

# PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ ĐẶT ỚNG NỘI KHÍ QUẢN KHÓ TRONG GÂY MÊ CÁC PHẪU THUẬT VỀ BỆNH LÝ RĂNG HÀM MẶT

NGUYỄN VĂN THẮNG, NGUYỄN THU

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 618 bệnh nhân (Bn) trên 16 tuổi, có chỉ định phẫu thuật cho các bệnh lý vùng Hàm mặt và gây mê toàn thân, đặt ống nội khí quản(NKQ) tại Viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia

Mục tiêu nghiên cứu: 2 mục tiêu là phân loại nội khí quản khó (NKQK) trong gây mê phẫu thuật vùng Hàm mặt và các phương pháp xử trí .

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, tiền cứu

Kết quả: Bn dưới 30 tuổi chiếm nhiều nhất 49,4%, nam nhiều hơn nữ(chiếm 60,2%).

Theo dự kiến phân loại của Mallampati: loại1(dễ) 63,9%; loại2 (vừa) 11,8%; loại3(khó) 24,3%.Theo Cormack và Lehane: trên 582 Bn được đặt ống bằng đèn soi thanh quản(TQ): loại dễ(loại 1 và 2) chiếm 89%, loại khó(3 và 4) chiếm 11%. Phân loại NKQK thực tế: Dễ chiếm 83,2%, Vừa 7,9% và Khó 8,9%. Đối với các loại bệnh lý, tỷ lệ thực tế đặt NKQK gặp nhiều nhất trong viêm xương17/115 Bn viêm xương hàm mặt (chiếm 14,8%). Về các yếu tố không thuận lợi(YTKL), gặp nhiều nhất là mở miệng hạn chế 8,7%.

Về phương pháp xử trí NKQK, trong số 36 Bn dự kiến đặt NKQ khó, 33Bn được đặt NKQ bằng ống soi mềm(Fibroscope) thành công 100%, 2 Bn được đặt mò, tê tại chỗ và đèn soi TQ hỗ trợ cho kết quả tốt,1 Bn còn lại vào viện trong tình trạng U rất to vùng dưới hàm chèn ép khí quản, gây ngừng thở, ngừng tim, bóp bóng bằng Mask mặt không được, phải đặt Mask TQ ngay để hô hấp hỗ trợ, sau đó Bn thở trở lại, được đặt NKQ bằng Fibroscope(Fib) thành công. Dự kiến khó vừa có114 Bn được tiến hành thử Test Propofol, kết quả là 107 Bn(chiếm 93,8%) được tiếp tục gây mê(GM), đặt ống NKQ kết quả thành công 100%. Trong số 7 Bn còn lại (chiếm 6,2%) phải chuyển phương pháp đặt NKQ, 4 Bn chuyển sang đặt NKQ bằng Fib,2 Bn phải hỗ trợ hô hấp bằng Mask TQ, sau đó đặt NKQ bằng Fib, 1 Bn được đặt NKQ với đèn soi TQ với tê tại chỗ. Dự kiến dễ có 468Bn được tiến hành gây mê bình thường, đặt NKQ thành công 465 Bn (chiếm 99,3%), có 3 Bn phải chuyển phương pháp khác là Mask TQ, và Fib an toàn.

Kết luận: Vai trò dự kiến trước NKQK là rất quan trọng, đặc biệt trong bệnh lý RHM, tỷ lệ đặt ống NKQK thực tế là 8,9%.Gặp nhiều nhất là viêm nhiễm. Áp dụng Test Propofol làm tăng tỷ lệ thành công của đặt NKQK, giảm nguy cơ tai biến hô hấp và tuần hoàn do không tiên lượng được, thường gặp trong lĩnh vực này. Fibroscope rất thuận lợi và an toàn để đặt NKQ trong những dự kiến NKQK,có thể tránh phải mở khí quản trong nhiều trường hợp(trong nghiên cứu này, chúng tôi không có trường hợp nào phải MKQ). Mask TQ là phương tiện thay thế rất có hiệu quả trong trường hợp "không thể bóp bóng qua

mask mặt, không thể đặt ống" để cứu sống Bn, luôn phải có sẵn sàng khi cần đến.

