

vết hạch D2 là một phẫu thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng sau mổ rất thấp và đều là các biến chứng nhẹ, thời gian thực hiện miệng nối nhanh, đơn giản về kỹ thuật, tuy nhiên do số lượng bệnh nhân nghiên cứu nhỏ, thời gian theo dõi chưa nhiều cần theo dõi thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Park CG, Yang YS, Lee JM. T-shaped Modified Delta Anastomosis as a Simple Intracorporeal Gastroduodenostomy. J Minim Invasive Surg. 2018;21(2):57-64. doi:10.7602/jmis.2018.21.2.57
3. Kanaya S, Gomi T, Momoi H, et al. Delta-shaped anastomosis in totally laparoscopic Billroth I gastrectomy: new technique of intraabdominal gastroduodenostomy. Journal of the American College of Surgeons. Aug 2002;195(2):284-7. doi:10.1016/s1072-7515(02)01239-5
4. Omori T, Masuzawa T, Akamatsu H, Nishida T. A simple and safe method for Billroth I reconstruction in single-incision laparoscopic gastrectomy using a novel intracorporeal triangular anastomotic technique. Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. Mar 2014;18(3):613-6. doi:10.1007/s11605-013-2419-7
5. Tokuhara T, Nakata E, Higashino M. Intracorporeal linear-stapled gastroduodenostomy in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: Consideration of the intraoperative management of the duodenal wall between the transecting staple line and anastomotic staple line (Review). Oncology letters. Aug 2023;26(2):354. doi:10.3892/ol.2023.13940
6. Huang CM, Lin M, Lin JX, et al. Comparison of modified and conventional delta-shaped gastroduodenostomy in totally laparoscopic surgery. World journal of gastroenterology. Aug 14 2014;20(30): 10478-85. doi:10.3748/wjg.v20.i30.10478
7. Japanese Gastric Cancer A. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric cancer: official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. Jan 2023;26(1):1-25. doi:10.1007/s10120-022-01331-8
8. Nakanishi K, Kanda M, Ito S, et al. Propensity-score-matched analysis of a multi-institutional dataset to compare postoperative complications between Billroth I and Roux-en-Y reconstructions after distal gastrectomy. Gastric cancer: official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. Jul 2020;23(4):734-745. doi:10.1007/s10120-020-01048-6
9. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. The American journal of gastroenterology. Jan 1 2022;117(1): 27-56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538
10. Yanagimoto Y, Omori T. Comparison of the intracorporeal triangular and delta-shaped anastomotic techniques in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: an analysis with propensity score matching. Jun 2020; 34(6): 2445-2453. doi:10.1007/s00464-019-07025-0

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG HẠ THÂN NHIỆT CỦA PHƯƠNG PHÁP SƯỞI ẤM CHỦ ĐỘNG TRƯỚC PHẪU THUẬT LỚN VÙNG BỤNG

Phạm Huỳnh Ngân^{1,2}, Trần Lê Phương My², Thạch Thị Thuý²,
Trần Thị Bích Thuý², Phan Tôn Ngọc Vũ², Nguyễn Văn Chính¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh tỷ lệ và mức độ hạ thân nhiệt, thời gian và tốc độ phục hồi thân nhiệt ở người bệnh phẫu thuật lớn vùng bụng khi áp dụng phương pháp sưởi ấm chủ động bằng máy thổi hơi ấm kết hợp chăn bông so với chỉ cách nhiệt thụ động bằng chăn bông tại phòng tiền phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không ngẫu nhiên có nhóm chứng được thực

hiện trên 60 người bệnh phẫu thuật vùng bụng kéo dài trên 120 phút tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2024 đến 5/2025. Người bệnh được chia thành hai nhóm: nhóm chứng (n = 30) sử dụng chăn bông thụ động và nhóm can thiệp (n = 30) được sưởi ấm bằng máy thổi hơi ấm kết hợp chăn bông từ 10 – 30 phút tại phòng tiền phẫu. Thân nhiệt được đo bằng nhiệt kế hồng ngoại đo nhĩ trong suốt phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ hạ thân nhiệt ở nhóm can thiệp là 30%, thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng là 63,3% (p < 0,01). Các trường hợp hạ thân nhiệt đều ở mức độ nhẹ, không ghi nhận trường hợp nào ở mức độ trung bình hoặc nặng. Thân nhiệt trung bình tại mọi thời điểm từ sau khởi mê đến cuối cuộc mổ ở nhóm can thiệp đều cao hơn nhóm chứng (p < 0,01). Ngoài ra nhóm can thiệp còn cho thấy tốc độ và thời gian phục hồi thân nhiệt nhanh hơn, tỷ lệ run sau mổ thấp hơn (0% so với 25%). **Kết luận:** Sưởi ấm

