

# SUCCESSFUL EMERGENCY MANAGEMENT OF HEMORRHAGIC SHOCK DUE TO CAROTID ARTERY ANEURYSM - THE ROLE OF AWAKE INTUBATION IN DIFFICULT AIRWAY CONTROL

Nguyen Thi Thu Ba

Hong Ngoc Phuc Truong Minh General Hospital - 8 Chau Van Liem, Nam Tu Liem Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/08/2024

Revised: 14/09/2024; Accepted: 23/09/2024

## ABSTRACT

**Background:** A Case of Life-Threatening Bleeding Caused by Rupture of an Internal Carotid Artery Aneurysm - The Role of Awake Tracheal Intubation in Emergency Difficult Airway Management

**Objective:** To describe the clinical scenario, analyze the decision-making process in airway management, and apply the Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults.

**Methods:** This case report details a clinical incident involving life-threatening bleeding from an internal carotid artery aneurysm caused by a fistula following radiotherapy for tongue cancer at Hong Ngoc Phuc Truong Minh General Hospital on March, 2024.

**Results:** A 53-year-old male, diagnosed with tongue cancer two years prior, underwent surgery, radiotherapy, and chemotherapy. Days before admission, he experienced pain and bleeding from the right lateral neck due to an internal carotid artery aneurysm. An attempt at tracheal intubation for endovascular intervention at another hospital failed. Upon arrival at our emergency department, he exhibited massive neck hemorrhage, remained conscious, pale, with ongoing bleeding from a right neck fistula, and limited cervical motion due to irritation. He was breathing spontaneously without dyspnea, with pulse: 125 bpm; blood pressure: 98/53 mmHg; respiratory rate: 28 breaths/min; SPO<sub>2</sub> 93% (with a 10 l/min oxygen mask). A treatment strategy for permanent occlusion of the right internal carotid artery aneurysm was devised. Intubation was necessary for both endovascular intervention and resuscitation, predicting difficult mask ventilation, intubation, and front-of-neck access.

Awake tracheal intubation using a fiberoptic scope via the nasal route was performed. The patient received light sedation with Midazolam, and the airway was topicalized with 10% Lidocaine spray over the mouth, tongue, and oropharynx mucosa. Continuous monitoring of heart rate, ECG, and oxygen saturation showed no decrease in oxygen levels, and the patient maintained spontaneous breathing throughout. Intensive treatment with crystalloid fluids and blood transfusion, along with right internal carotid embolization with a spring coil, effectively prevented massive hemorrhage. The patient was successfully extubated after three days in the ICU and discharged 15 days post-surgery without any neurological deficits.

**Conclusion:** A well-planned strategy for difficult airway management is essential when challenging facemask ventilation, supraglottic airway device placement, tracheal intubation, or front-of-neck airway insertion is anticipated. Awake tracheal intubation ATI is highly successful and low-risk, making it the gold standard in managing predicted difficult airways. The decision to perform ATI depends on the clinical context. Successful ATI requires conscious sedation, maintenance of a patient airway, and adequate spontaneous ventilation, but ATI should also be considered in urgent situations.

**Keywords:** Awake intubation, difficult airway management, fiberoptic scope, emergency airway management.

---

\*Corresponding author

Email address: [nguyenthuba@hmu.edu.vn](mailto:nguyenthuba@hmu.edu.vn)

Phone number: (+84) 855694175

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD9.1553>



# NHÂN TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU BÃO ĐỘNG ĐỔ THÀNH CÔNG BỆNH NHÂN SHOCK MẤT MÁU DO VỠ PHÌNH MẠCH CẢNH - VAI TRÒ CỦA ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN TỈNH TRONG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ KHÓ

Nguyễn Thị Thu Ba

Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc Phúc Trường Minh - 8 Châu Văn Liêm, Q. Nam Từ Liêm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 14/09/2024; Ngày duyệt đăng: 23/09/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả, phân tích tình huống lâm sàng, cách tiếp cận xử trí đường thở, áp dụng hướng dẫn đặt nội khí quản tỉnh của DAS và kết quả điều trị.

**Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng xử trí đặt nội khí quản, hồi sức, can thiệp cầm máu cho bệnh nhân được chẩn đoán shock mất máu do ổ loét vùng cổ sau tia xạ điều trị ung thư lưỡi lan vào ổ phình mạch cảnh trong tại Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc Phúc Trường Minh tháng 3/2024.

**Kết quả:** Bệnh nhân nam 53 tuổi, tiền sử ung thư lưỡi đã phẫu thuật nạo vét hạch, hạch tái phát, phẫu thuật, xạ trị 2 năm, hiện hóa trị thuốc đích, biến chứng loét vùng cổ bên phải. Bệnh nhân vào viện sau nhiều ngày đau kèm rỉ máu vùng loét thượng đòn phải, chụp CT tại một bệnh viện khác có ổ giả phình động mạch cảnh trong, có kế hoạch nút mạch cầm máu, đã thử đặt ống nội khí quản để can thiệp nhưng không thành công nên dừng lại, tuy nhiên máu vẫn chảy nhiều, bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Hồng Ngọc. Tại phòng cấp cứu, bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc chậm, da và niêm mạc nhợt trắng, máu đùn từ vùng cổ phải. Khám thấy vùng cổ và thượng đòn phải có vết loét khoảng  $4 \times 5$  cm, có máu chảy thành tia, cổ hạn chế vận động, nghiêng vẹo về bên phải. Bệnh nhân tự thở, nhanh nông, kích thích, hoảng loạn, mạch 125 lần/phút, huyết áp 98/53 mmHg, nhịp thở 24 lần/phút, SPO<sub>2</sub> 93% (oxy mask 10 lít/phút).

**Chẩn đoán:** mất máu cấp nghi do vỡ ổ giả phình động mạch cảnh trên bệnh nhân ung thư lưỡi đã phẫu thuật, hóa chất, xạ trị, di căn hạch cổ biến chứng loét, hoại tử vùng hố thượng đòn phải.

Tình huống cấp cứu, bão động đổ toàn viện, cần đặt nội khí quản khẩn cấp để hồi sức và can thiệp nút mạch cầm máu hoặc phẫu thuật. Đánh giá bệnh nhân khó đặt nội khí quản, khó thông khí qua mask cũng không thể tiếp cận đường cổ trước dễ dàng, đã thử và thất bại tại một bệnh viện khác. Ekip cấp cứu đưa ra quyết định đặt nội khí quản khi tỉnh bằng nội soi ống mềm dù tình huống cận thực hiện ngay lập tức. Bệnh nhân được duy trì tự thở, tiền mê, tê tại chỗ đường thở, đặt ống nội khí quản số 7.0 bằng nội soi ống mềm qua mũi thuận lợi không cần thương. Sau đó bệnh nhân được hồi sức dịch, tuần hoàn, truyền máu, can thiệp đặt stent mạch cảnh, dừng chảy máu từ mạch cảnh. Bệnh nhân tiếp tục hồi sức tại đơn vị hồi sức tích cực, rút nội khí quản sau 1 ngày, ra viện sau 15 ngày.

**Kết luận:** Đưa ra chiến lược quản lý đường thở trong các đơn vị hồi sức, cấp cứu hoặc gây mê là vô cùng quan trọng. Đặt nội khí quản tỉnh được khuyến cáo là cần được tính đến ở tất cả các bệnh nhân có đường thở khó. Tuy nhiên, khi đưa ra quyết định sử dụng chiến lược này cần được tính toán trên từng bệnh nhân, cần nhắc đến một số yếu tố liên quan. Trọng các tình huống cấp cứu, dù phải đặt nội khí quản rất nhanh nhưng đặt nội khí quản tỉnh bằng nội soi ống mềm vẫn là cứu cánh hiệu quả và an toàn trong chiến lược quản lý đường thở khi mà các đường tiếp cận khác đều gặp khó khăn hoặc không thể.

