

toàn khuyết hồng nền sọ. (B) dùng vạt niêm mạc xoang bướm 2 bên. (C) vạt niêm mạc xoang bướm che phủ gần hoàn toàn khuyết hồng nền sọ

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng những ca bệnh xoang bướm nhiều vách ngăn khiến việc lấy và sử dụng vạt dễ dàng hơn, nhờ có diện tích niêm mạc lớn hơn. Còn lại, các trường hợp cũng được phẫu thuật nội soi nhưng không đảm bảo yêu cầu về vạt xoang bướm chúng tôi không đưa vào nghiên cứu như: mất cấu trúc giải phẫu do mổ lại (13 ca); niêm mạc quá mỏng (4 ca); nhiễm trùng-viêm mũi xoang bướm (2 ca). Các trường hợp khối u xâm lấn xoang bướm làm mất cấu trúc giải phẫu bình thường cũng được một số tác giả coi như không đủ điều kiện để sử dụng vạt này^{4,5} tuy nhiên chúng tôi không gặp ca nào tương tự. Nhờ tính tiện lợi cũng như hiệu quả của SSMF mang lại, chúng tôi đồng tình với các tác giả^{4,6} cho rằng vạt nên được sử dụng với bất kỳ ca bệnh nào có thể, và tùy từng trường hợp phân độ chảy DNT trong mỗi khác nhau mà đưa ra những áp dụng phù hợp để đạt được kết quả tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng vạt niêm mạc xoang bướm để tái tạo nền sọ sau mổ nội soi bệnh lý vùng hố yên qua đường mũi có những ưu điểm như: linh hoạt, dễ sử dụng, khôi phục lại đặc điểm giải phẫu, thúc đẩy quá trình tái tạo niêm mạc, nhờ đó giúp giảm các biến chứng tại chỗ sau mổ. Vạt niêm mạc xoang bướm nên được chuẩn bị và sử dụng ở bất kỳ ca nào có thể, và được xem như một phương pháp tái tạo nền sọ riêng biệt hoặc bổ trợ cho các phương pháp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jankowski R, Auque J, et al: Endoscopic pituitary tumor surgery. Laryngoscope (1992) 102: 198-202.
2. Jae-Hyun Park M.D., Jai Ho Choi M.D., et al: Modified Graded Repair of Cerebrospinal Fluid Leaks in Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Surgery. J Korean Neurosurg Soc (2015) 58: 36-42.
3. Mendel Castle-Kirszbaum, Yi Yuen Wang, et al: Closure of skull base defects after endoscopic endonasal transsphenoidal surgery: the role of the local sphenoid mucosal flap for low flow leaks. Neurosurgical Review (2022) 45: 429-437
4. Kosaku Amano, Tomokatsu Hori, et al: Repair and prevention of cerebrospinal fluid leakage in transsphenoidal surgery: a sphenoid sinus mucosa technique. Neurosurgical Review (2015) 39: 123-31.
5. Tae-Mi Yoon, Sang-Chul Lim, et al: Utility of sphenoid mucosal flaps in transnasal transsphenoidal surgery. Acta Oto-Laryngologica (2008) 128: 785-789.
6. Erden Goljo, Eliezer Kinberg, et al: Reconstruction of a skull base defect after endoscopic endonasal resection of a pituitary adenoma: Sphenoid mucosal flaps. American Journal of Otolaryngology (March-April 2018) 39 (2): 253-256.
7. Gondim JA, Almeida JP, Albuquerque LA, et al: Endoscopic endonasal approach for pituitary adenoma: surgical complications in 301 patients. Pituitary (Jun 2011) 14(2):174-83
8. Kassam AB, Prevedello DM, et al: Endoscopic endonasal skull base surgery: analysis of complications in the authors' initial 800 patients. J Neurosurg (2011) 114(6):1544-68
9. Andrew Conger M.D., Fan Zhao M.D. et al: Evolution of the graded repair of CSF leaks and skull base defects in endonasal endoscopic tumor surgery: trends in repair failure and meningitis rates in 509 patients. J Neurosurg (Mar 2019) 130(3):861-875

TĂNG THÂN NHIỆT ÁC TÍNH: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Thị Nguyệt¹, Trần Quang Hải², Trần Hoàn²

