

- Thị lực sau chỉnh kính đạt mức bình thường chỉ chiếm 4,1%, mức giảm nhiều gấp nhiều nhất với 49,3%, và có 12,7% thị lực ở mức mù.
- Có 549/1012 bệnh nhân có tổn thương tại mắt trong đó tổn thương đáy mắt gặp tỷ lệ cao nhất với 269 bệnh nhân (chiếm 21,03%), sau đó đến tổn thương đục thủy tinh thể với 203 bệnh nhân (chiếm 15,87%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình** (2003), Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. **World Health Organization** (2017), Diabetes, accessed 21/09/2017 from <http://www.who.int/diabetes/en/>.
3. **Hoàng Thị Phúc, Phạm Trọng Văn, Nguyễn Hữu Quốc Nguyễn** (2010), Nghiên cứu tình hình bệnh võng mạc đái tháo đường tại Việt Nam, Kỷ

yếu hội nghị Nhãn khoa, 170.

4. **Li L, Zhang X, Li Z, Zhang R** (2017), Renal pathological implications in type 2 diabetes mellitus patients with renal involvement, *J Diabetes Complication*, 31(1):114-121.
5. **Shimin Jiang, Tianyu Yu, Zheng Zhang, et al** (2019), Diagnostic Performance of retinopathy in the detection of Diabetic nephropathy in Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of 45 studies, *Ophthalmic Research*, 2019, 62: 68-79
6. **K Viswanath MS, Murray Mc Gavin** (2013), Diabetes retinopathy: Clinical findings and management, *Community Eye Health*, Vol 16 No.46, pp.21-24.
7. **Trần Thị Thu Hiền** (2008), Nghiên cứu biến chứng trên mắt bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Mắt Trung ương, Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Thị Hiền** (2020), Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh võng mạc đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020 và một số yếu tố liên quan, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường đại học Y Hà Nội.

ẢNH HƯỞNG CỦA ĐÈN SOI THANH QUẢN CÓ VIDEO HỖ TRỢ LÊN THÀNH CÔNG LẦN ĐẦU VÀ CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG THỞ Ở BỆNH NHÂN TIÊN LƯỢNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ

Nguyễn Toàn Thắng^{1,2}, Sok Sethy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặt nội khí quản (NKQ) khó luôn là thách thức đối với bác sỹ gây mê hồi sức. Nghiên cứu nhằm so sánh tỉ lệ thành công lần đầu và chấn thương đường thở trên khi dùng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ so với đèn soi thanh quản trực tiếp ở bệnh nhân có tiên lượng đặt NKQ khó. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai trên 104 bệnh nhân gây mê NKQ có yếu tố tiên lượng đặt NKQ khó. Bệnh nhân được chia ngẫu nhiên vào nhóm M (n=52, dùng đèn soi trực tiếp) và nhóm VL (n=52, dùng đèn soi có video hỗ trợ). Các chỉ số đánh giá chính là tỉ lệ đặt NKQ thành công lần đầu và các chấn thương đường thở. **Kết quả:** Không có khác biệt giữa hai nhóm về đặc điểm nhân trắc và phân bố các yếu tố liên lượng NKQ khó. Tỉ lệ đặt NKQ thành công ở lần đầu tiên của nhóm VL là 100%, nhóm M là 57,7% (p<0,05). Tỉ lệ đau họng ở giờ thứ 6 sau rút NKQ, chảy máu môi/lưỡi và hầu họng ở nhóm VL thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm M với các tỉ lệ tương ứng là: 15,6% và 6,9%; 7,8% và 0%; 38,9% và 27,6% (p<0,05). **Kết luận:** Sử dụng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ làm tăng

tỉ lệ thành công trong lần đặt NKQ đầu tiên và giảm biến chứng chảy máu và đau họng ở các bệnh nhân có yếu tố tiên lượng NKQ khó.

Từ khóa: đèn soi thanh quản có video hỗ trợ, đặt nội khí quản tiên lượng khó, thành công lần đầu, chấn thương hầu họng và răng.

