trong khi một vài gien được biết có liên quan đến sút môi – chẻ vòm, việc thảo luận sâu hơn về sút môi – chẻ vòm nằm ngoài phạm vi bài này. Nhưng dù gì thì sút môi – chẻ vòm có khuynh hướng liên quan đến gia đình.

Chẻ vòm cũng có liên quan đến một số yếu tố khác như: mẹ thiếu oxy trong lúc mang thai, mẹ nghiện rượu, sử dụng thuốc trị tăng huyết áp trong thai kỳ, hút thuốc lá, suy dinh dưỡng như thiếu acid folic. Cho dù nguyên nhân nào, sút môi - chẻ vòm xảy ra vào khoảng tuần thứ 12 lúc mang thai dẫn đến sút môi một bên hoặc hai bên, có kèm hay không kèm chẻ vòm một phần hoặc toàn phần.

Vì sao việc sửa chữa sút môi – chẻ vòm là cần thiết? Một số nhà lâm sàng cho rằng sút môi – chẻ vòm là khiếm khuyết thẩm mỹ. Điều này đúng với sút môi đơn thuần, không kèm khiếm khuyết khác mà không bị ảnh hưởng đến chức năng, và sự thật là những đứa trẻ này thường bị xã hội xa lánh, bạn bè đồng trang lứa chế diễu, và khó đến trường tiếp cận giáo dục. Chúng cũng khó tìm việc làm vì định kiến xã hội. Sửa chữa sút môi từ khi còn nhỏ sẽ giúp trẻ đến trường, được học hành, và được việc làm.

Chẻ vòm thì khác, có nhiều chức năng liên quan, bởi vì chẻ vòm làm thông thương đường mũi và khoang miệng. Việc thông thương này làm cho thức ăn, chất lỏng tràn ra ngoài lỗ mũi khi ăn uống. Điều này gây khó chịu cho cả trẻ và người thân. Hơn thế nữa, chẻ vòm ảnh hưởng nghiêm trọng đến phát triển phát âm. Trong lúc phát âm, lưỡi đặt áp vào vòm miệng để người nói tạo ra các âm thanh ngôn ngữ. Vòm miệng không toàn vẹn làm cho người nói không phát triển được các âm đúng, chỉ có những âm kiểu “giọng mũi”. Việc kết nối khoang miệng và mũi qua *màng hầu khiếm khuyết*, làm cho không khí di chuyển tự do qua mũi khi nói. Ngoài giọng mũi, chẻ vòm còn gây ra nhiều lỗi khác trong phát triển ngôn ngữ.

Nếu chẻ vòm được vá trước hai tuổi, trẻ sẽ có nhiều cơ hội hơn để phát triển ngôn ngữ bình thường. Ngay cả khi chẻ vòm đơn thuần không nhìn thấy được, điều trị tốt cũng mang lại lợi ích to lớn cho bệnh nhi, thân nhân và cả toàn xã hội, bằng cách đó sẽ cải thiện đời sống cho các trẻ khỏi những năm tháng sống tàn tật (DALY: Disability Adjusted Life Years).

Thật không may, sửa chữa sút môi và/ hoặc chẻ vòm chỉ là bước đầu tiên, còn đòi hỏi phục hồi chức năng giọng nói, phục hình răng... để đạt được kết quả tối đa. Mà chúng ta không bàn đến trong chương này. Chương này sẽ thảo luận các thể của sút môi – chẻ vòm, và chăm sóc chu phẫu cho bệnh nhi cần được phẫu thuật vá môi, vá vòm hay cả hai.

## Chương 16: GÂY MÊ TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

### Các dạng sứt môi – chẻ vòm

Có hai loại: sứt môi và chẻ vòm. Các khuyết tật này có thể phân loại theo nhiều cách, bao gồm sứt môi hoặc chẻ vòm xảy ra đơn thuần hay kết hợp. Chúng có thể hở hoàn toàn (xuyên suốt các mô) hoặc không hoàn toàn (một phần mô). Sứt môi không hoàn toàn có thể chỉ là một khiếm khuyết nhỏ ở bờ niêm mạc môi trên. Chẻ vòm bán phần có thể là một khiếm khuyết nhỏ ở khẩu cái mềm. Ngược lại, sứt môi hoàn toàn dễ nhận thấy từ bờ niêm mạc môi trên, có thể đến mũi. Sứt môi xảy ra do quá trình phát triển hàm trên và phần mũi giữa không hoàn thành. Chẻ vòm có thể bị hở từ vòm khẩu cái mềm đến vòm khẩu cái cứng, hoặc có thể chỉ từ một lỗ nhỏ đến toàn bộ khẩu cái.