TÓM TẮT

Tăng thân nhiệt ác tính trong gây mê còn được gọi là sốt cao ác tính - là phản ứng tăng thân nhiệt đe dọa tính mạng tiến triển xảy ra trong quá trình gây mê toàn thân. Tăng thân nhiệt ác tính có cơ sở di truyền tiềm ẩn và những cá nhân dễ mắc bệnh về mặt di

truyền có nguy cơ phát triển tăng thân nhiệt ác tính nếu họ tiếp xúc với bất kỳ thuốc mê đường hô hấp hoặc thuốc giãn cơ khử cực. Nó cũng có thể được mô tả là hội chứng tăng chuyển hóa ác tính. Không có đặc điểm lâm sàng cụ thể nào của tăng thân nhiệt ác tính và tình trạng này có thể gây tử vong trừ khi được phát hiện ở giai đoạn đầu và điều trị kịp thời, tích cực. Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng có thể gặp là nhịp tim nhanh, tăng thân nhiệt, tăng CO₂ máu, nhiễm toan, cứng cơ, tiêu cơ vân, tăng kali máu, loạn nhịp tim và suy thận. Tỷ lệ tử vong nếu không điều trị đặc hiệu là 80% và giảm xuống còn 5% khi sử dụng Dantrolene. Bài viết này trình bày trường hợp một bệnh nhân 13 tuổi có tình trạng tăng thân nhiệt ác tính trong quá trình phẫu thuật chỉnh vẹo cột sống bẩm sinh. Sau khi khởi mê ổn định, tư thế nằm sấp,

¹Bệnh viện Đại học Phenikaa

²Bệnh viện Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Nguyệt

Email: nguyetlt@phenikaamec.vn

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

tiến hành phẫu thuật, duy trì mê bằng thuốc mê sevoflurane. Trong quá trình duy trì mê trong phẫu thuật xuất hiện các triệu chứng EtCO₂ tăng cao nhanh bất thường, mạch nhanh và tăng thân nhiệt. Bệnh nhân được xử trí theo hướng tăng thân nhiệt ác tính, loại bỏ khí mê dạng hít, hồi sức hạ thân nhiệt bảo vệ não và sử dụng Dantrolen. Sau phẫu thuật bệnh nhân được tiếp tục điều trị tại hồi sức tích cực, bệnh nhân tỉnh, các chỉ số lâm sàng và xét nghiệm ổn định, rút nội khí quản sau 24h.

Từ khóa: Tăng thân nhiệt ác tính, tăng EtCO₂, phẫu thuật cột sống, thuốc Dantrolene.

SUMMARY

MALIGNANT HYPERTHERMIA: A CLINICAL CASE REPORT

Malignant hyperthermia during anesthesia is a progressive, life-threatening hyperthermia reaction that occurs during general anesthesia. Malignant hyperthermia has an underlying genetic and genetically susceptible individuals are at risk of developing malignant hyperthermia if they are exposed to any inhaled anesthetic or depolarizing muscle relaxant. It can also be described as malignant hypermetabolic syndrome. There are no specific clinical features of malignant hyperthermia, and the condition can be fatal unless detected in its early stages and treated promptly and aggressively. Possible clinical signs and symptoms are tachycardia, hyperthermia, hypercapnia, acidosis, muscle stiffness, rhabdomyolysis, hyperkalemia, arrhythmia and renal failure. The mortality rate without specific treatment is 80% and reduces to 5% when using Dantrolene. This article presents the case of a 13-year-old patient who developed malignant hyperthermia during surgery scoliosis. After anesthesia, the patient is placed prone, surgery is performed, anesthesia is maintained with sevoflurane. During the surgery of maintaining anesthesia, symptoms of abnormally high EtCO₂, rapid pulse and hyperthermia appear. The patient was treated according to malignant hyperthermia, removing inhaled anesthetic gas, resuscitating hypothermia to protect the brain, and using Dantrolene. After surgery, the patient continued to be treated in intensive care. The patient was awake, clinical and laboratory indicators were stable, and was extubated after 24 hours.

