

Phân loại kết quả	NST 13 (n, tỷ lệ)	NST 18 (n, tỷ lệ)	NST 21 (n, tỷ lệ)
Tương đồng	96 (71,60%)	107 (79,90%)	94 (70,10%)
Không tương đồng	38 (28,40%)	27 (20,10%)	40 (29,90%)
Tổng số	134 (100%)		

Tỷ lệ tương đồng kết quả NiPGT-A và PGT-A của NST 18 chiếm cao nhất với 79,90%, tiếp đến là NST 13 (71,60%) và NST 21 (70,10%).

Bảng 3. Độ tương đồng về kết quả xác định NST giới tính giữa NiPGT-A và PGT-A

Phân loại kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tương đồng (v)	108	80,60
Không tương đồng (x)	26	19,40
Tổng số	134	100

***Chú thích:** (v): Cả hai phương pháp đều báo cáo phát hiện hoặc không phát hiện NST Y;(x): Hai phương pháp có báo cáo xác định NST giới tính khác nhau.

Bảng 4. Tổng hợp số lượng phôi phân loại theo đánh giá kết quả xác định lệch bội và xác định giới tính giữa NiPGT-A và PGT-A

Phân loại kết quả		Kết quả xác định lệch bội		Tổng số
		Không phù hợp (n, tỷ lệ %)	Phù hợp (n, tỷ lệ %)	
Kết quả xác định giới tính	Không tương đồng	10 (27,80%)	16 (16,30%)	26
	Tương đồng	26 (72,20%)	82 (83,70%)	108
Tổng số		36	98	134

Kết hợp với kết quả đánh giá khả năng phát hiện lệch bội, trong số các mẫu có kết quả lệch bội không phù hợp giữa mẫu SCM và mẫu TE, có 26/36 phôi tương đồng về NST giới tính (72,20%) và 10/36 phôi không tương đồng về NST giới tính (27,80%). Trong khi đó, với các mẫu có kết quả lệch bội phù hợp, tỷ lệ phôi tương đồng về NST giới tính chiếm 83,70% và tỷ lệ phôi không tương đồng về NST giới tính chiếm 16,30%.

IV. BÀN LUẬN

Độ tương đồng của hai mẫu xét nghiệm vẫn phụ thuộc vào phương pháp khuếch đại, cách phiên giải kết quả, cách đọc ngưỡng khám, tỷ lệ tương đồng dao động từ 15 tới 100%. Nghiên cứu của Ho (2018) tiến hành trên phôi thoái hóa thì thấy tỷ lệ tương đồng một phần là 15% [3]. Nghiên cứu của Vera (2018) lấy dịch nuôi tử ngày 3 lên ngày 5 hoặc 6 thấy tỷ lệ tương đồng

