

- BMC Health Services Research. 2021;21(1):184.
5. **Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Lajos GJ, Luz AG, Collares CF, et al.** Cross-Cultural Adaptation of the Communication Assessment Tool for Use in a Simulated Clinical Setting. *Teach Learn Med.* 2020;32(3):308-18.
 6. **Świątoniowska-Lonc N, Białoszewski A, Makoul G, Jankowska-Polańska B.** Translation and Cultural Adaptation of the Polish Version of the Communication Assessment Tool (CAT). *Risk Manag Healthc Policy.* 2020;13:1533-42.
 7. **Makoul G, Krupat E, Chang C-H.** Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling.* 2007;67(3):333-42.
 8. **Field A.** *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics.* London: Sage; 2017.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT HẸP KHÍ QUẢN BẨM SINH TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH TRẺ EM-BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường*, Trần Quang Vịnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hẹp khí quản bẩm sinh do vòng sụn khép kín là tổn thương đường thở nặng nề ở trẻ em. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị bệnh hẹp khí quản bẩm sinh tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương sử dụng kỹ thuật trượt tạo hình khí quản. **Đối tượng-phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 3 năm 2021, toàn bộ các bệnh nhân chẩn đoán hẹp khí quản do vòng sụn khép kín được phẫu thuật điều trị bằng kỹ thuật trượt tạo hình khí quản được thu thập dữ liệu và đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Tổng số 75 trường hợp được tạo hình khí quản trượt trong thời gian nghiên cứu. Tuổi phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là 7 tháng (nhỏ nhất: 7 ngày tuổi; lớn nhất: 5.5 tuổi). Chiều dài trung bình của đoạn hẹp khí quản là 4.5cm (ngắn nhất: 2cm; dài nhất: 6cm). Có 5 bệnh nhân (6.7%) tử vong sớm sau phẫu thuật (trong thời gian nằm viện hoặc sau điều trị phẫu thuật 30 ngày), và 2 bệnh nhân tử vong muộn (2.6%). Có 3 bệnh nhân (4%) cần mổ lại sau phẫu thuật trượt tạo hình khí quản với thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 20.6 · 14.9 tháng. Có 20 bệnh nhân (26.7%) hẹp khí quản đơn thuần, 55 trường hợp (73.3%) có kèm theo các thương tổn khác trong tim (sling động mạch phổi, thất phải hai đường ra, thông liên thất, tứ chứng Fallot, chuyển gốc động mạch...). Có 19 bệnh nhân thở máy trước mổ cần mổ cấp cứu, trong đó 6 trường hợp vừa hồi sinh tim phổi vừa mổ cấp cứu. Hình thái cây khí quản trong mổ cho thấy: 61 bệnh nhân (81.3%) có hình thái cây khí quản bình thường, 11 bệnh nhân (14.7%) có hình thái phế quản thùy trên phổi phải xuất phát sớm, 3 bệnh nhân (4%) có thiếu sản phổi phải với phế quản chính là phế quản trái. **Kết luận:** Kết quả bước đầu phẫu thuật trượt tạo hình khí quản trong điều trị bệnh hẹp khí quản bẩm sinh tại Trung tâm Tim mạch trẻ em-Bệnh viện Nhi Trung ương là xuất sắc, tương đương với kết

quả điều trị cho bệnh lý đường thở phức tạp này tại các trung tâm lớn trên thế giới. Một nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn là hoàn toàn cần thiết.

