

bệnh để hiểu biết rõ hơn về dịch vụ; quảng bá dịch vụ CSGN cho cả người bệnh và người nhà người bệnh để cùng có quyết định phù hợp với tình trạng người bệnh; ...Các phương pháp tiếp thị cho người bệnh, người nhà người bệnh phải dễ hiểu, hấp dẫn, gần gũi và tạo sự tin tưởng. Đối với người bệnh và gia đình người bệnh bị ung thư thì gánh nặng kinh tế cho quá trình điều trị là rất lớn nên giá của các gói dịch vụ CSGN tại nhà cũng là việc người bệnh, người nhà người bệnh rất quan tâm. Để các dịch vụ CSGN tại nhà được triển khai trên thực tế thì Bệnh viện cũng cần quan tâm đến giá của các gói dịch vụ CSGN tại nhà để vừa đảm bảo có lợi nhuận, vừa đảm bảo phù hợp với túi tiền với người bệnh ung thư.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người bệnh có nhu cầu CSGN tại nhà là 49,3%. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến nhu cầu CSGN là tình trạng việc làm, học vấn, tần suất khám sức khỏe định kỳ.

Người bệnh tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội cần có nhu cầu CSGN để cải thiện các vấn đề về tài chính, tâm lý và thể chất và ít có nhu cầu CSGN về các vấn đề giao tiếp xã hội, khả năng tự chủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Hào**, Nghiên Cứu Nhu Cầu Khám Chữa Bệnh Ung Thư, Chăm Sóc Giảm Nhẹ và Một Số Yếu Tố Liên Quan Của Người Dân Tại 10 Tỉnh Việt Nam Năm 2014. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, 2014.

2. **B. H. P. Osse, M. J. F. J. Vernooij-Dassen, E. Schadé, and R. P. T. M. Grol**, "A practical instrument to explore patients' needs in palliative care: the Problems and Needs in Palliative Care questionnaire short version," *Palliat. Med.*, vol. 21, no. 5, pp. 391–399, Jul. 2007, doi: 10.1177/0269216307078300.
3. **Vũ Đình Sơn, Phạm Ngọc Ánh, Đặng Thị Vân Anh, and Lê Thuý Phương**, "Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư tại trung tâm ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan," *Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng*, vol. 5, no. 02, Art. no. 02, May 2022, doi: 10.54436/jns.2022.02.423.
4. **Trần Thị Liên and Lê Thanh Tùng**, "Thực trạng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị tại trung tâm ung bướu – bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019 | Tạp chí Khoa học Điều dưỡng," May 2022, Accessed: Oct. 15, 2023. [Online]. Available: <https://jns.vn/index.php/journal/article/view/180>
5. **Đặng T. V. A. and Đỗ T. H. T.**, "Các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư tại Trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021," *Tạp Chí Học Việt Nam*, vol. 514, no. 1, Art. no. 1, Jun. 2022, doi: 10.51298/vmj.v514i1.2546.
6. **Phan Cảnh Duy, Nguyễn Minh Hành, Nguyễn Dư Quyên, and Huỳnh Thị Minh Châu**, "Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ tại nhà và ứng dụng công nghệ thông tin vào quá trình chăm sóc cho bệnh nhân ung thư tại Khoa Ung bướu-Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở II - Tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Huế." Accessed: Oct. 15, 2023. [Online]. Available: <https://jcmhch.com.vn/Tapchi/Nghiencuu/?lang=v&i&ID=788>

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM HƯỚNG DẪN ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH CẢNH TRONG BẰNG CÁCH TIẾP CẬN THEO TRỤC DÀI

Lê Thanh Hải Đăng¹, Phạm Thị Lệ Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ thành công và biến chứng của phương pháp đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong bằng cách tiếp cận theo trục dài. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả loạt ca, gồm 48 người bệnh phẫu thuật chương trình có chỉ định đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong. Kỹ thuật đặt catheter dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận theo trục dài bởi bác sĩ có kinh nghiệm trên 5 năm. Biến số kết cục chính gồm tỉ lệ thành công, tỉ lệ biến chứng. Biến

số kết cục phụ gồm thời gian thực hiện và số lần đi kim qua da. **Kết quả:** Tỉ lệ thành công của thủ thuật là 97,9%. Tỉ lệ biến chứng bao gồm: 2,1% máu tụ dưới da và 4,2% chọc kim xuyên thành tĩnh mạch. Thời gian thực hiện trung bình là $3,6 \pm 1,8$ phút, số lần đi kim trung bình là $1,2 \pm 0,7$ lần. **Kết luận:** Nghiên cứu chứng minh được tính an toàn và hiệu quả của phương pháp đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận theo trục dài. Chúng tôi nhận thấy đây là cách tiếp cận mới, ít biến chứng và cần được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm để mang lại hiệu quả tối đa.

