

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU THÀNH CÔNG NGỪNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP THÀNH CÔNG DO SỐC PHẢN VỆ VỚI LIDOCAIN TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Quốc Thắng¹, Hoàng Pito¹

TÓM TẮT

Sốc phản vệ là tai biến dị ứng nghiêm trọng. Nếu không được chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời dễ gây tử vong. Đặc biệt sốc phản vệ với thuốc gây tê lidocain là loại thường hiếm xảy ra, khi xảy ra thì rất nặng, tỷ lệ tử vong cao.

Chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nam 64 tuổi, chẩn đoán ngừng tuần hoàn do sốc phản vệ với lidocaine 2% khi gây tê vùng mặt để khâu vết thương do tai nạn giao thông tại khoa Cấp cứu. Bệnh nhân sau đó được hồi sức tim phổi thành công và không để lại di chứng. Bệnh nhân được dùng tổng cộng 40 mg adrenalin, đặt mask thanh quản, nội khí quản, sốc khử rung 2 lần, mỗi lần 360J. Sau 3 giờ hồi sức tích cực bệnh nhân cử động chân tay, đồng tử co nhỏ trở lại. Sau 10 giờ bệnh nhân tỉnh, sau 3 ngày rút nội khí quản, phục hồi hoàn toàn. Bệnh nhân được cứu sống là nhờ chẩn đoán và cấp cứu nhanh, chính xác, kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp tốt, trang thiết bị dụng cụ y tế hiện đại đầy đủ, sự phối hợp nhịp nhàng giữa các khoa trong bệnh viện đặc biệt giữa Khoa Cấp cứu với Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế.

Từ khóa: Sốc phản vệ, Lidocain

ABSTRACT

A CASE STUDY: SUCCESSFUL CARDIOPULMONARY RESUSCITATION THE ANAPHYLAXIS WITH LIDOCAINE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF HUE CENTRAL HOSPITAL

Tran Quoc Thang¹, Hoang Pito¹

Anaphylaxis is a severe allergic complications if it is not be diagnosed early and treated promptly it is able to cause death easily. Especially, the anaphylaxis shock by lidocaine anesthetic is very rarely but when it is occur, it is very severe and high mortality rate.

We present a case of 64 years old male patient, was diagnosed cardiac arrest caused by anaphylaxis with lidocaine 2% when anesthesia facial to suture the wounds of face due to the traffic accidents at the Emergency Department. The patient received a successful cardiopulmonary resuscitation and no sequelae. He was injected a total of 40 mg adrenalin, laryngeal mask set, intubation, defibrillation electric shock 2 times 360J. After a good resuscitation and take care during 3 hours, the patient could move the limbs, his pupils shrank back. He was awake after 10 hours, and was extubated 3 days later. He is now complete recovery. The patient were saved thanks to the rapid diagnosis and accurate treatment, a good technical CPR, the medical equipments were modernly and completely, the good coordination between these departments of the hospital especially between the Emergency Department and ICU of Hue Central Hospital.

Key words: Anaphylaxis, Lidocain

1. Khoa Cấp cứu, Bệnh viện
TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 26/2/2016; Ngày phản biện (revised): 29/2/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 21/3/2016
- Người phản biện: Nguyễn Cửu Lợi
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Quốc Thắng
- Email: quocthangtran1962@gmail.com; ĐT: 0914 051 461

