

thì soi phế quản có gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, cụ thể: ngay sau soi phế quản chất lượng cuộc sống bệnh nhân giảm đi nhưng không thay đổi đáng kể và nặng nề so với trước khi, chất lượng cuộc sống bệnh nhân tăng ngay sau đó và ở thời điểm 24h sau soi thì CLCS đã cao hơn so với trước khi soi. Theo Nguyễn Hồng Hạnh (2009)⁶ tại thời điểm 24h sau soi phế quản, chất lượng cuộc sống bệnh nhân đã tăng lên, không có thay đổi đáng kể so với trước soi. Tuy nhiên vẫn chưa về với mức trước soi. Bậc 0 là 2,5%, bậc 1 là 55%, bậc 2 là 30%, bậc 3 là 10%, bậc 4 chỉ còn 2,5%.

Soi phế quản có thể gây ra các tai biến và các triệu chứng như đau mũi, đau họng, đau ngực, buồn nôn, khó thở... nên cũng đã trực tiếp làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Soi phế quản làm giảm chất lượng cuộc sống bệnh nhân ngay sau soi nhưng cũng đã được khôi phục sau soi 24h, thậm chí còn cải thiện hơn so với trước soi.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân giảm đi sau khi soi phế quản nhưng trở về gần như lúc

trước khi soi phế quản sau 24 giờ.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn tới Ban lãnh đạo cùng toàn thể cán bộ công tác tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barrash PGC, Bruce F, et al.** Intravenous anesthetics. Anesthesia. 2009;6
2. **Grendelmeier P, Tamm M, Pflimlin E, et al.** Propofol sedation for flexible bronchoscopy: a randomised, noninferiority trial. EurRespir J. 2014;43(2):591-601.
3. **Hehn BT, Haponik E, Rubin HR, et al.** The relationship between age and process of care and patient tolerance of bronchoscopy. J Am Geriatr Soc. 2003;51:917-922.
4. **Đào Thế Thịnh.** Nhận xét chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau nội soi phế quản gây tê tại chỗ. Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân điều dưỡng; 2013.
5. **Ngô Quý Châu.** Nội soi phế quản. Nhà xuất bản y học; 2007.
6. **Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Ngô Quý Châu.** Nhận xét chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trong và sau nội soi phế quản ống mềm tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai. Y học thực hành. 2012;817(4):101-104.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỞ KHÍ QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI THỞ MÁY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2019-2021

Võ Minh Lộc*, Nguyễn Triều Việt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả mở khí quản, hiệu quả thông khí phổi và chăm sóc sau mổ trên bệnh nhân viêm phổi thở máy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả có can thiệp lâm sàng trên 60 bệnh nhân viêm phổi thở máy từ 03/2019 đến 03/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 72±16,5. Thời gian thở máy trước khi MKQ là 15,5±9,71 ngày. Chảy máu lúc mổ 11,7%. Tai biến sau mổ thường gặp nhất là nhiễm trùng chân canyl với 55%. Kết quả sau MKQ tốt 31,7%, trung bình 30% và kém 38,3%. **Kết luận:** Mở khí quản giúp cải thiện tình trạng thanh thải đờm và chức năng thông khí trên bệnh nhân viêm phổi thở máy.

Từ khóa: Mở khí quản, thở máy, viêm phổi thở máy.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TRACHEOSTOMY IN PNEUMONIA PATIENTS WITH VENTILATION AT CANTHO GENERAL HOSPITAL IN 2019 – 2021

Objectives: Survey on some clinical characteristics and evaluate the results of tracheostomy, efficiency of pulmonary ventilation and postoperative care in pneumonia patients with ventilator. **Materials and methods:** A descriptive prospective and clinical interventional study on 60 pneumonia patients with ventilation from 03/2019 to 03/2021. **Results:** Average age were 72±16,5. Time of preoperative mechanical ventilator were 15,5±9,71 days. Bleeding at surgery 11,7%. The most common postoperative complication was surrounding tracheostomy tube infection 55%. Results after tracheostomy were good in 31,7%, average in 30% and bad in 38,3% of total cases of surgery. **Conclusion:** Tracheostomy improves sputum clearance status and ventilation function in pneumonia patients with mechanical ventilation.

Keywords: Tracheostomy, mechanical ventilation, pneumonia patients.

