

DOI: 10.58490/ctump.2025i84.3149

KHẢO SÁT TỈ LỆ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Vũ Văn Kim Long¹, Lâm Kim Tuyền^{1*}, Võ Nguyên Hồng Phúc¹,
Trần Văn Đăng¹, Lê Vũ Linh¹, Nguyễn Anh Duy², Nguyễn Thị Tuyết Minh¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lktuyen@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 03/10/2024

Ngày phản biện: 31/01/2025

Ngày duyệt đăng: 25/02/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nội khí quản khó là thách thức trong kiểm soát đường thở. Dù có nhiều yếu tố giúp tiên lượng, nhưng chưa có tiêu chuẩn vàng để dự báo chính xác tình trạng này. Nội khí quản khó có thể dẫn đến thất bại trong việc đặt ống, do đó bác sĩ cần chuẩn bị kỹ để ứng phó với các tình huống bất ngờ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ đặt nội khí quản khó, tìm hiểu các yếu tố tiên lượng và khảo sát các biến chứng khi đặt nội khí quản tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024 trên 334 bệnh nhân phẫu thuật có gây mê nội khí quản. **Kết quả:** Tỉ lệ nội khí quản khó là 5,1% theo Cormack-Lehane. Những bệnh nhân có từ hai yếu tố tiên lượng trở lên đều gặp khó khăn khi đặt nội khí quản; đặc biệt, béo phì và cổ ngắn. Có 2,1% trường hợp phải đặt nội khí quản lần thứ ba. Các biến chứng chủ yếu gồm 3% tổn thương sớm như rách môi, lưỡi, sây sát vùng hầu họng, 3,3% biến chứng muộn như phù nề và khàn giọng. Ngoài ra, có 03 trường hợp co thắt đường thở, trong đó 02 trường hợp liên quan đến nội khí quản khó. **Kết luận:** Cần đánh giá chính xác nguy cơ nội khí quản khó để có kế hoạch xử trí phù hợp, đồng thời trang bị đầy đủ dụng cụ hỗ trợ và sử dụng chúng một cách thuận thực để kiểm soát đường thở hiệu quả.

Từ khóa: Đặt nội khí quản khó, Cormack-Lehane, béo phì, cổ ngắn.

ABSTRACT

THE RATE AND PREDICTIVE FACTORS OF DIFFICULT INTUBATION AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Vu Van Kim Long¹, Lam Kim Tuyen^{1*}, Vo Nguyen Hong Phuc¹,
Tran Van Dang¹, Le Vu Linh¹, Nguyen Anh Duy², Nguyen Thi Tuyet Minh¹

1. Cantho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Difficult intubation poses a significant challenge in airway management. Although various predictive risk factors exist, no gold standard accurately predicts this condition. Difficult intubation can result in failed tube placement; therefore, anesthesiologists must be thoroughly prepared to manage unexpected situations. **Objectives:** To determine the incidence of difficult intubation, investigate predictive risk factors, and examine complications that occur during intubation at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** This prospective, cross-sectional study was conducted from May 2023 to May 2024 on 334 surgical patients who underwent intubation under anesthesia. **Results:** The incidence of difficult intubation was 5.1% based on the Cormack-Lehane classification. Patients with two or more predictive risk factors, especially those who were obese or had a short neck, faced challenges during intubation. 2.1% of cases required intubation on the third attempt. The main complications included early injuries (3%), such as lip and

*tongue lacerations and pharyngeal abrasions, as well as late complications (3.3%) like edema and hoarseness. Additionally, there were three cases of bronchospasm, two of which were associated with difficult intubation. **Conclusions:** Accurate assessment of the risk of difficult intubation is crucial for developing appropriate management plans. Moreover, anesthesiologists must be well-equipped and proficient in using supportive tools to manage the airway effectively.*

Keywords: *Difficult intubation, Cormack-Lehane, obesity, short neck.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt nội khí quản (NKQ) khó là vấn đề lớn trong kiểm soát đường thở, tỉ lệ đặt NKQ khó thay đổi tùy tác giả, dao động từ 1/50 trường hợp, không thể đặt NKQ khoảng 1/200-1/500 [1], [2], [3]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra hơn 85% trường hợp thất bại kiểm soát đường thở gây tổn thương ở não hoặc tử vong, khoảng 30-50% tử vong trong gây mê là do thất bại kiểm soát đường thở [1], [4], [5]. Đánh giá trước mổ cần thiết để bác sĩ gây mê có thể tiên lượng trường hợp khó, chuẩn bị trang thiết bị hỗ trợ cần thiết và lựa chọn phương pháp xử trí thích hợp, làm giảm được các tai biến - biến chứng có thể xảy ra trong quá trình đặt NKQ.

