

có 47,4% chủng E. coli có khả năng sinh ESBL. E.coli đề kháng với tất cả kháng sinh thử nghiệm với các mức độ khác nhau. Do đó giám sát thường xuyên về mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn để giúp công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, quản lý và sử dụng kháng sinh hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. IDF Diabetes Atlas 2021

2. **Demiss Nigusie, Anteneh Amsalu (2017).** Prevalence of uropathogen and their antibiotic resistance pattern among diabetic patients. Turk J Urol 2017; 43(1): 85-92

3. **Orna Nitzan, Mazen Elias, Bibiana Chazan et al (2015).** Urinary tract infections in patients with type 2 diabetes mellitus: review of prevalence, diagnosis, and management. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy, 8, 129-136.

4. **Nguyễn Thị Thu Hương, Đỗ Gia Tuyền (2021).** Nhiễm khuẩn tiết niệu ở người bệnh đái tháo đường – kết quả từ các nghiên cứu trong bối cảnh ra đời nhóm thuốc hạ đường huyết mới ức chế SGLT2. Tạp chí nội tiết và đái tháo đường Việt Nam, số 20/2021.

5. **Kaleem UZ, Abdul HS, Asher F et al (2019).** Frequency of urinary tract infection and antibiotic sensitivity of uropathogens in patients with diabetes. Pak J Med Sci. 2019;35(6):1664-1668

6. **Abdulaziz Alqasim, Ahmad Abu Jaffal, and Abdullah A. Alyousef (2018).** Prevalence of Multidrug Resistance and Extended-Spectrum β -Lactamase Carriage of Clinical Uropathogenic Escherichia coli Isolates in Riyadh, Saudi Arabia. International Journal of Microbiology, Volume 2018, Article ID 3026851, 9 pages

7. **Cao Minh Nga và các cộng sự (2010).** Sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người lớn. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 8.

8. **Trần Thị Thủy Trinh và Bùi Mạnh Côn (2016).** Đề kháng kháng sinh của các tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại bệnh viện An Bình năm 2015. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 20(5), tr.6.

9. **Huỳnh Minh Tuấn và các cộng sự (2015).** Khảo sát phổ vi khuẩn gây nhiễm trùng tiểu và phổ đề kháng kháng sinh của chúng trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện đại học y dược thành phố hồ chí minh. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 19(1), tr. 6.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN CÓ VIDEO HỖ TRỢ CHO BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ

Dương Anh Khoa¹, Nguyễn Quốc Kính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả kiểm soát đường thở bằng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ (Uescope) và đèn soi thanh quản với lưỡi đèn Macintosh cho bệnh nhân phẫu thuật chấn thương cột sống cổ. Đánh giá sự an toàn, tác dụng không mong muốn đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ và đèn soi thanh quản với lưỡi đèn Macintosh cho bệnh nhân phẫu thuật chấn thương cột sống cổ. Phương pháp nghiên cứu: Trên 80 bệnh nhân phẫu thuật chấn thương cột sống cổ gồm nhóm I dùng đèn đặt NKQ có Video hỗ trợ (n = 40) và nhóm II đặt NKQ bằng lưỡi đèn Macintosh (n = 40). Theo dõi tỷ lệ thành công lần 1, Cormack và Lehane, POGO, thời gian đặt NKQ tính theo giây, theo dõi độ khó đặt NKQ và theo dõi Huyết động trước 1 phút, sau 1 phút, sau 5 phút đặt NKQ và theo dõi đau họng, khàn tiếng, chấn thương miệng họng hầu sau mổ. **Kết quả:** độ Cormack và Lehane nhóm I thấp hơn nhóm II p < 0,05, tỷ lệ POGO của nhóm I cao hơn nhóm II với p < 0,05, thời gian đặt

