

5. **Trịnh Hồng Sơn** (2011), "Phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình", Y học thực hành, 7, tr. 43-201.
6. **Nguyễn Xuân Hùng** (2008), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003 – 2006", Tạp chí Y học Việt Nam, tr. 45 - 52.
7. **Võ Tấn Đức** (2003), "Giá trị của siêu âm lòng hậu môn trong bệnh rò hậu môn", Hội nghị chuyên đề bệnh hậu môn - đại trực tràng, tr. 98 - 107.
8. **Lê Thị Diễm** (2010), "Bước đầu khảo sát giá trị hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn. Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 14, Phụ Bản Số 1.
9. **Buchanan GN, Halligan S, et al** (2004), Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano, Radiology 233 (3), 674 - 681.

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA MASK THANH QUẢN TRONG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ CẤP CỨU NGOÀI BỆNH VIỆN

Nguyễn Toàn Thắng^{1,2}, Phạm Công Khẩn³, Trần Thị Kiệt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặt ống nội khí quản cần thời gian, kỹ năng trong khi úp mask bóp bóng chỉ là tạm thời và ít tin cậy. Đối với cấp cứu đường thở mask thanh quản (MTQ) có thể là một thay thế phù hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và an toàn của MTQ Supreme và Proseal trong kiểm soát đường thở (KSĐT) ngoài bệnh viện. **Phương pháp và đối tượng:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên bệnh nhân cần KSĐT tại Trung tâm cấp cứu 115 Hà Nội. Sau khi được đào tạo 2 ngày về MTQ, nhân viên cấp cứu đặt MTQ và ghi nhận về số lần, thời gian đặt mask, tỉ lệ thành công, mức độ khó và hiệu quả thông khí. **Kết quả:** Đặt MTQ thành công ở cả 32 bệnh nhân (23 Supreme, 9 Proseal, trong đó 87,5% ở lần đầu, 12,5% ở lần hai). Thời gian đặt trung bình là $19,7 \pm 8,9$ giây. Bảo hòa oxy, biểu hiện tím tái và điểm Glasgow cải thiện đáng kể sau đặt mask thanh quản và thông khí. Không gặp bệnh nhân chảy máu miệng họng và trào ngược. Theo nhân viên cấp cứu tỉ lệ đặt dễ là 83,3% và trung bình là 16,7%. **Kết luận:** Trong cấp cứu ngoài viện sử dụng MTQ Supreme và Proseal đạt được KSĐT nhanh với tỉ lệ thành công cao và thông khí hiệu quả, an toàn.

Từ khóa: Mask thanh quản, Supreme, Proseal, kiểm soát đường thở, cấp cứu ngoài bệnh viện.

SUMMARY

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF LARYNGEAL MASK AIRWAY IN EMERGENCY AIRWAY MANAGEMENT OUT OF THE HOSPITAL

Background: Tracheal intubation is a time- and skill-required maneuver, while bag-valve mask ventilation is only temporary and unreliable. In prehospital settings, laryngeal mask airway (LMA) may be a suitable alternative. **Purposes:** To evaluate the efficacy and safety of the Supreme and Proseal LMAs

for out-of-hospital airway control. **Patients and Methods:** A prospective and descriptive study was carried out at the Hanoi 115 Emergency Center. Thirty-two emergency patients required for airway control outside of the hospital were included. The paramedics had a two-day course of training about LMAs. The endpoints included the number of attempts and time for LMA insertion, success rate, degree of difficulty, ventilation efficacy, and adverse events recorded. **Results:** The LMAs were successfully applied to all patients who required airway control (23 Supreme, 9 Proseal). The incidence of successful insertion on the first and second attempts was 87.5% and 12.5%, respectively. The mean time of insertion was 19.7 ± 8.9 seconds. After 3 and 5 minutes of LMA insertion and ventilation, there was a noticeable improvement in oxygen saturation, cyanosis, and Glasgow score. The LMA insertions were considered easy (83.3%) and moderate (16.7%) by paramedics. No adverse events were observed. **Conclusions:** Supreme and Proseal LMAs provided rapid, effective, and safe airway control outside of hospital settings.