một phần là 54,9% [4]. Nghiên cứu của Yeung (2019) với thiết kế gần tương tự nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng một phần là 62,1% (72/116 mẫu) [5]. Nghiên cứu của Hoàng Văn Ái (2022) có tỷ lệ tương đồng một phần 74,07%, tương đương với nghiên cứu của Rubio (2020) [6]. Khi khảo sát tương đồng của các từng cặp NST thấy NST số 1 có tỷ lệ tương đồng là thấp nhất 74%, độ tương đồng của các cặp NST NST số 13 là 77,78%, NST số 18 là 88,89%, NST số 21 là 81,48%, NST giới tính là 85,19%. Nghiên cứu của Yeung (2019) có tỷ lệ tương đồng NST giới tính là 82,4% [5]. Khảo sát tương đồng hoàn toàn về kiểu nhân của tác giả Vera (2018) là 5,9%, của Yeung (2019) là 37,5% [4],[5]. Nghiên cứu của Hoàng Văn Ái (2022) là 55% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 98 phôi có kết quả phát hiện lệch bội phù hợp trên mẫu SCM và mẫu TE (kết luận của NiPGT-A và PGT-A đều là dương tính hoặc âm tính), chiếm 73,1%. Trong đó, 48/98 phôi được phân loại phù hợp mức độ 1, (49,0%); 40/98 phôi được phân loại phù hợp mức độ 2, (40,8%) và 10/98 phôi có kết quả giống nhau hoàn toàn hay phù hợp mức độ 3 (10,2%). Có 36 trường hợp không phù hợp về khả năng phát hiện lệch bội giữa NiPGT-A so với PGT-A, chiếm 26,9%. Có 108/134 phôi có kết quả tương đồng về NST giới tính, chiếm 80,6% và 26 phôi có kết quả không tương đồng, chiếm 19,4%. Trong số các kết quả không tương đồng, có 25 phôi được NiPGT-A báo cáo mang cặp NST giới tính là XX trong khi PGT-A báo cáo cặp NST giới tính là XY, chiếm 18,6% trên tổng số phôi nghiên cứu và chỉ có 1 mẫu được báo cáo ngược lại, kết quả trên NiPGT-A là XY còn kết quả trên PGT-A là XX, chiếm 0,8% tổng số phôi nghiên cứu. Kết hợp với kết quả đánh giá khả năng phát hiện lệch bội, trong số các mẫu có kết quả lệch bội không phù hợp giữa mẫu SCM và mẫu TE, có 26/36 phôi tương đồng về NST giới tính (72,2%) và 10/36 phôi không tương đồng về NST giới tính (27,8%). Trong khi đó, với các mẫu có kết quả lệch bội phù hợp, tỷ lệ phôi tương đồng về NST giới tính chiếm 83,7% và tỷ lệ phôi không tương đồng về NST giới tính chiếm 16,3%. Có nhiều yếu tố dẫn đến những sai sót này như lỗi khuếch đại, lỗi giải trình tự hay nhiễm các nguồn vật liệu di truyền khác trong quá trình thao tác, ...Tuy nhiên, trong số 26 mẫu không tương đồng về giới tính, có tới 25 mẫu có kết quả NiPGT-A là XX trong khi kết quả PGT-A là XY. Điều này cho thấy nguy cơ nhiễm vật liệu di truyền từ mẹ ảnh hưởng rất lớn tới kết quả phân tích của NiPGT-A. Các nghiên cứu sau này cần tập trung vào quy trình nuôi cấy

và thu mẫu SCM để hạn chế tối đa nguy cơ này.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tương đồng của các NST thường gặp bệnh lý (13, 18, 21) khi so sánh NiPGT-A với PGT-A sử dụng TE đều trên 70%. Tỷ lệ tương đồng kết quả NiPGT-A và PGT-A của NST 18 chiếm cao nhất với 79,90%, tiếp đến là NST 13 (71,60%) và NST 21 (70,10%).

Tỷ lệ kết quả phù hợp giữa NiPGT-A và PGT-A thu được ở thử nghiệm này tương tự với một số báo cáo trước đây [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phát hiện lệch bội NST trên mẫu SCM và mẫu TE là 73,1%. Kết quả tương đồng về NST giới tính có 108/134 mẫu, chiếm 80,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fragouli E., Lenzi M., Ross R. và Cs. (2008).** Comprehensive molecular cytogenetic analysis of the human blastocyst stage. *Human Reproduction*, 23(11), 2596–2608.
2. **Hou W., Xu Y., Li R. và Cs. (2019).** Role of aneuploidy screening in preimplantation genetic testing for monogenic diseases in young women.

- Fertility and Sterility, 111(5), 928–935.
3. **Ho J.R., Arrach N., Rhodes-Long K. và Cs. (2018).** Pushing the limits of detection: investigation of cell-free DNA for aneuploidy screening in embryos. *Fertility and Sterility*, 110(3), 467-475.e2.
 4. **Vera-Rodriguez M., Diez-Juan A., Jimenez-Almazan J. và Cs. (2018).** Origin and composition of cell-free DNA in spent medium from human embryo culture during preimplantation development. *Human Reproduction*, 33(4), 745–756.
 5. **Yeung Q.S.Y., Zhang Y.X., Chung J.P.W. và Cs. (2019).** A prospective study of non-invasive preimplantation genetic testing for aneuploidies (NiPGT-A) using next-generation sequencing (NGS) on spent culture media (SCM). *J Assist Reprod Genet*, 36(8), 1609–1621.
 6. **Hoàng Văn Ai (2022)** "Nghiên cứu một số đặc điểm hình thái phôi và hiệu quả của xét nghiệm di truyền tiền làm tổ không xâm lấn bằng kỹ thuật giải trình tự gene thế hệ mới". Luận văn bác sĩ nội trú, Học viện Quân Y, năm 2022.
 7. **Huang L., Bogale B., Tang Y. và Cs. (2019).** Noninvasive preimplantation genetic testing for aneuploidy in spent medium may be more reliable than trophectoderm biopsy. *Proc Natl Acad Sci USA*, 116(28), 14105–14112.