NKQ của nhóm I nhanh hơn nhóm II với p < 0,05, tỷ lệ thành công của nhóm I cao hơn nhóm II với p < 0,05. Mạch, Huyết áp trung bình sau đặt NKQ 1 phút của nhóm I thấp hơn của nhóm II có sự khác biệt với p < 0,05, đau họng, khàn tiếng sau đặt NKQ của nhóm I thấp hơn của nhóm II với p < 0,05. **Kết luận:** Tỷ lệ POGO của nhóm I cao hơn nhóm II, Video hỗ trợ nhìn thanh môn rõ hơn đèn soi thanh quản Macintosh vì độ Cormack và Lehane nhóm I thấp hơn nhóm II (p < 0,05), tỷ lệ đặt thành công lần đầu của nhóm I cao hơn của nhóm II với p < 0,05, thời gian đặt NKQ của nhóm I nhanh hơn nhóm II có sự khác biệt với p < 0,05, điểm IDS của nhóm I thấp hơn của nhóm II với p < 0,05 và huyết động sau đặt NKQ 1 phút của nhóm II thay đổi nhiều hơn nhóm I với p < 0,05, tỷ lệ đau họng, khàn tiếng sau mổ của nhóm I thấp hơn của nhóm II với p < 0,05.

Từ khóa: Đặt NKQ có Video hỗ trợ, Video laryngoscopy.

SUMMARY

ASSESS THE EFFECTIVENESS OF ENDOTRACHEAL INTUBATION WITH VIDEO SUPPORT FOR CERVICAL SPINE SURGERY

Objective: To compare the effectiveness of airway management with video-assisted laryngoscope (Uescope) and laryngoscope with Macintosh for cervical surgery. Evaluation of the safety and adverse effects of intubation with video-assisted laryngoscope and laryngoscope with Macintosh for cervical surgery.

¹Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp.

²Trung tâm gây mê và hồi sức ngoại khoa Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Anh Khoa

Email: duonganhkhoa1971@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2021

Ngày duyệt bài: 6.01.2022

Methods: 80 patients with cervical injured undergoing cervical spine surgery included group I using an intubation with Video support (n= 40) and group II intubated with a Macintosh (n=40). The first time success rate monitoring, Cormack and Lehane, POGO, intubation time, difficulty intubation and hemodynamic monitoring before 1 minute, after 1 minute, after 5 minutes of intubation and follow-up sore throat, hoarseness, oropharyngeal trauma after surgery. **Results:** Cormack and Lehane levels in group I were lower than that in group II, $p < 0.05$, POGO rate in group I was higher than group II with $p < 0.05$; intubation time in group I was faster than group II with $p < 0.05$; the success rate in group I was higher than group II with $p < 0.05$; Pulse, mean blood pressure 1st minute after intubation in group I was lower than that in group II with $p < 0.05$; sore throat, hoarseness in group I was lower than that of group II with $p < 0.05$. **Conclusions:** The rate of POGO in group I is higher than that of group II, Video supporting glottis vision is clearer than Macintosh laryngoscope because the degree of Cormack and Lehane in group I is lower than that of group II ($p < 0.05$), the rate of first success in group I was higher than that in group II with $p < 0.05$; the time of intubation in group I was faster than that in group II, there was a difference with $p < 0.05$; IDS score in group I was lower than that in group II with $p < 0.05$; hemodynamics after 1 minute intubation of group II changed more than group I with $p < 0.05$; the rate of sore throat, hoarseness after cervical spine surgery in group I was lower than that of group II with $p < 0.05$.

Keywords: Intubation with video support, laryngoscopy video.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt NKQ bằng lưỡi đèn Macintosh cần thẳng trục miệng hầu họng thanh môn. Đèn video hỗ trợ có trường quan sát rộng hơn do vậy không cần thẳng trục hầu họng thanh quản, hạn chế sự ngửa cổ, ấn thanh quản do vậy giảm được di động cột sống cổ, tránh được tổn thương tủy cổ thứ phát do chấn thương cột sống gây lên. Video hỗ trợ đặt NKQ cho bệnh nhân chấn thương sọ não, hàm mặt, đa chấn thương, đặc biệt đặt NKQ phẫu thuật chấn thương cột sống cổ [1],[2]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu: "So sánh hiệu quả kiểm soát đường thở bằng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ và đèn soi thanh quản với lưỡi đèn Macintosh cho bệnh nhân phẫu thuật chấn thương cột sống cổ. Đánh giá sự an toàn, tác dụng không mong muốn đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ và đèn soi thanh quản với lưỡi đèn Macintosh cho bệnh nhân phẫu thuật chấn thương cột sống cổ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: trên 80 bệnh nhân (BN) mổ cột sống cổ, chia thành 2 nhóm

tại Trung tâm gây mê và hồi sức ngoại khoa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2019

➤ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN hoặc người nhà BN đồng ý tham gia nghiên cứu, >16 tuổi, BN bị chấn thương cột sống cổ có chỉ định mổ theo chương trình, ASA I – III, Mallampati I-IV.

