

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU THÀNH CÔNG NGỪNG TUẦN HOÀN SAU GÂY MÊ TRÊN SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT NHIỄM COVID-19

¹Nguyễn Quang Chính, ¹Trần Thị Oanh,
²Nguyễn Toàn Thắng, ¹Nguyễn Thị Ngọc Trang, ¹Nguyễn Thị Thanh Phương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ nhiễm Covid-19 trước, trong và sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn sau gây mê nội khí quản và kết quả điều trị hồi sức các rối loạn sau ngừng tuần hoàn ở bệnh nhân này.

Phương pháp: Báo cáo ca lâm sàng sản phụ nhiễm Covid-19 gây mê mổ lấy thai cấp cứu tại phòng mổ áp lực âm, khoa Gây mê hồi sức bệnh viện đa khoa Đức Giang, được chẩn đoán: Ngừng tuần hoàn do suy hô hấp cấp nặng do phù phổi cấp/ thai lần 1, 38 tuần, mẹ lớn tuổi nhiễm Covid-19 nguy kịch/ tiền sản giật nặng.

Kết quả: Bệnh nhân nữ 41 tuổi thai lần 1, 38 tuần, vào viện trong tình trạng khó thở nặng, thờ găng sức nhiều, tần số thở 40-50 lần/phút, SpO2 65% (oxy mask 10 lít/phút), huyết áp tâm thu 220-230mmHg, test nhanh Covid-19 dương tính. Bệnh nhân được chỉ định gây mê nội khí quản mổ lấy thai cấp cứu khẩn cấp. Trong thì rạch da bắt con, xuất hiện mạch rời rạc 30-35 lần/phút trên monitoring, mạch cảnh không bắt được, huyết áp không đo được, SpO2 không bắt được, môi chi tím lạnh, ống nội khí quản nhiều dịch hồng. Chẩn đoán xác định: Ngừng tuần hoàn do suy hô hấp cấp nặng do phù phổi cấp/Covid-19

nguy kịch, ngay lập tức, chúng tôi vừa tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn, vừa bắt con nhanh chóng và hồi sức sơ sinh. Bệnh nhân được hồi sức ổn định và ra viện sau 11 ngày điều trị tại khoa Gây mê hồi sức – bệnh viện Đức Giang, sơ sinh được chuyển viện Nhi Trung Ương và ra viện ổn định sau 15 ngày điều trị.

Kết luận: Đây là 1 trường hợp ngừng tuần hoàn sau gây mê trên sản phụ nhập viện trong tình trạng nguy kịch với chẩn đoán: Suy hô hấp cấp, tiền sản giật nặng, Covid-19 dương tính, thai lần 1, 38 tuần, mẹ lớn tuổi. Trong ca bệnh chúng tôi đưa ra đòi hỏi phải phát hiện nhanh, chẩn đoán nguyên nhân kịp thời, đưa ra phương hướng điều trị chính xác sau khi hồi sinh tim phổi thành công, sự phối hợp của bác sĩ sản khoa phải ngay lập tức mổ bắt con để kịp sơ sinh tiến hành hồi sức cho bé khi tình trạng mẹ nguy kịch.

Keywords: Covid-19, tiền sản giật, phù phổi, ngừng tuần hoàn

SUMMARY

A CASE OF A SUCCESSFUL CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AFTER GENERAL ANESTHESIA IN A PRE-ECLAMPTIC PREGNANT WOMAN INFECTED WITH COVID-19

Objective: Describe the clinical and subclinical developments of pregnant women infected with Covid-19 before, during, and after cardiopulmonary resuscitation after endotracheal anesthesia and describe the results of resuscitation treatment for disorders after cardiac arrest in this patient.

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Trường đại học Y Hà Nội

³Đại học Bristol-UK

Email: chinhgmhs@gmail.com

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Chính

Ngày nhận bài: 4.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022

Method: Report on a clinical case of a pregnant woman infected with Covid-19 who underwent an emergency cesarean section with general anesthesia at the negative pressure operating room, Department of Anesthesiology and Resuscitation at Duc Giang General Hospital. She was diagnosed with: Cardiac arrest due to severe acute respiratory failure due to acute pulmonary edema / 1st pregnancy in 38 weeks, and elderly mother with critical Covid-19 infection / severe pre-eclampsia.

