TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ilyas, A.M., et al.,** De quervain tenosynovitis of the wrist. 2007. 15(12): p. 757-764.
2. **Giovagnorio, F., C. Andreoli, and M.L.J.J.o.u.i.m. De Cicco,** Ultrasonographic evaluation of de Quervain disease. 1997. 16(10): p. 685-689.
3. **Ashurst, J.V., D.A. Turco, and B.E.J.J.o.O.M. Lieb,** Tenosynovitis caused by texting: an emerging disease. 2010. 110(5): p. 294-296.
4. **Nguyễn, Đ.H.,** Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng De Quervain. 2010.
5. **Kamel, M., et al.,** Ultrasonographic diagnosis of de Quervain's tenosynovitis. 2002. 61(11): p. 1034-1035.
6. **Jirarattanaphochai, K., et al.,** Treatment of de Quervain disease with triamcinolone injection with or without nimesulide: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. 2004. 86(12): p. 2700-2706.
7. **Volpe, A., et al.,** Ultrasound differentiation of two types of de Quervain's disease: the role of retinaculum. 2010. 69(5): p. 938-939.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG PROPOFOL TRONG GÂY MÊ TĨNH MẠCH NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Minh Thu[1], Vũ Thị Hân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả sử dụng propofol trong gây mê tĩnh mạch (GMTM) nội soi đường tiêu hóa (NS ĐTH) tại bệnh viện trường đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương (BV trường ĐH KTYTHD) từ 8/2023 đến 8/2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 471 bệnh nhân (BN) được GMTM propofol NS ĐTH. Điều kiện nội soi dạ dày (NS DD) là test Sedation-agitation (SA) "0" hoặc "1". Điều kiện nội soi đại tràng (NS ĐT) là mất tri giác. Đánh giá liều lượng propofol, thời gian NS, sự biến thiên các chỉ số sinh tồn, các tác dụng không mong muốn, sự hài lòng của BN... **Kết quả:** Tác dụng của propofol trong GMTM NS ĐTH: tổng liều propofol sử dụng trong GMTM NS đồng thời dạ dày-đại tràng (DD-ĐT) (226,63 ± 49,18 mg) nhỏ hơn khi soi hoặc dạ dày (DD) hoặc đại tràng (ĐT) (328,72 ± 49,39 mg), với p < 0,05; liều propofol khởi mê NS DD (142,07 ± 28,56 mg) cao hơn liều khởi mê NS ĐT (117,45 ± 22,09 mg), với p <0,05; thời gian hồi tỉnh NS ĐT (2,18 ± 2,13 phút) và NS DD-ĐT (2,94 ± 3,01 phút) ngắn hơn NS DD (4,91 ± 2,59 phút), với p < 0,05; sự biến thiên về các chỉ số huyết áp, tần số tim, độ ẩm da, nước mắt (blood pressure, heart rate, sweating, tears - PRST), SpO2 đều trong giới hạn bình thường; Khả năng thực hiện thủ thuật thuận lợi và rất thuận lợi là 94,9; bình thường 4,9%; không thuận lợi 0,2%; rất không thuận lợi 0%. Tác dụng không mong muốn trong GMTM NS ĐTH: không phản vệ hoặc sốt; có 14,6% BN đau tại chỗ tiêm theo trình tự vị trí mu tay, vị trí cổ tay, ít gặp ở vị trí khuỷu tay; chóng mặt (24,2%), cựa mình (23,8%), ho (10,2%), rướn (7,6%), nhịp tim >100 lần/phút (7,2%); tăng tiết (5,9%), HATB giảm trên 30% (5,3%), SpO2 giảm dưới 90% (4,5%); nấc (1,9%), ngáy (1,7%), HA hiệu số dưới 20mmHg (1,5%), ảo giác (1,3%), nhịp tim dưới 50 lần/phút (0,9%), HATB tăng trên 30% (0,6%), buồn nôn (0,4%), co thắt phế quản (0,2%), không gặp co thắt thanh quản. **Kết luận:** Phương pháp GMTM propofol NS ĐTH là thủ thuật an toàn, thuận lợi, tỉnh nhanh, ít tác dụng không mong muốn và tiết kiệm nếu bệnh nhân được soi đồng thời DD-ĐT.