Cả hai dạng hở hoàn toàn và không hoàn toàn đều có thể xảy ra ở một bên (unilateral) hoặc cả hai bên xoang miệng (bilateral). Sứt môi một bên, thường gặp hơn sứt môi hai bên. Tỷ lệ hở một bên/ hai bên thay đổi, tùy chủng tộc. Cuối cùng, sứt môi – chẻ vòm có thể liên quan đến mũi và có thể phức tạp hơn nhiều. Dưới đây là các thể sứt môi – chẻ vòm. Nên nhớ rằng vị trí địa lý trên thế giới và các đặc điểm về chủng tộc cũng ảnh hưởng tới tần suất khác nhau của khiếm khuyết này (Bảng 17.2).

**BẢNG 17.2: Các dạng sứt môi – chẻ vòm**

<p><b>Sứt môi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Một bên<ul style="list-style-type: none"><li>○ Không hoàn toàn</li><li>○ Hoàn toàn</li></ul></li><li>• Hai bên hoàn toàn</li></ul> <p><b>Chẻ vòm (có hoặc không có sứt môi)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Một bên<ul style="list-style-type: none"><li>○ Không hoàn toàn</li><li>○ Hoàn toàn</li></ul></li><li>• Hai bên<ul style="list-style-type: none"><li>○ Không hoàn toàn</li><li>○ Hoàn toàn</li></ul></li></ul> <p><b>Hở mũi hoặc các thể phức tạp khác</b></p>
---

**Hình 17-1: Các thể sứt môi**



*Hình trên bên trái – Sứt môi bên trái; Hình trên bên phải – Sứt môi hoàn toàn; Hình dưới bên trái – Sứt môi hai bên không cân xứng; Hình dưới bên phải – Sứt môi hai bên*

## Chương 16: GÂY MÊ TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

Hình 17.2: Các thể chẻ vòm



Veau 1 – Chẻ vòm khâu cái mềm

Veau 2 – Chẻ vòm hoàn toàn

Những dị tật này có thể xảy ra đơn độc hoặc cùng phối hợp, việc hiểu biết sự khác nhau giữa phẫu thuật sút môi và phẫu thuật chẻ vòm là cần thiết để tiến hành gây mê an toàn. Gây mê chẻ vòm thường phức tạp hơn, cần chuẩn bị chu phẫu chu đáo hơn, phải hiểu biết các thao tác phẫu thuật, và có nhiều biến chứng hơn mổ sút môi. Những sự khác nhau này sẽ được bàn luận chi tiết dưới đây.

### Chuẩn bị tiền phẫu cho bệnh nhân sút môi – chẻ vòm

Thời gian lý tưởng để phẫu thuật sút môi là trẻ khoảng 3 tháng tuổi, mổ chẻ vòm là khoảng 1 năm. Thực không may là việc điều trị lại phụ thuộc vào 1) khả năng của phẫu thuật viên, người thực hiện kỹ thuật mổ, 2) phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê là người phải chăm sóc bệnh nhân, 3) chi phí phẫu thuật, 4) thân nhân chăm sóc bệnh nhi, 5) đơn vị điều trị sau mổ gồm các y tá, bác sĩ có thể xử trí các biến chứng có thể xảy ra sau đó. Việc hiểu biết kế hoạch điều trị bao gồm cả việc phục hình răng và phục hồi chức năng ngôn ngữ, trị liệu nghề nghiệp nếu cần. Những điều này cực kỳ quan trọng trong điều trị chẻ vòm, bởi vì nếu những việc này không có sẵn thì sẽ làm chậm phẫu thuật quá thời gian lý tưởng trên. Nếu không phẫu thuật đúng thời điểm thì bệnh nhân khó mà phát triển được ngôn ngữ bình thường, ngay cả dù có được điều trị phục hồi ngôn ngữ sau này.

## **Gây Mê Hồi Sức Nhi Khoa (George A. Gregory & Dean B. Andropoulos)**

Để gây mê an toàn cho bệnh nhân sút môi – chẻ vòm, bác sĩ gây mê phải được thoải mái khi gây mê cho các trẻ em. Vì phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê cùng thao tác trên đường thở, nhất là mổ vá vòm, bác sĩ gây mê phải kiểm soát đường thở tốt, đặt nội khí quản được cho trẻ nữ nhi và trẻ nhỏ, đặc biệt trong trường hợp cấp cứu và đường thở khó.

Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân sút môi – chẻ vòm nằm trong một hội chứng. Tùy thuộc vào hội chứng và kiểu hình, có thể có những lưu ý đặc biệt trong chuẩn bị trước mổ vì sẽ là những thách thức cho bác sĩ gây mê. Ví dụ, bệnh nhân bị *hội chứng Tracheal – Collin, hoặc hội chứng Pierre Robin*, thường bị cầm lẹm (hàm nhỏ), kèm sút môi – chẻ vòm, có nguy cơ đặt nội khí quản khó. Sau khi mổ vá vòm ở bệnh nhân cầm lẹm, thường dễ bị tắc nghẽn đường thở sau mổ, vì lưỡi bình thường mà nay nằm trong khoang miệng nhỏ hơn sau vá vòm. Bệnh nhân với *hội chứng Stickler* thường có bất thường sọ mặt kèm theo sút môi – chẻ vòm. Nhiều hội chứng khác mà sút môi – chẻ vòm là một phần của hội chứng luôn ít được chuẩn bị chu phẫu hơn. Bệnh nhân có tật hở, kèm biểu hiện dị hình nên được đánh giá trước mổ cẩn thận để xem có các bất thường khác mà có thể dẫn đến các biến chứng gây mê. Cũng không rõ ràng rằng chỉ dựa trên những biểu hiện khác của hội chứng mà có thể gây những biến chứng gây mê và phẫu thuật hoặc có thể gây tắc nghẽn đường thở sau mổ. Ví dụ, bệnh tim bẩm sinh không được chẩn đoán là một vấn đề lớn. [www.ncbi.nlm.nih.gov/omim](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim) là một trang web mà ta có thể tra cứu về thông tin về các hội chứng.

Ngoài những lưu ý ở trên, bệnh nhân có tật sút môi – chẻ vòm có thể khó ăn uống làm suy dinh dưỡng và / hoặc thiếu máu. Suy dinh dưỡng có thể làm giảm protein huyết tương, làm giảm lượng protein gắn với thuốc (*plasma protein binding*). Điều này làm tăng lượng thuốc tự do, tăng tác dụng của thuốc mà có thể xảy ra các biến chứng. Hơn nữa suy dinh dưỡng cũng làm cho vết thương chậm lành. Thiếu máu làm giảm Hemoglobin dự trữ, làm giảm vận chuyển oxy cho mô. Tùy theo lượng máu mất trong phẫu thuật, bệnh nhân chịu phẫu thuật vá vòm có thể bị thiếu oxy cung cấp cho các mô quan trọng và bảo đảm lành mô . Vì vậy, truyền máu nhiều lúc rất cần thiết.

Phải đặc biệt chú ý tiền sử các vấn đề đường thở và phải thăm khám đường thở cẩn thận. Đặt nội khí quản khó hay không sẽ phụ thuộc vào bất thường đường thở và tuổi bệnh nhân khi phẫu thuật. Bệnh nhân lớn tuổi thường cung răng bị bất thường và xoay làm khó đặt lưỡi đèn vào miệng. Khi sút môi hai bên, với nhân trung lồi ra, sẽ nằm trên đường thẳng đèn nội khí quản, lưỡi đèn cũng bị lọt vào khe hở, làm khó nhìn thấy tiểu thiệt. Việc cố gắng đặt lại lưỡi đèn để quan sát tiểu thiệt có thể làm tổn thương vùng hầu họng. Phẫu thuật sút môi, ở ngoài khoang miệng, sẽ ít ảnh hưởng đến đường thở cả khi đặt và rút nội khí quản (trừ sút môi hai bên). Cần phải có kỹ năng xử trí đường thở tốt trong gây mê phẫu thuật chẻ vòm, vì có các nguy cơ tắc nghẽn đường thở, co thắt thanh quản sau rút ống nội khí quản, do chảy máu sau mổ, tăng tiết đàm và phù nề đường thở.

Lượng máu mất và khả năng truyền máu sẽ cao hơn trong và sau phẫu thuật chẻ vòm so với phẫu thuật sút môi. Bởi vì mất máu nhiều hiếm khi xảy ra trong phẫu thuật sút môi. Có thể chấp nhận mức Hemoglobin 8 -9 g/dl ở bệnh nhân khỏe mạnh. Phẫu thuật viên thường gây tê thẩm kèm

## Chương 16: GÂY MÊ TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

epinephrine sẽ giúp giảm đau và giảm chảy máu. Ngược lại với phẫu thuật sút môi, phẫu thuật chẻ vòm có khả năng mất nhiều máu, đặc biệt bệnh nhân trên 10 tuổi, chẻ vòm rộng, phẫu thuật khó khăn. Có một nguyên tắc, bệnh nhân sống ở độ cao dưới 5000 feet (15 mét), thì mức hemoglobin chấp nhận khi phẫu thuật là 10 g/dl. Khi hemoglobin trên mức này, thì hiếm khi cần phải truyền máu. Tuy nhiên, khi mất nhiều máu, bệnh nhân phải phẫu thuật lại để cầm máu, nguy cơ truyền máu sẽ tăng lên. Mặc dù khả năng truyền máu ít xảy ra, bệnh viện cũng nên sẵn sàng chế phẩm máu nếu cần.

