40%). Tỷ lệ người bệnh được sử dụng cả 3 nhóm thuốc vẫn cần được cải thiện [6].

Các thuốc điều trị cho bệnh nhân đều được theo các khuyến cáo, tuy nhiên trên mỗi bệnh nhân lại có những thuốc khác nhau theo đáp ứng của từng bệnh nhân và bệnh nền của bệnh nhân. Các bệnh nhân cao tuổi lại có nhiều bệnh lý phối hợp nên phác đồ chung rất khó thực hiện. Cũng cần có nhiều nghiên cứu sâu làm rõ hơn tác dụng của các loại thuốc cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu tỷ lệ nam/nữ = 2/1, trong các bệnh nhân có tiền sử thì tăng huyết áp chiếm cao nhất là 87,3%, rối loạn nhịp gặp ở 43,6%, 29,1% bệnh nhân có đái tháo đường. Các bệnh nhân sau khi sử dụng thuốc có phối hợp Dapagliflozin có sự thay đổi về nhịp tim, huyết áp của bệnh nhân sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p<0,05. EF trước điều trị là 28,72±9,04, sau điều trị là 40,1±11,65.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vũ Đạt** (2024), "Điềutrịnội khoa suy tim theo khuyến cáo trước xuất viện trên người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm", Tạp chí Y học Việt Nam. 539(2), tr. 365-369.
2. **Lê Thị Ngọc Hân** (2020), "Đặc điểm lâm sàng, biến đổi đường kính nhĩ trái, đường kính và chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính có rung nhĩ", Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 15(5), tr. 1-7.
3. **Phạm Thanh Hiền** (2020), "Nghiên cứu rối loạn nhịp tim trên holter điện tâm đồ24 giờvà một sốyếu tốliên quan đến rối loạn nhịp thất ởbệnh nhân suy tim mất bù cấp", Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 29, tr. 39-44.
4. **Đào Thị Thanh Loan** (2022), "Nghiên cứu tình hình suy tim phân suất tống máu bảo tồnởbệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áptại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơnăm 2021-2022", Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 49, tr. 164-170.
5. **Nguyễn Hoàng Mây** (2021), "Nghiên cứu tình hình, đặc điểm suy tim phân suất tống máu bảo tồn ởbệnh nhân tăng huyết áp nguyên pháttại khoa nội tim mạch bệnh viện đa khoa thành phốcần thơnăm 2019-2020", Tạp chí Y học Cần Thơ(40), tr. 20-28.
6. **Vũ Quỳnh Nga** (2012), "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thực trạng điều trị bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Tim Hà Nội", Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam tr. 232-242.
7. **Nguyễn Hữu Nghĩa** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù bằng thang đo chất lượng cuộc sống bằng thang điểm KCCQ", Tạp chí tim mạch Việt Nam. 93, tr. 158-164.
8. **Hoàng Văn Sỹ** (2023), "Đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhânsuy tim cấp nhập viện có biến cố tử vong vàtái nhập viện 30 ngày sau xuất viện", Tạp chí Y học Việt Nam. 524, tr. 3.
9. **M. M. Al-Sutari và M. S. Abdalrahim** (2024), "Symptom Burden and Quality of Life Among Patients With Heart Failure", SAGE Open Nurs. 10, tr. 23779608241242023.
10. **M. Packer** (2021), "Critical examination of mechanisms underlying the reduction in heart failure events with SGLT2 inhibitors: identification of a molecular link between their actions to stimulate erythrocytosis and to alleviate cellular stress", Cardiovasc Res. 117(1), tr. 74-84.

SO SÁNH HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ CỦA MASK THANH QUẢN I-GEL VỚI MASK THANH QUẢN CLASSIC Ở TRẺ EM TRONG PHẪU THUẬT LÁC

Đỗ Quang Thụ[1], Nguyễn Toàn Thắng[2], Phạm Thanh Hà[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh hiệu quả kiểm soát đường thở của mask thanh quản I-gel với mask thanh quản Classic trong phẫu thuật lác ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 100 bệnh nhân chia làm hai nhóm, nhóm I-gel sử dụng mask thanh quản I-gel và nhóm Classic sử dụng mask thanh quản Classic trong gây mê toàn thân tại Bệnh viện mắt trung ương Hà Nội từ tháng 4 năm 2024 đến tháng 7 năm 2024. **Kết quả:** Thời gian đặt mask thanh quản I-gel nhanh hơn mask thanh quản Classic (12,68 ± 3,39 giây ngắn hơn 38,52 ± 7,38 giây, p < 0,01). Tỷ lệ đặt thành công lần đầu của mask thanh quản I-gel cao hơn mask thanh quản Classic (100% với 84%, p < 0,05). Hiệu quả kiểm soát đường thở tương đương nhau (SpO_2, $EtCO_2$, mức độ rò rỉ khí, Ppeak), với p > 0,05. **Kết luận:** Kiểm soát đường thở bằng mask thanh quản I-gel hiệu quả tốt, tương đương với mask thanh quản Classic.

