

Nội soi huỳnh quang[4] *	1.8
Siêu âm, 2 bên [4]	22.5
Nghiên cứu này, 01 bên	7.2 (4.2 – 9)
Nghiên cứu này, 02 bên	10.5 (8.7 – 24)

*Chỉ tính riêng thời gian chiếu, không tính tất cả các bước kỹ thuật khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian tiến hành tiêm khớp cùng chậu 01 bên trung bình là 7.2 phút, nhanh nhất là 4.2 phút, lâu nhất là 9 phút. Tiêm khớp cùng chậu hai bên trung bình là 10.5 phút, nhanh nhất là 8.7 phút và lâu nhất là trường hợp đầu tiên tiêm cả 02 khớp cùng lúc, mất 24 phút. Qua đó có thể thấy rằng kết quả này là nhanh hơn nhiều so với các kết quả tương tự khác đã được công bố. Cũng như có thể thấy là kỹ thuật tiêm dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính có thời gian ngắn hơn nhiều so với dưới hướng dẫn của siêu âm, mà lại có độ chính xác cao hơn, hình ảnh trực tiếp thuốc ngấm trong khe khớp khi so sánh với hình ảnh gián tiếp trên siêu âm.

Hiện nay, chúng tôi chưa có nghiên cứu nào cụ thể về tiêm khớp cùng chậu sử dụng hướng dẫn hình ảnh của C-Arm hay nội soi huỳnh quang, tuy nhiên trong nghiên cứu của Ahmed A. Bessar và cs [6], thì có kết luận giữa hai kỹ thuật này thì có liều nhiễu xạ là tương đương nhau. Tỷ lệ hài lòng của nhóm bệnh nhân can thiệp dưới cắt lớp vi tính là 78.3% còn nhóm can thiệp bởi nội soi huỳnh quang là 34.5%. Hơn nữa, nghiên cứu cũng khuyến khích sử dụng tiêm dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính cho nhiều trường hợp hơn, bởi có nhiều trường hợp việc tiêm dưới hướng dẫn của nội soi huỳnh quang hay C-Arm gặp khá nhiều khó khăn do cấu trúc giải phẫu phức tạp của khớp cùng chậu,

hay các trường hợp bị phì đại diện khớp, bệnh nhân béo phì...

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý đau khớp cùng chậu thường gặp ở tuổi trung niên, gặp ở nữ nhiều hơn nam, sau mổ cố định cột sống thắt lưng là một trong các yếu tố chính gây ra tình trạng đau khớp cùng chậu.

Kỹ thuật tiêm khớp cùng chậu dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính có hiệu quả điều trị cao, cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày. Thời gian tiến hành kỹ thuật ngắn hơn so với các phương pháp khác, mức độ chịu ảnh hưởng của tia bức xạ là tương đối thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kyung Hee Do, et al**, "A New Sacroiliac Joint Injection Technique," *Pain Medicine*, p. 1–5, 2016.
2. **D. W. P. Jr**, "The Sacroiliac Joint," *Neurosurg Clin N Am*, vol. 28, pp. 301-312, 2017.
3. **Chin K R, Pencle F J, Seale J A, et al**, "CT Scan and Clinical Outcomes of Novel Lateral-Oblique Percutaneous Sacroiliac Joint (SIJ) Fixation: Technique and Literature Review," *Cureus*, vol. 13, no. 7, pp. 1-7, 2021.
4. **N. C. Paik**, "Intraarticular Sacroiliac Joint Injection Under Computed Tomography Fluoroscopic Guidance: A Technical Note to Reduce Procedural Time and Radiation Dose," *Cardiovasc Intervent Radiol*, vol. 39, p. 1057–1060, 2016.
5. **Jean-Charles L.H., et al**, "A painful unknown: sacroiliac joint diagnosis," *EFORT Open Rev*, vol. 5, pp. 691-698., 2020.
6. **Ahmed A. A. Bessar, et al**, "Computed tomography versus fluoroscopic guided-sacroiliac joint injection: a prospective comparative study," *Insights Imaging*, vol. 12, no. 38, pp. 1-8, 2021.
7. **Yuanyuan Ding. et al**, "Clinical observation of CT-guided intra-articular conventional radiofrequency and pulsed radiofrequency in the treatment of chronic sacroiliac joint pain," *Journal of Pain Research*, vol. 11, pp. 2359-2366, 2018.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HỒI SỨC THÀNH CÔNG CHO BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HẠ THÂN NHIỆT CHỦ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKQT VINMEC PHÚ QUỐC NĂM 2022