SUMMARY

EFFECT OF VIDEOLARYNGOSCOPY ON FIRST ATTEMPT SUCCESS AND UPPER AIRWAY TRAUMA IN PATIENTS WITH PREDICTED DIFFICULT INTUBATION

Background: Difficult intubation is always a challenge for anesthesiologists. The study aimed to compare the rates of successful first attempts and upper airway injury when using videolaryngoscope versus direct laryngoscope in patients with predicted difficult intubation. **Subjects and methods:** a randomized controlled study conducted at Bach Mai Hospital on 104 patients undergoing intubation anesthesia with factors predicting difficult intubation. We randomly divided the patients into two groups: M (n = 52, using a Macintosh direct laryngoscope) and VL (n = 52, using a videolaryngoscope). The main endpoints were the rate of successful first attempts and upper airway injuries. **Results:** There were no differences between the two groups in anthropometric characteristics or the distribution of factors associated with difficult intubation. The rate of successful first attempts in group VL was 100%, and in group M it was 57.7% (p<0.05). The rate of sore throat at the 6th hour after extubation and bleeding of the

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

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: 5.7.2024

lips/tongue, and oropharynx in the VL group was significantly lower than the group M, with the corresponding rates being: 15.6% and 6.9%; 7.8% and 0%; 38.9% and 27.6%, respectively ($p < 0.05$).

Conclusion: As compared with a direct laryngoscope, using a videolaryngoscope increases the rate of successful first intubation attempts and reduces bleeding complications and sore throats in patients with predicted difficult intubation.

Keywords: videolaryngoscope, predicted difficult intubation, successful first attempts, pharyngeal, and dental trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành gây mê hồi sức, đặt ống nội khí quản (NKQ) là một trong những kỹ thuật quan trọng và phổ biến nhất. Đây là kỹ thuật đòi hỏi người đặt cần có kinh nghiệm và kỹ năng nhất định và không phải luôn dễ dàng nhất là trong các tình huống cấp cứu hoặc ở những bệnh nhân sẵn có các yếu tố đặt NKQ khó. Khó khăn hoặc thất bại trong quá trình đặt khi bệnh nhân đã dùng thuốc giãn cơ và ngừng thở có thể nhanh chóng dẫn đến giảm ôxy máu, ngừng tim, tổn thương não, thậm chí là tử vong nếu không được xử trí kịp thời và hiệu quả. Bên cạnh đó việc tiếp cận, quan sát thanh môn hạn chế thường dẫn đến đặt NKQ kéo dài hoặc nhiều lần có thể gây tăng đáp ứng huyết động, chấn thương tại đường thở và răng miệng. Do đó đặt NKQ khó luôn là một thách thức đối với các bác sĩ gây mê hồi sức [1-4].

Mục đích ban đầu của thiết kế đèn soi thanh quản có video hỗ trợ (video laryngoscope -VL) là giải quyết vấn đề đặt NKQ khó [4]. Các ưu điểm nổi bật của VL là có góc quan sát rộng hơn, thao tác đơn giản, dễ sử dụng hơn cho phép người bên ngoài có thể quan sát phối hợp hỗ trợ qua màn hình video và xác nhận ống NKQ nằm trong khí quản rõ ràng hơn, ngoài ra loại đèn soi này còn giúp hạn chế tiếp xúc gần và nguy cơ lây nhiễm bệnh qua đường hô hấp cho người đặt. Từ khi được sử dụng đầu tiên (năm 1989) đến nay, VL không ngừng được cải tiến cải tiến với các tên thương mại khác nhau. Loại dụng cụ này ngày càng phổ biến trong gây mê hồi sức và đã nhanh chóng trở thành lựa chọn hàng đầu cho các trường hợp đặt NKQ khó tiềm ẩn và/hoặc bất ngờ. Trên thực tế, hầu hết các hướng dẫn thực hành (guideline) hiện gần đây về kiểm soát đường thở khó đều khuyến nghị VL như một công cụ giải nguy khi đặt NKQ khó hoặc thất bại bằng đèn soi thanh quản trực tiếp [1, 2, 4, 5].

Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá ứng dụng và vai trò của VL trong xử lý đường thở khó [4, 5]. Một số nghiên cứu cho thấy đặt NKQ bằng VL mang lại tỷ lệ

thành công cao hơn so với đèn soi thanh quản Macintosh, đồng thời giảm được các chấn thương đường thở nhất là với trường hợp có yếu tố đặt NKQ khó kèm theo [6-8]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh tỉ lệ đặt NKQ thành công ở lần đầu tiên và chấn thương răng và vùng miệng họng khi dùng VL (Uescope VL 300) so với đèn soi thanh quản trực tiếp Macintosh trên các bệnh nhân có yếu tố dự đoán đặt NKQ khó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có chỉ định phẫu thuật theo chương trình dưới gây mê NKQ qua đường miệng, phân loại sức khỏe theo Hội gây mê Hoa Kỳ (ASA) từ I đến III, có tiền lượng rút NKQ trong vòng 1 giờ sau mổ, đồng thời có ít nhất một trong các yếu tố sau; phân loại Mallampati sửa đổi ≥ 3 , độ mở miệng ≤ 3 cm, khoảng cằm giáp ≤ 6 cm, hạn chế gập và/hoặc ngửa cổ (góc $< 90^\circ$), béo phì, lưỡi to, bệnh lý gây biến dạng giải phẫu vùng cổ (u, xơ cứng bì, áp xe thành sau họng, xạ trị, sẹo bỏng, sẹo mổ cũ gây co kéo...), cằm lẹm hoặc răng hàm trên vẩu, cổ ngắn, tiền sử soi thanh quản khó và/hoặc đặt NKQ khó. Loại khỏi nghiên cứu các bệnh nhân; không đồng ý tham gia, mổ lấy thai, có dạ dày đầy, tiền lượng hoặc tiền sử không đặt được NKQ, có tổn thương vùng miệng họng trước mổ và dị ứng với các thuốc dùng trong nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng thực hiện tại khoa Gây mê Hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2018 đến tháng 10/2019. Cỡ mẫu tối đa trong thời gian nghiên cứu. Chọn mẫu ngẫu nhiên, dùng hai phiếu thăm bên ngoài giống nhau (phiếu ghi số 1, phiếu còn lại ghi số 2). Bệnh nhân đầu tiên nếu bốc được phiếu ghi số 1 sẽ được đặt NKQ bằng đèn Macintosh, nếu bốc được phiếu ghi số 2 sẽ dùng VL. Như vậy nếu bệnh nhân thứ n sử dụng đèn thường thì bệnh nhân thứ (n+1) sẽ dùng đèn VL.

Phương tiện và thuốc hồi sức bao gồm: máy thở, máy hút, nguồn oxy, ống NKQ các cỡ 6 đến 8, lưỡi đèn Macintosh các cỡ người lớn, đèn soi thanh quản có video hỗ trợ (UEScope Model VL 300), que nòng (stylet), canuyn Myo, mask mặt các cỡ, bóng bóp có nguồn oxy, thiết bị đo EtCO₂, mask thanh quản, nội soi ống mềm, bộ mở khí quản. Thuốc gây mê, giảm đau, giãn cơ rocuronium, thuốc mê bốc hơi sevofluran và các thuốc hồi sức cấp cứu.

Quy trình thực hiện

* Thăm khám trước khi gây mê; như thường quy, bác sỹ gây mê giải thích cho bệnh nhân về nghiên cứu và đánh giá các yếu tố tiên lượng NKQ khó, bao gồm;

- Tuổi (năm), BMI (kg/m²), chiều cao (cm), giới (nam/nữ).

- Phân loại Mallampati sửa đổi: bệnh nhân ngồi thẳng, há miệng, thè lưỡi tối đa, không phát âm khi khám. Người khám quan sát kỹ các cấu trúc của hầu họng trong điều kiện đủ ánh sáng và phân làm bốn loại (Loại I: nhìn thấy màn hầu, lưỡi gà và các trụ họng; Loại II: trụ họng bị nền lưỡi che lấp nhưng vẫn nhìn thấy thành sau của hầu họng phía dưới màn hầu; Loại III: chỉ nhìn thấy màn hầu và nền lưỡi gà; Loại IV: không nhìn thấy màn hầu).

- Đo độ mở miệng (cm): là khoảng đo giữa răng cửa hàm trên đến răng cửa hàm dưới khi há miệng tối đa.