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ (SPV) là tai biến dị ứng nghiêm trọng rất dễ gây tử vong nếu không được chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời, đặc biệt SPV với thuốc gây tê lidocain hiếm khi xảy ra. Theo Rashid Haider Khan và Keshri et al. đăng tại World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences: Các phản ứng dị ứng với thuốc tê lindocain là rất hiếm xảy ra <1% [8], nhưng khi xảy ra thì rất nặng, tỷ lệ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề. Khoa Cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế (BVTW Huế) trong 5 năm gần đây gặp hai trường hợp ngừng tuần hoàn do SPV với lindocain, một trường hợp do phong bế giảm đau cột sống thắt lưng ở phòng mạch tư chuyển đến, bệnh nhân đã tử vong ngoại viện. Trường hợp thứ hai sau khi gây tê để bó bột, mặc dù được cấp cứu khẩn trương nhưng bệnh nhân vẫn bị mất não. Theo báo chí, đầu tháng 4 năm 2012, anh N.V.T (Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng) bị SPV khi gây tê lidocain để cắt amidan mặc dù các bác sĩ tích cực cấp cứu nhưng bệnh nhân tử vong. Ngày 8/11/2014, tại Bệnh viện Đa Khoa Hà Nội, bệnh nhân Tường được xịt lidocain 10% để nội soi thanh quản, bị SPV co thắt thanh quản, sau đó bệnh nhân bị hôn mê mất não. Khokhlov VD, ở Nga báo cáo một phụ nữ 50 tuổi sau khi phong bế lidocaine để giảm đau thắt lưng (phong bế đầu tiên đã được thực hiện 4 ngày trước), bệnh nhân bị SPV và tử vong sau 2 phút tiêm lidocaine [5]. Sau đây chúng tôi xin trình bày một trường hợp ngừng tuần hoàn do SPV với lindocain được cứu sống và hồi phục hoàn toàn.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân Hồ Đắc Th., nam, 64 tuổi, địa chỉ: Phú An - Phú Vang - TT Huế.

Lúc 17h55 ngày 29/9 bệnh nhân đi xe máy bị tai nạn giao thông, sau đó nhập vào Khoa Cấp cứu BVTW Huế, tại đây bệnh nhân được chẩn đoán: Chấn thương đầu mặt. Bệnh nhân tỉnh táo tiếp xúc tốt, Glasgow 15 điểm, huyết động ổn

định, không khó thở (mạch 80 lần/phút, huyết áp 120/80 mmHg, nhịp thở 18 lần/phút, SpO₂ 100%) t, vùng trán, gò má phải bị sưng nề và có vết thương khoảng 3cm, xương hàm trên bị gãy. Sau khi xử lý các vết thương, bệnh nhân được truyền Paracetamol giảm đau và dung dịch nước muối sinh lý để giữ đường truyền. Lúc 18h20 cùng ngày, sau khi các bác sĩ Răng hàm mặt (RHM) tiêm thuốc tê lidocain 1 ống 40mg 2% tại vết thương vùng mặt để khâu, 2 phút sau bệnh nhân có biểu hiện môi, mặt tím tái, nghe tiếng rít thanh quản, phổi có vài ran rít, mạch: 0, huyết áp: 0.

Bệnh nhân được hồi sức tim phổi ngay lập tức, ép tim 100-120 lần/phút phổi hợp bóp bóng qua mặt nạ có oxy 15lít/phút với tỷ lệ 30:2. Đồng thời được điều trị với adrenalin 1mg tiêm tĩnh mạch mỗi 3 phút và liều adrenaline 5mg từ mũi thứ 3 cho đến khi có sóng rung thất thì được sốc khử rung 360J, bệnh nhân có mạch ben trở lại, duy trì adrenalin liều 0,1 µg/kg/phút. Bệnh nhân có biểu hiện tím tái, co cứng hàm, bóp bóng qua mặt nạ không hiệu quả, nắp thanh môn và lỗ khí quản phù nề đường kính ≠ 1cm. Được chống phù nề co thắt bằng adrenalin và corticoide, đặt Mask thanh quản Fastrach. Bệnh nhân tái mất mạch và ECG tái xuất hiện rung thất, được sốc khử rung lần 2 với 360J, ECG trở về nhịp xoang, tiêm tĩnh mạch Cordaron 300mg, truyền 2 lít dung dịch natriclorua 0,9%. Sau đó bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, truyền natri bicarbonat 4,2%, duy trì adrenalin và thở máy. Bệnh nhân được đặt nội khí quản (NKQ) qua ống tay cầm Mask thanh quản Fastrach khi hết phù nề lỗ khí quản, chức năng sống ổn định và làm các xét nghiệm cần thiết (CT scan sọ não, siêu âm bụng, XQ phổi, khí máu, điện giải đồ, men tim, chức năng thận...).