Mai Xuân Đạt*, Vũ Đức Định*

TÓM TẮT

*BV ĐKQT Vinmec Phú Quốc
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định
 Email: drvuducdinh@gmail.com
 Ngày nhận bài: 2/6/2022
 Ngày phản biện khoa học: 22/6/2022
 Ngày duyệt bài: 8/7/2022

Bệnh nhân nam 26 tuổi vào viện vì ngừng tim sau điện giật, thời gian ngừng tim không rõ. Bệnh nhân được cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao (ACLS) khoảng 10 - 15 phút có tái lập tuần hoàn trở lại nhưng đồng tử giãn to, mất hết các phản xạ. Bệnh nhân được hạ thân nhiệt chỉ huy 33 độ C trong vòng 24 giờ, duy trì 37 độ trong vòng 72h tiếp theo. Bệnh nhân được rút nội khí quản thành công vào ngày thứ 4 và sơ bộ đánh giá tổn thương thần kinh hồi phục hoàn toàn không để lại di chứng, ra viện sau 6 ngày điều

trị. Qua ca lâm sàng này chúng tôi 1 lần nữa muốn nhấn mạnh đến vai trò không thể thay thế của hạ thân nhiệt chỉ huy trong điều trị các bệnh nhân có tổn thương não sau ngừng tuần hoàn thậm chí nên chỉ định HTNCH cho cả những trường hợp ngừng tim không rõ thời gian trước khi vào viện và biểu hiện hồi phục sau khi có tuần hoàn tự nhiên rất kém.

Từ khóa: Hồi sức, ngừng tuần hoàn, hạ thân nhiệt chủ động

SUMMARY

A CASE OF RESUSCITATION OF A PATIENT WITH CIRCULATORY ARREST BY CONTROLLED HYPOTHERMIA AT VINMEC PHU QUOC INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL – 2022

A 26-year-old male patient was admitted to the hospital because of cardiac arrest caused by electrocution, the duration of the cardiac arrest is unknown. The patient was given ACLS for about 10 - 15 minutes with re-circulation but the pupils were dilated and all reflexes were lost. The patient had a controlled hypothermia of 33 degrees Celsius within 24 hours, maintained at 37 degrees for the next 72 hours. The patient was successfully extubated on day 4 and preliminary assessment of nerve damage completely recovered without leaving any sequelae, discharged after 6 days of treatment. Through this clinical case, we once again want to emphasize the irreplaceable role of hypothermia in the treatment of patients with brain damage after circulatory arrest. Therapeutic hypothermia should be indicated even if in some cases with cardiac arrest of unknown duration prior to admission and presenting with very poor spontaneous circulation.