Tuy nhiên, những nghiên cứu trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng còn hạn chế bởi các nghiên cứu có cỡ mẫu giới hạn ở một nhóm đối tượng hoặc một nhóm bệnh lý nhất định chưa xác định được tỉ lệ chung, cũng như chưa nêu được mối tương quan mật thiết giữa các yếu tố tiên lượng và tình trạng đặt NKQ khó.

Bệnh viện Trường đại học Y Dược Cần Thơ là bệnh viện đa khoa, nơi có thể khảo sát tỉ lệ NKQ khó trên nhiều mô hình bệnh tật, giới tính khác nhau, do đó có thể cho ra một tỉ lệ NKQ khó chung và tương đối khách quan. Chính vì những lý do đó, nghiên cứu “Khảo sát tỉ lệ nội khí quản khó và các yếu tố tiên lượng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ” được thực hiện với mục tiêu: 1) Xác định tỉ lệ đặt nội khí quản khó và các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân có gây mê nội khí quản tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2) Khảo sát các biến chứng trên bệnh nhân đặt nội khí quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật với phương pháp gây mê toàn thân có đặt NKQ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

-**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân xếp loại ASA I, II, III và dự kiến rút được ống NKQ tại phòng mổ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính ảnh hưởng đến quá trình đặt NKQ.
- + Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật khí quản trong 3 tháng trước.
- + Không thu thập đủ số liệu nghiên cứu hoặc không muốn tiếp tục nghiên cứu.
- + Bệnh nhân cấp cứu khẩn: sóc, mổ lấy thai cấp cứu, cấp cứu đường thở.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tính theo công thức ước tính tối thiểu 110 bệnh nhân. Tuy nhiên, chúng tôi thống nhất chọn cỡ mẫu 334 bệnh nhân để kết quả chính xác, khách quan, độ tin cậy cao, nghiên cứu có ý nghĩa thống kê hơn.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

- + Nội khí quản khó: Phân độ Cormack-Lehane 3, 4.

+ Các yếu tố tiên lượng: Ngủ ngáy, thay đổi giọng, ngưng thở khi ngủ, vận động cổ hạn chế, mất răng, mở miệng giới hạn, béo phì, cổ ngắn, khoảng cách cằm giáp ngắn, bứu giáp, răng hô.

+ Phân độ Mallampati: độ 1: nhìn rõ toàn bộ vòm miệng, lưỡi gà, amidan, độ 2: nhìn thấy vòm miệng, 1 phần lưỡi gà, amidan, độ 3: chỉ nhìn thấy vòm miệng và góc lưỡi gà, độ 4: chỉ nhìn thấy vòm miệng cứng (khẩu cái cứng).

+ Phân độ Cormack-Lehane khi quan sát cấu trúc hầu và thanh môn dưới đèn soi thanh quản: độ 1: nhìn thấy toàn thể lỗ vào thanh môn, độ 2: nhìn thấy một phần lỗ vào thanh môn, độ 3: nhìn thấy nắp thanh môn, độ 4: nhìn thấy khẩu cái mềm.

- **Xử lý số liệu:** Thu thập số liệu qua bệnh án nghiên cứu, nhập vào phần mềm Excel, xử lý theo phần mềm SPSS 23.0. Các biến số biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất ($\bar{X} \pm SD$ (min-max)), tỉ lệ. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương, phép kiểm chính xác Fisher, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 5/2023- tháng 5/2024, tại khoa Gây mê hồi sức bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề cương được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Giám đốc, Hội đồng Khoa học, khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI và giới của nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm): $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	50,8 \pm 15,6 (15-89)
Chiều cao (cm): $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	161 \pm 8 (140-183)
Cân nặng (kg): $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	59,2 \pm 10 (36-92)
BMI (kg/m ²): $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	22,7 \pm 3,3 (14,2-36,5)
Giới tính: nam/nữ (n/%)	148(44,3)/186(55,7)