Từ khóa: phẫu thuật, các bệnh lý vùng Hàm mặt, đặt ống nội khí quản

## SUMMARY

Background: Study on the Methods for managing the tracheal intubation difficulty (TID) in 618 pathological maxillo-facial patients; above 16 years old, underwent general anaesthesia in the National Institute of stomatology and maxillo-facial.

Purpose:- Classify the difficult intubation in pathological maxillo-facial diseases..

- Assess the suitable methods of difficult intubation management in that kind of these diseases

Method: Description, prospective.

Results: Mallampati classification for TID: easy 63.9%; rather difficulty 11.8; difficulty 24.3. Cormack & Lehane classification: easy (degree 1&2) 89%; difficulty(degree3&4) 11%. But the real TID : easy 83.2%, rather difficulty 7.9% and difficulty 8.9%. One of the unfavorable factors that we met the most frequently is limited oral Opening, 8.7% . Predicted TID classification is composed of Mallampati and unfavorable factors: easy 75.7%; mean difficult 18.4% and difficult 5.8%.

Base on the predicted TID, the management was applied with Fibroscope for difficult group; Test Propofol(applied only for mean difficulty classification) had the results: 93.8% successful intubation, 6.2% Patients had to change tracheal intubation by blind and Fibroscope successfully. And the easy group was anestherised and intubated normally by standard laryngoscopy with 99.3% successful intubation. There were 4 (0.6%) complications with decrease of oxygen saturation during management, helped by inserting laryngeal Mask and then intubated by using Fibroscope without any sequelae or dead.

Conclusion: The predicted TID classification must combine Mallampati and the other unfavor factors in order to guide correctly the management in anesthesia for pathological maxillofacial diseases. Test Propofol in the rather difficulty of predicted TID classification is safe and useful. Fibroscopy is very useful and favorable in this condition. Laryngeal Mask is one of the most valuable and easy equipments to save the Patients in condition " non ventilate, non intubate".

Keywords: tracheal intubation difficulty, pathological maxillo-facial patients

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phần lớn các tai biến, tử vong trong GM có liên quan đến hô hấp, nguyên nhân chính là không tiên

lượng được khó khăn khi đặt ống NKQ [8], 30% Bn tử vong là do không đặt được ống NKQ, tỷ lệ tử vong hàng năm chiếm 0,01 đến 2/ 10.000 Bn. Đặc biệt trong lĩnh vực phẫu thuật RHM có tỷ lệ NKQK rất cao từ 10 đến 20%. Hiện chưa có nghiên cứu nào đưa ra dự kiến NKQK trong lĩnh vực này, do đó việc xử trí còn nhiều lúng túng và không ít những tai biến, tử vong đáng tiếc xảy ra. Để góp phần giải quyết vấn đề đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

- Phân loại đặt ống NKQK trong các phẫu thuật bệnh lý RHM.
- Đánh giá các phương pháp xử lý NKQK thích hợp trong các phẫu thuật bệnh lý RHM.

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, tiến cứu

$$\text{Cỡ mẫu: } n = \frac{Z^2(1-\alpha/2).p.q}{\Delta^2}$$

Trong đó: n : Cỡ mẫu NC

Z: Hệ số tra từ bảng (với  $\alpha = 0,05$ )  $\alpha$  mức ý nghĩa thống kê, Z = 1,96.

P : Tỷ lệ NKQK từ NC trước, ước tính 15%.

$\Delta$  : Sai lệch cho phép (bằng 20% p)

Thay vào công thức được n= 544 Bn.

### 2. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chọn Bn: Bn bị bệnh lý vùng RHM, trên 16 tuổi, vào viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia, có chỉ định mổ, đặt NKQ và gây mê toàn thân.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bn được phân loại bệnh tật ASA III và IV.