Keywords: Malignant hyperthermia, increased EtCO₂, Spine surgery, Dantrolene drug.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng thân nhiệt ác tính là một rối loạn được lý di truyền của hệ cơ xương, đặc trưng bởi trạng thái tăng chuyển hóa liên quan đến gây mê [2]. Cơ chế bệnh sinh liên quan đến đột biến gen RYR1, CACNS1S và STAC3 [3], chịu trách nhiệm kiểm soát cân bằng canxi nội bào. Ở những cá thể dễ bị tổn thương, kích thích gây ra sự hoạt hóa quá mức các thụ thể, dẫn đến giải phóng Ca⁺⁺ không kiểm soát từ lưới nội chất của tế bào cơ, dẫn đến tăng Ca⁺⁺ nội bào, chịu trách nhiệm kích hoạt enzym dẫn đến giảm tiêu thụ

ATP và O₂ và tăng chuyển hóa kỵ khí, dẫn đến tăng nhiệt và nhiễm toan lactic.

Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng trong cơn tăng thân nhiệt ác tính được đặc trưng bởi nhịp tim nhanh, tăng CO₂ máu, loạn nhịp tim, co cứng cơ, tím tái, nhiễm toan chuyển hóa và hô hấp, nhiễm toan lactic, tăng thân nhiệt, bệnh lý đông máu và tiêu cơ vân [4].

Tỷ lệ tử vong nếu không được điều trị lên tới 80%, giảm xuống còn 5% khi được phát hiện, chẩn đoán sớm, áp dụng các biện pháp hỗ trợ và điều trị hiệu quả, bao gồm việc ngừng sử dụng thuốc mê nhóm halogen, tăng thông khí với 100% O₂ và sử dụng Dantrolene, một thuốc giãn cơ ức chế giải phóng Ca⁺⁺ từ lưới nội chất bằng cách tác động lên RYR1 [2].

Chẩn đoán hoàn toàn dựa trên lâm sàng, trong khi xác nhận sau sự kiện được thực hiện bằng xét nghiệm cơ thắt halothane-cafeine hoặc nghiên cứu di truyền về các đột biến của gen liên quan [3] [5].

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Chúng tôi trình bày bệnh nhân nữ, 13 tuổi, cao 132cm nặng 56kg (BMI 32), được chẩn đoán "gù vẹo cột sống bẩm sinh", đến khám và được chỉ định phẫu thuật chỉnh vẹo cột sống tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tiền sử chưa phẫu thuật hay gây mê gì, không có tiền sử dị ứng hoặc phản vệ. Các thành viên trong gia đình cũng chưa có tiền sử tiếp xúc các thuốc mê.

Khám trước phẫu thuật bệnh nhân không có dị tật hàm mặt, tứ chi. Lồng ngực biến dạng nhiều, nghe phổi thông khí rõ, không rale. Tim nhịp đều tần số 90l/p không có tiếng bất thường. ECG nhịp xoang đều, sóng trong giới hạn bình thường. Siêu âm tim cấu trúc tim bình thường, EF 74%. Xét nghiệm sinh hóa, Đông máu cơ bản và Công thức máu bình thường.

Bệnh nhân được đặt đường truyền ngoại vi, lắp máy theo dõi ghi nhận tần số tim 85l/phút, HA 115/65mmHg, SpO₂ 99%. Tiến hành khởi mê bằng fentanyl 0,1mg; propofol 120mg, esmeron 40mg. Thiết lập catheter TMTT và huyết áp động mạch xâm lấn. Duy trì mê bằng Sevoflurane 2%, FiO₂ 60%. Diễn biến giai đoạn đầu sau gây mê và phẫu thuật thuận lợi. Sau khi gây mê khoảng 2h, bệnh nhân xuất hiện EtCO₂ tăng dần mà không thay đổi thân đồ cũng như áp lực đường thở. Ban đầu, kiểm tra điều chỉnh thông khí phút, kiểm tra mạch, thay thế vôi soda nhưng EtCO₂ vẫn tiếp tục tăng với mức tăng cao nhất lên 90 mmHg. Có sự gia tăng nhiệt độ đi kèm với mức cao nhất là 40°C được ghi lại bằng đo thân nhiệt ngoại vi. Bệnh nhân cũng tăng nhịp tim với

mức 117 nhịp/phút, nhưng huyết áp chỉ tăng nhẹ lên 130/7 mmHg, không có hiện tượng co cứng cơ. Nghi ngờ tăng thân nhiệt ác tính, ngắt khí sevoflurane, loại bỏ tối đa lượng khí mê như thay dây máy thở, quả lọc, vôi soda, thay thế bằng propofol bơm kim điện và tăng FiO₂ lên 100%, điều chỉnh rối loạn kiềm toan.

