

hiệt xâm phạm kinh lạc gây đau). Với người bệnh thuộc thể Phong hàn thấp kết hợp can thận hư thường có biểu hiện đau, không có sưng khớp gối. Với thể Phong thấp nhiệt, ngoài biểu hiện đau, khớp gối còn bị sưng, đây là những biểu hiện của quá trình thoái hóa gây viêm khớp gối, tràn dịch khớp gối. Vì vậy, mặc dù phương pháp siêu âm điều trị kết hợp điện châm đã minh chứng làm tăng tuần hoàn, giảm viêm nhưng việc cải thiện tình trạng bệnh nhân có viêm và tràn dịch khớp gối sẽ cần thời gian dài hơn những bệnh nhân chỉ đau khớp gối đơn thuần. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu với thời gian dài hơn và với số lượng bệnh nhân nhiều hơn để có thể đánh giá thêm về sự cải thiện chức năng khớp gối theo các thể bệnh theo YHCT.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy siêu âm điều trị kết hợp điện châm có tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS, cải thiện điểm WOMAC chung trung bình và cải thiện tầm vận động khớp gối có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ). Nhóm bệnh nhân thuộc thể Phong hàn thấp kết hợp Can thận hư có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân thuộc thể Phong thấp nhiệt kết hợp Can thận hư. Tuy nhiên, sự khác biệt của hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Thúy.** Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, tại khoa y học cổ truyền - bệnh viện Lê Chân năm 2020. Công trình nghiên cứu khoa học trường đại học Y Dược Hải Phòng. 74-78.

2. **Lại Thị Thanh Hiền, Trần Thị Hải Vân.** Hiệu quả điều trị thoái hoá khớp gối bằng độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và bài tập vận động. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2022 Oct 12;158(10):103-10.
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. Quyết định 792/QĐ-BYT; 2013.
4. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. Quyết định 54/QĐ-BYT; 2014.
5. **Chow SC, Wang H, Shao J.** Sample Size Calculations in Clinical Research. CRC Press; 2003. 376 p.
6. **Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H.** Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. eClinicalMedicine. 2020;29. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100587
7. **da Silva ANG, de Oliveira JRS, Madureira AN de M, Lima WA, Lima VL de M.** Biochemical and Physiological Events Involved in Responses to the Ultrasound Used in Physiotherapy: A Review. Ultrasound Med Biol. 2022 Dec;48(12):2417-29.
8. **Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al.** 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Rheumatol Hoboken NJ. 2020 Feb;72(2):220-33.
9. **Shi GX, Tu JF, Wang TQ, Yang JW, Wang LQ, Lin LL, et al.** Effect of Electro-Acupuncture (EA) and Manual Acupuncture (MA) on Markers of Inflammation in Knee Osteoarthritis. J Pain Res. 2020;13:2171-9.
10. **Yeğin T, Altan L, Kasapoğlu Aksoy M.** The Effect of Therapeutic Ultrasound on Pain and Physical Function in Patients with Knee Osteoarthritis. Ultrasound in Medicine & Biology. 2017;43(1):187-194. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2016.08.035

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHI DỰ PHÒNG NÔN, BUỒN NÔN BẰNG ONDANSETRON PHỐI HỢP DEXAMETHASONE SAU PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI

Nguyễn Tiên Đức<sup>1</sup>, Phan Quốc Thành<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá ảnh hưởng lên nhịp tim, nhịp thở, huyết áp, SPO2 và các tác dụng không mong muốn của ondansetron phối hợp dexamethasone để dự phòng buồn nôn, nôn sau phẫu thuật cắt ruột thừa

nội soi, tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, so sánh 2 nhóm. Nhóm O: sử dụng ondansetron 4mg và Nhóm OD: sử dụng ondansetron 4mg phối hợp dexamethasone 4mg. **Kết quả:** Tần số tim, nhịp thở, huyết áp, SPO2 của 2 nhóm ổn định và không thay đổi đáng kể sau 24 giờ phẫu thuật, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các tác dụng bất lợi thường gặp ở nhóm O: chóng mặt (20,4%); đau đầu (8,2%); run (6,1%); ngứa (2,1%); ợ hơi nóng (2,1%); ho (2,1%); ở nhóm OD: chóng mặt (16,%); run (18,4%); đau đầu (10,2%); sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Sử dụng ondansetron phối

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Văn Hiến

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiên Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 20.9.2024

hợp dexamethasone trong dự phòng buồn nôn, nôn sau phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi là tương đối an toàn. **Từ khoá:** tác dụng không mong muốn, ondansetron, dexamethasone.