### 3. Phương pháp đánh giá:

Dự kiến phân loại NKQK:

- Dễ: Mallampati loại 1 hoặc 2, không có YTKTL
- Khó vừa: Mallampati loại 2 + 1 YTKTL trở lên hoặc Mallampati loại 3 không có YTKTL.
- Khó: Mallampati loại 3 và có ít nhất 1 YTKTL.

Đánh giá thực tế mức độ khó của đặt NKQ:

Những người tham gia nghiên cứu là các Bác sỹ được đào tạo chuyên sâu về GMHS, và có kinh nghiệm hơn 2 năm gây mê trong lĩnh vực RHM

Dựa vào số lần đặt ống, thời gian đặt ống, thất bại và biến chứng, chia làm 4 loại:

+ Loại dễ: Đặt ống NKQ 1 lần, không có can thiệp gì

+ Loại khó vừa: Đặt ống NKQ 2 lần, có can thiệp bên ngoài (ấn TQ)

+ Loại khó : Đặt hơn 2 lần, phải thay người thao tác, hoặc kéo dài hơn 10 phút.

Các bước xử trí đặt ống NKQ: 3 bước

+ Bước 1: Nếu *dự kiến dễ*, tiến hành GM, sử dụng dẫn cơ, đặt NKQ bình thường.

+ Bước 2: Nếu *dự kiến khó vừa*: Làm thử test Propofol, cách làm như sau:

- Trước khi gây mê, cho Bn tự thở qua Mask, có O<sub>2</sub> 4-5 l/phút để dự trữ O<sub>2</sub>.

- Tiêm mê bằng Atropine 10µg/kg, xịt dung dịch xilocaine 10% vào 2 cánh mũi, họng để tê niêm mạc mũi, họng.

- Propofol 1,5-2mg/kg tùy theo thể trạng, bóp bóng qua Mask mặt kiểm tra di động lồng ngực (không bị ngăn trở đường thông khí)

- Dùng đèn soi TQ kiểm tra:

Nếu độ Cormack bằng 1 hoặc 2 thì tiến hành gây mê như bình thường, dùng răn cơ Esmeron 0,5mg/kg và đặt ống NKQ bằng đèn soi TQ.

Nếu độ Cormack bằng 3 hoặc 4 : thì đặt ống bằng đèn soi TQ với tê tại chỗ, hoặc đặt ống NKQ bằng ống soi mềm qua Mask nội soi (đó là loại Mask đặc biệt, có thể tự thở hoặc hô hấp nhân tạo), có O<sub>2</sub>, cho Bn tự thở hoặc hỗ trợ bằng bóp bóng.

Nếu thất bại, hoặc phải dùng Mask TQ, hoặc để Bn tự thở và thay thế bằng phương pháp khác (đặt NKQ ngược dòng, Mở khí quản...)

+ Bước 3: Nếu *dự kiến khó*: thì đặt ống bằng ống soi mềm, để Bn tỉnh hoàn toàn hoặc dưới tiền mê nhẹ. (tùy thuộc vào Bn có khả năng bóp bóng bằng Mask mặt hay không).

## KẾT QUẢ

### 1. Liên quan về bệnh lý với các yếu tố dịch tễ .

Thống kê cho thấy tỷ lệ các bệnh lý hàm mặt gặp nhiều nhất là dưới 30 tuổi chiếm 49,4%, tiếp đến là tuổi từ 30- 60 chiếm 44,2%. Nam nhiều hơn nữ (chiếm 60,2%).

### 2. Liên quan các loại bệnh lý với thực tế đặt NKQK:

Đặt khó thực tế gặp nhiều nhất là các viêm nhiễm hàm mặt 17/115 Bn (chiếm 14,8%); Các loại U 20/239 Bn (chiếm 8,4%); Các bệnh lý khác (tạo hình, sẹo cũ...) 12/101 (chiếm 11,9%).