SO SÁNH CHẤT LƯỢNG HỒI TỈNH GIỮA DUY TRÌ MÊ BẰNG TCI- PROPOFOL VỚI SEVOFLURANE CHO PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN CẬN GIÁP Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Nguyễn Thành Trung¹, Phạm Quang Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh chất lượng hồi tỉnh giữa duy trì mê bằng TCI- Propofol với Sevoflurane cho phẫu thuật cắt tuyến cận giáp ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. 60 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: Nhóm S (Sevoflurane, n=30) và nhóm P (TCI- Propofol, n=30). **Kết quả:** kết quả cho thấy chất lượng hồi tỉnh giữa nhóm S và nhóm P là tương đương nhau, chất lượng rất tốt, tốt, trung bình lần lượt là 76,7%; 16,7%; 6,6%, so với 80%; 3,3%; 16,7% (p > 0,05). Tỷ lệ bệnh nhân có tụt huyết áp tâm thu ở nhóm P cao hơn nhóm S: 46,7% so với 20% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Số bệnh nhân phải sử dụng Ephedrin giữa nhóm S (10%) so với nhóm P (20%) khác biệt không có ý

nghĩa thống kê với p > 0,05. Tỷ lệ buồn nôn, nôn ở nhóm S (30%) nhiều hơn nhóm P (10%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy Propofol hoặc Sevoflurane có thể được sử dụng an toàn ở những bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ được phẫu thuật cắt tuyến cận giáp và không cho thấy lợi ích vượt trội giữa hai thuốc mê về mặt lâm sàng.

Từ khóa: TCI Propofol, Sevoflurane, chất lượng hồi tỉnh QoR-15, phẫu thuật Cường cận giáp thứ phát.

SUMMARY

COMPARISON OF RECOVERY QUALITY BETWEEN MAINTENANCE OF ANESTHESIA WITH TCI-PROPOFOL AND SEVOFLURANE FOR PARATHYROIDECTOMY IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Objective: To compare the recovery quality between TCI-Propofol and Sevoflurane anesthesia maintenance for parathyroidectomy in patients undergoing periodic hemodialysis. **Methods:** A prospective, randomized, controlled clinical trial. Sixty patients were randomly divided into two groups: Group S (Sevoflurane, n=30) and Group P (TCI-Propofol, n=30). **Results:** The results showed that the recovery quality between Group S and Group P

¹Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Trung

Email: bstrunghb@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 10.12.2024

was equivalent, with excellent, good, and moderate recovery rates of 76.7%, 16.7%, and 6.6%, respectively, compared to 80%, 3.3%, and 16.7% ($p > 0.05$). The proportion of patients with hypotension in Group P was higher than in Group S: 46.7% compared to 20%, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). The number of patients requiring Ephedrine between Group S (10%) and Group P (20%) was not statistically significant ($p > 0.05$). The rate of nausea and vomiting was higher in Group S (30%) compared to Group P (10%); however, this difference was not statistically significant ($p > 0.05$). **Conclusion:** The study indicates that both Propofol and Sevoflurane can be safely used in patients undergoing periodic hemodialysis for parathyroidectomy, with no clinically significant superiority between the two anesthetics.

Keywords: TCI Propofol, Sevoflurane, QoR-15 recovery quality, secondary hyperparathyroidism surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với tử vong sau phẫu thuật và các biến cố tim mạch sau phẫu thuật ngoài tim¹. Gây mê hồi sức ở bệnh nhân cường cận giáp thứ phát (CCGTP) có chạy thận chu kỳ gặp nhiều khó khăn bởi hầu hết bệnh nhân có nhiều bệnh đi kèm. Do đó các tai biến của phẫu thuật và gây mê hồi sức dễ xảy ra hơn. Người ta ngày càng nhận ra rằng kỹ thuật gây mê có ảnh hưởng lớn đến kết quả phẫu thuật.

