

NGHIÊN CỨU PHƯƠNG PHÁP GÂY MÊ KHÔNG SỬ DỤNG THUỐC GIÃN CƠ CÓ ĐẶT ống UNIVENT CHO PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN ỨC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ

Võ Văn Hiến, Nguyễn Trường Giang*, Mai Văn Viện**, Nguyễn Văn Nam*, Nguyễn Trung Kiên **

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp trên 90 bệnh nhân nhược cơ (nhóm I, IIA, IIB theo phân loại của Perlo- Ossermann) chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: Nhóm propofol TCI (45 BN) được gây mê bằng propofol TCI và nhóm sevofluran (45 BN) được gây mê bằng sevofluran.

1. Cả hai phương pháp khởi mê bằng sufentanil 0,5µg/kg cân nặng kết hợp với propofol có kiểm soát nồng độ đích với Ce 5µg/ml hoặc không kiểm soát nồng độ đích với liều 2-2,5mg/kg cân nặng đều có hiệu quả vô cảm tốt và an toàn. Tất cả các bệnh nhân đều đặt được ống NKQ Univent thành công sau một lần duy nhất.

2. Duy trì mê bằng sufentanil 0,2µg/kg/giờ kết hợp với hoặc thuốc mê tĩnh mạch propofol có kiểm soát nồng độ đích (Ce= 3,5-4,5µg/ml) hoặc thuốc mê bốc hơi sevofluran (1-1,5MAC) có hiệu quả duy trì mê tốt, an toàn và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu ($p>0,05$). Huyết động, hô hấp được duy trì ổn định, phẫu thuật viên hài lòng với phương pháp vô cảm trên tất cả các bệnh nhân.

3. Tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật đều có đầy đủ tiêu chuẩn rút ống NKQ Univent ngay sau mổ tại phòng mổ. Tình trạng hô hấp trong 72 giờ sau phẫu thuật trong giới hạn bình thường. Tổn thương đường thở do đặt ống NKQ chiếm tỷ lệ: 21,11% bao gồm đau họng; khàn tiếng do xung huyết hoặc phù nề thanh quản thanh môn, khí quản. Các tổn thương này mức độ nhẹ, phạm vi hẹp, giảm dần và khỏi trong vòng 3 ngày sau mổ.

Từ khóa: Bệnh nhược cơ, propofol TCI, sevofluran, thuốc giãn cơ.

SUMMARY

ANESTHESIA WITHOUT MUSCULAR RELAXANTS AND UNIVENT TUBE INTUBATION FOR THORACOSCOPIC THYMECTOMY IN MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS

90 MG patients (class I, IIA, IIB – according to the classification of Perlo- Ossermann) undergoing thoracoscopic thymectomy randomly divided into 2 groups. Propofol TCI group (45 patients) were anesthetized with propofol TCI and sevoflurane group (45 patients) were anesthetized with sevoflurane.

1. Both methods of induction by sufentanil (0.5µg/kg) with propofol TCI (Ce: 5µg/ml) or MCI (inject by hand) (2 to 2.5mg/kg) had a good and safe anesthetic effect. All patients were intubated Univent tubes successfully.

2. Sufentanil was infused with the rate of 0.2µg/kg/h in combination with propofol TCI (Ce = 3.5-4.5µg/ml) or with sevoflurane (1-1.5MAC) to ensure effective and safe anesthesia. Hemodynamic and respiratory function were maintained stability. Surgeons were satisfied with the anesthesia method applied in both groups.

3. All the patients met the criteria for extubation immediately at the end of surgery in the operating room. Respiratory function for the first 72 hours after surgery was normal. Airway injuries (21.11%) including sore throat and hoarseness. Lesions were determined through laryngotracheal

* Bệnh viện quân y 103- Học Viện Quân Y

** Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Nguyễn Trường Giang

Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Lê Ngọc Thành

endoscopic include: congestion and edema. The lesions of the airway were mild, narrow and lasted no longer than 3 days postoperative.