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huỳnh Ngân

Email: ngan.ph@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 22.7.2025

chủ động bằng máy thổi hơi ấm tại phòng tiền phẫu giúp giảm tỷ lệ hạ thân nhiệt chu phẫu, duy trì thân nhiệt ổn định và cải thiện quá trình hồi phục sau mổ.

Từ khóa: Hạ thân nhiệt chu phẫu, sưởi ấm chủ động, gây mê toàn thân, máy thổi hơi ấm, phòng tiền phẫu, phẫu thuật vùng bụng.

SUMMARY

EFFICACY OF PREOPERATIVE ACTIVE WARMING IN THE PREVENTION OF INTRAOPERATIVE HYPOTHERMIA DURING MAJOR ABDOMINAL SURGERY

Purpose: To compare the incidence and severity of hypothermia, as well as the time and rate of postoperative rewarming in patients undergoing major abdominal surgery when applying preoperative active warming using a forced-air warming device combined with a cotton blanket versus passive insulation with only a cotton blanket in the preoperative area.

Materials and methods: This was a non-randomized controlled clinical trial involving 60 patients undergoing elective major abdominal surgery lasting over 120 minutes at the University Medical Center Ho Chi Minh City from November 2024 to May 2025. Patients were divided into two groups: the control group ($n = 30$) received passive warming with a cotton blanket, while the intervention group ($n = 30$) received active warming using a forced-air warming device combined with a cotton blanket for 10–30 minutes in the preoperative area. Tympanic temperature was measured using an infrared tympanic thermometer throughout the perioperative period.

Results: The incidence of hypothermia in the intervention group was 30%, significantly lower than 63.3% in the control group ($p < 0.01$). All hypothermic cases were classified as mild, with no cases of moderate or severe hypothermia were recorded. The mean intraoperative core temperatures at all time points after anesthesia induction until the end of surgery were consistently higher in the intervention group ($p < 0.01$). Additionally, the intervention group demonstrated a faster rewarming rate and a shorter rewarming time in the post-anesthesia care unit with no postoperative shivering observed (0% versus 25% in the control group).

Conclusion: Preoperative active warming using a forced-air device combined with a cotton blanket is effective in reducing the incidence and severity of intraoperative hypothermia, maintaining stable intraoperative core temperature and improving postoperative thermal recovery.

Keywords: Perioperative hypothermia, active warming, general anesthesia, forced-air warming, preoperative warming, abdominal surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Duy trì nhiệt độ trung tâm ổn định là một mục tiêu quan trọng trong chăm sóc gây mê phẫu thuật. Hạ thân nhiệt chu phẫu là một biến chứng thường gặp, đặc biệt trong các cuộc phẫu thuật lớn và kéo dài dưới gây mê toàn thân với tỷ lệ lên đến 50–70% ở các ca phẫu thuật bụng lớn. Hạ thân nhiệt gây nhiều hậu quả như rối

loạn đông máu, nhiễm trùng vết mổ, kéo dài thời gian hồi tỉnh và hồi phục sau mổ.

