

## CASE REPORT OF SUCCESSFUL PERFORMANCE FOR ENDOTRACHEAL INTUBATION AND EXTUBATION IN A COMPLICATED MAXILLOFACIAL CANCER SURGERY WITH FREE FLAP RECONSTRUCTION

Dao Thi Kim Dung\*, Phi Thi Hoa

*Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Dist, Hanoi City, Vietnam*

Received: 11/08/2024

Revised: 07/09/2024; Accepted: 20/09/2024

### ABSTRACT

Airway management of the patient maxillectomy with free flap reconstruction is unique challenges for anesthetic. To ensure safety, a clear strategy, collaborative approach and effect is essential.

Maxillofacial cancer causes major changes in the anatomy of the upper respiratory, making it difficult to intubation and extubation. In particular, extubation is difficult, risks and complications. Tracheostomy is often chosen after major maxillofacial cancer surgery. However, tracheostomy also has many risks: swallowing function, tracheal stenosis... affects quality of life. Also, consider between tracheostomy immediately after surgery and delaying, evaluating extubation when qualified, to avoid tracheostomy.

This is a case of difficult intubation and extubation in the patient with maxillofacial cancer at the Department of Anesthesiology 2, Viet Duc University Hospital.

**Keywords:** Difficult airway management, difficult intubation, difficult extubation.

---

\*Corresponding author  
Email address: [kimdung.vietduc@gmail.com](mailto:kimdung.vietduc@gmail.com)  
Phone number: (+84) 913566468  
<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD9.1521>

# BÁO CÁO CA LÂM SÀNG ĐẶT VÀ RÚT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ THÀNH CÔNG Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT DO UNG THƯ XƯƠNG HÀM TRÊN PHỨC TẠP

Đào Thị Kim Dung\*, Phí Thị Hoa

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, Q. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 07/09/2024; Ngày duyệt đăng: 20/09/2024

## TÓM TẮT

Kiểm soát đường thở ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư xương vùng hàm mặt có chuyển vật xa đặt ra nhiều thách thức cho các bác sỹ gây mê hồi sức. Để bảo đảm an toàn cho bệnh nhân, cần có chiến lược rõ ràng, phương pháp tiếp cận hợp lý và hiệu quả.

Ung thư xương vùng hàm mặt gây những thay đổi lớn về giải phẫu đường hô hấp trên gây khó khăn cho việc đặt nội khí quản và rút nội khí quản sau phẫu thuật. Đặc biệt, rút nội khí quản khó khăn và tiềm ẩn nhiều rủi ro, biến chứng khiến cho chỉ định mở khí quản thường được lựa chọn sau phẫu thuật ung thư lớn vùng hàm mặt. Tuy nhiên, việc mở khí quản cũng tiềm ẩn nhiều rủi ro như rối loạn chức năng nuốt, sẹo hẹp khí quản... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy luôn cân nhắc giữa việc mở khí quản ngay sau phẫu thuật và việc trì hoãn, đánh giá rút nội khí quản khi đủ tiêu chuẩn, nhằm tránh cho bệnh nhân can thiệp đường thở qua mở khí quản.

Đây là trường hợp đặt và rút nội khí quản khó trên bệnh nhân ung thư xương hàm trên tại Khoa Gây mê 2, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

**Từ khóa:** Quản lý đường thở khó, nội khí quản khó, rút nội khí quản khó.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đường thở khó là một thách thức trong thực hành lâm sàng đối với bác sỹ gây mê hồi sức. Tỷ lệ biến chứng đường thở nghiêm trọng trong quá trình gây mê là 1 trên 22.000 ca, tỷ lệ cần nhập khu hồi sức ICU là 1 trên 29.000 ca [1]. Tỷ lệ này tăng lên trên những bệnh nhân (BN) phẫu thuật ung thư vùng hàm mặt.