## SUMMARY

### EVALUATION OF ADVERSE EFFECTS IN THE PREVENTION OF NAUSEA AND VOMITING USING ONDANSETRON COMBINED WITH DEXAMETHASONE AFTER LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

**Objective:** To evaluate the impact on heart rate, respiratory rate, blood pressure, SPO<sub>2</sub>, and the adverse effects of ondansetron combined with dexamethasone in preventing nausea and vomiting after laparoscopic appendectomy at 175 Military Hospital from January 2021 to May 2022. **Subjects and Methods:** This was a prospective, descriptive study comparing two groups. Group O received 4 mg of ondansetron, and Group OD received 4 mg of ondansetron combined with 4 mg of dexamethasone. **Results:** Heart rate, respiratory rate, blood pressure, and SPO<sub>2</sub> levels in both groups were stable and did not change significantly 24 hours after surgery, with no statistically significant differences. Common adverse effects in Group O included dizziness (20.4%), headache (8.2%), tremors (6.1%), itching (2.1%), heartburn (2.1%), and cough (2.1%). In Group OD, common adverse effects were dizziness (16%), tremors (18.4%), and headache (10.2%), with no statistically significant differences between the two groups. **Conclusion:** The use of ondansetron combined with dexamethasone for preventing nausea and vomiting after laparoscopic appendectomy is relatively safe. **Keywords:** adverse effect, ondansetron, dexamethasone.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi là một thủ thuật phổ biến và thường được thực hiện để điều trị viêm ruột thừa. Tuy nhiên, một trong những vấn đề hậu phẫu thường gặp là buồn nôn và nôn. Những triệu chứng này không chỉ gây khó chịu cho bệnh nhân mà còn có thể kéo dài thời gian hồi phục và tăng nguy cơ biến chứng. Nôn dễ gây chảy máu và làm chậm liền vết mổ, gây rối loạn nước điện giải, hạn chế vận động cũng như làm chậm quá trình phục hồi ... làm kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí của đợt điều trị. Nôn là mối nguy hiểm cho những bệnh nhân ở trạng thái chưa thoát mê hoàn toàn gây nguy cơ trào ngược chất nôn vào phổi. Vì vậy, việc dự phòng buồn nôn và nôn sau phẫu thuật là rất quan trọng.

Có nhiều phương pháp và thuốc được sử dụng để dự phòng buồn nôn và nôn sau phẫu thuật. Trong số đó, ondansetron là một loại thuốc chống nôn thường được sử dụng rộng rãi. Nó hoạt động bằng cách ngăn chặn các thụ thể

serotonin trong não, giúp giảm cảm giác buồn nôn. Ngoài ra, dexamethasone, một loại corticosteroid, cũng được sử dụng để tăng hiệu quả của ondansetron. Sự kết hợp giữa ondansetron và dexamethasone đã được chứng minh là có hiệu quả cao trong việc giảm tần suất và mức độ nghiêm trọng của buồn nôn và nôn sau phẫu thuật.

Tại bệnh viện quân y 175, một bệnh viện lớn trong quân đội ở khu vực phía Nam, ondansetron và dexamethasone đã được sử dụng trong dự phòng buồn nôn, nôn sau phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đánh giá tác dụng không mong muốn khi dự phòng buồn nôn, nôn bằng ondansetron phối hợp dexamethasone sau phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

98 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi dưới gây mê nội khí quản tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2022, được chia thành 2 nhóm:

Nhóm O: Bệnh nhân được tiêm ondansetron 4mg trước khởi mê 5 phút.

Nhóm OD: Bệnh nhân được tiêm ondansetron 4mg và dexamethasone 4mg trước khởi mê 5 phút.

### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân có tuổi từ 16 trở lên

+ ASA I hoặc II.

+ Bệnh nhân không dùng các thuốc chống nôn khác trước phẫu thuật.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Có chống chỉ định sử dụng ondansetron, dexamethasone, metoclopramid.

+ Phụ nữ có thai.