- Đánh giá vận động đầu cổ: người khám đứng bên cạnh bệnh nhân, giữ cổ bệnh nhân ở tư thế thẳng đứng, đầu di chuyển từ tư thế cúi gập tối đa đến tư thế ngửa tối đa. Dùng thước đo góc tạo bởi sự di chuyển này và đánh giá vận động đầu cổ theo ba mức (bình thường > 100 độ, hạn chế 90 -100 độ và rất hạn chế < 90 độ).

- Đánh giá tình trạng răng: xác định có hay không có răng vẩu, răng lung lay, răng khấp khểnh, răng giả và mất răng.

- Đánh giá một số yếu tố: cổ ngắn, cằm lẹm, miệng bé, u bướu vùng cổ, u vùng hầu họng, hẹp thực quản, khí quản, nhiều râu..

- Tiền sử liên quan như; ngủ ngáy hoặc ngừng thở khi ngủ, đặt NKQ khó hoặc thất bại, phẫu thuật, chấn thương hay xạ trị vùng đầu-mặt-cổ, thấp khớp...

* Tại phòng mổ; bệnh nhân chia ngẫu nhiên vào hai nhóm trước khi tiến hành khởi mê dùng thuốc giảm đau, thuốc ngủ và giãn cơ. Bác sỹ gây mê có kinh nghiệm đặt ống NKQ khi đạt được đủ mức giãn cơ (từ 3-4 phút). Nhóm M dùng đèn soi thanh quản với lưỡi Macintosh và nhóm VL dùng đèn soi có video hỗ trợ. Tùy theo mức độ quan sát được thanh môn theo Cormark-Lehané có thể ấn thanh quản từ ngoài để cải thiện hình ảnh thanh môn. Que nòng (stylet) được luồn trước vào ống NKQ và điều chỉnh góc cong phù hợp. Trường hợp khó khăn hơn được áp dụng phác đồ tiếp cận đặt ống NKQ khó theo Hướng dẫn của Hội gây mê Hoa Kỳ (ASA) 2022 [1].

Trong nghiên cứu này đặt NKQ được xác định là thành công khi ống NKQ nằm trong lòng khí quản (khẳng định bằng nghe phổi và sự hiện diện của EtCO₂ với ít nhất 3 sóng liên tiếp trên

thần đồ). Đặt NKQ thất bại là khi không thể đặt được NKQ sau 3 nỗ lực, khi đã sử dụng các biện pháp can thiệp khác nhau với một bác sỹ gây mê kinh nghiệm.

*Các thông số đánh giá chính gồm; tỉ lệ đặt ống NKQ thành công ở lần đầu tiên và các chấn thương răng miệng như đau họng (đánh giá sau rút NKQ 6 giờ), chảy máu, sút men răng, gãy vỡ hoặc mất vũng răng (đánh giá ngay sau rút NKQ).

Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Biến định tính trình bày ở dạng n và %, biến định lượng ở dạng trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh giá trị trung bình của 2 nhóm độc lập bằng test T-student. Sử dụng test khi bình phương để so sánh tỷ lệ. Giá trị p < 0,05 được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân đều được giải thích rõ ràng về quá trình thực hiện nghiên cứu, về các lợi ích và nguy cơ khi tham gia, thông tin bệnh nhân được giữ bí mật. Đề cương nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học và Đạo đức Bệnh Viện Bạch Mai (Số 126/QĐ-BM, ngày 17/01/2019).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 104 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn được chia vào hai nhóm M và VL. Các kết quả thu được như sau;

3.1. Đặc điểm liên quan đến bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố về tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối của cơ thể (BMI)