Ung thư biểu mô xương hàm trên là một khối u ác tính, xâm lấn vào các cấu trúc của đường hô hấp trên làm biến đổi giải phẫu vùng mặt và đường hô hấp trên, gây phức tạp cho quá trình kiểm soát đường thở. Đánh giá sự di chuyển của hàm, lưỡi, sự thông thoáng của đường hô hấp, tiên lượng những khó khăn trong quá trình kiểm soát đường thở giúp lập được kế hoạch kiểm soát đường thở tối ưu cho BN. Ngày nay, sự ra đời của các phác đồ

kiểm soát đường thở khó, đưa ra những hướng dẫn cụ thể cho các trường hợp đặt và rút nội khí quản (NKQ) khó, tất cả nhằm mục đích giảm thiểu tối đa các biến chứng.

Đánh giá BN trước phẫu thuật, bao gồm khả năng thông khí mask mặt, khả năng đặt các dụng cụ trên thanh môn, khả năng đặt NKQ, khả năng mở màng nhĩ gấp, mở khí quản là phần quan trọng trong việc lập ra chiến lược kiểm soát đường thở.

Rút NKQ trên BN đặt NKQ khó, đặc biệt trên BN phẫu thuật lớn vùng hàm mặt là rất khó khăn, cần đánh giá BN dựa trên lâm sàng và kết quả phẫu thuật. Tuy nhiên, trì hoãn mở khí quản nên được đặt ra ở các BN phẫu thuật vùng hàm trên. Ngày nay, với sự có sẵn của các thiết bị quản lý đường thở như bộ dụng cụ rút NKQ theo

\*Tác giả liên hệ

Email: kimdung.vietduc@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913566468

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD9.1521>

giai đoạn, ống cook, nội soi ống mềm cùng đội ngũ y tế được đào tạo chuyên sâu, việc rút NKQ trì hoãn khi BN nằm tại phòng hồi tỉnh được đặt ra và có tính khả thi cao, giảm tỷ lệ mở khí quản và các hệ lụy của nó [2].

Chúng tôi giới thiệu một trường hợp đặt và rút NKQ khó trên BN ung thư xương hàm trên tại Khoa Gây mê 2, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

## 2. CA LÂM SÀNG

BN nữ, 34 tuổi, cân nặng 48 kg, chiều cao 155 cm, phát hiện khối u vùng hàm mặt cách 10 năm, đã xạ trị nhiều đợt. Khối u phát triển xâm lấn toàn bộ cấu trúc da, cơ, xương hàm trên bên trái, mũi trái, mắt trái, BN không há miệng được 3 năm trở lại đây. Đợt này khối u xâm lấn vùng má trái, gây hoại tử gần toàn bộ vùng da má trái.



**Hình 1. Khối u lớn vùng mặt và nền sọ trái, phá hủy các cấu trúc trên mặt BN**

Chẩn đoán: Hoại tử vùng mặt trái do ung thư xương hàm trên.

### Khám

BN có khối sưng nề đỏ, hoại tử đen lớn gần như toàn bộ vùng mặt trái, xâm lấn vào hốc mắt trái, nền sọ trái và một bên lỗ mũi trái. BN không há được miệng, tắc hoàn toàn thông khí qua mũi trái, lỗ mũi phải còn thông khí được bình thường. Không phát hiện tổn thương khác toàn thân. Kết luận, đây là trường hợp thông khí khó qua mask mặt, đặt NKQ khó, không đặt được dụng cụ can thiệp đường thở trên thanh môn.

BN có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ khối u vùng mặt trái, lấy bỏ mắt trái, lấy tối đa u vùng nền sọ, chuyên vận từ vùng đùi trái lên che phủ phần khuyết vùng mặt. Sau hội chẩn, quyết định kế hoạch gây mê đặt NKQ bằng nội soi ống mềm qua đường lỗ mũi phải, BN tỉnh hoàn toàn trong quá trình gây mê.