Keywords: resuscitation, circulatory arrest, controlled hypothermia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ thân nhiệt chỉ huy đã được dùng điều trị cho bệnh nhân bị ngừng tim hơn 100 năm nay (1-3). Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng hạ thân nhiệt chỉ huy rất an toàn, và đó là 1 biện pháp hiệu quả bảo vệ giảm thiểu tổn thương thần kinh sau ngừng tuần hoàn (4-5). Hạ thân nhiệt chỉ huy được khuyến cáo là đưa nhiệt độ của bệnh nhân xuống khoảng giữa 32-36 độ trong vòng tối thiểu 24 giờ. Sau đó thân nhiệt nên được duy trì nhiệt độ bình thường tối thiểu 24-48 giờ tiếp theo (6). Hạ thân nhiệt chỉ huy được áp dụng nhiều năm nay tại Việt Nam đặc biệt tại các bệnh viện hạng 1 trở lên. Phú Quốc với đặc thù là thành phố biển đảo, lượng khách du lịch đông nên ngừng tim ngoại viện do tai nạn như đuối nước, rấn cắn, điện giật... thường xuyên xảy ra nhưng cho đến nay, tại Đảo, chỉ có Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Phú Quốc là đơn vị duy nhất triển khai kỹ thuật HTNCH sau ngừng tuần hoàn. Qua ca lâm sàng này chúng tôi muốn nhấn

mạnh đến tầm quan trọng của hạ thân nhiệt chỉ huy tại các bệnh viện tuyến cơ sở xa trung tâm.

II. CA LÂM SÀNG

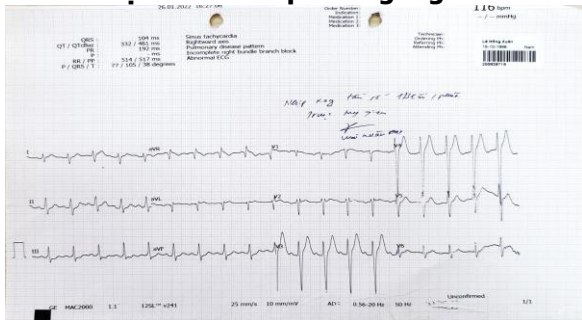
Cách vào viện khoảng 15 phút bệnh nhân đang làm việc trong công trường (đứng trong hồ nước cạn) thì bị điện giật. Sau khi bị điện giật BN hôn mê, ngã xuống nền đất (không rõ có sắc nước) được người làm cùng đưa vào khoa cấp cứu trong tình trạng ngừng tim ngoại viện. Tình trạng lúc vào viện bệnh nhân hôn mê G 3 điểm, đồng tử 6mm đều 2 bên mắt phản xạ ánh sáng, mạch cảnh, mạch bẹn mất. Không ghi nhận tổn thương do chấn thương phổi hợp qua thăm khám. Có nhiều vết trợt da lớn kích thước khoảng 5x5cm vùng mặt trong đùi phải do bỏng điện. Bệnh nhân ngay lập tức được cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao, đặt nội khí quản, đặt đường truyền cấp cứu, adrenalin 1mg tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 03 phút, natribicarbonat 4,2% x 750ml truyền tĩnh mạch, ghi điện tim có hình ảnh rung thất sóng lớn, bệnh nhân được sốc điện 1 lần 200J, sau cấp cứu 10 phút có mạch trở lại. Sau cấp cứu bệnh nhân trong tình trạng hôn mê G 3 điểm, Đồng tử 6mm đều 2 bên mắt phản xạ ánh sáng, mắt phản xạ ho sặc, HA 110/60 mmHg duy trì adrenalin 0,6mcg/kg/ph, mạch 112 lần/phút, SpO2 94% với thông khí nhân tạo xâm nhập qua nội khí quản FIO2 100%.

2.1. Cận lâm sàng thời điểm vào viện

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Khí máu		
PH	6.56	7.35-7.45
PO2	400 mmHg	80-100 mmHg
PCO2	45 mmHg	35-45 mmHg
HCO3-	4.0 mEq/L	22-26 mEq/L
Lactat	>20 mmol/L	0.5-2.2 mmol/L
Công thức máu		
Hồng cầu	6.19 T/L	4.2-5.4 T/L
Hemoglobin	136g/L	130-160g/L
Hematocrit	0.48	0.42-0.47
Tiểu cầu	198G/L	150-450 G/L
Bạch cầu	10.3G/L	4-10 G/L
Bạch cầu trung tính	5.8%	42.8-75.8%
Đông máu		
PT%	45.4 %	70-130%
APTT s	56s	24.2-36.3s
Fibrinogen	2.38 g/L	2.38-4.98g/L
Sinh hóa máu		
Ure	7.6 mmol/L	2.8-7.2 mmol/L
creatinin	96.8 μmol/L	74-110 μmol/L

