

tính nữ chiếm tỷ lệ cao hơn với 53%, đa số người bệnh đến khám và điều trị nội trú có sử dụng BHYT (79,1%), người bệnh sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao hơn thành thị với tỷ lệ 59,9%. Số bệnh nhân điều trị trong thời gian từ 3-7 ngày (85,6%) gấp 6 lần số bệnh nhân điều trị >7 ngày. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lý thực hiện trên 303 người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Việt – Nhật năm 2021 [4].

Mức độ hài lòng chung của bệnh nhân điều trị nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh tương đối cao (95,3%), điểm trung bình là 4,3. Có sự chênh lệch đáng kể về mức độ hài lòng chung người bệnh nhân đối với dịch vụ khám chữa bệnh ở các nghiên cứu, cụ thể trong nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Thanh Mai có tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh là 74,8% [5]. Điều này có thể do đặc thù, điều kiện, cơ chế hoạt động của mỗi bệnh viện khác nhau nên khả năng đáp ứng nhu cầu KCB cũng khác nhau.

Tất cả các nhóm đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân đều có tỷ lệ hài lòng đạt trên 90%, trong đó hai nhóm có tỷ lệ bệnh nhân đánh giá hài lòng cao nhất là nhóm D (Thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn) và B (Sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB) với 100% lần lượt có mức điểm trung bình là 4,5 và 4,49. Nhóm có tỷ lệ bệnh nhân đánh giá hài lòng ở mức thấp so với mặt bằng chung là nhóm A (Khả năng tiếp cận) với 93,5% điểm trung bình là 4,16. Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn là cơ sở y tế ngoài công lập khám chữa bệnh uy tín tại địa bàn Tỉnh Sóc Trăng, vì thế số lượng bệnh nhân đăng ký khám mỗi ngày khá cao, điều này cũng là nguyên nhân dẫn đến việc thời gian đợi của bệnh nhân sau khi đăng ký khám sẽ kéo dài làm ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của người bệnh và người nhà bệnh nhân.

Một số nghiên cứu cho rằng, sự hài lòng của người bệnh ít liên quan đến các đặc điểm chung của bệnh nhân như: Tuổi, giới, nơi sống, hình thức chi trả. Tuy nhiên, đối với nghiên cứu này kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố như

giới tính và hình thức chi trả (BHYT/ dịch vụ) có liên quan đến mức độ hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú. Trong phân tích đơn biến yếu tố liên quan giới nữ và hình thức chi trả dịch vụ ( $p < 0,05$ ). Kết quả này cũng có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Nga, nghiên cứu thực hiện trên 262 người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2019 [6].

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu cho thấy, kết quả hài lòng chung được đánh giá ở mức cao (tỷ lệ 95,3%, điểm trung bình 4,3). Tất cả các nhóm nội dung đề được người bệnh đánh giá hài lòng đạt trên 90%, điểm trung bình trên 4,0. Hai yếu tố đặc điểm chung có liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện bao gồm: giới tính và hình thức chi trả.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng Người bệnh và nhân viên y tế. Hà Nội: Bộ Y Tế; 2019.
- BỘ Y TẾ.** Ban hành hướng dẫn về phương pháp đo lường hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công giai đoạn 2024-2030. Hà Nội: Bộ Y Tế; 2024.
- Phan Nguyễn Kiều Đan Ly, Lưu Tiên Dũng.** Mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ khám chữa bệnh: Nghiên cứu trường hợp Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Khoa học Lạc Hồng.* 2016;5:47-52.
- Trần Thị Lý, Lê Văn Nhân, Nguyễn Thị Kim Chung.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Việt - Nhật năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;523(2):163-166. <https://doi.org/10.51298/vmj.v523i2.4536>
- Đinh Thị Thanh Mai.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh. *Tạp chí Khoa học sức khỏe.* 2022;1(2):83-91.
- Nguyễn Thị Hồng Nga, Nguyễn Thị Tâm, Lại Văn Nông.** Đánh giá sự hài lòng về chất lượng phục vụ người bệnh tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2019;19.
- World Health Organization.** Key components of a well functioning health system. World Health Organization; 2010.

