

đánh giá giai đoạn, đặc biệt là tình trạng di căn hạch trước mổ chưa chính xác hoặc các bệnh nhân này không được điều trị bằng hóa xạ trị.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch vùng trong ung thư thực quản là 38,5%, trong đó tỷ lệ di căn hạch giai đoạn N1 là 20%, N2 là 15,4% và N3 là 3,1%.

- Các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch bao gồm: kích thước và giai đoạn của khối u, sự xâm lấn mạch bạch huyết và thần kinh. Tỷ lệ di căn hạch cao ở nhóm bệnh nhân kích thước u ≥ 3 cm, T3, có xâm lấn mạch bạch huyết, thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
2. Mai Trọng Khoa (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu, Nhà xuất bản y học.
3. Malthaner RA, Collin S, Fenlon D (2006). Preoperative chemotherapy for resectable thoracic esophageal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2006;(3):CD001556.
4. Van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, et al (2012). Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. N Engl J Med 2012;366: 2074-84
5. Li CL, Zhang FL, Wang YD, et al. (2013). Characteristics of recurrence after radical esophagectomy with two-field lymph node dissection for thoracic esophageal cancer. Oncology letters, 5(1), 355-59
6. Van Hagen P, Hulshof MCCM, Van Lanschot JJB, et al (2012). Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. N Engl J Med 366(22): 2074-2084.
7. Leng X, He W, Yang H, et al (2021). Prognostic impact of postoperative lymph node metastases after neoadjuvant chemoradiotherapy for locally advanced squamous cell carcinoma of esophagus: From the Results of NEOCRTEC5010, a randomized multicenter study. Ann Surg 274(6): 1022-1029.
8. Triệu Triều Dương, Trần Hữu Vinh (2014). Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới bằng phẫu thuật nội soi. Y học thực hành, 902(1), 62-66.
9. Chen B, Zhang B, Zhu C, et al. (2013). Modified McKeown minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: a 5-year retrospective study of 142 patients in a single institution. PloS one, 8(12), e82428.
10. Hao Yin, Xu Huang, Heng Jiao, et al (2024). Lymph node metastatic patterns and sentinel lymph nodes for esophageal squamous cell carcinoma after different neoadjuvant regimens. Diseases of the Esophagus, Volume 37, Issue Supplement_1, September 2024.

TỒN DƯ GIÃN CƠ TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT VÙNG BỤNG ĐÃ RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN TẠI PHÒNG HỒI TỈNH BẰNG MÁY ĐO TOF SCAN NĂM 2024

Vũ Thị Hằng¹, Đào Thị Kim Dung¹, Phạm Thị Vân Anh¹,
Trịnh Hoàng Hiệp¹, Lê Thị Dung¹, Lê Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tồn dư giãn cơ trên người bệnh đã rút ống nội khí quản (NKQ) tại phòng Hồi tỉnh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 110 người bệnh phẫu thuật vùng bụng đã rút ống nội khí quản tại phòng Hồi tỉnh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/03/2024 đến ngày 01/06/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ tồn dư giãn cơ cao nhất tại 2 thời điểm sau khi rút nội khí quản 2 phút và 5 phút là: 35,5% và 25,5%. Sau đó sẽ giảm dần tại các thời điểm 10 phút, 15 phút, 30 phút, 60 phút sau rút ống nội khí quản với lần lượt tỷ lệ tồn dư giãn cơ

là: 16,4%, 10,9%, 2,7%, 0,9%. Tại thời điểm 90 phút sau rút ống nội khí quản thì không ghi nhận trường hợp còn tồn dư giãn cơ. Số lần nhắc lại thuốc giãn cơ trong mổ có mối liên quan với tồn dư thuốc giãn cơ tại thời điểm sau khi rút ống nội khí quản 2 phút, 5 phút, 10 phút có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Yếu tố thừa cân béo phì có mối liên quan với tỷ lệ tồn dư giãn cơ ở thời điểm sau rút nội khí quản 15 phút ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tồn dư giãn cơ sau rút ống nội khí quản, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, TOF Scan.