Các hiệp hội chuyên ngành trên thế giới hiện khuyến cáo thực hiện sưởi ấm chủ động từ giai đoạn tiền phẫu nhằm hạn chế mất nhiệt sớm. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy sưởi ấm bằng máy thổi hơi ấm tại phòng tiền phẫu trong 10–30 phút giúp làm giảm đáng kể tỷ lệ và mức độ hạ thân nhiệt. Tuy nhiên tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của sưởi ấm chủ động trước mổ còn rất hạn chế, đặc biệt ở người bệnh phẫu thuật lớn vùng bụng kéo dài. Do đó việc nghiên cứu và đánh giá hiệu quả dự phòng hạ thân nhiệt của phương pháp sưởi ấm chủ động tại phòng tiền phẫu là cần thiết. Từ các cơ sở trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Hiệu quả dự phòng hạ thân nhiệt của phương pháp sưởi ấm chủ động trước phẫu thuật lớn vùng bụng”. Mục tiêu nghiên cứu là:

1. So sánh tỷ lệ hạ thân nhiệt của nhóm sưởi ấm chủ động bằng máy thổi hơi ấm kết hợp chăn bông và nhóm chỉ cách nhiệt thụ động bằng chăn bông tại phòng tiền phẫu trên người bệnh phẫu thuật lớn vùng bụng.

2. So sánh mức độ hạ thân nhiệt, thời gian và tốc độ phục hồi thân nhiệt giữa 2 nhóm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật lớn vùng bụng với phương pháp mổ mở hoặc nội soi dưới gây mê toàn thân với thời gian kéo dài hơn 120 phút tại khoa Gây mê - Hồi sức, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh ≥ 18 tuổi được chỉ định phẫu thuật lớn vùng bụng bằng phương pháp mổ mở hoặc nội soi dưới gây mê toàn thân với thời gian phẫu thuật dự kiến hơn 120 phút. Tình trạng sức khỏe thuộc phân loại thể trạng ASA mức I–III.

Tiêu chuẩn loại trừ. Các trường hợp có sốt cao, rối loạn điều hòa thân nhiệt, sốt do nhiễm trùng, thân nhiệt $>38^\circ\text{C}$ trước mổ, các bệnh lý về tai, điều trị hạ thân nhiệt hoặc truyền máu trước/trong phẫu thuật và các trường hợp phẫu thuật cấp cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không ngẫu nhiên có nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Để ước tính cỡ mẫu chúng tôi sử dụng công thức so sánh 2 tỷ lệ. Theo nghiên cứu của Horn và cộng sự [6], tỉ lệ hạ thân nhiệt ở nhóm không sưởi ấm trước gây mê là 69%, tỉ lệ hạ thân nhiệt ở nhóm sưởi ấm chủ động trước

gây mê là 8,67%. Xác suất sai lầm loại I ($\alpha = 0,01$). Xác suất sai lầm loại II ($\beta = 0,05$).

$$\frac{[z_1 - \frac{\alpha}{2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

$$n_1 = n_2 \geq \frac{(p_2 - p_1)^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Từ đó tính được ít nhất 20 người bệnh mỗi nhóm. Chúng tôi chọn 30 người bệnh.

Biến số nghiên cứu: Biến số kết cục chính là tỷ lệ hạ thân nhiệt (nhiệt độ trung tâm $<36^\circ\text{C}$ tại bất kỳ thời điểm nào trong gây mê phẫu thuật) và mức độ hạ thân nhiệt (nhẹ: $35 - 35,9^\circ\text{C}$, trung bình: $34 - 34,9^\circ\text{C}$, nặng: dưới 34°C).

Biến số kết cục phụ gồm tốc độ hồi phục thân nhiệt (tốc độ tăng thân nhiệt của người bệnh sau khi có hạ thân nhiệt lúc vào phòng hồi tỉnh) và thời gian hồi phục thân nhiệt (tính từ lúc người bệnh vào phòng hồi tỉnh đến khi thân nhiệt $\geq 36^\circ\text{C}$).

Phương pháp thực hiện: Tất cả người bệnh sau khi chuyển vào phòng tiền phẫu đều được đo thân nhiệt sau 5 phút nghỉ ngơi. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch và sử dụng dịch truyền ở nhiệt độ phòng trong cả 2 nhóm. Nhóm chứng chỉ được đắp chăn bông thông thường, không dùng thiết bị sưởi. Nhóm can thiệp được sưởi ấm chủ động bằng máy thổi hơi ấm cài đặt ở mức 40°C kết hợp chăn bông trong 10–30 phút. Nếu người bệnh thấy nóng, nhiệt độ máy sưởi được giảm xuống 37°C .