## NHÂN TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU BÃO ĐỘNG ĐÓ THÀNH CÔNG BỆNH NHÂN SHOCK MẤT MÁU DO VỠ PHÌNH MẠCH CẢNH - VAI TRÒ CỦA ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN TĨNH TRONG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ KHÓ

Nguyễn Thị Thu Ba

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả, phân tích tình huống lâm sàng, cách tiếp cận xử trí đường thở, áp dụng hướng dẫn đặt nội khí quản tình của DAS – Difficult Airway Society và kết quả điều trị. **Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng xử trí đặt nội khí quản (NKQ), hồi sức, can thiệp cầm máu cho bệnh nhân (BN) được chẩn đoán shock mất máu do ổ loét vùng cổ sau tia xạ điều trị ung thư lưỡi lan vào ổ phình mạch cảnh trong tại Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc Phúc Trường Minh tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** BN nam 53 tuổi, tiền sử ung thư lưỡi đã phẫu thuật nạo vét hạch, hạch tái phát, phẫu thuật, xạ trị 2 năm, hiện hóa trị thuốc đích, biến chứng loét vùng cổ bên phải. BN vào viện sau nhiều ngày đau kèm rỉ máu vùng loét thượng đòn phải, chụp CT tại một bệnh viện khác có ổ giả phình ĐM cảnh trong, có kế hoạch nút mạch cầm máu, đã thử đặt ống NKQ để can thiệp nhưng không thành công nên dừng lại tuy nhiên máu vẫn chảy nhiều, BN được chuyển sang BV Hồng Ngọc. Tại phòng cấp cứu bệnh viện, BN tỉnh, tiếp xúc chậm, glasgow 14-15 điểm, da niêm mạc nhợt trắng, máu đùn từ vùng cổ phải. Khám thấy vùng cổ và thượng đòn phải có vết loét khoảng 4x5cm, có máu chảy thành tia, cổ hạn chế vận động, nghiêng veo về bên phải. BN tự thở, nhanh nông, kích thích, hoảng loạn, mạch 125 l/p; HA 98/53mmHg; nhịp thở: 24 l/p; SPO2 93 % (Oxy mask 10 lit/phút). **Chẩn đoán:** Mất máu cấp nghi do vỡ ổ giả phình động mạch cảnh/ ung thư lưỡi đã phẫu thuật, hóa chất, xạ trị, di căn hạch cổ biến chứng loét, hoại tử vùng hố thượng đòn phải. Tình huống cấp cứu, báo động đỏ toàn viện, cần đặt NKQ khẩn cấp để hồi sức và can thiệp nút mạch cầm máu hoặc phẫu thuật. Đánh giá BN khó đặt NKQ, khó thông khí qua mask cũng không thể tiếp cận đường cổ trước dễ dàng, đã thử và thất bại tại một bệnh viện khác. Ekip cấp cứu đưa ra quyết định đặt NKQ khi tình bằng nội soi ống mềm dù tình huống cần thực hiện ngay lập tức. BN được duy trì tự thở, tiền mê, tê tại chỗ đường thở, đặt ống NKQ số 7.0 bằng nội soi ống mềm qua mũi thuận lợi không chấn thương. Sau đó BN được hồi sức dịch, tuần hoàn, truyền máu, can thiệp đặt stent mạch cảnh, dừng chảy máu từ mạch cảnh. BN tiếp tục hồi sức tại đơn vị hồi sức tích cực, rút NKQ sau 1 ngày, ra viện sau 15 ngày. **Kết luận:** Đưa ra chiến lược quản lý đường thở trong các đơn vị hồi sức, cấp cứu hoặc gây mê là vô cùng quan trọng. Đặt NKQ tình được khuyến cáo là cần được tính đến ở tất cả các bệnh nhân có đường thở khó. Tuy nhiên khi đưa ra quyết định sử dụng chiến lược này cần được tính toán trên từng BN, cần nhắc đến một số yếu tố liên quan. Trong các tình huống cấp cứu, dù phải đặt NKQ rất nhanh nhưng đặt NKQ tình bằng nội soi ống mềm vẫn là cứu cánh hiệu quả và an toàn trong chiến lược quản lý đường thở khi mà các đường tiếp cận khác đều gặp khó khăn hoặc không thể. **Từ khóa:** Đặt NKQ tình, xử trí đường thở khó, nội soi ống mềm, quản lý đường thở cấp cứu.