***Keyword:** *Mysthenia gravis, propofol TCI, sevoflurane, muscle relaxant.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô cảm cho phẫu thuật trên bệnh nhân (BN) nhược cơ (NC) nói chung và phẫu thuật cắt tuyến ức ở BN NC nói riêng luôn là một thách thức lớn đối với các nhà gây mê hồi sức. Các BN NC thường nhạy cảm với các loại thuốc sử dụng trong gây mê như các thuốc ngủ, các thuốc giảm đau và các thuốc giãn cơ ở các mức độ khác nhau. Đặc biệt, nếu sử dụng thuốc giãn cơ sẽ có những nguy cơ cao như không thể rút được ống NKQ ngay sau mổ, BN phải thông khí nhân tạo kéo dài kéo theo nhiều nguy cơ khác như viêm phổi, phế quản, cơn NC, cơn cholinergic... làm ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Chính vì vậy nhiều tác giả cho rằng không nên dùng thuốc giãn cơ khi gây mê cho BN NC nhằm tránh các tác dụng phụ của thuốc. Tuy nhiên, nếu không dùng thuốc giãn cơ thì sử dụng thuốc mê như thế nào để đảm bảo cho việc đặt ống NKQ và thuận lợi cho phẫu thuật, có gây tổn thương trên đường thở do việc đặt ống NKQ hay không, thời điểm rút ống NKQ và tình trạng hô hấp sau phẫu thuật như thế nào,... là những vấn đề chưa được nghiên cứu và đánh giá một cách có hệ thống.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng hai loại thuốc mê là propofol theo kỹ thuật TCI (gây mê kiểm soát nồng độ đích) và sevoflurane không kèm thuốc giãn cơ, với mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả gây mê bằng propofol TCI hoặc bằng sevoflurane không kèm thuốc giãn cơ ở bệnh nhân nhược cơ có đặt ống NKQ Univent cho phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ.*

2. *Thời điểm rút ống nội khí quản sau mổ và tình trạng hô hấp sau khi rút ống NKQ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 90 BN được chẩn đoán xác

định bệnh NC có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi tại khoa Gây mê Hồi sức – Bệnh viện quân y 103 từ tháng 01/2012 đến tháng 1/2016, chia ngẫu nhiên thành hai nhóm:

- **Nhóm 1 (45 BN):** Sử dụng phương pháp gây mê không dùng thuốc giãn cơ. Khởi mê và duy trì mê bằng sufentanil kết hợp với propofol có kiểm soát nồng độ đích (propofol TCI).

- **Nhóm 2 (45 BN):** Sử dụng phương pháp gây mê không dùng thuốc giãn cơ. Khởi mê bằng sufentanil kết hợp với propofol theo phương pháp tiêm tĩnh mạch bằng tay thông thường, duy trì mê bằng sufentanil kết hợp với thuốc mê bốc hơi sevofluran.

Sau khi khởi mê và BN ở cả hai nhóm nghiên cứu mất ý thức tiến hành đặt ống NKQ Univent (Fuji System- Nhật Bản). Dùng ống nội soi phế quản mềm để xác định chính xác vị trí của ống nội khí quản và vị trí của cuff chẹn phế quản (bronchial blocker). Duy trì thông khí nhân tạo hai phổi (TKHP) với mode A/C với các chỉ số $FiO_2 = 60\%$, $f = 14$ /phút; $V_t = 10$ ml/kg cân nặng và được điều chỉnh sao cho giá trị của $PetCO_2$ trong khoảng 28- 32 mmHg. Khi thông khí một phổi (TKMP), tiến hành bơm 5-6ml không khí vào cuff chẹn phế quản và cài đặt $V_t = 6-8$ ml/kg, $f = 16-18$ lần/phút, $FiO_2 = 100\%$ được điều chỉnh sao cho $SpO_2 > 95\%$, P-peak < 30 cmH₂O, $PetCO_2 < 35$ mmHg.