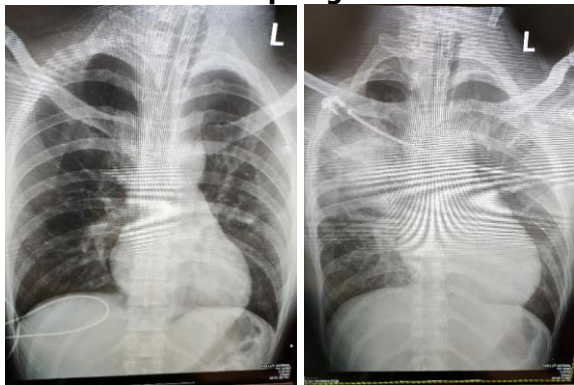
GOT	756 U/L	<50 U/L
GPT	553 U/L	<50 U/L
Na	147 mmol/L	133-146 mmol/L
K	4.1 mmol/L	3.5-5.1 mmol/L
Glucose	13.6 mmol/L	3.9-5.8 mmol/L
Troponin T	13.2 pg/ml	<25 pg/ml
ProBNP	53 pg/ml	<125 pg/ml
Mg	1,3 mmol/L	0.73-1.06mmol/L
Calci toàn phần	2.4 mmol/L	2.2-2.65 mmol/L
Calci ion	1.2 mmol/L	1.17-1.29 mmol/L
Albumin	39 g/L	35-51 g/L
CRPhs	0.4 mg/L	<1.0 mg/L

2.2. Điện tim sau cấp cứu ngừng tuần hoàn



Nhịp nhanh xoang tần số 112 lần/phút

2.3. Hình ảnh X-quang



Thời điểm nhập viện - Thời điểm sau 16h điều trị

Bệnh nhân sau đó được vào hạ thân nhiệt chỉ huy, an thần, giãn cơ hoàn toàn. Thở máy kiểm soát PCV PC 15, f 15 FIO2 100% peep 8. Kháng sinh: Tazocin, levofloxacin. Điều chỉnh rối loạn điện giải trong quá trình hạ thân nhiệt. Nhịn ăn, dinh dưỡng tĩnh mạch toàn bộ

Sau điều trị 16 giờ, bệnh nhân thoát sốc, tuy nhiên tình trạng tổn thương phổi tiến triển nặng hơn. Xét nghiệm khí máu: PH 7.2 PCO2 63 mmHg HCO3 25.2 mEq/L lactat 4.1 mmol/L PO2 76 mmHg P/F 76. Xét nghiệm máu: Bạch cầu: 25.8 G/L TT 89%, procalcitonin: 29.56 ng/ml.

Nhận định tổn thương phổi của bệnh nhân do

phổi hợp viêm phổi sặc, phù phổi tổn thương. Bệnh nhân được chuyển mode thở máy PRVC: Phigh 25, Plow 0, T high 4,5s, T low 0,8s. Tiếp tục duy trì kháng sinh: Tazocin, levofloxacin. Vô rung lần trở tích cực. Giảm liều giãn cơ, an thần.