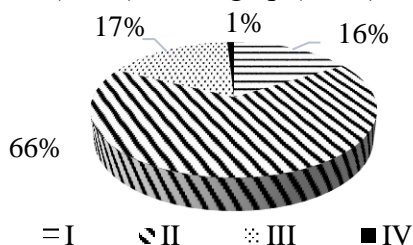
Nhận xét: Tuổi trong khoảng từ 15-89 tuổi. Chiều cao, cân nặng trung bình lần lượt là 161 \pm 8 cm, 59,2 \pm 10 kg. BMI lớn nhất là 36,5 kg/m² và nhỏ nhất là 14,24 kg/m². Tỉ số nữ nhiều hơn nam.

3.2. Các yếu tố tiên lượng đặt NKQ khó

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ

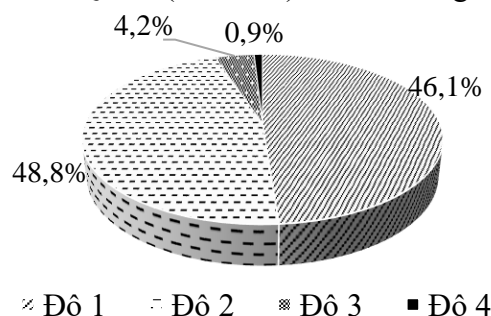
Yếu tố	n	Tỉ lệ %
Ngủ ngáy	159	47,6
Thay đổi giọng	0	0
Ngưng thở khi ngủ	0	0
Vận động cổ hạn chế	3	0,9
Mất răng	33	9,9
Mở miệng giới hạn	3	0,9
Béo phì	4	1,2
Cổ ngắn	16	4,8
Khoảng cách cằm giáp ngắn	11	3,3
Bứu giáp	3	0,9
Răng hô	3	0,9
Tổng số	235	70,4

Nhận xét: Có yếu tố cơ năng chiếm 47,6% (ngủ ngáy). Yếu tố thực thể chiếm 21%, mất răng lớn nhất với 9,9%, nhỏ nhất là vận động cổ hạn chế và mở miệng giới hạn có 0,9%. Các yếu tố bất thường khác có (1,8%), bấu giáp (0,9%) và răng hô (0,9%).



Hình 1. Phân độ Mallampati

Nhận xét: Mallampati thường gặp nhất là độ II với 221 trường hợp (66,2%), Mallampati tiên lượng đặt NKQ khó (III và IV) có 59 trường hợp (17,7%).



Hình 2. Phân độ Cormack-Lehane

Nhận xét: Phân độ Cormack-Lehane thường gặp nhất là độ 1 và 2 chiếm 94,9% (317 trường hợp), 14 trường hợp độ 3 (4,2%), gặp ít nhất là độ 4 chiếm 0,9% (3 trường hợp).

3.3. Biến chứng liên quan đến đặt nội khí quản

Bảng 3. Biến chứng sau đặt nội khí quản

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Co thắt khí phế quản	3	0,9
Rách môi	1	0,3
Rách lưỡi	1	0,3
Sây sát vùng hầu họng	8	2,4
Gãy răng	0	0
Khàn giọng	10	3,0
Phù nề đường thở	1	0,3
Tổng số	24	7,2

Nhận xét: Tại biến co thắt khí phế quản chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ 0,9% (3 trường hợp). 10 trường hợp có biến chứng sớm, chiếm 3% trong đó sây sát vùng hầu họng lớn nhất 2,4%, thấp nhất là rách môi và rách lưỡi 0,3%. Tổng số biến chứng muộn có 11 trường hợp (3,3%), trong đó khàn giọng chiếm tỷ lệ lớn nhất 3%, phù nề đường thở chiếm tỷ lệ nhỏ nhất 0,3%.