**Từ khóa:** Đặt nội khí quản tỉnh, xử trí đường thở khó, nội soi ống mềm, quản lý đường thở cấp cứu.

\*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthuba@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 855694175

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD9.1553>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chiến lược cho những trường hợp đường thở khó luôn cần thiết khi tiên lượng khó khăn trong một hoặc nhiều bước: thông khí qua mask, đặt dụng cụ trên thanh môn, đặt nội khí quản hay tiếp cận đường cổ trước [1], [2]. Đặt nội khí quản tinh là thủ thuật thực hiện trong khi bệnh nhân duy trì tự thở, tỉnh hoặc an thần nhẹ, thường thực hiện với nội soi ống mềm hoặc đèn soi thanh quản có camera [1]. Đặt nội khí quản tinh có tỷ lệ thành công cao, ít nguy cơ và được đưa ra như tiêu chuẩn vàng cần có trong quản lý đường thở khó định sẵn vì đường thở luôn an toàn trước khi gây mê cho bệnh nhân. Tuy nhiên tỷ lệ sử dụng nội khí quản tinh còn rất ít, theo thống kê là dưới 0,2 % ở Anh. Vẫn có những rào cản cho tiếp cận và sử dụng kỹ thuật này để bảo vệ đường thở do kỹ thuật, trang thiết bị [1], nhất là trong tình huống cấp cứu khi chịu áp lực về thời gian, tình trạng khẩn cấp của bệnh nhân, khi nhận định rằng có rất ít hoặc không có thời gian để chuẩn bị và thực hiện. Nhận định các yếu tố của đường thở khó, lên kế hoạch sử dụng nội khí quản tinh, làm chủ kỹ thuật để thành công vẫn là những thách thức trong thực hành lâm sàng [1], [3].

## 2. MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP CA BỆNH

- Bệnh sử: bệnh nhân nam, 53 tuổi, tiền sử ung thư lưỡi đã phẫu thuật nạo vét hạch, hạch tái phát, phẫu thuật, xạ trị 2 năm, hiện đang hóa trị thuốc đích. Nhiều ngày nay bệnh nhân đau vùng thượng đòn phải kèm rỉ máu vùng

loét, hạn chế quay cổ, đã đi khám tại cơ sở y tế, chụp CT có ổ giả phình động mạch dưới đòn, có kế hoạch nút mạch cầm máu, đã thử đặt ống nội khí quản tại bệnh viện khác để phẫu thuật nhưng không thành công nên dừng can thiệp. Trước khi vào Bệnh viện Hồng Ngọc 2 giờ, bệnh nhân bị chảy máu nhiều nên được đưa đến viện lúc 6h30 ngày 7/3/2024.

- Khám tại phòng cấp cứu: da và niêm mạc nhợt trắng, thở nhanh nông, kích thích, hoảng loạn, vã mồ hôi, da đầu chi lạnh, mạch 125 lần/phút, huyết áp 98/53 mmHg, nhịp thở 28 lần/phút, SPO<sub>2</sub> 93% (oxy mask 10 lit/phút).

Vùng cổ và thượng đòn phải có vết loét khoảng 4 × 5 cm, có máu chảy thành tia, đang được ép, cổ hạn chế vận động, nghiêng vẹo về bên phải. Bệnh nhân tự thở qua oxy mask, nhịp thở 24 lần/phút, SPO<sub>2</sub> 93% (có oxy mask), nghe thông khí được 2 phổi.

- Chẩn đoán: chảy máu vùng cổ (ngghi ngờ chảy từ động mạch cảnh) trên bệnh nhân ung thư lưỡi đã phẫu thuật, hóa chất, xạ trị, di căn hạch cổ biến chứng loét, hoại tử vùng hố thượng đòn phải.

Bệnh nhân có chỉ định can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Tiến hành bù dịch tinh thể, dịch keo, bảo đảm huyết áp trung bình > 60 mmHg bằng 2 loại thuốc vận mạch Ardenalin (0,3 mcg/kg/phút) và Noradrenalin (0,6 mcg/kg/phút).