Sau điều trị 72 giờ, dùng an thần đánh giá ý thức, bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn 15 điểm, tổn thương phổi cải thiện, rút nội khí quản thành công. Ở ngày điều trị thứ 3, bệnh nhân tiểu sẫm màu, xét nghiệm có CK 16580 U/L, sau đó tăng lên 302500U/L. Bệnh nhân được điều trị bằng bài niệu cưỡng bức, mannitol, natribicarbonat truyền. Xét nghiệm CK giảm nhanh từ 302500 U/L -> 31200U/L ở ngày thứ 6. Sau 6 ngày điều trị, BN được chụp cắt lớp vi tính sọ não kiểm tra chưa phát hiện tổn thương và được ra viện trong tình trạng tỉnh táo hoàn toàn, thở khí phòng, dấu hiệu sinh tồn ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Các hướng dẫn thực hành hiện tại khuyến cáo hạ thân chỉ huy ở bệnh nhân ngừng tim được hồi sức thành công với tình trạng hôn mê không làm theo lệnh cả ở ngoại viện và nội viện với khuyến cáo IB [1]. Mặc dù không hoàn toàn rõ ràng, các tác dụng bảo vệ thần kinh của hạ thân nhiệt chỉ huy có một số cơ chế phân tử và tế bào. Ví dụ, trong hạ thân nhiệt chỉ huy xảy ra sự giảm nồng độ của chất dẫn truyền thần kinh kích thích ở bên ngoài tế bào [7]. Làm lạnh cũng làm giảm sự kích hoạt của các con đường chết tế bào theo trường trình nội tại và bên ngoài, cũng như, giảm thiểu tổn thương tái tưới máu, bằng cách bảo vệ tính toàn vẹn của màng lipoprotein và ngăn ngừa quá trình chết tế bào theo trường trình [6], [7].

Về mặt lâm sàng, hạ thân nhiệt chỉ huy cho hiệu quả lâm sàng giúp cải thiện thần kinh và là một biện pháp an toàn qua rất nhiều nghiên cứu [4], [5], [8]. Thời gian chính xác và độ sâu của hạ thân nhiệt còn đang là 1 vấn đề tranh cãi [2], [3]. Tuy nhiên hiện nay AHA thống nhất thời gian hạ thân nhiệt tối thiểu 24 giờ và nhiệt độ duy trì 32-36 độ tùy theo tình trạng lâm sàng bệnh nhân [1]. Nhiệt độ đích nên sử dụng ở mức 33 độ với những bệnh nhân có bằng chứng tổn thương não nặng (mất đáp ứng vận động hoặc phản xạ thân não, dấu hiệu ác tính trên điện não đồ, hoặc thay đổi sớm trên cắt lớp vi tính gợi ý phát triển phù não). Nhiệt độ đích nên sử dụng 36 độ ở nhóm bệnh nhân có bằng chứng tổn thương não nhẹ hoặc vừa (hôn mê nhưng còn một số đáp ứng vận động, không có dấu hiệu ác tính trên điện não đồ, không có dấu hiệu của phù

não trên cắt lớp vi tính) [4], [5], [6], [7], [8].

Với bệnh nhân của chúng tôi do bệnh nhân có tổn thương hôn mê sâu sau ngừng tuần hoàn Glasgow 3 điểm nên chúng tôi quyết định hạ thân nhiệt với nhiệt độ đích 33 độ C. Bệnh nhân của chúng tôi mặc dù đã được dinh dưỡng tĩnh mạch trong 3 ngày đầu, tuy nhiên vẫn có tình trạng tổn thương phổi nặng do phổi hợp viêm phổi sặc, phù phổi tổn thương, xẹp phổi do dùng giãn cơ kéo dài. Mặc dù bệnh nhân của chúng tôi hạ thân nhiệt trong khoảng thời gian tối thiểu 24 giờ, và sau 16 giờ tình trạng phổi tiến triển xấu đi chúng tôi đã nhanh chóng giảm bớt an thần và giãn cơ. Rất may tổn thương phổi của bệnh nhân nhanh chóng hồi phục bằng thở máy kiểm soát, kháng sinh, vỗ rung tích cực. Do vậy với nhóm bệnh nhân hạ thân nhiệt đặc biệt có sử dụng giãn cơ, cần chú ý theo dõi sát tình trạng tổn thương phổi để có thể điều chỉnh kịp thời.