Từ khóa: hẹp khí quản bẩm sinh, vòng sụn khép kín, kỹ thuật trượt khí quản

SUMMARY

SURGICAL REPAIR FOR CONGENITAL TRACHEA STENOSIS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Congenital trachea stenosis due to complete trachea ring was a life threatening, especially with symptomatic small infants. This study was conducted to evaluate the short-term results of sliding tracheoplasty for complete trachea ring in Children Heart Center-National Children's Hospital, Hanoi, Vietnam. **Methods:** From September 2016 to March 2021, all patients operated using slide tracheoplasty technique, with diagnosed of congenital trachea stenosis due to complete trachea ring, were retrospective study. **Results:** There were 75 patients collected during study period. The median age of the study group was 7 months (range, 7days old-5.5 years old). The median length of the stenotic trachea was 4.5cm (range, 2-6cm). There were 5 early deaths (6.7%), and 2 late death (2.6%). 3 patients (4%) need reoperation during follow-up with mean follow-up time was 20.6 · 14.9months. There were 20 patients (26.7%) have simple congenital trachea stenosis, and the remaining patients were associated with intracardiac lesions (pulmonary artery sling, double outlet of the right ventricle, tetralogy of Fallot, transposition of the great arteries...). There were 19 patients with severe airway collapse required ventilator support before operation, with 6 patients needing cardiopulmonary resuscitation and emergence cardiopulmonary bypass when the patients were transferred to the operating theatre. The anatomic of trachea were: 61 patients are normal (81.3%), 11 patients are bronchus suis(14.7%), and 3 patients (4%) are single lung. **Conclusion:** The early results of slide tracheoplasty for children with complete trachea ring in Children Heart Center, Hanoi is excellent. Long-term follow-up is essential.

Keywords: congenital trachea stenosis, complete trachea ring, slide tracheoplasty.

*Trt Tim mạch Trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khí quản bẩm sinh ở trẻ em là một thương tổn bẩm sinh, có thể ảnh hưởng trực tiếp tới an toàn tính mạng của trẻ. Điều trị bệnh lý này thường kèm theo nguy cơ tử vong cũng như biến chứng nặng nề. Phẫu thuật điều trị bất thường bẩm sinh này bao gồm nhiều kỹ thuật khác nhau như: kỹ thuật tạo hình khí quản bằng miếng vá màng tim, kỹ thuật cắt nối tận-tận, kỹ thuật tạo hình khí quản bằng sụn sườn, kỹ thuật tạo hình khí quản trượt... (1)(2)(3)(4). Hiện nay, phần lớn các trung tâm lớn trên thế giới đã sử dụng kỹ thuật tạo hình trượt khí quản như là lựa chọn hàng đầu cho điều trị bệnh lý hẹp khí quản, nhất là đối với những trường hợp hẹp trên đoạn dài, do nhiều ưu điểm của kỹ thuật mang lại cho người bệnh(5)(6)(7). Những ưu điểm này bao gồm: tái lập lại đường thở một cách vững chắc, tưới máu tới tổ chức của khí quản sau tạo hình được bảo đảm, khí quản sau tạo hình có khả năng tiếp tục phát triển khi trẻ lớn, ít hình thành các hạt sỏi trong quá trình hậu phẫu, có thể rút ống nội khí quản sớm... (8). Đối với những trường hợp có tổn thương tim bẩm sinh phối hợp, quan điểm chung hiện nay là thực hiện phẫu thuật 1 thì để tái lập lại tối ưu tổn thương tuần hoàn cũng như hô hấp, nhằm đảm bảo quá trình hồi sức có thể đạt được các đích cần thiết.

Phẫu thuật điều trị hẹp khí quản bẩm sinh tại Trung tâm Tim mạch viện Nhi được chúng tôi áp dụng kỹ thuật trượt khí quản cho gần như toàn bộ các trường hợp được điều trị tại Trung tâm trong thời gian gần đây, và tất cả các tổn thương trong tim phổi hợp đều được chúng tôi tiến hành phẫu thuật 1 thì sửa toàn bộ các tổn thương. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật điều trị hẹp khí quản tại Trung tâm Tim mạch viện Nhi có sử dụng kỹ thuật tạo hình khí quản trượt.

