



BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH

Phố Tuệ Tĩnh, Phường Bạch Đằng,
Thành phố Hạ Long, Tỉnh Quảng Ninh

Mã hiệu:

ATPT.TC5.09

Lần ban hành: 01

Số trang: 04

QUY TRÌNH XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ

*(Ban hành kèm theo Quyết định số...../QĐ-BVT ngày/...../2019
của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh)*

Nội dung	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Chữ ký			
Họ và tên	Trần Ngọc San	Nguyễn Thị Tuyết Mai	Trịnh Văn Mạnh
Chức vụ	TK. GMHS	TP.QLCLBV	Giám đốc bệnh viện

Quảng Ninh, 2019

QUY TRÌNH XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ

I. CƠ SỞ PHÁP LÝ

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện;

Căn cứ Thông tư 13/2012/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 20/08/2012 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn công tác gây mê - hồi sức;

Căn cứ Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá an toàn phẫu thuật.

II. QUY TRÌNH

1. Đại cương:

Ngộ độc thuốc tê là một tai biến trong gây tê vùng. Nếu không được xử trí kịp thời, tỷ lệ tử vong sẽ tăng cao. Vì vậy tất cả các loại gây tê vùng và tại chỗ cần phải có biện pháp dự phòng.

Các thuốc tê thông thường đều có thể gây ngộ độc, như: Lidocaine, Bupivacain, Levobupivacaine, Ropivacaine...

2. Nguyên nhân:

- Độc tính thuốc tê tác động lên 2 vị trí: Hệ thần kinh trung ương và tim mạch.

- Nồng độ thuốc tê tăng đột ngột trong huyết tương trong các trường hợp:
 - + Tai biến của tiêm thuốc vào mạch máu.
 - + Do hấp thu thuốc nhanh vào máu bất thường vì sử dụng nồng độ thuốc cao hoặc sử dụng thuốc số lượng lớn.
 - + Trong trường hợp gây tê vùng đường tĩnh mạch có thể do tuột garrot hoặc xả garrot sớm dẫn đến gia tăng đột ngột nồng độ thuốc trong tuần hoàn gây ngộ độc.

- Một số yếu tố tăng nguy cơ nhiễm độc thuốc tê như: Thiếu oxy; **Ưu** **thần**; Nhiễm toan; Tăng K⁺ máu; Giảm Na⁺ máu; Hạ thân nhiệt.

3. Lâm sàng:

3.1. Ngộ độc thần kinh trung ương:

- Thường gặp với Lidocaine và chủ yếu là cơn co giật.
- Các tiền triệu (Không đặc hiệu hay không có):
 - + Kích thích: Kích động, giật cơ, động kinh.
 - + Úc chế: Ngủ gà, mất ý thức, hôn mê hay ngưng thở.
 - + Không đặc hiệu: Vị kim loại trong miệng, tê quanh miệng, nhìn đôi, ù tai, hoa mắt, nói khó...
 - + Xuất hiện cơn co giật toàn thân.
 - + Có thể đi vào hôn mê và tử vong nếu không điều trị kịp thời.

3.2. Ngộ độc tim: (Chỉ biểu hiện khi ngộ độc nặng)

Thường gặp với Bupivacaine. Độc tính tác dụng điện (các sợi dẫn truyền) và cơ (co cơ). Tùy theo liều lượng, thuốc ức chế sự đi vào nhanh của ion Na^+ ở tế bào nhĩ và thất:

- + Lúc đầu có thể tăng động (tăng huyết áp, nhịp nhanh, rối loạn nhịp thất) rồi + Tụt huyết áp tiến triển.
- + Block nhĩ - thất do tốc độ dẫn truyền chậm, mạch chậm hay vô tâm thu.
- + Có thể xuất hiện: nhịp nhanh kịch phát trên thất, xoắn đỉnh, rung thất.
- + Phân ly điện cơ.

4. Xử trí:

4.1. Xử trí ban đầu:

- Ngừng ngay việc tiêm thuốc tê, gọi nhân viên hỗ trợ.
- Chủ động kiểm soát đường thở : nếu cần đặt nội khí quản cho thở oxy 100% và bảo đảm thông khí đủ (tăng thông khí có thể giúp làm tăng pH huyết tương trong trường hợp toan chuyển hóa).
- Chủ động đặt thêm đường truyền tĩnh mạch (nếu cần).
- Thường xuyên đánh giá tình trạng tim mạch.
- Lấy máu làm xét nghiệm (xét thấy cần, khi không làm chậm việc xử trí).

4.2. Điều trị đặc hiệu:

4.2.1. Ngộ độc thần kinh trung ương:

- Thiopental: 150 - 300 mg (tiêm TM) hoặc Midazolam 0,1 - 0,2 mg/kg.
- Lipid (dạng nhũ tương) truyền TM để làm giảm nồng độ thuốc tê trong huyết tương.
- Nếu tình trạng người bệnh ổn định sau xử trí, có thể tiếp tục cuộc phẫu thuật.

4.2.2. Ngộ độc tim:

Hệ thống tim mạch ít ngộ độc hơn so với hệ thần kinh trung ương, nhưng ngộ độc tim mạch có thể nặng và khó điều trị hơn.