Results: A 41-year-old female patient with first-time pregnancy in 38 weeks was admitted to the hospital with severe dyspnea, labored breathing, respiratory rate 40-50 times/minute, SpO₂ 65% (oxygen mask 10 liters/minute), blood pressure systolic 220-230 mmHg, positive Covid-19 rapid test. The patient was indicated endotracheal anesthesia for an emergency cesarean section. During the time of skin incision, the pulse was sporadic 30-35 times/minute on monitoring, the carotid pulse could not be captured, the blood pressure could not be measured, the SpO₂ could not be captured, and the lips and limbs were cold, and the endotracheal tube was filled with pink fluid. Definitive diagnosis: Cardiac arrest due to severe acute respiratory failure due to acute pulmonary edema/ critical Covid-19; immediately, we performed cardiopulmonary resuscitation, quickly delivered the baby, and resuscitated the newborn. The patient was stabilized and discharged after 11 days of treatment at the Anesthesia and Resuscitation Department - Duc Giang General Hospital, the newborn was transferred to the National Children's Hospital and was discharged stably after 15 days of treatment.

Conclusion: This is a case of cardiac arrest after general anesthesia on a pregnant woman admitted to the hospital in critical condition with the diagnosis: Acute respiratory failure/ severe pre-eclampsia, critical Covid-19, 1st pregnancy in 38 weeks, elderly mother. In this case, the

request made to the doctors is to quickly detect, diagnose the cause in time, and give the correct treatment plan after successful cardiopulmonary resuscitation. Cesarean section must be performed immediately by the obstetrician, so that the neonatal team can resuscitate the baby when the mother's condition is critical.

Keywords: Covid-19, pre-eclampsia, pulmonary edema, cardiac arrest

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là bệnh lý đặc trưng của mẹ khi có thai, nguồn gốc từ bánh rau. Triệu chứng có tăng huyết áp và protein niệu. Cơ chế bệnh sinh là do tình trạng thiếu máu rau thai do mất cân bằng giữa hệ thống co mạch và giãn mạch (thromboxan và prostacyclin). Cách điều trị triệt để nhất là đình chỉ thai nghén [1]. Phù phổi cấp là một biến chứng nghiêm trọng ở khoảng 3% sản phụ, nguy cơ cao hay gặp trên sản phụ bị tiền sản giật. Phù phổi cấp nếu không được cấp cứu kịp thời, sẽ đưa đến tình trạng suy hô hấp cấp nặng ở sản phụ, có thể gây ngừng tim, ảnh hưởng tính mạng mẹ và thai nhi, đặc biệt trong bối cảnh sản phụ có nhiễm Covid-19 kèm theo tổn thương phổi.

Chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nguy kịch, ngừng tuần hoàn sau gây mê do suy hô hấp cấp nặng do phù phổi cấp/ Thai lần 1, 38 tuần, mẹ lớn tuổi nhiễm Covid-19 nguy kịch/ tiền sản giật nặng.

II. MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân nữ 41 tuổi, thai lần 1, 38 tuần, vào viện lúc 11h45ph ngày 26/01/2022 trong tình trạng nguy kịch tiếp xúc chậm, kích thích vật vã, khó thở dữ dội, thở gắng sức nhiều, tần số thở 40-50 lần/phút, SpO₂ 65%

(oxy mask 10 lít/phút), tần số tim nhanh 120-130 chu kỳ/phút, huyết áp tâm thu 220-230mmHg, phù nhiều hai chi dưới, test nhanh Covid-19 dương tính.

