

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 gastrostomy 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: quangminhvietchu@yahoo.com

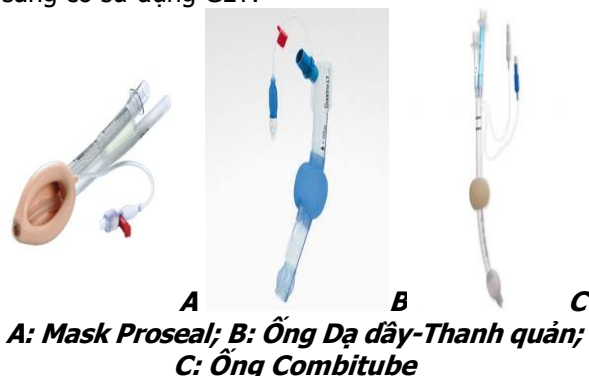
Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

mềm đi qua [4]. Với dụng cụ này, các bác sỹ gây mê vừa có thể kiểm soát đường thở tương đối chắc chắn, không cần sử dụng giãn cơ, tránh được hai nguy cơ chính khi phải gây mê cho các thủ thuật tiêu hóa lớn: giảm oxy hóa máu và tồn dư giãn cơ [5].

GLT được nhập về Việt Nam năm 2020 và bắt đầu được sử dụng tại khoa GMHS và Trung tâm nội soi bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ cuối năm 2021. Sau đây chúng tôi xin trình bày 2 ca lâm sàng có sử dụng GLT.



II. CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng thứ nhất: Bệnh nhân nam 83 tuổi, tiền sử cao huyết áp, điều trị thường xuyên, huyết áp kiểm soát tốt, chưa tai biến lần nào, ASA II, BMI 22. Bệnh nhân được chẩn đoán K thực quản 1/3 trên giai đoạn muộn, không có chỉ định phẫu thuật. Được chỉ định mở thông dạ dày qua nội soi để nuôi dưỡng đường tiêu hóa. Sau khi đánh giá bệnh nhân, lập các thiết bị theo dõi, chúng tôi quyết định chọn ống GLT để duy trì thông khí. Khởi mê bằng propofol 80 mg, sau khi mất phản xạ mi mắt, chúng tôi tiến hành đặt GLT, thời gian đặt 30 giây, bơm cuff đủ nhưng thông khí không hiệu quả, hờ nhiều. Bổ sung thêm 50mg propofol, chỉnh lại vị trí ống, thông khí tốt hơn tuy vẫn còn hờ. Thủ thuật tiến hành thuận lợi, tổng thời gian là 30 phút. Trong thời gian tiến hành thủ thuật mạch, huyết áp ổn định, đặc biệt là SpO₂ được duy trì tốt, một vài thời điểm bệnh nhân tỉnh, bổ sung thêm thuốc mê, xuất hiện cơn ngừng thở, bệnh nhân được thông khí hỗ trợ ngay nên bão hòa oxy không giảm, cũng không làm gián đoạn quá trình mở thông dạ dày. Sau thủ thuật bệnh nhân tự thở sớm, tỉnh táo, đau họng ít, không khàn tiếng.



Trong khi làm thủ thuật

Sau khi làm thủ thuật, bn đã được rút GLT

Ca lâm sàng thứ 2: bệnh nhân nam 61 tuổi, tiền sử khỏe, ASA I, BMI 21. Bệnh nhân được chẩn đoán là K thực quản 1/3 giữa, không có chỉ định phẫu thuật ngay. Được chỉ định mở thông dạ dày qua nội soi, hóa xạ trị tiền phẫu trước khi tiến hành phẫu thuật thì hai. Sau khi lập các thiết bị theo dõi, chúng tôi cũng chọn GLT để duy trì thông khí cho bệnh nhân trong lúc tiến hành thủ thuật. Sau khi tiêm 100mg Propofol tĩnh mạch, chúng tôi tiến hành đặt GLT, thời gian đặt 20 giây, bơm cuff và thông khí hiệu quả. Thủ thuật mở thông dạ dày được tiến hành thuận lợi, tổng thời gian 20 phút. Trong quá trình làm thủ thuật, các chỉ số sinh tồn ổn định trong giới hạn bình thường, không có thời điểm nào giảm SpO₂. Sau thủ thuật bệnh nhân tỉnh sớm, không đau họng, chuyển lại khoa u bướu điều trị tiếp.