### Quá trình gây mê

Lắp monitor ghi các dấu hiệu sinh tồn. Lập đường truyền qua tay với kim G18. Truyền dịch Natriclorua 0,9%, tiêm 0,25 mg Atropine đường tĩnh mạch. Chuẩn bị: thở oxy tối đa qua mask mặt với lưu lượng 10 lít/phút, xịt tê qua mũi với Lidocaine 10%, gây tê khí quản qua màng nhầy giáp với 40 mg Lidocaine 2%.

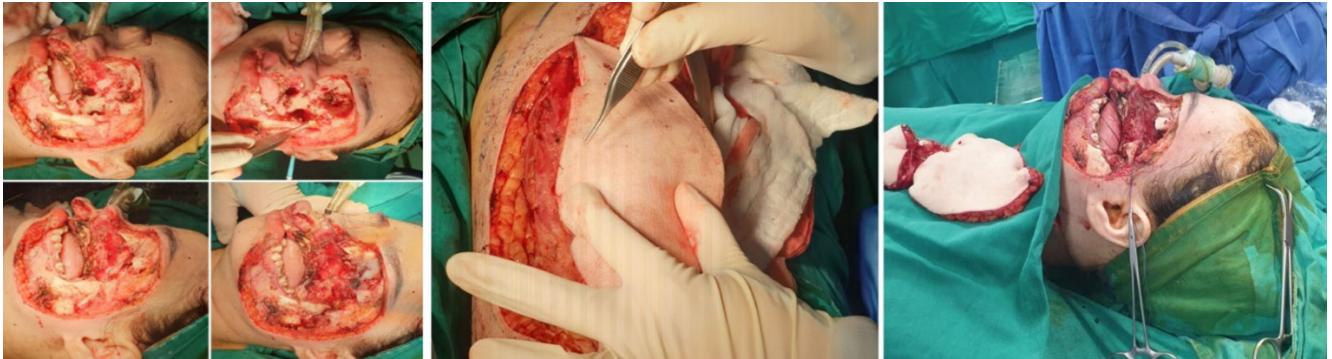
Chuẩn bị bộ nội soi ống mềm, ống NKQ số 6,5. Đặt NKQ qua nội soi ống mềm qua mũi phải vào khí quản, đầu ống NKQ xác định trên carina, xác định lại ống NKQ vào khí quản bằng capnography 3 sóng đều nhau trên monitor. Gây mê toàn thân bằng tiêm Propofol 80 mg, Fentanyl 0,15 mg, Roconium 40 mg. Duy trì mê bằng Sevoflurane 2-3%.



**Hình 2. Kỹ thuật đặt NKQ tỉnh bằng ống nội soi mềm qua đường mũi**

Thời gian phẫu thuật kéo dài 10 tiếng, sau cắt bỏ tối đa khối u, chuyển 1 vạt lớn từ đùi che phủ toàn bộ vùng má, mắt trái và trong miệng. Tiên lượng rút NKQ sau mổ khó, do vùng hàm mặt sưng nề, khối vạt trong miệng

lớn chiếm gần toàn bộ khoang miệng, chèn ép hạn chế đường thở trên, BN há miệng tốt hơn khoảng 1,5 cm, còn hạn chế, tăng tiết dịch và máu qua mũi miệng.



**Hình 3. Vùng mặt sau khi cắt bỏ toàn bộ khối u và chuẩn bị vạt da che phủ trong và ngoài**

Sau mổ, BN được chuyển phòng hồi tỉnh, an thần thở máy 12 giờ. Vùng hàm mặt sưng nề nhiều sau mổ, đặc biệt vào ngày thứ 2 và thứ 3. Tiên lượng rút NKQ khó. Chiến lược rút NKQ: BN thở qua ống NKQ sau mổ 4 ngày, nằm tư thế đầu cao, dùng thuốc giảm phù nề, BN tỉnh táo, ho khạc đờm tốt. Đặt ống cook vào đường

thở và lưu lại trước khi rút NKQ. Đánh giá BN sau rút NKQ: thở tốt, ho khạc đờm tốt, rút ống cook sau 24 giờ. Sau rút BN tự thở êm, huyết động ổn định, tự ho khạc đờm đãi. Theo dõi 24 giờ tiếp theo tại hồi tỉnh, chuyển về khoa.