Bảng 4. Thay đổi huyết động sau đặt NKQ

Mức thay đổi	Mạch		Huyết áp	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
< 10%	158	47,3	167	50
10-20%	143	42,8	134	40,1

Mức thay đổi	Mạch		Huyết áp	
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
20-30%	32	9,6	30	9,0
> 30%	1	0,3	3	0,9

Nhận xét: Thay đổi mạch sau đặt NKQ dao động < 10% chiếm tỉ lệ cao nhất 47,3% (158 trường hợp), dao động > 30% chiếm tỉ lệ thấp nhất chiếm 0,3% (1 trường hợp). Thay đổi huyết áp sau đặt NKQ dao động < 10% chiếm tỉ lệ cao nhất 50% (167 trường hợp), dao động > 30% chiếm tỉ lệ thấp nhất 0,9% (3 trường hợp).

Bảng 5. Thay đổi SpO₂

Mức thay đổi	n	Tỉ lệ %
> 95%	325	97,3
90-95%	7	2,10
85-90%	2	0,6
< 85%	0	0

Nhận xét: Mức SpO₂ > 95% chiếm tỉ lệ lớn nhất 97,3% (325 trường hợp), mức SpO₂ 85-95% thấp nhất chiếm 0,6%, không có trường hợp thay đổi SpO₂ nghiêm trọng < 85%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu khảo sát tỉ lệ NKQ khó của chúng tôi, thực hiện trên 334 bệnh nhân tuổi trung bình là $50,8 \pm 15,6$ tuổi tương đương với các nghiên cứu khác. Chiều cao trung bình là 161 ± 8 cm, cân nặng trung bình là $59,2 \pm 10$ kg, lần lượt cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Tuấn Hải [5] và Trần Thị Cẩm Nhung [6], vấn đề này có thể là do sự khác biệt về địa điểm và thời gian nghiên cứu cũng như dân số nghiên cứu. BMI trung bình là $22,7 \pm 3,3$ kg/m², trong đó có 4 bệnh nhân (1,2%) béo phì với BMI lớn nhất là 36,5 kg/m². Theo tác giả Kim H.S. [1] nghiên cứu trên bệnh nhân có yếu tố đặt NKQ khó như béo phì BMI > 35 kg/m² kết luận béo phì ảnh hưởng đến đặt NKQ. Tương tự, tất cả trường hợp béo phì của nghiên cứu này đều ghi nhận gây khó khăn trong quá trình đặt NKQ.

4.2. Các yếu tố tiên lượng và tỉ lệ nội khí quản khó

Trong nghiên cứu này, các yếu tố cơ năng gây đặt NKQ khó là ngủ ngáy chiếm 159 trường hợp (47,6%). Tỉ lệ ngủ ngáy đơn thuần không liên quan đến nguy cơ đường thở khó, bằng chứng là tỉ lệ ngủ ngáy cao hơn nhiều so với tỉ lệ NKQ khó. Tuy nhiên, yếu tố này được đánh giá thông qua hỏi bệnh nhân, chưa chứng minh được rõ ràng về tần suất cũng như mức độ, do đó tính khách quan và tính chính xác của yếu tố này không cao.

Các yếu tố thực thể xuất hiện ở 70 trường hợp chiếm 21% và thường không xuất hiện đơn độc mà có thể kết hợp nhiều yếu tố khác. Trong đó 33 trường hợp (9,9%) mất răng, đặt NKQ khó phụ thuộc vào vị trí răng mất, số lượng răng mất và các yếu tố kết hợp khác (mất răng cửa trước hàm trên sẽ gây khó khăn ít nhiều cho đặt NKQ). Có 3 trường hợp vận động cổ hạn chế (0,9%), trong đó có 1 trường hợp có tiền sử mở khí quản, cả 3 đều không ghi nhận đặt NKQ khó và đặt ống thành công ngay trong lần đầu tiên. Trong nghiên cứu, các yếu tố như mở miệng giới hạn, béo phì, cổ ngắn, khoảng cách cằm giáp ngắn gần như xuất hiện cùng trên bệnh nhân. Chúng tôi thấy rằng, những bệnh nhân có nhiều hơn 2 yếu tố có thể gây khó khăn trong quá trình đặt NKQ, cũng như làm tăng số lần đặt. Ngoài ra, có 1 trường hợp bệnh nhân kết hợp nhiều yếu tố nguy cơ cơ năng lần thực thể cũng được ghi

nhận và được đánh giá như bệnh nhân có đường thở khó xác định trước nên chúng tôi chủ động sử dụng ống soi mềm ngay lần đặt ống đầu tiên tuy nhiên vẫn gây khó khăn trong quá trình đặt ống, đặt thành công ở lần đặt thứ hai. Có 6 trường hợp (1,8%) bước giáp và răng hô không có yếu tố kèm theo khác, tất cả các trường hợp này đều không ghi nhận đặt NKQ khó. Kết luận của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Thị Cẩm Nhung kết luận bước giáp to nhưng không gây chèn ép khí quản thì không gây đặt NKQ khó [6].