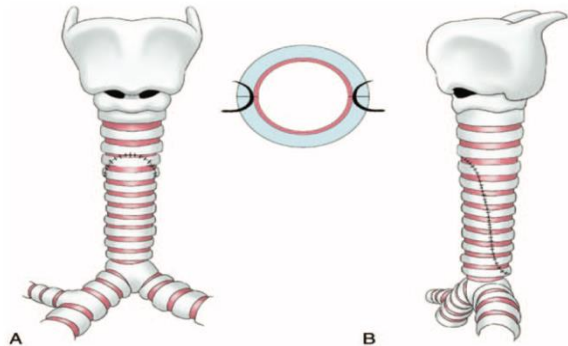
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu các ca bệnh được phẫu thuật trong thời gian từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 3 năm 2021.

Phẫu thuật tạo hình khí quản trượt. Phẫu thuật tạo hình khí quản trượt ở trẻ em tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương luôn được tiến hành với hỗ trợ của hệ thống tim phổi nhân tạo. Trong trường hợp bệnh nhân có tổn thương trong tim phổi hợp (sling động mạch phổi, thông liên thất, tứ chứng Fallot, chuyển gốc động mạch...), chúng tôi sẽ chủ động tiến hành phẫu thuật tim hở nhằm sửa chữa các bất thường trong tim trước, phẫu thuật tạo hình khí

quản sau đó sẽ được tiến hành khi tim đập trở lại cùng với quá trình nâng thân nhiệt của trẻ.

Toàn bộ mặt trước của khí quản được bộc lộ kéo dài từ sụn nhẫn và eo tuyến giáp cho tới chạc ba khí-phế quản, eo tuyến giáp được cắt đôi nếu cần thiết và được khâu lại bằng chỉ tiêu 3.0. Điểm giữa của đoạn hẹp được xác định, và đoạn hẹp được mở ngay tại vị trí này bằng dao mổ thường. Tiếp theo đó, hai đầu khí quản được bóc tách mở rộng theo hai chiều trên-dưới, đảm bảo có thể di động hai đầu khí quản tối đa. Sau đó chúng tôi tiến hành mở dọc theo mặt trước của khí quản đầu trên cho tới khi cắt đứt tất cả các vòng sụn khép kín. Đầu dưới của khí quản cũng được mở dọc theo mặt sau cho tới khi các vòng sụn khép kín cũng được giải phóng hoàn toàn, nhằm đảm bảo không còn vòng sụn khép kín tồn lưu. Hai đầu miệng nối được tiến hành với chỉ polydioxanone 5.0 hoặc 6.0 khâu vắt. Sau khi miệng nối được hoàn thành, chúng tôi sẽ đặt lại ống nội khí quản cho bệnh nhân, đảm bảo đầu dưới của ống đi qua đầu trên miệng nối và không chạm xuống sát đầu dưới miệng nối nhằm tránh sang chấn. Đường thở của bệnh nhân sẽ được kiểm tra độ kín với bóng bóp áp lực tối đa 40cm nước. **Hình 1** minh họa kỹ thuật phẫu thuật tạo hình khí quản trượt áp dụng tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương(7).



Các bệnh nhân được chuyển ra khu vực hồi sức sau phẫu thuật với an thần và giãn cơ ít nhất 1 ngày, sau đó tùy theo đáp ứng với kết quả phẫu thuật cũng như căn cứ trên thông số máy thở và tình trạng huyết động mà sẽ được cai dần thở máy và rút nội khí quản. Các bệnh nhân sau khi ra viện sẽ được hẹn khám lại thường quy 3 tháng, 6 tháng và hàng năm sau phẫu thuật bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch và bác sĩ chuyên khoa hô hấp. Soi hô hấp được chỉ định nếu triệu chứng khò khè của bệnh nhân vẫn tiếp diễn nhằm loại trừ tình trạng hẹp đường thở thứ phát.