Từ khóa: đường truyền tĩnh mạch trung tâm, tĩnh mạch cảnh trong, siêu âm.

SUMMARY

LONG-AXIS ULTRASOUND GUIDED APPROACH FOR INTERNAL JUGULAR

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Hải Đăng
Email: dang.lth@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 01.12.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.01.2024
Ngày duyệt bài: 5.2.2024

VEIN CANNULATIONS

Objective: To survey the success rate and complications of internal jugular vein cannulation by the long-axis approach. **Subjects and methods:** The study described a series of cases, carried out on 48 patients undergoing elective surgery and needing an internal jugular vein cannulation. The anesthesiologist with more than five years of experience used the long-axis technique to guide the placement of catheters for each patient. Primary outcomes include success rates and complication rates. Secondary outcomes include processing times and the number of percutaneous needles. **Results:** The technique has a 97.9% success rate; 2.1% of subcutaneous hematomas and 4.2% of percutaneous needle punctures were among the complications. The average execution time is 3.6 ± 1.8 minutes, and there are typically 1.2 ± 0.7 times as many needle passes. **Conclusion:** This study proved the efficacy and safety of the long-axis approach for internal venous cannulation. We understand that for best success, a skilled physician must perform this novel procedure, which has few risks. **Keywords:** central venous catheterization, internal jugular vein, ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước khi siêu âm được ứng dụng vào việc thực hiện các thủ thuật trong gây mê hồi sức, đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong (TMCT) chủ yếu dựa vào mốc giải phẫu. Vì vậy, chọc kim gây tổn thương động mạch cảnh thường gặp, dẫn đến hàng loạt các biến chứng nguy hiểm như máu tụ chèn ép đường thở, biến chứng mạch máu não do bong màng xơ vữa, rò động tĩnh mạch, giả phình động mạch. Phương pháp dựa vào mốc giải phẫu còn nhiều hạn chế: tỉ lệ thành công thấp, tổn thương thần kinh hoành, tổn thương các rễ thần kinh thuộc đám rối cánh tay do đổi hướng kim nhiều lần¹.

Siêu âm là một trong những tiến bộ khoa học hỗ trợ rất nhiều trong các kỹ thuật gây mê hồi sức. Siêu âm giúp nhìn rõ cấu trúc giải phẫu liên quan, hướng đi kim, sợi kim loại dẫn đường². Siêu âm có thể tiếp cận mạch máu theo trục ngắn (tiếp cận ngang) hoặc trục dài (tiếp cận dọc). Tuy nhiên, do kỹ thuật đặt đầu dò kèm tư thế xoay đầu để cho TMCT nằm chồng lên động mạch hoặc không kiểm soát được đầu kim, đi kim quá sâu xuyên hai thành tĩnh mạch nên gây ra nhiều biến chứng: tràn khí màng phổi, chọc trúng động mạch, tổn thương thần kinh. Từ thực tế lâm sàng trên, các nhà khoa học bắt đầu nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của phương pháp siêu âm tiếp cận trục dài. Năm 2016, Shrestha nghiên cứu trên 82 người bệnh được đặt catheter TMCT bởi bác sĩ có ít nhất 3 năm kinh nghiệm. Tác giả kết luận tỉ lệ thành công giữa hai phương pháp tiếp cận trục ngắn và dài

không khác biệt³. Trong nghiên cứu của Batllori, siêu âm tiếp cận trục dài thành công 97,3% và ít biến chứng cơ học hơn tiếp cận trục ngắn⁴. Kết quả từ những nghiên cứu trên cho thấy siêu âm tiếp cận trục dài có tỉ lệ thành công tương đương và ít biến chứng cơ học hơn tiếp cận trục ngắn.