Mallampati độ III chiếm 16,8%, nhưng chưa thấy được mối tương quan có ý nghĩa với nguy cơ đặt NKQ khó trên bệnh nhân chỉ có Mallampati độ III đơn độc. Trường hợp NKQ khó được ghi nhận nếu kết hợp thêm 1 hay nhiều yếu tố nguy cơ khác. Điều này cũng phù hợp với ý kiến, Mallampati là yếu tố có giá trị không cao về ý nghĩa tiên lượng NKQ khó; tuy nhiên, cần thận trọng với bệnh nhân có Mallampati độ IV, khả năng NKQ khó sẽ cao hơn vì thường có các yếu tố nguy cơ khác kết hợp. Tỷ lệ NKQ khó là 5,1% (theo phân độ Cormack-Lehane 3, 4), lần lượt thấp hơn so với với tỷ lệ đặt NKQ khó ở nghiên cứu của Huỳnh Tuấn Hải là 7,7% [5] và ở nghiên cứu của Ngô Văn Dũng là 7,7% [7]. Mặc dù tỷ lệ đặt NKQ khó cao 5,1%, số lần đặt NKQ của chúng tôi tối đa chỉ 3 lần và không có trường hợp không thể đặt được hoặc phải mở khí quản. Đặt NKQ 3 lần chiếm 2,1%. Chúng tôi ghi nhận có 1 (0,3%) trường hợp sử dụng ống soi mềm và 9 trường hợp sử dụng đèn camera (2,7%). Khi sử dụng đèn NKQ có camera thì độ Cormack-Lehane giảm rõ rệt, có thể chuyển từ độ 3 sang độ 2, giúp cho người đặt nhìn thấy được dây thanh âm rõ ràng hơn, đặt NKQ dễ dàng hơn. Trong trường hợp chủ động sử dụng ống soi mềm thì giá trị của độ Cormack-Lehane không còn ý nghĩa nữa do ống soi mềm có thể quan sát hầu hết mọi nơi trong vùng hầu họng, thanh môn. Khi kết hợp với Bougie thì giúp cho việc luồn ống NKQ vào khí quản dễ hơn nữa do độ cong ở phần đầu của Bougie [8]. Chính vì vậy, Bougie là dụng cụ không thể thiếu trong kiểm soát đường thở. Bougie có thể giải quyết trên 90% trường hợp đặt NKQ khó, việc trang bị Bougie ở những đơn vị có đặt NKQ là hết sức cần thiết. Bên cạnh đó, đèn NKQ có camera và ống soi mềm có thể giải quyết được hầu hết các trường hợp đường thở khó [9], [10] mà không phải sử dụng các kỹ thuật tiếp cận đường trước cổ như: mở màng giáp nhân, mở khí quản. Tuy nhiên, để sử dụng thành thạo đèn NKQ có camera hoặc ống soi mềm, cần phải trải qua quá trình tập huấn kỹ lưỡng; nếu không được đào tạo cẩn thận, việc sử dụng những dụng cụ này sẽ gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là đối với ống soi mềm, khi chỉ mới tiếp cận một vài lần. Khái niệm về NKQ khó: “Nội khí quản khó khi một người có kinh nghiệm đặt 3 lần hoặc trong 10 phút với đèn soi thanh quản thông thường, tư thế tối ưu” có thể xem xét lại khi có các dụng cụ hỗ trợ hiện đại như đèn camera hoặc ống soi mềm.