Hình 1. Bệnh nhân tại phòng cấp cứu

- Đánh giá tại thời điểm xử trí kiểm soát đường thở: bệnh nhân không cử động được cổ, cổ định cổ nghiêng phải sau 2 năm xạ trị, không ngửa được cổ, không tiếp cận được vùng cổ trước.

Vết loét cổ bên phải có máu phun thành tia, 2 nhân viên y tế dùng tay chèn gạc ngăn chặn.



Bệnh nhân há miệng được, cử động hàm tốt, Mallampati IV, không rõ khối bất thường trong miệng.

Bệnh nhân vẫn ăn, nuốt được, bình thường không khó thở, không ngủ ngáy, không thở rít, BMI 20 kg/m<sup>2</sup>.



**Hình 2. Ổ loét vùng cổ bên phải (sau khi cầm máu)**

- Tiến hành:

+ Đặt nội khí quản tĩnh, sử dụng nội soi ống mềm: tại khoa cấp cứu, bệnh nhân được dữ trữ oxy mask 10 lần/phút, trong 5 phút; nhỏ mũi bằng Otrivin 0,1%, an thần bằng 1 mg Midazolam; xịt Lidocain 10% spray lưỡi, hầu họng, miệng, đáy lưỡi; luồn ống nội soi mềm có luồn sẵn ống nội khí quản số 7.0 qua mũi, tê trên đường đi chuyển bằng Lidocain 2% × 3 ml. Đi qua dây thanh, vào khí quản, quan sát thấy carina, đẩy ống nội khí quản vào, xác nhận bệnh nhân thở qua nội khí quản, rút nội soi ống mềm, quan sát qua nội soi thành khí quản. Thủ thuật thuận lợi, không kích thích, không sang chấn, không chảy máu.

+ An thần, thở máy qua nội khí quản.

+ Chuyển đến phòng can thiệp mạch.

- Tại phòng can thiệp: máu tiếp tục chảy từ vùng cổ, an

thần thở máy, duy trì vận mạch.

Bệnh nhân tiếp tục được ép cầm máu vùng cổ, bù dịch keo, tinh thể, hồng cầu khối và plasma, kết hợp đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn.

Sau 1 giờ: can thiệp mạch, đặt stent động mạch cảnh thành công, bệnh nhân dừng chảy máu.

Sau can thiệp chuyển ICU điều trị tích cực.

Bệnh nhân được cai máy, làm lại các xét nghiệm ổn định, rút nội khí quản sau 1 ngày, ổn định và ra viện sau 15 ngày điều trị.

### **3. BÀN LUẬN**

Tiếp cận đường thở là xác định những yếu tố khó với các bước thông khí qua mask, đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản, đặt dụng cụ ngoài thanh môn và tiếp cận

cổ trước qua màng giáp nhân. Với những yếu tố trên, có nhiều tiêu chuẩn đánh giá để tiên lượng được đưa ra [1], [2]. Trên bệnh nhân này, chúng tôi nhận thấy có rất nhiều vấn đề được đặt ra của tất cả các bước kiểm soát đường thở sau đây:

- Thông khí qua bóp bóng mask sẽ rất khó khăn vì vùng cổ không thể xoay trở do sẹo dính mô mềm của xạ trị nên làm thẳng trục đường thở để bóp bóng như thông thường là không thể. Hơn nữa, toàn bộ vùng cổ phải có vết rò lớn đang chảy máu và phải chèn gạc ép sẽ hạn chế úp kín được mask mặt, đó là những điều Hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) đã đưa ra năm 2003 về tiên lượng thông khí qua mask khó [4].

- Bệnh nhân có tiên lượng đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản trực tiếp khó khi mà không thể ngửa cổ được, Mallampati IV và tiền sử ung thư lưỡi đã phẫu thuật, hiện tại chưa thăm dò được cấu trúc giải phẫu, đó là 3 trong số 5 điểm của tiêu chuẩn LEMON được biết tới để tiên lượng đặt nội khí quản khó [4].