*\*Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc Phúc Trường Minh*  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Ba  
 Email: nguyenthuba@hnu.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 10.7.2024  
 Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024  
 Ngày duyệt bài: 26.9.2024

## SUMMARY

### SUCCESSFUL EMERGENCY MANAGEMENT OF HEMORRHAGIC SHOCK DUE TO CAROTID ARTERY ANEURYSM: THE ROLE OF AWAKE INTUBATION IN DIFFICULT AIRWAY CONTROL

**Background:** A Case of Life-Threatening Bleeding Caused by Rupture of an Internal Carotid Artery Aneurysm - The Role of Awake Tracheal Intubation in Emergency Difficult Airway Management. **Objective:** To describe the clinical scenario, analyze the decision-making process in airway management, and apply the Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. **Methods:** This case report details a clinical incident involving life-threatening bleeding from an internal carotid artery aneurysm caused by a fistula following radiotherapy for tongue cancer at Hong Ngọc Phúc Trường Minh General Hospital on March, 2024. **Results:** A 53-year-old male, diagnosed with tongue cancer two years prior, underwent surgery, radiotherapy, and chemotherapy. Days before admission, he experienced pain and bleeding from the right lateral neck due to an internal carotid artery aneurysm. An attempt at tracheal intubation for endovascular intervention at another hospital failed. Upon arrival at our emergency department, he exhibited massive neck hemorrhage, remained conscious, pale, with ongoing bleeding from a right neck fistula, and limited cervical motion due to irritation. He was breathing spontaneously without dyspnea, with Pulse: 125 bpm; Blood Pressure: 98/53 mmHg; Respiratory Rate: 28 breaths/min; SpO2: 93% (with a 10 L/min oxygen mask). A treatment strategy for permanent occlusion of the right internal carotid artery aneurysm was devised. Intubation was necessary for both endovascular intervention and resuscitation, predicting difficult mask ventilation, intubation, and front-of-neck access. Awake tracheal intubation using a fiberoptic scope via the nasal route was performed. The patient received light sedation with Midazolam, and the airway was topicalized with 10% lidocaine spray over the mouth, tongue, and oropharynx mucosa. Continuous monitoring of heart rate, ECG, and oxygen saturation showed no decrease in oxygen levels, and the patient maintained spontaneous breathing throughout. Intensive treatment with crystalloid fluids and blood transfusion, along with right internal carotid embolization with a spring coil, effectively prevented massive hemorrhage. The patient was successfully extubated after three days in the ICU and discharged 15 days post-surgery without any neurological deficits. **Conclusion:** A well-planned strategy for difficult airway management is essential when challenging facemask ventilation, supraglottic airway device placement, tracheal intubation, or front-of-neck airway insertion is anticipated. Awake tracheal intubation (ATI) is highly successful and low-risk, making it the gold standard in managing predicted difficult airways. The decision to perform ATI depends on the clinical context. Successful ATI requires conscious sedation, maintenance of a patent airway, and adequate spontaneous ventilation, but ATI should also be considered in urgent situations.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chiến lược cho những trường hợp đường thở khó luôn cần thiết khi tiên lượng khó khăn trong một hoặc nhiều bước: Thông khí qua mask, đặt dụng cụ trên thanh môn, đặt NKQ hay tiếp cận đường cổ trước [1][2]. Đặt NKQ tỉnh là thủ thuật thực hiện trong khi BN duy trì tự thở, tỉnh hoặc an thần nhẹ, thường với nội soi ống mềm hoặc đèn soi thanh quản có camera [1]. Đặt NKQ tỉnh có tỉ lệ thành công cao, ít nguy cơ và được đưa ra như tiêu chuẩn vàng cần có trong quản lý đường thở khó định sẵn vì đường thở luôn an toàn trước khi gây mê cho BN. Tuy nhiên tỉ lệ sử dụng NKQ tỉnh còn rất ít, theo thống kê là dưới 0,2% ở Anh. Vẫn có những rào cản cho tiếp cận và sử dụng kỹ thuật này để bảo vệ đường thở do kỹ thuật, trang thiết bị[1]. Nhất là trong tình huống cấp cứu khi chịu áp lực về thời gian, tình trạng khẩn cấp của BN, khi nhận định rằng có rất ít hoặc không có thời gian để chuẩn bị và thực hiện. Nhận định các yếu tố của đường thở khó, lên kế hoạch sử dụng NKQ tỉnh, làm chủ kỹ thuật để thành công vẫn là những thách thức trong thực hành lâm sàng [1][3].