Keywords: Supreme LMA, Proseal LMA, airway management, out-of-hospital emergency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đường thở (KSĐT) thành công và thông khí hiệu quả là những bước quan trọng đầu tiên trong quá trình cấp cứu các bệnh nhân nặng cả ở trong và ngoài bệnh viện. Thiếu oxy máu do tắc nghẽn đường thở và thông khí kém hiệu quả có thể ảnh hưởng xấu đến kết cục hồi sức, có thể dẫn đến tổn thương các cơ quan hệ thống trong đó có tổn thương não không hồi phục và thậm chí là tử vong [1]. Đặt nội khí quản vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong KSĐT, đây là kỹ thuật đòi hỏi người đặt có kỹ năng, kinh nghiệm thực hành cao hơn và có nguy cơ xảy ra các biến chứng nguy hiểm. Mục tiêu chính trong bối cảnh trước khi nhập viện là đảm bảo thông khí cho bệnh nhân đến khi chuyển đến cơ sở điều trị thực thụ. Các lựa chọn KSĐT bao gồm nhiều loại dụng cụ có mức độ xâm lấn và phức tạp về công nghệ thiết kế cũng như yêu cầu về

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Cấp cứu 115 Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

kỹ năng thực hiện khác nhau. Vấn đề chính trong KSDT trước bệnh viện là lựa chọn kỹ thuật KSDT phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân cụ thể cũng như các kỹ năng và nguồn lực sẵn có để đạt được kết quả tốt nhất cho bệnh nhân [2-5].

Hiện nay kỹ thuật phổ biến nhất và thường được áp dụng đầu tiên trong KSDT cấp cứu là úp mask mặt phổi hợp với bóp bóp Ambu với oxy. Tuy nhiên đây chỉ là can thiệp tạm thời khó thực hiện trong thời gian dài nhất là khi cần vận chuyển bệnh nhân, trong khi hiệu quả và mức độ tin cậy không cao, có thể gây căng khí trong dạ dày làm tăng nguy cơ trào ngược dẫn đến hít sặc dịch dạ dày vào phổi [2, 3]. MTQ thuộc nhóm các dụng cụ KSDT trên thanh quản, ngày càng được áp dụng phổ biến trong thực hành gây mê hồi sức cũng như hồi sức cấp cứu [6, 7]. Do được thiết kế và ra đời sau nên MTQ Supreme và Proseal ưu việt hơn các loại MTQ khác do có đường cong tương đối mềm mại và phù hợp với hình thái giải phẫu vòm họng, đặc biệt các loại MTQ này được thiết kế thêm ống dẫn thứ hai tạo thuận lợi cho việc đặt ống thông dạ dày do đó có thể hạn chế nguy cơ trào ngược (Hình 1). Nhờ khả năng có thể đạt được KSDT nhanh và không yêu cầu cao về kỹ năng thực hiện, trong khi có thể duy trì độ kín tốt hơn so với MTQ cổ điển khi thông khí áp lực dương cao, nên hai loại MTQ Supreme và Proseal đã và đang được sử dụng phổ biến hơn cả trong và ngoài phòng mổ, nhất là trong KSDT cấp cứu ở những nơi ít hoặc không sẵn có nhân lực cũng như các phương tiện KSDT chuyên sâu [5, 8-10].

Trên thế giới việc sử dụng các loại MTQ đã được đưa vào nhiều hướng dẫn thực hành về KSDT, KSDT khó trong cũng như ngoài phòng mổ, đặc biệt đã được sử dụng một cách hiệu quả, an toàn bởi các nhân viên cấp cứu ngoài bệnh viện. Tại Việt Nam, MTQ được sử dụng ngày càng phổ biến trong thực hành gây mê hồi sức cho nhiều loại phẫu thuật khác nhau. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về vai trò của MTQ nói chung và MTQ Supreme/ Proseal nói riêng trong các cấp cứu ở môi trường ngoài bệnh viện. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả và an toàn của hai loại MTQ nói trên trong KSDT ngoài bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân có chỉ định KSDT và hỗ trợ thông khí cấp cứu ở ngoài bệnh viện đáp ứng các tiêu chuẩn sau đây;