➤ **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN không đồng ý, tiên lượng không thể đặt được NKQ, có chống chỉ định của đặt NKQ, có tiền sử dị ứng với thuốc gây mê, gây tê, hiện tại đau họng khàn tiếng.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng.

2.2. Các bước tiến hành

- Cách thức chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, được chia ngẫu nhiên theo phương pháp đánh số thành 2 nhóm bằng nhau mỗi nhóm 40 bệnh nhân.

+ Nhóm I: dùng đèn đặt NKQ có Video hỗ trợ

+ Nhóm II: dùng đèn Macintosh đặt NKQ

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Chỉ tiêu hiệu quả của đặt nội khí quản có video hỗ trợ và lưỡi đèn Macintosh:

Theo dõi: Cormack và Lehane, đánh giá tỷ lệ mở thanh môn (percentage of glottis open score = POGO), thời gian đặt NKQ tính theo giây (thời gian đặt NKQ bắt đầu tính từ khi đưa đèn NKQ vào miệng BN và tới khi xác định có sóng CO₂ cuối thì thở ra đây là tiêu chuẩn vàng xác định NKQ đã đúng vị trí, tỷ lệ đặt NKQ thành công, tỷ lệ thành công lần đầu và độ khó đặt NKQ (IDS để = 0 điểm, 1 điểm ≤ khó ít ≤ 5 điểm, khó nhiều > 5 điểm).

2.3.2. Chỉ tiêu đánh giá an toàn, đau họng khàn tiếng sau phẫu thuật của hai nhóm.

Các chỉ tiêu đánh giá: Theo dõi Mạch, Huyết áp trung bình (HATB) trước 1 phút, sau 1 phút, sau 5 phút đặt NKQ. Đánh giá đau họng 1 giờ, 6 giờ, 24 giờ sau mổ, đánh giá khàn tiếng sau mổ 24 giờ, chấn thương miệng hầu họng, thanh môn sau đặt NKQ.

2.4. Cách tiến hành. Chuẩn bị bệnh nhân, Chuẩn bị phương tiện dụng cụ, máy móc và thuốc, Kỹ thuật tiến hành: Khởi mê: Fentanyl 2 mcg/kg, Lidocain 1,5mg/kg, Propofol 2mg/kg, Rocurorium 0,6 mg/kg

3. Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố giới, tuổi, BMI, ASA, Mallampati và bệnh giữa 2 nhóm

Đặc điểm nghiên cứu	Nhóm I (n=40)	Nhóm II (n=40)	p
Tuổi	46,3±14,7	45,8±14,0	0,82
BMI	20,9±2,7	21,0±2,2	0,77
Giới: Nam/nữ	33/7	37/3	0,18
ASA: I/II/III	10/27/3	9/23/8	0,27
Mallampati: I/II/III	8/27/5	9/28/3	0,853
Bệnh CTCS cổ	40	40	0,974

Nhận xét: Qua bảng trên không thấy có sự khác biệt về tuổi, giới, BMI, ASA, Mallampati và Bệnh tật giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

2. Đánh giá hiệu quả của đặt nội khí quản có video hỗ trợ cho phẫu thuật cột sống cổ

Bảng 2. Cormack và Lehane, POGO, thời gian đặt ống, tỷ lệ thành công lần I và độ khó đặt NKQ.