Duy trì nồng độ đích của propofol là 3 – 5 µg/ml (nhóm 1), duy trì EtSevoflurane mức 1- 1,5 MAC (với $FGF < 1$ /phút, $FiO_2 = 60\%$) (nhóm 2). Duy trì sufentanil bằng bơm tiêm điện với tốc độ truyền thuốc là 0,2 µg/kg/h.

BN được rút ống NKQ ngay tại phòng mổ khi có đủ các điều kiện. Trong trường hợp BN không đủ điều kiện rút ống NKQ thì chuyển BN về khoa hồi sức tích cực tiếp tục thông khí nhân tạo.

2.2. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu thu được được xử lý theo phần mềm thống kê Y học SPSS Statistics 22.0 với kết quả ở dạng tỷ lệ %, giá trị trung bình (\bar{X}) và độ lệch chuẩn (SD). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của nhóm BN nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của nhóm BN nghiên cứu

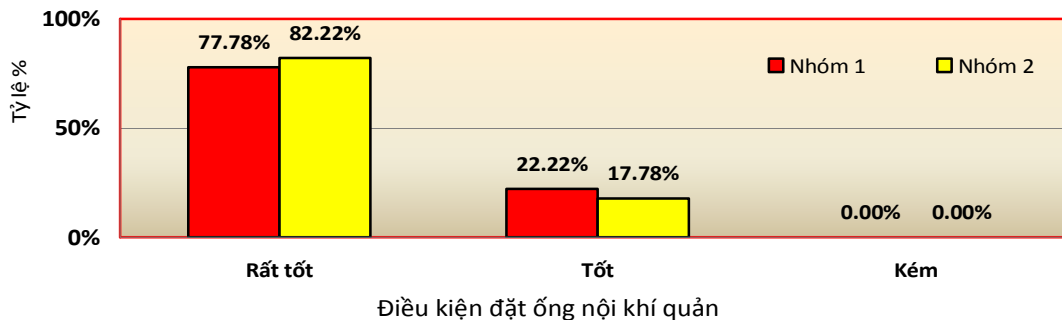
Đặc điểm		Nhóm 1 (n=45)	Nhóm 2 (n=45)
Giới tính	Nam	20(44,44%)	21(46,67%)
	Nữ	25(55,56%)	24(53,33%)
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$) (năm)		41,38 ± 15,62	40,87 ± 12,05
Độ NC theo Osseman	I	15 (33,33%)	13 (28,89%)
	Ia	27 (60,00%)	22(48,89%)
	Iib	3 (6,67%)	10(22,22%)
Các mốc thời gian trong gây mê ($\bar{X} \pm SD$)	Thời gian mất phản xạ mi mắt (giây)	96,76± 11,86 45- 120	117,07±18,06* 57-155
	Thời gian đạt chỉ số RE, SE <50 (giây)	129,56± 13,38 90- 170	147,11±16,96* 100-186
	Thời gian đặt ống NKQ (phút)	6,32± 1,25 4,5- 10,0	6,61± 1,50 3,5 – 12,5
	Thời gian phẫu thuật (phút)	115,7 ± 33,5 60 – 180	127,2 ± 25,6 60 – 145
	Thời gian gây mê (phút)	145,9 ± 28,7 90- 210	140,4 ± 20,5 90-180
	Thời gian tỉnh trở lại (phút)	9,98±2,06 7- 15	11,57±1,97 8-15
	Thời gian rút ống NKQ (phút)	13,54 ± 1,96 9.5 – 18	12,89 ± 1,93 8- 17
	Thời gian nhận thức bản thân (phút)	15,00 ± 2,06 11-19	13,94 ± 2,01 9,5-18

(*): Khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Điều kiện đặt ống NKQ và mức độ thuận lợi của phẫu thuật

3.2.1. Điều kiện đặt ống NKQ

3.2.1.1. Đánh giá điều kiện đặt ống NKQ theo thang điểm của Viby- Mogensen [5]