## II. MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP BỆNH

BN nam 53 tuổi, tiền sử ung thư lưỡi đã phẫu thuật nạo vét hạch, hạch tái phát, phẫu thuật, xạ trị 2 năm, hiện đang hóa trị thuốc đích. Nhiều ngày nay BN đau vùng thượng đòn phải kèm rỉ máu vùng loét, hạn chế quay cổ, đã đi khám tại cơ sở y tế chụp CT có ổ giả phình ĐM dưới đòn, có kế hoạch nút mạch cầm máu, đã thử đặt ống NKQ tại bệnh viện khác để PT nhưng không thành công nên dừng can thiệp. Cách vào viện 2h chảy máu nhiều, chuyển sang BV Hồng Ngọc 6h30 ngày 07/03/2024

**Khám tại phòng cấp cứu:** BN da niêm mạc nhợt trắng, thở nhanh nông, kích thích, hoảng loạn, vã mồ hôi, da đầu chi lạnh Mạch 125 l/p; HA 98/53mmHg; Nhịp thở: 28 l/p; SPO<sub>2</sub> 93 % (Oxy mask 10 lit/phút)

Tiến hành bù dịch tinh thể, dịch keo, đảm bảo huyết áp trung bình >60 mmHg bằng 2 loại vận mạch Ardenalin (0.3/mcg/kg/ph) + Noradrenalin (0.6/mcg/kg/ph),

Vùng cổ và thượng đòn phải có vết loét khoảng 4x5cm, có máu chảy thành tia, đang được ép, cổ hạn chế vận động, nghiêng vẹo về bên phải. BN tự thở qua oxy mask nhịp thở: 24 l/p; SPO<sub>2</sub> 93% (có oxy mask), nghe thông khí được 2 phổi.

**Bệnh nhân được chẩn đoán:** Chảy máu vùng cổ (ngghi ngờ chảy từ động mạch cảnh)/

ung thư lưỡi đã phẫu thuật, hóa chất, xạ trị, di căn hạch cổ biến chứng loét, hoại tử vùng hố thượng đòn phải

Có chỉ định can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật cầm máu.



**Hình 1: Bệnh nhân tại phòng cấp cứu**



**Hình 2: Ổ loét vùng cổ bên phải (sau khi cầm máu)**

Đánh giá tại thời điểm xử trí kiểm soát đường thở: BN không cử động được cổ, cố định cổ nghiêng phải sau 2 năm xạ trị, không ngửa được cổ, không tiếp cận được vùng cổ trước

Vết loét cổ bên phải có máu phun thành tia, 2 nhân viên y tế dùng tay chèn gạc ngăn chặn Há miệng được, cử động hàm tốt, Mallampati IV, không rõ khối bất thường trong miệng.