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

Bao gồm các bệnh nhân: suy hô hấp và/hoặc

trụy tim mạch do các nguyên nhân nội khoa cần kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí; ngừng tuần hoàn do các nguyên nhân khác nhau; các trường hợp suy hô hấp ngừng tuần hoàn do chấn thương.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi không chỉ định đặt MTQ đối với các bệnh nhân có: chấn thương, chảy máu nặng vùng đầu mặt cổ; xác định có trào ngược hoặc tiền sử trào ngược dạ dày thực quản, hẹp môn vị nặng; suy hô hấp liên quan đến nhóm bệnh lý gây tăng trương lực đường thở như (hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính); máu tụ hoặc áp xe thành sau họng và biết trước có dạ dày đầy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu lâm sàng với cỡ mẫu thuận tiện thực hiện tại hiện trường bởi nhân viên cấp cứu của Trung tâm cấp cứu 115 Hà Nội trong thời gian từ 10/2014-03/2016.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu. Bao gồm MTQ Supreme và Proseal với cỡ số 3 và 4, phương tiện và dụng cụ KSDT thường quy (đèn soi thanh quản, ống NKQ, máy và dây hút, mandarin, canuyn Mayo, bóng Ambu kèm mask úp mặt các cỡ. Máy theo dõi nhiều thông số (điện tim đồ, bão hòa oxy, huyết áp không xâm lấn).



MTQ-Proseal

MTQ-Supreme

Hình 1. Hai loại MTQ dùng trong nghiên cứu

2.2.3. Các bước tiến hành. Nhân viên cấp cứu 115 tham gia nghiên cứu đều được đào tạo khóa học hai ngày bao gồm cả lý thuyết và thực hành mô phỏng trên mô hình về sử dụng các hai loại MTQ sử dụng trong nghiên cứu. Tại hiện trường bệnh nhân được thăm khám, đánh giá nhanh chóng về các dấu hiệu sinh tồn, tri giác, tuần hoàn, hô hấp và thần kinh. Chỉ định cần KSDT và hỗ trợ thông khí cấp cứu được xác nhận đồng thời. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đặt MTQ theo quy trình đã được chuẩn hóa và đào tạo từ trước. Đặt MTQ thành công được xác nhận bằng quan sát có di chuyển lồng ngực và nghe thấy rì rào phế nang khi bóp bóng Ambu. Thể tích bơm cuff sử dụng theo khuyến cáo của nhà sản xuất dựa trên đánh giá sơ bộ cân nặng của người bệnh. Khi đặt MTQ thất bại, thông khí không hiệu quả hoặc trào ngược dịch dạ dày nhìn được bằng mắt thường bệnh nhân được

chuyển sang đặt ống NKQ. Nhân viên cấp cứu đánh giá và ghi chép các thông số theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu từ khi tiếp cận bệnh nhân tại hiện trường cho đến 24 giờ đầu khi vào bệnh viện.

2.2.4. Các thông số đánh giá. Gồm các đặc điểm chung về tuổi, giới, chẩn đoán sơ bộ ban đầu (nguyên nhân cần KSĐT cấp cứu), thời gian vận chuyển từ khi đặt MTQ tại hiện trường cho đến khi vào bệnh viện. Thông số về KSĐT: số lần và thời gian đặt MTQ, tỉ lệ thành công, đánh giá mức độ khó của thủ thuật (3 mức; dễ, trung bình và khó), đặt thông dạ dày. Thông số hiệu quả thông khí; bão hòa oxy (SpO₂), tím tái, rò rỉ khí, điểm Glasgow, tử vong tại phòng khám cấp cứu. Các biến chứng liên quan đến KSĐT: chấn thương răng miệng họng, nôn, trào ngược dịch dạ dày lên miệng.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Khoa học và Y đức Bệnh viện Bạch Mai thông qua. Quá trình thực hiện không ảnh hưởng đến thời gian cấp cứu đường thở tại hiện trường. Các bệnh nhân có chỉ định đặt NKQ bắt buộc được loại khỏi nghiên cứu. Hơn nữa hai loại MTQ trong nghiên cứu đã được sử dụng khá phổ biến trong gây mê và trong cấp cứu đường thở ngoài bệnh viện tại các nước phát triển.