Kế hoạch trước phẫu thuật phải bao gồm gây mê phù hợp với lứa tuổi và dụng cụ phẫu thuật phải sẵn sàng. Việc này phải bao gồm dụng cụ gây mê thích hợp như lưỡi đèn, ống miệng hầu, mặt nạ đúng kích cỡ theo lứa tuổi. Sử dụng ống nội khí quản RAE (Ring- Adair – Elwyn) đúng cỡ sẽ tránh được xoắn và gập trong lúc phẫu thuật. Các đầu nối từ ống nội khí quản với hệ thống thở phải cách xa phẫu trường. Ống RAE được sản xuất phù hợp với lứa tuổi trẻ, và độ cong tại điểm đặc biệt trên chiều dài của ống. Khoảng cách từ chỗ cong đến đầu xa có thể quá ngắn hoặc quá dài nếu bệnh nhân lớn hơn hoặc nhỏ hơn trung bình. Sự “không tương hợp” này khó đảm bảo cho đầu ống nội khí quản nằm đúng vị trí giữa khí quản. Nếu không có nội khí quản RAE, ta có thể sử dụng ống nội khí quản chuẩn và cố định giữa hàm dưới. Tuy nhiên sử dụng ống này làm tăng nguy cơ gập ống. Các ống hút nội khí quản cũng phải sẵn sàng các cỡ, để hút nội khí quản và khoang miệng khi rút nội khí quản. Việc sử dụng các ống hút cứng (ống Yankaeur) có thể làm tăng chảy máu các mô nếu đầu hút chạm vào nơi phẫu thuật. Kim tĩnh mạch có thể dùng cỡ 22 – 24G, có thể dùng các bầu truyền tĩnh mạch để giảm quá lượng dịch truyền, đặc biệt trẻ nhỏ.

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ còn bao gồm việc thảo luận với bệnh nhân (khi có thể) và thân nhân về các mong muốn xung quanh cuộc mổ, các nguy cơ gây mê hồi sức, và khả năng cần phải truyền máu nếu bệnh nhân phải mổ lại để cầm máu sau phẫu thuật vá vòm. Bệnh nhân/ thân nhân phải ký đồng thuận về cuộc mổ và gây mê hồi sức. Bệnh nhân phải nhập viện trước mổ một ngày, hoặc trong ngày mổ tùy vào điều kiện của bệnh viện. Tuy nhiên, điều quan trọng là bệnh nhân phải nhịn ăn đầy đủ theo hướng dẫn, nhất là thức ăn đặc (xem chương 1). Bệnh nhân nên uống nhiều nước có thể được nước lọc hoặc nước đường (trong) tới cách giờ dẫn đầu gây mê 2 giờ. Dạ dày dễ dàng làm trống với thể tích dịch lớn hơn là thể tích nhỏ. Để tránh mất nước, đặc biệt khi trời nóng, ta có thể truyền dịch cho bệnh nhân để giảm nguy cơ hạ huyết áp khi dẫn mê. Nếu sử dụng halothane dẫn mê, thì bệnh nhân phải đủ nước để tránh hạ huyết áp khi dẫn mê. Với những trẻ lớn, có biểu hiện lo lắng, có thể cho thuốc an thần trước mổ; midazolam 0,5mg/kg uống trước mổ, liều tối đa là 20mg.

### Trong mổ

Tiếp sau những đánh giá trước mổ và đạt được sự đồng thuận về gây mê – phẫu thuật, bệnh nhân được chuẩn bị đưa vào phòng mổ. Tùy vào những quy định của từng bệnh viện, mà việc cho phép cha mẹ hiện diện trong phòng mổ cùng với bệnh nhân khi dẫn mê, sẽ rất hữu ích. Cha mẹ, nếu được ta chuẩn bị tốt, sẽ giúp trẻ bình tĩnh, không sợ hãi trong lúc dẫn mê cho đến khi trẻ ngủ

## **Gây Mê Hồi Sức Nhi Khoa (George A. Gregory & Dean B. Andropoulos)**

hần. Điều quan trọng là phải giải thích cho cha mẹ hiểu, bé có thể vùng vẫy, mắt có thể trợn tròn lên trên, nhịp thở có thể không đều, và có những cử động vô thức, nhưng những điều này là thường gặp, và bé không bị đau khi dẫn mê bằng thuốc mê hơi.

