

3. **Cerrati, E.W. and S.H. Dayan**, Association of Increasing Nasal Tip Projection With Lip Position in Primary Rhinoplasty. *JAMA Facial Plast Surg*, 2017. 19(4): p. 323-326.
4. **Suhk, J., J. Park, and A.H. Nguyen**, Nasal Analysis and Anatomy: Anthropometric Proportional Assessment in Asians-Aesthetic Balance from Forehead to Chin, Part I. *Semin Plast Surg*, 2015. 29(4): p. 219-25.
5. **Koc, O., et al.**, Comprehensive analysis of alar base inclination and lip line cant following orthognathic correction of maxillomandibular asymmetry: A retrospective study. *J Craniomaxillofac Surg*, 2024. 52(11): p. 1293-1298.
6. **Jin, L., et al.**, An Innovative method for intraoperative guidance of nasal shape in rhinoplasty: Application of a convenient, sterilizable, patient-specific film model. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2023. 84: p. 634-641.
7. **Atakan, A. and A.A. Ozcirpici**, Correlation between cephalometric nasal changes and patients' perception after orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2021. 159(6): p. e449-e460.
8. **Worasakwutiphong, S., et al.**, Nasal changes after orthognathic surgery for patients with prognathism and Class III malocclusion: analysis using three-dimensional photogrammetry. *J Formos Med Assoc*, 2015. 114(2): p. 112-23.
9. **Dantas, W.R., et al.**, Evaluation of the nasal shape after orthognathic surgery. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2015. 81(1): p. 19-23.

VAI TRÒ CỦA ĐỘ PHÂN BỐ KÍCH THƯỚC BẠCH CẦU ĐƠN NHÂN Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Phan Văn Mạnh^{1,2}, Nguyễn Quang Trung², Thân Mạnh Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu; lấy mẫu thuận tiện. Bệnh nhân được phân thành các nhóm theo phân độ sốt xuất huyết Dengue của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009. **Kết quả:** 97 bệnh nhân trong đó nam chiếm tỷ lệ 61,9%, tuổi trung bình là $38,8 \pm 12,5$. Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân có sự khác biệt giữa ba nhóm sốt xuất huyết Dengue, sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết Dengue nặng vào các ngày thứ 4, thứ 5 và thứ 6 của bệnh. Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân ngày thứ 4 lớn hơn 27,65 (có độ nhạy 91,7% và độ đặc hiệu 61,5%) có ý nghĩa dự đoán bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và nặng. **Kết luận:** Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân là một yếu tố tiên lượng, dự đoán nguy cơ mắc sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết Dengue nặng.

Từ khóa: sốt xuất huyết Dengue, độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân, MDW

SUMMARY

**ROLE OF MONOCYTE DISTRIBUTION
WIDTH IN PATIENTS WITH DENGUE FEVER
ADMITTED TO THE NATIONAL HOSPITAL
FOR TROPICAL DISEASES**

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung,

Email: quangtrung58md@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

Objectives: To evaluate the role of monocyte distribution width in patients with Dengue fever. **Subjects and methods:** retrospective descriptive study; convenience sampling. Patients were divided into groups according to the 2009 WHO Dengue fever classification. **Results:** Of 97 patients, 61.9% were male, with an average age of 38.8 ± 12.5 . Monocyte distribution width differed among the three groups of dengue without warning signs, dengue with warning signs, and severe dengue on days 4, 5, and 6 of the illness. Monocyte distribution width on day 4 was greater than 27.65 (with a sensitivity of 91.7% and a specificity of 61.5%), which was significant in predicting patients with dengue with warning signs and severe dengue. **Conclusion:** Monocyte distribution width is a prognostic factor, predicting the risk of dengue with warning signs and severe dengue.

Keywords: Dengue fever, monocyte distribution width, MDW

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết (SXH) Dengue là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm do virus Dengue (với bốn type huyết thanh từ DENV 1 đến 4) gây ra, lây truyền chủ yếu qua trung gian muỗi *Aedes aegypti* (và ít hơn là *Ae. albopictus*). Tỷ lệ mắc bệnh, phạm vi lưu hành và gánh nặng bệnh tật của SXH Dengue đã gia tăng đáng kể trong nhiều năm qua trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, SXH Dengue ảnh hưởng đến hầu hết các tỉnh thành trong cả nước và sau một vài năm lại có một đợt bùng phát nghiêm trọng.¹