Phân tích-xử lý số liệu. Số liệu thu thập được diễn tả dưới dạng phần trăm, trung bình

kèm theo độ lệch chuẩn, hoặc trung vị kèm theo tối đa - tối thiểu. Biểu đồ Kaplan-Meier được biểu diễn cho tỷ lệ sống sót ước tính sau phẫu thuật theo thời gian theo dõi của nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng y đức của Viện nghiên cứu sức khỏe trẻ em, và không cần sự chấp thuận tham gia nghiên cứu của gia đình do tính chất hồi cứu của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

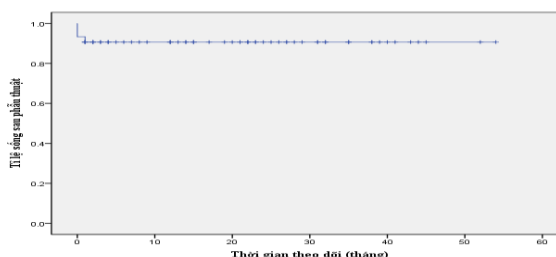
Trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 3 năm 2021, có tổng số 75 bệnh nhân hẹp khí quản do vòng sụn khép kín được điều trị bằng phẫu thuật trượt khí quản tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương.

Trong nhóm nghiên cứu, có 19 bệnh nhân thở máy trước phẫu thuật và 6 bệnh nhân cần phải hồi sinh tim phổi ngay tại cửa phòng mổ do tình trạng không thể thông khí được cho bệnh nhân vì tắc nghẽn đường thở. Thông tin chung về tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật được mô tả chi tiết trong Bảng 1.

Bảng 1: Tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật

	n(%) hoặc trung vị (tối đa-tối thiểu)
Tuổi (tháng)	7 (0-65)
Giới	
Nam	44 (58.7%)
Nữ	31 (41.3%)
Cân nặng (kg)	6.5 (2.5-14.5)
Hình thái cây khí quản	
Bình thường	61 (81.3%)
Phế quản thủy trên phổi phải xuất phát sớm	11 (14.7%)
Thiếu sản một phổi	3 (4%)
Thở máy trước phẫu thuật	19 (25.3%)
Hồi sinh tim phổi ngay trước mổ	6 (8%)
Dị tật tại các cơ quan khác (Down, VARCTEL...)	14 (18.7%)
Hẹp khí quản đơn thuần	20 (26.7%)

Có tổng số 5 trường hợp tử vong tại bệnh viện trong nhóm nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 6.7% (5/75), và 2 bệnh nhân tử vong muộn sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 2.7%. **Biểu đồ 1** phản ánh tỷ lệ sống sót ước tính 91% sau phẫu thuật với thời gian theo dõi trung bình là 21 tháng (1-54 tháng).



Có 2 trường hợp tạo hình khí quản trên trẻ sơ sinh, trong đó 1 trường hợp tử vong sau phẫu thuật 10 ngày do đáp ứng viêm hệ thống quá mạnh. Một bệnh nhân sơ sinh khác được chẩn đoán hẹp khí quản kèm theo chuyển gốc động mạch-vách liên thất nguyên vẹn, được phẫu thuật sửa toàn bộ, tử vong trong tình trạng suy tuần hoàn và suy hô hấp mặc dù đã được sử dụng ECMO hỗ trợ từ ngày thứ 4 sau phẫu thuật. Một bệnh nhân có thương tổn hẹp khí quản đơn thuần, khi chuyển xuống phòng mổ rơi vào tình trạng suy sụp tuần hoàn do không thông khí được, bệnh nhân được cấp cứu ngừng tim và đặt máy tim phổi nhân tạo hỗ trợ cấp cứu. Bệnh nhân tử vong tại bệnh viện do tình trạng thở máy kéo dài, cây nội khí quản có nấm và trực khuẩn mủ xanh, có rò miệng nối sau phẫu thuật, sau đó bệnh nhân rơi vào tình trạng sốc nhiễm trùng và tử vong sau phẫu thuật. Hai bệnh nhân sling động mạch phổi kèm theo hẹp khí quản tử vong trong năm đầu chúng tôi tiến hành phẫu thuật do tình trạng thông khí kém sau phẫu thuật kèm theo thương tổn nhiễm trùng đường thở kéo dài, có thể liên quan tới kinh nghiệm hồi sức sau phẫu thuật còn yếu trong giai đoạn đầu tiến hành nghiên cứu, cả hai bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật lần lượt với thời gian là 1.5 và 2.5 tháng. Có hai trường hợp tử vong sau khi xuất viện, 1 trường hợp tử vong tại nhà sau khi xuất viện 2 tuần do hội chứng hít, có thể liên quan tới tổn thương của dây thần kinh thanh quản quặt ngược trái. Bệnh nhân còn lại tử vong do tình trạng viêm phổi virus sau khi ra viện được 1 tháng, bệnh nhân được thở máy hỗ trợ nhưng tổn thương phổi viêm nặng dần kèm theo bệnh nhân bị bội nhiễm bởi vi khuẩn bệnh viện, và tử vong sau thở máy 7 ngày trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng. Diễn biến trong và sau quá trình phẫu thuật được mô tả trong Bảng 2.