Tại Việt Nam, siêu âm hỗ trợ đặt catheter TMCT đã được chứng minh an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên các nghiên cứu đều tiếp cận tĩnh mạch theo trục ngắn. Siêu âm hướng dẫn đặt catheter TMCT bằng cách tiếp cận trục dài còn khá mới và cần thêm dữ liệu để đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này tại Việt Nam. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Vai trò của siêu âm hướng dẫn đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong bằng cách tiếp cận theo trục dài" với mong muốn tìm ra phương pháp can thiệp mang lại nhiều lợi ích cho người Việt Nam khi thực hiện thủ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: người bệnh trải qua phẫu thuật chương trình tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 06 năm 2022, có chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

Tiêu chuẩn chọn vào: người bệnh tuổi từ 18-80 với ASA I-III.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có các tình trạng rối loạn đông máu (INR >1,5 hoặc tiểu cầu <100000/mm³), chấn thương cổ, máu tụ dưới da, tràn khí dưới da vùng cổ, cổ ngắn sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

2.3. Phương pháp tiến hành: Tất cả người bệnh đều được gây mê toàn diện kiểm soát hô hấp bằng nội khí quản với theo dõi chuẩn (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, thân nhiệt). Sau khởi mê, người bệnh được kê tư thế và đặt catheter TMCT dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận theo trục dài theo quy trình kỹ thuật của bệnh viện Bình Dân. Biến số kết cục chính: tỉ lệ thành công, tỉ lệ biến chứng: chọc kim vào động mạch, tụ máu dưới da, chọc thủng thành sau tĩnh mạch, tràn khí màng phổi. Biến số kết cục phụ: tỉ lệ thành công trong lần đi kim đầu tiên, số lần đi kim, thời gian đặt catheter.

2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê R (4.0.4). Các biến số định lượng được biểu diễn dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu tuân theo phân phối chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu không tuân theo phân phối chuẩn và sử dụng phép kiểm t nếu phân phối

chuẩn hoặc phép kiểm Mann-Whitney nếu không theo phân phối chuẩn. Biến số phân loại biểu diễn dưới dạng tần số (%) và sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc phép kiểm Fisher. Có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Cỡ mẫu được tính dựa vào công thức ước lượng một tỉ lệ. Theo nghiên cứu của Batllori, tỉ lệ thành công $p = 0,973^4$. Chọn sai số ước tính 5%. Thay vào công thức cỡ mẫu tối thiểu là $N \geq 41$. Vậy chúng tôi chọn 48 người bệnh tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 8 tháng từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu trên 48 người bệnh được đặt catheter TMCT dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận theo trục dài tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Bình Dân.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	35 / 72,9
	Nữ	13 / 27,1
BMI (kg/m ²)	<18,5	06 / 12,5
	18,5-22,9	27 / 56,3
	23-24,9	10 / 20,8
	≥25	05 / 10,4
Tiền căn phẫu thuật, sẹo bong ở cổ	01	2,1
Loại phẫu thuật	Tổng quát	26 / 54,2
	Lồng ngực mạch máu	16 / 33,3
	Tiết niệu	06 / 12,5
Vòng cổ ≥38 cm ở nam hoặc ≥32 cm ở nữ	07	14,5

Dân số tham gia nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nam giới, chiếm tỉ lệ 72,9%. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 01 người bệnh có sẹo phẫu thuật vùng cổ, 05 người bệnh béo phì và 07 người bệnh có chu vi vòng cổ to. Khi dùng kiểm định Fisher cho thấy không có mối liên quan giữa chu vi vòng cổ, tiền căn phẫu thuật, sẹo vùng da cổ và tỉ lệ thành công thủ thuật ($p > 0,05$).

Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có BMI ở mức trung bình (18,5-22,9 kg/m²), nhóm béo phì (≥ 25 kg/m²) chiếm tỉ lệ 10,4%. Dân số nghiên cứu chủ yếu là người bệnh phẫu thuật tổng quát (54,2%) và phẫu thuật lồng ngực mạch máu (33,3%).

Độ tuổi dân số trong nghiên cứu có trung vị và khoảng tứ phân vị lần lượt là 66 (54,75 - 75). Độ tuổi nhỏ nhất là 24 và cao nhất là 80. Trong đó nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (62,5%), nhóm tuổi 16-40 chiếm tỉ lệ thấp nhất

với 6,25%.

Tỉ lệ thành công của kỹ thuật đặt catheter TMCT dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận trục dài trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 97,9%, trong đó tỉ lệ thực hiện thành công trong lần đi kim đầu tiên là 85,4%.