SUMMARY

RESIDUAL NEUROMUSCULAR BLOCKADE AFTER EXTUBATION IN PATIENTS WHO HAD ABDOMINAL SURGERY IN THE RECOVERY ROOM USING TOF SCAN IN 2024

Objectives: Determining the rate of residual neuromuscular blockade in patients after extubation at the Viet Duc University Hospital recovery room and some related factors. **Method:** A cross sectional descriptive study was conducted with 110 surgical

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hằng

Email: vuhang83ht@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

patients who was intubated after abdominal surgery from 1st March to 1th June at recovery room in Viet Duc University hospital. **Results:** The highest residual neuromuscular blockade rate at two times after extubation 2 minutes and 5 minutes were: 35.5% and 25.5%. Then it will gradually decrease at 10 minutes, 15 minutes, 30 minutes, and 60 minutes after extubation with the residual neuromuscular blockade rate being: 16.4%, 10.9%, 2.7%, and 0.9% respectively. At 90 minutes after extubation, no cases of residual neuromuscular blockade was recorded. The number of times the muscle relaxant was repeated during surgery had a statistically significant relationship with residual neuromuscular blockade at 2 minutes, 5 minutes, and 10 minutes after extubation with $p < 0.05$. The factor of overweight and obesity is associated with the rate of residual muscle relaxation at 15 minutes after extubation ($p < 0.05$). **Keywords:** Residual neuromuscular blockade after extubation, Viet Duc University Hospital, TOF Scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tồn dư giãn cơ sau mổ là sự xuất hiện các dấu hiệu và triệu chứng của yếu cơ sau khi sử dụng thuốc giãn cơ trước đó, mà đáng ngại nhất là vấn đề suy hô hấp và trào ngược. Hậu quả giãn cơ tồn dư là yếu tố rủi ro chính trong thời kỳ hậu phẫu, đặc biệt là hậu quả lên chức năng hô hấp, các cơ đường thở trên và vấn đề nuốt, trào ngược dịch vị vào đường thở [1]. Giữa thập niên 70 - 80, TOF được Ali và cộng sự phát triển và áp dụng nhằm theo dõi độ giãn cơ trong lúc phẫu thuật. TOF đạt 0,7 được xem là phù hợp để đảm bảo sự hồi phục chức năng thần kinh cơ, hầu hết người bệnh có thể nắm tay, nâng đầu lên 5 giây, há miệng và lè lưỡi. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy chỉ số TOF $> 0,9$ mới đảm bảo an toàn cho người bệnh [1]. Năm 2004, hội gây mê hồi sức thế giới thừa nhận mức TOF $\geq 0,9$ mới được coi là hồi phục hoàn toàn chức năng thần kinh cơ, đảm bảo an toàn tối ưu cho người bệnh.

Phẫu thuật vùng bụng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thường là các phẫu thuật lớn và phức tạp như cắt thực quản, cắt toàn bộ dạ dày, cắt gan, cắt khối tá tụy... Tại trung tâm gây mê và hồi sức ngoại khoa trung bình có từ 30- 40 người bệnh/ngày được phẫu thuật vùng bụng, các phẫu thuật này đều được gây mê nội khí quản và việc sử dụng thuốc giãn cơ trong mổ là điều không thể tránh khỏi. Thuốc giãn cơ không những tạo điều kiện thuận lợi cho thủ thuật đặt ống nội khí quản để duy trì thông khí mà nó còn làm giãn cơ giúp cho thao tác phẫu thuật được dễ dàng, an toàn do ngăn chặn các cử động trong mổ. Việc đánh giá tồn dư thuốc giãn cơ sau phẫu thuật tại trung tâm chưa được thực hiện một cách đồng bộ và thường xuyên, do đó

để có thể trả lời được phần nào câu hỏi người bệnh sau phẫu thuật tại phòng hồi tỉnh trước khi chuyển về bệnh phòng và được sử dụng nhiều giãn cơ có còn tồn dư giãn cơ hay không, đặc biệt với người bệnh có thời gian phẫu thuật dài trong mổ như các phẫu thuật ổ bụng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Tồn dư giãn cơ trên người bệnh phẫu thuật vùng bụng đã rút ống nội khí quản tại phòng Hồi tỉnh bằng máy đo TOF SCAN, với mục tiêu sau: "*Xác định tỷ lệ tồn dư giãn cơ trên người bệnh đã rút ống nội khí quản tại phòng Hồi tỉnh và một số yếu tố liên quan*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Người bệnh được gây mê NKQ, mổ vùng bụng mổ có kế hoạch. (2) ASA I, II. (3) Tuổi > 18 . (4) Được rút ống NKQ sớm.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Người bệnh từ chối nghiên cứu. (2) Dị ứng hoặc không sử dụng rocuronium trong mổ. (3) Người bệnh có bệnh lý thần kinh cơ. (4) Người bệnh có tụt nhiệt độ trong mổ và tiên lượng không rút được NKQ sớm phải cần thở máy thêm tại phòng Hồi tỉnh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/03/2024 đến ngày 01/06/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng Hồi tỉnh khoa Gây mê II bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu, mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh gây mê NKQ được phẫu thuật vùng bụng và rút ống NKQ tại phòng Hồi tỉnh khoa Gây mê II, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/03/2024 đến 01/06/2024 đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu. Biến số thông tin chung của người bệnh: Tuổi, giới, BMI, ASA, thời gian phẫu thuật, bệnh phẫu thuật, thuốc giãn cơ trong mổ, thuốc giải giãn cơ tại phòng Hồi tỉnh.