Trước gây mê, tất cả người bệnh được đo thân nhiệt nhĩ bằng nhiệt kế hồng ngoại (Finicare FC-IR100) và ghi nhận số liệu. Nhiệt độ phòng mổ duy trì quanh mức 22°C . Dịch truyền và dịch rửa bụng được làm ấm đến 37°C . Trong mổ cả hai nhóm đều được duy trì sưởi ấm bằng máy thổi hơi ấm ở 40°C . Nếu phát hiện hạ thân nhiệt, nhiệt độ sưởi được điều chỉnh tăng lên 45°C . Nhiệt độ trung tâm $\geq 37^\circ\text{C}$ sẽ ngừng sưởi ấm. Thân nhiệt được đo mỗi 30 phút từ sau khởi mê đến kết thúc phẫu thuật. Sau mổ, người bệnh được theo dõi sinh hiệu và chuyển về phòng hồi tỉnh. Nếu nhiệt độ lúc ra khỏi phòng mổ $<36^\circ\text{C}$, người bệnh tiếp tục được sưởi ấm bằng máy thổi hơi ấm cho đến khi hồi phục thân nhiệt.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng SPSS phiên bản 25.0. Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$. Các biến số có phân phối bình thường được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, đối với biến số có phân phối không bình thường được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa 2 nhóm bằng phép kiểm Student hoặc phép kiểm phi tham số Mann–Whitney U với các biến định lượng. Đối với các

biến định tính thì được so sánh bằng phép kiểm chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 2126/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 28/8/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu và thu thập số liệu trên 60 người bệnh có chỉ định phẫu thuật lớn vùng bụng với thời gian kéo dài hơn 120 phút phù hợp với tiêu chuẩn của nghiên cứu tại khoa Gây mê - Hồi sức, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025.

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh trong hai nhóm nghiên cứu

Tên biến	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Tuổi (năm)*	$58,7 \pm 5,8$	$56,9 \pm 8,2$	0,8
≥ 60	16 (53,3)	17 (56,7)	0,8
Nam/Nữ	20/10	14/16	0,1
Cân nặng (kg)*	$58,4 \pm 9,2$	$59,2 \pm 10,7$	0,8
Chiều cao (cm)*	$161,0 \pm 5,8$	$158,5 \pm 8,1$	0,2
Phân loại BMI (kg/m^2)*	$22,25 \pm 0,85$	$22,42 \pm 0,75$	0,4
ASA †			
n (%)			
I	0 (0)	2 (6,7)	0,5
II	15 (50)	9 (30)	0,1
III	15 (50)	19 (63,3)	0,3

* Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn;

† Số người bệnh (%)

Bảng 2. Đặc điểm gây mê trong hai nhóm nghiên cứu

Tên biến	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Thời gian gây mê (phút)*	$312,6 \pm 40,0$	$302,5 \pm 41,35$	0,34
Tê ngoài màng cứng†	10 (33,3)	7 (23,3)	0,39
Tổng lượng dịch truyền trong mổ (ml)*	$1993,3 \pm 269,0$	$2013,3 \pm 335,0$	0,8
Thân nhiệt trước phẫu thuật ($^\circ\text{C}$)*	$36,70 \pm 0,18$	$36,64 \pm 0,19$	0,22
Nhiệt độ phòng ($^\circ\text{C}$)*	$21,71 \pm 0,18$	$21,70 \pm 0,19$	0,84
Tổng lượng dịch rửa bụng (ml)*	$2090,0 \pm 292,9$	$2203,3 \pm 281,0$	0,13

* Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn;

† Số người bệnh (%)

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật trong hai nhóm nghiên cứu

Tên biến	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Loại phẫu thuật †			
Cắt thủy gan	11 (36,7)	11 (36,7)	0,94
Cắt dạ dày	6 (20)	5 (16,7)	
Cắt đại tràng	7 (23,3)	7 (23,3)	
Cắt tụy	2 (6,7)	3 (10)	
Phẫu thuật khác	5 (16,7)	3 (10)	
Phương pháp phẫu thuật †			
Phẫu thuật mở	16 (53,3)	12 (40)	0,3
Phẫu thuật nội soi	14 (46,7)	18 (60)	
Thời gian phẫu thuật (phút) *	253,0±41,1	272,3±51,6	0,12

