

V. KẾT LUẬN

Hệ thống Sensititre Aris YO10 hoạt động hiệu quả, đáp ứng các yêu cầu về kháng nấm đồ trên các chủng vi nấm thường gặp, cũng như đủ điều kiện để áp dụng vào thực hành xét nghiệm vi sinh lâm sàng ở bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Denning, D.W.**, Global incidence and mortality of severe fungal disease. *Lancet Infect Dis*, 2024. 24(7): p. e428-e438.
2. **Bộ Y tế**, Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12 tháng 06 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học.
3. **Clinical & Laboratory Standards Institute M27M44S**, Performance Standards for Antifungal Susceptibility Testing of Yeasts - 3rd Edition. 2022.
4. **Clinical & Laboratory Standards Institute M57S**, Epidemiological Cutoff Values for Antifungal Susceptibility Testing - 4th Edition. 2022.
5. **Clinical & Laboratory Standards Institute M52-ED1**, Verification of Commercial Microbial

- Identification and Antimicrobial Susceptibility Testing Systems, 1st Edition. 2015.
6. **Alastruey-Izquierdo, A., M.S. Melhem, L.X. Bonfietti, and J.L. Rodriguez-Tudela**, Susceptibility test for fungi: clinical and laboratorial correlations in medical mycology. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*, 2015. 57 Suppl 19(Suppl 19): p. 57-64.
 7. **Pfaller, M., et al.**, Comparison of the Sensititre YeastOne colorimetric antifungal panel with CLSI microdilution for antifungal susceptibility testing of the echinocandins against *Candida* spp., using new clinical breakpoints and epidemiological cutoff values. *Diagnostic microbiology and infectious disease*, 2012. 73(4): p. 365-368.
 8. **Pfaller, M., et al.**, Clinical evaluation of the Sensititre YeastOne colorimetric antifungal panel for antifungal susceptibility testing of the echinocandins anidulafungin, caspofungin, and micafungin. *Journal of clinical microbiology*, 2008. 46(7): p. 2155-2159.
 9. **Berkow, E.L., S.R. Lockhart, and L. Ostrosky-Zeichner**, Antifungal Susceptibility Testing: Current Approaches. *Clin Microbiol Rev*, 2020. 33(3):p 125-131.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ BẰNG ĐÈN SOI MỀM (FIBERSCOPE) CÓ DÙNG AN THẦN TỈNH Ở BỆNH NHÂN ÁP XE VÙNG HÀM MẶT KHÍT HÀM

Nguyễn Quang Bình¹, Nguyễn Văn Luân²,
Vũ Đức Long¹, Vũ Doãn Tú¹

hàm mặt khít hàm. **Từ khóa:** an thần tỉnh, nội khí quản; Fiberscope; áp xe hàm mặt.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu là đánh giá hiệu quả đặt nội khí quản (NKQ) khó bằng đèn soi ống mềm có dùng an thần tỉnh ở bệnh nhân áp xe vùng hàm mặt khít hàm. Nghiên cứu tiến cứu 76 bệnh nhân, chia 2 nhóm ngẫu nhiên: nhóm 1 dùng an thần tỉnh bằng propofol kết hợp gây tê thanh quản bằng lidocain 2% và nhóm 2 không dùng an thần mà chỉ gây tê thanh quản bằng lidocain 2%. Kết quả cho thấy đặc điểm áp xe vùng hàm mặt liên quan đến đặt NKQ khó ở hai nhóm ($p > 0,05$); mức độ an thần theo BIS ở nhóm 1 ($80 < BIS < 90$) thấp hơn ($p = 0,001$) so với nhóm 2 ($90 < BIS < 100$); mức độ rất tốt đặt NKQ theo Golf Berg nhóm 1 (89,50%) cao hơn ($p = 0,001$) so với nhóm 2 (57,90%); thời gian đặt NKQ nhóm 1 ($31,34 \pm 4,33$ giây) nhanh hơn ($p = 0,001$) so với nhóm 2 ($42,89 \pm 10,04$ giây); Như vậy, đặt NKQ khó bằng đèn soi ống mềm có dùng an thần tỉnh cho hiệu quả tốt hơn, thời gian nhanh hơn và an toàn ở người bệnh áp xe vùng