**Hình 4. Hình ảnh trước, trong và sau mổ của BN**

### 3. BÀN LUẬN

Tại Khoa Gây mê 2, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, hàng năm chúng tôi thực hiện nhiều ca phẫu thuật ung thư lớn vùng hàm mặt. Phẫu thuật cắt u lớn vùng hàm

mặt thường kèm theo chuyển vạt lớn để che phủ vùng khuyết sau cắt bỏ khối u. Việc kiểm soát đường thở là thách thức đối với các bác sỹ gây mê hồi sức, cả đặt và rút ống NKQ. Đặt NKQ khó khăn do khối u vùng hàm



mặt gây hạn chế há miệng đến không há miệng được, xâm lấn vùng mũi, khoang miệng, cổ. Rút NKQ cũng là thách thức, do những biến đổi giải phẫu trước mổ có thể chưa được khắc phục, kèm phù nề đường hô hấp trên, tăng tiết dịch máu vào đường hô hấp... Việc đánh giá tiên lượng các yếu tố đặt và rút NKQ khó là rất cần thiết, từ đó đưa ra các phác đồ gây mê hợp lý nhằm giảm thiểu tối đa biến chứng liên quan đến gây mê cho BN. Phần lớn các BN trước đó chúng tôi sẽ quyết định mở khí quản chủ động để dễ dàng kiểm soát trong và sau mổ.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng, tỷ lệ thành công khi đặt NKQ khó có dự kiến lên đến 88-100% [3]. Đặt NKQ khó có dự kiến thực hiện khi BN tỉnh táo bao gồm các kỹ thuật đặt NKQ mù, đặt NKQ qua dụng cụ trên thanh môn, đặt NKQ có nội soi mềm.

Tỷ lệ rút NKQ thất bại dao động lớn từ 0,3-35,78% [4]. Các nguyên nhân cần đặt lại NKQ bao gồm suy hô hấp, tắc nghẽn đường thở, co thắt phế quản, tồn dư giãn cơ, tồn dư các thuốc ức chế hô hấp, trong đó 2-25% các trường hợp thất bại do tắc nghẽn đường hô hấp, tăng tiết dịch quá nhiều, không có khả năng tự bảo vệ đường thở [5]. Theo NAP4, 1/3 các biến chứng đường thở sau rút NKQ liên quan đến tắc nghẽn đường thở. Có 38 trường hợp thất bại khi rút NKQ liên quan đến thiếu oxy do tắc nghẽn đường thở, 5 trong số đó ngừng tim và có 2 BN tử vong, một nửa số trường hợp cần mở khí quản cấp cứu, trong đó thất bại khi rút NKQ ở các BN mắc bệnh lý vùng đầu mặt cổ chiếm 34,2% [1]. Theo Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ, phân tích các biến chứng sau rút NKQ từ năm 2000-2012, 102 trường hợp liên quan đặt NKQ khó, một tỷ lệ lớn các biến chứng xảy ra sau rút NKQ, 20% trường hợp phải cấp cứu đặt lại NKQ sau rút, tỷ lệ đáng kể tổn thương não và tử vong [6].

Nghiên cứu năm 2018 về trì hoãn rút NKQ ở BN mổ khối u lớn vùng hàm mặt cho kết quả khả quan, làm giảm tỷ lệ BN mở khí quản. Trong 234 trường hợp được đưa vào nghiên cứu, có 6% BN cần mở khí quản, 4% BN cần đặt NKQ trong vòng 24 giờ đầu. Không có tình trạng tắc nghẽn đường thở gây tử vong. 75% BN được rút NKQ trong 17 giờ [2].