### 3. Dự kiến phân loại NKQK theo Mallampati:

Bảng 1 : Phân bố phân loại theo Mallampati

Mallampati	Số BN	Tỉ lệ(%)
Dễ (Loại 1)	395	63.9
Vừa (Loại 2)	73	11.8
Khó (Loại 3)	150	24.3
Tổng	618	100.0

Theo Mallampati thì loại 3 được xem như là tiêu chuẩn đặt NKQK chiếm 24,3% đối với tất cả các Bn có bệnh lý vùng Hàm mặt.

### 4. liên quan của các yếu tố không thuận lợi:

Bảng 2 : Phân bố các YTKTL

Các YTKTL	Có		Không		Tổng	
	n	%	N	%	n	%
Giáp-cằm	9.0	1.5	609.0	98.5	618.0	100.0
Bellhouse	8.0	1.3	610.0	98.7	618.0	100.0
Độ mở miệng	54.0	8.7	564.0	91.3	618.0	100.0
Khác (cổ nẻ, răng...)	34.0	5.5	584.0	94.5	618.0	100.0

YTKTL gặp nhiều nhất là độ mở miệng bị hạn chế 54/618 Bn (chiếm 8,7%)

- Liên quan các YTKTL với thực tế đặt NKQK: Yếu tố Giáp-cằm OR= 18,5 (với P<0,0001); Mở miệng hạn chế OR= 11,2 (với P<0,0001); Độ Bellhouse OR=5,1 (với P=0,01); các yếu tố khác OR=11,3 (với P<0,0001).

## 5. Phân loại theo dự kiến đặt NKQK:

Bảng 3: Phân loại dự kiến NKQK

Dự kiến	Số BN	Tỉ lệ(%)
Dễ	468.0	75.7
Khó vừa	114.0	18,4
Khó	36.0	5.8
Tổng	618.0	100.0

Có 36 trường hợp được dự kiến *khó* đặt NKQ (chiếm 5,8%); 114 Bn (chiếm 18,4%) dự đoán đặt ống *khó vừa*.

## 6. Dự kiến phân loại NKQK theo Cormack và Lehane:

Bảng 4: Phân bố phân loại theo Cormack và Lehane: (sau khi đã loại trừ 36 Bn dự kiến khó)

Dự kiến NKQ khó	Số BN	Tỉ lệ(%)
Độ 1	494.0	84.9
Độ 2	24.0	4.1
Độ 3	56.0	9.6
Độ 4	8.0	1.4
Tổng	582.0	100.0

Theo đa số các tác giả thì độ Cormack 1 và 2 tương ứng với đặt NKQ dễ, loại 3 và 4 với đặt NKQ khó, thì Độ Cormack 1&2 chiếm 89%, và Cormack 3&4 chiếm 11% trong tổng số 582 BN được quan sát bằng đèn soi thanh quản.

### Liên quan của độ Cormack và Lehane với phân loại Mallampati

Bảng 5: Mối liên quan giữa độ Cormack và Lehane với Mallampati (trên Bn được dự kiến dễ và khó vừa)

Mallampati	Loại 1		Loại 2		Loại 3		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Độ 1 & 2	373	72,0	62	12	83	16	518	100
Độ 3 & 4	22	34,4	11	17,2	31	64	64	100
Tổng	395.0	67.9	73.0	12.5	114.0	19.6	582.0	100.0

Theo dự kiến của Mallampati, loại 3 có 114 Bn, chỉ có 31 Bn có độ Cormack và Lehane 3&4 (chiếm 27,1%), trong khi Cormack và Lehane loại 1&2 83Bn (chiếm 72,9%).