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: vietctho@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 12/11/2021

Ngày duyệt bài: 15/12/2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản (MKQ) là một phẫu thuật phổ biến nhất trong đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU)[9]. Phẫu thuật MKQ tạo ra một lỗ nhỏ trước cổ và khí quản để đặt một canyl trực tiếp vào khí quản cố thay thế cho ống nội khí quản (NKQ) đặt qua đường miệng. Canyl MKQ có chức năng tương tự ống NKQ nhưng có kích thước ngắn hơn nên có nhiều ưu điểm như: cho phép vệ sinh phổi tốt hơn, giảm khoảng chết, đưa thuốc trực tiếp vào khí phế quản qua lỗ MKQ. Tuy vậy, phẫu thuật MKQ tiềm ẩn nguy cơ rủi ro gây ra những tai biến nghiêm trọng hơn thủ thuật đặt NKQ do tổn thương các cấu trúc xung quanh như chảy máu, tràn khí màng phổi, hẹp khí quản [7].

Việc thở máy kéo dài gây áp lực lên kinh tế cho gia đình bệnh nhân, cũng như áp lực lên nhu cầu máy thở cho bệnh viện nhất là khi nhu cầu số bệnh nhân cần thở máy tăng cao như dịch bệnh, thiên tai, thảm họa. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng MKQ cung cấp đường thở ổn định và tạo điều kiện thuận lợi cho việc cai máy thở cho bệnh nhân, giảm tổn thương thanh quản trực tiếp khi đặt NKQ, đồng thời cải thiện sự thoải mái của bệnh nhân và hoạt động sống hàng ngày[9]. Tuy nhiên các nghiên cứu đều tiến hành trên các bệnh nhân được thở máy nói chung mà không phải bệnh nhân viêm phổi thở máy. Để tìm hiểu những tác động mà phẫu thuật MKQ mang lại trên đối tượng bệnh nhân viêm phổi thở máy. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau:

- *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi thở máy được chỉ định MKQ.*
- *Đánh giá kết quả MKQ, hiệu quả thông khí phổi và chăm sóc sau mổ trên bệnh nhân viêm phổi thở máy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 16 tuổi bị viêm phổi đang thở máy được MKQ tại khoa ICU.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng tiến hành MKQ. Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân MKQ lần 2, bệnh nhân sau xạ trị vùng cổ, có u tuyến giáp to hoặc sẹo cơ kéo trước cổ. Bệnh nhân sử dụng 2 phác đồ kháng sinh trước và sau mổ khác nhau. Bệnh nhân viêm phổi do covid 19. Bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi. Các bệnh nhân không được tái khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu có can thiệp lâm sàng.

Chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được MKQ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 03/2019 đến tháng 03/2021.

Nội dung nghiên cứu

- Tham khảo bệnh án xác định chẩn đoán viêm phổi thở máy và các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân.

- Quan sát màu sắc dịch đờm trước mổ và các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày, 3 ngày, 7 ngày.

- Xét nghiệm khí máu động mạch các thời điểm trước mổ và sau mổ 1 ngày và 3 ngày.

- Ghi nhận các biến chứng trong lúc mổ và trong thời gian mang canyl tại bệnh viện.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 7 ngày:

+ Kết quả tốt: dịch đờm sau phẫu thuật trong, không có biến chứng nguy hiểm.

+ Kết quả trung bình: dịch đờm sau phẫu thuật đục, không có biến chứng nguy hiểm.

+ Kết quả kém: dịch đờm sau mổ có mủ hoặc có biến chứng nguy hiểm.

3. Phương pháp xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 18.0 để nhập, xử lý và phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới. Nam giới chiếm tỷ lệ 52%. Nữ giới chiếm tỷ lệ 48%. Tỷ lệ nam và nữ là như nhau.

Độ tuổi trung bình là 72±16,5. Nhóm bệnh nhân >60 tuổi chiếm tỷ lệ 77%, nhóm 46 chiếm tỷ lệ 27%, nhóm tuổi 15-30 tuổi và 31-45 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất, lần lượt là 3% và 2%.

3.2. Thời điểm mở khí quản. Thời gian thở máy trung bình là 15,5±9,71 ngày, sớm nhất là 3 ngày và muộn nhất 49 ngày. Nhóm bệnh nhân MKQ < 7 ngày chiếm tỷ lệ 11,7%. MKQ trong khoảng thời gian 7-14 ngày chiếm tỷ lệ 45%. Nhóm bệnh nhân được MKQ sau 14 ngày chiếm tỷ lệ 43,3%.

3.3. Tai biến trong lúc mở khí quản. Tai biến gặp trong phẫu thuật là chảy máu với 7/60 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,7%. Không gặp tai biến khác trong phẫu thuật.