Thông số	Nhóm	Nhóm M (n=52)	Nhóm VL (n=52)	p
Tuổi (năm)	X ± SD	55 ± 15,6	53,65±17,3	>0,05
	Min - Max	18 - 84	17 - 89	
Chiều cao (cm)	X ± SD	161,2±8,1	161,3±7,03	>0,05
	Min - Max	146 - 180	140 - 172	
Cân nặng (kg)	X ± SD	62,2±11,5	59,3 ± 9,6	>0,05
	Min - Max	36 - 90	35 - 76	
BMI (kg/m ²)	X ± SD	23,9 ± 3,7	22,8 ± 3,4	>0,05
	Min - Max	14,6 - 32,5	15,1 - 28,6	
Giới nam	%	69,2 %	67,3 %	>0,05
Thuốc khởi mê				
Propofol	X ± SD	124,4±23	118,7±19,1	>0.05
Fentanyl	X ± SD	124,4±23	118,7±19,1	>0.05
Rocuronium	X ± SD	37,3 ± 6,9	35,6±5,7	>0.05

Nhận xét; Không có khác biệt giữa hai nhóm về đặc điểm nhân trắc và các loại thuốc dùng khi khởi mê bao gồm thuốc giãn cơ (p>0,05).

3.2. Đặc điểm liên quan đến tiên lượng đặt NKQ khó

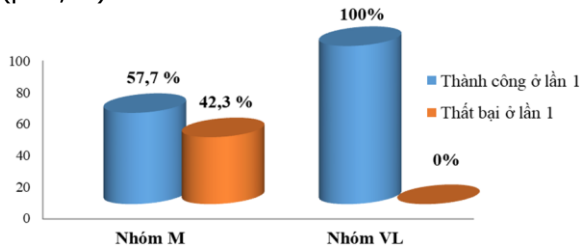
Bảng 2. Phân bố các yếu tố tiên lượng

đặt NKQ khó

Trung bình	Nhóm M (n=52)	Nhóm VL (n=52)	p
Mallampati III, IV (n, %)	31, (59,7%)	35, (67,3%)	>0,05
Khoảng cách cằm giáp (cm) (X ± SD)	5,5 ± 0,8	5,4 ± 0,5	>0,05
Độ mở miệng (cm) (X ± SD)	2,9 ± 0,3	2,8 ± 0,4	>0,05
Cổ ngắn	38 (73,1)	34 (65,4)	>0,05
Lưỡi to	32 (61,5)	37 (71,1)	>0,05
Miệng bé	8 (15,4)	7(13,5)	>0,05
U vùng hầu họng	0	2 (3,8)	>0,05
Cằm lem	2 (3,8)	0	>0,05
Vận động đầu cổ khó	2 (3,8)	3 (5,7)	>0,05
Vầu	9	6	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về các yếu tố liên quan đến tiên lượng đặt ống nội khí quản khó (p>0,05)

3.3. Kết quả đặt ống NKQ. Đặt ống NKQ thành công trong lần đặt đầu tiên đạt được ở cả 52 bệnh nhân ở nhóm VL, trong khi ở nhóm M chỉ có 30/52 bệnh nhân thành công ở lần đầu. Có 10 bệnh nhân ở nhóm M đặt thành công ở lần thứ 2. Tất cả 12 trường hợp không thành công ở lần đặt thứ 3 (tức là thất bại) đã được chuyển sang đặt bằng đèn VL và đạt được thành công ở lần đầu. Tỷ lệ Cormack-Lehane loại 3, 4 ở nhóm M và VL tương ứng là 50% và 7,7% (p<0,05).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đặt NKQ thành công ở lần đầu tiên (p<0,05)

Nhận xét: Nhóm đặt NKQ dùng VL có tỷ lệ đặt NKQ thành công ở lần đầu cao hơn có ý nghĩa so với nhóm dùng bằng đèn soi Macintosh (p < 0,05).

3.4. Biến chứng chấn thương liên quan đến đặt NKQ

Bảng 3. Tổn thương răng, môi lợi, hầu họng

Tổn thương	Nhóm M n (%)	Nhóm VL n (%)	p
Chảy máu môi, lưỡi	12 (15,6)	4 (6,9)	<0,05
Chảy máu hầu họng	6 (7,8)	0	<0,05
Đau họng ở giờ thứ 6	30 (38,9)	16 (27,6)	<0,05
Khàn tiếng	7 (9,1)	4 (6,9)	>0,05
Sút men răng	3	1	>0,05