- Đường tiếp cận được coi là cứu cánh khi thất bại thông khí là qua đường cổ trước thì trên bệnh nhân này cũng là vấn đề khi bệnh nhân hoàn toàn nghiêng cổ, không xác định được các mốc giải phẫu sụn giáp, sụn nhân, màng nhân giáp; hơn nữa, vùng cổ đang chảy máu ồ ạt cần ép cầm máu tạm thời.

- Thông khí qua dụng cụ trên thanh môn có vẻ có khả năng, tuy nhiên cũng chưa thể chắc chắn vì ung thư lưỡi cũng như có thể có tổn thương đường thở sau khi đã từng thất bại trong đặt nội khí quản.

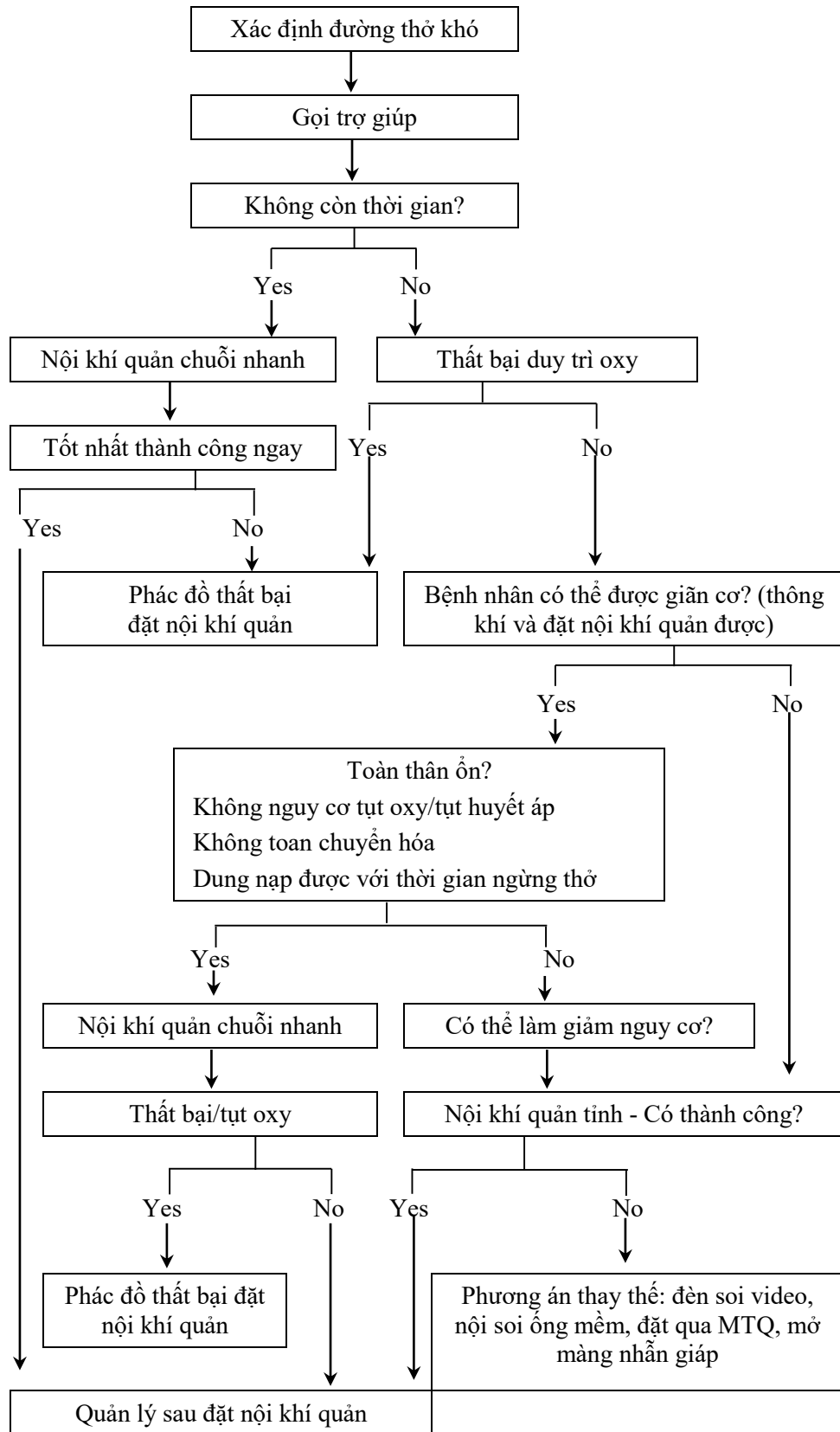
Như vậy, đây là một trường hợp tập hợp đủ tất cả các yếu tố của đường thở khó. Sau khi cân nhắc và hội chẩn nhiều chuyên khoa, chúng tôi quyết định lựa chọn phương án nội khí quản tĩnh bằng nội soi ống mềm theo hướng dẫn của ASA [4]. Bệnh nhân tự thở tốt với mức hỗ trợ oxy trung bình bằng oxy mask 10 lít/phút, đạt SPO2 98%, không có biểu hiện khó thở, không thở rít, không ảnh hưởng đến đường thở, có thời gian cho ê kíp cấp cứu đưa ra phương án và chuẩn bị thực hiện. Tuy nhiên, bệnh nhân không thể bảo đảm thời gian ngừng thở nếu được gây mê do không thể thông khí qua mask mặt [4]. Hơn thế nữa, bệnh nhân đang rơi vào tình trạng shock mất máu, da và niêm mạc nhợt trắng, mạch nhanh, máu chảy đang phun thành tia, nếu sử dụng các thuốc gây mê để đặt nội khí quản có thể gây tình trạng suy