BN của chúng tôi được đánh giá đặt và rút NKQ khó có dự kiến. Theo hướng dẫn đặt và rút NKQ khó có dự kiến của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ về quản lý đường thở khó [7], Hiệp hội Đường thở khó Canada [8], Hiệp hội Đường thở khó DAS [9], các chuyên gia hoàn toàn đồng ý với khuyến nghị đặt NKQ khi BN tỉnh khi có NKQ khó có dự kiến.

### **Khuyến nghị cho đặt NKQ khi BN tỉnh**

#### **Đánh giá đường thở:**

Các BN đều được đánh giá đầy đủ các bước sau: nguy cơ khó thông khí bằng mask mặt, nguy cơ khó đặt dụng cụ trên thanh môn, nguy cơ khó soi thanh quản, nguy cơ khó đặt NKQ, nguy cơ khó mở màng nhĩ giáp, mở

khí quản.

Đặt NKQ lúc BN thức tỉnh khi dự kiến NKQ khó kèm một trong những trường hợp sau: khó thông khí qua mask mặt dụng cụ trên thanh môn, nguy cơ hít sặc, BN không chịu được cơn ngừng thở ngắn, dự kiến khó khăn khi cấp cứu đường thở xâm lấn cấp cứu.

#### **Xây dựng phác đồ kiểm soát đường thở:**

Chiến lược phụ thuộc loại phẫu thuật, sự hợp tác của BN, kỹ thuật của bác sỹ gây mê.

Xác định thứ tự ưu tiên của các phương pháp kiểm soát đường thở xâm lấn.

Có thể kết hợp nhiều phương pháp kiểm soát đường thở để tăng tỷ lệ thành công.

Kiểm soát số lần can thiệp nhằm tránh nguy cơ tổn thương đường hô hấp, số lần tụt bão hòa oxy.

Nên thực hiện bởi bác sỹ có kỹ thuật và được đào tạo.

Nếu không thành công, chọn phương pháp thay thế: cân nhắc đặt ECMO nếu cần.

#### **Tối ưu hóa dự trữ oxy trước can thiệp:**

Thở oxy 3-5 phút với oxy 100% hoặc thở oxy 100%, hít sâu 4-12 lần/phút hoặc thở oxy 3 phút, mục tiêu đạt nồng độ oxy cuối thì thở ra trên 90%.

Thở máy không xâm nhập áp lực dương cuối thì thở ra, HFNC.

Bổ sung oxy trong quá trình thực hiện.

**Gây tê tại chỗ:** giúp BN không khó chịu, hợp tác trong quá trình làm thủ thuật.

Gây tê niêm mạc mũi và hầu họng bằng Lidocain 10%.

Gây tê khí quản qua màng nhĩ giáp bằng Lidocain 2%.

#### **Khuyến cáo xác định vị trí ống NKQ:**

Theo dõi nồng độ CO<sub>2</sub> cuối thì thở ra.

Nếu không chắc chắn hãy cân nhắc việc rút NKQ, cố gắng thông khí hay dùng thêm các kỹ thuật khác để xác định vị trí của ống NKQ.

#### **Khuyến cáo rút NKQ trên BN có đường thở khó:**

Đây là một thủ thuật có tính rủi ro cao. Cần xây dựng chiến lược rút NKQ và kiểm soát đường thở sau rút.

Chiến lược này phụ thuộc vào kết quả phẫu thuật, tình trạng BN sau phẫu thuật, kỹ năng đánh giá của bác sỹ lâm sàng.

#### **Đánh giá lâm sàng của BN có phù hợp để rút NKQ:**

Hô hấp: thể tích khí lưu thông > 6 lít/phút, dung tích sống > 15 lít/phút, tần số thở < 30 lần/phút, trao đổi khí tốt, phản xạ ho tốt.