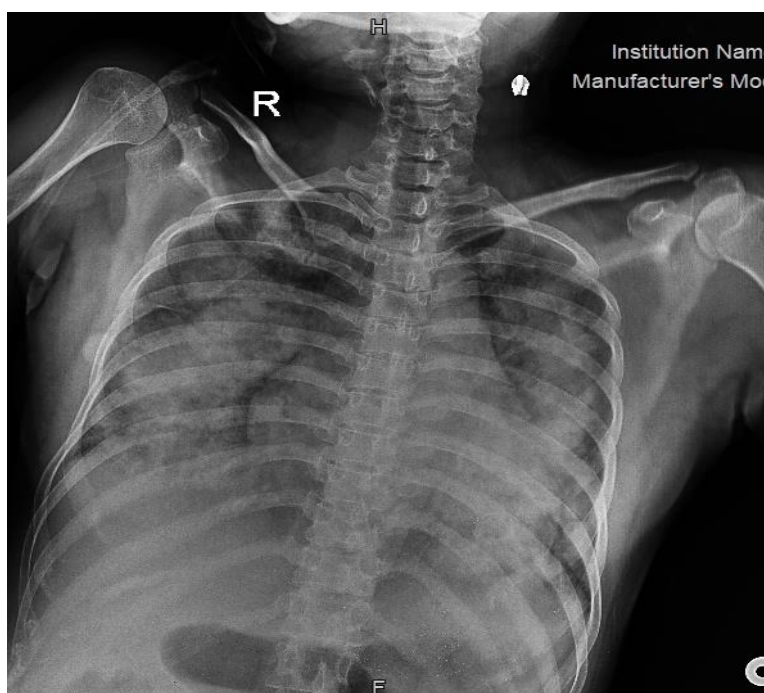
Tiền sử: Không khám thai cũng như quản lý thai nghén định kỳ, không có tiền sử bệnh lý.

X-quang ngực thẳng: hình ảnh mờ lan tỏa từ rốn phổi ra ngoại vi trường phổi hai bên. Các xét nghiệm cần thiết khác chưa có kết quả.

Bệnh nhân ngay lập tức được hội chẩn giữa chuyên khoa sản và gây mê hồi sức, quyết định mổ cấp cứu khẩn cấp, vừa hồi sức mẹ, vừa mổ lấy thai. Chỉ định gây mê nội khí quản trên những bệnh nhân tổn thương phổi như vậy là bắt buộc, bệnh nhân được khởi mê bằng Fentanyl 0,15mg, Propofol 80mg,

Sucxamethonium 100mg, Rocuronium 30mg. Khởi mê và quá trình đặt nội khí quản thuận lợi.

Trong thì rạch da bắt con, xuất hiện mạch rời rạc 30-35 lần/phút trên monitoring, mạch cảnh không bắt được, huyết áp không đo được, SpO2 đột ngột không đo được, môi chi tím lạnh, ống nội khí quản nhiều dịch hồng, bóp bóng nặng tay, nghe phổi nhiều ran ẩm 2 phế trường. Chẩn đoán xác định: Ngừng tuần hoàn do suy hô hấp cấp nặng do phù phổi cấp/Covid-19 nguy kịch. Ngay lập tức, chúng tôi khởi động cấp cứu ngừng tuần hoàn, vừa bắt con nhanh chóng và hồi sức sơ sinh. Sau bắt con, tử cung co rất kém, nhão, tím đen, chảy máu nhiều → chỉ định cắt tử cung cầm máu.



Hình 1: Hình ảnh mờ lan tỏa từ rốn phổi ra ngoại vi trường phổi hai bên.

Sau CPR 3 phút, bệnh nhân có nhịp xoang trở lại, tần số tim 130-140 ck/p, HATT 90mmHg, SpO2 91% (FiO2 100%), KM: pH

6,9 pO2 70, pCO2 53,3. Duy trì vận mạch noradrenalin khởi đầu 0,1 mcg/kg/ph nâng huyết áp, thở máy kiểm soát áp lực, PEEP

5cmH₂O, I:E 1:1 (khi huyết động chưa ổn), điều chỉnh tình trạng toan máu bằng bù bicarbonate và tăng thông khí. Sau 5 phút, M 100 ck/p, HA 110/70 mmHg (noradrenalin 0,08mcg/kg/ph), phối hợp lợi tiểu furosemide 40mg (tiêm TMC), sau đó duy trì bơm tiêm điện 10mg/giờ, MgSO₄ 3g.

Sau mổ, bệnh nhân được chuyển hồi sức ngoại, tiếp tục điều trị hồi sức các rối loạn sau ngừng tuần hoàn cũng như điều trị nguyên nhân.