Bác sĩ phẫu thuật được thông báo và yêu cầu đẩy nhanh ca phẫu thuật. Hạ thân nhiệt bằng truyền tĩnh mạch Paracetamol 1g, dung dịch Natriclorua 0.9% lạnh. Truyền dung dịch lạnh qua sonde dạ dày. Chườm đá khô bề mặt để kiểm soát nhiệt độ tăng cao. Mẫu khí máu tại thời điểm này cho thấy kết quả sau: pH 7,13, pCO₂ 82 mmHg, pO₂ 236 mmHg, kiềm dư -16,9, HCO₃ 10.6 mEq/L, lactat 3.2, Na 136.7 mEq/L và K 4.55 mEq/L gợi ý tình trạng toan hô hấp và chuyển hóa hỗn hợp. Các xét nghiệm khác của bệnh nhân được thực hiện trong khi phẫu thuật là creatinine kinase 1176 IU, urê máu 3.0

mmol/l, creatinine 56 umol/l, myoglobin niệu 90 mg/l. Sau khi thực hiện xử trí như trên EtCO₂ không tăng và có hướng giảm nhẹ, thân nhiệt không tăng thêm.

Thuốc Dantrolene được lựa chọn cho chứng tăng thân nhiệt ác tính nhưng không có sẵn tại bệnh viện của chúng tôi. Chúng tôi đã xin viện trợ thuốc từ tổ chức Operation Smile Việt Nam. Sau khi sử dụng 60mg (3 lọ) truyền tĩnh mạch nhanh cũng như làm mát tích cực, EtCO₂ giảm nhanh, thân nhiệt hạ dần. Ca phẫu thuật hoàn thành trong vòng 4 giờ, bệnh nhân được chuyển ICU để theo dõi sau phẫu thuật. Các mẫu máu bao gồm xét nghiệm chức năng tuyến giáp nằm trong giới hạn bình thường

Bệnh nhân được rút nội khí quản sau 24 giờ thở máy khi thân nhiệt, CO₂ cuối thì thở ra, tình trạng toan kiềm trở lại bình thường và bệnh nhân đạt tiêu chuẩn rút nội khí quản.

Bảng 1: Các chỉ số xét nghiệm theo thời gian

	Cơ sở	3 giờ	6 giờ	24 giờ	48 giờ	4 ngày	Phạm vi tham chiếu
Dấu hiệu nhiễm toan chuyển hóa							
pH	7.13	7.41	7.42	7.35			7.35-7.45
pCO ₂ mmHg	82	45	38	40			35-45
pO ₂ mmHg	236	246	250	225			80-100
Bicarbonat mmol/l	11.8	20.8	20	21			22-28
kiềm dư mmol/l	-16,9	-5,4	-4	-3,8			-2,5 – 2,5
lactat mmol/l	3,2	1,5	1		1,41	1,22	1- 2,2
Các chỉ số cận lâm sàng							
CK U/l	1176		1179	1417		417,9	<145
ALT (GPT) U/l	44		51	36,9			<35
AST (GOT) U/l	40,4		61,7	46,3			<35
Creatinine umol/l	56		44,6	43,4		35,5	58-96
Kali mmol/l	4,55	4,05	3,75	3,16	3,36	3,38	4,4 – 4,5
Canxi mmol/l			2,32				2,1-2,55
Myoglobin niệu mg/l	90						

Gia đình bệnh nhân đã được thông báo về chẩn đoán nghi ngờ tăng thân nhiệt ác tính ở bệnh nhân và nguy cơ tái phát ở bệnh nhân và các thành viên khác trong gia đình khi tiếp xúc với thuốc gây mê trong tương lai, được tư vấn xét nghiệm tìm các bất thường về gen liên quan đến bệnh. Sự việc này cũng được đề cập trong hồ sơ gây mê của bệnh nhân để tham khảo trong tương lai.