4.3. Các biến chứng liên quan đặt nội khí quản

Tỷ lệ biến chứng do đặt NKQ trong nghiên cứu của chúng tôi có phần khác biệt so với các nghiên cứu khác, 10 trường hợp có biến chứng sớm chiếm 3% gồm sây sứt vùng hầu họng (2,4%), rách môi (0,3%), rách lưỡi (0,3%). Các biến chứng trên có thể do kinh nghiệm của người đặt, kỹ thuật chưa thành thạo hoặc do đặt NKQ khó thật sự, tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi giới hạn phạm vi không nghiên cứu mối liên quan này. Thay đổi mạch sau đặt NKQ dao động > 30% chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm 0,3% (01 trường hợp), dao động > 30% chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,9% (3 trường hợp), trường hợp này được ghi nhận khi người đặt chưa có nhiều kinh nghiệm, bệnh nhân béo phì, đặt NKQ khó và số lần đặt > 1 lần. Tương tự, mức SpO₂ giảm < 90% chiếm 0,6% (2 trường hợp), những trường hợp này cũng được ghi nhận ở bệnh nhân béo phì, đặt NKQ khó, đặt NKQ 3 lần và cần đến dụng cụ hỗ trợ. So với tác giả Nguyễn Phú Vân [4], tỷ lệ giảm SpO₂ dưới 90% là 1,4%, có thể là tác giả

thực hiện đặt NKQ trên các bệnh nhân có bệnh lý đường thở nên khả năng đặt khó và dự trữ O₂ kém hơn nhưng bệnh nhân thông thường nên SpO₂ giảm nhiều hơn. Từ đó cho thấy, đối với các bệnh nhân béo phì đều gây đặt NKQ khó ảnh hưởng lớn đến sự dao động mạch, SpO₂ lớn sau khi đặt ống. Có 3 trường hợp co thắt khí phế quản chiếm tỉ lệ 0,9%, trong đó có 2 trường hợp đặt NKQ khó và 1 trường hợp không có bất kì yếu tố nguy cơ nào, được thực hiện bởi người đặt NKQ có kinh nghiệm và đặt 1 lần. Điều này được giải thích rằng nghiên cứu thực hiện ở bệnh nhân phẫu thuật chương trình lần cấp cứu, trường hợp cấp cứu chưa được tối ưu hóa bệnh lý nội khoa, bệnh lý hô hấp cũng có thể gây ra tình trạng này.

Bên cạnh đó, biến chứng sớm sau đặt NKQ chúng tôi cũng ghi nhận các biến chứng muộn như khàn tiếng, phù nề đường thở. Khàn giọng chiếm tỉ lệ lớn nhất 3% (10 trường hợp) xảy ra ở cả bệnh nhân có hoặc không có đặt NKQ khó. Điều này có liên quan đến số lần đặt NKQ nhiều hơn 1, kinh nghiệm của người đặt và kỹ thuật khi đặt ống. Phù nề đường thở chiếm tỉ lệ nhỏ nhất 0,3% (1 trường hợp). Trường hợp có phù nề đường thở được ghi nhận ở bệnh nhân nữ, có đặt NKQ khó, NKQ từ 2 lần và có sử dụng dụng cụ hỗ trợ khác.

Mặc dù vậy, những tổn thương này nhỏ có thể khắc phục, không ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân và chất lượng điều trị. Luôn luôn có người hướng dẫn kiểm soát, không để những ảnh hưởng lớn có thể xảy ra với bệnh nhân.