Biến số xác định tỷ lệ tồn dư giãn cơ: Giá trị TOF tại các thời điểm sau rút NKQ (2 phút, 5 phút, 10 phút, 15 phút, 30 phút, 60 phút, 90 phút) và trước khi chuyển khỏi phòng Hồi tỉnh.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến liên tục được mô tả dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến rời rạc được mô tả bằng tỷ lệ %. Kiểm định khi bình phương, Fisher's Exact Test tìm mối liên quan giữa hai biến phân loại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các

thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật của người bệnh chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu mà không sử dụng với bất kỳ mục đích nào khác. Giải thích rõ cho người bệnh về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh được đảm bảo giữ bí mật và được mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (N=110)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	65
	≥60	45
Giới	Nam	48
	Nữ	62
ASA	I	22
	II	70
	III	18
BMI	18,5-24,9	10
	≥25	84
	X±SD	22,3 ± 3,9

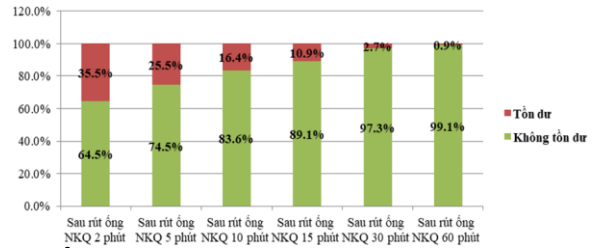
Nhận xét: Nghiên cứu 110 người bệnh gây mê NKQ có sử dụng rocuronium, nhóm tuổi <60 là 59,1%. Tỷ lệ nam/nữ là 0,8. Thể trạng của các người bệnh là bình thường với BMI trung bình là 22,3 ± 3,9.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật và thuốc giãn cơ

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý phẫu thuật	Dạ dày	13
	Đại Tràng	19
	Tụy	8
	Gan Mật	49
	Khác	21
Thời gian phẫu thuật	Trung bình ± SD	115,3±70,8 (30-330) phút
Thuốc giãn cơ trong mổ	Rocuronium	110
Nhắc lại giãn cơ trong mổ	Không nhắc lại	49
	Có nhắc lại	61
Thuốc giải giãn cơ	Không dùng	6
	Neostigmin + Atropin	78
	Sugammadex	26

Nhận xét: Nhóm phẫu thuật về gan mật chiếm chủ yếu với 44,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 115,3 ± 70,8 (phút). Tất cả người bệnh được sử dụng thuốc giãn cơ rocuronium, phần lớn người bệnh được giải giãn cơ tại phòng Hồi tỉnh 93,6% và chủ yếu dùng thuốc giải giãn cơ Neostigmine.

3.2. Tỷ lệ tồn dư giãn cơ tại các thời điểm



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tồn dư giãn cơ tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ tồn dư giãn cơ cao nhất là sau rút ống NKQ 2 phút với 35,5 % và thấp nhất là sau rút ống NKQ 60 phút 0,9%.