Từ khóa: Mask thanh quản I-gel, mask thanh quản Classic, phẫu thuật lác, trẻ em.

[1]*Bệnh viện mắt trung ương Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng
Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024
Ngày duyệt bài: 28.11.2024

SUMMARY

EFFICACY OF I-GEL LARYNGEAL MASK AIRWAY IN THE MANAGEMENT OF AIRWAY IN CHILDREN UNDERGOING STRABISMUS SURGERY

Objects: To compare the effect of the management of airway by the laryngeal mask airway Classic with I-gel laryngeal mask airway. Methods: RCT, one hundered children were randomly allocated to either the i-gel or the LMA Classic. **Results:** In a comparative study between I-Gel and C-LMA groups, the I-Gel demonstrated a significantly faster mean insertion time of 12,68 ± 3,39 seconds as compared to 38,52 ± 7,38 seconds for the CLMA group. Success rate at first insertion attempt was 100% in the i-gel group compared with 84% in the LMA Classic group. There were no differences between the groups in airway leak pressures, airway pressures, SpO_2 and $EtCO_2$. **Conclusion:** I-gel™ can be an alternative to LMA-Classic™ for controlled ventilation during anesthesia. ***Keywords:*** Airway management; LMA-Classic™; i-gel™, strabismus surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lác ở trẻ em ngày càng phổ biến tại Việt Nam. Trẻ em là đối tượng dễ kích thích, sợ hãi, không hợp tác trong quá trình phẫu thuật, gây tê để phẫu thuật lác cho trẻ em là không khả thi, vì vậy gây mê toàn thân là phương pháp vô cảm tối ưu cho phẫu thuật này. Trước đây, đặt nội khí quản thường được sử dụng để kiểm soát đường thở trong quá trình gây mê toàn thân cho trẻ và cần dùng thuốc giãn cơ, tuy nhiên phẫu thuật lác diễn ra trong thời gian ngắn nên nguy cơ tồn dư thuốc giãn cơ rất lớn và gây nguy hiểm cho trẻ em.

Mask thanh quản ra đời, khắc phục được những bất cập này và tối ưu cho những phẫu thuật ngắn như phẫu thuật nhãn khoa. Mask thanh quản I-gel ra được phát minh sau này, khắc phục những nhược điểm của mask thanh quản Classic với thiết kế phù hợp với cấu trúc quanh thanh quản và hạ hầu, ít tổn thương mô mềm, cấu trúc đơn giản và chi phí thấp hơn đã biến I-gel trở thành một thiết bị đường thở đáng mơ ước[1].

Có nghiên cứu ứng dụng mask thanh quản I-gel trên các phẫu thuật ngoại khoa, tuy nhiên chưa được nghiên cứu cho phẫu thuật lác mắt tại Việt Nam. Chính vì lý do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *"So sánh hiệu quả kiểm soát đường thở của mask thanh quản I-gel với mask thanh quản Classic ở trẻ em phẫu thuật lác".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ em từ 2 – 7 tuổi, có cân nặng từ 10-25kg. Trẻ em có chỉ định phẫu thuật lác thông thường. Gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ đang có tình trạng ho, sốt, viêm mũi họng, viêm đường hô hấp dưới. Trẻ có chống chỉ định đặt mask thanh quản, dị tật giải phẫu ở miệng và thanh quản. Bệnh tăng nhãn áp hoặc tiền sử phẫu thuật nội nhãn, tiền sử bệnh tim, phổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

Địa điểm: Bệnh viện mắt trung ương Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2023 đến tháng 7/2023

Quy trình nghiên cứu:

Nhóm 1: Trẻ được đặt mask thanh quản I-gel số 2

Nhóm 2: Trẻ được đặt mask thanh quản Classic

Chung cho cả hai nhóm.