## 7. Phân loại mức độ khó thực tế của đặt NKQ:

Bảng 6: Phân loại mức độ khó thực tế của đặt NKQ

Đặt NKQ	Số BN	Tỉ lệ
Dễ	514.0	83.2
Khó vừa	49.0	7.9
Khó	55.0	8.9
Tổng	618.0	100.0

Tỷ lệ khó thực tế của đặt NKQ là 55 trường hợp (chiếm 8,9%),

## 8. Các phương pháp xử trí NKQ đã áp dụng:

\* Trong số 36 Bn dự kiến khó: 33/36 trường hợp (chiếm 91,7%) dùng ống soi mềm, cho kết quả tốt. Trong 3 Bn còn lại, 2 Bn được gây tê tại chỗ, đặt mô thành công, 1 Bn vào viện trong tình trạng khó u vùng dưới cằm chèn ép, thở ngáp cá, mạch, huyết áp không đo được, phải hồi sinh tim, đặt Mask TQ hô hấp nhân tạo, sau đó tự thở, tỉnh trở lại, đặt NKQ bằng ống soi mềm, phẫu thuật an toàn, Bn ra viện không để lại di chứng gì.

\* 114 Bn dự kiến *khó vừa*, được thử Test Propofol, có 107 gây mê, răn cơ bình thường, chiếm 93,8%;

Trong số 7 Bn còn lại (chiếm 6,2%), 4 Bn sau kiểm tra bằng đèn TQ, Cormack và Lehane loại 3&4, phải chuyển đặt bằng ống soi mềm thành công; 2 Bn thở kém, bóp bóng Mask mặt khó khăn, phải đặt Mask TQ, hô hấp hỗ trợ và sau đó tự thở, đặt NKQ bằng ống soi mềm dễ dàng; 1 Bn tê tại chỗ và đặt mô cho kết quả tốt.

\* 468 Bn dự kiến *dễ*, được đặt NKQ dưới gây mê, dẫn cơ thông thường, tỷ lệ thành công đặt NKQ là 465/468 Bn (chiếm 99,3%). Trong số 3 Bn còn lại (chiếm 0,7%), 1 Bn không đặt được ống NKQ, hô hấp bằng Mask mặt hạn chế, phải đặt Mask TQ, sau đó được đặt NKQ bằng ống soi mềm bình thường, 2 Bn kiểm tra Cormack loại 3& 4, phải chuyển đặt NKQ bằng ống soi mềm thành công.

## BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh lý Hàm mặt gặp nhiều nhất ở người trẻ dưới 30 tuổi chiếm 49,4%, tiếp đến là tuổi từ 30 – 60 chiếm 44,2%; nam nhiều hơn nữ, chiếm 60,2%.

Dựa vào dự kiến phân loại của Mallampati (bảng 1), loại 3 là khó đặt NKQ chiếm 24,3%. Tuy nhiên, theo dự kiến phân loại của Cormack & Lehane (quan sát bằng đèn soi TQ ở bảng 4) trên tổng số 528 cho loại 3&4 (khó) 64 Bn (chiếm 11%). Như vậy, mối liên hệ giữa dự đoán phân loại Mallampati với dự kiến phân loại Cormack & Lehane (bảng 5) cho thấy Mallampati loại 3 có 114 Bn, thì Cormack loại 3&4 là 31 Bn (chỉ chiếm 27,1%), còn loại 1&2 có 83 Bn (chiếm 72,9%). Điều này cho thấy là nếu chỉ dựa vào phân loại NKQK của Mallampati để dự kiến NKQK là không đầy đủ.

Theo phân tích các YTKTL, gặp nhiều nhất là độ mở miệng hạn chế chiếm 8,7% (bảng 2), có liên quan đến NKQK OR= 11,2 với  $p < 0,0001$ , có ý nghĩa về mặt thống kê. Tiếp đến là các yếu tố khác chiếm 5,5%, OR = 11,3 với  $P < 0,0001$ . Dựa vào dự kiến phân loại đường thở khó của Benumof [8], trên cơ sở áp dụng thực tế, chúng tôi kết hợp các YTKTL với Mallampati để đưa ra dự kiến NKQK. Dự kiến rất khó chiếm 5,8% (bảng 3), trong khi đó, đặt NKQ khó thực tế là 8,9% (bảng 4). Tỷ lệ NKQK thực tế phải đặt NKQ bằng ống soi mềm; còn 3,1% NKQK là từ nhóm được dự kiến NKQ khó vừa và dễ nhưng thực tế lại đặt khó.