3.3. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật

Bảng 3. Mô hình liên quan giữa chỉ số TOF tại các thời điểm và BMI (N=110)

Thời điểm sau rút ống NKQ	BMI	TOF		p
		<90 (n, %)	≥90 (n, %)	
2 phút	Gầy	3 (30,0)	7 (70,0)	0,16
	Bình thường	27 (32,1)	57 (67,9)	
	Béo	9 (56,3)	7 (43,8)	
5 phút	Gầy	3 (30,0)	7 (70,0)	0,17
	Bình thường	18 (21,4)	66 (78,6)	
	Béo	7 (43,8)	9 (56,3)	
10 phút	Gầy	1 (10,0)	9 (90,0)	0,22
	Bình thường	12 (14,3)	72 (85,7)	
	Béo	5 (31,3)	11 (68,8)	
15 phút	Gầy	0 (0,0)	10 (100,0)	0,02*
	Bình thường	7 (8,3)	77 (91,7)	
	Béo	5 (31,3)	11 (68,8)	
30 phút	Gầy	0 (0,0)	10 (100,0)	0,07
	Bình thường	1 (1,2)	83 (98,8)	
	Béo	2 (12,5)	14 (87,5)	
60 phút	Gầy	0 (0,0)	10 (100,0)	11,00
	Bình thường	1 (1,2)	83 (98,8)	
	Béo	0 (0,0)	16 (100,0)	

(Sử dụng Fisher's exact test)

Nhận xét: Có mối liên quan giữa yếu tố thừa cân béo phì với tỷ lệ tồn dư thuốc giãn cơ ở thời điểm là sau rút NKQ 15 phút (với p<0,05).

Bảng 4. Mô hình liên quan giữa chỉ số TOF tại các thời điểm và việc nhắc lại thuốc giãn cơ trong mổ (N=110)

Thời điểm sau rút ống NKQ	Nhắc lại thuốc giãn cơ	TOF		p
		<90 (n, %)	≥90 (n, %)	
2 phút	Không nhắc lại	18 (36,7)	31 (63,3)	0,05*
	Có nhắc lại	21 (34,4)	40 (65,6)	

5 phút	Không nhắc lại	11 (22,4)	38 (77,6)	0,04*
	Có nhắc lại	17 (27,9)	44 (72,1)	
10 phút	Không nhắc lại	8 (16,3)	41 (83,7)	0,001*
	Có nhắc lại	10 (16,4)	51 (83,6)	
15 phút	Không nhắc lại	4 (8,2)	45 (91,8)	0,6
	Có nhắc lại	8 (13,1)	53 (86,9)	
30 phút	Không nhắc lại	1 (2,0)	48 (98,0)	1,00
	Có nhắc lại	2 (3,3)	59 (96,7)	
60 phút	Không nhắc lại	0 (0,0)	49 (100,0)	1,00
	Có nhắc lại	1 (0,9)	60 (99,1)	

(Sử dụng Fisher's exact test)

Nhận xét: Có mối liên quan giữa việc nhắc lại thuốc giãn cơ và tồn dư giãn cơ tại 3 thời điểm sau rút ống NKQ là 2 phút, 5 phút và 10 phút (với $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 110 người bệnh, tuổi trung bình là $54,2 \pm 16,7$ tuổi, trong đó thấp nhất 18 tuổi và cao nhất 87 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 40,9% và thấp nhất là nhóm tuổi 18 đến 39 tuổi. Độ tuổi trung bình này cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Kế Điệp là $43,96 \pm 16,27$ tuổi [2] và tương đồng với tuổi trung bình của người bệnh được báo cáo bởi tác giả Nguyễn Thị Bạch Dương là $54,06 \pm 9,14$ [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thu cho thấy khả năng mắc giãn cơ tồn dư ở nhóm trên 50 tuổi cao hơn gấp 5,73 lần so với nhóm còn lại với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ [4]. Trong nghiên cứu này, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới với 56,4% (Bảng 1). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Đoàn Minh Nhựt [5]. Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu này là $22,3 \pm 3,9$ (kg/m^2). Trong đó, đa số người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường, có 9,1% người bệnh có thể trạng gầy và 14,5% người bệnh thừa cân, béo phì.

Nhóm bệnh về gan mật chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,5%, nhóm bệnh thấp nhất là phẫu thuật về tụy có 7,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $115,3 \pm 70,8$ phút, phẫu thuật có thời gian dài nhất là 330 phút và ngắn nhất là 30 phút. Tác giả Murphy chỉ ra rằng thời gian gây mê là yếu tố ảnh hưởng tới mức độ tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật [6]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Thu cho thấy thời gian gây mê từ 3 giờ trở lên làm tăng nguy cơ tồn dư giãn cơ gấp 5,21 lần cho với thời gian gây mê dưới 3 giờ ($p < 0,05$) [4]. Thời gian gây mê kéo dài thường liên quan đến vấn đề tích lũy liều thuốc giãn cơ. Trên lâm sàng, khi thời gian gây mê dài ra thì thường phải sử dụng thêm liều lặp lại của thuốc giãn cơ, việc nhắc lại liều thuốc có thể sẽ làm

ảnh hưởng tới việc tích lũy thuốc trong các khoang hay mô mỡ. Nhìn chung, các thuốc giãn cơ đã được chứng minh là có khả năng tích lũy theo liều dùng [7].