Trừ những trường hợp đường thở khó, hoặc những lý do đặc biệt khác, mà ta phải đặt đường truyền tĩnh mạch trước dẫn mê. Còn lại, dẫn mê bằng thuốc mê hơi, nếu có sevoflurane, rất được ưa chuộng đối với gây mê nhi. Halothane chỉ nên sử dụng để dẫn mê nếu người dùng quen thuộc với cách dùng của nó. Tuy vậy, khi dùng halothane phải rất cẩn thận, đặc biệt với trẻ nhỏ, nhịn lâu trước mổ và bị mất nước vì halothane có tác dụng ức chế tim mạch nhiều, và có thể gây nhịp chậm và giảm cung lượng tim đáng kể. Độc tính halothane tương đối ít, tuy vậy khi dùng cũng phải rất cẩn thận.

Sau dẫn mê là đặt các phương tiện theo dõi và đường truyền tĩnh mạch (xem chương 2). Đặt ống nghe trước ngực được dùng để theo dõi âm thở và nhịp tim. Dụng cụ này rất có giá trị, nếu không có EtCO<sub>2</sub>. Nếu đặt nội khí quản không có dẫn cơ, phải bảo đảm bệnh nhân ngủ đủ sâu. Nếu bệnh nhân được gây mê bằng sevoflurane, hãy quan sát đồng tử nằm ở giữa nhìn thẳng phía trước mà không còn chuyển động lệch, trẻ ngưng thở, huyết áp bình thường là những dấu chỉ bệnh nhân được gây mê đủ để đặt nội khí quản mà không gây ra co thắt thanh quản hoặc giảm oxy máu. Khi gây mê với halothane, giảm nhịp tim cùng với những dấu hiệu trên là dấu hiệu đã gây mê đủ.

Việc quan sát thanh môn và đặt nội khí quản có thể lâu hơn ở bệnh nhân có bất thường giải phẫu vùng miệng, có thể gây ra co thắt thanh quản ở bệnh nhân không có dẫn cơ. Khi gặp khó khăn, hoặc độ mê chưa đủ “sâu”, bác sĩ gây mê phải quyết định cho dẫn cơ hay không. Trong khi cho thuốc dẫn cơ (khác succinylcholine), phải loại trừ khả năng bệnh nhân thở lại nhanh chóng, việc cho dẫn cơ giúp đặt nội khí quản dễ hơn. Sử dụng succinylcholin để đặt nội khí quản thường qui ở trẻ em còn nhiều tranh cãi, vì gây ra loạn nhịp, đặc biệt nhịp chậm. Đây là một vấn đề nghiêm trọng nếu đang gây mê với halothane. Một số bác sĩ thường cho atropine trước succinylcholin. Cũng có những giả thuyết cho rằng Succinylcholin liên quan đến bệnh cơ tiềm ẩn, gây nên tăng Kali máu và tử vong.

Có nhiều cách để cố định ống nội khí quản RAE đúng vị trí, phẫu thuật viên thường yêu cầu cố định ở giữa môi dưới và cằm. Phải nhớ rằng bệnh nhân được phủ khăn mổ che kín, và bác sĩ gây mê bị giới hạn tiếp cận đường thở, bàn mổ phía đầu bệnh nhân có thể bị xoay 90 độ; vì vậy điều quan trọng là ống nội khí quản phải được cố định chắc chắn, các đầu nối phải chặt và không bị gập khi phẫu thuật viên banh miệng. Nếu ống nội khí quản bị gập, áp lực thông khí đường thở sẽ tăng lên, âm phế bào và EtCO<sub>2</sub> sẽ giảm. Theo dõi EtCO<sub>2</sub>, nếu có thì rất có giá trị để đảm bảo rằng bệnh nhân đang được thông khí, trong khi ta bị giới hạn tiếp cận đầu, đường thở và ống nội



## Chương 16: GÂY MÊ TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

---

khí quản của bệnh nhân. Nếu ống nội khí quản bị tắc thì EtCO<sub>2</sub> sẽ biến mất trên màn hình. Nghe ống nghe trước ngực cũng rất hữu ích, vì âm phế bào sẽ giảm hoặc không có.

Máu và chất tiết là rất thường gặp trong phẫu thuật chẻ vòm. Sử dụng nội khí quản có bóng chèn (khi có thể) làm giảm hít vào đường thở. Thường không cần bơm khí vào bóng chèn; Nếu bơm chỉ cần bơm một lượng khí nhỏ vào bóng chèn đủ để tránh rò rỉ khí. Sử dụng ống nội khí quản bóng chèn không phải luôn luôn tránh được hít dịch vào đường thở trong quá trình phẫu thuật.