2.4. Xử lý số liệu. Các thông số định tính được trình bày dưới dạng n, % trong khi thông số định lượng trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Sử dụng test khi bình phương và t-test khi so sánh giữa các thời điểm. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân cấp cứu ngoài bệnh viện trên địa bàn Hà Nội thông qua Trung tâm cấp cứu 115 chúng tôi thu được các kết quả như sau.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Yếu tố	Giá trị
Tuổi (năm) X ± SD, (min-max)	61,3±19,7 (25-97)
Giới tính (n,%): Nam	21, (65,6%)
Nữ	11, (34,4%)
Thời gian vận chuyển đến bệnh viện (phút)	35,6 ± 15,7
Điểm Glasgow trước đặt MTQ	7,3 ± 1,9

Nhận xét; Tuổi trung bình là 61,34 ± 19,7

Bảng 4: Thay đổi các chỉ số phản ánh hiệu quả thông khí.

Chỉ số	Trước đặt	Sau 3 phút	Sau 5 phút	Tại bệnh viện
Tím tái (n, %)	32/32, (100)	20/32, (62,5)	15/32, (46,9)	9/32, (28,1)
Glasgow >8 (n, %)	9/32, (28,1)		16/32, (50)	21/32, (65,6)

năm, trong đó nam giới chiếm 65,6%, nữ giới chiếm 34,4%. Điểm Glasgow trung bình là 7,3 ± 1,9. Thời gian vận chuyển từ hiện trường đến bệnh viện trung bình 35,6 ± 15,7 phút.

Bảng 2: Nguyên nhân cần KSĐT cấp cứu

Tình trạng cấp cứu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Suy hô hấp cấp tính	13	40,6
Ngừng tuần hoàn	10	31,3
Suy hô hấp + trụy tuần hoàn	5	15,6
Trụy tuần hoàn đơn thuần	4	12,5

Nhận xét; Nguyên nhân thường gặp nhất là suy hô hấp cấp tính chiếm tỉ lệ 56,2% (trong đó suy hô hấp đơn thuần 40,6%, suy hô hấp phổi hợp trụy tuần hoàn chiếm 15,6%). Tiếp theo là ngừng tuần hoàn (31,3 %) và trụy tim mạch đơn thuần (12,5%).

3.2. Hiệu quả kiểm soát đường thở và thông khí

Bảng 3: Các thông số liên quan đến KSĐT

Thông số về KSĐT	Kết quả (n, %)
Thời gian đặt MTQ (giây) X ± SD, (min-max)	19,7± 8,9 (8 – 45)
Số lần đặt MTQ (n,%) Một lần	28, (87,5)
Hai lần	4, (12,5)
Tỉ lệ thành công (%)	100
Loại MTQ (Supreme/Proseal) (n, %)	23, (71,9) 9, (28,1)
Đặt ống thông dạ dày (n,%)	30/32, (93,75)
Tác dụng không mong muốn (n,%) Rò rỉ khí quanh MTQ	3, (9,4)
Chảy máu môi, miệng, lưỡi	0
Trào ngược dịch dạ dày	0
Đánh giá của người đặt MTQ (n,%) Dễ dàng	28, (87,5)
Trung bình	4, (12,5)
Khó	0

Nhận xét: Có 23 BN dùng mask Supreme và 9 BN dùng mask Proseal. Đặt MTQ thành công ở tất cả BN với thời gian trung bình là 19,7 ± 8,9 giây. Tỉ lệ đặt được ở lần đầu là 87,5%, lần thứ hai là 12,5%. Có 3 BN (9,4%) rò rỉ có thể nghe thấy khi bóp bóng, không gặp trào ngược dịch dạ dày và chảy máu miệng họng. Đặt ống thông dạ dày đặt thành công ở 30 BN (93,7%). Mức độ khó của thủ thuật được người đặt coi là dễ dàng ở 28 BN (87,5%) và trung bình ở 4 BN (12,5%).