Tim mạch: huyết động ổn định, không dùng thuốc vận mạch hoặc hỗ trợ không đáng kể.

Không tồn dư thuốc giãn cơ và các thuốc ức chế hô hấp.

Đánh giá phù nề đường thở: kiểm tra sự rò rỉ khí qua cuff NKQ. Thực hiện trên BN có nguy cơ phù nề đường hô hấp trên (BN thở máy kéo dài, phẫu thuật vùng đầu mặt cổ...).

Cách tiến hành: BN được hút ống NKQ và hầu họng sạch, tháo cuff ống NKQ.

- Cách định tính: bịt đầu ống NKQ, BN tự thở có thể hít vào và thở ra xung quanh ống. Nếu BN không thực hiện được điều này chứng tỏ sức hô hấp của BN không đủ hoặc có phù nề đường thở.

- Cách định lượng: bằng đo lượng khí bị rò rỉ khi BN đang thở máy và bỏ cuff ống NKQ. Nếu thể tích giảm nhỏ hơn 110 ml hoặc nhỏ hơn 12-24% thể tích khí lưu thông là BN có nguy cơ phù nề đường thở sau rút NKQ.

Nếu không đáp ứng được đầy đủ các tiêu chí trên thì không nên rút NKQ.

### **Thực hiện rút NKQ:**

Tư vấn BN trước rút NKQ.

Bảo đảm bác sỹ có chuyên môn thực hiện rút NKQ.

Chọn thời điểm hợp lý để rút NKQ.

Trước rút NKQ, đánh giá nguy cơ và rủi ro có thể xảy ra.

Đánh giá ưu nhược điểm, tính khả quan của việc cấp cứu đường thở khẩn cấp trong thời gian ngắn: khả năng thông khí qua mask mặt, dụng cụ trên thanh môn, mở màng nhĩ gấp.

Sử dụng oxy bổ sung trong suốt quá trình rút NKQ.

Sử dụng Steroids và Ephedrine trước và sau khi rút NKQ.

Đặt lưu dự phòng ống cook vào đường thở sau rút NKQ. Khuyến nghị đặt ống cook dự phòng khi rút NKQ trên BN có NKQ khó trước đó [7, 8, 9]. Nếu thất bại khi rút NKQ, ống cook sẵn có thể giúp cung cấp oxy, có thể dẫn đường đặt lại NKQ nhanh và thành công. Ống cook có kích thước hợp lý tránh khó chịu cho BN, nếu có sonde dạ dày nên lưu lại và cho BN ăn qua sonde.

### **Kế hoạch cấp cứu đường thở sau rút NKQ thất bại:**

Gọi hỗ trợ.

Trần an BN, không dùng các thuốc an thần.

Khí dung Epinephrin.

Oxy qua mask mặt, canuyl mũi.

Dùng oxy qua ống cook đã lưu.

Nếu có lưu ống cook, đặt lại NKQ qua ống cook.

Nếu không lưu ống cook, đặt lại NKQ qua ống nội soi mềm .

### **Mở khí quản chủ động:**

Trong một số trường hợp, việc đánh giá rút NKQ là rất khó khăn và không an toàn cho BN, ngay cả việc trì hoãn trong nhiều giờ, nhiều ngày cũng không cải thiện được tiên lượng thất bại khi rút NKQ. Nên mở khí quản chủ động, việc này được chỉ định bởi bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

### **Trở lại với ca bệnh của chúng tôi:**

Theo khuyến cáo trên, BN của chúng tôi được đánh giá khả năng thông khí qua mask mặt khó do khối u vùng mặt trái to và hoạt tử, BN khó đặt dụng cụ trên thanh môn do không há được miệng, tuy nhiên BN này không khó can thiệp đường thở theo đường cổ trước. Nên phương pháp tối ưu được lựa chọn là đặt qua nội soi ống mềm với BN tỉnh. Ngoài ra chúng tôi cũng dự phòng kế hoạch cho trường hợp thất bại: mở khí quản, mở màng nhĩ gấp chủ động, cấp cứu.