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF DIFFICULT ENDOTRACHEAL INTUBATION USING FIBERSCOPE USING CONSCIOUS SEDATION IN PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL ABSCESSSES WITH TIGHT JAW

The objective of the study was to evaluate the effectiveness of difficult endotracheal intubation using Fiberscope using conscious sedation in patients with maxillofacial abscesses with tight jaw. Prospective study of 76 patients, divided into 2 random groups: group 1 used conscious sedation with propofol combined with laryngeal anesthesia with lidocaine 2% and group 2 did not use sedation but only used laryngeal anesthesia with lidocaine 2%. The results showed that the characteristics of maxillofacial abscesses related to difficult endotracheal intubation in two groups ($p > 0.05$); The level of sedation according to BIS in group 1 ($80 < BIS < 90$) was lower ($p = 0.001$) than in group 2 ($90 < BIS < 100$); The level of very good endotracheal intubation according to Golf Berg group 1 (89.50%) was higher ($p = 0.001$) than group 2 (57.90%); Execution time for group 1 (31.34 ± 4.33 seconds) was faster ($p = 0.001$) than group 2 (42.89 ± 10.04 seconds); The

¹Viện RHM Trung ương

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Doãn Tú

Email: vudoantu1993@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024

number of times performed in group 1 was lower ($p = 0.031$) than in group 2. Thus, difficult endotracheal intubation using a flexible endoscope with conscious sedation is more effective, faster in time and safe in patients. Maxillofacial abscess with tight jaw.

Keywords: sedation, endotracheal intubation; Fiberscope; maxillofacial abscess.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt ống NKQ ở người bệnh áp xe vùng hàm mặt có khí hàm được coi là khó bởi việc gây mê đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản thông thường không thể thực hiện được. Chính vì vậy, phương pháp đặt nội khí quản khó bằng ống nội soi mềm là "tiêu chuẩn vàng" [1]. Đặt nội khí quản khó bằng ống soi mềm có thể thực hiện khi bệnh nhân tỉnh. Tuy nhiên, bệnh nhân luôn tỉnh nên thường tăng các phản xạ ho, nuốt và lo sợ quá mức nên thường không hợp tác dẫn đến việc đặt nội khí quản gặp khó khăn, thời gian đặt nội khí quản kéo dài. Để khắc phục nhược điểm trên khi đặt NKQ bằng ống soi mềm, chúng tôi sử dụng Propofol an thần khi dùng ở liều thấp (đạt mức an thần tỉnh) và làm giảm co thắt thanh quản có thể đặt nội khí quản không cần thuốc giãn cơ. Phương pháp TCI - propofol là một kỹ thuật mới về kiểm soát an thần nồng độ đích khi kết hợp với gây tê tại chỗ thanh quản bằng lidocain 2% để đặt nội khí quản bằng ống soi mềm giúp bệnh nhân giảm lo sợ, hợp tác tốt, giảm thời gian đặt nội khí, giảm tai biến [2], [3]

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả dùng an thần tỉnh trong đặt nội khí quản bằng ống soi mềm trong phẫu thuật áp xe vùng hàm mặt có khí hàm. Vì vậy, mục đích của nghiên cứu này là: "Đánh giá hiệu quả đặt nội khí quản khó bằng đèn soi mềm có dùng an thần tỉnh ở bệnh nhân áp xe vùng hàm mặt khí hàm".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân từ 18 tuổi, đặt NKQ khó bằng đèn soi mềm phẫu thuật áp xe vùng hàm mặt tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2022.