III. BÀN LUẬN

Tăng thân nhiệt ác tính là một bệnh cơ liên quan đến cân bằng canxi cơ xương bất thường để đáp ứng với các tác nhân kích hoạt như succinylcholine và halothane. Nồng độ canxi cao kéo dài trong lưới cơ tương dẫn đến tăng chuyển hóa hiếu khí và đường phân dẫn đến nhiễm

toan, cứng cơ, thay đổi tính thấm và tăng kali máu [1]. Chẩn đoán tăng thân nhiệt ác tính chủ yếu dựa trên các thông số lâm sàng tại thời điểm xảy ra rối loạn chuyển hóa nặng, sau đó được xác nhận bằng xét nghiệm sinh thiết cơ.

Mặc dù cơ chế chính xác của chứng tăng thân nhiệt ác tính vẫn chưa được hiểu đầy đủ, nhiều bằng chứng thực nghiệm đã chỉ ra rằng nó là do giải phóng quá mức canxi tế bào chất tự do từ lưới cơ tương khi tiếp xúc với các tác nhân kích hoạt đã đề cập trước đó [4]. Canxi được giải phóng liên kết với troponin C dẫn đến di chuyển tropomyosin ra khỏi các vị trí liên kết myosin, gây co cơ [2]. Sự giải phóng canxi đột ngột này vượt quá khả năng phục hồi cân bằng nội môi của tế bào thông qua các cơ chế hiệu quả và kỵ khí; điều này dẫn đến co cơ kéo dài và làm

cạn kiệt dự trữ ATP [1]. Điều này sẽ tạo ra áp lực cơ học cao lên các tế bào cơ khiến màng tế bào mất tính toàn vẹn, rò rỉ ion và rối loạn điện giải, thường gặp nhất là tăng kali máu. Các phân tử lớn hơn bao gồm creatinine kinase và myoglobin cũng bị mất khỏi cơ.

Larach và cộng sự [6] đã mô tả một hệ thống tính điểm để chẩn đoán cho bệnh nhân tăng chuyển hóa là tăng thân nhiệt ác tính bằng cách sử dụng các thông số khác nhau trong cơn khủng hoảng chuyển hóa [Bảng 2 và 3]. Theo cách phân loại này, một bệnh nhân có điểm > 50 điểm chắc chắn là trường hợp tăng thân nhiệt ác tính. Bệnh nhân của chúng tôi có số điểm là 75 điểm [Bảng 4] với các triệu chứng lâm sàng khởi phát sau gây mê và duy trì mê bằng sevoflurane như CO₂ cuối thì thở ra tăng nhanh, thân nhiệt tăng nhanh và cao, mạch nhanh và xét nghiệm khí máu có toan chuyển hóa nặng, tăng creatinine kinase máu. Khi sử dụng thuốc Dantrolene thì các triệu chứng lâm sàng bất lợi giảm nhanh, khẳng định chẩn đoán tăng thân nhiệt ác tính ở bệnh nhân này. Tuy nhiên không gặp hiện tượng co cứng cơ hay tăng K⁺ máu. Hơn nữa, các nguyên nhân khác gây ra cơn rối loạn chuyển hóa như cơn bão giáp hoặc u tủy thượng thận đã được loại trừ bằng xét nghiệm chức năng tuyến giáp bình thường và không có tiền sử gợi ý về u tủy thượng thận.

Bảng 2. Thang điểm các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng tăng thân nhiệt ác tính [6]

Chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng	Điểm
Run cơ	
Run cơ toàn thân/ diện rộng	15
Run cơ cẳng	15
Tổn thương cơ	
CK > 20.000 (Bệnh nhân có sử dụng giãn cơ khử cực suxamethonium)	15
CK > 10.000 (Bệnh nhân không sử dụng giãn cơ khử cực suxamethonium)	15
Nước tiểu màu coca	10
Myoglobin niệu > 60mg/l	5
K ⁺ máu/ huyết tương > 6mEq/l	3
Nhiễm toan hô hấp	
EtCO ₂ > 55 với thông khí kiểm soát	15
PaCO ₂ > 60 với thông khí kiểm soát	15
EtCO ₂ > 60 với tự thở	15
Mạch nhanh bất thường	10
Nhiệt độ tăng cao	
Nhiệt độ tăng nhanh bất thường	15
Nhiệt độ > 38.8 °C trong quá trình phẫu thuật hoặc chu phẫu	10
Bất thường về tim mạch	
Rối loạn mạch	3
Nhịp nhanh/loạn nhịp	3