Hình 3.1: Điều kiện đặt ống NKQ

3.2.1.2. Biến đổi huyết động trước và sau khi đặt ống NKQ và tại các thời điểm trong quá trình phẫu thuật: Sau khi khởi mê nhịp tim và HAĐM có xu hướng giảm so với thời điểm ban đầu T_0 ($p < 0,05$) ở cả hai nhóm nghiên cứu. Sau khi đặt ống NKQ mạch và HAĐM tăng hơn so với thời điểm trước đặt ống NKQ ($p < 0,05$). Các thời điểm khác trong quá trình phẫu thuật, nhịp tim và HAĐM đều ở trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

3.2.2. Mức độ thuận lợi của phẫu thuật

3.2.2.1. Đánh giá mức độ xẹp phổi

Bảng 3.2. Đánh giá mức độ xẹp phổi

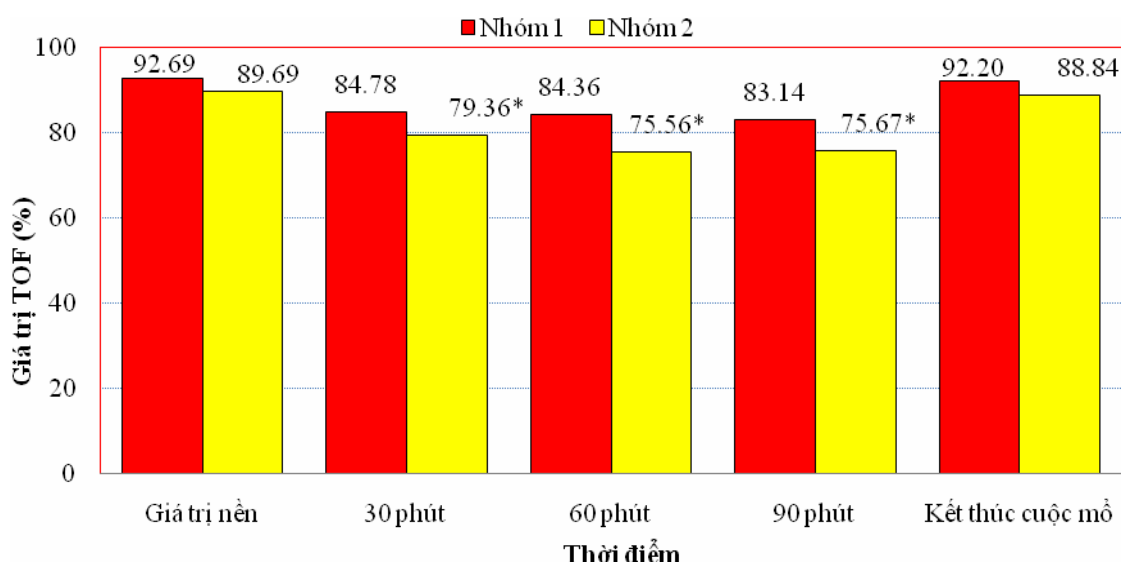
Mức độ	Nhóm 1 (n=45)		Nhóm 2 (n=45)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Phổi xẹp hoàn toàn	39	86,67	40	88,89
Phổi xẹp một phần không ảnh hưởng đến trường mổ	6	13,33	5	11,11

3.2.2.2. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên đối với phương pháp vô cảm

Bảng 3.3. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên

Mức độ	Nhóm 1 (n=45)		Nhóm 2 (n=45)		Tổng (n=90)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	40	88,89	40	88,89	80	88,89
Hài lòng	5	11,11	5	11,11	10	11,11

3.2.3. Ảnh hưởng của propofol TCI và sevoflurane lên chỉ số TOF



Hình 3.2. Biến đổi chỉ số TOF tại các thời điểm trong gây mê

3.3. Biến đổi hô hấp sau phẫu thuật

3.3.1. Biến đổi tần số thở và SpO2 sau rút ống NKQ

Tần số thở và SpO2 sau mổ của hai nhóm nghiên cứu sau khi rút ống NKQ ở cả hai nhóm đều nằm trong giới hạn bình thường, không có BN nào phải đặt ống NKQ lại do các biến chứng cơn NC, cơn cholinergic hoặc do suy hô hấp sau mổ.