+ Có triệu chứng buồn nôn, nôn trước mổ vì nguyên nhân cơ học như tắc ruột, hẹp môn vị...

+ Có các bệnh lý thần kinh, sợ não (u não, chấn thương sợ não).

+ Bệnh nhân có hội chứng tăng ure máu hoặc đang điều trị ung thư bằng hoá chất.

+ Có các bệnh lý nội khoa nặng khác kèm theo như suy gan, suy thận, đái tháo đường, tăng huyết áp không kiểm soát, lao phổi...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, so sánh.

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên.

- Cách phân nhóm: Chuẩn bị sẵn 1 thùng chứa 98 phong bì, bao gồm 49 phong bì trong đó ghi nhóm O và 49 phong bì trong đó ghi

nhóm OD. Mỗi bệnh nhân đến phòng phẫu thuật chọn ngẫu nhiên 1 phong bì để được phân nhóm ngẫu nhiên vào 1 trong 2 nhóm O hoặc OD.

- Biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới, cân nặng, BMI, ASA, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật.

+ Thay đổi tần số thở, nhịp tim, SPO2, huyết

áp tại các thời điểm, h<sub>0</sub>; h<sub>1</sub>; h<sub>2</sub>; h<sub>3</sub>; h<sub>4</sub>; h<sub>5</sub>; h<sub>6</sub>; h<sub>24</sub>.

+ Các tác dụng bất lợi 24h sau phẫu thuật: đau đầu, chóng mặt, ngứa, run, phản vệ, táo bón, tiêu chảy...

- Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 bằng các thuật toán phù hợp.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố chỉ số tuổi, giới, BMI, phân độ ASA**

Chỉ số		Nhóm O (n=49)	Nhóm OD (n=49)	p
Tuổi trung bình (năm)		37,42 ± 15,46	36,28 ± 13,25	> 0,05
Giới	Nam	21 (42,8%)	25 (51,1%)	> 0,05
	Nữ	28 (57,2%)	24 (48,9%)	> 0,05
BMI trung bình		22 ± 2,17	21,96 ± 2,14	> 0,05
Phân độ ASA	ASA I	45 (91,8%)	48 (97,9%)	> 0,05
	ASA II	4 (8,2%)	1 (2,1%)	> 0,05

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về đặc điểm nhân trắc học.

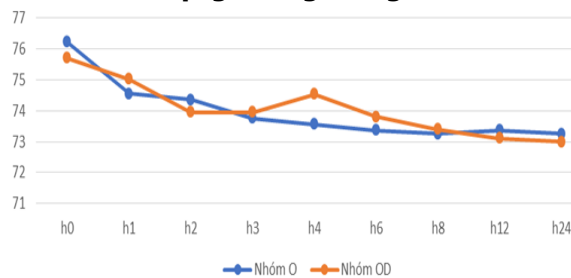
#### 3.2. Đặc điểm về mức độ vô cảm

**Bảng 3.2. Thời gian gây mê và thời gian phẫu thuật**

Thời gian		Nhóm O (n=49)	Nhóm OD (n=49)	p
Gây mê (phút)	X ± SD	59,14 ± 13,52	60,54 ± 12,16	> 0,05
Phẫu thuật (phút)	X ± SD	48,98 ± 15,62	48,32 ± 12,46	> 0,05

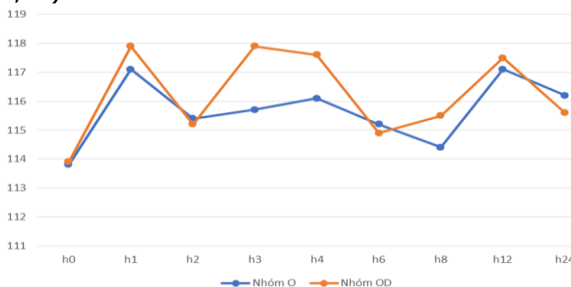
**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về thời gian gây mê và phẫu thuật giữa 2 nhóm.