Tế bào đơn nhân (tế bào mono) gần đây đã được xác định là một trong các tế bào đích chính của virus Dengue khi xâm nhập cơ thể người

bệnh. Loại tế bào này đóng vai trò kếp, vừa sản xuất các cytokine và chemokine tiền viêm khác nhau để đáp ứng với nhiễm trùng, đồng thời cũng làm trung gian gây tổn thương nội mô, góp phần quan trọng vào cơ chế bệnh sinh của SXH Dengue.² Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân (MDW) là một thành phần của xét nghiệm công thức máu toàn phần, được phát hiện bằng các máy phân tích huyết học hiện đại, phản ánh sự thay đổi về thể tích tế bào mono để đáp ứng với các tín hiệu tiền viêm từ các vi sinh vật gây bệnh. MDW đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) chấp thuận là một dấu ấn sinh học mới, giúp nhận biết sớm tình trạng sepsis vào năm 2019. Tuy nhiên, vai trò của MDW trong SXH Dengue chưa được nghiên cứu nhiều. Tại Việt Nam, theo hiểu biết của chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện đánh giá vai trò của MDW ở bệnh nhân SXH Dengue. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu vai trò của MDW đối với bệnh SXH Dengue.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (a) tuổi ≥ 18 , (b) là ca bệnh lâm sàng SXH Dengue (sống /đi đến vùng lưu hành SXH Dengue kèm theo sốt và có 2 trong các tiêu chí sau: buồn nôn, nôn; phát ban; đau nhức; nghiệm pháp dây thắt dương tính; giảm bạch cầu; bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào) và có một trong các xét nghiệm khẳng định virus Dengue: kháng nguyên NS1 dương tính và/hoặc kháng thể Dengue IgM dương tính và/hoặc phản ứng chuỗi polymerase (PCR) dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: (a) có bệnh lý nền hoặc đang điều trị các thuốc/thực phẩm chức năng/thuốc nam, (b) đồng nhiễm các tình trạng nhiễm trùng khác (cúm, COVID-19, đồng nhiễm vi khuẩn hoặc nấm...), (c) Thông tin bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: Chúng tôi sử dụng phân độ SXH Dengue theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2009 để chia đối

tượng nghiên cứu thành các nhóm:³

- SXH Dengue.

- SXH Dengue có dấu hiệu cảnh báo (DHCB): đau bụng hoặc đau khi ấn; nôn dai dẳng; tràn dịch trên lâm sàng; xuất huyết niêm mạc; lừ đừ, vật vã; gan to >2 cm; xét nghiệm: hematocrit tăng đồng thời với số lượng tiểu cầu giảm nhanh.

- SXH Dengue nặng: (1) Thoát huyết tương nghiêm trọng dẫn đến: sốc, tràn dịch gây suy hô hấp; (2) Xuất huyết nặng: theo đánh giá của bác sĩ lâm sàng; (3) Suy tạng nặng: gan: AST hoặc ALT ≥ 1000 , thần kinh trung ương: giảm ý thức, tim và các cơ quan khác.

Kỹ thuật xét nghiệm sử dụng trong nghiên cứu: Các chỉ số huyết học được thực hiện trên máy xét nghiệm huyết học DxH 690T của hãng Beckman Coulter/Hoa Kỳ; xét nghiệm sinh hóa được xét nghiệm trên các máy AU480, AU680 của hãng Beckman Coulter/Hoa Kỳ.

Thu thập và xử lý số liệu: thông tin từ hồ sơ bệnh án được thu thập bằng mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn, số liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, các thông tin được bảo mật và mã hóa, số liệu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 97 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=97)

Đặc điểm	n (%) hoặc $\bar{x} \pm SD$ (GTNN-GTLN)
Giới: Nam	60 (61,9)
Nữ	37 (38,1)
Tuổi	38,8 \pm 12,5 (18-73)
18 – 40 tuổi	60 (61,9)
41 – 60 tuổi	32 (33,0)
> 60 tuổi	5 (5,1)
Phân độ SXH Dengue	
SXH Dengue	31 (32,0)
SXH Dengue có DHCB	55 (56,7)
SXH Dengue nặng	11 (11,3)

Tỷ lệ nam/nữ là 1,62. Tuổi trung bình là 38,8 \pm 12,5, trong đó nhóm 18 – 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (61,9%). Tỷ lệ ba nhóm SXH Dengue, SXH Dengue có DHCB và SXH Dengue nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 32%, 56,7% và 11,3%.