Hạn chế của nghiên cứu: Đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ngưng thở khi ngủ như béo phì, người cao tuổi chúng tôi cũng chưa tầm soát để đánh giá chính xác trên đối tượng này vì điều kiện chưa cho phép.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ NKQ khó là 5,1% theo phân độ Cormack-Lehane. Bệnh nhân có từ 2 yếu tố trở lên, đặc biệt là tình trạng béo phì, cổ ngắn có nguy cơ NKQ khó. Các biến chứng chủ yếu gồm 3% tổn thương sớm như rách môi, lưỡi, sây sát vùng hầu họng, 3,3% biến chứng muộn như phù nề và khàn giọng. Ngoài ra, có 03 trường hợp co thắt đường thở, trong đó 02 trường hợp liên quan đến nội khí quản khó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim S. H., S. J. Woo, và J. H. Kim. A comparison of Bonfils intubation fiberscopy and fiberoptic bronchoscopy in difficult airways assisted with direct laryngoscopy. *Korean J Anesthesiol.* 2010.58(3), 249, Doi: 10.4097/kjae.2010.58.3.249.
2. Mohamed Naguib, Franklin L. Scamman, Cormac O'Sullivan et all. Predictive Performance of Three Multivariate Difficult Tracheal Intubation Models: A double- Blind, Case-Controlled Study. *Anesth Analg.* 2006.102, 818-824, Doi: 10.1213/01.ane.0000196507.19771.b2
3. R. Freedman, L. Herbert, A. O'Donnell, N. Ross, I. H. Wilson, và K. G. Allman, B.t.v. Oxford Handbook of Anaesthesia 5th. *Oxford University Press.* 2022, 223-224, Doi: 10.1093/med/9780198853053.001.0001.
4. Nguyễn Phú Vân. Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng và một số phương pháp xử trí đặt nội khí quản khó trên bệnh nhân có bệnh đường thở trong phẫu thuật tai mũi họng. Đại học Y Hà Nội. 2018. 50.
5. Huỳnh Tuấn Hải. Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng đặt nội khí quản khó trong gây mê toàn diện. *Tạp chí Y học Thực hành.* 2016, vol Công trình nghiên cứu khoa học Đại hội gây mê toàn quốc 2016, 28.
6. Nguyễn Văn Chùng và Trần Thị Cẩm Nhung. Nghiên cứu những yếu tố tiên lượng đặt nội khí quản khó trong phẫu thuật tuyến giáp. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2011, 98.
7. Ngô Văn Dũng. Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng đặt nội khí quản khó trong gây mê toàn diện. *Tạp chí Y học Thực hành.* 2017, 679(10), 19.

8. B. E. Driver và c.s. Effect of Use of a Bougie vs Endotracheal Tube and Stylet on First-Attempt Intubation Success Among Patients With Difficult Airways Undergoing Emergency Intubation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018, 319(21), 2179, doi: 10.1001/jama.2018.6496.
9. J. E. Fiadjoe và c.s. Airway management complications in children with difficult tracheal intubation from the Pediatric Difficult Intubation (PeDI) registry: a prospective cohort analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2016, vol 4(1), 37–48, doi: 10.1016/S2213-2600(15)00508-1.
10. R. Park và c.s. The efficacy of GlideScope® videolaryngoscopy compared with direct laryngoscopy in children who are difficult to intubate: an analysis from the paediatric difficult intubation registry. *British Journal of Anaesthesia*. 2017, 119(5), 984–992, doi: 10.1093/bja/aex344.

DOI: 10.58490/ctump.2025i84.3142

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIÁC NGỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Ngô Vi Vi, Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Văn Tuấn*, Nguyễn Thị Ngọc Hân,
Nguyễn Thị Kim Ngân, Phan Thị Thu Nguyên, Mai Thị Huỳnh Như

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nvtuan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/8/2024

Ngày phản biện: 22/02/2025

Ngày duyệt đăng: 25/02/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản là một trong những bệnh rối loạn tiêu hóa thường gặp ảnh hưởng đến giấc ngủ của người bệnh. Tuy nhiên, sự hiểu biết về thực trạng rối loạn giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ảnh hưởng vẫn còn nhiều hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người bệnh trào ngược dạ dày thực quản tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 92 người bệnh được chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024. **Kết quả:** Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh trào ngược dạ dày thực quản chiếm tỷ lệ 63% với điểm PSQI trung bình là $7,12 \pm 3,19$ điểm. Nghề nghiệp và triệu chứng nóng rát sau xương ức được ghi nhận có mối liên quan đến thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh trào ngược dạ dày thực quản. **Kết luận:** Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh trào ngược dạ dày thực quản chiếm tỷ lệ khá cao và có liên quan đến nghề nghiệp, triệu chứng nóng rát sau xương ức ở người bệnh. Các nhà điều trị, điều dưỡng chăm sóc cần quan tâm đến thực trạng này cũng như các yếu tố liên quan để có các chiến lược can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng giấc ngủ cho người bệnh trào ngược dạ dày thực quản trong tương lai.

Từ khóa: Rối loạn giấc ngủ, PSQI, trào ngược dạ dày thực quản.