Từ khóa: gây mê tĩnh mạch, propofol, nội soi đường tiêu hóa, nội soi dạ dày, nội soi đại tràng.

SUMMARY

RESULTS OF PROPOFOL USE IN INTRAVENOUS ANESTHESIA FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the results of propofol use in intravenous anesthesia (IVA) for gastrointestinal (GI) endoscopy at Hai Duong Medical Technical University Hospital from August 2023 to August 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 471 patients undergoing propofol-based IVA for GI endoscopy. The requirement for gastroscopy was a sedation score (SA test) of "0" or "1". For colonoscopy, the requirement was complete loss of consciousness. The study evaluated propofol dosage, endoscopy duration, variations in vital signs, adverse events, and patient satisfaction. **Results:** The total dose of propofol used in combined gastroscopy-colonoscopy (226.63 ± 49.18 mg) was significantly lower than that used for either gastroscopy or colonoscopy alone (328.72 ± 49.39 mg), p < 0.05. The induction dose for gastroscopy (142.07 ± 28.56 mg) was significantly higher than for colonoscopy (117.45 ± 22.09 mg), p < 0.05. Recovery times for colonoscopy (2.18 ± 2.13 minutes) and combined gastroscopy-colonoscopy (2.94 ± 3.01 minutes) were significantly shorter than for gastroscopy alone (4.91 ± 2.59 minutes), p < 0.05. Changes in PRST scores, heart rate, systolic blood pressure, and SpO_2

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Thu
Email: thuntm@hmtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

remained within normal limits. Procedure feasibility was rated as favorable or very favorable in 94.9% of cases, normal in 4.9%, unfavorable in 0.2%, and very unfavorable in 0%. Adverse Effects: No cases of anaphylaxis or fever were observed. Local injection site pain occurred in 14.6% of patients, most frequently at the dorsum of the hand, followed by the wrist, and least at the elbow. Other adverse events included dizziness (24.2%), restlessness (23.8%), coughing (10.2%), retching (7.6%), heart rate >100 bpm (7.2%), hypersalivation (5.9%), mean arterial pressure (MAP) reduction >30% (5.3%), SpO_2 <90% (4.5%), hiccups (1.9%), snoring (1.7%), pulse pressure <20 mmHg (1.5%), hallucinations (1.3%), bradycardia <50 bpm (0.9%), MAP increase >30% (0.6%), nausea (0.4%), and bronchospasm (0.2%). No cases of laryngospasm were reported. **Conclusion:** Intravenous anesthesia with propofol for GI endoscopy is a safe and effective method, offering rapid recovery, minimal adverse effects, and cost-effectiveness—particularly when both gastroscopy and colonoscopy are performed simultaneously.

Keywords: intravenous anesthesia, propofol, gastrointestinal endoscopy, gastroscopy, colonoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, một số nghiên cứu cho thấy GMTM propofol NS ĐTH mang lại một số lợi ích cho người bệnh như không đau, mất cảm giác sợ hãi, có nhiều thời gian tầm soát tổn thương. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Cường trên 55 BN có kết quả 100% an toàn và rất hài lòng [1]. Nghiên cứu như của C. Forster cho thấy sử dụng propofol chưa thấy có tai biến nghiêm trọng, sự thay đổi mạch, huyết áp trong tầm kiểm soát được, đặc biệt chất lượng mê tốt hơn những thuốc an thần midazolam, midazolam kết hợp fentanyl [4]. Bệnh viện Trường ĐH KTYTHD đã triển khai GMTM propofol NS ĐTH hơn 10 năm với nhiều kết quả tốt. Trong ba năm gần đây, tỉ lệ BN GMTM propofol NS ĐTH tăng dần: năm 2021 là 38,1%; năm 2022 là 41,4%; năm 2023 là 48,5%. Để tìm hiểu sự an toàn, hiệu quả của phương pháp GMTM propofol NS ĐTH, chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả kết quả sử dụng propofol trong GMTM NS ĐTH tại BV trường ĐH KTYTHD từ 8/2023 đến 8/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: những BN có chỉ định NS ĐTH và thỏa mãn điều kiện GMTM propofol, bao gồm: Có chỉ định nội soi DD, ĐT; ASA I, II; Dạ dày rỗng.