Bảng 2. Đặc điểm độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân (MDW) ở các nhóm phân độ SXH Dengue

Ngày bệnh	MDW (n / Trung vị, (GTNN-GTLN))			p*
	SXH Dengue	SXH Dengue có DHCB	SXH Dengue nặng	
Ngày thứ 3 (N=16)	9/30,22	6/30,495	1/45,19	0,214

	(24,65–40,19)	(25,89–37,64)		
Ngày thứ 4 (N=37)	13/26,77 (23,92–33,58)	19/32,23 (24,18–38,91)	5/30,56 (28,43–48,75)	0,003
Ngày thứ 5 (N=72)	25/28,02 (23,85–47,14)	41/32,18 (24,03–41,85)	6/36,57 (27,78–40,78)	0,038
Ngày thứ 6 (N=79)	24/33,49 (25,41–46,11)	46/34,86 (25,00–44,06)	9/38,26 (33,00–46,86)	0,042
Ngày thứ 7 (N=79)	22/35,52 (25,16–43,39)	47/35,93 (27,60–46,73)	10/36,155 (27,11–44,96)	0,862
Ngày thứ 8 (N=76)	26/33,17 (22,19–45,34)	41/34,25 (21,51–40,16)	9/32,87 (28,10–40,89)	0,660
Ngày thứ 9 (N=67)	22/29,935 (20,99–38,80)	40/27,775 (17,85–39,57)	5/26,99 (24,69–33,82)	0,473
Ngày thứ 10 (N=36)	9/23,07 (18,14–28,36)	21/23,70 (19,60–31,61)	6/23,45 (20,79–25,12)	0,671
Ngày thứ 11 (N=19)	5/24,46 (17,03–26,34)	10/24,375 (19,01–27,66)	4/23,10 (21,49–23,45)	0,375

*Kiểm định Kruskal-Wallis

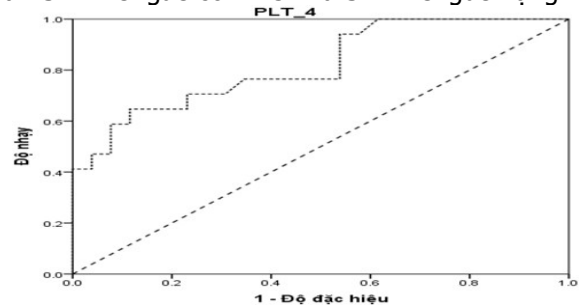
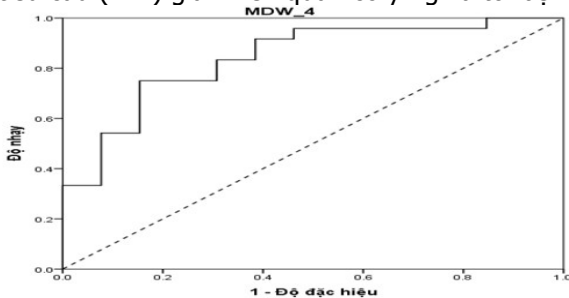
Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân (MDW) ngày thứ 4, thứ 5 và thứ 6 có sự khác biệt giữa ba nhóm SXH Dengue, SXH Dengue có DHCB và SXH Dengue nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm một số chỉ số ngày thứ 4 ở các nhóm phân độ SXH Dengue