Ngừng tuần hoàn (n, %)	9/32, (28,1)	8/32, (25)	6/32, (18,8)	5/32 (15,6)
SpO ₂ (X ± SD)	81,7 ± 6,7		93,2 ± 2,8*	93,4 ± 3,2*
Tử vong (n, %)				5/32 (15,6%)

Nhận xét: Trước khi đặt MTQ 100% BN có biểu hiện tím tái, tỉ lệ BN có điểm Glasgow > 8 là 28,1%. Các tỉ lệ này cải thiện có ý nghĩa ở thời điểm sau đặt MTQ 5 phút và khi đến bệnh viện ($p < 0,05$). SpO₂ trung bình ở phút thứ 5 sau đặt mask và khi đến viện cao hơn đáng kể so với trước khi đặt mask ($p^* < 0,05$). Có 4/9 trường hợp ngừng tuần hoàn có tim đập lại ở thời điểm vào viện. Không có ngừng tuần hoàn xuất hiện trong khi vận chuyển.

IV. BÀN LUẬN

Việc nhanh chóng đạt được KSĐT thành công và thông khí hiệu quả là bước quan trọng đầu tiên trong quá trình cấp cứu các bệnh nhân nặng ở trong cũng như ngoài bệnh viện. Thiếu ôxy tổ chức liên quan đến KSĐT ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả cấp cứu và có thể để lại di chứng lâu dài [1, 2]. Do điều kiện hạn chế về mặt nhân lực cũng như trang thiết bị, phương tiện KSĐT trong cấp cứu ngoài viện cần đơn giản, dễ sử dụng, có thể thực hiện nhanh tại hiện trường bởi nhân viên cấp cứu với hiệu quả và độ tin cậy cao. Mặc dù đã được dùng phổ biến trong gây mê nhưng MTQ chưa được áp dụng nhiều trong cấp cứu ngoài viện. Đặc điểm cấu tạo tương thích cao với hình dáng giải phẫu vùng hầu họng với thiết kế kèm theo đường dẫn phụ để đặt ống thông dạ dày làm cho MTQ Supreme và Proseal trở nên dễ sử dụng, ít gây sang chấn, giảm được nguy cơ trào ngược và hít sặc dịch dạ dày so với MTQ cổ điển [4,6,7].

Trong 32 BN cấp cứu ngoại viện có 18 BN (56,2%) suy hô hấp cấp tính có hoặc không kèm theo trụy tuần hoàn, 10 BN (31,3%) ngừng tuần hoàn và 4 BN trụy tuần hoàn đơn thuần (12,5%) với điểm Glasgow trung bình trước đặt ống là $7,3 \pm 1,9$ (Bảng 1-2). Đây là những trường hợp ngay lập tức cần được khai thông đường thở và hỗ trợ thông khí hiệu quả. Kết quả trình bày ở Bảng 3 cho thấy KSĐT đạt được ở cả 32 BN cấp cứu với thời gian đặt MTQ trung bình là $19,7 \pm 8,9$ giây. Trong đó 23 (87,5%) BN đặt MTQ thành công ngay ở lần đầu tiên và 4 (12,5%) BN đặt được ở lần thứ hai. Kết quả này cũng phù hợp với công bố của Bosch trên 50 trường hợp (trong đó có 33 trường hợp ngừng tim phổi) dùng mask Supreme trong cấp cứu trước bệnh viện của nhân viên cấp cứu với tỉ lệ đặt thành công 100% (98% ở lần đầu, 2% ở lần thứ ba). Nghiên cứu tương tự về MTQ Supreme trong KSĐT ở BN hôn mê bởi nhân viên cấp cứu của

Lankimaki cho thấy đặt MTQ thành công ngay ở lần đầu tiên ở tất cả bệnh nhân (21/21) với thời gian trung bình từ lúc đặt cho đến khi bắt đầu thông khí là 9,8 giây.