- Theo dõi và ghi lại các dữ liệu nghiên cứu tại các thời điểm nghiên cứu: T0: Thời điểm ban đầu, T1: Sau lần tiêm thuốc mê, T2: Ngay sau khi đặt mask thanh quản thành công; T3 – T10 : 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40 phút sau khi đặt mask thanh quản.

- Khởi mê: fentanyl 2 mcg/kg, propofol 3-4 mg/kg dò liều cho đến khi bệnh nhân mất tri giác → đặt mask thanh quản khi mất phản xạ mi mắt. Duy trì mê bằng sevofluran với MAC 0,8 – 1.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện mắt trung ương Hà Nội thông qua, giải thích về quy trình, mục đích của nghiên cứu và các thông tin về bệnh nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung về tuổi, giới, cân nặng

Chỉ số \ Nhóm		Nhóm I-gel (n=50)	Nhóm Classic (n=50)	p
Tuổi (năm)	(X̄±SD)	4,82±1,59	4,94±1,5	>0,05
	Min - Max	2 – 7	2 – 7	
Cân nặng (kg)	(X̄±SD)	17,48 ±4,06	17,43 ±3,63	>0,05
	Min - Max	11 – 25	10,5 – 25	
Giới tính	Nam (%)	46	60	>0,05
	Nữ (%)	54	40	

Nhận xét: Các đặc điểm về tuổi, cân nặng, giới tính của các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với p > 0,05.

3.2. Hiệu quả kiểm soát đường thở của mask thanh quản I-gel

Bảng 3.2. Số lần đặt mask thanh quản

Nhóm / Số lần đặt	Nhóm I-gel (n=50)	Nhóm Classic (n=50)	p
1 lần	50	42	<0,05
2 lần	0	7	<0,05
3 lần	0	1	<0,05

Nhận xét: Đặt mask thanh quản I-gel với tỷ lệ 100% thành công từ lần đặt đầu tiên, đặt mask thanh quản Classic với tỷ lệ thành công 84% trong lần đặt đầu tiên, 14% lần đặt thứ 2 và có 2% hoàn thành trong lần đặt thứ 3.

Bảng 3.3. Thời gian đặt mask thanh quản

Chỉ số / Nhóm		Nhóm I-gel (n=50)	Nhóm Classic (n=50)	p
Thời gian đặt mask (giây)	($\bar{X}$±SD)	12,68 ± 3,39	38,52 ± 7,38	<0,01
	Min – Max	10 – 20	26 – 58	

Nhận xét: Thời gian đặt mask thanh quản Classic lâu hơn và gấp khoảng 3 lần thời gian đặt mask thanh quản I-gel, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.4. Mức độ rò rỉ khí

Thời điểm / Nhóm	Nhóm I-gel (n=50)	Nhóm Classic (n=50)	p
T2	4,18 ± 2,36	4,37 ± 1,97	>0,05
T3	4,85 ± 2,45	4,79 ± 2,53	>0,05
T4	4,47 ± 2,32	4,6 ± 2,13	>0,05
T5	4,55 ± 2,42	4,57 ± 2,53	>0,05
T6	4,34 ± 2,21	5,22 ± 2,51	>0,05
T7	5,53 ± 3,06	5,3 ± 2,92	>0,05
T8	4,58 ± 2,34	4,71 ± 2,41	>0,05
T9	5,27 ± 2,56	5,31 ± 2,54	>0,05
T10	5,15 ± 2,75	5,03 ± 2,63	>0,05

Nhận xét: Mức độ rò rỉ khí sau khi đặt mask thanh quản của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu đều nhỏ hơn 10%, nằm trong giới hạn đảm bảo an toàn, và không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu với p > 0,05.

Bảng 3.5. Áp lực đỉnh đường thở

Thời điểm / Nhóm	Nhóm I-gel (n=50)	Nhóm Classic (n=50)	p
T2	12,48 ± 2,36	12,47 ± 2,47	>0,05
T3	13,21 ± 2,45	13,59 ± 2,53	>0,05
T4	13,47 ± 2,23	13,62 ± 2,13	>0,05
T5	13,15 ± 2,42	13,17 ± 2,33	>0,05
T6	12,54 ± 2,41	12,62 ± 2,51	>0,05
T7	13,35 ± 2,06	13,43 ± 2,12	>0,05
T8	12,58 ± 2,54	12,71 ± 2,31	>0,05
T9	12,27 ± 2,56	12,35 ± 2,45	>0,05
T10	12,15 ± 2,19	12,32 ± 2,25	>0,05

Nhận xét: Áp lực đỉnh đường thở tại các thời điểm nghiên cứu của các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với p > 0,05.