tuần hoàn nặng nề hơn. Lựa chọn tối ưu được đưa ra là đặt nội khí quản tĩnh bằng nội soi ống mềm. Bằng cách này, bệnh nhân sẽ không phải chịu khoảng ngừng thở trong khi đặt nội khí quản vốn tiên lượng khó và huyết động không bị ảnh hưởng dưới tác động giãn mạch của thuốc gây mê [1], [4].

Câu hỏi đặt ra là có đủ thời gian thực hiện được đặt nội khí quản tĩnh bằng nội soi ống mềm hay không vì cần chuẩn bị trang thiết bị và bệnh nhân? Chúng tôi thực hiện từ khi có quyết định đến khi đặt được nội khí quản là 5 phút. Trong thời gian huyết động máy móc và chuẩn bị trang thiết bị, chúng tôi tiếp tục dự trữ oxy trong bệnh nhân bằng oxy mask 100%, tiền mê bằng 1 mg Midazolam, tê tại chỗ bằng Lidocain 10% spray khoang miệng, góc lưỡi song song với việc hồi sức tuần hoàn bằng dịch keo, tinh thể và máu, vận mạch. Trong tình trạng tối cấp cứu như vậy, nhưng khi cân đối giữa một bên là những yếu tố mất kiểm soát đường thở, không duy trì được ở tình trạng ngưng thở, suy tuần hoàn do gây mê và một bên là thời gian chuẩn bị thì đặt nội khí quản tĩnh bằng nội soi ống mềm là lựa chọn hợp lý và chính xác nhất. Lợi ích của phương pháp là bệnh nhân duy trì tự thở và phản xạ bảo vệ đường thở cho tới khi thông khí được qua ống nội khí quản cũng như không có biến động về huyết động. Chúng tôi chỉ định gần như duy nhất khi người bệnh từ chối, cân nhắc lớn khi cần đặt nội khí quản ngay lập tức, bệnh nhân không hợp tác, dị ứng thuốc tê hoặc chảy máu ồ ạt đường thở [1].