Các thông số gián tiếp phản ánh hiệu quả thông khí và hồi sức chung như điểm Glasgow, biểu hiện tím tái, bão hòa ôxy mao mạch đều cải thiện đáng kể ở các thời điểm sau khi đặt mask và thông khí (Bảng 4). SpO₂ trung bình ở phút thứ 5 sau đặt MTQ và thời điểm đến viện tương ứng là $93,2 \pm 2,8\%$ và $93,4 \pm 3,2\%$, có cải thiện rõ ràng so với trước đặt (Bảng 4). Tương tự dấu hiệu tím tái cải thiện sau đặt mask và thông khí ở 75% trường hợp. Rò rỉ khí ở mức chấp nhận được trong quá trình thông khí xảy ra ở ba trường hợp (9,4%). Hiện tượng này bên cạnh kỹ thuật đặt còn phụ thuộc vào kích thước mắt, áp lực bơm bóng chèn, áp lực thông khí và độ giãn nở của phổi. Trong điều kiện nghiên cứu tương tự các tác giả Bosch và Lankimaki cũng xác nhận tỉ lệ thông khí thành công sau đặt mask lần lượt là 96% và 90,5%.

Hạn chế chung của MTQ đặc biệt trong điều kiện cấp cứu là nguy cơ hít sặc dịch dạ dày bị trào ngược vào phổi ở BN có dạ dày đầy do MTQ không tạo ra sự ngăn cách hoàn toàn kín xung quanh vùng hạ họng, thanh quản và khí quản. Một tổng kết hệ thống của Yu trong môi trường bệnh viện không cho thấy khác biệt về nguy cơ này giữa các dụng cụ KSĐT trên thanh quản và ống NKQ. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp hít sặc dịch dạ dày và chảy máu miệng họng hay tổn thương răng. Nghiên cứu trong bối cảnh ngoài bệnh viện của Bosch không thấy có chảy máu miệng họng, tuy nhiên có một trường hợp hít sặc sau trào ngược dịch dạ dày. Trong khi tỉ lệ trào ngược sau khi đặt MTQ là 9,5% trong nghiên cứu của Lankimaki. Trào ngược dịch dạ dày lên miệng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời điểm ăn uống trước đó, kỹ năng thông khí úp mask mặt, áp lực ổ bụng, bệnh lý của bệnh nhân... Đặc điểm cấu tạo với đường dẫn thứ hai để đặt ống thông dạ dày làm giảm áp và hút dịch dạ dày là yếu tố quan trọng góp phần tạo thuận lợi cho đặt mask, đồng thời giảm nguy cơ sang chấn, trào ngược và hít sặc dịch dạ dày [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi các nhân viên cấp cứu cũng được đào tạo về lý thuyết và thực hành trên mô hình trong 2 ngày giống nghiên cứu của Lankimaki. Nhận định về mức độ khó khi đặt MTQ bởi nhân viên cấp cứu của chúng tôi (Bảng 3) cũng tương tự với công bố

của Lankimaki với 83,3% trường hợp là dễ dàng, 16,7% là trung bình, không có trường hợp khó. Điều này cũng phù hợp với kết quả so sánh trên mô phỏng về KSĐT trong tình huống ngừng tuần hoàn giữa sử dụng MTQ và ống nội khí quản.

