

6. **Dianat O., et Al** "Antimicrobial Activity of Nanoparticle Calcium Hydroxide against Enterococcus Faecalis: An In Vitro Study," Iran Endod J, tập 10, số 1, pp. 39-43, 2015.
7. **Torabinejad M. et Al**, "Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: A systematic review," J Endod, tập 35, số 7, pp. 930-937, 2009 Jul.
8. **Kishen A. et Al**, The root canal biofilm, Berlin Heideberg: Springer-Verlag, 2015.
9. **Al-Sabawi NA, et Al**. "Residual antibacterial effect of calcium hydroxide combined with chlorhexidine gel as an intracanal medicament," Indian J Dent Res, tập 31, số 6, pp. 846-851, 2020.
10. **Ataide. IS. Fernandes M.**, "Nonsurgical management of periapical lesions," J Conserv Dent, tập 13, số 4, pp. 240-245, 2010.

KẾT QUẢ XỬ TRÍ CẮT CƠN CO GIẬT Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 60 THÁNG TUỔI THEO PHÁC ĐỒ APLS TẠI KHOA CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Ngô Anh Vinh², Nguyễn Thị Uy¹, Hoàng Thị Huế¹, Lê Ngọc Duy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả xử trí cắt cơn co giật ở trẻ em theo phác đồ cấp cứu nhi khoa nâng cao (APLS: Advanced Pediatric Life Support). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả ngang trên 61 bệnh nhân từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi có cơn co giật và được xử trí cắt cơn tại khoa Cấp cứu và Chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** hầu hết bệnh nhân cắt được cơn co giật ở bước 1 (chiếm 75,5%). Trong các thuốc cắt cơn co giật, midazolam tiêm tĩnh mạch được sử dụng nhiều nhất chiếm 77%, tiếp theo là sodium valproate (19,7%), midazolam tiêm bắp (14,8%), diazepam thụt hậu môn (13,1%) và midazolam duy trì (9,8%). Tỷ lệ cắt cơn co giật thành công của midazolam tiêm tĩnh mạch, midazolam tiêm bắp, diazepam thụt hậu môn lần lượt là 71,7%, 88,9% và 75% và sự khác biệt giữa các thuốc không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian cắt cơn trung bình của midazolam tiêm tĩnh mạch ngắn nhất với $1,0 \pm 0,5$ (phút) và midazolam tiêm bắp là $2,0 \pm 0,7$ (phút) diazepam là $2,5 \pm 0,5$ (phút). **Kết luận:** hầu hết bệnh nhân được cắt cơn co giật ở bước 1 và midazolam là thuốc được sử dụng nhiều nhất. Midazolam là thuốc cắt cơn co giật hiệu quả ở trẻ em trong đó midazolam tiêm bắp ưu tiên lựa chọn khi bệnh nhân chưa có đường truyền tĩnh mạch.

Từ khóa: cắt cơn co giật, trẻ em, APLS.

SUMMARY

RESULTS OF SEIZURE CONTROL IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO 60 MONTHS OLD ACCORDING TO APLS PROTOCOL AT THE EMERGENCY DEPARTMENT AND POISON CONTROL DEPARTMENT OF THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

Objective: To evaluate the results of treating seizures in children according to the advanced pediatric life support protocol (APLS: Advanced Pediatric Life Support). **Research subjects and methods:** cross-sectional study on 61 patients (from 2 to 60 months) who had seizures and were treated at the Department of Emergency and Poison Control - National Children's Hospital. **Results:** most patients had seizures relieved in step 1 (accounting for 75.5%). Among rescue medications, intravenous midazolam was the most used, accounting for 77%, followed by sodium valproate (19.7%), intramuscular midazolam (14.8%), diazepam rectal (13.1%) and maintenance midazolam (9.8%). The successful rates of relieving seizures of intravenous midazolam, intramuscular midazolam, and rectal diazepam were 71.7%, 88.9%, and 75%, respectively, and the difference between the drugs was not statistically significant ($p > 0.05$). The average withdrawal time of intravenous midazolam was the shortest at 1.0 ± 0.5 (minutes). That of intramuscular midazolam was 2.0 ± 0.7 (minutes) and diazepam was 2.5 ± 0.5 (minutes). **Conclusion:** most patients have seizures cured in step 1 and midazolam is the most used drug. Midazolam is an effective seizure reliever in children, and intramuscular midazolam is the preferred choice when patients do not have intravenous access.