Trong ca bệnh của chúng tôi, với việc chuẩn bị tối ưu các trang thiết bị, chuẩn bị tinh thần, giải thích quy trình trước mổ cho BN, gây tê tốt vùng đường thở trên và khí quản, thở oxy tối ưu trước can thiệp. Thủ thuật tiến hành thuận lợi ngay lần đặt đầu tiên, BN không có kích thích khó chịu nào trong quá trình thao tác.

BN được đánh giá rút NKQ khó. Thứ nhất: phẫu thuật lớn vùng hàm mặt, cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên bên trái, mũi trái và mắt trái, lấy khối u tối đa vùng nền sọ, chuyên vạt lớn từ đùi lên che phủ vùng hàm mặt gây che phủ gần hoàn toàn khoang miệng, gây nguy cơ tắc nghẽn đường thở sau rút NKQ. Thứ hai: vùng hàm mặt sau mổ sưng nề nhiều, đặc biệt vào ngày thứ 2 và thứ 3 sau mổ, tăng tiết dịch máu vào khoang miệng. Những thuận lợi của chúng tôi là BN hoàn toàn hợp tác, có khả năng há miệng 1,5 cm sau mổ, tạo thuận lợi cho ho khạc, vùng cổ trước BN bình thường không bị phù nề. Tuy nhiên chúng tôi đánh giá BN có cơ hội rút NKQ nếu giảm phù nề đường thở trên và hợp tác từ BN. Do vậy, sẽ tránh mở khí quản và các hệ lụy của mở khí quản.

Chiến lược của chúng tôi là giảm phù nề vùng hàm mặt: BN ở tư thế nửa nằm nửa ngồi và bằng thuốc. Đến ngày thứ 4 sau mổ, vạt vùng hàm mặt bớt sưng nề, tình trạng vạt mới vùng mặt tạm ổn định, nguy cơ về chảy máu sau mổ giảm. Chúng tôi tiến hành đánh giá khả năng rút NKQ của BN: BN hợp tác, ho khạc tốt, thở êm qua NKQ, chức năng phổi tốt, kiểm tra sự rò rỉ khí qua cuff NKQ bằng tháo bỏ cuff và cho BN tự thở khi bịt ống NKQ, thấy có khí qua miệng và mũi, BN thở êm, mức oxy máu tốt. Tuy nhiên, vẫn còn nguy cơ thất bại khi rút NKQ do phù nề đường hô hấp trên và tăng tiết dịch, máu. Nếu thất bại rút NKQ, khả năng thông khí và đặt lại NKQ là rất khó khăn. Chúng tôi lựa chọn rút NKQ và đặt lưu một ống cook trong đường thở. Trước



đó chúng tôi có dự phòng phù nề đường thở và tăng tiết dịch bằng Methylprednisolon đường tĩnh mạch và Ephedrin tại chỗ vùng đường hô hấp trên. Sau rút NKQ, BN thở êm, tần số thở 18 lần/phút, huyết động ổn định, khả năng ho khạc đờm tốt. Sau 24 giờ lưu ống cook, BN ổn về mặt hô hấp và huyết động, chúng tôi tiến hành rút ống cook. Theo dõi BN 24 giờ tiếp theo tại hồi tỉnh và chuyển về buồng bệnh.

Quản lý đường thở cho phẫu thuật u xương vùng hàm mặt luôn là thách thức đối với các bác sỹ gây mê hồi sức. Đặc biệt với trường hợp này, thay bởi mở khí quản chủ động (thuận lợi cho nhân viên y tế trong quá trình theo dõi, điều trị nhưng bất lợi cho BN khi phải chịu nguy cơ và các biến chứng có thể xảy ra của mở khí quản như nhiễm trùng vùng mổ do gần vị trí mở khí quản, hẹp hẹp khí quản, vết sẹo ở cổ...), không những chúng tôi phải lên kế hoạch cho việc đặt ống nội khí quản khó mà còn phải lên kế hoạch rút NKQ khó.