Trên người bệnh chạy thận chu kỳ, bệnh nhân thường có bệnh lý tim mạch kèm theo. Sevoflurane là thuốc mê đã được chứng minh có tác dụng bảo vệ cơ tim, cải thiện khả năng phục hồi sau thiếu máu cục bộ trong phẫu thuật tim có tuần hoàn ngoài cơ thể². Vì vậy Sevoflurane có thể là sự lựa chọn tốt cho bệnh nhân có bệnh lý mạn tính này, hơn nữa việc điều chỉnh cuộc mê bằng Sevoflurane khá dễ dàng, thuận lợi và an toàn. Tuy nhiên sevoflurane lại làm tăng nguy cơ gây nôn và buồn nôn sau mổ.

Propofol là thuốc mê thích hợp dùng để khởi mê và duy trì mê cho nhiều loại phẫu thuật bởi khả năng khởi phát nhanh, thoát mê nhanh, ít tác dụng phụ, không ảnh hưởng đến chức năng gan, thận, giảm tỷ lệ nôn, buồn nôn sau phẫu thuật. Thêm nữa Propofol có đặc tính chống oxy hóa, cũng như tác dụng chống viêm và điều hòa miễn dịch giúp bảo vệ các cơ quan và có thể góp phần mang lại kết quả phẫu thuật tốt hơn³. Theo nghiên cứu của Ho Bum Cho và các cộng sự (2021)⁴, có 2576 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối phải phẫu thuật được chia thành hai nhóm. Nhóm TIVA bằng propofol có 1374 bệnh nhân, nhóm duy trì mê bằng thuốc mê bốc hơi có 1202 bệnh nhân. Kết quả cho thấy tỷ lệ các biến cố tim mạch nghiêm trọng sau phẫu thuật ở

nhóm TIVA bằng propofol thấp hơn đáng kể so với nhóm thuốc mê bốc hơi [73 (5,31%) so với 140 (11,65%)] với $p < 0,001$. Năm 2021, Zheng Niu và các cộng sự⁵ nghiên cứu ảnh hưởng của gây mê TIVA- propofol và gây mê bốc hơi bằng sevoflurane đối với chất lượng hồi tỉnh cho phẫu thuật cắt toàn bộ tử cung nội soi, kết quả cho thấy chất lượng hồi tỉnh ở hai nhóm không có sự khác biệt tại các thời điểm. Những phát hiện này cho thấy việc sử dụng propofol có thể có lợi ở những bệnh nhân có nguy cơ cao như bệnh nhân CCGTP. Mặc dù vậy, propofol có tính chất giãn mạch gây hạ huyết áp nhiều do đó các bác sĩ gây mê còn e ngại khi sử dụng.

Ở Việt Nam, chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào đầy đủ đánh giá hiệu quả của các phương pháp gây mê cho nhóm bệnh nhân này. Với những vấn đề đặt ra như vừa trình bày trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "So sánh chất lượng hồi tỉnh giữa duy trì mê bằng TCI- propofol với sevoflurane cho phẫu thuật cắt tuyến cận giáp ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có chạy thận chu kỳ, phân loại ASA III được chỉ định phẫu thuật cắt tuyến cận giáp

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp bệnh nhân có biến chứng nặng về phẫu thuật, bệnh nhân có diễn biến nặng sau mổ cần phải chuyển phòng hồi sức tích cực, bệnh nhân có tiền sử dị ứng hoặc chống chỉ định với các loại thuốc sử dụng trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu: Bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu hoặc có các thay đổi bất thường về mặt tâm sinh lý ảnh hưởng đến quá trình thu thập số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng. nghiên cứu được tiến hành tại khoa Gây mê hồi sức, bệnh viện Nội Tiết Trung Ương từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024. 60 bệnh nhân phẫu thuật tuyến cận giáp có chạy thận chu kỳ được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm S gồm 30 bệnh nhân duy trì mê bằng Sevoflurane và nhóm P gồm 30 bệnh nhân duy trì mê bằng TCI- Propofol.