Chỉ định hạ thân nhiệt chỉ huy chỉ nên thực hiện trong thời điểm từ 6 giờ kể từ thời điểm có tái lập tuần hoàn tự nhiên. Hiện nay tại Phú Quốc, Vinmec Phú Quốc là bệnh viện duy nhất triển khai thành công kỹ thuật hạ thân nhiệt chỉ huy. Do thời gian di chuyển các bệnh nhân nội đảo đi tuyến trên rất dài, khi bệnh nhân chuyển được đến các cơ sở có thể hạ thân nhiệt thì bệnh nhân đã hết chỉ định. Do vậy việc hạ thân nhiệt được triển khai tại các bệnh viện cơ sở, cách xa trung tâm như ở Vinmec Phú Quốc là điều tối quan trọng. Giúp cung cấp được phương án điều trị không thể thay thế và tốt nhất cho bệnh nhân nội đảo.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nên tiếp tục triển khai liệu pháp hạ thân nhiệt chỉ huy đối với các trường hợp ngừng tim có tái lập tuần hoàn tự nhiên.

Đối với các trường hợp ngừng tim không rõ thời gian, sau cấp cứu tim đập trở lại cũng nên cân nhắc hạ thân nhiệt chỉ huy như đối với trường hợp ca lâm sàng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Heart Association** (2020), "Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care", *Circulation*, 142 (suppl2): S366-S468.
2. **Surani S, Varon J** (2016), "The expanded use of targeted temperature management: time for reappraisal", *Resuscitation*, 2016;108:0.
3. **Polderman KH, Varon J** (2018), "Confusion around therapeutic temperature management hypothermia after in-hospital cardiac arrest?", *Circulation*, 137:219-221.
4. **Nielsen N et al** (2013), "Targeted temperature management at 33°C versus 36°C after cardiac arrest", *N Engl J Med*, 369:2197.
5. **Lascarrou JB et al** (2019), "Targeted Temperature Management for Cardiac Arrest with Nonshockable Rhythm", *N Engl J Med*, 381:2327.
6. **Dankiewicz et al** (2021), "Hypothermia versus Normothermia after Out-of-Hospital Cardiac Arrest", *N Engl J Med*, 384:2283.
7. **Callaway CW et al** (2020), "Association of Intimal Illness Severity and Outcomes after Cardiac Arrest with Targeted Temperature Management at 36°C or 33°C", *JAMA Network Open*, 3: 208215.
8. **Nishikimi et al** (2021), "Outcome Related to Level of Targeted Temperature Management in Postcardiac Arrest Syndrome of Low, Moderate, High Severities: A nationwide Multicenter Prospective Registry", *Crit Care Med*, 49 e 741.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ BỆNH TIÊU CHẢY Ở NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI XÃ ĐỒN CHÂU HUYỆN DUỖN HẢI, TỈNH TRÀ VINH NĂM 2021

Nguyễn Thị Mỹ Hòa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kiến thức đúng, thực hành đúng về bệnh tiêu chảy và một số yếu tố liên quan đến kiến thức đúng, thực hành đúng về bệnh tiêu chảy ở người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại Xã Đồn

*Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mỹ Hòa

Email: ntmhoa89@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/6/2022

Ngày phản biện khoa học: 8/7/2022

Ngày duyệt bài: 19/7/2022

Châu, huyện Duyên Hải, tỉnh Trà Vinh năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 300 người chăm sóc trẻ, bằng phương pháp chọn mẫu PPS. **Kết quả:** Tỷ lệ người chăm sóc trẻ có kiến thức đúng là 39,3%. Tỷ lệ người chăm sóc trẻ có thực hành đúng là 40%. Và một số yếu tố liên quan đến kiến thức đúng, thực hành đúng là nghề nghiệp, tư vấn chăm sóc dinh dưỡng và tiền căn tiêu chảy ở trẻ. **Kết luận:** Cần hướng dẫn thực hành chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ tiêu chảy ở nhóm nghề nội trợ, tăng cường khuyến khích người chăm sóc trẻ đưa trẻ đi khám và tư vấn dinh dưỡng cho trẻ.

Từ khóa: Tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi, Trà Vinh.