Loại trừ các BN có chống chỉ định: tiền sử dị ứng propofol; Dạ dày đầy; cổ trướng to; bụng chướng nhiều hơi; Nghi ngờ thủng tạng rỗng; Khó thở; Viêm phế quản cấp, viêm nắp thanh quản (đối với NS DD); Cơn cường giáp trạng; Bệnh bạch hầu (đối với NS DD); Suy tim cấp; thiếu máu cơ tim cấp; nhồi máu cơ tim mới; Cơn CHA (HATT > 180 mmHg); nghi ngờ phình/tách động mạch chủ; Shock; Nhịp tim < 60 lần/phút và/hoặc huyết áp < 90/60 mmHg không đáp ứng thuốc; Suy gan, suy thận; Tắc mạch phổi; Mang thai; Rối loạn tâm thần, không đồng ý, không hợp tác...

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian thu thập số liệu: Từ 10/2023 đến 3/2024; Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm nội soi tiêu hóa – BV Trường ĐH KTYTHD.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: toàn bộ. Lấy mẫu thuận tiện. n = 471 BN.

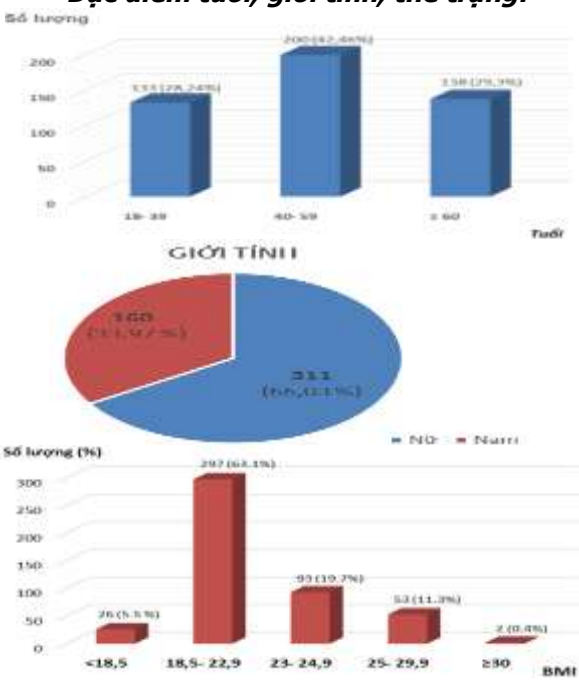
Mô tả cắt ngang trên 471 bệnh nhân (BN) được GMTM propofol NS ĐTH. Điều kiện nội soi dạ dày (NS DD) là test SA "0" hoặc "1". Điều kiện nội soi đại tràng (NS ĐT) là mất tri giác. Đánh giá các giá liều lượng propofol, thời gian NS, sự biến thiên các chỉ số sinh tồn, các tác dụng không mong muốn, sự hài lòng của BN...

Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Thu thập qua bộ công cụ nghiên cứu. Cán bộ thu thập số liệu được tập huấn. Thống nhất phác đồ GMTM propofol NS ĐTH. Số liệu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị p < 0,05: khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

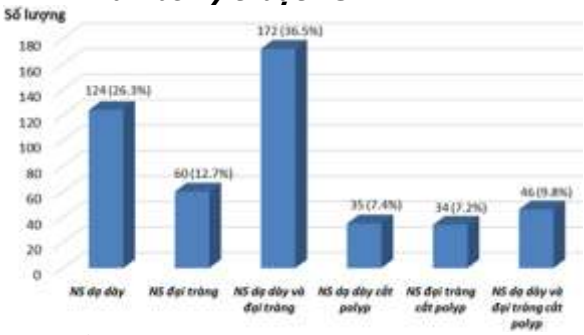
- Đặc điểm tuổi, giới tính, thể trạng:



Biểu đồ 3.1. Phân bố độ tuổi, giới tính, thể trạng

Nhận xét: Tỉ lệ BN ở nhóm tuổi 18 – 39 là 28,24%; ở nhóm tuổi 40 – 59 là 42,46%; ở nhóm tuổi ≥ 60 là 29,3%. Tỉ lệ BN nữ là 66,03%; nam là 33,97%. Thể trạng: 63,1% thể trạng trung bình; 37,4% thể trạng thừa cân và béo phì; 5,5% thể trạng gày.