Với bệnh nhân này, có lẽ một vấn đề rất quan trọng cũng cần đề cập tới là lựa chọn hồi sức tuần hoàn trước hay xử trí đường thở trước? Bệnh nhân chảy máu ồ ạt, dù có đưa rất nhiều dịch hay máu thì phương thức hồi sức điều trị cần thiết nhất vẫn là giải quyết nguyên nhân gây chảy máu. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA), xử trí được đường thở ở bệnh nhân này vẫn là điều quan trọng nhất. Chúng tôi thực hiện song song vừa bù dịch, máu vừa ưu tiên xử lý đường thở. Trong thời gian 5 phút đặt nội khí quản, chỉ với tiền mê nhẹ bằng 1 mg Midazolam, bệnh nhân cũng được duy trì huyết áp trung bình > 65 mmHg bằng Noradrenaline và Adrenaline. Sau khi hồi cứu lại, chúng tôi đưa ra kết luận nếu không đặt nội khí quản ngay từ đầu thì bệnh nhân cũng phải đặt nội khí quản trong tình trạng ngưng tim do shock mất máu.





Lưu đồ tiếp cận quản lý đường thở (theo ASA)



Một câu hỏi khác cũng cần được giải đáp, đó là còn phương thức nào khác có thể thực hiện xử trí đường thở với bệnh nhân này hay không? Nếu đặt tình huống không thể có trang thiết bị hoặc chưa được đào tạo kỹ thuật nội soi ống mềm, có thể lựa chọn phương pháp thông khí qua dụng cụ trên thanh môn do khả năng mở miệng của bệnh nhân tốt hoặc tiếp cận cổ trước (mở màng giáp nhân hoặc mở khí quản). Hội Đường thở khó (DAS) khuyến cáo dụng cụ trên thanh môn thế hệ II và qua đó có thể đặt được nội khí quản cũng như combitube [5]. Tuy nhiên, hạn chế của cả 2 phương pháp trên là cần gây mê đủ sâu cho bệnh nhân và như vậy nguy cơ mất kiểm soát đường thở rất cao. Một cách thức nữa khi chọn 2 phương pháp trên là cấu trúc giải phẫu vùng hầu, miệng, họng của bệnh nhân sau phẫu thuật, xạ trị đã biến đổi rất nhiều. Một phương pháp nữa chúng tôi có tính đến ở bệnh nhân này là đặt nội khí quản tĩnh qua miệng dùng đèn camera. Điều ủng hộ là bệnh nhân vẫn có khả năng mở miệng, không có chảy máu đường thở, cử động hàm của bệnh nhân tốt, hay nói cách khác, không có dấu hiệu “không cần được môi trên” - dấu hiệu tiên đoán khó khi dùng đèn soi thanh quản có camera [3], tuy nhiên yếu tố xét tới là đã thất bại nhiều lần bằng đèn camera khi tỉnh tại một cơ sở y tế khác trước khi chuyển đến chúng tôi. Rõ ràng, sau khi hồi cứu lại, chúng tôi nhận định đặt nội khí quản tĩnh bằng nội soi mềm qua mũi trên bệnh nhân này là lựa chọn hoàn toàn chính xác.

Về chìa khóa để thực hiện thành công đặt nội khí quản tĩnh, nhất là trong tình huống cấp cứu dựa trên nền tảng 4 điểm chính STOP: Sedative (an thần), Topicalise (vô cảm bề mặt), Oxygenate (hỗ trợ oxy), Perform (thao tác) [1].

- An thần được duy trì từ nhẹ đến trung bình sao cho bệnh nhân không có phản xạ ho sặc và làm theo lệnh, tự thở tốt.

- Chúng tôi gây tê niêm mạc trên đường đi của ống nội soi bằng Lidocaine 10% xịt khoang miệng, gốc lưỡi, mũi hầu và Lidocaine 2% × 3 ml bơm qua ống nội soi, bảo đảm không kích thích khi đưa ống nội soi.