* Trung bình ± độ lệch chuẩn;
† Số người bệnh (%)

Nhận xét: Đặc điểm nhân khẩu học, thông số lâm sàng ban đầu về gây mê và phẫu thuật ở hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Tỷ lệ hạ thân nhiệt và mức độ hạ thân nhiệt trong phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

Tên biến	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Hạ thân nhiệt†	9 (30)	19 (63,3)	0,01
Nhẹ†	9 (100)	19 (100)	0,01
Trung bình†	0	0	
Nặng†	0	0	

† Số người bệnh (%)

Nhận xét: Tỷ lệ hạ thân nhiệt trong quá

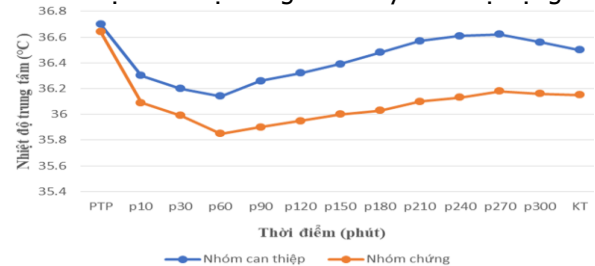
Bảng 5. Hậu quả sớm sau phẫu thuật của hạ thân nhiệt ở hai nhóm trong nghiên cứu

	Nhóm can thiệp (n=3)	Nhóm chứng (n=8)	p
Thân nhiệt lúc vào hồi tỉnh (°C)*	35,67 ± 0,15	35,58 ± 0,14	0,37
Thời gian hồi phục thân nhiệt (phút)*	36,7 ± 17,6	83,1 ± 18,5	0,02
Tốc độ hồi phục thân nhiệt (°C/30)*	0,28 ± 0,02	0,15 ± 0,02	‡
Tỷ lệ run †	0	25	0,49

* Trung bình ± độ lệch chuẩn; † Số người bệnh (%); ‡ $p < 0,01$

Nhận xét: Trong số 28 người bệnh có hạ thân nhiệt trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 trường hợp phục hồi thân nhiệt về mức bình thường vào thời điểm kết thúc phẫu thuật. Do đó, nghiên cứu ghi nhận 11 trường hợp hạ thân nhiệt tiếp tục được theo dõi tại phòng hồi tỉnh với 3 người bệnh ở nhóm can thiệp và 8 người bệnh ở nhóm chứng. So sánh giữa 2 nhóm nghiên cứu chúng tôi thấy thời gian phục hồi thân nhiệt về bình thường và tốc độ hồi phục thân nhiệt ở nhóm sử dụng máy thổi hơi ẩm kết hợp với chăn bông nhanh hơn so với nhóm chỉ đắp chăn bông thụ động và có ý nghĩa thống kê

trình gây mê phẫu thuật ở nhóm can thiệp là 30%, trong khi ở nhóm chứng là 63,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Tất cả các trường hợp hạ thân nhiệt trong hai nhóm đều ở mức độ nhẹ. Không ghi nhận trường hợp hạ thân nhiệt mức độ trung bình hay mức độ nặng.

**Hình 1. Sự thay đổi thân nhiệt theo thời gian của hai nhóm trong nghiên cứu**

PTP: Phòng tiền phẫu; KT: Kết thúc phẫu thuật

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiệt độ trung tâm trung bình ban đầu là 36,7°C. Trong 60 phút đầu tiên sau khởi mê, thân nhiệt giảm nhẹ xuống mức thấp nhất là 36,14°C, chênh lệch so với mức nhiệt nền ban đầu là 0,56°C. Tuy nhiên, thân nhiệt có xu hướng phục hồi rõ rệt sau đó với 36,26°C tại phút 90, 36,32°C tại phút 120 và đạt 36,50°C khi kết thúc phẫu thuật. Trong khi đó nhiệt độ trung tâm ở nhóm chứng giảm khoảng 0,79°C (từ 36,64°C còn 35,85°C) trong một giờ đầu sau khởi mê. Sau thời điểm này thì thân nhiệt trung tâm nhóm chứng có xu hướng hạ nhẹ và phục hồi chậm, lần lượt với các chỉ số 35,95°C tại phút 120, 36,13°C tại phút 240 và 36,15°C vào cuối cuộc mổ.