- Phân bố kỹ thuật NS ĐTH:



Biểu đồ 3.2. Phân bố kỹ thuật NS ĐTH

Nhận xét: Tỉ lệ NS DD-ĐT là 46,4%; NS DD là 33,7%; NS ĐT là 19,9%. Tỉ lệ cắt polyp là 24,4%.

3.2. Tác dụng của propofol trong gây mê tĩnh mạch nội soi đường tiêu hóa

3.2.1. Liều lượng thuốc mê sử dụng trong gây mê

Bảng 3.1. So sánh tổng liều propofol sử dụng trong gây mê các thủ thuật

Liều lượng / Kỹ thuật	Tổng liều (mg)		p
	X̄±SD	Min-Max	
NS DD (n=124)	146,05±34,44	90-300	0,000
NS DD có cắt	164,57±24,77	140-260	
polyp (n=35)			
NS ĐT (n=60)	182,67±64,35	120-540	
NS ĐT có cắt polpyp (n=34)	207,65±64,34	140-380	
NS DD - ĐT (n=172)	226,63±49,18	130-430	
NS DD - ĐT cắt polyp (n=46)	258,91±85,04	120-500	

Nhận xét: Tổng liều propofol sử dụng trong NS DD – ĐT cao hơn NS hoặc DD hoặc ĐT; NS cắt polyp cao hơn không cắt polyp (p=0,000).

Bảng 3.2. So sánh tổng liều propofol trong GMTM NS DD-ĐT với NS hoặc DD hoặc ĐT

Liều lượng / Kỹ thuật	Tổng liều (mg)		p
	X̄±SD	Min-Max	
NS hoặc DD hoặc ĐT (n=184)	328,72±49,39	210-840	0,000
NS DD-ĐT (n=172)	226,63±49,18	130-430	

Nhận xét: Tổng liều propofol trong GMTM NS DD-ĐT thấp hơn NS hoặc DD hoặc ĐT (p = 0,000).

Bảng 3.3. So sánh liều lượng thuốc propofol sử dụng trong khởi mê

Liều lượng / Kỹ thuật	Liều khởi mê (mg)		p
	X̄ ± SD	Min-Max	
NS DD (n=377)	142,07±28,56	50-300	0,000
NS ĐT (n=94)	117,45±22,09	60-160	

Nhận xét: liều thuốc khởi mê cho NS dạ dày cao hơn NS đại tràng (p = 0,000).

3.2.2. Thời gian gây mê

Bảng 3.4. Thời gian hồi tỉnh và tổng thời gian gây mê nội soi

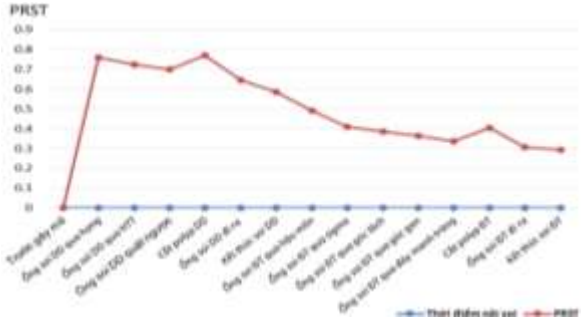
Thời gian gây mê / Kỹ thuật	Thời gian hồi tỉnh (phút)		Tổng thời gian gây mê (phút)	
	X̄ ± SD	Min – Max	X̄ ± SD	Min – Max
NS DD (1) n=124	4,91 ± 2,59	0 - 15	9,71 ± 3,68	4 - 25
NS ĐT (2) n=60	2,18 ± 2,13	0 -15	16,30 ± 11,65	6 -73
NS DD-ĐT (3) n=172	2,94 ± 3,01	0 - 33	20,87 ± 7,99	10 - 62
NS DD có cắt polyp (4) n=35	5,00 ± 2,65	2 - 15	10,83 ± 4,58	7 - 27
NS ĐT có cắt polpyp (5) n=34	3,03 ± 1,69	0 - 5	23,97 ± 15,31	8 - 77
NS DD-ĐT có cắt polyp (6) n=46	2,85 ± 2,41	0 - 10	28,22 ± 16,27	12 - 95
p	p1-2 = 0,000; p1-3 = 0,000; p2-3 = 0,058		p1-2 = 0,000; p1-3 = 0,000; p2-3 = 0,001	