- Bệnh nhân không có tình trạng cấp cứu đường thở khẩn cấp: suy hô hấp cấp, ổ áp xe chảy máu, mủ vào trong khoang miệng...

- Bệnh nhân không có tiền sử mở khí quản.

- Bệnh nhân không chống chỉ định với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng.

Bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm:
+ Nhóm 1 (n=38): dùng an thần tỉnh kết hợp gây tê thanh quản bằng lidocaine 2% để đặt ống NKQ.

+ Nhóm 2 (n=38): không dùng an thần chỉ gây tê thanh quản bằng lidocaine 2% để đặt ống NKQ.

Cách tiến hành. Bệnh nhân sau khi được khám, chuẩn bị trước gây mê phẫu thuật. Cho bệnh nhân nằm ngửa, đầu bằng và thở oxy gọng kính mũi 5 lít/phút.

➤ Nhóm 1: an thần tỉnh bằng TCI - propofol kết hợp gây tê thanh quản bằng lidocain 2%.

+ Tiến hành chạy propofol với nồng độ $C_p = C_e = 0,8$ mg/ml. Sau 5 phút, khi đạt nồng độ C_e tiến hành gây tê thanh quản bằng lidocain 2% liều 1,5 mg/kg ngược dòng qua màng giáp nhân.

+ Tiến hành đặt ống NKQ bằng đèn ống soi mềm sau 3 phút.

➤ Nhóm 2: chỉ gây tê đơn thuần giáp nhân bằng lidocain 2%.

- Gây tê thanh quản ngược dòng bằng lidocain 2% liều 1,5 mg/kg qua màng giáp nhân.

- Tiến hành đặt ống NKQ bằng đèn ống soi mềm sau 3 phút.

➤ Kỹ thuật đặt nội khí quản bằng đèn soi ống mềm.

+ Đưa đầu ống dẫn đã bôi xylocaine 0,2 % qua một bên mũi và đi từ từ xuống vùng hầu họng của bệnh nhân.

+ Điều chỉnh đầu ống dẫn để tìm vị trí nắp thanh môn và dây thanh âm.

+ Đưa ống dẫn vào khí quản bệnh nhân qua dây thanh âm xuống tới carina, tiến hành đưa ống nội khí quản theo đường ống dẫn vào khí quản. Rút ống dẫn ra khỏi lòng ống nội khí quản. Kiểm tra xác định ống nội khí quản đúng vị trí bằng thán đồ EtCO₂ và cố định ống NKQ.

2.3. Đánh giá các tiêu chí trong nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, cân nặng, ASA
- Đặc điểm áp xe vùng hàm mặt liên quan đến đặt nội khí quản khó.

- Mức độ an thần theo BIS (Bispectral index): tỉnh hoàn toàn: 100; an thần tỉnh: 80 - 90; an thần sâu: 70 - 80; mất tri giác: < 60; không hoạt động: 0.

- Mức độ thuận lợi đặt nội khí quản theo Gold Berg có 4 mức độ^{7,8}:

+ Rất tốt: Soi thanh quản, đưa ống nội khí quản qua lỗ thanh môn dễ dàng mà không có phản xạ ho, dây thanh âm mở.

+ Tốt: Đưa ống nội khí quản qua lỗ thanh môn có phản xạ ho nhẹ (không quá 2 lần ho liên tiếp), cử động nhẹ, dây thanh âm giãn.

+ Trung bình: Đưa ống nội khí quản qua lỗ thanh môn có phạm xạ ho vừa (3 - 5 cơn ho liên tiếp) hoặc cử động chống đối, có cử động dây thanh âm.

+ Kém hoặc không thể: Dây thanh âm đóng hoặc không nhìn thấy, hàm cứng, đặt nội khí quản thất bại.

- Thời gian đặt ống nội khí quản: là khoảng thời gian từ khi bắt đầu tiến hành soi thanh quản đến khi đặt ống nội khí quản vào đúng vị trí.