IV. BÀN LUẬN

Mở thông dạ dày qua nội soi được tiến hành tại trung tâm nội soi bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2018. Kỹ thuật mở thông dạ dày tại trung tâm nội soi được đánh giá là hiện đại, thời gian tiến hành nhanh, ít tai biến, không phải rút dây soi nhiều lần. Tuy nhiên, kỹ thuật này yêu cầu bệnh nhân phải nằm ngửa, đây là một hạn chế vì tư thế này ảnh hưởng nhiều đến gây mê hồi sức. Tất cả các ca gây mê tĩnh mạch nếu để bệnh nhân tự thở thì tư thế nằm nghiêng sẽ an toàn hơn rất nhiều. Bởi lẽ, khi nằm ngửa, để tự thở, bệnh nhân có nguy cơ tụt lưỡi, hít phải dịch tiêu hóa, ngừng thở do mê quá sâu dẫn đến hậu quả là suy hô hấp. Để hạn chế điều này bác sỹ gây mê phải chuẩn bị nhiều thứ như yêu cầu bệnh nhân nhịn ăn, nhịn uống đầy đủ, hút dịch

dạ dày trước gây mê nếu nghi ngờ tồn dư, sử dụng thuốc mê hợp lý, điều chỉnh liều lượng cũng như tốc độ tiêm thuốc đúng [3]. Điều này là rất khó, không khả thi trong nhiều trường hợp và luôn tiềm ẩn nguy cơ rủi ro lớn. Nếu suy hô hấp xảy ra trong lúc đang làm thủ thuật thì rất bất lợi, nhiều trường hợp phải ngừng thủ thuật để tiến hành hỗ trợ hô hấp qua mask mặt, điều này ảnh hưởng rất nhiều đến thời gian, tinh an toàn cũng như tâm lý của bác sỹ nội soi. Ngược lại nếu chọn phương pháp gây mê nội khí quản, giải pháp này rất an toàn trong lúc làm thủ thuật, nhưng lại đòi hỏi nhiều phương tiện, thuốc và cũng tiềm ẩn nguy cơ giai đoạn hậu phẫu [4]. Giai đoạn hậu phẫu cần nhiều thời gian hơn, phải có phòng hồi tỉnh để theo dõi, chi phí y tế cao hơn. Hơn nữa do thời gian tiến hành thủ thuật ngắn hơn thời gian bán thải của thuốc giãn cơ nên nếu không đánh giá đúng thời điểm rút nội khí quản, bệnh nhân có thể bị suy hô hấp do tồn dư giãn cơ.

Trên cơ sở đó thì ống dạ dày thanh quản là một giải pháp lựa chọn tối ưu, vừa đảm bảo duy trì được thông khí trong khi đang làm thủ thuật, vừa không cần dùng giãn cơ để đặt ống nên bảo đảm an toàn cho bệnh nhân cả trong mổ và sau mổ. Sau khi dùng thuốc mê hoặc an thần sâu (không giãn cơ) ống được đặt vào hạ họng, đầu xa nằm phía trên thực quản. Bơm một lần, 2 cuff đều căng, cuff xa sẽ chẹn vào thực quản tránh trào ngược dịch tiêu hóa từ thực quản lên, cuff gần sẽ chẹn phía trên hạ họng không cho khí ngược trở lại phía mũi. Khi 2 cuff này đã đủ kín, bệnh nhân sẽ được thông khí qua đường màu xanh, không khí sẽ qua thanh môn vào phổi, cho phép hỗ trợ thông khí khi bệnh nhân ngừng thở. Đây là một phương tiện còn tương đối mới với các bác sỹ gây mê hồi sức nhất là ở Việt Nam. Trên cơ sở 2 ca lâm sàng được tiến hành đặt GLT để hỗ trợ cho thủ thuật mở thông dạ dày qua nội soi trình bày ở trên chúng tôi muốn bàn luận thêm về chỉ định, kỹ thuật đặt cũng như việc sử dụng thuốc để các bác sỹ gây mê có thể lựa chọn và áp dụng như một giải pháp thay thế cho gây mê nội khí quản hoặc gây mê tĩnh mạch cho một số thủ thuật lớn ở đường tiêu hóa trên.