KM ĐM sau mổ 2h: pH 7,3 pO₂ 156, pCO₂ 38,5, fio₂ 50%, P/F 312

Thời gian chỉ định: 19 giờ 28 ngày 28/01/2022
Chỉ định: Siêu âm tim tại giường

LA 28±3 mm	AoD 31±4 mm	LV						RV 16±4 mm	IVS		LVPW		Di Động	
		Dd 46±4 mm	Ds 30±3 mm	Vd 101±17 ml	Vs 37±9 ml	FS 34±6 %	EF 63±7 %		D 7.5±1 mm	S 10±2 mm	D 7±1 mm	S 12±1 mm	VTL 7±2 mm	TSTT 10±1 mm
27,0	33,0	53,0	42,0	135,0	78,0	21,0	42,0	18,0	11,0	15,0	11,0	14,0		
I. Van hai lá - Dạng di động: ngược chiều - Khoảng cách hai bờ van (mm): - Tình trạng van: thanh mảnh - Tình trạng dây chằng: thanh mảnh								Doppler - E (cm/s); A (cm/s); E/A: < - e' (cm/s); s' (cm/s); E/e': - Chênh áp NT-TT (mmHg): t.đ: 2.4; t.bình: - Hồ VHL: vừa (/4); Diện tích hồ VHL (cm ²): 8.1 (TD) - Diện tích lỗ van (cm ²): (2D); (PHT)						
II. Van động mạch chủ - Tình trạng van: thanh mảnh - Biên độ mở van (mm):								Doppler - Chênh áp TT-ĐMC (mmHg): t.đ: 7.6; t.bình: - Hồ VĐMC: nhẹ (/4); PHT (ms); đường kính hồ VĐMC tại gốc (cm): - Vận tốc cuối t.trương quai ĐMC (m/s): - Diện tích lỗ van (cm ²): (2D); (PILT)						
III. Van động mạch phổi - Tình trạng van: thanh mảnh								Doppler - Chênh áp TP-ĐMP (mmHg): t.đ: 3.2; t.bình: - Hồ VĐMP: (/4) - Áp lực ĐMP tâm thu (mmHg): t.đ: 30; t.bình:						
IV. Van ba lá - Tình trạng van: thanh mảnh								Doppler - Chênh áp NP-TP (mmHg) t.đ: 25 - Hồ VBL: (/4); Diện tích hồ VBL (cm ²): (2D)						
V. Màng ngoài tim - Không có dịch														
VI. Nhận xét khác - Các đường kính ĐMC (mm): đoạn lên: 32; đoạn quai; đoạn eo; đoạn xuống: - Các đường kính ĐMP (mm): đoạn gốc; nhánh phải; nhánh trái: - Các tĩnh mạch phổi đổ về nhĩ trái - Không có TLT, TLN, CỒĐM TM chủ dưới: 20mm														
VII. Kết luận - HoHL vừa. HoC nhẹ - Thất trái giãn, phi đại đồng tâm, chức năng tâm thu thất trái giảm do giảm vận động đồng đều các thành thất trái - Áp lực động mạch phổi bình thường.														

Hình 2: Siêu âm tim: EF 42%, chức năng tâm thu thất trái giảm do giảm vận động đồng đều các thành thất trái.

Chúng tôi tiếp tục duy trì an thần, thở máy đến khi các rối loạn trên được giải quyết, vận kiểm soát với PEEP tối ưu cho bệnh nhân mạch, lợi tiểu, kiểm soát đường huyết, thân

nhiệt, bilan dịch âm điều chỉnh theo CVP.

Ngày thứ 1 sau mổ, bệnh nhân xuất hiện tình trạng suy tim cấp (EF 42%, BNP 305,5 ng/L), tổn thương thiếu máu cục bộ cơ tim (troponin I: 1204,56 pg/ml, CK-MB 57,8 U/L), nhưng vẫn đảm bảo được huyết động ổn định, suy thận cấp (creatinine 191 mcmol/l), kèm theo tổn thương phù phổi cấp trước đó. D-dimer 6968 ng/ml. Căn cứ tình trạng hiện tại, chúng tôi đã phối hợp thêm điều trị chống đông dự phòng enoxaparin liều 4000IU/24h sau khi đánh giá nguy cơ chảy máu vết mổ là thấp.