Keywords: seizure termination, children, APLS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật là bệnh lý thường gặp ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi với tần suất gặp khoảng 4/1000 ở trẻ dưới 10 tuổi. Co giật cũng là nguyên nhân thường gặp khiến trẻ đến khám và nhập viện tại các đơn vị cấp cứu, chiếm khoảng 2,9% các trường hợp [1]. [2]. Ở trẻ em, có nhiều nguyên nhân gây co giật như sốt cao, động kinh, nhiễm khuẩn thần kinh,... [3]

Co giật ở trẻ em có thể gây ra tình trạng thiếu oxy não và để lại các di chứng về thần kinh. Ngoài ra, các cơn co giật kéo dài có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như ngừng tim, ngừng thở, tổn thương hệ thần kinh trung

ương,... thậm chí có thể gây tử vong [4]. Vì thế, co giật ở trẻ em là tình huống cấp cứu và đòi hỏi nhân viên y tế cần nhanh chóng cắt cơn co giật.

Hiện nay, khoa Cấp cứu và Chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương đang tiếp cận và xử trí cấp cứu co giật ở trẻ em cũng như các tình trạng bệnh nặng khác theo phác đồ cấp cứu nhi khoa nâng cao APLS (Advanced Pediatric Life Support). APLS là giáo trình được xây dựng từ năm 1988 bởi Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ và đã trải qua nhiều thời gian phát triển. APLS cung cấp các kiến thức và kỹ năng cho nhân viên y tế nhằm nâng cao khả năng xử trí và điều trị các tình trạng bệnh nặng ở trẻ em [5]. Hiện nay APLS đã và đang được áp dụng hiệu quả trong cấp cứu và hồi sức ở hầu hết các nước trên thế giới. Vậy câu hỏi đặt ra là hiệu quả của các phương pháp cắt cơn co giật ở trẻ em tại khoa Cấp cứu và Chống độc theo phác đồ APLS như thế nào? Để trả lời những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả xử trí cắt cơn co giật ở trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi theo phác đồ APLS tại khoa Cấp cứu và Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Là những bệnh nhân có cơn co giật đến nhập viện tại khoa Cấp cứu và Chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi
- Bệnh nhân có ít nhất 1 cơn co giật và được xử trí cắt cơn tại khoa Cấp cứu và Chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Thực hiện từ tháng 2/2023 đến tháng 8/2023 tại khoa Cấp cứu và Chống độc Bv Nhi Trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 61 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Khi nhập viện tại khoa Cấp cứu và Chống độc, bệnh nhân được khám lâm sàng toàn diện và xử trí cắt cơn co giật (nếu có). Quá trình khám lâm sàng, chỉ định cận lâm sàng được thực hiện bởi bác sĩ điều trị tại khoa Cấp cứu và Chống độc

Bệnh viện Nhi Trung ương. Các thông tin về kết quả cắt cơn co giật của bệnh nhân được thu thập tại thời điểm bệnh nhân nhập viện tại khoa Cấp cứu và Chống độc theo mẫu bệnh án có sẵn.

2.3.4. Các biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới tính.
- Các phương pháp hồi sức hô hấp khi bệnh nhân co giật
- Các thuốc sử dụng trong cắt cơn co giật.
- Tỷ lệ cắt cơn thành công của các bước theo phác đồ APLS. Cắt cơn co giật thành công được xác định khi bệnh nhân hết co giật trên lâm sàng sau khi đã ngừng các thuốc cắt cơn co giật.
- Thời gian cắt cơn co giật của các thuốc.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 25.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần suất (n) và tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định Chi bình phương để so sánh các tỷ lệ.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của gia đình bệnh nhân và các thông tin của bệnh nhân được đảm bảo bí mật. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức của Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt và thông qua với quyết định số 690/ BVNTW-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	2 tháng - < 12 tháng	18	29,5%
	12 tháng - < 36 tháng	33	54,1%
	36 tháng - ≤ 60 tháng	10	16,4%
	Tuổi trung bình: 21,9 ± 14,4 (tháng)		
Giới	Nam	37	60,7%
	Nữ	24	39,3%
Tổng		61	100%

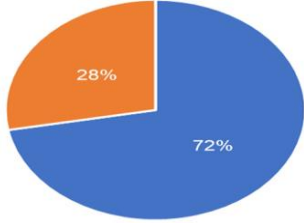
Nhận xét: Nhóm tuổi 12 - 36 tháng chiếm đa số, với 54,1% với độ tuổi trung bình là 21,9 ± 14,4 tháng. Về giới tính, nam gặp nhiều hơn nữ và tỉ lệ nam/nữ là 1,54/1.