Bảng 2: Các diễn biến trong và sau mổ

	n (%) hoặc trung vị (tối đa-tối thiểu)
Xử lý tổn thương trong tim phổi hợp	
Trồng lại động mạch phổi (sling động mạch phổi)	41 (54.7%)
Làm đường hầm trong thất (thất phải hai đường ra)	3 (4%)

Sửa toàn bộ (Tứ chứng Fallot)	3 (4%)
Vá lỗ thông liên thất (thông liên thất)	9 (12%)
Phẫu thuật chuyển vị động mạch (chuyển gốc động mạch)	1 (1.3%)
Vá lỗ thông liên nhĩ (thông liên nhĩ)	2 (2.7%)
Trồng lại động mạch phổi phải (bất thường xuất phát động mạch phổi phải từ động mạch chủ lên)	1 (1.3%)
Cắt quai phụ (quai động mạch chủ đôi)	1 (1.3%)
Thời gian chạy máy (phút)	115 (40-260)
Chiều dài trung bình đoạn hẹp (cm)	4.5 (2-6)
Thời gian thở máy sau phẫu thuật (giờ)	94 (38-711.5)
Thời gian nằm hồi sức trung bình sau mổ (ngày)	20 (9-78)
Tử vong tại bệnh viện	5 (6.7%)
Tử vong muộn	2 (2.7%)
Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật (tháng)	21 1-54)

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù phẫu thuật tạo hình khí quản trượt đã được tiến hành trên thế giới và phổ biến trên toàn cầu từ những năm 2000 cho đến nay, tuy nhiên khả năng áp dụng phẫu thuật này điều trị cho cả bệnh nhân trẻ em hẹp khí quản bẩm sinh tại Việt Nam chỉ mới được áp dụng gần đây (9). Mặc dù thời gian trước, chúng tôi cũng đã cố gắng thử tiến hành phẫu thuật cho một vài bệnh nhân, nhưng do kỹ thuật không hoàn thiện nên gần như toàn bộ các bệnh nhân đều tử vong tại bệnh viện. Cuối năm 2016, với sự giúp đỡ của các chuyên gia của Trung tâm y khoa Samsung, Hàn Quốc, chúng tôi đã có thể tiến hành ca mổ đầu tiên thành công sử dụng kỹ thuật tạo hình khí quản trượt trên một trẻ mắc tứ chứng Fallot. Chúng tôi cũng học hỏi và áp dụng kỹ thuật tạo hình khí quản trượt từ các chuyên gia tại Bệnh viện trẻ em Thượng Hải với rất nhiều ca bệnh và cũng rất nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật tạo hình khí quản trượt và cũng cho kết quả rất tốt (7).