M 90 lần/ph, HA 101/80 mmHg (đã dừng vận mạch), CVP 8cmH₂O, tiểu 3000ml/24h (lợi tiểu) bilan âm 1200ml. XN: KM pH 7,457 pO₂ 160,8 pCO₂ 32,3

HC/HB/HCT: 3,5/105/31. TC 187.
PT/INR: 120%/0,88. D-dimer 6968 ng/ml
lactat 1,1 mmol/l; Gm 6,5 mmol/l;
albumin 27 g/l, Na⁺/ K⁺: 135,4/3,8 (mmol/l)

Ngày thứ 4 sau mổ (30/1/2022), M 80 l/p, HA 110/70 mmHg, spo₂ 99-100%, không phù, tiểu 2500ml/24h, tổn thương phổi trên xquang gần như không còn, trao đổi phổi P/F 350, hết suy thận (creatinine 89 Mmol/l), bệnh nhân được rút ống NKQ, chăm sóc phổi tích cực sau rút ống. Đến ngày thứ 6 sau mổ, bệnh nhân toàn trạng ổn định, Xquang phổi chụp lại tốt, bệnh nhân tự vận động, ngồi dậy được, test nhanh Covid âm tính được chuyển lên khoa Sản điều trị tiếp, sau 11 ngày bệnh nhân được ra viện.



Hình 3: Xquang ngày 30/1/2022: trường phổi 2 bên sáng đều

III. BÀN LUẬN

Tiền sản giật là bệnh lý đặc trưng của mẹ khi có thai, nguồn gốc từ bánh rau. Phù phổi là một biến chứng nghiêm trọng chiếm khoảng 3% sản phụ. Nguy cơ cao hơn ở sản phụ lớn tuổi, huyết áp tăng cao, giảm áp lực thẩm thấu keo, kết hợp với tính thấm thành mạch lớn, mất các dịch nội mạch và protein vào mô kẽ làm cho phụ nữ mang thai nguy cơ phát triển phù phổi cấp đặc biệt là sau 32 tuần tuổi thai. Phù phổi cấp được đặc trưng bởi khó thở và thiếu oxy thứ phát do ứ dịch trong phổi làm suy giảm sự trao đổi khí và giảm độ giãn nở phổi. Mục tiêu của điều trị là giảm triệu chứng, cải thiện oxy, duy trì cung lượng tim và tưới máu cho các cơ quan trọng, và giảm lượng dịch ngoại bào dư thừa. Các loại thuốc được sử dụng trong điều trị bao gồm nitrat, thuốc lợi tiểu, morphin và thuốc co mạch. Thuốc co mạch chỉ nên bắt đầu khi có hạ huyết áp và bằng chứng giảm tưới máu cơ quan. Phù phổi cấp nếu không được cấp cứu kịp thời, sẽ đưa đến tình trạng suy hô hấp cấp nặng ở sản phụ, có thể gây ngừng tim, đe dọa tính mạng mẹ và thai nhi, đặc biệt trong bối cảnh sản phụ có thể nhiễm Covid-19 kèm theo tổn thương phổi.

Trên sản phụ này, mẹ lớn tuổi, nhập viện trong tình trạng nguy kịch, tiếp xúc chậm, kích thích vật vã, khó thở dữ dội, thở gắng sức nhiều, tần số thở 40-50 lần/phút, SpO₂ 65% (oxy mask 10 lít/phút), tần số tim nhanh 120-130 chu kỳ/phút, huyết áp tâm thu 220-230mmHg, phù nhiều hai chi dưới, test nhanh Covid-19 dương tính. Chiến lược đặt