BN vẫn ăn, nuốt được, bình thường không khó thở, không ngủ ngáy, không thở rít, BMI 20.

### Tiến hành:

+ Đặt NKQ tỉnh, sử dụng nội soi ống mềm : Tại khoa cấp cứu BN được dữ trữ oxy mask 10 l/ph, trong 5 phút. Nhỏ mũi bằng Otrivin 0.1%, an thần bằng 1 mg Midazolam. Xịt Lidocain 10 % spray lưỡi, hầu họng, miệng, đáy lưỡi, luồn ống nội soi mềm có luồn sẵn ống NKQ số 7.0 qua mũi, tê trên đường di chuyển bằng lidocain 2% 3 ml. Đi qua dây thanh, vào khí quản, quan sát thấy carina, đẩy ống NKQ vào, xác nhận BN thở qua NKQ, rút nội soi ống mềm, quan sát qua nội soi thành khí quản. Thủ thuật thuận lợi, không kích thích, không sang chấn, không chảy máu.

+ An thần, thở máy qua NKQ.

+ Chuyển đến phòng can thiệp mạch

Tại phòng can thiệp: Máu tiếp tục chảy từ vùng cổ an thần thở máy, duy trì vận mạch

BN được: Tiếp tục ép cầm máu vùng cổ, bù dịch keo, tinh thể, HCK và plasma, kết hợp đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn

sau 1h: can thiệp mạch, đặt stent ĐM cảnh thành công, bệnh nhân ngừng chảy máu.

Sau can thiệp chuyển ICU điều trị tích cực.

BN được cai máy, làm lại các xét nghiệm ổn định, rút NKQ sau 1 ngày, ổn định ra viện sau 15 ngày điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

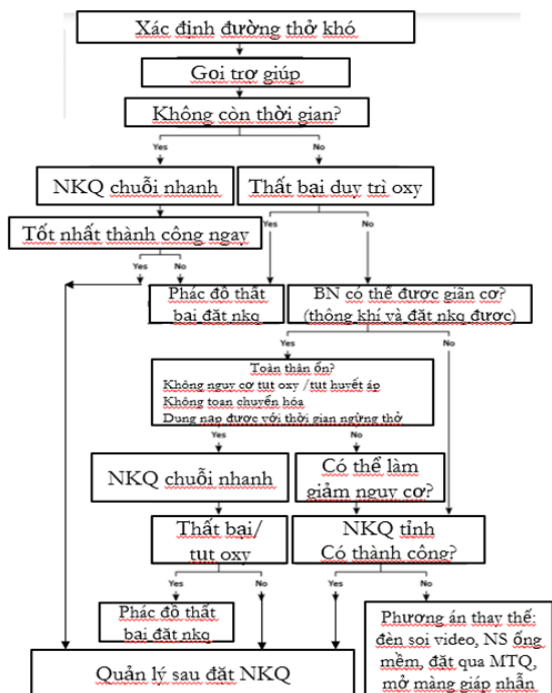
Tiếp cận đường thở là xác định những yếu tố khó với các bước thông khí qua mask, đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản, đặt dụng cụ ngoài lồng ngực và tiếp cận qua trước qua màng giáp nhân. Với từng yếu tố trên có nhiều tiêu chuẩn đánh giá để tiên lượng được đưa ra [1][2]. Trên BN này, chúng tôi nhận thấy có rất nhiều vấn đề được đặt ra của tất cả các bước kiểm soát đường thở sau đây: (1) Thông khí qua bóp bóng mask sẽ rất khó khăn vì vùng cổ không thể xoay trở do sẹo dính mô mềm của xạ trị nên làm thẳng trục đường thở để bóp bóng như thông thường là không thể. Hơn nữa toàn bộ vùng cổ phải có vết rò lớn đang chảy máu và phải chèn gạc ép sẽ hạn chế úp kín được mask mặt, đó là những điều hội gây mê Hoa Kỳ - ASA đã đưa ra năm 2003 về tiên lượng thông khí qua mask khó [4]. (2) Bệnh nhân có tiên lượng đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản trực tiếp khó khi mà không thể ngửa cổ được, mallampati IV và tiền sử ung thư lưỡi đã phẫu thuật hiện tại chưa thăm dò được cấu trúc giải phẫu, đó là 3 trong số 5 điểm của tiêu chuẩn LEMON được biết tới để tiên lượng đặt NKQ khó [4]. (3) Đường tiếp cận được coi là cứu cánh khi thất bại thông khí là qua đường cổ trước thì trên BN này cũng là vấn đề khi bệnh nhân hoàn toàn nghiêng cổ, không xác định được các mốc giải phẫu sụn giáp, sụn nhân, màng nhân giáp, hơn nữa vùng cổ đang chảy máu ồ ạt cần ép cầm máu tạm thời. (4) Thông khí qua dụng cụ trên thanh môn thì có vẻ có khả năng tuy nhiên cũng chưa thể chắc chắn vì ung thư lưỡi cũng như có thể có tổn thương đường thở sau khi đã từng thất bại trong đặt NKQ. Như vậy đây là một trường hợp mà tập hợp đủ tất cả các yếu tố của đường thở khó. Sau khi cân nhắc và hội chẩn nhiều chuyên khoa chúng tôi quyết định lựa chọn phương án NKQ tình bằng nội soi ống mềm theo như hướng dẫn của hội ASA (Hình 5) [4]. BN tự thở tốt với mức hỗ trợ oxy trung bình bằng oxy mask 10 lit/phút đạt SPO2 98 %, không có biểu hiện khó thở, không thở rít, không ảnh hưởng đến đường thở. Như vậy có thời gian cho ekip cấp cứu đưa phương án và