Phẫu thuật viên sẽ nhét gạc vào hầu họng để ngăn ngừa máu và chất tiết chảy vào đường thở hoặc dạ dày. Điều quan trọng khi nhét gạc vào hầu họng, phẫu thuật viên phải để một phần gạc ở phía ngoài miệng để cho mọi người đều nhìn thấy, và biết rằng gạc còn ở trong miệng bệnh nhân. Tốt nhất là có một tấm bảng ghi số gạc đặt vào để kiểm soát. Mọi người trong phòng mổ *phải* có trách nhiệm nhắc nhở lấy hết gạc ra ngoài vào cuối cuộc mổ. Đã có những báo cáo tắc nghẽn đường thở sau rút nội khí quản do còn sót gạc trong hầu họng. Nếu điều này xảy ra sẽ NGUY HIỂM ĐẾN TÍNH MẠNG. Nếu không để một phần gạc lòi ra khỏi miệng, ta dễ quên cho đến khi rút nội khí quản, bệnh nhân sẽ không được thông khí, giảm oxy máu và tử vong.

Cần chú ý khi hút dịch tiết đường thở trong lúc bệnh nhân hồi tỉnh. Nếu người gây mê hút dịch tiết bệnh nhân mà không cẩn thận có thể làm tổn thương chỗ vừa phẫu thuật hay làm bung vết mổ và làm chảy máu. Vì vậy, nên hút bằng ống hút mềm hơn là hút bằng ống Yankauer và chỉ hút ở ngoài răng, bên má hay vùng giữa, tránh hút vào vết mổ. Để tránh tổn thương sau sửa chữa chẻ vòm, an toàn nhất là mở miệng bệnh nhân ra và hút ở giữa trên lưỡi. Sau khi hút xong cần kiểm tra vùng phẫu thuật khô và không chảy máu. Nếu máu được hút liên tục từ vòm miệng nhiều, nên để phẫu thuật viên kiểm tra để xác định xem có bị chảy máu mà có thể nhìn thấy và cầm máu, ngay cả khi điều này có nghĩa là phải gây mê lại cho bệnh nhân. Nơi an toàn nhất để xử trí với bệnh nhân đang chảy máu là phòng mổ, không phải phòng hồi tỉnh hoặc ở khoa phòng. Điều quan trọng là đảm bảo vòm miệng khô trước khi rút nội khí quản và trước khi rời khỏi phòng mổ.

### Điều trị đau sau mổ

#### Thuốc á phiện

Thuốc á phiện thích hợp để sử dụng trong quá trình phẫu thuật là loại có tác dụng dài và ít gây ảnh hưởng đến hô hấp, đặc biệt nếu muốn bệnh nhân tự thở trong suốt cuộc phẫu thuật. Hiện tại morphine là thuốc lựa chọn tốt nhất. Với tổng liều thuốc 0,1mg/kg mỗi 4 giờ chia thành 3 - 4 lần giúp bệnh nhân tự thở tốt. Fentanyl là chọn lựa kém hơn, chỉ có tác dụng giảm đau 30 - 40 phút và ở một vài nước nó có giá thành mắc. Hydromorphone có tác dụng mạnh gấp 5 lần morphine cũng là một lựa chọn tốt, nó cũng thường được chọn. Liều sử dụng của hydromorphone là 0,015 - 0,02mg/kg chia mỗi 2 - 6 giờ. Sự lựa chọn liều thuốc cần dựa vào bệnh nhân có được gây tê vùng không; do phẫu thuật viên hoặc bác sĩ gây mê chích tê, và còn dựa vào bệnh nhân có đang được cho thuốc giảm đau khác á phiện không. Gây tê vùng giúp làm giảm việc sử dụng thuốc á phiện tiêm tĩnh mạch. Thuốc tê tác dụng dài như bupivacaine, dùng gây tê thần kinh dưới hốc mắt (infraorbital nerve) hay thần kinh xương bướm - vòm miệng (sphenopalatine) (xem chương 21) trong phẫu thuật sửa chữa sứt môi - chẻ vòm làm giảm hay không cần sử dụng thuốc á phiện.

#### Thuốc giảm đau khác

*Ketamine* kết hợp với thuốc á phiện giúp giảm đau tốt mà không ảnh hưởng nghiêm trọng đến hô hấp. Tuy nhiên, sử dụng ketamine trong phẫu thuật sứt môi góp phần làm tăng tiết đường thở trên bệnh nhân đã có tăng tiết nhiều trước đó. Sử dụng ketamine làm giảm liều morphine cần cho. Liều ketamine sử dụng cùng với morphine là 0,5 - 1,0mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.