Khởi mê giống nhau ở cả hai nhóm propofol TCI và sevoflurane. Nhập các số đo chiều cao (cm); cân nặng (kg); tuổi (năm) của bệnh nhân. Đặt nồng độ đích tại huyết tương ban đầu $C_p = 1,5 \mu\text{g/ml}$. Fentanyl liều $3 \mu\text{g/kg}$ tiêm tĩnh mạch.

Truyền propofol theo chương trình của máy TCI. Khi Cp đạt 1,5 µg/ml mà các chỉ số SE, RE chưa < 60, tăng thêm 0,5 µg/ml mỗi 2 phút đến khi các chỉ số SE, RE < 60. Cả hai nhóm: tiêm Atracurium 0,5 mg/kg ngay khi bệnh nhân bị mất tri giác (mất phản xạ mi mắt). Đủ thời gian thuốc giãn cơ tác dụng, khi SE, RE < 60 thì tiến hành đặt ống NKQ. Sau khi đặt xong ống NKQ cả hai nhóm đều được kết nối với máy thở. Thông số máy thở được cài đặt: tần số thở 12 - 14 lần/phút; thể tích khí lưu thông (Vt): 6-8 ml/kg; Tỷ lệ oxy thở vào (FiO2): 40 - 50%. Nhóm P được duy trì mê bằng propofol TCI, điều chỉnh nồng độ đích Cp từ 3- 5 µg/ml để duy trì RE, SE trong khoảng 40 - 60; RE-SE ≤ 3. Nhóm S được duy trì mê bằng sevoflurane, điều chỉnh nồng độ thuốc mê từ 2,5%- 3% để đạt MAC từ 0,9 - 1 duy trì RE, SE trong khoảng 40 - 60; RE- SE ≤ 3. Cả hai nhóm: duy trì giảm đau bằng fentanyl liều 1,0 mcg/kg theo đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân khoảng 30 phút tiêm nhắc lại 1 lần. Đánh giá phản ứng của BN với kích thích đau qua bảng điểm PRST, khi PRST ≥ 3 thì tiêm bổ sung fentanyl. Duy trì giãn cơ bằng Atracurium tiêm nhắc lại 0,1 mg/kg. Có thể đánh giá theo giá trị của RE và SE để tiêm nhắc lại giảm đau và giãn cơ. Sử dụng Paracetamol 1g trước khi kết thúc phẫu thuật 15 phút. Rút ống NKQ khi bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn về tri giác, thân nhiệt, huyết động và hô hấp cũng như tác dụng của thuốc giãn cơ. Tiến hành giải giãn cơ trước khi rút ống bằng neostigmin 40 mcg/kg phối hợp với atropin 15 mcg/kg.

Ghi lại các thay đổi về huyết động của người bệnh trong quá trình gây mê. Các tác dụng không mong muốn như nôn, buồn nôn, mức độ đau, điểm VAS, chất lượng hồi tỉnh theo bảng điểm QoR-15

Các chỉ số nghiên cứu. Các chỉ số đánh giá chất lượng hồi tỉnh

- * Các chỉ số đánh giá chất lượng hồi tỉnh
- Điểm QoR- 15 tại thời điểm: 24h sau phẫu thuật

- Buồn nôn, nôn: có/không
- Đau sau phẫu thuật: có/không. Mức độ đau: VAS (Visual Analog Scale)

Các chỉ số đánh giá sự thay đổi một số chỉ số huyết động

- Thay đổi huyết áp tại các thời điểm nghiên cứu

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập được nhập vào máy vi tính và được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 27.0

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài. Nghiên cứu được tiến hành khi thông qua hội

đồng chăm đề cương, hội đồng đạo đức của trường Đại Học Y Hà Nội và hội đồng đạo đức của Bệnh Viện Nội Tiết Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể

Đặc điểm bệnh nhân		Nhóm S (n=30)	Nhóm P (n=30)	P
Nam/ Nữ		12/18	11/19	0,791
Tuổi (Năm)⁽¹⁾	X±SD	45,4±10,25	46,1±8,91	0,799 [†]
	Min-Max	27 - 66	32 - 68	
Chiều cao (cm)⁽¹⁾	X±SD	159,6±5,81	158,4±6,63	0,471 [†]
	Min-Max	150-170	149-170	
Cân nặng (kg)⁽¹⁾	X±SD	49,6±5,39	48,4±7,23	0,469 [†]
	Min-Max	38-60	31-60	
BMI (kg/m²)⁽¹⁾	X±SD	19,4±2,05	19,2±2,25	0,742 [†]
	Min-Max	16,4-23,9	13,8-24	

⁽¹⁾: trung bình ± độ lệch chuẩn, [†]: so sánh bằng kiểm định student (t-test). BMI: Body Mass Index

Nhận xét: Các đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật về tuổi, chiều cao, cân nặng, giới, BMI ở hai nhóm nghiên cứu tương đồng với p > 0,05

3.2. Đặc điểm về gây mê hồi sức

Bảng 3.2. chất lượng hồi tỉnh theo bảng điểm QoR-15 của hai nhóm

	Nhóm S ⁽²⁾ (n=30)	Nhóm P ⁽²⁾ (n=30)	p ^(*)
Rất tốt n(%)	23(76,7%)	24(80%)	0,179
Tốt n(%)	5(16,7%)	1(3,3%)	
Trung bình n(%)	2(6,7%)	5(16,7%)	

⁽²⁾: Tần suất (%), ^{*}: so sánh bằng kiểm định Fisher's Exact Test

Nhận xét: Chất lượng hồi tỉnh giữa hai nhóm là tương đương nhau với(p > 0,05). Đa số các bệnh nhân ở hai nhóm có chất lượng hồi tỉnh tốt. 2 bệnh nhân (6,7%) là chất lượng hồi tỉnh trung bình ở nhóm S và 5 bệnh nhân (16,7%) chất lượng hồi tỉnh trung bình ở nhóm P.

Bảng 3.3. Thời gian gây mê, thời gian tỉnh của hai nhóm (phút)

		Nhóm S	Nhóm P	p [†]
Thời gian gây mê (phút)⁽¹⁾	X±SD	52,83 ± 13,90	54,77 ± 9,90	0,54
	Min - Max	32 - 110	42 - 83	
Thời gian tỉnh (phút)⁽¹⁾	X±SD	15,07 ± 2,96	13,70 ± 2,56	0,06
	Min - Max	10 - 20	9 - 20	

⁽¹⁾: Trung bình ± độ lệch chuẩn, [†]: So sánh bằng kiểm định Student (t-test).

Nhận xét: Thời gian gây mê, thời gian tỉnh, giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$)

Bảng 3.4. Tỷ lệ buồn nôn, nôn và điểm VAS của hai nhóm

	Nhóm S (n=30)	Nhóm P (n=30)	P
Có n(%)	9(30%)	3(10%)	>0,05
Điểm VAS (X±SD)	2,47±1,17	2,43±1,04	

Nhận xét: Tỷ lệ buồn nôn, nôn và điểm VAS ở nhóm S nhiều hơn nhóm P tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.5. Tỷ lệ tụt huyết áp

	Nhóm S ⁽²⁾ (n=30)	Nhóm P ⁽²⁾ (n=30)	P
Tụt huyết áp tâm thu	6(20%)	14(46,7%)	<0,05*
Tụt huyết áp trung bình	10(33,3%)	17(56,7%)	>0,05
Sử dụng Ephedrin	3(10%)	6(20%)	>0,05 ^f