Nhận xét: Nhóm sử dụng đèn soi trực tiếp có tỉ lệ chảy máu môi, lưỡi và đau họng sau mổ cao hơn nhóm dùng VL (p<0,05). Số bệnh nhân bị khàn tiếng, sút men răng cũng nhiều hơn ở nhóm đặt NKQ bằng đèn soi Macintosh (p>0,05). Không gặp các biến chứng rụng răng hay răng mất vững.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên các bệnh nhân có yếu tố tiên lượng đặt ống NKQ khó cho thấy sử dụng đèn soi thanh quản của video hỗ trợ (UEScope Model VL 300) có tỉ lệ đặt NKQ thành công ở lần đầu là 100%, cao hơn có ý nghĩa so với dùng đèn soi thanh quản trực tiếp Macintosh với tỉ lệ thành công chỉ là 57,7% (Biểu đồ 1). Tất cả 12 trường hợp đặt NKQ thất bại với đèn soi Macintosh sau 3 nỗ lực đều được giải cứu thành công bằng VL. Bên cạnh đó tỉ lệ các biến chứng đau họng, chảy máu tại đường thở trên cũng thấp hơn khi dùng VL (Bảng 3). Kết quả của chúng tôi phù hợp với công bố từ các phân tích gộp các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh VL và soi thanh quản trực tiếp ở cả bệnh nhân bình thường và có tiên lượng đường thở khó với các kết luận dùng VL mang lại hình ảnh quan sát thanh quản tốt hơn, tỉ lệ đặt NKQ thành công và thành công ở lần đầu cao hơn, cần ít nỗ lực và can thiệp đặt NKQ hơn và ít tổn thương niêm mạc, hầu họng và răng hơn so với soi thanh quản trực tiếp [1, 6, 7]. Các nghiên cứu quan sát cho thấy tỷ lệ đặt NKQ thành công đối với VL từ 85 đến 100% và tỷ lệ đặt NKQ thành công lần đầu là từ 51 đến 100% [1, 4]. Cơ chế quan sát gián tiếp với góc nhìn rộng hơn so với đèn soi trực tiếp Macintosh và sự hỗ trợ hiệu quả hơn của stylet là những yếu tố giải thích cho sự khác biệt trên [4, 6].

Zeng và cộng sự so sánh VL UEScope và lưỡi đèn Macintosh trên 40 bệnh nhân tiên lượng có đường thở khó nhận thấy hình ảnh quan sát thanh quản được cải thiện tốt hơn với VL, có 4 bệnh nhân đặt NKQ thất bại với lưỡi Macintosh do Cormack và Lehane loại 4 đều được giải cứu thành công bằng VL [9]. Tương tự với bệnh nhân người lớn có tiên lượng đường thở khó được gây mê để nút phình động mạch não, Liu và cộng sự xác nhận dùng VL UEScope làm giảm thời gian và đáp ứng huyết động với đặt NKQ, đồng thời giảm tỷ lệ đau họng và khàn giọng sau mổ [10]. Trong môi trường đặt NKQ tại phòng cấp cứu trên 265 bệnh nhân tuổi từ 16–81, Wang và cộng sự so sánh hiệu quả và độ an toàn của VL UEScope và đèn Macintosh. Kết quả cho thấy với bệnh nhân có Cormack-Lehane loại

3 hoặc 4, việc dùng VL làm giảm đáng kể thời gian quan sát thanh quản và đặt NKQ, tăng tỉ lệ thành công lần đầu, giảm biến chứng chấn thương đường thở và đặt ống NKQ vào thực quản không chủ ý. Nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng gồm 80 bệnh nhân béo phì, tuổi từ 37–65 với chỉ số khối cơ thể >30 kg/m², Wang và cộng sự đã so sánh tính khả thi và an toàn của VL UEscope và đèn Macintosh, kết quả cho thấy dùng VL Uescope thành công ở lần đầu tăng lên, tỷ lệ biến chứng chấn thương đường thở và đau họng sau mổ đã giảm đi, tuy nhiên không có khác biệt về đáp ứng huyết động khi đặt ống giữa hai thiết bị. Với bệnh nhân nặng tại đơn vị hồi sức, dùng VL cũng cho thấy tỉ lệ thành công trong lần đặt NKQ đầu tiên cao hơn so với soi thanh quản trực tiếp (85.1% so với 70.8%), trong khi tỉ lệ biến chứng liên quan đến đặt NKQ tương đương nhau giữa hai loại dụng cụ. Chúng tôi cho rằng khả năng quan sát tốt hơn của VL phối hợp với que nòng (stylet) làm hạn chế các thao tác, lực tác động trực tiếp lên niêm mạc hầu họng và răng cửa đã làm giảm các tổn thương liên quan đến quá trình đặt NKQ, tuy nhiên điều này còn phụ thuộc vào kỹ năng của người thực hiện.

