

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

các phương pháp phòng ngừa rối loạn huyết động trong phẫu thuật tư thế ngồi, giúp các bác sĩ gây mê, phẫu thuật viên có chiến lược phù hợp nhằm hạn chế tối đa các biến chứng về tim mạch trong và sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Tụt huyết áp, tư thế ngồi, nội soi khớp vai, ngừng tuần hoàn.

SUMMARY

CARDIAC ARREST DURING ARTHROSCOPIC SHOULDER SURGERY IN BEACH CHAIR POSITION: A CLINICAL CASE REPORT

Beach chair position is commonly used in many procedures, especially in arthroscopic shoulder surgery, as it offers a number of distinct advantages over supine position, including providing better visualization and access to the anterior shoulder structures, reducing nerve injuries due to traction strain, and facilitating a transition to open surgery without the need for repositioning. However, this position is associated with the unstable hemodynamic risks such as hypotension, bradycardia, and cerebral hypoperfusion. The main cause of these disadvantages is the characteristic of the posture: the higher of elevated head and heart than the body, leading to a decrease in venous return, arterial blood pressure and cardiac output, which result in many dangerous complications such as prolonged hypotension, cerebral anemia, and even cardiac arrest. We report a clinical case of intraoperative cardiac arrest, a 66-year-old male patient undergoing arthroscopic shoulder surgery in the beach chair position. After changing position from supine to sitting position, his blood pressure dropped significantly. Despite being given fluids and Ephedrine, the blood pressure improved slowly. Immediately afterward, third-degree atrioventricular block, ventricular fibrillation, and then cardiac arrest appeared. We requested to stop the operation, put him back in a supine position, do CPR, give an electric shock, Adrenalin, and the heart would beat again after 10 minutes. The patient was ventilated for an additional 3 days and extubated when conditions allowed. He experienced psychosis after extubation, so he was treated with Haloperidol, and was discharged after 7 days. Through this clinical case, we would like to further analyze the mechanism and methods of preventing hemodynamic disorders in sitting surgery, helping anesthesiologists and surgeons have appropriate strategies to limit maximum cardiovascular complications during and after surgery.

Keywords: Hypotension, sitting position, arthroscopy shoulder, cardiac arrest.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tư thế ngồi, hay còn được gọi là tư thế "ghế bãi biển" (beach chair position - BCP), được phát minh từ những năm 1980, với đặc điểm là bệnh nhân sẽ được đặt ở tư thế ngồi với những góc khác nhau từ 30 đến 90 độ so với mặt phẳng nằm ngang, đầu nâng cao và được cố định cùng lớp đệm thích hợp. BCP giúp cho trọng lượng của tay không tác động lên bề mặt khớp vai, đồng thời tránh biến dạng giải phẫu các cấu trúc của