Hiện nay, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật tạo hình khí quản trượt ở trẻ em vẫn dao động từ 3-12% tùy theo từng nghiên cứu. Các nghiên cứu lớn trên thế giới về phẫu thuật tạo hình khí quản cũng cho thấy yếu tố tuổi cũng như cân nặng của bệnh nhân là những yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong (6),(7). Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trong tổng số 5 trường hợp tử vong là các bệnh nhân sơ sinh. Điều này phản ánh trung thực mức độ khó khăn cả về phẫu thuật tạo hình khí quản trượt, cũng như đặc biệt khó khăn đối với vấn đề hồi sức sau phẫu thuật do tình trạng đáp ứng viêm hệ thống trên trẻ sơ sinh cũng như cân nặng thấp. Tuy nhiên, rút kinh nghiệm từ 2 trường hợp này, trong năm 2021, chúng tôi cũng đã tiến hành phẫu thuật tạo hình trượt khí quản thành công cho 2 trẻ sơ sinh khác. Có thể thấy rằng, theo thời gian cùng

với kinh nghiệm của nhóm làm việc được tích lũy và mài dũa, thì kết quả điều trị hẹp khí quản đã tốt hơn rất nhiều so với giai đoạn khởi đầu.

Trong 3 trường hợp còn lại tử vong tại bệnh viện, nguyên nhân tử vong chủ yếu là tình trạng thở máy kéo dài và không rút được nội khí quản ở 2 bệnh nhân. Chúng tôi thấy rằng, mặc dù sự tiến bộ của toàn nhóm điều trị theo thời gian là rõ rệt, tuy nhiên vẫn tồn tại những yếu tố chủ quan ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật, đặc biệt là điều kiện vô khuẩn cũng như khả năng phát hiện bệnh muộn trong tình trạng của một nước đang phát triển như Việt Nam là những yếu tố đã được ghi nhận có thể ảnh hưởng tới kết quả sống sót sau điều trị nhóm bệnh phức tạp này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật trượt điều trị bệnh hẹp khí quản bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương là xuất sắc và tương đương với kết quả điều trị bệnh lý phức tạp này ở các trung tâm lớn trên thế giới. Quá trình tích lũy kinh nghiệm nhằm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng là cần thiết. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật hoàn toàn có thể cải thiện cùng với sự nâng cao năng lực của nhóm làm việc cũng như điều kiện làm việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fanous N, Husain SA, Ruzmetov M, Rodefeld MD,** Turrentine MW, Brown JW. Anterior pericardial tracheoplasty for long-segment tracheal stenosis: Long-term outcomes. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010 Jan;139(1):18–25.
- Backer CL, Mavroudis C, Gerber ME, Holinger LD.** Tracheal surgery in children: an 18-year review of four techniques. *Thorac Surg.* 2001;8.
- Forsen, Jr JW, Lusk RP, Huddlestone CB.** Costal Cartilage Tracheoplasty for Congenital Long-Segment Tracheal Stenosis. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2002 Oct 1;128(10):1165.
- Tsang V, Murday A, Gillbe C, Goldstraw P.** Slide tracheoplasty for congenital funnel-shaped tracheal stenosis. *Ann Thorac Surg.* :4.

5. **Manning PB, Rutter MJ, Lisec A, Gupta R, Marino BS.** One slide fits all: The versatility of slide tracheoplasty with cardiopulmonary bypass support for airway reconstruction in children. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011 Jan;141(1):155–61.
6. **Butler CR, Spegiorin S, Rijnberg FM, Roebuck DJ, Muthialu N, Hewitt RJ, et al.** Outcomes of slide tracheoplasty in 101 children: A 17-year single-center experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2014 Jun;147(6):1783–90.
7. **Zhang H, Wang S, Lu Z, Zhu L, Du X, Wang H, et al.** Slide tracheoplasty in 81 children: Improved outcomes with modified surgical technique and optimal surgical age. *Medicine (Baltimore).* 2017 Sep;96(38):e8013.
8. **Grillo H.** Management of congenital tracheal stenosis by means of slide tracheoplasty or resection and reconstruction, with long-term follow-up of growth after slide tracheoplasty. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2002 Jan;123(1):145–52.
9. **Vu HV, Huynh QK, Nguyen VDQ.** Surgical reconstruction for congenital tracheal malformation and pulmonary artery sling. *J Cardiothorac Surg.* 2019 Dec;14(1):49.