4.2.2.1. Lâm sàng:

Biểu hiện ngộ độc tim mạch: Giảm sức co bóp tâm thất, loạn nhịp tim trợ với điều trị, mất trương lực mạch ngoại biên gây trụy tim mạch.

- Bupivacaine tiêm tĩnh mạch có thể gây trụy tim mạch và trợ với điều trị do ái lực cao của thuốc này với kênh natri; Tăng CO_2 máu, toan hóa máu, giảm oxy làm tăng tác dụng ức chế cơ tim, ức chế nhịp tim của Bupivacaine.
- Ropivacaine ít gây độc tim hơn do nó nhanh chóng phân ly khỏi kênh natri.

4.2.2.2. Điều trị:

- Thở oxy 100%, bù đủ dịch và thuốc vận mạch khi cần.
- Mạch chậm: Atropin 0,5 - 1 mg TM.
- Nhịp nhanh thất: Nên điều trị bằng sốc điện chuyển nhịp. Rối loạn nhịp do thuốc tê thì khó điều trị nhưng thường tự khỏi nếu huyết động người bệnh được duy trì.
- Trường hợp ngộ độc Bupivacaine: Amiodarone có tác dụng tốt hơn Lidocain đối với các rối loạn nhịp thất và cần một lượng lớn Epinephrine để hồi sức thành công.

- Giảm co cơ tim: Catecholamines, tốt nhất là Dobutamine 5mcg/kg/phút, Adrenaline chỉ dùng trong trường hợp ngừng tim (Chú ý: ngừng tim sau ngộ độc thuốc tê vùng hồi phục sau 1 giờ).

- Hồi sức tim phổi có thể kéo dài cho tới khi tác dụng độc tim giảm xuống nhờ sự tái phân phối thuốc tê.

- Rối loạn nhịp có thể rất khó điều trị, nên xem xét chỉ định tuần hoàn ngoài cơ thể nếu có thể.

- Lipid (dạng nhũ tương) truyền TM để làm giảm nồng độ thuốc tê trong huyết tương.

4.3. Theo dõi:

- Chuyển người bệnh đến bộ phận có đầy đủ trang thiết bị và đội ngũ nhân viên thích hợp để theo dõi cho đến khi hồi phục hoàn toàn.

- Ngăn chặn viêm tụy cấp bằng cách theo dõi lâm sàng thường xuyên, bao gồm đo Amylase hay Lipase trong 2 ngày.

4.4. Cách dùng dung dịch Lipid:

- Ban đầu: Dùng Lipid dạng nhũ tương 20% bolus 1.5ml/kg TM chậm trên 1 phút, rồi truyền 15ml/kg/giờ (trong 5 phút).

- Sau 5 phút: Dùng liều bolus thứ 2 cùng liều nếu:

- + Tình trạng tim mạch chưa ổn định hoặc

- + Suy tuần hoàn.

- Tiếp tục truyền TM Lipid dạng nhũ tương 20% cùng tốc độ, nhưng tăng liều 30ml/kg/giờ bất cứ lúc nào sau 5 phút, nếu:

- + Tình trạng tim mạch chưa ổn định hoặc

- + Suy tuần hoàn.

- Tiếp tục truyền cho đến khi tình trạng tuần hoàn ổn định và hiệu quả hay đạt tổng liều Lipid không vượt quá 12ml/kg.

Ví dụ về liều điều trị cho một người bệnh cân nặng 50kg: Dùng Lipid dạng nhũ tương 20% 75ml TM chậm trên 1 phút, rồi truyền Lipid dạng nhũ tương 20% 750ml/giờ trong 5 phút + Sau 5 phút: cho liều bolus thứ 2 75ml TM chậm trên 1 phút, tiếp tục truyền TM Lipid dạng nhũ tương 20% 750ml/giờ, nhưng tăng lên 1500ml/giờ nếu cần, tổng liều không vượt quá 600ml.

4.5. Chú ý khi sử dụng thuốc tê:

- Dùng liều thuốc tê thấp nhất để đạt hiệu quả và thời gian tê; Nồng độ thuốc tê trong máu tùy thuộc vào vị trí tiêm và liều thuốc tê.

- Các yếu tố làm gia tăng tình trạng ngộ độc thuốc tê: Cao tuổi, suy tim (người bệnh suy tim nặng, đặc biệt phân suất tống máu quá thấp, rất dễ bị ngộ độc), thiếu máu cơ tim, các rối loạn dẫn truyền, bệnh chuyển hóa (bệnh ty thể), bệnh gan, giảm Protein trong máu, toan chuyển hóa hay hô hấp, các thuốc ức chế kênh Na⁺.

- Nên dùng thuốc tê theo dược động học và/hoặc liều test (Ví dụ: Epinephrine liều test 5mcg/ml thuốc tê); Biết rõ về các đáp ứng, thời gian có tác dụng và thời gian tác dụng của liều test để xác định thời điểm tiêm thuốc.

- Hút ngược bơm tiêm xem có máu không trước khi bơm thuốc tê.

- Tiêm thuốc tê từ từ, trong khi vẫn quan sát các dấu hiệu và phát hiện ngộ độc thuốc tê./.