3.4. Tai biến trong thời gian mang canyl. Biến chứng nhiễm trùng chân canyl chiếm tỷ lệ 55%. Biến chứng chảy máu và tắc canyl cùng chiếm tỷ lệ 8,3%. Biến chứng tuột canyl chiếm tỷ lệ 3,33%. Không gặp biến chứng trong thời gian mang canyl chiếm tỷ lệ 33,3%.

3.5. Đánh giá phẫu thuật

Bảng 1. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	n	%
Tốt	19	31,7
Trung bình	18	30
Kém	23	38,3

Tổng	60	100
Nhận xét: phẫu thuật mang lại kết quả tốt chiếm 31,7%, kết quả trung bình chiếm 30% và kết quả kém chiếm 38,3%.		

3.6. Hiệu quả thông khí phổi và chăm sóc sau mổ

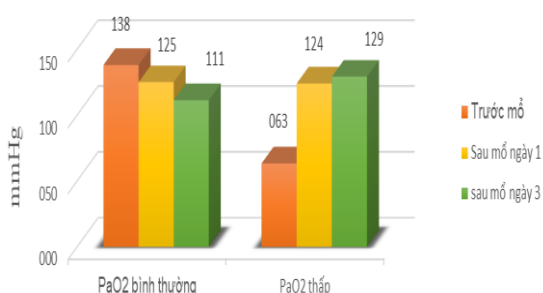
3.6.1. Sự cải thiện màu sắc dịch đờm của bệnh nhân sau mổ

Bảng 2. Màu sắc dịch đờm trước mổ và sau mổ

	Trong		Đục		Có mủ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Trước mổ	1	1.7	16	26.7	43	71.7	60	100	
sau mổ 1 ngày	0	0	31	51.7	29	48.3	60	100	<0,05
Sau mổ 3 ngày	18	30	18	30	24	40	60	100	<0,05
Sau mổ 7 ngày	23	31.7	19	31.7	18	30	60	100	<0,05

Nhận xét: Màu sắc dịch đờm có sự cải thiện sau mổ, tỉ lệ đờm mủ giảm. Sự khác biệt tỷ lệ đờm mủ trước mổ và sau mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

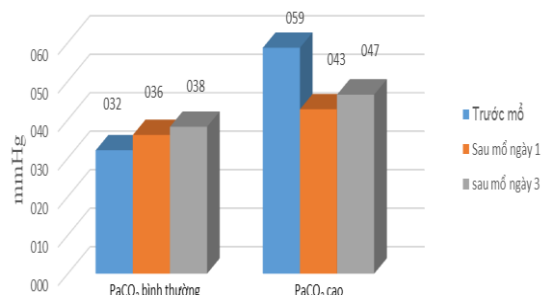
3.6.2. Sự cải thiện khí máu động mạch sau mổ



Biểu đồ 1. Sự thay đổi giá trị trung bình PaO₂ trước và sau mổ

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có PaO₂ trước phẫu thuật bình thường, PaO₂ không có thay đổi ý nghĩa đáng kể sau mổ 1 ngày ($p > 0,05$). PaO₂ sau mổ 3 ngày có giảm nhẹ so với trước mổ nhưng vẫn trong giới hạn bình thường ($Z = -2,59$, $n = 44$, $p < 0,05$).

Nhóm có PaO₂ trước phẫu thuật thấp có thay đổi đáng kể sau mổ, trung bình PaO₂ ngày 1 sau mổ tăng so với trước mổ ($Z = -3,20$, $n = 16$, $p < 0,05$). PaO₂ sau mổ ngày 3 cũng tăng so với trước mổ ($Z = 3,52$, $n = 16$, $p < 0,05$).



Biểu đồ 2. Sự thay đổi giá trị trung bình PaCO₂ trước và sau mổ

Nhận xét: Nhóm có PaCO₂ bình thường trước mổ có trung bình PaCO₂ biến động không nhiều sau mổ. PaCO₂ trung bình trong giới hạn bình thường.

Nhóm có PaCO₂ cao trước mổ có trung bình PaCO₂ giảm đáng kể nhất là ngày đầu sau mổ trung bình PaCO₂ trở về mức bình thường, sau đó tăng nhẹ vào ngày 3 sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình là $72 \pm 16,5$ gần với tác giả Mehta A. B. 64,1 [8] cao hơn các tác giả khác như Lê Thiện Chí 54 tuổi [1], Nguyễn Văn Tú [6] 56 tuổi. Trong đó tuổi thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 102 tuổi. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 77% cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Lâm Chánh Thi 69,8% [5].

Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1 tương đương với tác giả Mehta A. B. là 1,1 [8] và Lâm Chánh Thi 1,4:1 [5], khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong khi các tác giả khác tỷ lệ nam/nữ chênh lệch khá nhiều như Lê Thiện Chí là 4:1 [1], Nguyễn Văn Tú là 2,33/1 [6], sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.2 Thời gian thở máy trước khi được mở khí quản. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thời gian MKQ sau đặt NKQ sớm nhất là 3 ngày, trễ nhất là 49 ngày trung bình là $15,5 \pm 9,71$ ngày, tương đương với kết quả của tác giả Mehta A. B. và Abe T. đều là 14 ngày [8] ($p > 0,05$). Chúng tôi thấy thời gian đặt NKQ trước khi được MKQ từ 1 tuần trở lên chiếm đa số, trong đó nhóm bệnh nhân có thời gian đặt NKQ từ 1-2 tuần và sau 2 tuần xấp xỉ như nhau, lần lượt là 45% và 43,3%. Thời gian đặt NKQ dưới 7 ngày có 7/60 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,7% tương đương với kết quả của tác giả Lâm

Chánh Thi [5] là 7,5% ($p > 0,05$).

Theo khuyến cáo MKQ được chỉ định nếu phải tiếp tục thở máy trong hơn 21 ngày trong khi những bệnh nhân cần thở máy dưới 10 ngày là đối tượng để đặt NKQ. Tuy nhiên thời điểm MKQ tối ưu vẫn còn là một cuộc tranh luận, nhiều tác giả khác khuyến nghị MKQ sớm trong khi những người khác đề cập rằng bằng chứng về lợi ích của việc MKQ so với đặt NKQ là không đủ.

Thời gian thở máy trước khi MKQ dài do bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau như mức độ nghiêm trọng của bệnh, sở thích của bác sĩ lâm sàng, yêu cầu của bệnh nhân và gia đình. Ngoài ra đối tượng bệnh nhân hầu như được điều trị tại khoa ICU, được bác sĩ ICU nhận định để MKQ, chúng tôi chỉ tham gia hội chẩn để nhận định xem chúng tôi có thể tiến hành được phẫu thuật hay không mà không trực tiếp điều trị và đưa ra chỉ định để MKQ. Hơn nữa, do đây là một phẫu thuật chương trình nên có khuynh hướng trì hoãn so với thời điểm quyết định MKQ. Do đó, thời gian phẫu thuật đối với bệnh nhân thường kéo dài.

4.3. Tai biến trong phẫu thuật. Tai biến hay gặp trong phẫu thuật là chảy máu với 7/60 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,7%, tương đương với tác giả Nguyễn Quang Huy (2018) là 11,3%[2], Nguyễn Văn Tú là 8% ($p > 0,05$)[6]. Biến chứng chảy máu không nguy hiểm cho bệnh nhân nhưng gây trì hoãn cho phẫu thuật, vì phẫu trường tương đối hẹp nên chỉ cần chảy một lượng máu nhỏ cũng đủ gây cản trở phẫu thuật. Các trường hợp chảy máu là do đứt động - tĩnh mạch dưới da hoặc động tĩnh mạch giáp dưới nên không khó xử trí.

4.4. Tai biến trong thời gian mang canyl. Biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng tại chân canyl chiếm tỷ lệ 55%, biểu hiện thường gặp nhất là tấy đỏ và có dịch mủ xì ra tại chân canyl. Tỷ lệ này tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tú là 60%[6] ($p > 0,05$).

Biến chứng chảy máu chiếm tỷ lệ 8,3%. Chảy máu tại chân canyl và cả trong lòng khí quản hút được qua canyl, không có trường hợp chảy máu ồ ạt và chảy máu kéo dài.

Tắc canyl chiếm 8,3%. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tú là 14%[6]. Tất cả các trường hợp tắc canyl đều xảy ra khi bệnh nhân đã được cai máy thở, thở khí trời qua canyl.

Tai biến tràn khí dưới da chiếm 3,3%. Tỷ lệ này tương tự gặp trong nghiên cứu của Lê Thanh Phong 2,8%[3], Lê Thiện Chí 1,5%[1]. Các trường hợp này thường gặp sớm sau phẫu thuật 1 ngày, khám thấy cổ căng phồng, ấn lẹp

bẹp dưới da cổ.