Bảng 2. Tỉ lệ thành công ở lần đầu đi kim theo nhóm BMI

Đặc điểm BMI (kg/m ²)	<18,5	18,5-22,9	23-24,9	≥25	P
Thành công lần đầu đi kim*	5 (83,3)	26 (96,3)	8 (80)	2 (40)	0,011†
Thất bại*	1 (16,7)	1 (3,7)	2 (20)	3 (60)	

*Số bệnh nhân (%); †: Phép kiểm Fisher

Nhận xét: Qua kiểm định Fisher, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thành công trong lần đi kim đầu tiên giữa các nhóm BMI. Trong đó, người bệnh thừa cân và béo phì lần lượt có đến 20% và 60% thất bại trong lần đầu đi kim ($p = 0,011$).

Bảng 3. Tỉ lệ biến chứng

Biến chứng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tràn khí màng phổi	0	0
Chọc kim vào động mạch	0	0
Tụ máu dưới da	1	2,1
Chọc thủng thành sau tĩnh mạch	2	4,2

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tràn khí màng phổi, chọc kim vào động mạch. Tuy nhiên có 02 trường hợp (4,2%) chọc kim thủng thành sau TMCT, trong đó 01 trường hợp (2,1%) bị tụ máu dưới da.

Thời gian thực hiện trung bình là $3,6 \pm 1,8$ phút. Thời gian thực hiện tối thiểu là 2 phút. Tuy nhiên có 01 trường hợp thực hiện khó nên kéo dài đến 15 phút. Số lần đi kim để đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận theo trục dài có trung vị là 1 lần. Trong đó có 01 trường hợp khó phải thực hiện đến 4 lần đi kim. Số lần đi kim trung bình là $1,2 \pm 0,7$ lần.

IV. BÀN LUẬN

Thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là mô tả cắt ngang được thực hiện trên 48 người bệnh đặt catheter TMCT dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận trục dài trước phẫu thuật chương trình. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thành công là 97,9% và tỉ lệ biến chứng là 6,3%. Tùy theo thiết kế nghiên cứu, hoàn cảnh thực hiện, dân số nghiên cứu mà tác giả đưa ra đặc điểm dự báo khó khăn khi thực hiện thủ thuật đôi khi không thống nhất nhau: chỉ số khối cơ thể, cổ ngắn-

mốc giải phẫu không rõ, tiền sử đặt catheter TMCT, sẹo vùng cổ, di động cổ khó khăn, không cố định tư thế đầu.

Tỉ lệ thành công của kỹ thuật đặt catheter TMCT dưới hướng dẫn siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 97,9%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh 96,6% và Nguyễn Thị Thanh Trúc 98,6%^{5,6}. Chúng tôi và tác giả Nguyễn Thị Thanh Trúc nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật chương trình, tình trạng huyết động ổn định, không bị áp lực về mặt thời gian nên tỉ lệ thành công cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh (81% phẫu thuật cấp cứu, trong đó sốc nhiễm trùng chiếm tỉ lệ cao nhất). Nhìn chung tỉ lệ thành công của phương pháp đặt catheter TMCT bằng phương pháp siêu âm đều rất cao (>90%). Việc sử dụng kỹ thuật siêu âm đã được chứng minh là cải thiện đáng kể tỉ lệ thành công, giảm thời gian tiếp cận và giảm tỉ lệ biến chứng do chấn thương liên quan đến mạch máu.

Trong quá trình thực hiện chúng tôi có 02 trường hợp (4,2%) xảy ra biến chứng là chọc kim thủng thành sau TMCT, trong đó 2,1% gây tụ máu dưới da. Trong trường hợp này tụ máu là tự giới hạn và kích thước khối tụ máu không chèn ép gây ảnh hưởng chức năng các cấu trúc xung quanh (đề xẹp mạch máu, khí quản) nên không cần điều trị đặc hiệu. Khi có siêu âm việc theo dõi kích thước và mức độ đè ép của khối tụ giúp người thực hiện đưa ra quyết định hợp lý trong việc can thiệp, chấm dứt thủ thuật hoặc đổi vị trí chích. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào chọc kim vào động mạch. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Trúc ghi nhận 1,4% chọc vào động mạch cảnh chung⁶. Tác giả lý giải trường hợp chọc vào động mạch là do không kiểm soát tốt đầu kim trên hình ảnh siêu âm trực tiếp mạch máu. Chọc thủng thành sau tĩnh mạch là một biến chứng được quan tâm gần đây từ khi ứng dụng siêu âm hướng dẫn đặt catheter tĩnh mạch trung tâm thường quy. Đây cũng là biến chứng rất hay gặp trong các nghiên cứu. Nghiên cứu của Batllori có 11% chọc thủng thành sau TMCT ở nhóm siêu âm tiếp cận theo trực tiếp so với 0% ở nhóm tiếp cận theo trực tiếp dài⁴. Nghiên cứu của Arun Rath cũng có kết quả tương tự với tỉ lệ 2 nhóm lần lượt là 6% và 0%⁷. Nghiên cứu của chúng tôi có 4,2% chọc thủng thành sau TMCT, đều xảy ra ở người bệnh béo phì. Trong đó có 2,1% máu tụ dưới da do đi kim 4 lần trên người bệnh béo phì.