#### 3.3. Tác dụng không mong muốn



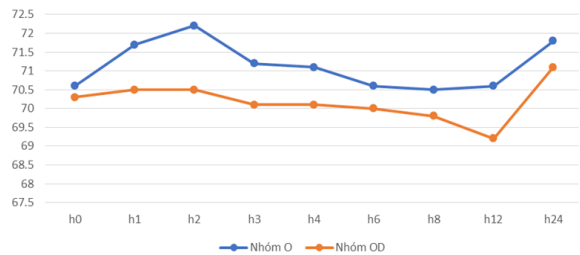
**Biểu đồ 3.1. Thay đổi tần số tim 24 giờ sau phẫu thuật**

**Nhận xét:** Tần số tim của 2 nhóm ổn định, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).



**Biểu đồ 3.2. Thay đổi huyết áp tâm thu 24 giờ sau phẫu thuật**

**Nhận xét:** Huyết áp tâm thu của 2 nhóm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).



**Biểu đồ 3.3. Thay đổi huyết áp tâm trương 24 giờ sau phẫu thuật**

**Nhận xét:** Huyết áp tâm trương của 2 nhóm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.3. Thay đổi nồng độ SPO2 sau phẫu thuật**

	Nhóm O (n=49)	Nhóm OD (n=49)	p
h <sub>0</sub>	99,78 ± 0,62	100	> 0,05
h <sub>1</sub>	99,82 ± 0,60	100	> 0,05
h <sub>2</sub>	99,82 ± 0,60	100	> 0,05
h <sub>3</sub>	99,84 ± 0,51	100	> 0,05
h <sub>4</sub>	99,84 ± 0,51	100	> 0,05
h <sub>6</sub>	99,84 ± 0,51	100	> 0,05
h <sub>8</sub>	99,84 ± 0,51	100	> 0,05
h <sub>12</sub>	99,84 ± 0,51	100	> 0,05
h <sub>24</sub>	99,84 ± 0,51	100	> 0,05

**Nhận xét:** Nồng độ SPO2 của 2 nhóm ổn định sau phẫu thuật, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.4. Thay đổi tần số thở sau phẫu thuật**

	Nhóm O (n=49)	Nhóm OD (n=49)	P
h <sub>0</sub>	17,92 ± 0,27	17,92 ± 0,34	> 0,05
h <sub>1</sub>	17,92 ± 0,27	17,88 ± 0,38	> 0,05
h <sub>2</sub>	17,84 ± 0,37	17,82 ± 0,44	> 0,05
h <sub>3</sub>	17,84 ± 0,37	17,80 ± 0,45	> 0,05
h <sub>4</sub>	17,88 ± 0,33	17,84 ± 0,37	> 0,05
h <sub>6</sub>	17,88 ± 0,33	17,84 ± 0,37	> 0,05
h <sub>8</sub>	17,88 ± 0,33	17,76 ± 0,43	> 0,05
h <sub>12</sub>	17,82 ± 0,39	17,72 ± 0,45	> 0,05
h <sub>24</sub>	17,76 ± 0,43	17,68 ± 0,51	> 0,05

**Nhận xét:** Tần số thở của 2 nhóm ổn định sau phẫu thuật và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.5. Các tác dụng bất lợi sau phẫu thuật**

	Nhóm O (n=49)	Nhóm OD (n=49)	P
Đau đầu	4 (8,2%)	5 (10,2%)	> 0,05
Chóng mặt	10 (20,4%)	8 (16,3%)	> 0,05
Run	3 (6,1%)	9 (18,4%)	> 0,05
Ngứa	1 (2,1%)	0	> 0,05
Ợ hơi nóng	1 (2,1%)	0	> 0,05
Ho	1 (2,1%)	0	> 0,05

**Nhận xét:** Các tác dụng bất lợi sau phẫu thuật giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi về tần số tim và huyết áp ở một số thời điểm sau phẫu thuật giữa 2 nhóm khác biệt không ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Sự thay đổi của tần số tim và huyết áp ở một số thời điểm sau phẫu thuật của 2 nhóm đều nằm trong giới hạn cho phép. Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn hai nhóm bệnh nhân đồng nhất, đều là bệnh nhân khỏe mạnh ASA I và II, cân nặng, tuổi, giới, phương pháp phẫu thuật đồng nhất, các bệnh nhân có bệnh nền nặng hoặc chưa ổn định đã bị loại ra khỏi nhóm nghiên cứu. Thuốc mê, thuốc giảm đau ngoài tác dụng chính của nó còn có tác dụng làm ức chế cơ bóp cơ tim, giãn mạch, nên có xu hướng gây hạ huyết áp nhất là khi độ mê sâu và thiếu thể tích tuần hoàn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Hải, tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm dùng ondansetron và nhóm dùng metoclopramid lần lượt là 22,5% và 35%; sự khác biệt về tỷ lệ tụt huyết áp cũng như sự biến đổi huyết áp động mạch trung bình trong và sau phẫu thuật giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )<sup>1</sup>. Biến đổi huyết động sau phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố như đau gây