Bảng 3.6. Thay đổi giá trị $EtCO_2$

Thời điểm / Nhóm	Nhóm I-gel (n=50)	Nhóm Classic (n=50)	p
T1	34,47±1,33	34,9±1,56	>0,05
T2	33,67±2,13	34,0±1,84	>0,05
T3	33,7±2,25	34,03±2,13	>0,05
T4	34,67±2,76	33,97±2,77	>0,05
T5	33,93±2,14	34,23±2,11	>0,05
T6	33,73±2,14	34,37±2,35	>0,05
T7	35,23±1,27	34,83±1,23	>0,05
T8	34,47±1,38	35,12±1,64	>0,05
T9	34,67±1,54	34,84±1,65	>0,05
T10	34,47±1,17	35,17±1,25	>0,05

Nhận xét: Giá trị nồng độ CO_2 cuối thì thở ra của các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu nằm trong giới hạn cho phép và không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Độ tuổi của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu từ 2 đến 7 tuổi, trong đó tuổi trung bình của các bệnh nhân nhóm I-gel: 4,82 ± 1,59 tuổi, nhóm Classic: 4,94 ± 1,5 tuổi; cả hai nhóm: 4,88 ± 1,54 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả của chúng tôi thấp hơn độ tuổi trong nghiên cứu của tác giả Elaheh Allahyari và cộng sự[2] (5,68 ± 1,49 tuổi) và cao hơn độ tuổi trong nghiên cứu của tác giả Allison và cộng sự[3] do đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu của chúng tôi và nhóm tác giả này khác nhau.

Cân nặng trung bình của các bệnh nhân trong nhóm I-gel là 17,48 ± 4,06 kg tương đương với cân nặng trung bình của các bệnh nhân trong nhóm Classic là 17,43 ± 3,63 kg, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Cân nặng của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương cân nặng của các bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Allison và cộng sự[3], nhưng thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Elaheh Allahyari và cộng sự[2]. Có sự chênh lệch này là do đối tượng nghiên cứu của hai nhóm tác giả trên thực hiện trên trẻ em phương Tây với độ tuổi khác còn trong nghiên cứu chúng tôi tiến hành trên trẻ em Việt Nam, thường có chiều cao và cân nặng thấp hơn trẻ em phương Tây.

Về tỷ lệ giới tính các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong nhóm I-gel nữ giới chiếm ưu thế hơn, ngược lại với tỷ lệ giới tính tron nhóm Classic, tuy nhiên không có sự khác biệt về chỉ số này giữa hai nhóm nghiên cứu. Kết quả này

của chúng tôi tương đồng với kết quả của Elaheh Allahyari và cộng sự[2]; tác giả Allison và cộng sự[3].

4.2. Hiệu quả kiểm soát đường thở của mask thanh quản I-gel. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặt mask thanh quản I-gel với tỷ lệ thành công ngay lần đầu tiên là 100% cao hơn so với đặt mask thanh quản Classic 84%. Có 7 trường hợp (14%) phải đặt mask thanh quản Classic lần thứ hai và 1 trường hợp (2%) phải đặt lần thứ 3 mới thành công. Sự khác biệt về số lần đặt mask thanh quản ở hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sở dĩ chúng tôi thu được kết quả như vậy là do cấu trúc của mask thanh quản I-gel được thiết kế dạng silicon mềm, có một bộ ổn định khoang miệng có khuynh hướng điều chỉnh hình dạng của nó cho phù hợp với bệnh nhân. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Jeaven Singh và cộng sự[4], Reza Hashemian và cộng sự[5].

Thời gian đặt mask thanh quản phụ thuộc vào nhiều yếu tố như phân độ Mallampati, độ há miệng, khoảng cách cằm giáp, tình trạng răng miệng của bệnh nhân và sự thành thạo của người thực hiện kỹ thuật đặt mask thanh quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân tham gia đều không có yếu tố thông khí hay đặt nội khí quản khó, việc thực hiện kỹ thuật đặt mask thanh quản đều cùng một bác sĩ gây mê hồi sức giàu kinh nghiệm tiến hành, do đó kết quả thu được có tính chính xác và độ tin cậy cao.