Chỉ số	MDW (n/Trung vị, (GTNN-GTLN))		p*
	SXH Dengue	SXH Dengue có DHCB và nặng	
MDW	13/26,77 (23,92 – 33,58)	24/31,70 (24,18 – 48,75)	0,001
HGB (g/L)	17/142 (110 – 166)	26/146,5 (116 – 191)	0,765
HCT (L/L)	17/0,415 (0,328 – 0,477)	26/0,424 (0,336 – 0,578)	0,872
WBC (G/L)	17/2,8 (1,5 – 4,6)	26/2,7 (1,2 – 6,4)	0,542
NEUT (G/L)	17/1,5 (0,7 – 3,5)	26/1,65 (0,8 – 3,7)	0,319
%NEUT (%)	17/60 (32,3 – 75)	26/60,55 (38,4 – 88,6)	0,593
LYM (G/L)	17/0,8 (0,4 – 1,7)	26/0,75 (0,3 – 1,9)	0,950
%LYM (%)	17/29,2 (18,1 – 49,2)	26/25,7 (8,2 – 42,5)	0,593
MONO (G/L)	17/0,3 (0,2 – 0,6)	26/0,3 (0,1 – 2,0)	0,970
%MONO (%)	17/12,8 (6,2 – 19,1)	26/10,85 (2,8 – 31,0)	0,518
PLT (G/L)	17/100 (35 – 151)	26/62 (9 – 118)	<0,001
NLR	17/1,99 (0,66 – 4,14)	26/2,22 (0,95 – 10,80)	0,602
AST (U/L)	4/72 (52 – 125)	14/99 (48 – 273)	0,265
ALT (U/L)	4/54,5 (41 – 105)	14/57 (25 – 203)	0,832
Creatinin (μmol/L)	4/83 (74 – 90)	14/74,5 (50 – 99)	0,265
Ure (mmol/L)	4/4,35 (2,6 – 6,2)	14/3,6 (2,5 – 8,5)	0,915
CRP (mg/L)	4/2,2 (1,5 – 18)	14/4,8 (1,1 – 38,1)	0,336
Điểm SOFA	10/2 (1 – 3)	18/2,5 (1 – 4)	0,108

*Kiểm định Kruskal-Wallis

Vào ngày thứ 4 của bệnh, độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân (MDW) tăng và số lượng tiểu cầu (PLT) giảm liên quan có ý nghĩa tới bệnh nhân SXH Dengue có DHCB và SXH Dengue nặng.



Chỉ số	AUC	p	95%CI	Điểm cắt tối ưu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
MDW_4	0,840	0,001	0,705 – 0,974	27,65	0,917	0,615
PLT_4	0,819	<0,001	0,690 – 0,948	91	0,647	0,885

Biểu đồ 1. Đường cong ROC độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân (MDW) và số lượng tiểu cầu (PLT) vào ngày thứ 4 của bệnh dự đoán SXH Dengue có DHCB và nặng

Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân ngày thứ 4 (MDW_4) và số lượng tiểu cầu ngày thứ 4 (PLT_4) có giá trị dự đoán với SXH Dengue có DHCB và nặng. Điểm cắt tối ưu của MDW_4 là 27,65 cho phép dự đoán SXH Dengue có DHCB và nặng với độ nhạy 91,7% và độ đặc hiệu 61,5%. Với điểm cắt tối ưu là 91 G/L, PLT_4 có độ nhạy 64,7% và độ đặc hiệu 88,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $38,8 \pm 12,5$ (tuổi) với nhóm tuổi 18 – 40 chiếm đa số (61,9%). Đặc điểm độ tuổi này cũng tương tự như nghiên cứu của Bùi Vũ Huy và cộng sự trong vụ dịch sốt xuất huyết Dengue ở người lớn năm 2017 với 76,4% bệnh nhân dưới 40 tuổi.¹ Nghiên cứu của chúng tôi đã loại trừ các bệnh nhân có bệnh lý nền do đó nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chỉ chiếm tỷ lệ 5,1%. Về sự phân bố giới tính, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,62/1. Điều này có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam khi tỷ lệ nam/nữ gần tương đương với nhau.^{1,4}

MDW là một chỉ số tin cậy để dự đoán sớm tình trạng sepsis.⁵ MDW cũng là một giá trị giúp tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sepsis.⁶ Trong hai nghiên cứu gần đây, MDW đã được xác định là một thông số giúp dự báo sốt xuất huyết Dengue. Nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm tại Thái Lan của Poottasane N. và cộng sự tiến hành trên 431 bệnh nhân người lớn sốt cấp tính thấy rằng MDW cao hơn đáng kể ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue so với nhóm không sốt xuất huyết Dengue (trung vị là 29,7 so với 24,2; $p < 0,001$).⁷ Nghiên cứu của Shrivastava V. và cộng sự tại Ấn Độ xác định MDW với điểm cắt tối ưu 24.791 với độ nhạy 66% và độ đặc hiệu 55,6% có giá trị dự đoán SXH Dengue so với không SXH Dengue.⁸