mạch nhanh và huyết áp tăng; thiếu khối lượng tuần hoàn do mất nhiều máu trong mổ, mất nước, tồn dư thuốc mê gây tụt huyết áp và mạch nhanh. Kiểm soát đau tốt, phục hồi khối lượng tuần hoàn đủ sẽ tránh được những biến đổi về huyết động. Trong nghiên cứu, chúng tôi theo dõi mức độ đau sau phẫu thuật của bệnh nhân thường xuyên để kiểm soát đau và truyền dịch kịp thời sau phẫu thuật nên khối lượng tuần hoàn đảm bảo không gây thay đổi huyết động đáng kể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào bệnh nhân bị ức chế tuần hoàn sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi của tần số thở và SpO<sub>2</sub> sau phẫu thuật giữa hai nhóm ở một số thời điểm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Các giá trị của tần số thở, SpO<sub>2</sub> sau phẫu thuật đều trong giới hạn cho phép. Trong quá trình gây mê và phẫu thuật, hô hấp của bệnh nhân được kiểm soát hoàn toàn bằng máy gây mê với kiểu thở kiểm soát thể tích, cài đặt và điều chỉnh các thông số trên máy gây mê để duy trì giá trị SpO<sub>2</sub> và EtCO<sub>2</sub> nằm trong giới hạn bình thường, tránh tình trạng ưu thán cũng như nhược thán. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào bệnh nhân bị ức chế hô hấp sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác dụng bất lợi giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), cụ thể ở nhóm O và nhóm OD tỷ lệ đau đầu tương ứng là 8,2% và 10,2%; tỷ lệ chóng mặt tương ứng là 20,4% và 16,3%; tỷ lệ run tương ứng là 6,1% và 18,4% và duy nhất chỉ có ở nhóm O bắt gặp ngứa, ợ nóng, ho với tỷ lệ đều là 2,1%. Theo nghiên cứu của Bhattarai, B., tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật thường gặp là mệt mỏi (chiếm 2% ở nhóm I và 8% ở nhóm II), đau đầu (chiếm 4% ở nhóm II), ợ nóng (chiếm 2% ở nhóm II), chóng mặt (chiếm 2% ở cả 2 nhóm), ho (chiếm 2% ở nhóm II), tiêu chảy (chiếm 2% ở nhóm I). Đau đầu là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất khi sử dụng nhóm thuốc đối kháng 5-HT<sub>3</sub>. Naresh Dua và cộng sự đã thông báo tỉ lệ bệnh nhân đau đầu ở nhóm G là 4% và nhóm O là 2%, khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )<sup>3</sup>. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Hải, ở nhóm bệnh nhân dùng ondansetron dự phòng BNNSPT nội soi ổ bụng, có 1 bệnh nhân đau đầu phải dùng thuốc giảm đau non steroid<sup>1</sup>.

Khi gây mê và phẫu thuật, chức năng điều nhiệt và giữ thăng bằng nội môi bị thay đổi. Giảm thân nhiệt thường xảy ra do hậu quả của sự kết hợp giữa suy giảm chức năng điều nhiệt do ảnh hưởng của thuốc mê và mất nhiệt do tiếp

xúc giữa bệnh nhân và môi trường lạnh trong phòng mổ, truyền dịch lạnh. Do thuốc mê có tác dụng giãn mạch nên năng lượng nhiệt tái phân bố từ trung tâm cơ thể ra ngoại vi dẫn đến hiện tượng mất nhiệt do bức xạ, dẫn nhiệt, đối lưu và bốc hơi. Thường thì nhiệt độ trung tâm giảm xuống khoảng 1°C trong giờ đầu tiên sau gây mê. Hạ thân nhiệt làm giảm quá trình chuyển hóa thuốc, hồi tỉnh chậm, gây run sau mổ, hạ thân nhiệt sâu tới 33 -34°C gây loạn nhịp tim.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các tác dụng bất lợi sau phẫu thuật ở nhóm ondansetron phối hợp dexamethason bao gồm đau đầu 10,2%; chóng mặt 16,3%; run 18,4%; trong khi ở nhóm ondansetron các tỷ lệ này tương ứng là 8,2%; 20,4%; 6,1% và tỷ lệ ngứa, ợ hơi nóng, ho đều là 2,1% ( $p>0,05$ ).