chuẩn bị thực hiện. Tuy nhiên, BN không thể đảm bảo thời gian ngừng thở nếu được gây mê do không thể thông khí qua mask mặt [4]. Hơn thế nữa, BN đang rơi vào tình trạng shock mất máu, da niêm mạc nhợt trắng, mạch nhanh, máu chảy đang phun thành tia, nếu sử dụng các thuốc gây mê để đặt NKQ có thể gây tình trạng suy tuần hoàn nặng nề hơn. Lựa chọn tối ưu được đưa ra là đặt NKQ tình bằng nội soi ống mềm. Bằng cách này, BN sẽ không phải chịu khoảng ngừng thở trong khi đặt NKQ vốn tiên lượng khó và huyết động không bị ảnh hưởng dưới tác động giãn mạch của thuốc gây mê [1][4].

Câu hỏi đặt ra là có đủ thời gian thực hiện được đặt NKQ tình bằng nội soi ống mềm hay không vì cần chuẩn bị phương tiện thiết bị máy móc và BN? Chúng tôi thực hiện từ khi có quyết định đến khi đặt được NKQ là 5 phút. Trong thời gian huy động máy móc và chuẩn bị trang thiết bị, chúng tôi tiếp tục dự trữ oxy trong BN bằng oxy mask 100%, tiền mê bằng 1mg Midazolam, tê tại chỗ bằng Lidocain 10 % spray khoang miệng, gổc lưỡi song song với việc hồi sức tuần hoàn bằng dịch keo, tinh thể và máu, vận mạch. Trong tình trạng tối cấp cứu như vậy, nhưng khi cân đối giữa một bên là những yếu tố mất kiểm soát đường thở, không duy trì được ở tình trạng ngừng thở, suy tuần hoàn do gây mê và một bên là thời gian chuẩn bị thì đặt NKQ tình bằng nội soi ống mềm là lựa chọn hợp lý và chính xác nhất. Lợi ích của phương pháp là BN duy trì tự thở và phản xạ bảo vệ đường thở cho tới khi thông khí được qua ống NKQ cũng như không có biến động về huyết động. Chống chỉ định gần như duy nhất khi người bệnh từ chối, cân nhắc lớn khi cần đặt NKQ ngay lập tức, BN không hợp tác, dị ứng thuốc tê hoặc chảy máu ồ ạt đường thở [1].