khớp vai trong quá trình phẫu thuật¹, từ đó giảm tỉ lệ tổn thương đám rối cánh tay và cải thiện khả năng tiếp cận khớp vai của phẫu thuật viên so với tư thế nằm nghiêng trước đây. Tuy vậy, chính những đặc điểm về tư thế bệnh nhân của BCP lại gây ra những bất lợi đặc biệt về mặt huyết động, nhất là trong giai đoạn chuyển từ tư thế nằm sang tư thế ngồi thẳng. Nguyên nhân của tình trạng này có thể kể đến như giảm lượng máu trở về từ nửa dưới thân mình do tác dụng của trọng lực, tác dụng giãn mạch hạ huyết áp của các thuốc trong quá trình khởi mê, tình trạng thiếu thể tích tuần hoàn do nhìn ăn uống trước phẫu thuật^{2,3}. Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng huyết áp trung bình tăng hoặc giảm 0,75 mmHg với mỗi centimeter thay đổi độ cao giữa tim và các vùng trong cơ thể. Do đó, những vùng cơ thể được nâng lên cao sẽ có nguy cơ giảm tưới máu, thiếu máu cục bộ, nhất là tụt huyết áp¹. Có một số cách dự phòng tụt huyết áp trên bệnh nhân mổ nội soi khớp vai BCP như bù dịch trước mổ hoặc sử dụng các thuốc co mạch trước và trong cuộc phẫu thuật⁴. Tuy nhiên, bản chất của tình trạng tụt huyết áp này không phải do bệnh nhân thiếu thể tích tuần hoàn tuyệt đối, mà do sự tái phân bố thể tích tuần hoàn và giảm lượng máu trở về tim do trọng lực trong giai đoạn thay đổi từ tư thế nằm sang ngồi. Các nghiên cứu ở Châu Âu và Hàn Quốc chỉ ra một số phương pháp có ý nghĩa trong việc dự đoán và phòng tránh tình trạng này là bolus dịch trước mổ, sử dụng thuốc co mạch phenylephrin, đánh giá nguy cơ tụt huyết áp thông qua biến số huyết động trước mổ, hoặc theo dõi bão hòa oxy não trước, trong và sau mổ^{4,5,6}. Thông qua ca bệnh này, chúng tôi muốn các bác sĩ hiểu hơn về tầm quan trọng của việc kiểm soát huyết động và những phương pháp dự phòng rối loạn huyết động trên bệnh nhân được phẫu thuật ở tư thế ngồi nói chung và phẫu thuật nội soi khớp vai BCP nói riêng, nhằm tránh những biến cố nguy hiểm có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 66 tuổi, tiền sử THA nhiều năm điều trị thường xuyên bằng Amlodipin 5mg x 1v/24h và Telmisartan 40mg x 1v/24h, HA nền duy trì 130/80 mmHg. Cách ngày vào viện 1 tháng, bệnh nhân đau vai phải nhiều ảnh hưởng đến sinh hoạt, chẩn đoán: hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, rách gân cơ trên gai phải. Tình trạng lúc vào viện ổn: huyết áp 135/75 mmHg, nhịp tim 90 lần/phút, không có các dấu hiệu tổn

thương cơ quan đích của tăng huyết áp; phổi thông khí đều 2 bên, không có rales; thể trạng trung bình ASA II; hạn chế vận động khớp vai phải, không tê bì rối loạn cảm giác hai tay; không có dấu hiệu viêm, nhiễm trùng. Cận lâm sàng, không có các dấu hiệu thiếu máu, xét nghiệm đông máu cơ bản, xét nghiệm sinh hóa máu trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường gian cơ bậc thang trước mổ bằng Ropivacain 0,5%, 20ml, thủ thuật thuận lợi. Bệnh nhân được khởi mê sau 60 phút bằng các thuốc thông thường Fentanyl 2mcg/kg, Propofol 2mg/kg, Esmeron 0,6 mg/kg. Đặt nội khí quản sau 90 giây, huyết áp sau khởi mê là 120/80mmHg. Bệnh nhân được đặt BCP, huyết áp ngay sau khi đặt tư thế giảm 68/40 mmHg, mạch 100 l/ph. Bệnh nhân được bù nhanh bằng dịch tinh thể, thêm Ephedrin 9 mg, sau 60 giây huyết áp tăng lên 110/70 mmHg, mạch 110 l/ph. Cuộc mổ được tiến hành, sau khi rạch da 15 phút, huyết áp giảm 80/50 mmHg, điện tâm đồ nhiều có thể do đốt điện. Xử trí bằng tiêm Ephedrin 6mg, ngay sau đó xuất hiện block nhĩ thất cấp III, rung thất, ngừng tim. Chúng tôi yêu cầu phẫu thuật viên ngừng mổ, chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm, ép tim ngoài lồng ngực, shock điện 3 lần, Adrenalin 1mg x 3 lần tĩnh mạch. Tổng thời gian cấp cứu là 10 phút, tim đập lại nhịp xoang. Bệnh nhân được chuyển ra phòng hồi tỉnh, an thần bằng Propofol, kiểm tra đồng tử đều, phản xạ ánh sáng còn. Chụp CT sọ không thấy dấu hiệu của nhồi máu, không có hình ảnh thiếu máu não hay phù não. Sau 3 ngày, chúng tôi ngừng an thần, bệnh nhân gọi biết, theo lệnh được rút nội khí quản. Sau rút bệnh nhân loạn thần nhiều được điều trị bằng Haloperidol. Bệnh nhân ổn dần, chụp mạch vành không hẹp, bệnh nhân được xuất viện sau 7 ngày trong tình trạng ổn định, Glasgow 15 điểm, không liệt.