Thời gian đặt mask thanh quản I-gel trung bình là 12,68 ± 3,39 giây ngắn hơn thời gian đặt mask thanh quản Classic trung bình là 38,52 ± 7,38 giây, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Jeaven Singh và cộng sự[4], Reza Hashemian và cộng sự[5]. Thời gian đặt mask thanh quản I-gel thành công trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể bởi vì mask thanh quản I-gel được thiết kế có dạng gel mềm với vòng bít mềm không bơm hơi,và có một bộ ổn định khoang miệng có khuynh hướng điều chỉnh hình dạng của nó với độ cong hầu họng của bệnh nhân[1].

Nguy cơ tiềm ẩn của việc đặt mask thanh quản là mask thanh quản không kín hoàn toàn, gây rò rỉ khí hoặc bơm hơi vào dạ dày. Do vậy, để đánh giá chính xác quá trình thông khí bằng mask thanh quản có hiệu quả thực sự hay không người ta đánh giá thông qua việc xác định mức độ rò rỉ khí của mask thanh quản là bao nhiêu**.** Theo tác giả Norbert Weiler, Federico Latorre và cộng sự tính % lượng khí rò rỉ bằng công thức: FL = (VTi – VTe)/ VTi, trong đó FL là phần trăm rò rỉ khí, VTi và VTe lần lượt là thể tích khí lưu thông ở thì hít vào và thở ra, FL < 10% được coi là thông khí có hiệu quả.

Mức độ rò rỉ khí của tất cả các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu đều dao động từ 4 – 6% trong suốt quá trình thông khí. Như vậy,thông khí bằng mask thanh quản I-gel và Classic trong nghiên cứu của chúng tôi được coi là thông khí hiệu quả và không có sự khác biệt nên có thể khẳng định rằng hiệu quả thông khí của mask thanh quản I-gel và mask thanh quản Classic là tương đương nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Seyed Mohammad Reza Hashemian và cộng sự[5], tác giả Won – Sung Shin và cộng sự, Ju-Hyun Lee và cộng sự[6] đều chứng minh rằng mức độ rò rỉ khí của mask thanh quản I-gel và mask thanh quản Classic là tương đương nhau.

Tại các thời điểm nghiên cứu khác trong quá trình thông khí của các bệnh nhân, áp lực đỉnh đường thở và $EtCO_2$ được giữ ở mức ổn định, không khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu và không khác biệt so với thời điểm ban đầu với p > 0,05. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Seyed Mohammad Reza Hashemian và cộng sự[5]. Dựa vào áp lực đỉnh của đường thở hay sóng $EtCO_2$ chúng ta cũng có thể đánh giá được độ kín của mask thanh quản có kín hay không, vì nếu mask thanh quản hở thì áp lực đường thở sẽ giảm xuống hay sóng $EtCO_2$ sẽ có bất thường. Qua đây, một lần nữa khẳng định mask thanh quản I-gel đảm bảo thông khí tốt cho bệnh nhân tương đương với mask thanh quản Classic.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả kiểm soát đường thở của mask thanh quản I-gel trong phẫu thuật lác ở trẻ em, chúng tôi rút ra kết luận:

– Mask thanh quản I-gel kiểm soát đường thở tốt và hiệu quả tương đương mask thanh quản Classic.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ismail SA, Bisher NA, Kandil HW, Mowafi HA, Atawia HA.** Intraocular pressure and haemodynamic responses to insertion of the i-gel, laryngeal mask airway or endotracheal tube. European journal of anaesthesiology. Jun 2011; 28(6):443-8. doi:10.1097/EJA.0b013e328345a413
2. **Allahyari E, Azimi A, Zarei H, Bamdad S.** Comparison of endotracheal intubation, laryngeal mask airway, and I-gel in children undergoing strabismus surgery. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University