Đối với các bệnh lý RHM, dựa theo mức độ đặt NKQ khó thực tế, gặp nhiều nhất là các viêm nhiễm hàm mặt 17/115 Bn (chiếm 14,8%); Các loại U 20/239 Bn (chiếm 8,4%); Các bệnh lý khác (tạo hình, sẹo cũ...) 12/101 (chiếm 11,9%).

Về các phương pháp xử trí NKQK, dựa vào dự kiến phân loại NKQK (ở bảng 3): trong nhóm dự kiến NKQ dễ, có 3 trường hợp không đặt được NKQ bằng đèn soi TQ (chiếm 3,1%), 2 trong số đó đặt NKQ dễ dàng bằng ống soi mềm qua Mask nội soi bóp bóng với O<sub>2</sub> hỗ trợ, 1 Bn không đặt được ống, bóp bóng qua Mask mặt không hiệu quả, bão hòa O<sub>2</sub> tụt xuống 80%, tiến hành đặt Mask TQ, bóp bóng có O<sub>2</sub>, hiệu quả, sau đó, Bn tự thở trở lại, đặt ống dưới ống soi mềm dễ dàng. Đây là Bn bị khối u gốc lưỡi gây chèn ép khi bóp bóng. Điều này cho thấy, dự kiến *khó vừa* có 114 trường hợp, được thử Test bằng Propofol, có 107 Bn (chiếm 93,8%) được đặt ống bằng đèn soi TQ thành công, còn lại 7 Bn (chiếm 6,2%) không đặt được ống NKQ như bình thường, trong đó có 4 trường hợp sau thử Test có Cormack 3&4 chuyển

sang đặt NKQ bằng ống soi mềm kết quả tốt; 1 Bn được tê tại chỗ dây thanh âm và đặt mỏ, dưới hướng dẫn của đèn soi TQ và Panh magill dễ dàng; 2 Bn Thở kém, bóp bóng qua Mask mặt khó khăn, phải đặt Mask TQ bóp bóng với O<sub>2</sub> hỗ trợ, sau đó Bn tự thở chuyển đặt NKQ bằng ống soi mềm thành công. Dự kiến *khó* đặt NKQ có 36 Bn, phải đặt NKQ bằng ống soi mềm(Fib) 33 Bn cho kết quả tốt, tỷ lệ đặt ống thời gian dưới 10 phút là 75,8%; Trong số 3 Bn còn lại có 1 Bn vào khoa trong tình trạng thở ngáp, mạch, huyết áp bằng không, do khối U bị nhiễm trùng vùng dưới hàm, chèn vào KQ, tiến hành hồi sinh tim, bóp bóng qua Mask mặt không hiệu quả, đặt ngay 1 Mask TQ, bóp bóng hỗ trợ có hiệu quả, sau đó bn thở lại, đặt ống NKQ bằng thành công, sau tiến hành phẫu thuật, Bn ra viện không có di chứng gì. còn 2 Bn khác được đặt ống bằng đặt mỏ qua mũi. Tỷ lệ biến chứng 4/618 Bn(chiếm0,6%) đều là tụt bão hòa O<sub>2</sub> trong khi thao tác đặt ống, được xử trí kịp thời, không để lại di chứng gì, không có Bn nào tử vong trong quá trình nghiên cứu này.

#### KẾT LUẬN

Phân loại NKQK theo Mallampati loại 3 là 24,3%, trên thực tế mức độ khó đặt NKQ của chúng tôi là 8,9%. Theo Cormack và Lehane, loại 3&4 là 64/582 Bn (chiếm11%). Dự kiến NKQK trong bệnh lý hàm mặt chỉ dựa vào phân loại của Mallampati là chưa đầy đủ mà phải dựa vào cả cả các TYKTL khác (theo phân loại 3 theo Mallampati thì Cormack 3 và 4 chỉ chiếm 27,2%).