III. BÀN LUẬN

3.1. Biến chứng tim mạch ở bệnh nhân mổ tư thế ngồi. Kể từ khi BCP được đưa vào sử dụng, rất nhiều tác giả trên thế giới đã báo cáo về các biến chứng liên quan đến huyết động trên bệnh nhân, cụ thể là tụt huyết áp nặng, thiếu máu não hay ngừng tim. Năm 1995, nghiên cứu của Jame Roch chỉ ra rằng hạ huyết áp đáng kể xảy ra ở 24% (17/72) bệnh nhân nội soi khớp vai tư thế ngồi có phong bế liên cơ bậc thang, con số này lên đến 75% theo Brull R và cộng sự năm 2004. Năm 2010, tác giả Christian Dippmann đã thông báo 2 trường hợp thiếu máu não nghiêm

trọng sau phẫu thuật nội soi khớp vai tư thế ghế bãi biển. Năm 2007, David J. Cullen và cộng sự báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 46 tuổi tổn thương não vĩnh viễn sau phẫu thuật nội soi khớp vai có tình trạng tụt huyết áp trong mổ. Năm 2005, Pohl và Cullen đã báo cáo một loạt trường hợp huyết áp giảm từ 28-42%; do đó, hạ huyết áp được cho là nguyên nhân có thể gây ra tổn thương não do thiếu máu cục bộ. Các báo cáo này chủ yếu là ở Châu Âu và các quốc gia như Hàn Quốc, Nhật Bản. Tại Việt Nam, các nghiên cứu hoặc báo cáo về vấn đề này còn khá hạn chế và thiếu các con số thống kê.

3.2. Nguyên nhân và cơ chế. Tình trạng tụt huyết áp của BCP có thể được lý giải bởi một số nguyên nhân. Thứ nhất, sự thay đổi từ tư thế nằm sang tư thế ngồi làm giảm lượng máu tĩnh mạch trở về từ nửa dưới cơ thể do ảnh hưởng của trọng lực. Huyết áp trung bình tại tim (ngang mức bằng quần đo huyết áp ở cánh tay) sẽ cao hơn so với huyết áp trung bình tại mạch máu não từ 15 – 20mmHg tùy thuộc vào góc thân mình so với mặt phẳng nằm ngang². Sự chênh lệch về huyết áp giữa cánh tay đến não có lên đến 30 – 40mmHg tùy vào sinh lý của từng bệnh nhân và sự khác nhau giữa quá trình tự điều hòa³. Lượng máu về tim giảm đi dẫn đến giảm tiền gánh, từ đó giảm cung lượng tim và cuối cùng là hạ huyết áp. Đặc biệt trên bệnh nhân béo phì, béo bụng có nguy cơ hạ huyết áp cao hơn ở tư thế thẳng đứng vì sự chèn ép tĩnh mạch chủ dưới làm giảm hồi lưu tĩnh mạch. Thứ hai, bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai sẽ được gây mê toàn thân. Dưới tác dụng của các thuốc trong quá trình khởi mê, phản xạ của các receptor nhận cảm áp lực (baroreceptor) bị giảm, từ đó làm giảm sức cản ngoại vi (SVR) và cung lượng tim (CO), cộng thêm sự tái phân bố máu giữa các phần của cơ thể, đặc biệt là chi dưới³. Ở BCP, cung lượng tim cũng bị giảm bởi một số yếu tố khác đi kèm, ví dụ như góc của tư thế ngồi (góc càng lớn thì tình trạng tụt huyết áp càng rõ), thông khí áp lực dương (làm tăng áp lực trong lồng ngực do đó làm giảm lượng máu về tim), các loại thuốc hạ áp mà bệnh nhân đang duy trì trước phẫu thuật. Bệnh nhân của chúng tôi dùng 2 loại thuốc hạ huyết áp, trong đó có thuốc chẹn thụ thể Angiotensin II, thuốc này làm cùn mòn đáp ứng với các thuốc tăng huyết áp như Ephedrin, dẫn đến hậu quả là tụt huyết áp kéo dài và khó kiểm soát. Cuối cùng, với mục đích giảm sử dụng opioid trong và sau phẫu thuật, bệnh nhân mổ nội soi khớp vai thường được phòng bế đám rối đám rối thần kinh cánh