*Acetaminophen* có thể cho uống trước mổ hay nhét hậu môn trong mổ. Vấn đề của việc sử dụng đường nhét hậu môn là cần một liều thuốc lớn ( $\geq 40\text{mg/kg}$ ), lập lại nửa liều (20 mg/kg) mỗi 6 giờ sau phẫu thuật. Acetaminophen dạng si-rô uống liều 15mg/kg trước phẫu thuật. Truyền tĩnh mạch liều 15mg/kg, truyền trong 15 phút để tránh thuốc tập trung quá nhiều trong máu.

Thuốc giảm đau kháng viêm không steroid (NSAID) như ibuprofen uống hay ketorolac tiêm tĩnh mạch còn đang tranh cãi, đặc biệt trong phẫu thuật chẻ vòm. Một số phẫu thuật viên cho rằng các thuốc này làm tăng chảy máu sau mổ, mặc dù các bằng chứng có giá trị thấp. Nhiều phẫu thuật viên đồng ý sử dụng các thuốc này trong mổ. Một số người đồng ý cho thuốc sau mổ nếu huyết động bệnh nhân ổn định và sau mổ phẫu trường khô. Cần bàn luận với phẫu thuật viên trước khi cho các thuốc này.

*Gây tê vùng* có lợi cho bệnh nhân sau phẫu thuật sứt môi - chẻ vòm. Trong phẫu thuật sứt môi có thể tê thấm tại vết mổ hay tê thần kinh dưới hốc mắt hai bên (xem chương 21). Để có tác dụng tối đa trong sửa chữa sứt môi nên gây tê thần kinh dưới hốc mắt hai bên. Những kỹ thuật gây tê này dễ làm và ít có biến chứng. Trong phẫu thuật chẻ vòm thì có thể tê thấm ở nơi mổ hay gây tê thần kinh xương bướm - vòm miệng để giảm đau sau mổ. Kỹ thuật gây tê thần kinh xương

## Chương 16: GÂY Mê TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

bướm – vom miệng khó và không nên cố gắng thực hiện nếu người gây mê chưa được huấn luyện. Kỹ thuật này tốt nhất nên thực hiện trước khi mổ khi vùng da còn sạch làm giảm sử dụng thuốc á phiện trong phẫu thuật, mặc dù thực hiện sau khi kết thúc phẫu thuật thì hiệu quả giảm đau có thể kéo dài hơn.

### Sau mổ

Có 3 lưu ý chính cho bệnh nhân sau mổ sút môi - chẻ vom: đảm bảo thông thoáng đường thở, theo dõi chảy máu sau mổ và kiểm soát đau. Ba vấn đề này có liên quan lẫn nhau: chảy máu sau mổ làm tắc nghẽn đường thở, bệnh nhân khóc và la hét do đau có thể gây chảy máu. Nếu việc kiểm soát đường thở cần đặt ống miệng hầu hoặc mũi hầu hoặc phải đặt lại nội khí quản có thể làm ảnh hưởng vùng phẫu thuật. Cách tốt nhất để đỡ đứa trẻ là cho mẹ bé bên cạnh và giữ bé. Mẹ bé có thể hỗ trợ theo dõi chảy máu, giữ yên bé và cho bé uống thuốc, người mẹ cũng có thể giúp giữ bệnh nhân không chạm vào vùng phẫu thuật. Việc này rất được khuyến khích nếu tại bệnh viện cho phép cha mẹ vào thăm bệnh nhân tại phòng hồi tỉnh.

Sau phẫu thuật chẻ vom, trẻ cần được theo dõi sát vấn đề chảy máu sau mổ tại phòng hồi tỉnh. Nếu có chảy máu, cần đặt lại sponge cầm máu ở vom miệng và đè nhẹ để kiểm soát chảy máu, thường chảy máu nhẹ sẽ cầm được; nếu đè áp lực mạnh quá có thể làm bung vết mổ và chảy máu nhiều hơn. Tuy nhiên, nếu chảy máu lượng nhiều hoặc vẫn còn chảy máu sau khi chèn sponge 10 phút cần cân nhắc việc thám sát lại vết mổ.

Tại phòng mổ ngay, khi có chảy máu nghiêm trọng thì việc thám sát lại vết mổ ngay thì an toàn và tốt hơn là chờ đợi. Trì hoãn thám sát vết mổ sớm ở bệnh nhân chảy máu có thể dẫn đến việc phải mổ lại vào giữa đêm, việc này ít an toàn hơn là làm vào ban ngày, như vậy người gây mê phải thuyết phục phẫu thuật viên đồng ý thám sát lại vết mổ; vì vậy, điều quan trọng là phải nhắc nhở phẫu thuật viên biết việc chảy máu trước khi lượng máu mất quá nhiều. Khi chảy máu nhiều cần phải đem bệnh nhân trở lại phòng mổ, ta cho làm xét nghiệm hemoglobin khẩn. Bệnh nhân chảy máu lượng nhiều khó nhận biết hơn nếu bệnh nhân nuốt máu. Ta phải chuẩn bị sẵn sàng hồng cầu lắng hay máu toàn phần cùng nhóm, phản ứng chéo thuận nếu có nguy cơ cần phải truyền máu. Cần lưu ý nếu nồng độ Hb “bình thường” (hay cao hơn so với trước phẫu thuật) có thể gặp ở bệnh nhân chảy máu nhiều mà không được bù đủ dịch.