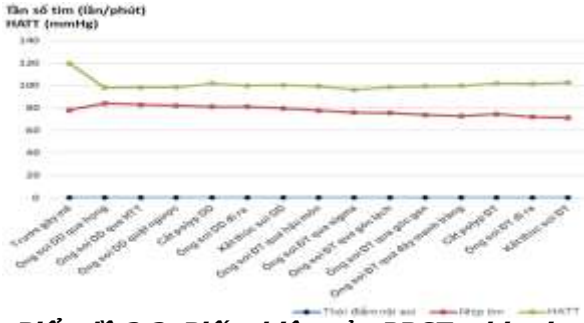
Chú thích: Tổng thời gian mê = Thời gian nội soi + Thời gian hồi tỉnh

Nhận xét: thời gian GM NS tăng dần từ NS DD, NS ĐT, NS DD-ĐT. Thời gian hồi tỉnh NS DD kéo dài hơn NS ĐT và NS DD-ĐT. Thời gian NS ĐT bằng NS DD-ĐT (p2-3= 0,058).

3.2.3. Biến thiên độ mê, nhịp tim và HATT, SpO2 trong quá trình GMTM NS ĐTH

- Biến thiên độ mê, nhịp tim, huyết áp:





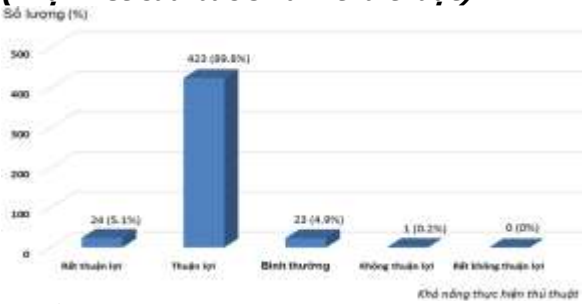
Biểu đồ 3.3. Biến thiên của PRST, nhịp tim và HATT trong quá trình NS ĐTH

Nhận xét: Điểm PRST trung bình trong NS DD (n=377) < 0,8 điểm, tăng nhẹ ở các thì ống soi qua họng và thì cắt polyp (gặp 28 BN). Điểm PRST trung bình trong NS ĐT (n= 312) < 0,5 điểm, tăng nhẹ ở các thì ống soi qua hậu môn và thời điểm cắt polyp (gặp 23 BN).

Tần số tim trung bình trong GMTM NS ĐTH < 90 lần/phút, tăng nhẹ ở giai đoạn ống soi qua thực quản, giảm nhẹ ở giai đoạn ống soi qua đoạn sigma đại tràng. HATT trung bình giảm sau khi tiêm propofol, giao động quanh giá trị 100mmHg. HATT giảm hơn ở thì ống soi qua họng và ống soi qua đại tràng sigma. HATT tăng nhẹ ở thì soi quặt ngược dạ dày và thì ống soi đi ra đại tràng.

- Biến thiên SpO2: Giá trị SpO2 trung bình diễn biến trong giới hạn bình thường.

3.2.4. Khả năng thực hiện thủ thuật (nhận xét của bác sĩ làm thủ thuật)



Biểu đồ 3.4. Khả năng thực hiện thủ thuật

Nhận xét: Thủ thuật rất thuận lợi 5,1%; thuận lợi 89,8%; bình thường 4,9%; không thuận lợi 0,2%; rất không thuận lợi 0%.