3.2. Kết quả xử trí cắt cơn co giật

Bảng 2. Các phương pháp hỗ trợ hô hấp

Phương pháp	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Thở oxy	52	85,2%
Bóp bóng qua mask	3	5%
Đặt nội khí quản	6	9,8%
Tổng	61	100%

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân co giật tại khoa cấp cứu đều được hỗ trợ về hô hấp. Hầu hết bệnh nhân được thở oxy (chiếm 85,2%). Tỷ lệ bóp bóng qua mask là 5% và đặt nội khí quản là 9,8%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân lấy được đường truyền tĩnh mạch

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có sẵn đường truyền tĩnh mạch lúc co giật là 72%, còn lại là 28% trường hợp chưa có sẵn đường tĩnh mạch hoặc có nhưng không sử dụng được.

Bảng 3. Tỷ lệ cắt cơn co giật theo các bước

Bước xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Bước 1	46	75,5%
Bước 2	3	4,9%
Bước 3	6	9,8%
Bước 4	6	9,8%
Tổng	61	100%

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân cắt được cơn co giật ở bước 1 (chiếm 75,5%). Tỷ lệ bệnh nhân cắt cơn theo các bước 2,3,4 lần lượt là 4,9%; 9,8% và 9,8%.

Bảng 4. Các thuốc xử trí cắt cơn co giật

Thuốc	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Midazolam tiêm bắp	9	14,8%
Midazolam tiêm tĩnh mạch	47	77%
Midazolam duy trì	6	9,8%

Bảng 6. Hiệu quả cắt cơn của các thuốc trong bước 1

Thuốc sử dụng	Thành công	Thất bại	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Midazolam tĩnh mạch	32 (71,7%)	12 (27,3%)	44 (100%)	p1,2>0,05
Midazolam tiêm bắp	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)	p1,3>0,05
Diazepam thụt hậu môn	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	p2,3>0,05
Thuốc sử dụng	Thời gian cắt cơn (X ± SD) (phút)			
Midazolam tiêm tĩnh mạch	1,0 ± 0,5			
Midazolam tiêm bắp	2,0 ± 0,7			
Diazepam thụt hậu môn	2,5 ± 0,5			
Thời gian trung bình	1,5 ± 0,7			

p1,2: so sánh hiệu quả cắt cơn co giật giữa midazolam tĩnh mạch và tiêm bắp; p1,3: giữa midazolam tiêm bắp và diazepam thụt hậu môn; p2,3: so sánh hiệu quả cắt cơn co giật của midazolam tĩnh mạch và diazepam thụt hậu môn.

Nhận xét: Ở bước 1, tỷ lệ cắt cơn co giật thành công của midazolam tiêm tĩnh mạch,

Diazepam thụt hậu môn	8	13,1%
Sodium Valproate	12	19,7%

Nhận xét: Trong các thuốc cắt cơn co giật, midazolam tiêm tĩnh mạch được sử dụng nhiều nhất chiếm 77%, tiếp theo là sodium valproate (19,7%), midazolam tiêm bắp (14,8%), diazepam thụt hậu môn (13,1%) và midazolam duy trì (9,8%).

Bảng 5. Các thuốc xử trí cắt cơn co giật theo các bước

Các phương pháp		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bước 1	Diazepam thụt hậu môn	8	13,1%
	Midazolam tiêm bắp	9	14,8%
	Midazolam tiêm tĩnh mạch	44	72,1%
Tổng		61	100%
Bước 2	Midazolam tiêm tĩnh mạch	15	100%
Bước 3	Sodium valproate	12	100%
Bước 4	Midazolam duy trì tĩnh mạch	6	100%

Nhận xét: Trong xử trí cắt cơn co giật ở bước 1: khi chưa có đường tĩnh mạch, sử dụng diazepam thụt hậu môn là chủ yếu (13,1%), midazolam tiêm bắp với 9 trường hợp (14,8%). Khi lấy được đường tĩnh mạch, midazolam tiêm tĩnh mạch là thuốc duy nhất được sử dụng để cắt cơn co giật.