	Nhóm I (n=40)	Nhóm II (n=40)	p
Cormack và Lehane: I,II/III,VI	37/3	29/11	0,019
POGO (%)	87,5±12,9		<0,001*
Thời gian đặt nội khí quản(giây)	24,8 ± 6,4	35,8 ± 22,3	0,016*
Tỷ lệ đặt thành công lần I	38 (95,0%)	32 (80,0%)	< 0,05*
IDS Dễ = 0 điểm	13 (32,5%)	3 (7,5%)	< 0,001*
IDS Khó ít 1 -5 điểm	27 (67,5%)	24 (60,0%)	
IDS khó nhiều > 5 điểm	0 (0,0%)	13 (32,5%)	

Nhận xét: Cormack và Lehane nhóm I và nhóm II có sự khác biệt với $p < 0,05$. POGO của nhóm I cao hơn của nhóm II có sự khác biệt với $p < 0,05$. Thời gian đặt NKQ của nhóm I và nhóm II có sự khác biệt với $p < 0,05$, tỷ lệ đặt thành công lần đầu của nhóm I cao hơn của nhóm II có sự khác biệt với $p < 0,05$ và độ khó khi đặt NKQ của nhóm I thấp hơn của nhóm II với $p < 0,01$.

3. Theo dõi sự an toàn, đau họng, khàn tiếng, chấn thương miệng, hậu họng sau mổ giữa hai nhóm.

Bảng 3: Theo dõi huyết động trước 1 phút, sau 1 phút và sau 5 phút đặt NKQ

Thời điểm	Nhóm I (n=40)	Nhóm II (n=40)	p	Nhóm I (n=40)	Nhóm II (n=40)	p
	Mạch	Mạch		HATB	HATB	
T1 trước 1 phút	77,1±12,0	75,6±14,5	0,616	93,8±13,5	96,2±14,8	0,451
T2 sau 1 phút	77,0±13,6	90,7±14,5	<0,001	82,9±13,3	95,0±19,0	0,002
T2 sau 5 phút	77,7±11,3	81,1±13,8	0,150	82,7±11,7	87,4±12,1	0,081

Nhận xét: Trước khi đặt NKQ Mạch, huyết áp trung bình của hai nhóm tương tự nhau với $p > 0,05$. Sau đặt NKQ 1 phút mạch HATB của nhóm II thay đổi nhiều hơn và cao hơn nhóm I với $p < 0,05$, sau 5 phút đặt NKQ Mạch, HATB của hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$

Bảng 4: Theo dõi tỷ lệ đau họng, khàn tiếng sau mổ 24h, chấn thương miệng

Thời điểm	Nhóm I (n=40)	Nhóm II (n=40)	p
Đau họng sau 1h	8 (20,0%)	20 (50,0%)	0,005*
Đau họng sau 6h	11 (27,5%)	20 (50,0%)	0,039*
Đau họng sau 24h	7 (17,5%)	16 (40,0%)	0,026*
Khàn tiếng sau 24h	10 (20,0%)	21 (52,5%)	<0,01*
Chấn thương miệng	0 (0,0)	3 (7,5%)	0,241

Nhận xét: tỷ lệ đau họng 1 giờ, 6 giờ, 24 giờ sau mổ NKQ của nhóm I thấp hơn của nhóm II có sự khác biệt với $p < 0,05$. Tỷ lệ khàn tiếng sau mổ NKQ của nhóm I thấp hơn của nhóm II có sự khác biệt với $p < 0,05$. Tỷ lệ chấn thương miệng của hai nhóm không có sự khác biệt $p > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Qua bảng 1: ta thấy giới, tuổi, BMI, ASA, Mallampati và bệnh lý của 2 nhóm không có sự

khác biệt với $p > 0,05$.

2. Đánh giá hiệu quả của video hỗ trợ.

Theo bảng 2 cho kết quả: Cormack - Lehane của nhóm I loại I, II có 37 ca, loại III, IV có 3 ca, của