(2): Tần suất (%), *: so sánh bằng kiểm định khi bình phương, ^f: so sánh bằng kiểm định Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tụt huyết áp tâm thu ở nhóm P cao hơn nhóm S: 46,7% so với 20% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Số bệnh nhân có tụt huyết áp trung bình và bệnh nhân phải sử dụng Ephedrin giữa nhóm S và nhóm P khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy hai nhóm có sự tương đồng về giới tính, tuổi, cân nặng, chiều cao và chỉ số BMI ($p > 0,05$). Đảm bảo tính đồng đều của nghiên cứu. trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ Nam/ Nữ là 0,62 tỷ lệ này tương tự như Kestenbaum (Mỹ) năm 2004 tỉ lệ Nam/Nữ là 0,74⁶.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thời gian gây mê ở hai nhóm tương đương nhau $52,83 \pm 13,90$ phút so với $54,77 \pm 9,90$ phút, thời gian tỉnh ở nhóm P ($13,70 \pm 2,56$ phút) nhanh hơn nhóm S ($15,07 \pm 2,96$ phút), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Fredman và cộng sự⁷ thời gian tỉnh nhóm P và S lần lượt là 9 ± 4 phút và 10 ± 5 phút. Kết quả thời gian tỉnh của nhóm chúng tôi kéo dài hơn là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân chạy thận chu kỳ nên việc đào thải thuốc có thể chậm hơn người bình thường.

Về huyết động chúng tôi nhận thấy tụt huyết áp tâm thu nhóm P gặp nhiều hơn so với nhóm S 46,7% so với 20% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Tụt huyết áp trung bình nhóm P

cũng gặp nhiều hơn nhóm S tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Thwaites A., Edmends. và Smith I⁸. Chúng tôi cũng thấy khi gây mê với hai loại thuốc trên, huyết động trong duy trì mê tương đối ổn định, ở nhóm S điều khiển độ mê dễ dàng hơn.

Chất lượng hồi tỉnh sau gây mê là một trong những mục tiêu quan trọng đặc biệt là trên những bệnh nhân có nhiều nguy cơ tai biến và chậm phục hồi sau phẫu thuật như bệnh nhân chạy thận chu kỳ. Ở nghiên cứu này ngoài việc đánh giá bệnh nhân tỉnh hoàn toàn bằng một số test, thang điểm Aldrete trong giai đoạn hồi tỉnh sớm chúng tôi còn sử dụng bảng điểm QoR-15 để đánh giá chất lượng hồi tỉnh ở giai đoạn trễ. Theo kết quả bảng 3.2 và bảng 3.4 thì tỷ lệ phân loại chất lượng hồi tỉnh: rất tốt; tốt; trung bình giữa nhóm S và nhóm P lần lượt là 76,7%; 16,7%; 6,7% so với 80%; 3,3%; 16,7%. Tỷ lệ buồn nôn, nôn ở nhóm S cao hơn nhóm P 30% so với 10% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Ho Bum Cho và các cộng sự (2021)⁴, Zheng Niu và các cộng sự (2021)⁵ cho thấy tỷ lệ các biến cố tim mạch nghiêm trọng sau phẫu thuật ở nhóm TIVA bằng propofol thấp hơn đáng kể so với nhóm thuốc mê bốc hơi và chất lượng hồi tỉnh ở hai nhóm không có sự khác biệt tại các thời điểm. Nghiên cứu của chúng tôi sau phẫu thuật không có trường hợp nào có biến cố tim mạch nghiêm trọng có thể do thời gian phẫu thuật ngắn và loại phẫu thuật có nguy cơ tim mạch thấp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy Propofol hoặc Sevoflurane có thể được sử dụng an toàn ở những bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ được phẫu thuật cắt tuyến cận giáp và không cho thấy lợi ích vượt trội giữa hai thuốc mê về mặt lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mathew A, Devereaux PJ, O'Hare A, et al. Chronic kidney disease and postoperative mortality: A systematic review and meta-analysis. *Kidney Int.* 2008;73(9):1069-1081. doi:10.1038/ki.2008.29
2. Bonanni A, Signori A, Alicino C, et al. Volatile Anesthetics versus Propofol for Cardiac Surgery with Cardiopulmonary Bypass: Meta-analysis of Randomized Trials. *Anesthesiology.* 2020;132(6):1429-1446. doi:10.1097/ALN.0000000000003236
3. Sayed S, Idriss NK, Sayyedf HG, et al. Effects of propofol and isoflurane on haemodynamics and the inflammatory response in cardiopulmonary bypass surgery. *Br J Biomed Sci.* 2015;72(3):93-