• **Chỉ định.** Tất cả các thủ thuật đường tiêu hóa trên có nguy cơ cao: ERCP, nong môn vị, mở thông dạ dày, nội soi dạ dày đơn thuần trên bệnh nhân có bệnh phổi hợp như bệnh phổi, bệnh tim mạch.

Đối với thủ thuật mở thông dạ dày do K thực quản, theo chúng tôi nên lựa chọn bệnh nhân K thực quản 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới và u còn cho

phép dây soi đi qua. Sở dĩ không chọn K thực quản 1/3 trên để tránh đầu xa của ống chạm vào u gây chảy máu hoặc ống không di chuyển xuống đủ sâu ảnh hưởng độ kín của cuff. Bệnh nhân thứ nhất của chúng tôi bị K thực quản 1/3 trên nên thời gian đặt ống dài hơn cũng như mức độ kín không đủ khi thông khí hỗ trợ. Ngược lại bệnh nhân thứ 2 bị K thực quản 1/3 giữa nên thủ thuật thuận lợi và hiệu quả hơn rất nhiều.

Đối với thủ thuật ERCP cần chọn ống cỡ đủ lớn 7,5 thì dây soi dùng trong ERCP mới đi qua dễ dàng được. Ống càng to thì nguy cơ khó đặt và tổn thương hạ họng càng nhiều hơn. Nên cần xem xét thể trạng bệnh nhân cũng như giải phẫu hầu họng đại thể của từng người [5].

Đối với bệnh nhân nong môn vị, có hai chỉ định chính: nong môn vị trước khi phẫu thuật cắt thực quản hoặc nong môn vị do hẹp môn vị. Trong chỉ định thứ hai, bệnh nhân thường suy kiệt, ứ đọng dịch tiêu hóa ở dạ dày nhiều nên nguy cơ trào ngược rất cao, tương tự nguy cơ trào ngược khi đặt mask thanh quản. Bác sỹ gây mê cần cần nhắc khi sử dụng GLT, hoặc phải soi hút dịch dạ dày trước khi tiến hành gây mê toàn thân.

• **Liều lượng thuốc mê.** Giống như gây mê mask thanh quản, gây mê đặt GLT không cần dùng thuốc giãn cơ. Tuy nhiên, nếu dùng thuốc mê propofol đơn thuần cần tăng liều hơn so với liều thông thường, có thể dùng 2,5 - 3 mg/kg cân nặng. Lưu ý nguy cơ hạ huyết áp khi dùng liều cao trên bệnh nhân cao tuổi. Cần truyền dịch, tiêm chậm, dùng thuốc ephedrin hoặc phôi hợp ketamin nếu cần.

• Một số lưu ý khi sử dụng

Lưu ý chống chỉ định: dạ dày đầy, u hạ họng
Sẵn sàng các giải pháp thay thế để chuyển sang gây mê nội khí quản

Chuẩn bị các thuốc hồi sức và phương tiện kiểm soát đường thở

III. KẾT LUẬN

Ống dạ dày thanh quản là giải pháp tốt cho những thủ thuật nội soi đường tiêu hóa trên. Nhất là trên bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc thủ thuật nặng, kéo dài. Cần lưu ý chỉ định, chống chỉ định của ống và chuẩn bị sẵn sàng các phương án hỗ trợ đường thở mức cao hơn khi cần. Nên triển khai áp dụng rộng rãi GLT hơn để đảm bảo an toàn tối đa cho bệnh nhân đồng thời tránh phiền nạn, giảm được chi phí cho người bệnh cần can thiệp đường tiêu hóa nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ata A Rahnemai-Azar, Amir A Rahnemai-azar et al. 2014.** Percutaneous endoscopic

gastrostomy: Indications, technique, complications and management. World J Gastroenterol. 20(24): 7739-7751.

- Garewal D, Waikar P. 2012.** Propofol sedation for ERCP procedures: Adilemma? Observations from an anesthesia perspective. Diagn Ther Endosc. 639190.
- Brig Deepak et al. 2019.** A randomized controlled trial comparing gastro-laryngeal tube with endotracheal intubation for airway management in patients undergoing ERCP under

general anaesthesia. Medical Journal Armed Forces India. 75 (2): 146-151.

- Hayrettin Daşkaya1 et al. 2016.** Use of the gastro-laryngeal tube in endoscopic retrograde cholangiopancreatography cases under sedation/analgesia. Turk J Gastroenterol. 27: 246-51.
- Andre Tran, Venkatesan Thiruvankatarajan et al. 2020.** LMA® Gastro™ Airway for endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a retrospective observational analysis. BMC Anesthesiology. 20 (113).