tay đường liên cơ bậc thang trước mổ. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng việc phong bế liên cơ bậc thang trước mổ sẽ kích thích phản xạ Bezold-Jarisch, phong bế chuỗi hạch giao cảm cổ, từ đó gây nên tình trạng hạ huyết áp và nhịp tim chậm⁷. Như vậy, tổng hợp những nguyên nhân trên khiến cho nguy cơ tụt huyết áp ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai tăng lên, kéo theo nhiều biến chứng nguy hiểm do rối loạn huyết động, đặc biệt là ngừng tim.

3.3. Các biện pháp dự phòng. Với mục đích tránh các biến chứng nguy hiểm do rối loạn huyết động, đặc biệt là tụt huyết áp kéo dài, nhiều tác giả đề xuất một số biện pháp dự phòng dựa trên hiểu biết về nguyên nhân cũng như sinh lý bệnh của BCP. Đầu tiên, việc theo dõi sát và liên tục huyết động bắt đầu từ lúc khởi mê đến hết quá trình phẫu thuật là rất quan trọng, nhất là trong giai đoạn chuyển từ tư thế nằm sang BCP. Khi thay đổi tư thế, nên tránh nâng cao đầu đột ngột mà phải nâng đầu cao từ từ, nhằm giúp hệ thống tim mạch của bệnh nhân bù trừ kịp với sự thiếu thể tích tuần hoàn do giảm hồi lưu tĩnh mạch. Có thể kết hợp sử dụng máy áp lực cơ học ngắt quãng đeo chân trong quá trình thay đổi tư thế cũng như trong mổ nhằm giảm tỉ lệ biến cố mạch chậm huyết áp tụt⁸. Thông thường có 2 cách để đo huyết áp trong quá trình gây mê và phẫu thuật, đó là đo bằng các phương tiện không xâm lấn (băng huyết áp đeo tay) và xâm lấn (cathete động mạch xâm lấn). Băng đo huyết áp tay giá thành rẻ, dễ thực hiện nhưng nhược điểm là đo ngắt quãng, không theo dõi được liên tục chỉ số huyết áp trung bình, sai số lớn, nhất là khi huyết áp quá cao hoặc quá thấp, kết quả huyết áp bị nhiễu bởi các yếu tố cơ học, như run cơ, hoặc lay chuyển trong phẫu thuật. Vì vậy, sử dụng huyết áp động mạch xâm lấn có thể là một lựa chọn hợp lý để theo dõi huyết động trong BCP. Tuy giá thành, độ xâm lấn và nguy cơ biến chứng của việc lắp đặt huyết áp xâm lấn cao hơn, nhưng huyết áp xâm lấn giải quyết được hoàn toàn các bất lợi của băng đo huyết áp đo tay.

Năm 2021, tác giả Gokduman và cộng sự đã công bố kết quả nghiên cứu trong một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng về việc dự phòng tụt huyết áp ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai BCP bằng truyền dịch trước mổ, kết quả cho thấy truyền dịch trước mổ có thể là một phương pháp tốt để duy trì ổn định về huyết động⁴. Lượng dịch cần bù tính bằng tổng của nhu cầu cơ bản theo giờ, lượng dịch thiếu trước mổ và lượng dịch mất trong mổ. Ngoài ra, việc