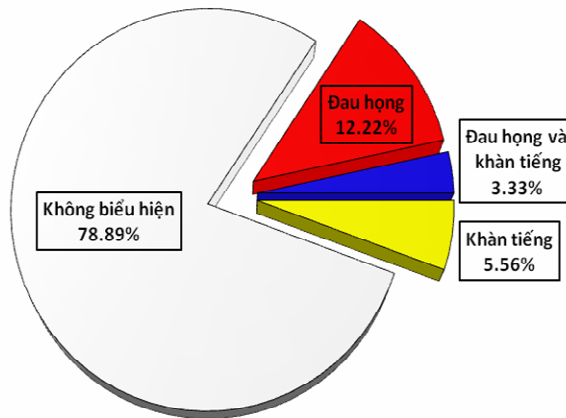
3.3.2. Biến đổi khí máu động mạch

Bảng 3.4. Kết quả khí máu động mạch

Chỉ tiêu	pH ($\bar{X} \pm SD$)		PaCO ₂ (mmHg) ($\bar{X} \pm SD$)		PaO ₂ (mmHg) ($\bar{X} \pm SD$)	
	Nhóm 1 (n=45)	Nhóm 2 (n=45)	Nhóm 1 (n=45)	Nhóm 2 (n=45)	Nhóm 1 (n=45)	Nhóm 2 (n=45)
Trước mổ	7,39± 0,03	7,40±0,03	40,8±2,8	39,8±2,6	90,3±4,2	90,9±3,9
TKHP	7,41±0,04	7,40±0,04	36,8±2,7	37,0±2,1	227,5±58,0	216,4±56,1*
TKMP	7,41± 0,04	7,40±0,04	41,4±5,0	40,4±4,1	191,7±51,5	161,8±46,8
2h sau rút NKQ	7,37± 0,05	7,34±0,03	43,57± 3,16	42,54±3,80	84,84±6,82	89,98±29,96*
Ngày1 sau mổ	7,39±0,04	7,37±0,02	42,00±4,27	40,29±2,0	87,8±8,8	89,0±6,6
Ngày 2 sau mổ	7,39±0,03	7,39±0,02	40,09±3,13	39,64±2,66	91,58±5,15	89,98±3,82
Ngày 3 sau mổ	7,40±0,02	7,38±0,02	40,12±3,01	39,56±2,38	92,38±4,21	93,31±3,12

(*): Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với p<0,05.

3.4. Mức độ tổn thương thanh khí quản do đặt ống NKQ



Hình 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân và thời gian khàn tiếng và đau họng sau phẫu thuật

Bảng 3.5. Tỷ lệ BN có tổn thương đường thở xác định qua nội soi thanh khí quản

Nhóm		Nhóm 1 (n=45)	Nhóm 2 (n=45)	Chung (n=90)
Tổn thương thanh môn	Xung huyết	2 (4,44%)	2(4,44%)	4(4,44%)
	Phù nề	2(4,44%)	3(6,67%)	5(5,56%)
Khí quản	Xung huyết	3 (6,67%)	2(4,44%)	5(5,56%)
Tổn thương xung huyết thanh quản thanh môn và khí quản		1(2,22%)	1(2,22%)	2(2,22%)
Cộng		8(17,78%)	8(17,78%)	16(17,78%)

IV. BÀN LUẬN

Nhược cơ (Myasthenia gravis) là một bệnh tự miễn mắc phải có liên quan đến hoạt động và bệnh lý của tuyến ức. Nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều khẳng định phẫu thuật cắt tuyến ức là một trong những phương pháp điều trị có hiệu quả và giữ vai trò chủ đạo trong hệ thống các phương pháp điều trị bệnh NC[1]. Có rất nhiều nghiên cứu về các phương pháp gây mê khác nhau trên BN NC trong đó có hai phương pháp chính là sử dụng thuốc giãn cơ hoặc không sử dụng thuốc giãn cơ (with or without muscular relaxant). Chevalley C. và cộng sự [4], nhận thấy rằng ở BN NC việc thông khí nhân tạo sau phẫu thuật thường phải áp dụng ở các BN được gây mê cân bằng với nguy cơ số nguy cơ $OR= 4,2(p=0,03)$ và khi sử dụng thuốc giãn cơ thì chỉ số này là $13,9 (p=0,009)$. Chính vì vậy khi gây mê trên BN NC, đa số tác giả đều khuyến cáo nên sử dụng các thuốc ít ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh cơ và không nên sử dụng thuốc giãn cơ. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng

hai loại thuốc mê tĩnh mạch propofol hoặc thuốc mê bốc hơi sevoflurane, là hai loại thuốc mê thông dụng nhất hiện nay có đặc tính an toàn, đảm bảo độ mê sâu, ít gây biến đổi huyết động, chất lượng tỉnh tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi khởi mê bằng propofol TCI ($Ce= 5-7$ mcg/ml) hoặc propofol liều $2,5-3$ mg/kg cân nặng kết hợp với thuốc giảm đau sufentanil $0,5$ μ g/kg, BN nhanh chóng đạt được độ mê thích hợp, 100% BN ở cả hai nhóm có điều kiện đặt ống NKQ đều được chấp nhận trên lâm sàng và đều đặt NKQ thành công sau một lần duy nhất. Thời gian cần thiết để đặt và chỉnh ống vào đúng vị trí tương ứng là $6,32$ và $6,61$ phút ($p>0,05$). Huyết động trước và sau khi đặt ống NKQ cũng như trong quá trình phẫu thuật đều nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả các tác giả Heike K. [7], Orathy P. S. [9]. Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy rằng trong phẫu thuật lồng ngực nói chung và nội soi lồng ngực nói riêng nhu cầu giãn cơ để đảm bảo cho phẫu thuật là

không nhiều và ít ảnh hưởng đến thao tác của các phẫu thuật viên trong trường mổ. Theo đánh giá mức độ hài lòng của phẫu thuật viên bao gồm đánh giá về mức độ xếp phổi và mức độ thuận lợi của phẫu thuật thì tỷ lệ rất hài lòng (88,89 %) và hài lòng nhiều (11,11%), không có trường hợp nào phẫu thuật viên không hài lòng với phương pháp chúng tôi áp dụng trong nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng các BN NC có sự nhạy cảm với các thuốc mê bốc hơi. Sevoflurane làm giảm chỉ số TOF từ giá trị ban đầu ở thời điểm ban đầu là 89,69% xuống các giá trị thấp nhất trong cuộc mổ là 75,56% trong khi đó propofol TCI chỉ làm giảm chỉ số TOF ở mức ban đầu là 92,69% xuống mức 83,14% ($p < 0,05$). Tuy nhiên, các giá trị của TOF ở cả hai nhóm nghiên cứu đều trở về giá trị ban đầu và không có sự khác biệt khi kết thúc cuộc mổ (đã ngừng thuốc mê). Điều này chứng tỏ rằng các thuốc mê bốc hơi hoặc các thuốc mê tĩnh mạch đều không gây ra tình trạng giãn cơ kéo dài ở BN NC. Theo Bowman [3], sevoflurane có tác dụng ức chế dẫn truyền thần kinh cơ do tác dụng ức chế giải phóng acetylcholin ở khoang trước synap và ức chế thụ cảm thể cholinergic ở màng sau synap. Tuy nhiên, nguyên nhân làm mất dần các đáp ứng cơ cơ sau khi kích thích liên tục (TOF) là do tác dụng ức chế giải phóng acetylcholin ở màng trước synap. Theo nghiên cứu Nitahara K. [6] thì mức độ giảm của chỉ số TOF phụ thuộc vào nồng độ của sevoflurane: ở nồng độ 1,7% làm giảm chỉ số TOF ban đầu ở BN NC là 81% xuống mức 64% và ở nồng độ 3,4% làm giảm xuống mức 43%.