Khác	
Kiểm dư hơn -8mEq/l	10
pH máu < 7.25	10
Các dấu hiệu lâm sàng của tăng thân nhiệt ác tính về toan hô hấp/chuyển hóa giảm nhanh sau sử dụng Dantrolene	5

Bảng 3. Ý nghĩa lâm sàng của điểm số tăng thân nhiệt ác tính [6]

Điểm	Phân độ sốt cao ác tính	Mô tả chẩn đoán
0	1	Chắc chắn không phải
3 - 9	2	Không giống
10 - 19	3	Có vẻ giống mức độ thấp
20 - 34	4	Có vẻ giống mức độ cao
35 - 49	5	Rất giống
≥50 điểm	6	Chắc chắn

Bảng 4. Điểm số tăng thân nhiệt ác tính ở bệnh nhân

Chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng	Điểm
PaCO ₂ máu động mạch >60mmHg với thông khí kiểm soát phù hợp	15
EtCO ₂ > 55 với thông khí kiểm soát	15
Nhiệt độ tăng nhanh	15
pH máu động mạch < 7.25	10
Kiểm dư > -8mEq/l	10
Myoglobin niệu > 60mg/l	5
Các dấu hiệu lâm sàng của tăng thân nhiệt ác tính về toan hô hấp/ chuyển hóa giảm nhanh sau sử dụng Dantrolene	5
Tổng điểm	75

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng thân nhiệt ác tính của các hiệp hội gây mê trên thế giới, trong lâm sàng khi chẩn đoán sốt cao ác tính, nên bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt, ngắt thuốc gây mê, sử dụng thuốc Dantrolene, đồng thời điều trị triệu chứng tăng thân nhiệt, điều chỉnh rối loạn thăng bằng kiềm toan, loạn nhịp tim, suy thận nếu có [1] [4]. Dantrolene là thuốc giãn cơ tác động ở mức thụ thể RYR1, làm giảm lượng canxi nội bào và làm chậm sự co cơ xương lớn. Ban đầu nên dùng liều 2,5 mg/kg dưới dạng tiêm tĩnh mạch và liều này nên được lặp lại sau mỗi 3-5 phút cho đến khi các dấu hiệu được kiểm soát, sau đó duy trì liều 1 mg/kg sau mỗi 6 giờ để ngăn ngừa cơn tái phát. Bệnh nhân nên được theo dõi tại ICU ít nhất 24 giờ do nguy cơ tái phát.

Trong trường hợp ca lâm sàng được báo cáo của chúng tôi, chỉ cần dùng một liều, không xuất hiện cơn tiếp theo. Sau khi cơn đã được kiểm soát, bệnh nhân được chuyển đến ICU, theo dõi và điều trị. Sau 24 giờ, bệnh nhân tỉnh, các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ổn định, người bệnh được rút nội khí quản. Người bệnh được

theo dõi tại khu hồi sức, chuyển khoa điều trị sau 72 giờ, ổn định xuất viện sau 14 ngày.

Xác nhận tăng thân nhiệt ác tính được thực hiện bằng test halothan - caffeine và được chỉ định khi bệnh nhân đã có phản ứng đáng ngờ trước đó hoặc ở những bệnh nhân có tiền sử gia đình [5].

Khả năng di truyền được mô tả trong tăng thân nhiệt ác tính chứng minh cho việc thực hiện nghiên cứu di truyền nhằm tìm kiếm sự hiện diện của đột biến và tư vấn di truyền tiếp theo trong các gia đình có tiền sử.

IV. KẾT LUẬN

Tăng thân nhiệt ác tính nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời có thể dẫn tới tử vong. Tử vong do tăng thân nhiệt ác tính giảm đi nếu sử dụng thuốc đặc trị Dantrolene sớm và đúng phác đồ. Nguy cơ tử vong sẽ cao hơn ở những bệnh nhân cao tuổi nhiều bệnh kèm theo hay người trẻ tuổi có khối cơ lớn, và những người có tình trạng đông máu trong lòng mạch.