sử dụng thuốc vận mạch trước, trong và sau khi chuyển từ nằm ngửa sang BCP cũng mang lại nhiều giá trị. Vasopressin có khả năng cải thiện tình trạng hạ huyết áp liên quan đến BCP phụ thuộc vào liều, tuy nhiên vasopressin có thể ảnh hưởng xấu đến bão hòa oxy não trước và sau tư thế BCP⁹. Phenylphrine có thể là một sự lựa chọn khả thi tuy rằng vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về việc sử dụng phenylephrine nhằm dự phòng tụt huyết áp liên quan BCP. Myoung Jin Ko và cộng sự năm 2020 đã nghiên cứu sử dụng 3 nhóm bệnh nhân: nhóm chỉ truyền dịch muối NaCl 0,9% và 2 nhóm truyền liên tục phenylephrin liều khác nhau là 0,5 mcg/kg/phút và 1,0 mcg/kg/phút trong thời gian 5 phút trước khi thay đổi tư thế. Kết quả của nghiên cứu cho thấy liều phenylephrine 0,5 và 1,0 mcg/kg/phút không có tác dụng phòng ngừa tụt huyết áp, việc truyền phenylphrine liều 1 mcg/kg/phút trong 5 phút trước khi chuyển sang tư thế ngồi làm giảm mức độ nghiêm trọng của tình trạng hạ huyết áp⁵.

Như đã đề cập ở trên, gây tê giảm đau trước mổ bằng phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang có thể góp phần làm hạ huyết áp ở bệnh nhân mổ nội soi khớp vai. Một số tác giả đề xuất thay giảm đau liên cơ bậc thang trước mổ bằng một số phương pháp khác như giảm đau PCA morphin sau mổ hoặc trong trường hợp cần thiết phải sử dụng phong bế liên cơ bậc thang thì nên lựa chọn phong bế sau mổ, tuy nhiên sẽ khó khăn vì các cấu trúc giải phẫu bị ảnh hưởng do mô bị nề sau quá trình phẫu thuật nội soi.

3.4. Xử trí khi xuất hiện biến chứng về huyết động. Các biện pháp dự phòng được có thể hạn chế và giảm tỉ lệ xuất hiện các biến chứng nguy hiểm liên quan đến rối loạn huyết động ở BCP, nhưng không thể ngăn ngừa hoàn toàn các biến chứng ấy. Vì thế, bác sĩ gây mê cần nắm rõ cách xử trí phù hợp và kịp thời nếu những biến chứng trên xảy ra nhằm hạn chế và rút ngắn nhất có thể thời gian thiếu máu các cơ quan do tụt huyết áp. Trong trường hợp huyết áp tụt gây ngừng tuần hoàn, cần ngừng cuộc mổ, đưa bệnh nhân về tư thế nằm ngửa và thực hiện ngay các bước cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản đến nâng cao. Bolus dịch tinh thể và sử dụng các thuốc vận mạch nên được sử dụng ngay khi nhận thấy các dấu hiệu sớm của thiếu thể tích tuần hoàn như mạch nhanh và huyết áp hạ. Một số tác giả cho rằng việc bù thể tích tuần hoàn và theo dõi huyết động xâm lấn một cách thường quy cho tất cả những bệnh nhân phẫu thuật ở BCP có nguy cơ cao tụt huyết áp như cao

tuổi, béo phì, bệnh nền tang huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch. Tuy nhiên, cần thêm nhiều nghiên cứu để chứng minh hiệu quả của những phương pháp trên.

IV. KẾT LUẬN

Tư thế ghế bãi biển – BCP mang lại nhiều lợi ích về mặt phẫu thuật nhưng lại mang đến nhiều nguy cơ về rối loạn huyết động. Việc theo dõi, phát hiện và xử lý kịp thời là rất quan trọng nhằm tránh những biến chứng nguy hiểm như tụt huyết áp, thiếu máu não hoặc ngừng tim. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra những biện pháp dự phòng như truyền dịch, sử dụng vận mạch, dùng máy áp lực cơ học đeo chân... đem lại kết quả khả quan. Thông qua ca bệnh, chúng tôi muốn nhấn mạnh nguy cơ rối loạn huyết động nguy hiểm và cách dự phòng biến cố huyết động trên bệnh nhân mổ nội soi khớp vai ở BCP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peruto CM, Ciccotti MG, Cohen SB.** Shoulder arthroscopy positioning: lateral decubitus versus beach chair. *Arthroscopy* 2009;25:891–6.
2. **Torin Shear, MD; Glenn Murphy, MD:** Impact of the Beach Chair Position on Cerebral Perfusion: What Do We Know So Far?. *APSF NEWSLETTER*. 2013;28(14):18.
3. **Derek D. Rains M.D, G. Alec Rooke M.D, Christopher J. Wahl M.D:** Pathomechanisms and Complications Related to Patient Positioning and Anesthesia During Shoulder Arthroscopy. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic &*