Sau gần 2 giờ cấp cứu, bệnh nhân được chuyển vào Khoa HSCC lúc 20h15 phút trong tình trạng hôn mê sâu, đến 23h, bệnh nhân cử động chân tay, đồng tử co nhỏ. Sáng hôm sau bệnh nhân tỉnh, Glasgow 15 điểm, sau 3 ngày rút NKQ và phục hồi hoàn toàn.

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm tại Khoa Cấp cứu (ngày 29/9/2015)

PH	7,386	7,35-7,45	
PCO ₂	28,8	35-45	mmHg
BE	-12,6	+/- 2	mmol/l
HCO ₃ ⁻	12,3	22-36	mmol/l
PO ₂	63	79-100	mmol/l
SaO ₂	90,4	75-99	%

Ure	4,5	1,7-8,3	mmol/l
Creatinine	96	63-115	mmol/l
SGOT	85	0-40	U/l
SGPT	36	0-41	U/l
Na ⁺	133	133-145	mmol/l
K ⁺	4,2	3,5-5,0	mmol/l
Troponin T	0,002	0,97-4,94	mg/ml
CK-MB	0,96	<0,004	mg/ml

CT scan sọ não: Bình thường

Siêu âm bụng : Bình thường

XQ phổi : Bình thường

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm tại khoa HSCC (ngày 1/10/2015)

PH	7,4	7,35-7,45	
PCO ₂	35,8	35-45	mmHg
BE	-1,6	+/- 2	mmol/l
HCO ₃ ⁻	22,3	22-36	mmol/l
PO ₂	98	79-100	mmol/l
SaO ₂	99,4	75-99	%

Ure	4,5	1,7-8,3	mmol/l
Creatinine	96	63-115	mmol/l
SGOT	65	0-40	U/l
SGPT	32	0-41	U/l
Na ⁺	142	133-145	mmol/l
K ⁺	4,3	3,5-5,0	mmol/l
Troponin T	0,002	0,97-4,94	mg/ml
CK-MB	0,96	<0,004	mg/ml

Kết quả kiểm tra trước khi ra viện tại khoa RHM: Chụp động mạch vành, siêu âm tim, men tim, điện tâm đồ, xquang phổi, chức năng gan, thận... trong giới hạn bình thường.

III. BÀN LUẬN

3.1. Phát hiện sớm sốc phản vệ

Bệnh nhân này trong khi được gây tê bằng lidocain để khâu vết thương tại Khoa Cấp cứu, SPV biểu hiện đầu tiên bằng co thắt thanh quản (tiếng rít thanh quản). Các bác sĩ cấp cứu với nhạy bén lâm sàng đã phát hiện sớm và đã xử lý kịp thời SPV như đã báo cáo ở trên. Trong trường hợp này, ngừng tuần hoàn hô hấp xuất hiện rất nhanh chỉ 2 phút sau khi tiêm lidocain. Trong thể tối nguy kịch các triệu chứng khởi đầu như suy hô hấp cấp, phù thanh môn, co thắt thanh quản chiếm 90% trong các trường hợp, sau đó là ngừng tuần hoàn hô hấp. [3] Chứng tỏ đây là thể tối nguy kịch điển hình như y văn thường mô tả [2], [3].

Chẩn đoán sớm:

Cần nghi ngờ xảy ra SPV sau khi bệnh nhân tiêm thuốc hay tiếp xúc với một tác nhân lạ, đột ngột cảm thấy khó chịu, ớn lạnh, hoảng hốt, lo sợ, sau đó nhanh chóng xuất hiện các triệu chứng ở da, niêm mạc (như nóng bừng, nổi ban đỏ ngứa, phù mắt, phù môi, ngạt mũi,...), ở hệ hô hấp (như khó thở, thở rít), ở hệ tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy) và hệ tim mạch (đau ngực, đau đầu, chóng mặt, ngất, tái nhợt, tụt huyết áp). Cần lưu ý là có khoảng 20% các trường hợp SPV không có các biểu hiện ở da, niêm mạc, đặc biệt các trường hợp trụy mạch, tụt huyết áp [3], [7]. Bệnh nhân này không có triệu chứng ở đường tiêu hóa, da và niêm mạc. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Cấp cứu Thế giới và Hội Cấp cứu Việt Nam: Chẩn đoán SPV khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau [3], [6]:

(1). Xuất hiện đột ngột (trong vài phút đến vài giờ) các triệu chứng ở da, niêm mạc (ban đỏ, ngứa, phù môi - lưỡi - vùng hầu họng) sau khi tiêm thuốc hay tiếp xúc với một tác nhân và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

a. Triệu chứng hô hấp (khó thở, khô khè, ho, giảm oxy máu)

b. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA: ngất,倒地 không tự chủ.