3.3. Tác dụng không mong muốn trong gây mê nội soi đường tiêu hóa

3.3.1. Tác dụng không mong muốn của phương pháp gây mê

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn của phương pháp gây mê (n=471)

Tỉ lệ bệnh nhân / Tác dụng KMM	Tổng n (%)	NS DD n (%)	NS ĐT n (%)	NS DD-ĐT n (%)
Chóng mặt	114 (24,2%)	35 (7,4%)	26 (5,5%)	53 (11,3%)
Cựa mình	112 (23,8%)	39 (8,3%)	21 (4,5%)	52 (11,0%)
Ho	48 (10,2%)	19 (4,1%)	3 (0,6%)	26 (5,5%)
Rướn	36 (7,6%)	18 (3,8%)	2 (0,4%)	16 (3,4%)
Nhịp tim >100 lần/phút	34 (7,2%)	11 (2,3%)	4 (0,8%)	19 (4,1%)
Tiết đờm dãi	28 (5,9%)	8 (1,7%)	5 (1,1%)	15 (3,1%)
HATB giảm >30%	25 (5,3%)	7 (1,5%)	4 (0,9%)	14 (2,9%)
SpO2 <90%	21 (4,5%)	3 (0,7%)	4 (0,9%)	14 (2,9%)
Nấc	9 (1,9%)	2 (0,4%)	0 (0,0%)	7 (1,5%)
Ngáy (tụt lưỡi)	8 (1,7%)	2 (0,4%)	1(0,2%)	5 (1,1%)
HA hiệu số <20 mmHg	7 (1,5%)	2 (0,4%)	0 (0,0%)	5 (1,1%)
Ao giác	6 (1,3%)	3 (0,6%)	0 (0,0%)	3 (0,7%)
Nhịp tim <50 lần/phút	4 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (0,9%)
HATB tăng >30%	3 (0,6%)	0 (0,0%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)
Buồn nôn	2 (0,4%)	2 (0,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Co thắt phế quản	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)

3.3.2. Tác dụng không mong muốn của thuốc mê: - Có 69 BN (14,6%) gặp triệu chứng đau tại chỗ. Trong đó có 49 BN (71,1%) có đường truyền tĩnh mạch ở vị trí mu tay, 15 BN (21,7%) có đường truyền tĩnh mạch ở vị trí cổ tay, 5 BN (7,2%) có đường truyền tĩnh mạch ở vị trí khuỷu tay.

- Không có BN gặp các triệu chứng phản vệ.
- Không có BN gặp triệu chứng sốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung. BN nữ chiếm tỉ lệ 66% nhiều hơn nam (34%). Lứa tuổi đi soi gặp nhiều nhất là khoảng tuổi 40 – 59 tuổi (42,5%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thu (2018) trên 273 BN GMTM NSDD cho thấy tỉ lệ nữ 61,2%; lứa tuổi đi NS DD gây mê nhiều nhất là khoảng tuổi 40 – 59 (37,4%) [3]. Nguyên nhân do nữ hay hồi hộp, lo lắng, sợ hãi hơn nam giới.

Người dân lứa tuổi 40 – 59 chiếm tỉ lệ cao đi NS ĐTH do nhu cầu tầm soát ung thư. Khi đối chiếu với NC 2018 của Nguyễn Thị Minh Thu nhận thấy tỉ lệ thừa cân, béo phì đã tăng theo thời gian (năm 2018 là 25,3%; năm 2024 là 37,4% [3].

Tỉ lệ BN NS DD-ĐT là 46,4%; NS DD là 33,7%; NS ĐT là 19,9%. Tỉ lệ BN cắt polyp là 24,4%. Kết quả này tương tự của Phạm Thị Hồng [2].

4.2. Tác dụng của propofol trong gây mê tĩnh mạch nội soi đường tiêu hóa

4.2.1. Liều lượng thuốc mê sử dụng trong gây mê. Tổng liều propofol tăng dần có ý nghĩa thống kê (p<0,05) từ NS DD; NS DD có cắt polyp; NS ĐT; NS ĐT có cắt polyp; NS DD-ĐT; NS DD-ĐT có cắt polyp (bảng 3.1), tương tự NC của Phạm Thị Hồng [2]. Nghiên cứu của Masamichi Sato, liều propofol GMTM NS DD 77 mg (20mg - 120 mg), NS ĐT 99 mg (40mg - 200 mg) [5]. Mặc dù xu hướng giống nhau về sự tiến triển của liều, nhưng NC của Masamichi tại Nhật cho thấy liều thấp hơn hẳn của hai NC trong nước. Liều propopol phụ thuộc vào tình trạng BN, phương tiện soi và kỹ thuật/kinh nghiệm soi của bác sĩ. Với NC của Masamichi, điều kiện soi DD và ĐT là BN ngáp 1 hoặc 2 cái [5], với NC của chúng tôi, điều kiện soi DD là điểm SA 0 hoặc 1 điểm; của NS ĐT là BN mất tri giác (chúng tôi sử dụng thang điểm SA để phù hợp với mức độ kích thích tác động lên BN của bác sĩ nội soi).