Ca lâm sàng này được phát hiện sớm, xử trí kịp thời bằng Dantrolene (thuốc của hội Operation smile Việt Nam) nên bệnh nhân thoát được nguy cơ tử vong của tăng thân nhiệt ác tính.

V. KIẾN NGHỊ

EtCO₂ tăng cao bất thường là dấu hiệu chỉ điểm sớm trong tăng thân nhiệt ác tính vì vậy theo dõi EtCO₂ thường quy sẽ giúp bác sỹ gây mê chẩn đoán sớm nhiều bệnh lý diễn biến bất thường trong gây mê hồi sức.

Cần có trong tủ thuốc Dantrolene là thuốc đối kháng duy nhất được sử dụng để điều trị các phản ứng trong tăng thân nhiệt ác tính.

Tư vấn di truyền được khuyến cáo cho các trường hợp loạn dưỡng cơ, bệnh lý cơ hoặc tăng thân nhiệt ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P.M.Hopkins, T.Grard, S.Dalay, B. Jenkins, A. Thacker, E.Patteril, "Guideline : Malignant hyperthermia 2020," Anaesthesia, vol. 76, pp. 655-664, 2021.
2. Rosenberg H, Pollock N, Schiemenn A, Bugar T, Stowell K, "Malignant hyperthermia: a review," Orphanet J Rare diseases, vol. 10, p. 93, 2015.
3. Litman RS, Griggs SM, et al., "Malignant hyperthermia susceptibility and related diseases," Anesthesiology, vol. 128, pp. 159-167, 2018.
4. Glahn K, Ellis FR, Halsal PJ, Miller SR, et al, "Recognizing and managing a malignant hyperthermia crisis: guidelines from the European Malignant hyperthermia Group," Br.J Anaesth, vol. 105, no. 4, pp. 417-420, 2010.
5. Larach MG, Gronert GA, Allen GC, "Clinical presentation, treatment and complication of malignant hyperthermia in North American from 1987 to 2006," Anesth Anal., vol. 110, pp. 498-507, 2010.
6. Larach MG, Localio AR, Allen GC, Denborough MA, Ellis FR, Gronert GA, et al, "A clinical grading scale to predict malignant hyperthermia susceptibility," Anaesthesiology, vol. 80, no. 9, p. 771, 1994.
7. "A protocol for the investigation of malignant hyperpyrexia (MH) susceptibility," The European Malignant Hyperpyrexia Group. Br J Anaes, vol. 9, no. 56, p. 1267, 1984.

HIỆU QUẢ CỦA ERYTHROMYCIN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH VẢY PHẤN HỒNG GIBERT

Trần Thị Huyền^{1,2}, Phạm Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Đây là một nghiên cứu can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả của erythromycin đường uống trong điều trị bệnh vảy phấn hồng Gibert mức độ trung bình và nặng. Nhóm nghiên cứu được uống erythromycin 250mg 4 viên/ ngày, chia 2 lần, cùng các thuốc khác trong 2 tuần; nhóm chứng không dùng erythromycin đường uống. Sau 4 tuần điều trị, hiệu số điểm mức độ ngứa PNRS (Pruritus Numeric Rating Scale) của nhóm

erythromycin là $1,7 \pm 1,3$; của nhóm chứng là $1,6 \pm 1,4$ ($p=0,85$); hiệu số điểm mức độ bệnh PRSS (Pityriasis Rosea Severity Score) của nhóm erythromycin là $13,7 \pm 6,4$; của nhóm chứng là $10,1 \pm 6,4$ ($p=0,03$). Tỷ lệ khỏi của nhóm erythromycin là 33,3%, cao hơn so với nhóm chứng (20%) nhưng $p>0,05$. Ở nhóm erythromycin, có 2 trường hợp gặp tác dụng không mong muốn, trong đó 1 trường hợp (3,3%) biểu hiện ở đường tiêu hóa (buồn nôn, đau thượng vị), 1 trường hợp khác (3,3%) biểu hiện trên da (phát ban tạm thời). Erythromycin có thể là một lựa chọn phù hợp trong điều trị vảy phấn hồng mức độ trung bình và nặng. **Từ khóa:** Erythromycin, human herpes virus-7, pityriasis rosea of Gibert

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF ERYTHROMYCINE IN THE TREATMENT OF PITYRIASIS ROSEA

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025