ra khi gây mê trên bệnh nhân này bắt buộc là gây mê toàn thân và khởi mê nhanh. Đây là một trường hợp cấp cứu báo động đỏ nên việc xử lý hoàn hảo từ đầu là rất khó khăn. Sau khi bệnh nhân được xuất viện chúng tôi cũng hồi cứu lại và nhận thấy có một số thiếu sót trong quá trình cấp cứu ban đầu: (1) Bệnh nhân cần được đặt nội khí quản ngay khi nhập viện tại khoa cấp cứu, sản phụ thiếu oxy càng lâu thì tình trạng sơ sinh càng nặng, tuy nhiên tổng thời gian sản phụ lên đến phòng mổ chỉ khoảng 7 phút bao gồm cả chụp Xquang, và tổng thời gian đến khi bắt con là khoảng hơn 10 phút từ lúc nhập viện. Chúng tôi đánh giá quy trình cấp cứu báo động đỏ với bệnh nhân Covid-19 như vậy là kịp thời. (2) Trước gây mê cần thăm dò kỹ hơn về chức năng tim mạch của bệnh nhân, cũng như trước khởi mê nên có sẵn một đường truyền trung ương để kiểm tra CVP, nhưng xét về tình trạng khẩn cấp của bệnh nhân thì cần ưu tiên việc gây mê để cứu thai trước. Trên ca bệnh này, ngay sau gây mê, đặt nội khí quản 2 phút, trong thì rạch da, bệnh nhân xuất hiện ngừng tuần hoàn, chúng tôi đã ngay lập tức tiến hành chuỗi hồi sinh tim phổi. Có một số vấn đề cần được đưa ra bàn luận ở đây:

(1) Cần phải xác định ngay nguyên nhân ngừng tuần hoàn: Kiểm soát lại toàn bộ các yếu tố, chúng tôi xác định bệnh nhân ngừng tim do thiếu Oxy do phù phổi cấp: Tiền sản giật nặng, bệnh nhân khó thở dữ dội, SpO₂: 65%, Xquang phổi hướng đến ứ dịch ở phổi, hình ảnh mờ lan toả hai phế trường phổi, ồng

nội khí quản có nhiều dịch hồng, ran ẩm đầy 2 phế trường. Sau khi hồi cứu lại trong quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy phổi bệnh nhân cũng như huyết động, khí máu phục hồi rất nhanh. Một chẩn đoán ban đầu chúng tôi có nghĩ tới là bệnh nhân ngừng tuần hoàn do thiếu oxy trên bệnh nhân Covid tổn thương phổi nặng, nhưng sau nhiều ngày điều trị, chúng tôi nhận thấy bilan Covid của bệnh nhân rất ổn định cộng thêm bệnh nhân phục hồi rất nhanh sau khi mổ lấy thai nên chúng tôi loại trừ chẩn đoán trên.

(2) Quy trình CPR có đúng và hiệu quả không, ngừng tuần hoàn nếu xảy ra, theo Y văn, cần được chẩn đoán nhanh không quá 10 giây, ngay lập tức khởi động chuỗi sống còn và quy trình C-A-B càng sớm càng tốt. Ép tim ngoài lồng ngực/ thổi ngạt với tần suất 30/2, thổi ngạt mỗi 5-6s/lần (nếu có NKQ thì bóp bóng mỗi 6-8s/lần). Theo AHA (Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ) cập nhật 2020 khuyến nghị nên sử dụng epinephrine (1mg IV sau mỗi 3-5 phút) càng sớm càng tốt đối với ngưng tim có nhịp không sốc điện được do làm tăng tái lập tuần hoàn tự nhiên. Đối với những bệnh nhân có nhịp sốc điện được, y văn ủng hộ việc ưu tiên khử rung tim với CPR ngay ban đầu và tiêm epinephrine nếu những nỗ lực ban đầu với CPR và khử rung tim không thành công (thường 2 lần sốc điện). Việc sử dụng các thông số như HADM xâm lấn và ETCO₂ (CO₂ cuối thì thở ra) để theo dõi chất lượng CPR được khuyến cáo. Trường hợp bệnh nhân này, trong quá trình cấp cứu, chúng tôi đã theo dõi chỉ số ETCO₂, cũng như thán đồ CO₂ để