nhóm II là loại I, II có 29 ca, loại III, IV có 11 ca, nhóm I có tỷ lệ Cormack - Lehane I, II cao hơn Cormack - Lehane I của nhóm II, Cormack - Lehane III, IV của nhóm I thấp hơn của nhóm II với $p < 0,05$. Theo Xue và cộng sự [3] nghiên cứu trên 91 bệnh nhân thì có 27 bệnh nhân dự kiến đặt NKQ khó. Khi dùng đèn Macintosh có 17 ca Cormack và Lehane III, 2 ca Cormack và Lehane IV tỷ lệ NKQ khó 19/27. Khi chuyển sang đèn GlideScope thì không có ca nào NKQ khó 0/27, Theo Michael F. Aziz và cộng sự [2] nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa video hỗ trợ với đèn soi thanh quản trực tiếp đặt NKQ dự kiến khó cho kết quả Cormack-Lehane III, IV của nhóm dùng video hỗ trợ có 6,7%, Cormack-Lehane III, IV của nhóm dùng Macintosh có 17,7%, có sự khác biệt với $p < 0,05$. Theo Maria Michajldou và cộng sự [1] so sánh đặt NKQ có video hỗ trợ với đèn Macintosh cho bệnh nhân cấp cứu chấn thương cho kết quả tỷ lệ Cormack-Lehane loại III, IV của nhóm Video hỗ trợ là 8,4%, của nhóm đèn Macintosh là 16,1%, tỷ lệ đặt NKQ khó của nhóm dùng video hỗ trợ thấp hơn của nhóm đèn Macintosh với $p < 0,05$. Theo bảng 2 Tỷ lệ POGO của nhóm I là $87,5 \pm 12,9 \%$, của nhóm II là $69,1 \pm 25,6\%$, tỷ POGO của nhóm I cao hơn của nhóm II với $p < 0,05$. Theo Gusen Seok Choi [4] nghiên cứu trên bệnh nhân có đường thở thường thấy POGO của nhóm I cao hơn nhóm II với $p < 0,05$. Qua bảng 2: thời gian đặt NKQ của nhóm I là $24,8 \pm 6,4$ giây, của nhóm II là $35,8 \pm 22,3$ giây, thời gian đặt NKQ của nhóm video hỗ trợ nhanh hơn nhóm Macintosh với $p < 0,05$. Theo Roya Yumul [5] nghiên cứu dùng video hỗ trợ đặt NKQ cho bệnh nhân béo phì thì thời gian đặt NKQ của đèn Macintosh dài hơn đèn Video - Mac có với $p < 0,05$. Theo Roya Yumul MD và cộng sự [6] nghiên cứu so sánh đặt NKQ cố định cột sống cổ có video hỗ trợ với ống soi mềm cho kết quả thời gian đặt NKQ của nhóm video hỗ trợ là 35 ± 22 giây, của nhóm dùng ống nội soi mềm là 59 ± 36 giây ($p < 0,01$). Theo bảng 2 ta thấy tỷ lệ đặt NKQ thành công ở lần đầu của nhóm I là 95,0%, nhóm II là 80,0% ($p < 0,05$). Theo Michael F. Aziz và cộng sự [2] nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa video hỗ trợ với đèn Macintosh đặt NKQ dự kiến khó cho kết quả tỷ lệ đặt thành công của nhóm dùng video hỗ trợ là 93%, của Macintosh 84% ($p < 0,05$). Theo bảng 2 IDS dễ của nhóm I chiếm 32,5%, nhóm II chiếm 7,5%. IDS khó ít của nhóm I chiếm 67,5%, nhóm II chiếm 60%, IDS khó nhiều của nhóm I không có bệnh nhân nào, nhóm II chiếm 32,5%. IDS của nhóm I dễ và khó ít nhiều hơn

của nhóm II ($p < 0,001$). Theo Ali và cộng sự [7] nghiên cứu so sánh kết quả của video hỗ trợ (King of vision), McCoy và Macintosh đặt NKQ khi bệnh nhân cố định cột sống cổ cho kết quả điểm IDS của video hỗ trợ thấp nhất so với đèn McCoy và đèn Macintosh ($p < 0,01$).

3. Đánh giá sự an toàn, đau họng, khàn tiếng, chấn thương miệng sau mổ của hai nhóm. Qua bảng 3: Chu kỳ tìm sau đặt NKQ 1 phút của nhóm video hỗ trợ là $77,0 \pm 13,6$ ck/p, chu kỳ tìm nhóm Macintosh sau 1 phút khi đặt NKQ là $90,7 \pm 14,5$ ck/p ($p < 0,001$). Theo Ali và cộng sự [7] so sánh hiệu quả video hỗ trợ (King Vision) với đèn McCoy, Macintosh đặt NKQ khi bệnh nhân cố định cột sống cổ cho kết quả chu kỳ tìm của nhóm dùng Macintosh tăng cao nhất sau khi đặt NKQ và sau đó trở về ban đầu sau 5 phút. Chu kỳ tìm tăng ít nhất ở nhóm dùng video hỗ trợ loại King vision.