(2). Xuất hiện đột ngột (vài phút - vài giờ) 2 trong 4 triệu chứng sau đây khi người bệnh tiếp xúc với dị nguyên hoặc các yếu tố gây phản vệ khác:

a. Các triệu chứng ở da, niêm mạc.

b. Các triệu chứng hô hấp.

c. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA.

d. Các triệu chứng tiêu hóa (ôn, đau bụng).

(3). Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với 1 dị nguyên mà người bệnh đã từng bị dị ứng.

a. Trẻ em: giảm ít nhất 30% HA tâm thu hoặc tụt HA tâm thu so với tuổi.

b. Người lớn: HA tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu.

Bệnh nhân này vừa có tiêu chuẩn 1 và tiêu chuẩn 2 để chẩn đoán SPV. Sau tiêm lidocain 2 phút biểu hiện: Co thắt thanh quản, ran rít ở phổi, suy hô hấp, huyết áp không đo được. Mặc dù trước đó bệnh nhân có truyền paracetamol nhưng đã hết hơn 30 phút, nhưng bệnh nhân vẫn bình thường, từ nhỏ cho đến nay bệnh nhân vẫn thường dùng paracetamol. Phản ứng quá mẫn và sốc phản vệ với paracetamol bao gồm mày đay, ngứa, suy gan, suy thận. Bệnh nhân vẫn được tiếp tục điều trị với paracetamol sau khi chuyển vào khoa HSCC và khoa RHM nhưng không có biểu hiện dị ứng nào. Nên chẩn đoán xác định là SPV do lidocain.

3.2. Điều trị sốc phản vệ: Đối với SPV nặng, tối cấp như bệnh nhân này nguy cơ đe dọa tử vong ngay tức khắc, hoặc để lại di chứng nặng nề như tổn thương não không hồi phục, suy đa phủ tạng nếu không được cấp cứu kịp thời. Để cứu sống bệnh nhân phải bảo đảm hai yếu tố quan trọng là tiến hành hồi sức tim phổi kịp thời, đúng và dùng adrenalin hiệu quả.

a. Tiến hành hồi sức tim phổi [2].

Xử trí ngừng tuần hoàn tại khoa cấp cứu: Thời gian từ khi phát hiện ngừng tuần hoàn, cấp cứu, sốc

khử rung lần thứ nhất là $\neq 4$ phút, từ sốc điện khử rung lần thứ hai đến khi có tim đập trở lại ở bệnh nhân của chúng tôi là 1 phút, tổng cộng từ khi phát hiện ngừng tim đến khi tim đập trở lại khoảng 5 phút, trong một số nghiên cứu thời gian này là 3,8 – 5,1 phút đối với cấp cứu cơ bản và 8,4 – 9,0 phút đối với cấp cứu chuyên sâu trong những năm từ 1977 đến 2001 [5]. Như vậy, bệnh nhân của chúng tôi có thời gian cấp cứu ngừng tim khoảng 5 phút và bệnh nhân không có di chứng thần kinh và không tổn thương đa phủ tạng. Điều này cho thấy: Kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn (CPR) đã được thực hiện rất tốt giúp cho đảm bảo tuần hoàn tối thiểu duy trì sự sống của các tạng đặc biệt là não và tim. Bệnh nhân này được cứu sống và hồi phục hoàn toàn nhờ phát hiện sớm, cấp cứu kịp thời và chính xác, bác sĩ và nhân viên y tế Khoa Cấp cứu có tay nghề cao, đã được huấn luyện tốt về kiến thức, kỹ năng thực hành và trang thiết bị dụng cụ y tế đầy đủ. Phát hiện sớm, hồi sức tim phổi sớm, sốc khử rung sớm, hồi sức nâng cao sớm, chăm sóc và điều trị tốt sau hồi sức tim phổi làm nâng cao cơ hội sống còn của bệnh nhân ngừng tuần hoàn từ 0-2% lên 30% [2]. Cần thiết có chương trình đào tạo cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp thường xuyên cho tất cả nhân viên y tế, trang bị máy móc dụng cụ y tế đầy đủ, đặc biệt máy sốc khử rung tim cho tất cả các khoa phòng trong toàn bệnh viện.

