

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 :

- + Tiểu 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 .