Trong xử trí cắt cơn co giật bước 2: 100% bệnh nhân đã thiết lập được đường tĩnh mạch và được xử trí bằng midazolam tĩnh mạch. Ở bước 3, có 12 bệnh nhân được xử trí cắt cơn co giật bằng sodium valproate. Ở bước 4, có 6 bệnh nhân được xử trí cắt cơn co giật bằng midazolam duy trì.

midazolam tiêm bắp, diazepam thụt hậu môn lần lượt là 71,7%, 88,9% và 75% và sự khác biệt giữa các thuốc không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Trong xử trí ở bước 1, thời gian cắt cơn trung bình của Midazolam tiêm tĩnh mạch ngắn nhất với 1,0 ± 0,5 (phút) và midazolam tiêm bắp

là $2,0 \pm 0,7$ (phút) diazepam thực hậu môn là $2,5 \pm 0,5$ (phút).

IV. BÀN LUẬN

Theo phác đồ APLS, việc xử trí cắt cơn co giật bao gồm đảm bảo oxy lưu lượng cao đồng thời cắt cơn co giật để hạn chế tình trạng thiếu oxy và tránh các di chứng về thần kinh cho bệnh nhân. Trong kết quả của chúng tôi, tất cả bệnh nhân co giật tại khoa cấp cứu đều được hỗ trợ về hô hấp trong đó hầu hết bệnh nhân được thở oxy (chiếm 85,2%), bóp bóng qua mask chiếm 5% và đặt nội khí quản chiếm 9,8% (Bảng 2).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân đã có đường tĩnh mạch tại thời điểm bệnh nhân co giật (chiếm 72%). Khi bệnh nhân đã có đường tĩnh mạch thì midazolam là thuốc được dùng để cắt cơn co giật nhiều nhất (chiếm 77%) (Bảng 4). Điều này cho thấy midazolam là thuốc được sử dụng thường quy tại khoa Cấp cứu và Chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương để cắt cơn co giật khi có đường truyền tĩnh mạch.

Theo kết quả ở bảng 3, tỷ lệ cắt cơn co giật ở bước 1 thành công khá cao với 75,5%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Welch và cộng sự, với tỷ lệ cắt thành công ở bước 1 là 70% (5). Điều này có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi hầu hết đã có đường tĩnh mạch nên hiệu quả cắt cơn cao hơn. Trong nghiên cứu của tác giả Welch, các thuốc sử dụng để cắt cơn co giật ở bước 1 là midazolam tiêm bắp và lorazepam đường tĩnh mạch [6].

Theo phác đồ APLS, lorazepam là thuốc được lựa chọn ưu tiên trong điều trị cắt cơn co giật bước 1 và 2 ở trẻ em khi có đường tĩnh mạch [5]. Tuy nhiên trên thực tế ở Việt Nam, hiện nay không có sẵn lorazepam vì thế trong xử trí cắt cơn co giật ở bước 1 và bước 2, khoa Cấp cứu và Chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương chủ yếu sử dụng midazolam và diazepam. Trong xử trí cắt cơn co giật ở bước 1, khi chưa có đường tĩnh mạch thì sử dụng midazolam tiêm bắp và diazepam thực hậu môn. Khi bệnh nhân đã được thiết lập đường tĩnh mạch thì tất cả các trường hợp đều được cắt cơn giật bằng midazolam tiêm tĩnh mạch (Bảng 5). Trong xử trí cắt cơn co giật ở bước 2, khi đó bệnh nhân đã thiết lập được đường tĩnh mạch và tất cả các trường hợp đều được xử trí bằng midazolam tiêm tĩnh mạch. Trong số tất cả các thuốc cắt cơn co giật trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân đều sử dụng midazolam trong đó chủ yếu là midazolam tiêm tĩnh mạch (bảng 4). Các thuốc sử dụng cắt cơn còn lại là Sodium valproate với

12 trường hợp, tiếp theo là diazepam thực hậu môn với 8 trường hợp. Trong nghiên cứu chúng tôi, không có trường hợp nào giật kéo dài và khó kiểm soát đến mức phải dùng Phenytoin và Thiopental + Propofol (Bảng 5).