- Số lần thực hiện: số lần rút đầu đèn soi ra khỏi lỗ mũi và đặt lại.

❖ Thời điểm đánh giá mức độ an thần

T₀: Trước dùng an thần và gây tê thanh quản qua màng giáp nhân 5 phút.

T₁: Khi gây tê thanh quản qua màng giáp nhân.

T₂: Sau khi gây tê thanh quản được 3 phút.

T₃: Đưa ống dẫn vào vùng hầu họng

T₄: Sau khi đặt ống nội khí quản đúng vị trí.

2.4. Đạo đức nghiên cứu và xử lý số liệu. Chúng tôi tuân thủ bộ quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu thực nghiệm trên người do hiệp hội Y khoa thế giới soạn thảo và được chấp nhận lần đầu tiên vào tháng 6 năm 1964 tại Helsinki, Phần Lan. Qua các lần cập nhật năm 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 và cập nhật lần cuối năm 2013. Đã thông qua hội đồng y đức của bệnh viện.

Xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 23.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung về tuổi, giới, ASA.

Đặc điểm bệnh nhân	Nhóm 1 (n=38)	Nhóm 2 (n=38)	p
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ 50,45±16,01	51,68±17,41	0,748
Giới	Nam %	26 (68,42)	0,579
	Nữ %	12 (31,58)	
Cân nặng	$\bar{X} \pm SD$ 55,08±3,22	54,68±2,89	0,576
ASA	I %	11 (28,95)	0,753
	II %	27 (71,05)	

Nhận xét: Đặc điểm về tuổi, giới, cân nặng, ASA ở nhóm 1 khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05) so với nhóm 2.

3.2. Đặc điểm áp xe vùng hàm mặt liên quan đến đặt NKQ khó

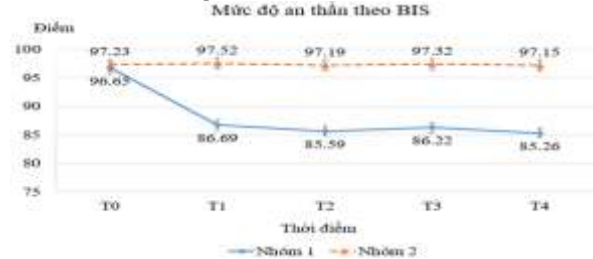
Bảng 2. Đặc điểm áp xe vùng hàm mặt liên quan đến đặt NKQ khó

Loại áp xe vùng hàm mặt	Nhóm 1 (n=38) n(%)	Nhóm 2 (n=38) n(%)	p
Thành bên họng	10 (26,32)	9 (23,68)	>0,05

Vùng sàn miệng	12 (31,58)	11 (28,95)
Vùng dưới hàm	16 (42,10)	18 (47,37)

Nhận xét: Đặc điểm áp xe vùng hàm mặt liên quan đến đặt NKQ khó ở nhóm 1 khác nhau không ý nghĩa thống kê (p>0,05) so với nhóm 2.

3.3. Mức độ an thần theo BIS



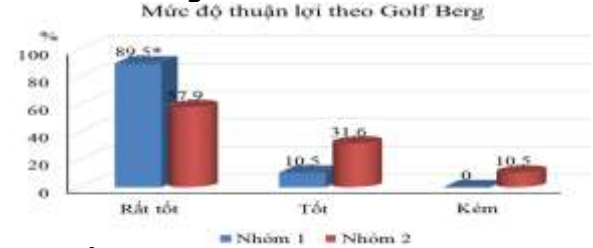
Biểu đồ 2. Mức độ an thần theo BIS

Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) so với nhóm 2.

Nhận xét: Tại T₀ mức độ an thần theo BIS ở 2 nhóm khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

- Tại các thời điểm từ T₁ đến T₄ độ an thần theo BIS ở nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,001) so với nhóm 2.