Thành công của ca lâm sàng nhờ việc lên kế hoạch tốt và cụ thể, có đầy đủ trang thiết bị và đội ngũ nhân lực có kinh nghiệm và được đào tạo chuyên sâu. Tuy nhiên, một vấn đề khá quan trọng mà đôi khi chưa được quan tâm đúng mực, đó là công tác chuẩn bị tâm lý, giảm đau tốt cho BN, hướng dẫn các tư thế ngồi, ho khạc tránh sặc vào đường thở, và điều này chính là sự chuẩn bị kỹ càng và sự hợp tác tốt của BN để cuộc gây mê - thoát mê thành công tốt đẹp.

#### 4. KẾT LUẬN

Đánh giá BN trước gây mê, lập kế hoạch cụ thể giúp tăng tỷ lệ thành công và hạn chế tối đa biến chứng do gây mê gây ra. Việc trì hoãn mở khí quản, đánh giá và theo dõi rút NKQ khi đủ tiêu chuẩn có thể hạn chế cuộc mở khí quản cho BN, một thủ thuật có thể gây nhiều tác dụng không mong muốn sau mổ cho người bệnh cả về nguy cơ hẹp cũng như thẩm mỹ cho họ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống sau mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Cook TM, Woodall N, Frerk C, Fourth National Audit Project. Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society,

Part 1: anaesthesia, Br J Anaesth, 2011, 106(5): 617-631, doi:10.1093/bja/aer058.

- [2] Schmutz A, Dieterich R, Kalbhenn J, Voss P, Loop T, Heinrich S, Protocol based evaluation for feasibility of extubation compared to clinical scoring systems after major oral cancer surgery safely reduces the need for tracheostomy: a retrospective cohort study, BMC Anesthesiol, 2018, 18:43, doi:10.1186/s12871-018-0506-8.
- [3] Sidhu VS, Whitehead EM, Ainsworth QP, Smith M, Calder I, A technique of awake fiberoptic intubation. Experience in patients with cervical spine disease, Anaesthesia, 1993, 48(10):910-913, doi:10.1111/j.1365-2044.1993.tb07429.x.
- [4] News A, Unplanned or Accidental Extubation in the Perioperative Environment, Accessed July 27, 2024, <https://www.AnesthesiologyNews.com/Review-Articles/Article/08-19/Unplanned-or-Accidental-Extubation-in-the-Perioperative-Environment/55658?ses=ogst>.
- [5] Rothaar RC, Epstein SK, Extubation failure: magnitude of the problem, impact on outcomes, and prevention, Curr Opin Crit Care, 2003, 9(1): 59-66, doi:10.1097/00075198-200302000-00011.
- [6] Joffe AM, Aziz MF, Posner KL, Duggan LV, Mincer SL, Domino KB, Management of Difficult Tracheal Intubation: A Closed Claims Analysis., Anesthesiology, 2019, 131(4): 818-829, doi:10.1097/ALN.0000000000002815.
- [7] Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT et al, American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway, Anesthesiology, 2022, 136(1): 31-81, doi:10.1097/ALN.0000000000004002.
- [8] Law JA, Duggan LV, Asselin M et al, Canadian Airway Focus Group updated consensus-based recommendations for management of the difficult airway: part 2, Planning and implementing safe management of the patient with an anticipated difficult airway, Can J Anaesth J Can Anesth, 2021, 68(9): 1405-1436, doi:10.1007/s12630-021-02008-z.
- [9] DAS Guidelines Home | Difficult Airway Society, Accessed July 27, 2024, <https://das.uk.com/guidelines>.