THỰC TRẠNG NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B Ở TRẺ SƠ SINH CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ HBsAg (+) TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Thị Hồng Vân*, Lê Thị Vân Trang*, Ngô Tuấn Minh*, Nguyễn Việt Dũng*, Nguyễn Xuân Khải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng nhiễm virus viêm gan B (VRVGB) ở trẻ sơ sinh có mẹ có HBsAg (+) và mối liên quan giữa sự xuất hiện các marker VRVGB trong máu cuống rốn (CR) với sự hiện diện của các marker này trong máu mẹ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 120 trẻ sơ sinh, là con của các bà mẹ có HBsAg (+) khi sinh tại khoa Sản, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 08/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Trong số 120 trẻ sinh là con của các bà mẹ có HsAg (+), tỷ lệ các marker VRVGB trong máu CR của trẻ là: HBsAg (+) 60,8%, HBeAg (+) 13,3% và HBV DNA (+) là 16,7%. Trong máu mẹ, tỷ lệ HBeAg (+) là 30,8%, HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL là 25,0%, nồng độ ALT, AST trung bình lần lượt là $25,7 \pm 11,3$ và $29,3 \pm 12,7$ U/L. Tỷ lệ HBsAg (+) trong nhóm bà mẹ có HBeAg (+) là 91,9%, cao hơn nhóm HBeAg (-) chỉ là 47,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. Trong nhóm bà mẹ có nồng độ HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL, có 80,0% trẻ có HBsAg (+), cao hơn nhóm có HBV DNA $< 5 \log 10$ copies/mL là 54,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. **Kết luận:** tỷ lệ HBsAg (+) trong máu CR của con là 60,8%, tỷ lệ HBeAg (+) là 13,3%, HBV DNA (+) là 16,7%. Trong máu tĩnh mạch của mẹ, HBeAg (+) và nồng độ HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL là các yếu tố làm tăng nguy cơ lây truyền VRVGB từ mẹ sang con.

Từ khóa: viêm gan virus B, phụ nữ có thai, trẻ sơ sinh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HEPATITIS B VIRUS INFECTIONS IN NEWBORNS WHOM MOTHERS ARE POSITIVE FOR HBsAg AT

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 7.2.2022

103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: evaluate the status of hepatitis B virus infection in newborns of mothers with HBsAg (+) and the relationship between the appearance of HBV markers in cord blood with the presence of these markers in maternal blood. **Subjects and methods:** A cross-sectional study. 120 newborns of mothers with HBsAg (+) were at the Obstetrics Department, 103 Military Hospital, from August 2021 to December 2021.

Results: Among 120 newborns with HsAg (+), the percentage of HBV markers in cord blood of the children was: the rate of HBsAg (+) 60.8%, HBeAg (+) 13.3% and HBV DNA (+) was 16.7%. In maternal blood, the rate of HBeAg (+) was 30.8%, HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL was 25.0%, mean ALT and AST levels were 25.7 ± 11.3 and 29.3 ± 12.7 U/L respectively. The rate of HBsAg (+) in the group of mothers with HBeAg (+) was 91.9%, higher than the group of HBeAg (-) was 47.0%, the difference was statistically significant, $p < 0.01$. In the group of mothers with HBV DNA levels $\geq 5 \log 10$ copies/mL, 80.0% of children had HBsAg (+), 54.4% higher than the group with HBV DNA $< 5 \log 10$ copies/mL. The difference was statistically significant, $p < 0.01$.

Conclusions: the rate of HBsAg (+) in cord blood of the newborns was 60.8%, the rate of HBeAg (+) was 13.3% and the rate of HBV DNA (+) was 16.7%. In maternal blood, HBeAg (+) and HBV DNA levels $\geq 5 \log 10$ copies/mL are factors that increase the risk of mother-to-child transmission of HBV.

Keywords: hepatitis B, pregnant, newborn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B là một vấn đề mang tính toàn cầu. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính vào năm 2015, có khoảng 257 triệu bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính trên toàn thế giới và khoảng 900.000 người tử vong do các biến chứng của viêm gan mạn tính như xơ gan và ung thư gan [1]. Trong những vùng có tỷ lệ VRVGB lưu hành cao, phần lớn nhiễm VRVGB xảy ra