Qua bảng 3: Sau khi đặt NKQ 1 phút HATB của nhóm I là $82,9 \pm 13,3$ mmHg, HATB của nhóm II là $95,0 \pm 19,0$ mmHg. HATB của nhóm I thấp hơn nhóm II với $p < 0,01$. Theo Ali và cộng sự [7] so sánh hiệu quả video hỗ trợ (King Vision) với McCoy, Macintosh đặt NKQ khi bệnh nhân cố định cột sống cổ cho kết quả HATB của nhóm Macintosh tăng cao nhất sau khi đặt NKQ.

Qua bảng 4: đau họng sau mổ 1 giờ nhóm I chiếm 20%, đau họng nhóm II chiếm 50%. Nhóm I có tỷ lệ bệnh nhân đau họng thấp hơn của nhóm II ($p < 0,05$). Theo Atabak Najafi và cộng sự [8] nghiên cứu so sánh đau họng dùng Macintosh với video hỗ trợ cho bệnh nhân có đường thở thường cho kết quả sau: đau họng sau mổ một giờ của nhóm video hỗ trợ là 19,3%, đau họng sau mổ của nhóm Macintosh là 28% ($p > 0,05$). Kết quả này của tác giả có khác của chúng tôi do có do tác giả khởi mê bằng thiopental do vậy khi thoát mê bệnh nhân vẫn còn buồn ngủ do vậy cảm giác đau họng có thể giảm hơn ở 1 giờ sau mổ. Theo bảng 4 cho thấy đau họng sau mổ 6 giờ của nhóm I chiếm 27,5%, nhóm I bệnh nhân đau họng chiếm 50%. Nhóm I đau họng ít hơn nhóm I ($p < 0,05$). Theo Atabak Najafi và cộng sự [8] đau họng sau mổ 6 giờ nhóm video hỗ trợ là 28%, nhóm macintosh là 54%. Đau họng của nhóm video hỗ trợ ít hơn nhóm Macintosh đặt NKQ ($p < 0,05$). Theo bảng 4 cho thấy đau họng sau mổ 24 giờ đau của nhóm I chiếm 17,5%, nhóm II đau họng sau mổ chiếm 40%. Tỷ lệ đau họng nhóm I thấp hơn của nhóm II ($p < 0,05$). Theo Atabak Najafi và cộng sự [8] đau họng sau mổ 24 giờ của nhóm video hỗ trợ là 22,7%, nhóm macintosh là

54%. Đau họng của nhóm video hỗ trợ ít hơn nhóm Macintosh đặt NKQ ($p < 0,001$). Theo bảng 4 cho thấy tỷ lệ khàn tiếng sau mổ của nhóm I chiếm 20% và nhóm II chiếm 52,5%. Tỷ lệ khàn tiếng của nhóm I thấp hơn của nhóm II có sự khác biệt với $p < 0,01$. Theo Atabak Najafi và cộng sự [8] nghiên cứu so sánh video hỗ trợ với đèn Macintosh cho kết quả: tỷ lệ khàn tiếng sau 24 giờ của nhóm video hỗ trợ là 20%, của nhóm Macintosh là 42,7%, khàn tiếng của nhóm video hỗ trợ thấp hơn của nhóm Macintosh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Theo bảng 4 tỷ lệ chấn thương miệng của nhóm I là 0%, của nhóm II là 7,5%, tỷ lệ chấn thương của nhóm II cao hơn nhóm I nhưng không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Theo Kalingarayar và cộng sự [9] nghiên cứu cho rằng tỷ lệ chấn thương miệng họng chiếm từ 0,5% - 7% trong trường hợp NKQ khó. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như của Kalingarayar [9].