- Related Surgery.2011;27(4):532-541.
4. **Huru Ceren Gokduman, Elif Aygun, Nur Canbolat, Mert Canbaz, a Taner Abdullah, Ali Ersen, and Mehmet I.** Bugeta: Fluid preloading before beach chair positioning for arthroscopic shoulder procedures: a randomized controlled trial. *Braz J Anesthesiol*. 2022;72(6):702–710.
 5. **Myoung Jin Ko, Hyojoong Kim, Hyun-Seong Lee, Soo Jee Lee, Yei Heum Park 1, Jin-Young Bang, Kí Hwa Lee:** Effect of phenylephrine infusion on hypotension induced by the beach chair position: A prospective randomized trial. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99(28):e20946.
 6. **Jae Hoon Lee 1, Kyeong Tae Min, Yong-Min Chun, Eun Jung Kim, Seung Ho Choi:** Effects of beach-chair position and induced hypotension on cerebral oxygen saturation in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery. *The journal of arthroscopy and related surgery*. 2011; 27(7):889-94.
 7. **D'Alessio JG, Weller RS, Rosenblum M.** Activation of the bezold-iarisch reflex in the sitting position for shoulder arthroscopy using interscalene block. *Anesth Analg*. 1995;80:1158–1162.
 8. **Kwak HJ, Lee JS, Lee DC, Kim HS, Kim JY.** The effect of a sequential compression device on hemodynamics in arthroscopic shoulder surgery using beach-chair position. *Arthroscopy*. 2010; 26:729–733.
 9. **Soo Young Cho, Joungmin Kim, Sun Hong Park, Seongtae Jeong, Sung-Su Chung, Kyung Yeon Yoo:** Vasopressin ameliorates hypotension induced by beach chair positioning in a dose-dependent manner in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery under general anesthesia. *Korean J Anesthesiol*.2015 Jun;68(3): 232-40.

ĐẶC ĐIỂM LIPID MÁU Ở TRẺ HỘI CHỨNG THẬN HƯ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Quốc Cường¹, Lê Phạm Thu Hà²

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Tình trạng bệnh có thể dẫn đến các biến chứng, một trong số đó là vấn đề rối loạn lipid máu (RLLPM). Tại Việt Nam chỉ có 1 nghiên cứu về RLLPM ở trẻ HCTH kháng Steroids. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 126 trường hợp HCTH trên 2 tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023. Tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH bao gồm: đạm niệu 24 giờ > 50

mg/kg hoặc tỉ số protein/creatinin niệu > 200 mg/mmol. Tiêu chí loại ra gồm: (1) trẻ có các bệnh lý cầu thận khác ngoài HCTH như bệnh thận IgA, Lupus đỏ hệ thống, viêm cầu thận do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc tự miễn; (2) trẻ có tiền căn RLLPM có tính gia đình. Xét nghiệm lipid máu được thực hiện bằng cách lấy mẫu máu đầu tiên vào buổi sáng, dặn dò ba mẹ trẻ vào tối hôm trước, đảm bảo trẻ nhịn đủ 8 giờ trước khi lấy máu. Ngưỡng cắt để phân loại nồng độ lipid máu được dựa trên hướng dẫn của Hiệp Hội Nhi Khoa Hoa Kỳ. **Kết quả:** Trong 126 trẻ có 23 trường hợp mới chẩn đoán lần đầu và 103 trường hợp đang điều trị; có 93 trẻ nam và 33 trẻ nữ, tuổi khởi phát bệnh trung bình là 5,8 ± 3,9 tuổi; có 70 trường hợp được sinh thiết thận với 49 trường hợp MCD (70,0%) và 21 trường hợp FSGS (30,0%). Ở nhóm trẻ đang điều trị, thời gian dùng Steroids trung bình là 4,3 ± 4,0 năm; có 35 trẻ nhạy Steroids (34,0%), 60 trẻ kháng Steroids (58,2%) và 8 trẻ kháng CsA (7,8%);

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Cường

Email: drphamcuong2605@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024