Tai biến tuột canyl chiếm 3,3%. Tỷ lệ này tương đương trong các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phước Thịnh 2%, Lê Thanh Phong 1,4%[3]. Cả 2 trường hợp đều xảy ra khi bệnh nhân ngừng thở máy rời khoa ICU và nguyên nhân do bệnh nhân tự rút, ngay sau đó bệnh nhân khó thở và được phát hiện kịp thời nên được đặt lại canyl.

4.5. Đánh giá kết quả chung. Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật sau 7 ngày qua các tiêu chí tính chất đờm mủ, các biến chứng trong lúc phẫu thuật và thời gian mang canyl. Qua kết quả của 60 mẫu nghiên cứu, đánh giá chung sau phẫu thuật MKQ đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 31,7%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 30%, kết quả kém chiếm tỷ lệ 38,3%. Tỷ lệ kém khá cao chủ yếu do tình trạng đờm mủ nhiều, không cải thiện cũng như tình trạng tắc nghẹt canyl do đờm đặc ứ đọng trong lòng canyl cản trở đường thở, SpO₂ tuột sâu, các điều dưỡng tại ICU không xử trí được bằng cách hút đờm thông thường. Những trường hợp này chúng tôi dùng đèn clar soi vào trong lòng canyl quan sát và hút kỹ đờm mủ bằng ống hút đờm mềm đã cắt bỏ hết các lỗ ở thành bên nhằm tạo áp lực hút cao hơn. Đôi khi cần phải thay canyl khác khi tình trạng đường thở không cải thiện sau khi cố gắng thông ống canyl. Khi quyết định thay canyl chúng tôi ngoài chuẩn bị bộ dụng cụ MKQ còn chuẩn bị thêm bộ dụng cụ đặt NKQ vì có rủi ro có thể không đặt lại canyl được do các cơ xung quanh chèn vào trước khí quản hoặc đặt canyl vào khoang ảo.

4.6. Hiệu quả thông khí và chăm sóc sau mổ

4.6.1. Sự cải thiện tính chất dịch đờm trước và sau mổ. Trước phẫu thuật MKQ, tỷ lệ bệnh nhân có mủ trong dịch đờm hút ra từ ống NKQ chiếm tỷ lệ 71,7%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Đỗ Quyết là 65,08%[4], khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau mổ ngày 1 tỷ lệ bệnh nhân có mủ trong dịch đờm là 48,3%, giảm 23,4% so với trước mổ. Sau mổ ngày 3 tỷ lệ này là 40%, giảm 31,7% so với trước mổ. Đến ngày 7 sau mổ tiếp tục giảm xuống còn 18/60 chiếm tỷ lệ 30%, giảm 41,7%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chúng tôi cho rằng sự thay đổi này do ống canyl ngắn hơn nhiều so với ống NKQ, dịch đờm dễ được hút và làm sạch hơn nên giảm thời gian ứ đọng dịch đờm trong lòng ống. Điều đó dẫn đến giảm thời gian vi khuẩn sinh sản trong lòng ống thở nhân tạo, nơi mà kháng sinh không đến được.

4.6.2. Sự cải thiện khí máu động mạch trước và sau mổ. Trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có 44/60 trường hợp PaO₂ trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ 73,3%. Trong nhóm này MKQ không mang lại sự thay đổi PaO₂ đáng kể nào sau mổ 1 ngày. Ngày 3 sau phẫu thuật PaO₂ có giảm nhẹ so với trước mổ nhưng vẫn trong giới hạn bình thường (biểu đồ 1).

Nhóm có PaO₂ thấp trước mổ có 16/60 trường hợp chiếm tỷ lệ 26,7%. Trong nhóm này MKQ làm thay đổi đáng kể kết quả PaO₂ sau mổ. Kết quả PaO₂ sau mổ ngày 1 và ngày 3 đều tăng so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$). PaO₂ ngày 1 và ngày 3 sau mổ đều đạt hiệu quả điều trị.

Nhóm có PaCO₂ trước mổ bình thường không có thay đổi PaCO₂ sau mổ ngày 1 và ngày 3 đáng kể ($p > 0,05$). Tuy nhiên trong nhóm có PaCO₂ trước mổ tăng, PaCO₂ sau mổ ngày 1 và ngày 3 đều giảm so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Ngày 1 sau mổ PaCO₂ giảm về mức bình thường và ngày 3 sau mổ PaCO₂ tăng nhẹ so với ngưỡng bình thường (45mmHg).