Về thời điểm rút ống NKQ sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% BN đủ điều kiện để rút ống NKQ ngay sau phẫu thuật. Sau khi rút ống NKQ các chỉ số về hô hấp như tần số thở, SpO₂ và các xét nghiệm về khí máu trong vòng 72h sau phẫu thuật đều nằm trong giới hạn bình thường. Không có BN nào phải đặt lại ống NKQ do cơn NC, hoặc cơn cholinergic hoặc do suy hô hấp sau phẫu thuật. Phạm Văn Đông và cộng sự [2] nghiên cứu trên 124 BN chia thành hai nhóm được gây mê có và không sử dụng thuốc giãn cơ. Tác giả nhận thấy rằng những BN có dùng thuốc giãn cơ trong phẫu thuật cắt tuyến ức có tỷ lệ suy hô hấp, thở máy và thời gian hậu phẫu cao hơn so với BN không dùng thuốc giãn cơ. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả, Nitahara K và cộng sự [6]; Giorgio D. R [8], Orathy P. S và cộng sự [9]. Rút ống NKQ ngay tại phòng mổ là một trong những ưu điểm của gây mê không sử dụng thuốc giãn cơ ở BN NC. BN không phải thở máy, ho khạc tốt, không có hiện tượng ứ trệ do tăng tiết dịch đường hô hấp do đó tình trạng nhiễm khuẩn đường hô hấp và các nhiễm khuẩn do thở máy kéo dài được kiểm soát, BN nhanh chóng ổn định sức khỏe sau phẫu thuật. Những ưu điểm này sẽ làm tăng hiệu quả điều trị bệnh NC, giảm bớt ngày nằm điều trị và giảm bớt chi phí cho BN và ngành y tế. Hầu hết các tác giả trên thế giới khi nghiên cứu về việc gây mê trên BN NC đều chưa đánh giá mức độ tổn thương thanh khí quản do đặt ống NKQ không dùng thuốc giãn cơ. Đặc biệt, với phương pháp cắt tuyến ức nội soi BN cần phải đặt ống NKQ có tác dụng làm xếp phổi để làm rộng trường mổ

thì nguy cơ gây ra tổn thương đường thở là rất cao. Theo Heike K. và cộng sự [7], tỷ lệ tổn thương đường thở trên BN phẫu thuật lồng ngực cần làm xẹp phổi do đặt ống nội khí quản hai nòng (DLT) là 44% lớn hơn tỷ lệ này ở các BN được đặt ống chẹn phế quản (bronchial blocker) là 17% ($p=0,046$), trong đó chủ yếu là biến chứng khàn tiếng và các tổn thương ở dây thanh. Nghiên cứu của Zhong và cộng sự [10] sử dụng nhiều loại ống chẹn phế quản khác nhau và thấy tỷ lệ tổn thương đường thở khi đặt ống Coopdech là 13%; ống Arndt là 20% và ống Univent là 30%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biểu hiện lâm sàng hay gặp của tổn thương đường thở gặp ở 21,11% số BN trong đó bao gồm đau họng (12,22%), khàn tiếng (5,56%) hoặc vừa đau họng vừa khàn tiếng (3,33%). Các triệu chứng này đều hết trong vòng 72h sau mổ và không để lại bất cứ tình trạng khó chịu nào cho BN. Ngoài ra, các BN trong nghiên cứu còn được soi phế quản bằng ống nội soi mềm, là phương pháp đánh giá khách quan và chính xác nhất để xác định mức độ tổn thương thực thể của đường thở. Kết quả cho thấy các BN có biểu hiện tổn thương đường thở này cũng là các bệnh nhân có các triệu chứng đau họng và khàn tiếng trên lâm sàng hay gặp là tổn thương thanh quản thanh môn (10%) với biểu hiện là xung huyết (4,44%) và phù nề (5,56%), tổn thương khí quản chủ yếu là xung huyết niêm mạc đường thở (5,56%). Các tổn thương ở mức độ nhẹ, phạm vi hẹp và không gặp các biến chứng nguy hiểm như tụ máu, xuất huyết, liệt dây thanh hay đứt rách khí phế quản,... Các tổn thương thực thể cũng giảm dần theo chiều hướng diễn biến của các triệu chứng