V. KẾT LUẬN

Dùng video hỗ trợ đặt NKQ cho bệnh nhân phẫu thuật chấn thương cột sống cổ quan sát thanh môn rõ hơn, tỷ lệ mở thanh môn rõ hơn, thời gian đặt NKQ ngắn hơn và tỷ lệ đặt NKQ thành công lần đầu cao hơn nhóm dùng Macintosh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm dùng video hỗ trợ có huyết động thay đổi sau 1 phút đặt NKQ thấp hơn và tỷ lệ đau họng khàn tiếng thấp hơn nhóm dùng đèn Macintosh

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Maria Michailidou et al (2012)**, "A comparison of Video laryngoscopy to direct laryngoscopy for the Emergency Intubation of Trauma Patients", World journal of Surgery DOI 10.1007/s00268-104-2845-z.
2. **Michael F. Aziz et al (2012)**, "Comparative Effectiveness of the C-MAC Video Laryngoscope versus Direct Laryngoscopy in the Setting of the Predicted Difficult Airway", Anesthesiology; 116: 515-7.
3. **Xeu F. S, G. H. Zhang et al (2007)**, "The clinical assessment of Glidescope in orotracheal intubation under general anesthesia", Minerva anesthesiol 73:451-7.
4. **Gusen Seok Choi et al (2011)**, "A comparative study on the usefulness of the Glidescope or Macintosh laryngoscope when intubating normal airways", Korean j Anesthesiol 60(5): 339-343.
5. **Roya Yumul MD et al (2016)**, "Comparison of three video laryngoscopy devices to direct laryngoscopy for intubating obese patients: a randomized trial", Journal of Clinical Anesthesia 31, 71-77.
6. **Roya Yumul MD et al (2016)**, "Comparison of the C-MAC video laryngoscope to a flexible fiberoptic scope for intubation with cervical spine immobilization", Journal of Anesthesia 31, 46-52.
7. **Ali Qe et al (2017)**, "A comparative evaluation of king vision video laryngoscope (channelled blade), McCoy and Macintosh laryngoscopes for tracheal intubation in patients with immobilized cervical spine", Sri Lankan of anaesthesiology: 25(2): 70-75
8. **Atabak Najafi et al (2014)**, "Postoperative sore throat after laryngoscopy with Macintosh or glidescope video laryngoscope blade in normal airway patients", Anesth pain med 3(3); et 5136.
9. **Kalingarayar S et al (2017)**. "Airway trauma during difficult intubation from the frying pan into the fire?", Indian J Anaesth 2017, 61, 437-439.

PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC RA QUYẾT ĐỊNH LỰA CHỌN MẪU NGOẠI KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM

Trần Hữu Tâm¹, Ngô Hoàng Thảo Trang², Thái Mỹ Trân^{1,2}

TÓM TẮT

Tham gia các chương trình ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm là hoạt động phòng xét nghiệm y học thực hiện nhằm đảm bảo chất lượng xét nghiệm, tiến đến liên thông kết quả xét nghiệm theo lộ trình đề án "Tăng cường năng lực hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm y học giai đoạn 2016 - 2025" của Thủ tướng Chính phủ [1]. Đây là hoạt động quản lý chất lượng góp phần vào tăng cường năng lực của hệ

thống khám - chữa bệnh, tạo thuận lợi và giảm thiểu chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Việc triển khai chương trình ngoại kiểm cần có vật liệu là mẫu ngoại kiểm tra chất lượng, được nghiên cứu, sản xuất bởi các nhà cung cấp Việt Nam và nước ngoài. Đây là thị trường mà các đơn vị cung cấp trong nước phát triển sau, còn gặp nhiều bất lợi so với tổ chức nước ngoài. Từ các lý thuyết nền tảng về lựa chọn nhà cung cấp, tác giả xây dựng thang đo sơ bộ, tiến hành nghiên cứu định tính kết hợp nghiên cứu định lượng. Thang đo được đánh giá, kiểm định bằng hệ số tin cậy Cronbach's Alpha và phân tích nhân tố khám phá (EFA). Dữ liệu sau đó được đưa vào phân tích bằng phương pháp hồi quy binary logistic. Kết quả cho thấy yếu tố "Chất lượng" có tác động mạnh nhất đến quyết định lựa chọn mẫu ngoại kiểm của phòng xét nghiệm, kế đến là "Tính chất phòng xét nghiệm", "Giá cả" và "Dịch vụ". Nghiên cứu cũng cho thấy xét

¹Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

²Trường Đại học kinh tế TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm

Email: trhuutam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2021

Ngày duyệt bài: 7.01.2022