Số lần đi kim trung bình của chúng tôi là 1,2 ± 0,7 lần (nhiều nhất 4 lần), gần tương đồng với Arun Rath 1,1 ± 0,9 và Nguyễn Thị Thanh

Trúc 1,2 lần^{6,7}. Trong nghiên cứu của Arun Rath, số lần thực hiện ở nhóm tiếp cận trực tiếp ngắn là 2 ± 0,5, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số lần đi kim càng nhiều sẽ dẫn đến các biến chứng: chọc kim động mạch, tụ máu gây khó khăn trong việc đưa kim tiếp cận mạch máu, tuy nhiên để chứng minh cần có những nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn. Theo nghiên cứu của Dodge, số lần đi kim tương quan nghịch với tỉ lệ thành công ($r = -0,527$; $p < 0,01$)⁸. Thời gian thực hiện trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 3,6 ± 1,8 phút (trung vị là 3 phút, thấp nhất 2 phút, cao nhất 15 phút) tính từ lúc kim qua da lần đầu đến lúc luồn xong catheter. Thời gian thực hiện thủ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn tác giả Nguyễn Thị Thanh Trúc (4,5 ± 4,8 phút). Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Trúc có 01 trường hợp thủ thuật bị kéo dài thời gian đến 25 phút vì phải đè ép sau khi chọc nhằm động mạch cảnh⁶. Kết quả nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn so với Arun Rath (332 ± 118 giây), vì tác giả chọn mốc thời gian từ lúc đi kim qua da đến khi khâu cố định catheter vào da⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số giới hạn. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả, chỉ tiến hành quan sát trên một nhóm nghiên cứu, không có nhóm chứng nên chưa thể khẳng định có vượt trội hơn phương pháp tiếp cận theo trực tiếp hay không. Dân số được chọn trong nghiên cứu chúng tôi là người bệnh được lên lịch phẫu thuật chương trình, có tình trạng huyết động ổn định, được gây mê toàn diện. Chúng tôi chỉ chọn một bác sĩ đã có kinh nghiệm trên 5 năm thực hiện thủ thuật đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm. Vì vậy cần lưu ý và thận trọng trong việc diễn giải và áp dụng kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về kỹ thuật đặt catheter TMCT dưới hướng dẫn siêu âm bằng cách tiếp cận theo trực tiếp dài cho thấy tỉ lệ thành công cao và biến chứng thấp. Đặc biệt là không có trường hợp nào chọc kim vào động mạch. Đây là nghiên cứu ban đầu về kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm tiếp cận theo trực tiếp dài. Trong tương lai, cần nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, có nhóm chứng để đánh giá được hiệu quả của phương pháp tiếp cận theo trực tiếp dài khách quan hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Doğu H, Goksu S, Sahin L, et al.** Comparison of an ultrasound-guided technique versus a