đánh giá liên tục hiệu quả CPR thông qua một thiết bị được nối trực tiếp với ống nội khí quản của bệnh nhân. ETCO₂ mục tiêu cho mỗi lần ép ít nhất là 10 mmHg, lý tưởng là 20mmHg trở lên [2]. Ngoài ra, ở sản phụ, do tử cung to gây cản trở nỗ lực hồi sức do giảm máu trở về thứ phát do chèn ép tĩnh mạch chủ ở tư thế nằm ngửa, bắt đầu từ khi thai được 20 tuần nên để ngăn ngừa giảm tiền tải, phải tiến hành chuyển dịch tử cung sang trái trong quá trình hồi sức [2,3]. Khuyến cáo theo những Guideline mới nhất về cấp cứu ngừng tuần hoàn, là luôn phải đánh giá trong quá trình cấp cứu có hiệu quả không, máu và oxy có được cung cấp đến cho tuần hoàn não, tuần hoàn vành cũng như tổ chức tế bào. Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân này sau cấp cứu: điện tim có nhịp xoang trở lại, mạch cảnh và mạch bẹn bắt được, môi và đầu chi ấm hồng lại, đồng tử co lại, cuối cuộc mổ kích thích các phản xạ hầu họng, bệnh nhân có mở mắt chứng minh quy trình CPR hoàn toàn hiệu quả.

(3) Lựa chọn cấp cứu thành công mới mổ bắt con hay vừa mổ bắt con vừa hồi sinh tim phổi song song? Phụ nữ mang thai trở nên thiếu oxy nhanh hơn do sự tăng chuyển hóa ở người mẹ, giảm dung tích cặn chức năng do có thai nhi trong tử cung và nguy cơ thai nhi bị tổn thương não do giảm oxy máu nên việc cung cấp oxy và xử trí đường thở cần được ưu tiên trong quá trình hồi sinh sau khi bị ngưng tim trong thai kỳ. Việc vừa hồi sinh tim phổi vừa tiến hành mổ lấy thai là bắt buộc và không phải bàn cãi thêm, trên một sản phụ nhập viện trong tình trạng nguy kịch,

khó thở dữ dội, SpO₂ 65% cộng thêm các biến loạn do ngừng tuần hoàn gây ra như: thiếu oxy trầm trọng các cơ quan, tổ chức, toan chuyển hóa,...thì việc mổ lấy thai nên tiến hành nhanh nhất có thể. Tỷ lệ sống của mẹ và sơ sinh được cải thiện hơn khi thời gian từ lúc ngừng tuần hoàn đến khi phẫu thuật cắt tử cung là dưới 5 phút (61% đối với mẹ, 96% với sơ sinh) so với trên 5 phút (tỷ lệ này tương ứng là 35%, 70%) [3].

(4) Quá trình điều trị sau cấp cứu ngừng tuần hoàn trên sản phụ nhiễm Covid-19, sau khi đạt được tái lập tuần hoàn tự nhiên, quá trình hồi sức cần được tiếp tục thực hiện bao gồm kiểm soát hô hấp, tuần hoàn, điều chỉnh thăng bằng kiềm toan và điều trị nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn, đặt đường truyền trung ương sớm nhất có thể. Nên bắt đầu thông khí bằng 100% oxy, với 10 nhịp thở/phút, sau đó điều chỉnh FiO₂ để SpO₂ 92-98%, PaCO₂ 35-45mmHg, thực hiện thông khí bảo vệ phổi, hồi sức dịch hoặc thuốc vận mạch để đạt HATT > 90mmHg hoặc HADMTB > 65 mmHg [2][3]. Nên ngừng dùng Oxytocin vì tác dụng giãn mạch của nó, ngừng sử dụng magie nếu gây hạ huyết áp đáng kể [2], dùng magie sulphat khi huyết động đã ổn định hơn. Trong trường hợp bệnh nhân này, sau cấp cứu ngừng tuần hoàn 3 phút, bệnh nhân có nhịp xoang trở lại, chúng tôi để thở máy kiểm soát áp lực, PEEP tối ưu để mở phế nang và tránh quá tải dịch, duy trì vận mạch noradrenalin chỉnh theo huyết áp, điều chỉnh tình trạng toan máu bằng bù bicarbonate và tăng thông khí. Sau 2 giờ điều chỉnh, khí máu, huyết động cải thiện rõ rệt.