- Chúng tôi không gặp trường hợp nào ức chế hô hấp, ức chế tuần hoàn sau phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi ở cả hai nhóm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hải. So sánh tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của ondansetron và metoclopramid sau phẫu thuật nội soi ổ bụng. 2011, Luận văn thạc sỹ y khoa Học viện Quân y.
2. Bhattarai, B., S. Shrestha, and J. Singh, Comparison of ondansetron and combination of ondansetron and dexamethasone as a prophylaxis for postoperative nausea and vomiting in adults undergoing elective laparoscopic surgery. J Emerg Trauma Shock, 2011. 4(2):168-72.
3. Dua, N., et al., Randomized double blind comparative study comparing efficacy of granisetron and ondansetron for the prophylactic control of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing middle ear surgery. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2014.66(Suppl 1):252-6.

## TÌNH TRẠNG NHIỄM HUMAN PAPILLOMAVIRUS NGUY CƠ CAO Ở PHỤ NỮ CÓ LOẠN SẢN BIỂU MÔ VỎY CỔ TỬ CUNG ĐỘ CAO

Lê Hạ Long Hải<sup>1,2</sup>, Nguyễn Kim Đồng<sup>2</sup>, Nguyễn Khánh Huyền<sup>2</sup>, Vũ Huy Lương<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ nhiễm của Human papillomavirus (HPV) nguy cơ cao và mối liên quan giữa HPV típ 16 và 18 tới loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 106 phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 04/2022 – 08/2023 và được làm xét nghiệm HPV nguy cơ cao, sinh thiết cổ tử cung chẩn đoán mô bệnh học. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao trên phụ nữ có tổn thương loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao được khảo sát là 93,4%, trong đó, 56,6% phụ nữ nhiễm ít nhất 1 trong 2 loại HPV 16 và 18, HPV 16 là típ thường gặp nhất với 47,2%. Độ tuổi, tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao có liên quan tới mức độ tổn thương biểu mô vảy (CIN 2, CIN 3). **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao trên phụ nữ có tổn thương loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao là 93,4%. Độ tuổi, tình trạng nhiễm HPV típ 16, 18 có liên quan tới mức độ tổn thương biểu mô vảy (CIN 2, CIN 3). **Từ khóa:** Human papillomavirus, loạn sản biểu mô vảy độ cao, HSIL, CIN.

### SUMMARY

#### PREVALENCE OF HIGH-RISK HUMAN PAPILLOMAVIRUS GENOTYPES AMONG WOMEN WITH HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESIONS

**Objectives:** This study aims to assess the prevalence of high-risk Human papillomavirus (hrHPV) infection and the association of HPV 16 and 18 with high-grade squamous intraepithelial lesions (HSILs). **Methods:** The cross-sectional study included 106 patients who visited Hanoi Medical University Hospital from April 2022 to August 2023. All patients underwent hrHPV testing and cervical biopsies. The statistical analysis was performed using SPSS version 26.0 for Windows. **Results:** The prevalence of hrHPV infection among women with HSILs was 93.4%. Among these cases, 56.6% were infected with either HPV 16 or 18, with HPV 16 being the most prevalent at 47.2%. Age and hrHPV infection showed significant association with the severity of squamous epithelial damage (CIN 2, CIN 3). **Conclusion:** hrHPV infection was highly prevalent among women with HSILs at 93.4%. Age and infection with HPV 16 or 18 were associated with the severity of squamous epithelial damage (CIN 2, CIN 3).

**Key word:** Human papillomavirus, high-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL, CIN.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ung thư cổ tử cung là nguyên nhân ung thư gây tử vong thứ 4 cho phụ nữ trên toàn thế giới. Năm 2022,

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Huy Lương

Email: vuhuyluong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024