IV. BÀN LUẬN

Về tỷ lệ hạ thân nhiệt, nghiên cứu của Horn [6] trên các loại phẫu thuật tự chọn ghi nhận tỷ lệ hạ thân nhiệt ở nhóm không được sưởi ấm trước là 69%, trong khi các nhóm được sưởi ấm từ 10, 20, 30 phút có tỷ lệ hạ thân nhiệt dao động từ 6% đến 13%. So với nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ hạ thân nhiệt trong nghiên cứu của Horn vẫn thấp hơn đáng kể. Nguyên

nhân có thể do thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của Horn dao động từ 30 – 90 phút, trong khi nghiên cứu của chúng tôi là các ca phẫu thuật kéo dài với thời gian trung bình $253,0 \pm 41,1$ phút ở nhóm can thiệp và $272,3 \pm 51,6$ phút ở nhóm chứng nên có thể gây mất nhiệt nhiều hơn. Ngoài ra, nghiên cứu của Becerra [5] trên người bệnh phẫu thuật nội soi tiết niệu cho thấy tỷ lệ hạ thân nhiệt sau mổ ở nhóm không sưởi ấm trước là 48,5%, trong khi ở nhóm được sưởi từ 5-15 phút là 33% và chỉ 18,2% ở nhóm được sưởi hơn 15 phút. Sự khác biệt so với chúng tôi có thể do phương pháp sưởi ấm tại phòng tiền phẫu của Becerra là sử dụng chăn chuyên dụng toàn thân để truyền khí nóng đều khắp bề mặt da, trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng chăn bông kết hợp máy thổi hơi ấm. Hiệu quả giữ ấm của chăn bông thông thường vẫn phụ thuộc vào khả năng cách nhiệt, không có khả năng chủ động truyền nhiệt vào cơ thể như chăn chuyên dụng. Đây có thể là một trong những lý do khiến tỷ lệ hạ thân nhiệt trong nhóm được sưởi ấm trước của chúng tôi (30%) vẫn cao hơn so với nhóm $P > 15$ trong nghiên cứu của Becerra (18,2%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp hạ thân nhiệt trong hai nhóm đều ở mức độ nhẹ. Không ghi nhận trường hợp hạ thân nhiệt mức độ trung bình hay mức độ nặng. Trong nghiên cứu của Phạm Đăng Tính [3], nhóm chứng có tỷ lệ hạ thân nhiệt mức độ nhẹ chiếm đa số với 90,5%, mức trung bình chiếm 9,5% và không có trường hợp nào hạ thân nhiệt mức độ nặng. Kết quả này có đôi chút khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do tất cả người bệnh trong nghiên cứu của tác giả đều được gây tê ngoài màng cứng kết hợp với gây mê toàn thân so với chỉ 23,3% và 33,3 % tổng số ca được kết hợp gây tê ngoài màng cứng ở nhóm chứng và nhóm can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra thì nghiên cứu của Phạm Thị Minh Thư [4] và Kao Nguyễn Mai Linh [2] cũng được báo cáo các mức hạ thân nhiệt nhẹ - trung bình - nặng lần lượt là 54,5%, 29,7%, 2,97% và 72,6%, 20,8% và 6,6%. Nguyên nhân có thể do các tác giả không chủ động sử dụng phương tiện sưởi ấm chủ động cho tất cả người bệnh. Tác giả Phạm Thị Minh Thư chỉ dùng khi người bệnh có hạ thân nhiệt $< 36^{\circ}\text{C}$ hoặc khi xảy ra hạ thân nhiệt nặng $< 34^{\circ}\text{C}$.