Thuốc giãn cơ trong mổ được sử dụng trong nghiên cứu này là Rocunium với liều thuốc trung bình là $56,8 \pm 15,9\text{mg}$, người bệnh sử dụng ít thuốc giãn cơ nhất là 30mg và nhiều nhất là 120mg. Liều thuốc giãn cơ trung bình của trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của tác giả Đoàn Minh Nhựt [5] và tác giả Trịnh Kế Điệp [2] với liều trung bình của Rocuronium là 44,3mg. Sở dĩ liều giãn cơ trong nghiên cứu của chúng tôi có sự biến thiên lớn và cao hơn nghiên cứu của tác giả Trịnh Kế Điệp và Đoàn Minh Nhựt là do những trường hợp người bệnh phẫu thuật trong thời gian ngắn 30 phút chỉ sử dụng rất ít giãn cơ và đồng thời không nhắc lại giãn cơ trong mổ; mặt khác những trường hợp người bệnh có thời gian phẫu thuật lên tới 330 phút cần sử dụng rất nhiều thuốc giãn cơ hơn và nhắc lại nhiều lần giãn cơ trong mổ, bên cạnh đó phẫu thuật này đòi hỏi sử dụng nhiều thuốc giãn cơ hơn nhằm tạo phẫu trường tốt cho phẫu thuật viên thực hiện quá trình phẫu thuật vùng bụng.

4.2. Tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật tại các thời điểm. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tồn dư giãn cơ cao nhất sau mổ tại thời điểm sau rút nội khí quản 2 phút là 35,5%, sau đó giảm dần qua các thời điểm 5 phút, 10 phút, 15 phút, 30 phút và 60 phút lần lượt là 25,5%; 16,4%; 10,9%; 2,7% và 0,9%. Cho đến khi 90 phút đã không còn tồn dư giãn cơ. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Kế Điệp với tồn dư sau rút ống nội khí quản 2 phút, 5 phút, 10 phút lần lượt là 20,7%; 13,7%; 7,8%; tuy nhiên tại thời điểm sau rút ống nội khí quản 30 phút, 60 phút và 90 phút thì có sự tương đồng với báo cáo của tác giả Trịnh Kế Điệp [2]. Trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Minh Nhựt về tồn dư giãn cơ trên người bệnh sau phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi cho thấy tỷ lệ tồn dư cao hơn trong nghiên cứu này, ở các thời điểm sau rút ống nội khí quản 10 phút, 15 phút, 30 phút, 60 phút và 90 phút lần lượt là: 39,58%; 21,88%; 15,62%; 6,25% và 2,08% [5]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bạch Dương năm 2017 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trên người bệnh phẫu thuật nội soi ổ bụng báo cáo rằng, tỷ lệ tồn dư giãn cơ là 36,67% ngay sau rút nội khí quản, tỷ lệ này giảm dần nhưng vẫn còn 13,13% người bệnh tồn dư giãn cơ sau 30 phút [3].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy, yếu tố thừa cân béo phì có

mỗi liên quan với tỷ lệ tồn dư giãn cơ ở thời điểm sau rút ống nội khí quản 15 phút với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nghiên cứu của Đoàn Minh Nhựt cũng chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố thừa cân béo phì với tỷ lệ tồn dư giãn cơ ở 2 thời điểm là nhập hồi tỉnh và rút nội khí quản ($p < 0,05$). Tại thời điểm nhập hồi tỉnh, tỷ lệ tồn dư giãn cơ ở người bệnh thừa cân béo phì cao hơn gấp 1,65 lần so với người bệnh bình thường. Tương tự, người bệnh gặp tình trạng thừa cân béo phì có tỷ lệ tồn dư giãn cơ khi rút ống nội khí quản cao hơn gấp 1,87 lần so với người bệnh bình thường [5].