Với BN này, có lẽ một vấn đề rất quan trọng cũng cần đề cập tới là lựa chọn hồi sức tuần hoàn trước hay xử trí đường thở trước? BN chảy máu ồ ạt, dù có đưa rất nhiều dịch hay máu thì phương thức hồi sức điều trị cần thiết nhất vẫn là giải quyết nguyên nhân gây chảy máu. Theo hướng dẫn của AHA (hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ) xử trí được đường thở ở BN này vẫn là điều quan trọng nhất. Chúng tôi thực hiện song song vừa bù dịch, máu vừa ưu tiên xử lý đường thở. Trong thời gian 5 phút đặt NKQ, chỉ với tiền mê nhẹ bằng 1 mg midazolam, BN cũng được duy trì huyết áp trung bình >65 mmHg bằng noradrenaline và adrenaline. Sau khi hồi cứu lại, chúng tôi đưa ra kết luận nếu không đặt NKQ

ngay từ đầu thì BN cũng phải đặt NKQ trong tình trạng ngừng tim do shock mất máu.



**Hình 3: Lưu đồ tiếp cận quản lý đường thở (theo ASA)**

Một câu hỏi khác cũng cần được giải đáp đó là còn phương thức nào khác có thể thực hiện xử trí đường thở với BN này hay không? Nếu đặt tình huống không thể có trang thiết bị hoặc đã được đào tạo kỹ thuật nội soi ống mềm, có thể lựa chọn cho BN thông khí qua dụng cụ trên thanh môn do khả năng mở miệng của bệnh nhân tốt hoặc tiếp cận cổ trước (mở màng giáp nhân hoặc mở khí quản). Hội đường thở khó (DAS) khuyến cáo dụng cụ trên thanh môn thế hệ II và qua đó có thể đặt được NKQ cũng như combitube [5]. Tuy nhiên, hạn chế của cả 2 phương pháp trên là cần gây mê đủ sâu cho BN và như vậy nguy cơ mất kiểm soát đường thở rất cao, một thách thức nữa khi chọn hai phương pháp trên là cấu trúc giải phẫu vùng hầu, miệng họng của BN sau phẫu thuật, xạ trị đã biến đổi rất nhiều. Một phương pháp nữa chúng tôi có tính đến là ở BN này là đặt NKQ tĩnh qua miệng dùng đèn camera. Điều ủng hộ là BN vẫn có khả năng mở miệng, không có chảy máu đường thở, cử động hàm của BN tốt, hay nói cách khác, không có dấu hiệu “không cắn được môi trên” – dấu hiệu tiên đoán khó khi dùng đèn soi thanh quản có camera [3], tuy nhiên yếu tố xét tới là đã thất bại nhiều lần bằng đèn camera khi tình tại một cơ sở y tế khác trước khi chuyển đến

chúng tôi. Rõ ràng sau khi hồi cứu lại chúng tôi nhận định đặt NKQ tĩnh bằng nội soi mềm qua mũi trên BN này là lựa chọn hoàn toàn chính xác.

Bàn luận về chìa khóa để thực hiện thành công đặt nội khí quản tĩnh, nhất là trong tình huống cấp cứu dựa trên nền tảng 4 điểm chính STOP – Sedative (an thần), Topicalise (vô cảm bề mặt), Oxygenate (hỗ trợ oxy), Perform (thao tác) [1]. (1) An thần được duy trì từ nhẹ đến trung bình sao cho BN không có phản xạ ho sặc và làm theo lệnh, tự thở tốt. (2) Chúng tôi gây tê niêm mạc trên đường đi của ống nội soi bằng lidocaine 10% xịt khoang miệng, gốc lưỡi, mũi hầu và lidocaine 2% 3ml bơm qua ống nội soi, đảm bảo không kích thích khi đưa ống nội soi. (3) Ở BN này, trong bối cảnh cấp cứu, chúng tôi dự trữ oxy 100% bằng oxy mask, BN không có thở rít tại thời điểm thăm khám, duy trì nhịp tự thở là là quan trọng. Tuy nhiên ở những trường hợp khác khi mà chật hẹp, tổn thương đường thở thì HFNO sẽ là phương pháp rất hữu ích duy trì bão hòa oxy cho BN [1]. (4) Khẳng định chắc chắn đã đặt được NKQ, xác định chính xác vị trí ống NKQ trong khí quản trước khi rút máy nội soi bằng 2 điểm: quan sát thấy khí quản hoặc dây thanh và bằng thán đồ ETCO2 để tránh đặt vào thực quản.