Khi so sánh tốc độ hồi phục thân nhiệt ở nhóm chứng của chúng tôi với các nghiên cứu khác, thời gian phục hồi thân nhiệt của chúng tôi là $(83,1 \pm 18,5)$ phút, tương đương với nghiên cứu của Phạm Đăng Tính [3] $(76 \pm 20,6)$ phút,

ngắn hơn nghiên cứu của Kao Nguyễn Mai Linh [2] là $132,8 \pm 64,5$ phút, Cao Phi Loan [1] là $141,2 \pm 66,5$ phút. Nghiên cứu của Phạm Đăng Tính có thời gian phục hồi thân nhiệt tương đương với nghiên cứu của chúng tôi có thể vì cả hai nghiên cứu đều sử dụng phương tiện sưởi ấm chủ động trong các giai đoạn trong phẫu thuật. Còn trong nghiên cứu của Kao Nguyễn Mai Linh và Cao Phi Loan có tỷ lệ sử dụng phương tiện sưởi ấm chủ động lần lượt là 22,2% và 31,8% nên có thể có thời gian phục hồi thân nhiệt chậm hơn chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận run sau phẫu thuật ở nhóm can thiệp chiếm tỷ lệ 0%, còn nhóm chứng là 25%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Kumar [7] là 57,6% ở nhóm chứng và 24,7% ở nhóm can thiệp. Tỷ lệ run sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm của tác giả đều cao hơn chúng tôi có thể bắt nguồn từ yếu tố nhiệt độ phòng mổ được duy trì ở mức $19,2 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$, thấp hơn so với nhiệt độ trung bình phòng mổ nghiên cứu của chúng tôi ($21,7^{\circ}\text{C}$). Ngoài ra có thể do tiêu chí đánh giá run trong nghiên cứu chi tiết hơn chúng tôi khi sử dụng thang phân độ từ 0 đến 3 để đánh giá run sau mổ. Với cách phân loại này thì các biểu hiện nhẹ cũng được ghi nhận từ đó dẫn đến tăng tỷ lệ run toàn phần. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận sự hiện diện có hay không của run nên tỷ lệ có thể thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Sưởi ấm chủ động bằng máy thổi hơi ấm kết hợp với chăn bông tại phòng tiền phẫu ở người bệnh phẫu thuật lớn vùng bụng giúp giảm 33,3% tỷ lệ hạ thân nhiệt trong suốt quá trình gây mê phẫu thuật. Ngoài ra phương pháp này còn giảm mức độ hạ thân nhiệt, tăng thời gian và tốc độ phục hồi thân nhiệt tại phòng hồi tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Phi Loan, Nguyễn Thị Thanh.** Khảo sát tỷ lệ hạ thân nhiệt trên bệnh nhân được gây mê tổng quát trong mổ mở ổ bụng. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2018;23(4):47-53.
2. **Kao Nguyễn Mai Linh, Nguyễn Thị Thanh.** Khảo sát tỷ lệ hạ thân nhiệt trên bệnh nhân gây mê - phẫu thuật nội soi vùng bụng. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2018;23(4):54-61.
3. **Phạm Đăng Tính, Phan Tôn Ngọc Vũ.** Khảo sát tỉ lệ hạ thân nhiệt ở người bệnh gây tê ngoài màng cứng trải qua phẫu thuật lớn vùng bụng. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(5):120-4.
4. **Phạm Thị Minh Thư, Lê Văn Long.** Khảo sát tỷ lệ hạ thân nhiệt và các yếu tố nguy cơ trong gây mê phẫu thuật ổ bụng. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2011;18(1):327-32.
5. **Becerra A, Valencia L, Villar J, Rodríguez-Pérez A.** Short-Periods of Pre-Warming in