3.4. Mức độ thuận lợi đặt nội khí quản theo Golf Berg



Biểu đồ 3. Mức độ thuận lợi đặt nội khí quản theo Golf Berg

Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa (p=0,001) so với nhóm 2.

Nhận xét: Mức độ thuận lợi đặt nội khí quản theo Golf Berg ở nhóm 1 có mức rất tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê (p = 0,001) so với nhóm 2.

3.5. Thời gian thực hiện đặt nội khí quản

Bảng 3. Thời gian thực hiện đặt nội khí quản (giây)

Thời gian thực hiện (giây)	Nhóm 1 (n=38)	Nhóm 2 (n=38)	p
$\bar{X} \pm SD$	31,34±4,33	42,89±10,04	0,001

Nhận xét: Thời gian thực hiện đặt ống NKQ ở nhóm 1 nhanh hơn có ý nghĩa (p = 0,001) so với nhóm 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi

là 50 tuổi. Bệnh nhân thường mắc và không kiểm soát tốt các bệnh lý toàn thân như tăng huyết áp, đái tháo đường, đây cũng là một nguyên nhân gây bệnh và thường đến viện với các biến chứng như khít hàm, khó nuốt, khó thở. Tỷ lệ số bệnh nhân áp xe thành bên họng, áp xe vùng sàn miệng, áp xe dưới hàm ở hai nhóm là tương đương ($p > 0,05$). Tỷ lệ số bệnh nhân áp xe vùng dưới hàm cao hơn so với áp xe sàn miệng và thành bên họng, đây là các đặc điểm lâm sàng đặc trưng bởi sưng nề sàn miệng, dưới hàm, khít hàm tăng dần. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn những trường hợp có khít hàm để thực hiện đặt nội khí quản bằng đèn soi ống mềm là phù hợp với kết quả nghiên cứu của Alhomary M. và cộng sự (2018) cho rằng với độ há miệng nhỏ hơn 2cm (khít hàm) thì cần đặt nội khí quản bằng đèn soi ống mềm [5].

4.2. Hiệu quả của phương pháp đặt nội khí quản khó qua đèn soi ống mềm. Đặt NKQ khó qua đèn soi ống mềm thực hiện khi bệnh nhân tỉnh, nên bệnh nhân thường lo sợ, kích thích hơn so với đặt nội khí quản khi gây mê. Việc sử dụng an thần giúp bệnh nhân giảm lo sợ, bệnh nhân hợp tác tốt hơn, thời gian đặt nội khí quản nhanh hơn, bệnh nhân không kích thích, huyết động ổn định hơn. Sử dụng TCI propofol trong mức an thần tĩnh (BIS: 80 - 90) bệnh nhân không lo sợ, an dịu, hợp tác tốt, không bị biến loạn hô hấp và tuần hoàn, thời gian đặt nội khí quản nhanh hơn, an toàn, thuận lợi hơn. Một số nghiên cứu trước đây thường sử dụng an thần bằng propofol liều bolus, tuy nhiên khi sử dụng propofol liều bolus thì tỷ lệ an thần sâu, an thần quá mức chiếm tỷ lệ cao. Điều này nếu áp dụng ở bệnh nhân có đường thở khó có tiên lượng trước như bệnh nhân áp xe vùng hàm mặt có khít hàm là rất nguy hiểm, mất đường thở có thể xảy ra [6].

Kể từ những năm 2000 trở lại đây, TCI - propofol đã được đưa vào sử dụng rộng rãi, như một cuộc cách mạng trong an thần, đã khắc phục tối đa tình trạng an thần quá mức. Nghiên cứu của Theo Lallo và cộng sự (2009) đã chứng minh điều ấy khi so sánh sử dụng propofol và remifentanil có chuẩn độ trong đặt nội khí quản đèn soi cho thấy với nồng độ propofol 2,5 µg/ml và 1,5 ng/ml remifentanil chuẩn độ ban đầu cho thấy không có trường hợp ngưng thở, an thần sâu. Như vậy, trong nghiên cứu, sử dụng TCI propofol liều an thần kiểm soát nồng độ đích là 0,8mcg/ml (0,8 - 1,2mcg/ml) là an toàn [6], [7].