lâm sàng là khàn tiếng và đau họng. Theo Heike K. [7] tổn thương đường thở do đặt ống NKQ có thể là do thuốc sử dụng trong gây mê, do kích thước, chất liệu của ống NKQ, do thao tác của bác sỹ gây mê khi đặt ống NKQ hoặc do thay đổi tư thế của BN trong quá trình phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù không sử dụng thuốc giãn cơ nhưng tỷ lệ tổn thương đường thở cũng tương tự như của các tác giả nói trên là bởi vì chúng tôi sử dụng ống NKQ Univent, đây là loại ống chẹn phế quản có kích thước (ID) nhỏ hơn và được sản xuất bởi chất liệu silicon tương đối mềm so với các loại ống NKQ hai nòng thông thường (ống DLT) được sản xuất bằng chất liệu plastic. Trước khi đặt ống NKQ BN đã được gây mê đủ sâu bằng theo dõi độ mê qua các chỉ số RE, SE, đồng thời được tê thanh khí quản bằng thuốc tê lidocain. Việc xác định vị trí của ống chẹn bằng nội soi phế quản mềm cũng làm giảm đáng kể thời gian và thao tác của bác sỹ gây mê trong quá trình đặt ống NKQ.

V. KẾT LUẬN

Gây mê bằng propofol TCI hoặc bằng sevoflurane không sử dụng thuốc giãn cơ và có đặt ống Univent đảm bảo hiệu quả vô cảm tốt cho phẫu thuật cắt tuyến ức nội soi điều trị bệnh NC. 100% BN rút được ống NKQ ngay sau cuộc mổ, không có BN nào phải đặt ống NKQ trở lại do suy hô hấp sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Việt Anh, Mai Văn Viện (2012), Đánh giá kết quả cắt tuyến ức nội soi điều trị bệnh nhược cơ bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực, *Tạp chí phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, **2**, 46-50.

2. Phạm Văn Đông, Nguyễn Thị Thảo Trang (2014), Gây mê hồi sức trong mổ cắt u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ tại bệnh viên Chợ Rẫy từ năm 2004-2012, *Tạp chí Y học thực hành*, **939**, 55-58.
3. Bowman W. C (1980), Prejunctional and postjunctional cholinoreceptors at the neuromuscular junction, *Anesth Analg*, **59**, 935-43.
4. Chevalley C, Spiliopoulos A, Perrot M, et al. (2001), Perioperative medical management and outcome following thymectomy for myasthenia gravis, *General anesthesia*, **48(5)**, 446-451.
5. Viby-Mogensen J, Engbaek J, Eriksson L. I, et al. (1996), Good clinical research practice (GCRP) in pharmacodynamic studies of neuromuscular blocking agents, *Acta Anaesthesiol Scand*, **40**, 59-74.
6. Nitahara K, Sugi Y, Higaand K, et al. (2007), Neuromuscular effects of sevoflurane in myasthenia gravis patients, *British Journal of Anesthesia* **98 (3)**, 337-41.
7. Heike Knoll, Stephan Ziegeler, Jan-Uwe Schreiberand et al. (2006), Airway injuries after one-lung ventilation: A comparison between double - lumen tube and endobronchial blocker, *Anesthesiology*, **105**, 471-477.
8. Giorgio D. R, Cecilia C, Laura D, et al. (2003), Propofol or sevoflurane anesthesia without muscle relaxants allow the early extubation of myasthenic patients, *General anesthesia*, **50 (6)**, 547-552.
9. Orathy Patangi Sanjay, Parvatha Prashanth, Ponnuswamy Karpagamand, et al. (2004), Propofol or sevoflurane anesthesia without muscle relaxants for thymectomy in myasthenia gravis, *Indian Journal Thorac Cardiovasc Surg*, **20**, 83-87.
10. Zhong T, Wang W, Chen Jand, et al. (2009), Sore throat or hoarse voice with bronchial blockers or double-lumen tubes for lung isolation: a randomised, prospective trial, *Anaesth Intensive Care*, **37**, 441-6.