Tổng liều GMTM NS DD-ĐT thấp hơn (p<0,05) so với khi thực hiện NS hoặc DD hoặc ĐT (bảng 3.2). Kết quả này tương tự với NC của Phạm Thị Hồng [2].

Liều propofol khởi mê NS DD cao hơn NS ĐT (p<0,05) (bảng 3.3). Một số NC khác cũng có kết quả tương tự: Với Xue-Ting Li và CS, liều khởi mê NS DD 152 ± 28 mg [8]; Với C. Forster, liều khởi mê NS ĐT 79 mg [4]. Chi phối vùng hầu chủ yếu do đám rối hầu với sự tham gia của thần kinh X, IX và các hạch đám rối hầu, sợi giao cảm từ hạch cổ, ngoài ra vùng hầu họng dễ gặp rất nhiều các phản xạ như xuất tiết, ho sặc, nôn, rướn, co thắt thanh quản…

4.2.2. Thời gian gây mê. Thời gian gây mê (TG GM) được tính cộng gộp TG NS và TG hồi tỉnh (TG HT). Với thủ thuật không cắt polyp, TG GM tăng dần từ NS DD, NS ĐT, NS DD-ĐT (bảng 3.4) (p= 0,000). Tuy nhiên TG HT NS DD dài hơn NS ĐT và NS DD-ĐT (p1-2; p1-3 <0,05; p2-3 >0,05). Một số NC có kết quả tương tự: NC của Xiaoli Liu (2023), TG HT của NS DD 180,11 ± 98,35 giây và TG GM của NS DD 538,36 ± 169,59 giây [8]; NC của Teng Li, TG HT của NS DD 6,50 ± 2,08 phút, TG GM (tổng thời gian hồi tỉnh và thời gian thủ thuật) xấp xỉ 15 phút [7]; NC của Masamichi Sato, TG GM của NS DD khoảng 6 phút thấp hơn TG GM của NS ĐT khoảng 15 phút [5].

Trong NC này, TG HT của NS DD cao hơn TG HT của NS ĐT và NS DD-ĐT (bảng 3.4). Nguyên nhân với NS DD: tại thì ống soi qua họng và hầu gây kích thích nhiều, vùng hầu họng tập trung nhiều phản xạ nguy hiểm như phản xạ ho, rướn, phản xạ nôn/ trào ngược, phản xạ ngừng tim… vì vậy chúng tôi sử dụng liều thuốc propofol dựa vào điểm an thần SA ≤ 1 điểm. Thời gian ống soi xuống tâm vị, tá tràng, quặt ngược soi phình vị chỉ có vài phút. Do đó liều thuốc khởi mê DD cao hơn khởi mê ĐT, và TG HT sau NS DD sẽ dài hơn. Ngược lại với NS ĐT, điều kiện đưa ống soi vào hậu môn là bệnh nhân ngủ (mất tri giác), thông thường chúng tôi sẽ nhắc lại propofol ở một hoặc các thì ống soi qua đại tràng sigma, góc lách và góc gan, hoặc xoắn vặn, hoặc cắt polyp. Vì vậy tổng liều propofol trong GM NS ĐT cao hơn NS DD, nhưng liều khởi mê NS ĐT thấp hơn NS DD (bảng 3.3). Tổng TG GM của NS ĐT cao hơn DD (bảng 3.4), nhưng TG HT của NS ĐT và NS DD-ĐT thấp hơn của NS DD (bảng 3.4).