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế liên quan đến tính đồng nhất về mức độ đặt NKQ khó giữa hai nhóm cũng như việc đánh giá nhận định các biến chứng liên quan đến đặt NKQ không được đánh giá bởi các bác sỹ chuyên khoa. Hơn nữa cơ mẫu của nghiên cứu cũng chưa thực sự lớn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy với các bệnh nhân có yếu tố tiên lượng đặt ống nội khí quản khó, sử dụng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ mang

lại tỉ lệ thành công ở lần đặt đầu tiên cao hơn (100% so với 57,7%), tỉ lệ đau họng và chảy máu niêm mạc đường thở thấp hơn so với dùng đèn soi thanh quản trực tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Apfelbaum, J.L., et al., 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, 2022. 136(1): p. 31-81.
2. Hews, D.J., D.K. El-Boghdady, and D.I. Ahmad, Difficult airway management for the anaesthetist. 2019. 80(8): p. 432-440.
3. Joffe, A.M., et al., Management of Difficult Tracheal Intubation: A Closed Claims Analysis. *Anesthesiology*, 2019. 131(4): p. 818-829.
4. Saul, S.A., P.A. Ward, and A.F. McNarry, Airway Management: The Current Role of Videolaryngoscopy. *J Pers Med*, 2023. 13(9).
5. Asai, T. and N. Jagannathan, Videolaryngoscopy Is Extremely Valuable, But Should It Be the Standard for Tracheal Intubation? *Anesth Analg*, 2023. 136(4): p. 679-682.
6. Lewis, S.R., et al., Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adult patients requiring tracheal intubation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 11(11): p. Cd011136.
7. Pieters, B.M.A., et al., Videolaryngoscopy vs. direct laryngoscopy use by experienced anaesthetists in patients with known difficult airways: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*, 2017. 72(12): p. 1532-1541.
8. Xue, F.-S., et al., Current Evidences for the Use of UEscope in Airway Management. 2017. 130(15): p. 1867-1875.
9. Zeng Q, et al., Comparative study of HC videolaryngoscope and disposable conventional laryngoscope for tracheal intubation (in Chinese). *Clin J Med Off* 2014. 42: p. 860-2.
10. Liu XC, et al., Application of UE videolaryngoscopy in patients with an abnormal airway anatomy and undergoing cerebral aneurysm embolization (in Chinese). *Chin J Clin Anat*, 2015(33): p. 479-81.

TIÊN LƯỢNG THỊ LỰC CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NHÃN CẦU DO DÂY RÀNG THUN THEO THANG ĐIỂM CHẤN THƯƠNG NHÃN CẦU

Nguyễn Thanh Nam¹, Tôn Tường Trí Hải², Biện Thị Cẩm Vân¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Dây răng thun là một công cụ rẻ tiền và dễ tìm kiếm để cố định và chuyên chở vật

dụng, được sử dụng phổ biến trong lao động, sinh hoạt hàng ngày cũng như trong du lịch, dã ngoại. Tuy nhiên, sử dụng dây răng thun có thể dẫn đến những chấn thương mắt rất nghiêm trọng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của chấn thương nhãn cầu do dây răng thun và tiên lượng thị lực theo thang điểm chấn thương nhãn cầu (OTS). **Đối tượng-Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiên cứu. Mẫu gồm 104 bệnh nhân chấn thương nhãn cầu do dây răng thun được điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt TP.HCM trong từ 1/4/2018 đến 31/3/2019. Các đặc điểm về thị lực và các tổn thương mắt cụ thể, cũng

¹Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Tường Trí Hải

Email: haitttt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024