Sau mổ, chúng tôi tiếp tục cho bệnh nhân an thần thở theo máy để điều trị hồi sức các rối loạn sau ngừng tuần hoàn, điều trị tích cực tổn thương phổi, đi theo hướng phù phổi cấp, tiến hành rút dịch, duy trì Bilan âm, điều chỉnh theo CVP, đảm bảo huyết động ổn định, kiểm soát thăng bằng kiềm toan hàng ngày, PEEP tối ưu, kháng sinh đánh khu trú vào phổi, theo dõi sát tiến triển của tiền sản giật. Xquang phổi phục hồi nhanh chóng sau 4 ngày điều trị cũng như tiến triển về mặt lâm sàng có lẽ do: Sản phụ đã được đình chỉ thai nghén và quá trình điều trị sau đó đi đúng hướng. Bệnh nhân sau rút nội khí quản cũng được vận động, ngồi dậy sớm, vã rung tích cực, ăn uống đường tự nhiên sớm.

(5) Vấn đề lây nhiễm và sự hỗ trợ của vòng ngoài: Đại dịch Covid-19 đã đưa đến sự lo ngại về sự an toàn của các bác sĩ lâm sàng trong quá trình hồi sức tim phổi (CPR). Khi bệnh nhân được đặt nội khí quản kết hợp với ép tim ngoài lồng ngực tạo ra một lượng lớn khí dung làm tăng nguy cơ lây nhiễm cho nhân viên y tế. Khuyến cáo các bệnh nhân Covid-19 khi có nhịp có thể sốc được nên sốc điện khử rung ngay lập tức mà không cần ép tim [4]. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi cũng ghi nhận khi tham gia gây mê trên những bệnh nhân mắc Covid-19 phải là một Ekip nhiều kinh nghiệm, phối hợp với nhau tốt vì khi tình huống cấp cứu xảy ra đòi hỏi hỗ trợ từ nhân viên vòng ngoài sẽ mất nhiều thời gian do phải tuân thủ quy định lây nhiễm, trong ca bệnh chúng tôi đưa ra nếu cấp cứu không kịp thời và đúng hướng thì sản phụ tử vong là điều tất yếu.

Kết quả, bệnh nhân được đánh giá, rút ống NKQ sau 4 ngày thở máy, ổn định ra viện sau 11 ngày điều trị khi đã test Covid PCR âm tính, sơ sinh được chuyển viện Nhi Trung Ương cũng hồi phục sau 15 ngày điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Qua case lâm sàng chúng tôi vừa trình bày, chúng tôi đưa đến một số kết luận, cấp cứu ngừng tuần hoàn cần phát hiện nhanh, chẩn đoán sớm nguyên nhân ngừng tuần hoàn để đưa ra phương hướng điều trị. Quá trình cấp cứu cần có một người chỉ huy và thường xuyên kiểm tra lại quá trình cấp cứu có hiệu quả và có đi đúng hướng không. Sau cấp cứu, chúng ta cần hồi cứu lại và tổng hợp các nguyên nhân để đưa ra chẩn đoán đúng và phương hướng điều trị chính xác. Trên sản phụ mắc Covid-19 phổi có tổn thương xuất hiện ngừng tuần hoàn thì vừa tiến hành

song song cấp cứu mẹ và mổ lấy thai là không phải bàn cãi. Khó khăn khi phẫu thuật bệnh nhân nhiễm Covid-19 là sự hỗ trợ từ vòng ngoài khi xảy ra tình huống khẩn cấp, bởi vậy luôn cần một Ekip nhiều kinh nghiệm để đảm bảo an toàn tối đa cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- **Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học**- Trang 245- Gây mê toàn thân để mổ lấy thai-TS. Nguyễn Đức Lam.
- **Highlights of the 2020** AHA Guidelines Update for CPR and ECC
- **A-M. Madden, M-L. Meng**, published june,26,2020: Cardiopulmonary resuscitation in the pregnant patient
- **Brendon Sen-Crowe, Mason Sutherland**, Published online 2020 Oct 15: Cardiopulmonary resuscitation during the COVID-19 pandemic: Maintaining provider and patient safety