ỨNG DỤNG ỐNG DẠ DÀY THANH QUẢN (GLT) CHO NỘI SOI TIÊU HÓA LỚN: 2 CA LÂM SÀNG

Phạm Quang Minh¹, Dương Thị Hoài¹

TÓM TẮT

Gây mê cho các thủ thuật nội soi tiêu hóa lớn luôn là thách thức với các bác sĩ gây mê trong việc lựa chọn phương pháp vô cảm. Để đảm bảo an toàn tối ưu cho người bệnh đồng thời hạn chế đến mức thấp nhất chi phí cũng như sự hài lòng của người bệnh đòi hỏi có những dụng cụ chuyên biệt để kiểm soát đường thở. Chúng tôi đã sử dụng ống dạ dày thanh quản để hỗ trợ thông khí cho hai trường hợp mở thông dạ dày qua nội soi trên bệnh nhân ung thư thực quản. Kết quả ống dạ dày thanh quản giúp duy trì ổn định SpO₂, thời gian đặt ống trung bình 25 giây. Mạch, huyết áp ổn định trong và sau thủ thuật. Sau thủ thuật bệnh nhân tỉnh nhanh, rút ống sớm, không khàn tiếng và có đau rất nhẹ. Ống dạ dày thanh quản nên được áp dụng thường quy hơn để thay thế gây mê nội khí quản trong thủ thuật nội soi tiêu hóa lớn.

Từ khóa: nội soi tiêu hóa, ống dạ dày thanh quản, gây mê hồi sức

SUMMARY

APPLY GASTRO LARYNGEAL TUBE FOR MAJOR ENDOSCOPIC PROCEDURES: TWO CASES REPORT

Anesthesia for major gastrointestinal endoscopic procedures has always been a challenge for anesthesiologists in selecting an anesthesia technique. To ensure optimal patient safety while minimizing costs as well as patient satisfaction requires specialized tools for airway control. We used a gastro laryngeal tube to assist ventilation in two cases of endoscopic gastrotomy in patients with esophageal cancer. The results showed that the GLT helped maintain a stable SpO₂, the average time of insertion

was 25 seconds. Pulse and blood pressure were stable during and after the procedure. After the procedure, the patient woke up quickly, removed the tube early, had not hoarse voice and had mild sore throat. A gastro laryngeal tube should be used more commonly to replace endotracheal anesthesia in major gastrointestinal endoscopy procedures.

Keywords: gastrointestinal endoscopy, gastro laryngeal tube, anesthesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay với sự phát triển của kỹ thuật nội soi, chuyên ngành nội soi tiêu hóa ngày càng phát triển tham gia vào việc chẩn đoán cũng như can thiệp các bệnh lý đường tiêu hóa trên và đường tiêu hóa dưới [1]. Đối với các thủ thuật đường tiêu hóa trên, vấn đề gây mê luôn là một thách thức lớn đối với các bác sĩ gây mê vì cả bác sĩ gây mê và bác sĩ nội soi phải chia sẻ một phần đường thở của bệnh nhân. Trong một số thủ thuật lớn, thủ thuật cấp cứu việc này càng trở nên nghiêm trọng hơn và đòi hỏi phải có một giải pháp cũng như phương tiện tối ưu cho vấn đề này.

Những thủ thuật tiêu hóa lớn lớn như nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), nong môn vị, mở thông dạ dày qua nội soi... trước đây được tiến hành dưới gây mê tĩnh mạch, bệnh nhân tự thở [2]. Gần đây, các thủ thuật này được làm dưới gây mê nội khí quản để đảm bảo bảo vệ đường thở tối ưu, tránh giảm oxy hóa máu, nhất là khi thủ thuật kéo dài [3]. Tuy nhiên khi gây mê nội khí quản đòi hỏi phải có máy mê và phát sinh thêm nhiều rủi ro, nhất là tồn dư giãn cơ. Ống dạ dày thanh quản (Gastro laryngeal tube - GLT) là một dụng cụ gần giống ống combitube, cũng tương tự mask thanh quản proSeal, ống được thiết kế có kênh riêng đủ lớn cho phép dây soi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchuc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022