Theo bảng 6, kết quả cũng cho thấy tỷ lệ cắt cơn co giật thành công của midazolam tiêm tĩnh mạch và tiêm bắp cũng như diazepam thực hậu môn không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Điều này cho thấy, sử dụng midazolam tiêm bắp và diazepam thực hậu môn là sự lựa chọn có thể thay thế khi bệnh nhân chưa lấy được đường tĩnh mạch. Điều này rất quan trọng đối với các nhân viên y tế ở các đơn vị tiếp nhận bệnh nhân ban đầu như khoa phòng khám và cấp cứu. Đây là những đơn vị cần phải xử trí cắt cơn co giật nhanh chóng cho bệnh nhân được đưa đến bệnh viện mà chưa có đường truyền tĩnh mạch. Trong một số trường hợp cơn co giật dài hoặc bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng kèm theo thì việc lấy đường truyền khó khăn và mất nhiều thời gian sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân. Cũng theo kết quả trong xử trí bước 1, thời gian cắt cơn trung bình của midazolam tiêm tĩnh mạch nhanh nhất với $1,0 \pm 0,515$ (phút), tiếp theo là midazolam tiêm bắp là $2,0 \pm 0,577$ (phút) và diazepam thực hậu môn là $3,0 \pm 0,535$ 11,5% (phút) (Bảng 6). Vì thế chúng tôi cho rằng việc sử dụng midazolam tiêm bắp vẫn là sự lựa chọn ưu tiên hơn so với diazepam thực hậu môn trong xử trí cắt cơn co giật khi bệnh nhân chưa có đường truyền tĩnh mạch. Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy việc thực hiện tiêm bắp ở trẻ em dễ dàng hơn so với thực hậu môn. Tương tự, tác giả Nguyễn Anh Tuấn trong nghiên cứu về hiệu quả cắt cơn co giật ở trẻ em tại khoa cấp cứu cũng cho rằng sử dụng midazolam tiêm bắp là phương pháp ưu tiên lựa chọn khi bệnh nhân chưa lấy được đường truyền tĩnh mạch [7].

Trong nghiên cứu của tác giả Welch và cộng sự, kết quả cũng cho thấy hiệu quả cắt cơn co giật của midazolam tiêm bắp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lorazepam tiêm tĩnh mạch ($p > 0,05$). Vì thế tác giả cho rằng, có thể sử dụng Midazolam tiêm bắp để cắt cơn co giật ở trẻ em vì đây là phương pháp thực hiện dễ dàng, nhanh chóng. Nghiên cứu còn cho thấy đây là phương pháp an toàn vì tỷ lệ tái phát cơn co giật hoặc phải đặt nội khí quản hoặc phải chăm sóc tại các đơn vị hồi sức ở những bệnh nhân được xử trí cắt cơn co giật bằng tiêm bắp midazolam là rất thấp. Tác giả cũng cho rằng việc thiết lập đường truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân co giật, đặc biệt trước khi nhập viện là rất khó khăn

và có thể làm chậm quá trình xử trí cắt cơn co giật nói riêng và điều trị co giật nói chung [6].

Trên thế giới, nhiều đơn vị dịch vụ y tế cấp cứu đã áp dụng midazolam tiêm bắp như một phương pháp lựa chọn ưu tiên trong xử trí cắt cơn co giật ở trẻ em khi chưa có đường tĩnh mạch. Midazolam tiêm bắp có thể thực hiện nhanh chóng, an toàn và hiệu quả trong kiểm soát cơn co giật ở trẻ em tại cộng đồng trước khi nhập viện [8], [9].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu về đánh giá hiệu quả xử trí cắt cơn co giật ở trẻ em tại khoa Cấp cứu và Chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi nhận thấy: hầu hết bệnh nhân được cắt cơn co giật ở bước 1 và midazolam là thuốc được sử dụng nhiều nhất. Midazolam là thuốc cắt cơn co giật hiệu quả ở trẻ em trong đó midazolam tiêm bắp ưu tiên lựa chọn khi bệnh nhân chưa có đường truyền tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nahin Hussain a, Richard Appleton a, Kent Thorburn b** (2007). Aetiology, course and outcome of children admitted to paediatric intensive care with convulsive status epilepticus: A retrospective 5-year review. *Seizure* 16, 305–312.
2. **Aysha Abbasi, Ghazala Kazi, Saman Siddiqui, et al** (2020). Clinical profile & management of children with seizures presenting