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân người lớn khỏe mạnh mắc SXH Dengue. Chúng tôi phân loại thành ba nhóm theo phân độ của WHO năm 2009. Kết quả từ Bảng 2 cho

thấy MDW giữa ba nhóm SXH Dengue, SXH Dengue có DHCB và SXH Dengue nặng có sự khác biệt có ý nghĩa ở ngày thứ 4, 5 và 6. Trong nghiên cứu của Poottasane N. và cộng sự, chỉ số MDW chỉ được lấy tại một thời điểm ban đầu của sốt cấp tính, khi phân nhóm bệnh nhân theo phân loại SXH Dengue của WHO 1997 (gồm 3 nhóm: sốt Dengue, sốt xuất huyết Dengue và hội chứng sốc Dengue), các tác giả thấy MDW có liên quan đến mức độ nghiêm trọng của bệnh; tuy nhiên khi phân nhóm bệnh nhân theo phân loại SXH Dengue của WHO 2009 (gồm 3 nhóm: Dengue, Dengue có DHCB và Dengue nặng) không cho thấy mối tương quan tương tự.⁷ Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi MDW không có sự khác biệt giữa 3 nhóm trong ngày thứ 3 của bệnh.

Khi so sánh một số chỉ số huyết học và hóa sinh ở ngày thứ 4 giữa hai nhóm SXH Dengue và nhóm SXH Dengue có DHCB và nặng, chúng tôi nhận thấy chỉ có MDW và số lượng tiểu cầu (PLT) là có sự khác biệt có ý nghĩa (Bảng 3). Số lượng tiểu cầu giảm cũng được xác định là một chỉ số tiên lượng bệnh nặng trong nghiên cứu của Bùi Vũ Huy và cộng sự.⁴ Sử dụng đường cong ROC, chúng tôi xác định được MDW ngày thứ 4 tăng với điểm cắt tối ưu là 27,65 (độ nhạy 91,7% và độ đặc hiệu 61,5%) cho phép dự đoán SXH Dengue có DHCB và nặng (Biểu đồ 1).

V. KẾT LUẬN

Độ phân bố kích thước bạch cầu đơn nhân (MDW) $>27,65$ giúp dự đoán nguy cơ SXH Dengue có DHCB và SXH Dengue nặng với độ nhạy 91,7% và độ đặc hiệu 61,5%. MDW có thể sử dụng như một yếu tố tiên lượng trong bệnh SXH Dengue mà không tốn thêm chi phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huy BV, Hoa LNM, Thuy DT, et al. Epidemiological and Clinical Features of Dengue Infection in Adults in the 2017 Outbreak in Vietnam. *Biomed Res Int.* 2019;2019:3085827. doi:10.1155/2019/3085827
2. Wan SW, Wu-Hsieh BA, Lin YS, Chen WY, Huang Y, Anderson R. The monocyte-macrophage-mast cell axis in dengue pathogenesis. *J Biomed Sci.* 2018;25(1):77. doi:10.1186/s12929-018-0482-9
3. World Health Organization (2009). Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: new edition. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44188>
4. Huy BV, Toan NV. Prognostic indicators associated with progresses of severe dengue. *PLoS One.* 2022;17(1):e0262096. doi:10.1371/journal.pone.0262096
5. Malinowska A, Herrried B, Lin A, et al. Monocyte Distribution Width as a Diagnostic

- Marker for Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest*. 2023;164(1):101-113. doi:10.1016/j.chest.2022.12.049
6. **Theodoridis D, Tsifi A, Magiorkinis E, et al.** The Role of Monocyte Distribution Width (MDW) in the Prediction of Death in Adult Patients with Sepsis. *Microorganisms*. 2025;13(2):427. doi:10.3390/microorganisms13020427
7. **Poottasane N, Phornprasitsaeng P, Onthong Y, Sinthana T, Limvorapitak W.** Predictive Score for Dengue Infection with Complete Blood Count Parameters, Including the Monocyte Distribution Width: A Retrospective Single-Center Derivation and Validation Study. *Am J Trop Med Hyg*. 2023 Aug 28;109(4):926-932. doi:10.4269/ajtmh.23-0104.
8. **Shrivastava V, Ahmad S, Mittal G, Gupta V, Shirazi N, Kalra V.** Evaluation of haematological and volume, conductivity and scatter parameters of leucocytes for aetiological diagnosis of undifferentiated fevers. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2017;111(12):546-554. doi:10.1093/trstmh/try012

HIỆU QUẢ CỦA PHỐI HỢP BUPIVACAIN VỚI SUFENTANIL VÀ MORPHIN LIỀU THẤP TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG MỔ LẤY THAI Ở BỆNH VIỆN PHỤ SẢN CẦN THƠ