Tỷ lệ người bệnh không phải nhắc lại liều giãn cơ trong mổ chiếm tỷ lệ 44,5% và tỷ lệ có nhắc lại giãn cơ là 54,5% đã được chúng tôi báo cáo. Và kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tồn dư giãn cơ với việc người bệnh có lặp lại thuốc giãn cơ với $p < 0,05$; ở tại thời điểm sau rút ống nội khí quản 2 phút, 5 phút và 10 phút, tỷ lệ người bệnh tồn dư giãn cơ có lặp lại thuốc giãn cơ cao hơn so với người bệnh không lặp lại thuốc giãn cơ. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Minh Nhựt, tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lặp lại thuốc giãn cơ và tồn dư giãn cơ ($p < 0,05$) ở tại thời điểm nhập hồi tỉnh và rút ống nội khí quản [5].

V. KẾT LUẬN

Qua thu thập số liệu trên 110 người bệnh phẫu thuật vùng bụng tại khoa Gây mê II, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả cho thấy, tỷ lệ

tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật vùng bụng cao nhất tại 2 thời điểm sau khi rút nội khí quản 2 phút và 5 phút là: 35,5% và 25,5%. Sau đó sẽ giảm dần tại các thời điểm 10 phút, 15 phút, 30 phút, 60 phút với tỷ lệ tồn dư giãn cơ lần lượt là: 16,4%; 10,9%; 2,7% và 0,9%. Thời điểm 90 phút sau rút ống nội khí quản, không ghi nhận trường hợp còn tồn dư giãn cơ. Số lần nhắc lại thuốc giãn cơ trong mổ và yếu tố béo phì có mối liên quan với tồn dư thuốc giãn cơ sau phẫu thuật với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beaussier M. and Boughaba M.A.** (2005). [Residual neuromuscular blockade]. Ann Fr Anesth Reanim, 24(10), 1266–1274.
2. **Trịnh Kế Điệp.** Đánh giá tỷ lệ tồn dư giãn cơ Rocuronium sau mổ bằng máy TOF Scan.
3. **Nguyễn Thị Bạch Dương.** So sánh tỷ lệ tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở nhóm bệnh nhân có hoặc không được theo dõi bằng máy TOF WATCH.
4. **Nguyễn Thị Minh Thu** (2012). "Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng giãn cơ tồn dư của vecuronium và hiệu quả giải giãn cơ của Neostigmine". Luận án Tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Khoa Học Y - Dược Lâm Sàng 108, Hà Nội.
5. **Đoàn Minh Nhựt.** So sánh dấu hiệu lâm sàng và chỉ số TOF trong đánh giá tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.
6. **Murphy G.S., Szokol J.W., Avram M.J., et al.** (2015). Residual Neuromuscular Block in the Elderly: Incidence and Clinical Implications. Anesthesiology, 123(6), 1322–1336.
7. **Bùi Hạnh Tâm.** Nghiên cứu ảnh hưởng lên giãn cơ tồn dư của rocuronium tiêm ngắt quãng hoặc truyền liên tục trong phẫu thuật nội soi ổ bụng kéo dài.

VAI TRÒ CỦA NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRONG PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ PHỔI

Lê Hoàn^{1,2}, Trần Ngọc Minh^{1,2}, Nguyễn Thị Như Quỳnh²,
Nguyễn Đông Dương², Đỗ Thu Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét vai trò của nhuộm hóa mô miễn dịch trong phân loại mô bệnh học của ung thư phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 142 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi

nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Ung thư biểu mô tuyến chiếm 85,9%; ung thư biểu mô vảy chiếm 8,5%; ung thư biểu mô tế bào nhỏ chiếm 4,2% và các loại khác là 1,4%. Nhuộm hóa mô miễn dịch được thực hiện trên 40/142 trường hợp, trong đó: ung thư biểu mô tuyến dương tính với TTF1 trong 22/22 (100%) và Napsin A trong 19/22 (86,4%) trường hợp; ung thư biểu mô tế bào vảy cho thấy dương tính với p40 ở 10/10 (100%) trường hợp; các dấu ấn thần kinh nội tiết đều dương tính trong tất cả các ung thư biểu mô tế bào nhỏ. **Kết luận:** Nhuộm hóa mô miễn dịch giúp định tính mô bệnh học ung thư phổi trong những trường hợp nhuộm Hematoxylin- Eosin chưa xác định được. **Từ khóa:** Ung thư phổi, nhuộm hóa mô miễn dịch

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàn

Email: lehoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024