- Ở bệnh nhân này, trong bối cảnh cấp cứu, chúng tôi dự trữ oxy 100% bằng oxy mask, bệnh nhân không có thở rít tại thời điểm thăm khám, duy trì nhịp tự thở là quan trọng. Tuy nhiên, ở những trường hợp khác khi chít hẹp, tổn thương đường thở thì HFNO sẽ là phương pháp rất hữu ích duy trì bão hòa oxy cho bệnh nhân [1].

- Kháng định chắc chắn đã đặt được nội khí quản, xác định chính xác vị trí ống nội khí quản trong khí quản trước khi rút máy nội soi bằng 2 điểm: quan sát thấy khí quản hoặc dây thanh và bằng thán đồ  $ETCO_2$  để tránh đặt vào thực quản.

Cuối cùng, bệnh nhân đặt nội khí quản khó cũng chính là bệnh nhân có nguy cơ cao khi rút nội khí quản, bởi rút ống nội khí quản thất bại trên ca bệnh này là không được phép xảy ra [5]. Đối với bệnh nhân này, khi huyết động

ổn định đã cầm được máu sau nút mạch, đánh giá kỹ các cận lâm sàng ổn định, bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn, có khả năng tự thở tốt, xác định khối u không xâm lấn trên đường thở, những lo ngại về kích thích khi rút nội khí quản không có, chúng tôi đã hoàn toàn có thể rút nội khí quản an toàn sau quá trình hồi sức tích cực và sau đó bệnh nhân không cần tới sự hỗ trợ hô hấp nào khác [5].

#### 4. KẾT LUẬN

Qua ca lâm sàng vừa trình bày, chúng tôi rút ra kết luận: trong chiến lược đường thở khó trên bệnh nhân cấp cứu, việc nhận định, đánh giá nhanh đường thở và các yếu tố đi kèm cho nội khí quản khó là cực kỳ quan trọng. Trên những bệnh nhân đang trong tình trạng shock mất máu, cần kiểm soát đường thở sớm để can thiệp cầm máu với tiên lượng khó khăn về giải phẫu, khó thông khí qua mask, khó đặt dụng cụ trên thanh môn, dự kiến mở khí quản khó khăn thì đặt nội khí quản tĩnh luôn được khuyến cáo. Những trường hợp như vậy hô hấp sẽ được bảo đảm từ việc duy trì tự thở và phản xạ bảo vệ đường thở cho tới khi thông khí được qua ống nội khí quản. Tuy nhiên đưa ra quyết định sử dụng chiến lược này cần được tính toán trên từng trường hợp lâm sàng cụ thể, ở những cơ sở y tế được trang bị đầy đủ, bác sỹ thành thực kỹ thuật thì lựa chọn đặt nội khí quản tĩnh bằng nội soi ống mềm vẫn là lựa chọn an toàn và ưu tiên. Ngay cả trong các tình huống cấp cứu, đặt nội khí quản tĩnh chỉ chống chỉ định khi người bệnh từ chối, tránh thực hiện khi cần đặt nội khí quản ngay lập tức, bệnh nhân không hợp tác, dị ứng thuốc tê hoặc chảy máu ở ạt đường thở [1]. Chìa khóa cho kỹ thuật này thành công là an thần, tê tại chỗ, dự trữ oxy và kỹ năng được đào tạo và thực hành.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Paul Potnuru, MD Carlos Artime, MD Calvin A Brown, III, MD et al, Awake tracheal intubation, Up to date, 2024.
- [2] Ahmad I, El-Boghdadly K, Bhagrath R et al, Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. Pubmed, 2020 Apr, 75(4): 509-528. doi:10.1111/anae.14904. Epub 2019 Nov 14.
- [3] Calvin A Brown, III, MD Approach to the difficult airway in adults for emergency medicine and critical care, Up to date 2023.
- [4] Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT et al, American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway, Anesthesiology, 2022, 136:31.
- [5] Membership of the Difficult Airway Society Extubation Guidelines Group. Difficult Airway Society Guidelines for the management of tracheal extubation, Anaesthesia, 2012, 67, 318-340.