Trong các YTKTL thông kê cho thấy độ mở miệng hạn chế gặp nhiều nhất, chiếm 8,7%, liên quan đến đặt NKQK có OR= 11,2 với P < 0,0001 có ý nghĩa về mặt thống kê, tiếp đến các yếu tố khác, chiếm 5,5%, OR= 11,3 với p < 0,0001.

Tỷ lệ đặt NKQK thực tế gặp nhiều nhất là các viêm nhiễm vùng Hàm mặt chiếm 14,8% trong số các Bn viêm nhiễm hàm mặt, tiếp đến là các loại U chiếm 8,4%.

Dự kiến NKQK là rất quan trọng, định hướng cho việc xử lý chính xác các phương pháp đặt ống NKQ, trong nghiên cứu này tỷ lệ dự kiến NKQK là 5,8%, khó vừa 18,4%.

Test Propofol dựa vào dự kiến NKQK cho kết quả 93,8% gây mê rần cơ, đặt ống NKQ bình thường sau khi Test, điều này có lợi ích là tránh cho Bn phải chịu đựng

những đặt NKQ sống, khó chịu, đau đớn không cần thiết. Tuy nhiên, vẫn còn 2 trường hợp có biến chứng tụt bão hòa O<sub>2</sub> (chiếm 1,7%) trong tổng số 4 trường hợp có biến chứng chung, đòi hỏi cần thận trọng trong dự kiến chính xác NKQK và các phương tiện hồi sức hô hấp sẵn sàng. Fibroscope là phương tiện rất có hiệu quả trong xử lý các trường hợp khó, tuy nhiên, đòi hỏi người thao tác phải thành thục để đặt ống nhanh và tránh làm hư hỏng, vì là dụng cụ trang bị tương đối đắt tiền. Trong các phương pháp thay thế và cứu sống Bn trong trường hợp *không bóp bóng được bằng Mask mặt và không đặt được ống NKQ* thì Mask TQ là rất có hiệu quả, nhanh chóng và dễ sử dụng, do đó rất cần thiết cho trang bị ở phòng mổ và các cơ sở cấp cứu thường xuyên.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Thị Nhung (1997), "Một số phương pháp đặt ống nội khí quản khó khi gây mê trong phẫu thuật hàm mặt", *Tạp chí Y học*, số 4.
2. Bùi Ích Kim (2001) " Dự kiến đặt nội khí quản khó", " Thái độ xử trí đặt ống NKQ khó". Bài giảng chuyên khoa Gây mê hồi sức, Tập 2, tr 90-97.
3. Nguyễn Toàn Thắng (2003) " Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng đặt ống NKQ khó trong gây mê " Luận văn tốt nghiệp nội trú các bệnh viện.
4. Cathelin M. (1994), "Anesthésie en chirurgie stomatologique et maxillo-faciale. Anesthésie en fonction du type de chirurgie", *Anest Réanim urgences*, tome 3: 1499-1507.
5. D. Honneur G (1994), " Diprivan : Intubation sans curare", *AFAR*, Vol.13, 600-604
6. De Conick (1984) *Anesthésie Réanimation en stomatologie et en chirurgie Maxillo-faciale*. Encyclopédie Medico chirurgicale, édition sur Fascicules Mobilles 53e, Vol.3, Tome 4, 1-36615, C10-36615C20.
7. Geraild A. Kirk "Anesthesia for Ear, Nose, and Throat Surgery"., *Principles and practice of Anesthesiology*, Mosby Year Book. V 2, Chapt 88: 2257-71.
8. Jonathan J. Benumof (1996) "Definition and incidence of the difficult airway management", *Airway management principles and practice*. Chapt 6: 122-125