Khi bệnh nhân tỉnh, có đáp ứng với lời nói và yêu cầu, có thể duy trì SpO<sub>2</sub> với khí trời, đau ít, bệnh nhân có thể được chuyển từ phòng hồi tỉnh ra phòng thường. Bệnh nhân sau mổ sút có thể rút catheter tĩnh mạch ngoại biên tại phòng hồi tỉnh, đa số bệnh nhân có thể uống được và không có biến chứng sau mổ. Tuy nhiên đối với bệnh nhân mổ chẻ vom cần lưu catheter tĩnh mạch ngoại biên 24 giờ sau mổ vì các bệnh nhân này uống kém và có nguy cơ cao chảy máu sau mổ, cả hai tình huống này đều cần có đường tĩnh mạch để điều trị.

Kiểm soát đau là một vấn đề quan trọng đã được đề cập ở trên, đặc biệt sau mổ chẻ vom. Các thuốc đặc hiệu được cho tại khoa phòng tùy thuộc vào thuốc có sẵn ở từng bệnh viện và khả năng chăm sóc của điều dưỡng. Cần lưu ý khi cho thuốc á phiện sau mổ ở khoa phòng, đặc biệt là trẻ nữ nhi.

## **Xử trí đặc biệt**

Phẫu thuật tạo hình nắp thanh môn là một dạng trong phẫu thuật chẻ vòm cần lưu ý đặc biệt. Mục đích của phẫu thuật này là để giảm tình trạng nói giọng mũi cao của bệnh nhân bằng phục hồi cử động nắp thanh môn hoặc phân chia lại đường đường mũi và khoang miệng. Tuy nhiên, tạo hình nắp thanh môn đôi khi gây tắc nghẽn đường thở nghiêm trọng sau mổ. Điều này xảy ra khi khí đi qua vùng mũi hầu bị cản trở do phù nề đường thở (nắp thanh môn) và giảm đáng kể kích thước vùng miệng hầu. Sau khi rút nội khí quản, bệnh nhân không thể thở bằng mũi.

Việc thở khó khăn của bệnh nhân có thể càng khó khăn hơn nếu bệnh nhân được cho giảm đau thuốc á phiện. Vì thuốc á phiện làm giảm nhịp thở và giảm thông khí, điều này có thể gây giảm oxy máu và cần đặt lại nội khí quản cấp cứu (đặt nội khí quản rất khó khăn). Đôi khi cần đặt ống mũi hầu để cung cấp oxy khi đặt lại nội khí quản. Cùng lúc đó cần kéo nắp thanh môn xuống để khí có thể vào. Khi phẫu thuật chỉnh hình nắp thanh môn xong, cần chuẩn bị sẵn sàng phương tiện và thuốc men cần thiết để đặt lại nội khí quản cấp cứu sau khi rút nội khí quản. Những bệnh nhân này cần được theo dõi tại khoa hồi sức trong 24 giờ sau phẫu thuật.

### **Tài liệu tham khảo trên Internet:**

1. Gentic Syndromes associated with Cleft Lip and Palate: <http://www.expertconsultbook.com/expertconsult/ob/book.do?method=display&type=bookPage&decorator=none&eid=4-u1.0-B978-0-323-05405-8..00135-2--frd0010&isbn=978-0-323-05405-8>
2. Somerville, N and Fenlon S; Anaesthesia for Cleft Lip and Palate Surgery, 2005: <http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/5/3/76.full>
3. Anesthesia for Cleft Lip and Palate, various authors: <http://www.expertconsultbook.com/expertconsult/ob/book.do?method=display&type=bookPage&decorator=none&eid=4-u1.0-B978-1-4377-1720-4..00382-4&isbn=978-1-4377-1720-4#lpState=open&lpTab=contentsTab&content=4-u1.0-B978-1-4377-1720-4..00381-2%3Bfrom%3Dtoc%3Btype%3DbookPage%3Bisbn%3D978-1-4377-1720-4&search=none>

Cleft lip repair under local anesthesia (video): <http://www.youtube.com/watch?>