V. KẾT LUẬN

Mở khí quản giúp cải thiện tình trạng đờm mủ và sự rối loạn PaO₂ và PaCO₂ đối với bệnh nhân viêm phổi thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thiện Chí & Trần Minh Trường(2018), "Đánh giá tình hình mở khí quản tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 22(1), tr.122-124.
2. Nguyễn Quang Huy, Mai Xuân Hiên, Tô Vũ Khương và cộng sự (2018), "Đánh giá ưu điểm, biến chứng của mở khí quản nông qua da dưới hướng dẫn nội soi khí quản ống mềm", Y Dược Học Quân Sự. 1, tr.113-119.
3. Lê Thanh Phong & Nguyễn Hữu Dũng(2013), "Đánh giá sự lành thương của phương pháp mở khí quản kiểu chữ U ngược", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 17(1), tr.125-130.
4. Đỗ Quyết & Phạm Thái Dũng (2013), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi thở máy tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện 103", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 17(3), tr.131-135.
5. Lâm Chánh Thi & Trần Thị Bích Liên (2014), "Khảo sát niêm mạc khí quản ở bệnh nhân mở khí quản sau đặt nội khí quản", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 18(1), tr.233-241.
6. Nguyễn Văn Tú & Lê Công Định(2015), "Nghiên cứu đặc điểm chức năng thông khí trên bệnh nhân bệnh lý sọ não được mở khí quản thở máy", Đại học Y Dược Hà Nội.
7. Jarosz K., Kubisa B., Andrzejewska A., et al(2017), "Adverse outcomes after percutaneous dilatational tracheostomy versus surgical tracheostomy in intensive care patients: case series and literature review", Therapeutics and clinical risk management. 13, pp.975-981.
8. Mehta A. B., Cooke C. R., Wiener R. S., et al (2016), "Hospital Variation in Early Tracheostomy in the United States: A Population-Based Study", Critical care medicine. 44(8), pp.1506-1514.

SO SÁNH THỜI GIAN TRỢ ĐƯỜNG PHỤ ƯỚC TÍNH BẰNG NGHIỆM PHÁP GẮNG SỨC ĐIỆN TÂM ĐỒ VÀ XÁC ĐỊNH BẰNG THĂM DÒ ĐIỆN SINH LÝ TIM Ở BỆNH NHÂN WPW KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Phan Đình Phong^{1,2}, Nguyễn Thanh Hưng³, Bùi Văn Nhơn²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mối tương quan giữa thời gian trợ hiệu quả theo chiều xuôi (AP AERP) ước tính bằng nghiệm pháp gắng sức (EST) điện tâm đồ với giá trị AP AERP xác định bằng thăm dò điện sinh lý (EPS) ở bệnh nhân Wolff – Parkinson - White (WPW) không triệu chứng. Nghiên cứu tiến hành trên 35 bệnh nhân WPW không triệu chứng. Các bệnh nhân được phân tầng nguy cơ bằng EST: các bệnh nhân nguy cơ thấp sẽ ước tính AP AERP dựa vào tần số tim tại thời điểm tiền kích thích

đột ngột biến mất, các bệnh nhân nguy cơ cao ước tính AP AERP dựa vào tần số tim tối đa bệnh nhân đạt được khi tiến hành nghiệm pháp. Các đối tượng nghiên cứu sau đó được tiến hành EPS xác định AP AERP. Các giá trị AP AERP thu được từ 2 phương pháp được so sánh và kiểm định. Có 6 bệnh nhân được phân tầng nguy cơ thấp bằng EST, AP AERP ước tính bằng EST của các bệnh nhân này là 469 ± 84 ms, không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với giá trị xác định bằng EPS là 451 ± 128 ms. 29 bệnh nhân được phân tầng nguy cơ cao bằng EST, AP AERP ước tính bằng EST là 379 ± 31 ms, dài hơn có ý nghĩa thống kê so với giá trị xác định bằng EPS là 298 ± 77 ms. Các bệnh nhân WPW không triệu chứng khi làm EST có kết quả không phải phân tầng nguy cơ thấp cần được thăm dò điện sinh lý tim và triệt đốt đường dẫn truyền phụ nhĩ thất.

Từ khóa: Trợ hiệu quả theo chiều xuôi, nghiệm pháp gắng sức, thăm dò điện sinh lý, WPW không triệu chứng

¹Viện Tim mạch Việt Nam, BV Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị ĐK Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 24/11/2021

Ngày duyệt bài: 18/12/2021