Nguyễn Huyền Thoại¹, Huỳnh Thanh Ngân², Ngô Duy Thái³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau sau mổ là vấn đề khiến sản phụ lo lắng hàng đầu khi trải qua cuộc mổ lấy thai. Sau khi sinh mổ, kiểm soát tốt đau sau mổ cho phép sản phụ phục hồi sớm, giảm biến chứng hô hấp, nguy cơ thuyên tắc và giúp ngăn ngừa trầm cảm sau sinh và đau mãn tính. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả vô cảm để mổ và giảm đau sau mổ khi dùng phối hợp Bupivacain 0,5% với sufentanil và morphin liều thấp trong gây tê tủy sống (GTTS) mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu gồm 311 sản phụ GTTS mổ lấy thai dùng phối hợp bupivacain 0,5% liều 8mg với sufentanil 25mcg và morphin 50mcg, tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ. Đánh giá thời gian tiềm phục, hiệu quả vô cảm trong mổ, thời gian giảm đau sau mổ, trọng lượng thuốc giảm đau cần dùng sau. **Kết quả:** Hiệu quả giảm đau tốt trong mổ là 100%. Thời gian tiềm phục trung bình là 3,5 ± 1,12 phút, nhanh nhất là 2 phút và chậm nhất là 9 phút. Thời gian phục hồi vận động là 116,88 ± 11,68 phút. Thời gian giảm đau sau mổ trong 24 giờ là 18,74 ± 3,17 giờ, hiệu quả giảm đau kéo dài > 24 giờ là 50,48%. Liều paracetamol trung bình trong nghiên cứu để giảm đau sau mổ là 0,63 gram, liều voltaren là 104,55 mg và không có nhu cầu sử dụng kevidol và morphin trong 24 giờ sau mổ. **Kết luận:** Gây tê tủy sống phối hợp Bupivacain 0,5% liều 8mg, Sufentanil 2,5 mcg, morphin 150 mcg để mổ lấy thai đảm bảo an toàn, không cần sử dụng liều thuốc tê lớn vẫn đạt hiệu quả vô cảm tốt trong mổ và kéo dài thời gian giảm đau sau mổ, kiểm soát đau tốt trong 24 giờ sau mổ.

Từ khóa: mổ lấy thai, gây tê tủy sống, morphin, sufentanil.

SUMMARY

EFFECT OF SPINAL ANAESTHESIA WITH THE ASSOCIATION OF BUPIVACAINE WITH SUFENTANIL AND LOW-DOSE MORPHINE FOR CESAREAN SECTION AT CAN THO OBSTETRICS GYNECOLOGY HOSPITAL

Background: Postoperative pain is the primary concern for pregnant undergoing a cesarean section. After a cesarean section, effective pain management allows for early recovery, reduces respiratory complications and the risk of thrombosis, and helps prevent postpartum depression and chronic pain. **Objective:** Evaluation of the Effectiveness of Anesthesia and Postoperative Pain Relief of Spinal Anesthesia for Cesarean Section Using Bupivacaine 0.5% in Combination with Sufentanil and Low-Dose Morphine. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study. 311 pregnant undergoing spinal anesthesia for a cesarean section Using Bupivacaine 0.5% 8mg in Combination with Sufentanil 25 mcg and Morphine 50 mcg, Can Tho Obstetrics Gynecology Hospital. Evaluate the onset time, intraoperative anesthetic effectiveness, duration of postoperative pain relief, and the amount of analgesic medication required afterward. **Results:** The intraoperative pain relief effectiveness was 100%. The average onset time was 3,5 ± 1,12 minutes, with the fastest being 2 minutes and the slowest 9 minutes. The recovery time of motor block was 116,88 ± 11,68 minutes. The duration of postoperative pain relief within 24 hours was 18,74 ± 3,17 hours, with prolonged pain relief lasting more than 24 hours in 50,48% of cases. The mean dose of Acetaminophen used for postoperative pain in the study was 0,63 grams, a single dose of Voltaren was 104,55 mg, and no Kevidol or morphine was required within 24 hours after surgery. **Conclusion:** Spinal anesthesia using Bupivacaine 0.5% 8mg in Combination with Sufentanil 25 mcg and Morphine 50 mcg for a cesarean section ensures safety, does not require large doses of anesthetics, intraoperative anesthetic effectiveness and prolongs postoperative pain relief with effective pain control

¹Trường Y Dược - Trường Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huyền Thoại

Email: nhthoai@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025