

Điều trị bệnh nhân ĐTĐ trước và sau phẫu thuật

Pgs Ts Đỗ Trung Quân

Như người không mắc bệnh ĐTĐ, người mắc bệnh ĐTĐ cũng luôn phải đối mặt với bất kỳ bệnh lý ngoại khoa nào. Đặc biệt còn phải đối mặt với nhiều nguy cơ phẫu thuật khác:

- **Các biến chứng mạn tính cần can thiệp ngoại khoa: tim mạch thận, mắt ..**
- **Bệnh ngoại khoa cấp.**
- **Cắt cụt chi.**

Bệnh nhân ĐTĐ khi phải phẫu thuật sẽ phải đối mặt với nhiều nguy cơ làm giảm kết quả điều trị:

- **Mất cân bằng giữa insulin và hormone stress**
- **Tăng hormone stress khi gây mê và phẫu thuật**
- **Bệnh nhân ĐTĐ không có khả năng tăng tiết insulin để duy trì các cân bằng động, dẫn tới tăng đường huyết và gây tăng ALTT hoặc DKA**

Vai trò của kiểm soát đường huyết là quan trọng nhất vì đường huyết tăng làm chậm quá trình lên sẹo do:

- **Cản trở sự hình thành sợi collagen**
- **Làm giảm độ bền của vết sẹo**
- **Làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ**
- **Làm giảm chức năng bạch cầu**
- **làm rối loạn chức năng tiểu cầu, rối loạn đông máu**

Đánh giá trước phẫu thuật:

- Bs gây mê phải biết rõ nhất về tình trạng bệnh lý của bệnh nhân trước khi tiến hành gây mê về:

Đường huyết, chức năng thận, gan, tim mạch, biến chứng thần kinh tự động, HbA1c ..

Bảng điểm đánh giá tim mạch

(Goldman Cardiac Risk Index - 5/ 2001)

- 1- > 70 tuổi : 5 đ
- 2- NMCT trên 6 tháng : 10 đ
- 3- Bệnh lý tĩnh mạch : 11 đ

- 4- Hẹp động mạch chủ : 3 đ
- 5- Rối loạn nhịp tim : 7 đ
- 6- Ngoại thâm thu thất > 5 % : 7 đ
- 7- Bệnh lý phúc mạc, lồng ngực : 3 đ
- 8- Mổ cấp cứu : 4 đ
- 9- P02 < 60 . PC02 > 50 . K < 3 . BUN > 50 : 5 đ

Nguy cơ tử vong :

- Mức 1 : Thấp : 0- 5 đ
- Mức 2 : Trung bình : 6 - 12 đ
- Mức 3 : Cao : 13 - 25 đ
- Mức 4 : Rất cao : > 26 đ

Đánh giá các chức năng khác :

- Thận : Microalbumin , protein /24 giờ, BUN, creatinine
- HA : < 140/90 mmhg
- Bệnh lý thần kinh tự động : Dạ dày, bàng quang, hạ huyết áp khi đứng
- Bệnh lý rỗng dạ dày ở ĐTĐ : Nguy cơ gay mê NKQ, dinh dưỡng sau mổ .
- XN thường quy trước mổ : CTM, sinh hoá. CN gan, thận, X.Q phổi ..

Vấn đề thuốc trong phẫu thuật

- Thuốc uống hạ đường huyết
 - Bỏ trước 24 giờ : Metformin
 - Bỏ trước 4-8 giờ : Sulfamide hạ đường huyết. Glucobay ...
- Thuốc tiêm :
 - insulin chậm phải bỏ trước 24 giờ và thay bằng insulin nhanh hoặc NPH
- Trong quá trình phẫu thuật phải kiểm tra đường huyết 1 giờ / lần

Phương pháp điều trị trong ngày phẫu thuật

(Ray mond 6 / 2001)

1- ĐTĐ typ 2 béo ĐT bằng chế độ ăn :

- + Tiêu phẫu hoặc phẫu thuật ngắn , nhỏ : không dùng thuốc
- + Kiểm tra đường huyết trước phẫu thuật nếu :

- ĐH < 70 mg/dl . Cho 150 -200 ml dextrose loại 5 -10 %
- 70 - 250 mg/dl : Nacl 0.9 % giữ ven
- 251- 300 mg/dl : cho 4 -6 UI nhanh tiêm dda

- 3001 - 350 mg/dl : cho 6 -8 UI nhanh tiêm dda
- ĐH > 350 mg/l : Dừng insulin nhanh truyền tm (Bơm tiêm điện . 5UI/giờ)

2- ĐTĐ typ2 đang uống thuốc :

- + Phẫu thuật nhỏ , ngắn thời gian : không ngừng thuốc trừ Metformin phải bỏ trước 24 giờ .
- + Kiểm tra đường huyết trước phẫu thuật và xử lý như trên

3- ĐTĐ đang dùng insulin

Kiểm tra ĐH và xử lý như sau :

Đường huyết	insulin NPH (% tổng liều hàng ngày)	insulin nhanh
70 -150 mg /dl	50	không dùng
151 - 250 mg /dl	67	3- 4 UI
251- 350 mg/dl	75	5 - 8 UI
> 350 mg/dl	không dùng	truyền insulin

Chú ý : Đối với người béo nhu cầu insulin trong phẫu thuật cao hơn người ĐTĐ thể gầy , phải kiểm tra đường huyết ngay sau khi kết thúc phẫu thuật và điều trị cho tới khi ĐH được kiểm soát tốt .