Để đặt nội khí quản khi tỉnh bằng đèn soi ống mềm hiệu quả, theo DAS (Hiệp hội đường thở khó của Anh) 2019 đã khuyến cáo bắt buộc

cần gây tê bề mặt đường thở đầy đủ khi thực hiện quy trình [8]. Tuy nhiên việc gây tê dây thanh âm bằng lidocain 2% đơn thuần đôi khi là chưa đủ để đảm bảo cắt các phản xạ, vận động của hai dây thanh âm khi đặt nội khí quản. Nguyên nhân của vấn đề này đến từ kỹ thuật gây tê, độ ngấm thuốc... Do đó, các phản xạ đường thở: ho, sặc, cử động dây thanh âm sẽ cản trở việc đặt nội khí quản. Ngoài ra, khi thực hiện trên bệnh nhân tỉnh, bệnh nhân hợp tác kém việc thực hiện khó khăn hơn, thời gian thực hiện kéo dài, đặt nhiều lần, có thể gây co thắt thanh khí phế quản, chảy máu vùng mũi - hầu gây cản trở tầm nhìn. Mặt khác propofol cũng có tác dụng giãn cơ trơn, giảm phản xạ đường thở, có thể đặt nội khí quản không có thuốc giãn cơ.

Nghiên cứu của Roshan M.S. và cộng sự (2016) trên 30 bệnh nhân áp xe vùng hàm mặt (vùng dưới hàm, cạnh họng, thanh sau họng, quanh amidan) có khít hàm. Tất cả các bệnh nhân được đặt nội khí quản thành công đường mũi qua ống nội soi mềm dưới gây tê bề mặt đường thở (kỹ thuật SAYGo) mà không sử dụng thuốc an thần. Nghiên cứu này không đánh giá về sự hợp tác và thỏa mái của bệnh nhân khi không có thuốc an thần nào được sử dụng, điều này khiến thời gian đặt nội khí quản trung bình có vẻ là dài (3 - 5 phút) và có nhiều khó khăn khi thao tác nội soi và đặt nội khí quản như tác giả đã mô tả [2].

Theo Mahran EA và cộng sự (2016) nghiên cứu đặt nội khí quản bằng ống soi mềm trên bệnh nhân ung thư hầu họng dùng an thần bằng remifentanil và lidocaine 2% cho thấy thời gian đặt nội khí quản trung bình là $90,26 \pm 9,41s$ [1].

Vourc'h M. và cộng sự (2023) đặt nội khí quản qua ống nội soi mềm đường mũi khi tỉnh ở người bệnh có đường thở khó, an thần tĩnh (TCI - propofol hoặc ketamine kết hợp remifentanil). Kết quả đặt nội khí quản thành công ở các trường hợp mà không có giảm oxy máu nghiêm trọng [9].

Mặc dù Cabrini L. và cs (2019) thực hiện nghiên cứu đánh giá có hệ thống đầu tiên về các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nhằm đánh giá các giao thức khác nhau để đặt ống nội khí quản qua ống nội soi mềm khi tỉnh ở người bệnh có đường thở khó được tiên lượng trước cho thấy nghiên cứu sử dụng TCI - propofol để đặt nội khí quản qua ống nội soi mềm ở người bệnh có đường thở khó có tiên lượng trước còn hạn chế [10]. Nhưng qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu trước đây của nhiều tác giả khác, chúng tôi thấy rằng sử dụng an thần tĩnh TCI propofol trong đặt nội khí quản

khó qua ống nội soi mềm là an toàn và cần thiết. Thời gian thực hiện của chúng tôi nhanh hơn của tác giả có thể do chúng tôi thực hiện kỹ thuật thường xuyên hơn do đó thời gian thực hiện của chúng tôi nhanh hơn.