Tương tự các nghiên cứu về kiểm soát đường thở cấp cứu ngoài bệnh viện, nghiên cứu này cũng tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất là việc không đánh giá được biến chứng trào ngược kín đáo với lượng dịch trào ngược ít (một số tác giả nhận định gián tiếp bằng cách sử dụng chất chỉ thị màu để đánh giá độ pH của dịch trong miệng). Thứ hai là sự tồn tại các sai số liên quan đến quá trình tự đánh giá và nhận định chủ quan của nhân viên cấp cứu cũng chưa được loại trừ. Chúng tôi cho rằng cần tiến hành các nghiên cứu ngẫu nhiên với cỡ mẫu lớn hơn, triển khai tại nhiều cơ sở y tế, có áp dụng các thiết bị theo dõi đánh giá khách quan hơn và thời gian theo dõi dài hơn để nhận định rõ ràng hơn mối liên quan giữa KSĐT bằng hai loại MTQ và kết cục cuối cùng của bệnh nhân trong bối cảnh cấp cứu ngoài bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân cấp cứu ngoài bệnh viện cho thấy sử dụng hai loại mask thanh quản Supreme và Proseal đạt được KSĐT nhanh với tỉ lệ thành công cao và thông khí hiệu quả. Trong khi không gặp trường hợp chấn thương răng miệng, trào ngược dịch dạ dày cũng như thất bại phải chuyển đặt ống NKQ.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn đến lãnh đạo và cán bộ nhân viên Bệnh viện Bạch Mai,

Trung tâm cấp cứu 115 Hà Nội về sự hỗ trợ đào tạo và đóng góp của họ trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Genzwuerker, H.V.**, Prehospital airway management: the patient needs oxygen! Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 2008. 16 (1): p. 1-2.
2. **Doucet, J.J., R. Coimbra, and D.B. Hoyt**, Prehospital airway management: Intubation, devices, and controversies, in Current Therapy of Trauma and Surgical Critical Care (Third Edition), J.A. Asensio and J.W. Meredith, Editors. 2024, Elsevier: Philadelphia. p. 32-38.e2.
3. **Hasegawa, K., et al.**, Association of prehospital advanced airway management with neurologic outcome and survival in patients with out-of-hospital cardiac arrest. JAMA, 2013. 309 (3): p. 257-66.
4. **Henlin, T., et al.**, Oxygenation, Ventilation, and Airway Management in Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Review. BioMed Research International, 2014. 2014: p. 11.
5. **Wang, H.E. and D.M. Yealy**, Out-of-Hospital Endotracheal Intubation: Where Are We? Annals of Emergency Medicine, 2006. 47 (6): p. 532-541.
6. **Lighthall, G., T.K. Harrison, and L.F. Chu**, Laryngeal Mask Airway in Medical Emergencies. New England Journal of Medicine, 2013. 369 (20): p. e26.
7. **Cook, T. and B. Howes**, Supraglottic airway devices: recent advances. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 2011. 11(2): p. 56-61.
8. **Barata, I.**, The Laryngeal Mask Airway: Prehospital and Emergency Department Use. Emergency Medicine Clinics, 2008. 26 (4): p. 1069-1083.
9. **Cook, T.M., G. Lee, and J.P. Nolan**, The ProSeal laryngeal mask airway: a review of the literature. Can J Anaesth, 2005. 52 (7): p. 739-60.
10. **Wong, D.T., J.J. Yang, and N. Jagannathan**, Brief review: The LMA Supreme supraglottic airway. Can J Anaesth, 2012. 59 (5): p. 483-93.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA SẢN PHỤ SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI VỀ MÁT XA VÚ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NGÃI NĂM 2023

Lê Thị Hòa¹, Nguyễn Thị Hiền Lê²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành của bà mẹ được phẫu thuật lấy thai về mát xa vú tại khoa điều trị yêu cầu, bệnh viện Sản Nhi tỉnh

Quảng Ngãi năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 136 bệnh nhân sản phụ sau mổ lấy thai được mát-xa vú và nuôi con bằng sữa mẹ tại khoa điều trị yêu cầu bệnh viện sản nhi Tỉnh Quảng Ngãi từ 09/2023 đến 11/2023. **Kết quả:** Độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu chủ yếu ở nhóm tuổi ≤ 30 tuổi (chiếm 61,8%). Trình độ học vấn ở mức trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%). Đa số sản phụ tham gia nghiên cứu sinh lần đầu tiên chiếm tỷ lệ 63,2%. Phần lớn bà mẹ có kiến thức về mát-xa vú sau khi mổ đẻ chiếm 79,3%. Nguồn thông tin mang đến nhiều bà mẹ về lợi ích của mát-xa vú

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hòa

Email: lehoa150388@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024