b. Dùng adrenalin

Bệnh nhân đã được truyền dung dịch nước muối sinh lý giữ ven, nên chủ động khi dùng adrenalin đường tĩnh mạch. Liều adrenalin theo khuyến cáo trong hướng dẫn hiện hành cho hồi sức tim phổi là 1mg IV mỗi 3-5 phút[1]. Không khuyến cáo sử dụng adrenalin tiêm bắp sau khi xuất hiện ngừng tim [2], [3]. Trong ngừng tuần hoàn do sốc phản vệ phải phát hiện sớm, hồi sức tim phổi phải kịp thời, tiêm ngay adrenalin tĩnh mạch, tùy theo sự đáp ứng

bệnh nhân để tăng liều adrenalin mục đích có mạch trung tâm trở lại hoặc ECG có nhịp nhanh thất hoặc rung thất để sốc điện khử rung sớm, đồng thời bảo đảm đường hô hấp thông khí hiệu quả. Trong trường hợp này, tim ngừng hoàn toàn chúng tôi đã dùng Adrenalin 1mg IV mỗi 3 phút và 5mg từ mũi thứ 3 theo phác đồ khuyến cáo Hội Gây mê Hồi sức Pháp trong SPV [7] và hội cấp cứu Việt Nam trong trường hợp đặc biệt [3] cho đến khi có sóng rung thất để khử rung.

c. Bảo đảm đường thở

Mặc dù bệnh nhân được nâng cằm đẩy hàm, giải phóng đường thở, bóp bóng qua mặt nạ có Oxy 15lít/phút, nhưng mặt vẫn tím tái, co cứng hàm, bóp bóng qua mặt nạ không hiệu quả, nghe tiếng rít thanh quản, bệnh nhân đã được dùng Esmeron IV, nắp thanh môn và lồng khí quản phù nề co nhỏ đường kính $\neq 1$ cm. Chống phù nề co thắt thanh quản bằng adrenalin và corticoide, đặt Mask thanh quản Fastrach, đặt nội khí quản qua ống tay cầm Mask thanh quản Fastrach khi hết phù nề lồng khí quản (2 giờ sau). Trường hợp này nếu cung cấp oxy qua mask thanh quản không hiệu quả thì cần mở miệng nhân giáp ngay. Nếu thông khí không hiệu quả, thiếu Oxy trầm trọng dẫn đến suy đa phủ tạng, tổn thương não không hồi phục.

IV. KẾT LUẬN

Việc cấp cứu thành công trường hợp ngừng tuần hoàn hô hấp do sốc phản vệ với lindocain nhờ : chẩn đoán và cấp cứu nhanh, chính xác, kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp tốt, trang thiết bị dụng cụ y tế hiện đại đầy đủ, sự phối hợp nhịp nhàng giữa các khoa trong bệnh viện đặc biệt giữa Khoa Cấp cứu – Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế đã cứu sống và bệnh nhân hồi phục hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AHA, Cardiac Arrest Circular Algorithm 2014.
2. AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Cardiac Arrest Associated With
3. Nguyễn Đạt Anh, VEM, Cập nhật 2014 chẩn đoán và xử trí sốc phản vệ.
4. Eisenberg MS, Rea TD, Becker LJ, et

Anaphylaxis 2015.

- al.Temporal trends in sudden cardiac arrest: a 25-year emergency medical services perspective. Circulation 2003; 107:2780
5. Khokhlov VD Klin Med (Mosk) (2012), Anaphylactic shock following administration of lidocaine. after negative skin test, Article in Russian pp. 90(7): 62-4.
6. Peter Cameron, Textbook of adult emergency medicine.
7. SFAR Société Française d'Anesthésie et de Réanimation 2010, Prise en charge d'un choc anaphylactique
8. Keshri and Rashid Haider Khan. World journal of pharmacy and pharmaceutical sciences.