Cuối cùng BN đặt NKQ khó cũng chính là BN có nguy cơ cao khi rút NKQ, bởi rút ống NKQ thất bại trên ca bệnh này là không được phép xảy ra [5]. Đối với BN này khi huyết động bệnh nhân ổn định, đã cầm được máu sau nút mạch, đánh giá kỹ các cận lâm sàng ổn định, BN tỉnh táo hoàn toàn, có khả năng tự thở tốt, xác định khối u không xâm lấn trên đường thở, những lo ngại về kích thích khi rút NKQ không có, chúng tôi đã hoàn toàn có thể rút NKQ an toàn sau quá trình hồi sức tích cực và sau đó bệnh nhân không cần tới sự hỗ trợ hô hấp nào khác [5].

**IV. KẾT LUẬN**

Qua ca lâm sàng vừa trình bày, chúng tôi có một số kết luận như sau: Trong chiến lược đường thở khó trên BN cấp cứu, nhận định, đánh giá nhanh đường thở và các yếu tố đi kèm cho NKQ khó là cực kỳ quan trọng [1]. Trên những BN đang trong tình trạng shock mất máu cần kiểm soát đường thở sớm để can thiệp cầm máu với tiên lượng khó khăn về giải phẫu, khó thông khí qua mask, khó đặt dụng cụ trên thanh môn, dự kiến mở khí quản khó khăn thì đặt NKQ tĩnh luôn được khuyến cáo [3][4]. Những trường hợp như vậy hô hấp sẽ được đảm bảo từ việc duy trì tự thở và phản xạ bảo vệ đường thở cho tới khi thông khí được qua ống NKQ. Tuy

nhiên đưa ra quyết định sử dụng chiến lược này cần được tính toán trên từng trường hợp lâm sàng cụ thể, ở những cơ sở y tế được trang bị đầy đủ, bác sỹ thành thạo kỹ thuật, thì lựa chọn đặt NKQ tình bằng nội soi ống mềm vẫn là lựa chọn an toàn và ưu tiên. Ngay cả trong các tình huống cấp cứu, đặt NKQ tình chỉ chống chỉ định khi người bệnh từ chối, tránh thực hiện khi cần đặt NKQ ngay lập tức, BN không hợp tác, dị ứng thuốc tê hoặc chảy máu ồ ạt đường thở [1]. Chia khóa cho kỹ thuật này thành công là an thần, tê tại chỗ, dự trữ oxy và kỹ năng được đào tạo và thực hành [1]

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paul Potnuru, MD Carlos Artime, MD Calvin A Brown, III, MD et al.** 2024 Awake tracheal intubation. Up to date
2. **I Ahmad<sup>1,2</sup>, K El-Boghdadly<sup>1,2</sup>, R Bhagrath<sup>3</sup>, et al.** Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. Pubmed 2020 Apr;75(4):509-528.doi:10.1111/anae.14904. Epub 2019 Nov 14.
3. **Calvin A Brown, III, MD** Approach to the difficult airway in adults for emergency medicine and critical care. Up to date 2023
4. **Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al.** 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology 2022; 136:31.
5. **Membership of the Difficult Airway Society** Extubation Guidelines Group. Difficult Airway Society Guidelines for the management of tracheal extubation. Anaesthesia 2012, 67, 318–340