V. KẾT LUẬN

Đặt NKQ khó bằng đèn soi ống mềm có dùng an thần tĩnh cho hiệu quả tốt hơn, thời gian nhanh hơn và an toàn ở người bệnh áp xe vùng hàm mặt khít hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mahran E, Hassan M** (2016). Comparative randomised study of GlideScope® video laryngoscope versus flexible fibre-optic bronchoscope for awake nasal intubation of oropharyngeal cancer patients with anticipated difficult intubation. *Indian J Anaesth*. 60(12):936-938.
2. **Roshan M.S., Shital N.M. et al.** (2016), "Awake fiberoptic intubation in patients of deep neck infections: experience at rural tertiary care hospital: case series", *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(12).
3. **Ismail A.J., Wan Ahmeed W.A., Mohd Zaini R.H. et al.** (2021), "Awake Nasal Fiberoptic Intubation in Diffuse Para-pharyngeal Abscess", 22(22): 1-5.
4. **Goldberg M., Larijani G., Azad S. et al.** (1989), "Comparison of tracheal intubating

- conditions and neuromuscular blocking profiles after intubating doses of mivacurium chloride or succinylcholine in surgical outpatients", 69(1): 93-99.
5. **Nguyễn Thị Thanh Huyền** (2022), So sánh hiệu quả khởi mê, thoát mê và tác dụng trên tuần hoàn giữa gây mê kết hợp propofol TCI với ketamin và etomidat với sevofluran ở bệnh nhân cao tuổi, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà nội.
 6. **Alhomary M., Ramadan E., Curran E. et al.** (2018), "Videolaryngoscopy vs. fiberoptic bronchoscopy for awake tracheal intubation: a systematic review and meta-analysis", 73(9): 1151-1161
 7. **Lallo, Alexandre MD. et al.** A Comparison of Propofol and Remifentanyl Target-Controlled Infusions to Facilitate Fiberoptic Nasotracheal Intubation. *Anesthesia & Analgesia* 108(3):p 852-857, March 2009.
 8. **Ahmad I., El-Boghdady K., Bhagrath R. et al.** (2020), "Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults", 75(4): 509-528.
 9. **Vourc'h M., Huard D., Le Penndu M. et al.** (2023), "High-flow oxygen therapy versus facemask preoxygenation in anticipated difficult airway management (PREOPTI-DAM): an open-label, single-centre, randomised controlled phase 3 trial".
 10. **Cabrini L., Redaelli M.B., Ball L. et al.** (2019), "Awake fiberoptic intubation protocols in the operating room for anticipated difficult airway: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", 128(5): 971-980.

BƯỚC ĐẦU NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC TUẦN HOÀN NÃO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Lê Thị Nguyệt², Trần Quang Lục^{2,3}, Nguyễn Minh Châu^{1,2}, Trần Phan Ninh^{2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính não – mạch não với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước được điều trị bằng can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện E sau khi dùng tiêu sợi huyết. Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính não – mạch não và đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh cắt

lớp vi tính não – mạch não với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 1,5/1. Tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 75%, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất 55%. Dấu hiệu giảm đậm độ nhân bào và xóa dải băng thùy đảo là hai dấu hiệu thường gặp nhất trên cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc cản quang với tỷ lệ lần lượt là 64% và 52%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, điểm NHISS, điểm MRC và điểm mRS với mức độ tuần hoàn bàng hệ với $p < 0,05$. **Kết luận:** CLVT não - mạch não có giá trị trong chẩn đoán NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, tắc tuần hoàn não trước, cắt lớp vi tính mạch não.

SUMMARY

PRELIMINARY EVALUATION OF COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INFARCTION DUE TO

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện tỉnh Phú Thọ

⁴Bệnh Viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024