- landmark-guided technique for internal jugular vein cannulation. *Journal of clinical monitoring and computing*. Feb 2015;29(1):177-82. doi:10.1007/s10877-014-9585-3
2. **Huỳnh Văn Bình, Nguyễn Trung Cường, Đinh Hữu Hào.** Một số kinh nghiệm trong triển khai các kỹ thuật gây mê hồi sức dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Y học TP HCM*. 2017;21(3):tr. 52-56.
 3. **Shrestha GS, Gurung A, Koirala S.** Comparison between long- and short-axis techniques for ultrasound-guided cannulation of internal jugular vein. *Annals of cardiac anaesthesia*. Apr-Jun 2016;19(2):288-92. doi:10.4103/0971-9784.179629
 4. **Batllori M, Urra M, Uriarte E, et al.** Randomized comparison of three transducer orientation approaches for ultrasound guided internal jugular venous cannulation. *British journal of anaesthesia*. Mar 2016;116(3):370-6. doi:10.1093/bja/aev399
 5. **Nguyễn Thị Thanh.** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của đặt đường truyền tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Y học TP HCM*. 2013;17(6):tr.231-236.
 6. **Nguyễn Thị Thanh Trúc, Phan Tôn Ngọc Vũ, Nguyễn Thị Thanh.** Hiệu quả của kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Y học TP HCM*. 2016;20(1):tr. 246-251.
 7. **Rath A, Mishra SB, Pati B, et al.** Short versus long axis ultrasound guided approach for internal jugular vein cannulations: A prospective randomized controlled trial. *The American journal of emergency medicine*. Apr 2020;38(4):731-734. doi:10.1016/j.ajem.2019.06.010
 8. **Dodge KL, Lynch CA, Moore CL, et al.** Use of ultrasound guidance improves central venous catheter insertion success rates among junior residents. *Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*. Oct 2012;31(10):1519-26. doi:10.7863/jum.2012.31.10.1519

TỔNG QUAN VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG VÀ RÒ SỐNG MŨI

Đỗ Minh Khang¹, Phạm Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang và rò sống mũi (NDSCs) là một tổn thương bẩm sinh hiếm gặp ở trẻ nhỏ. Biểu hiện lâm sàng là nang hoặc đường rò ở đường giữa mũi và có thể kéo dài tới nội sọ. **Mục tiêu:** Tổng quan về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của tổn thương hiếm gặp này. **Phương pháp:** Tổng quan luận điểm **Kết quả:** Tất cả có 197 ca bệnh đã được lập bảng và đánh giá. Có 3 bệnh nhân có tổn thương nang và lỗ rò tại tiểu trụ mũi; 19 tại đầu mũi; 56 tại sống mũi; 17 tại vị trí gốc mũi; 7 tại khốe mắt trong; 13 tại ụ trên gốc mũi. Nguy cơ của tổn thương xâm lấn nội sọ là 26,2 phần trăm Khuyến cáo được đưa ra là tất cả các bệnh nhân NDSCs nên được chụp phim cộng hưởng từ (MRI) và/hoặc phim cắt lớp vi tính (CT). Các đường mổ tiếp cận tổn thương và phần tổng quan tài liệu tương ứng đã được trình bày. NDSCs có thể tái phát nếu không được loại bỏ hoàn toàn. Có 15 trường hợp (7,6 phần trăm) tái phát trong nghiên cứu này. **Kết luận:** Nang và rò sống mũi là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp. Đánh giá trước phẫu thuật cần phải đánh giá dựa trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh để đánh giá mức độ và loại trừ tổn thương xâm lấn nội sọ. NDSCs dễ bị chẩn đoán sai, dễ tái phát và những tổn thương sau phẫu thuật ảnh hưởng đến khuôn mặt. Vì vậy chiến lược phẫu

thuật phụ thuộc rất nhiều và biểu hiện của tổn thương là dạng nang hay rò, vị trí và mức độ tổn thương.

Từ khóa: Nasal dermoid sinus cyst; Clinical presentation; Radiological imaging; Therapy; Surgical outcomes.

SUMMARY

REVIEW OF CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF NASAL DERMOID SINUS CYSTS

Introduction: Nasal dermoid sinus cysts (NDSCs) are uncommon congenital lesions in children. Clinical manifestations are midline nasal cysts, fistula and intracranial attachments. **Objective:** To review the clinical presentation and subclinical presentation and study the surgical outcomes of this uncommon lesion. **Method:** A scoping review. **Result:** All 197 cases are tabulated and reviewed. Three cases were located on the columella; nineteen, tip; fifty-six, dorsum; seventeen, nasal root; seven, medial canthal; thirteen, nasion. The risk of intracranial extension is 26.2 per cent (51 cases). It is recommended that all patients who present with a NDSCs should be investigated by magnetic resonance (MRI) and/or computed tomography (CT). The approach to extension and corresponding literature review has been presented. Recurrences are likely if the NDSC is not completely excised. There were 15 recurrence (7,6 per cent) in this research article. **Conclusion:** NDSCs is an uncommon congenital anomaly. Preoperative evaluation must include imaging to assess extent and rule out intracranial extension. NDSC are easily misdiagnosed, leading to recurrence and surgical trauma affecting the face. Early appropriate surgical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Khang

Email: khang26081997@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2024

Ngày duyệt bài: 8.2.2024