- to pediatric emergency department: A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 27, 188-191.
3. **Bùi Thu Phượng, Phạm Thị Thuận** (2022). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và nguyên nhân co giật do sốt ở trẻ em tại bệnh viện trung ương quân đội 108. *Tạp chí Nhi khoa*, 15 (5), tr 96-101.
 4. **S. Sartori, M. Nosadini, G. Tessarin, C. Boniver, A.C. Frigo, et al.** First-ever convulsive seizures in children presenting to the emergency department: risk factors for seizure recurrence and diagnosis of epilepsy. *Dev Med Child Neurol*, 61 (1) (2019), pp. 82-90.
 5. **Argent A., Arrowsmith P., Charters A., et al** (2016). The convulsing child. *Advanced Paediatric Life Support*, 6th Edition,, pp. 99-107.
 6. **Welch, R. D., Nicholas, et al.** (2015). Intramuscular midazolam versus intravenous lorazepam for the prehospital treatment of status epilepticus in the pediatric population. *Epilepsia*, 56: 254-262..
 7. **Nguyễn Anh Tuấn, Trương Thị Mai Hồng, Lê Thanh Hải** (2017). Đánh giá kết quả điều trị cấp cứu cắt cơn co giật ở trẻ em theo phác đồ APLS. *Y học thực hành* 1031 (1), 68-70.
 8. **Nicholas S Abend, Jimmy W Huh, Mark A Helfaer, et al** (2008). Anticonvulsant medications in the pediatric emergency room and intensive care unit. *Pediatr Emerg Care*. 24(10):705-18.
 9. **Ali Akbar Momen, Reza Azizi Malamiri, Ali Nikkha, et al** (2015). Efficacy and safety of intramuscular midazolam versus rectal diazepam in controlling status epilepticus in children. *Eur J Paediatr Neurol*; 19(2):149-54.

NGỪNG TIM TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI TƯ THẾ NGỒI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

**Phạm Quang Minh¹, Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Lương Bằng²,
Lê Văn Tiến², Nguyễn Thị Liễu¹, Nguyễn Thị Linh²,
Nguyễn Thị Dương², Nguyễn Thành Lâm¹, Nguyễn Hữu Tú¹**

TÓM TẮT

Tư thế ngồi được sử dụng trong nhiều phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật nội soi khớp vai, bởi một số ưu điểm so với tư thế nằm nghiêng, có thể kể đến là quan sát phẫu trường và tiếp cận các cấu trúc vai trước tốt hơn, hạn chế tổn thương thần kinh do lực kéo và dễ dàng chuyển sang mổ mở mà không cần đặt lại tư thế. Tuy nhiên, tư thế này liên quan đến nguy cơ rối loạn huyết động như tụt huyết áp, nhịp

chậm và giảm tưới máu não. Nguyên nhân chính của bất lợi này là do đặc điểm của tư thế: đầu và tim cao hơn so với cơ thể, dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn trở về, giảm huyết áp động mạch, gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như tụt huyết áp kéo dài, thiếu máu não, thậm chí ngừng tim. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng ngừng tim trong mổ, bệnh nhân nam 66 tuổi được phẫu thuật nội soi khớp vai, tư thế ngồi. Sau khi thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi, huyết áp giảm sâu, mặc dù được bù dịch và Ephedrin nhưng huyết áp cải thiện chậm. Ngay sau đó xuất hiện Block nhĩ thất cấp III, rung thất, rồi ngừng tim. Chúng tôi yêu cầu ngừng mổ, đặt lại tư thế nằm ngửa, ép tim, shock điện, Adrenalin, tim đập lại sau 10 phút. Bệnh nhân được thở máy thêm 3 ngày, rút nội khí quản khi đủ điều kiện. Bệnh nhân có loạn thần sau rút nội khí quản, xử lý bằng Haloperidol, xuất viện sau 7 ngày. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi muốn phân tích rõ thêm cơ chế và

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: phamquangminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 14.5.2024