of Medical Sciences. 2021;26:9. doi:10.4103/jrms.JRMS_325_19
3. **Allison CE, De Lange JJ, Koole FD, Zuurmond WWA, Ros HH, van Schagen NT.** A Comparison of the Incidence of the Oculocardiac and Oculorespiratory Reflexes During Sevoflurane or Halothane Anesthesia for Strabismus Surgery in Children. 2000;90(2):306-310. doi:10.1213/00000539-200002000-00012
4. **Singh J, Yadav MK, Marahatta SB, Shrestha BL.** Randomized crossover comparison of the laryngeal mask airway classic with i-gel laryngeal mask airway in the management of difficult airway in post burn neck contracture patients. Indian journal of anaesthesia. Jul 2012;56(4):348-52. doi:10.4103/0019-5049.100815
5. **Reza Hashemian SM, Nouraei N, Razavi SS, et al.** Comparison of i-gel™ and laryngeal mask airway in anesthetized paralyzed patients. International journal of critical illness and injury science. Oct-Dec 2014;4(4):288-92. doi:10.4103/2229-5151.147520
6. **Kim MS, Oh JT, Min JY, Lee KH, Lee JR.** A randomised comparison of the i-gel™ and the Laryngeal Mask Airway Classic™ in infants. Anaesthesia. Apr 2014;69(4):362-7. doi:10.1111/anae.12592

SA SÚT TRÍ TUỆ TRONG BỆNH MẠCH MÁU NÃO NHỎ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Bùi Kim Nga[1,2], Nguyễn Trọng Hưng[1,3], Trần Anh Tuấn[1,4], Nguyễn Thị Hiền[5], Nguyễn Hiền Khanh[6]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu não nhỏ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 100 bệnh nhân có tổn thương máu mạch não nhỏ được khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương được chia thành 2 nhóm, nhóm có SSTT (30 bệnh nhân) và nhóm không có SSTT (70 bệnh nhân). **Kết quả**: Trong nghiên cứu này, có 30% bệnh nhân có SSTT, 70% bệnh nhân không SSTT; bệnh nhân có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống mắc SSTT gấp 2,7 lần so với trình độ trên trung học phổ thông. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,027 (p< 0,05) và OR 95%CI: 2,7(1,1-6,7); bệnh nhân có tổn thương chất trắng mắc SSTT gấp 5,2 lần so với không có tổn thương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,001 (p< 0,05) và OR 95%CI: 5,2(1,8-14,6); bệnh nhân có kết hợp nhiều tổn thương mắc SSTT gấp 5,6 lần so với bệnh nhân có tổn thương đơn thuần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,005 (p< 0,05) và OR 95%CI: 5,6(1,7-18,5). **Kết luận**: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 30% bệnh nhân có SSTT, 70% bệnh nhân không SSTT. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, thể tổn thương và SSTT do bệnh mạch máu não nhỏ. ***Từ khoá:*** Sa sút trí tuệ, mạch máu não nhỏ, rối loạn nhận thức.

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ
[3]Bệnh viện Lão khoa Trung ương
[4]Bệnh viện Bạch Mai
[5]Trường Đại học y dược - Đại học Thái Nguyên
[6]Trường Đại học ngoại ngữ - Đại học quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hưng
Email: nguyentronghung67@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024
Ngày duyệt bài: 27.11.2024

SUMMARY

DEMENTIA IN CEREBRAL SMALL VASCULAR DISEASE AND SOME RELATED FACTORS

Objective: To investigate some factors related to dementia in small vessel disease of the brain at the Central Geriatric Hospital**. Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study of 100 patients with small vessel disease of the brain examined and treated at the Central Geriatric Hospital, divided into 2 groups, the group with dementia (30 patients) and the group without dementia (70 patients)**. Results:** In this study, 30% of patients had dementia, 70% of patients did not have dementia; Patients with a high school education or less are 2.7 times more likely to develop dementia than those with a high school education or higher. The difference is statistically significant with p=0.027 (p< 0.05) and OR 95%CI: 2.7(1.1-6.7); Patients with white matter lesions have 5.2 times more dementia than those without lesions. The difference is statistically significant with p=0.001 (p< 0.05) and OR 95%CI: 5.2(1.8-14.6); Patients with a combination of multiple lesions have 5.6 times more dementia than those with single lesions. The difference is statistically significant with p=0.005 (p< 0.05) and OR 95%CI: 5.6(1.7-18.5). **Conclusion:** In our study, 30% of patients had dementia, 70% of patients did not have dementia. There is a relationship between education level, type of injury and dementia due to cerebral small vessel disease. ***Keywords:*** Dementia, small vessel disease, cognitive disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một hội chứng rối loạn nhiều chức năng cao cấp của vỏ não bao gồm trí nhớ, tư duy, định hướng, sự hiểu biết, tính toán, khả năng học tập, ngôn ngữ và sự phán đoán. Các rối loạn này tiến triển dần dần, tuỳ theo giai đoạn mà người bệnh có thể bị phụ thuộc vào người thân một phần hay toàn bộ [1].