- Laparoscopic Surgery. A Non-Randomized Clinical Trial Evaluating Current Clinical Practice. J Clin Med. 2021;10(5). Epub 20210303. doi: 10.3390/jcm10051047. PubMed PMID: 33802512; PubMed Central PMCID: PMC7959470.
6. **Horn EP, Bein B, Böhm R, Steinfath M, Sahli N, Höcker J.** The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of peri-operative hypothermia. Anaesthesia. 2012;67(6): 612-7. Epub 20120229. doi: 10.1111/j.1365-2044.2012.07073.x. PubMed PMID: 22376088.
7. **Kumar Amit, Lakhanpal Mahima, Kumar Ritesh.** Pre-Operative Forced Air Warming and In Preventing Incidence of Perioperative Hypothermia in Patients Undergoing General Anaesthesia- a Randomised Comparative Prospective Study. Journal of pharmaceutical negative results. 2022;13(SPECIAL ISSUE 06):160-5. doi: https://doi.org/10.47750/pnr. 2022. 13.S06.023.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trần Thị Phương Loan¹, Nhữ Đình Sơn¹, Nguyễn Quang Ân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm rối loạn trầm cảm và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhược cơ tại Bệnh viện Quân y 103. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 83 bệnh nhân nhược cơ điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 7/2024 đến tháng 4/2025. Chẩn đoán nhược cơ theo tiêu chuẩn của Nhật Bản (2022). Chẩn đoán rối loạn trầm cảm theo tiêu chuẩn DSM-5 và mức độ theo thang điểm Beck. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân nhược cơ là 45,78%, trong đó chủ yếu trầm cảm mức độ nhẹ và vừa. Các triệu chứng trầm cảm thường gặp nhất là mệt mỏi và giảm ngon miệng. Tỷ lệ trầm cảm cao liên quan có ý nghĩa với giới nữ, tiền sử có cơn nhược cơ, mức độ nặng của bệnh và sử dụng corticoid liều cao hơn. Không có sự khác biệt về tuổi, tuổi khởi phát và tiền sử phẫu thuật tuyến ức giữa nhóm có và không có trầm cảm. **Kết luận:** Trầm cảm là rối loạn khá thường gặp ở bệnh nhân nhược cơ. Mức độ nặng của bệnh, tiền sử có cơn nhược cơ, giới tính nữ cùng với sử dụng corticoid liều cao là những yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân nhược cơ. **Từ khóa:** Nhược cơ, rối loạn trầm cảm, Bệnh viện Quân y 103.

SUMMARY

A STUDY ON THE CHARACTERISTICS OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: To characterize depression and analyze their association with selected clinical features in patients with myasthenia gravis (MG) at the 103 Military Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 83 MG patients treated at 103 Military Hospital from July 2024 to April 2025. MG was diagnosed according to the Japanese

criteria (2022), and depression were identified based on the DSM-5 diagnostic criteria and the Beck Depression Inventory (BDI). **Results:** The prevalence of depression among MG patients was 45,78%, with mild to moderate depression being most common. The most frequently reported depressive symptoms were fatigue and loss of appetite. Depression was significantly associated with female gender, history of myasthenic crisis, greater disease severity, and higher doses of prednisolone. No significant differences were found between depressed and non-depressed patients in terms of age, age at disease onset, or history of thymectomy. **Conclusion:** Depression is a relatively common comorbidity in patients with myasthenia gravis. Disease severity, prior history of myasthenic crisis, female sex, and high-dose corticosteroid therapy are factors associated with depression in this population. **Keywords:** Myasthenia gravis, depression, 103 Military Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ (Myasthenia gravis) là một bệnh lý thần kinh cơ tự miễn mắc phải, đặc trưng bởi sự hình thành tự kháng thể chống lại các protein tại màng sau synap, chủ yếu là thụ thể acetylcholine, làm gián đoạn quá trình dẫn truyền thần kinh – cơ. Triệu chứng chính của bệnh là yếu cơ và nhanh mệt khi gắng sức. Tỷ lệ mắc bệnh trên toàn thế giới ước tính là 12,4 người trên 100.000 dân [7]. Tuy là bệnh không thường gặp, nhưng nhược cơ là một bệnh nặng. Người bệnh có thể tàn phế do tình trạng nhược cơ toàn thân hoặc tử vong do nhược cơ hô hấp, suy dinh dưỡng. Ngày nay, bệnh vẫn chưa có phương pháp điều trị triệt để. Do đặc điểm bệnh lý mạn tính, nhiều biến chứng nặng nề, không có điều trị đặc hiệu nên nhược cơ còn gây nhiều rối loạn tâm lý cho bệnh nhân, trong đó trầm cảm là một vấn đề thường gặp. Tuy nhiên, trầm cảm thường không được quan tâm và điều trị sớm trong chăm sóc sức khỏe ban đầu ở bệnh nhân nhược cơ do một số triệu chứng của trầm cảm

¹Bệnh viện Quân y 103

²Trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phương Loan

Email: tranphuongloan103@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025