4.2.3. Sự biến thiên độ mê, nhịp tim và huyết áp tâm thu, SpO2. Điểm đánh giá độ mê PRST dựa vào các chỉ số huyết áp động mạch, tần số tim, sự tiết mồ hôi, sự tiết nước mắt. PRST > 3 điểm là mê nông; ≤ 3 điểm là mê đủ độ. Chúng tôi thực hiện đúng quy trình duy trì mê. Kết quả, điểm PRST tại các thời điểm của NS DD và NS ĐT đều <3 điểm. Cụ thể: điểm PRST trong NS DD (n=377) đều < 0,8 điểm, tăng nhẹ ở các thời điểm ống soi qua họng và thời điểm cắt polyp (gặp 28 BN). Điểm PRST trung bình trong NS ĐT (n= 312) đều < 0,5 điểm, tăng nhẹ ở các thời điểm ống soi qua hậu môn và thời điểm cắt polyp (gặp 23 BN) (biểu đồ 3.3).

Để duy trì mê PRST ≤ 3 điểm trở xuống, chúng tôi đã điều chỉnh liều propofol cho phù hợp trong các thời điểm mê. Tuần hoàn chịu ảnh hưởng của sự điều chỉnh đó. Theo nghiên cứu, tần số tim tại các thời điểm nội soi đều bình thường (< 90 lần/phút), tăng nhẹ ở giai đoạn ống soi qua họng - thực quản, giảm nhẹ ở giai đoạn ống soi qua đoạn sigma đại tràng (biểu đồ 3.3). HATT giảm sau khi tiêm tĩnh mạch propofol, giao động quanh giá trị 100mmHg. HATT giảm hơn ở thì ống soi qua họng và ống soi qua đại tràng sigma; tăng nhẹ ở thì soi quặt ngược dạ dày và thì ống soi đi ra đại tràng (biểu đồ 3.3). Nghiên cứu của Xiaoli Liu cũng có kết quả sự biến thiên về nhịp tim và HAĐM: nhịp tim của BN khi NS DD ít dao động và đều dưới 90

lần/phút ở các thời điểm trước gây mê, chỗ hẹp đầu tiên thực quản, xuống hành tá tràng, rút ống. HAĐM giảm sau tiêm propofol, giảm nhiều khi ống soi tới chỗ hẹp đầu tiên của thực quản [8]. Nghiên cứu của Teng Li khi NS DD dạ dày cho thấy nhịp tim đều dưới 80 lần/phút, giảm ở phút thứ 5, 15, 35 sau tiêm thuốc; HAĐM giảm nhiều ở phút thứ 5 sau tiêm thuốc, sau đó ổn định trở lại [7].

Để duy trì mê với mức điểm PRST từ 3 điểm trở xuống, chúng tôi đã điều chỉnh liều propofol cho phù hợp trong các thời điểm mê. Giá trị SpO2 chịu ảnh hưởng của sự điều chỉnh đó. Theo kết quả NC, giá trị SpO2 tại các thời điểm soi đều bình thường, trong khoảng lớn hơn 98% và nhỏ hơn 100%, phù hợp với các kết quả của Xiaoli Liu [8], Teng Li [7].

4.2.4. Khả năng thực hiện thủ thuật. Khi thực hiện thủ thuật NS ĐTH, các bác sĩ làm thủ thuật nhận xét về khả năng thuận lợi khi thực hiện thủ thuật: 423 BN (89,8%) thuận lợi; 24 BN (5,1%) rất thuận lợi; 23 BN (4,9%) bình thường; 1 BN (0,2%) không thuận lợi; 0 BN (0%) rất không thuận lợi. Nếu chia theo 3 mức thuận lợi, bình thường và không thuận lợi, kết quả: thuận lợi (bao gồm thuận lợi và rất thuận lợi) 447 BN (94,9%); bình thường 23 BN (4,9%); không thuận lợi (bao gồm không thuận lợi và rất không thuận lợi) 1 BN (0,2%). Tỉ lệ bác sĩ thực hiện thủ thuật thuận lợi của nghiên cứu này cao hơn của Nguyễn Trung Cường: tốt 75%; hài lòng 17,85%; khó khăn 7,15% [1]. Nghiên cứu của Phạm Thị Hồng cho kết quả tương tự nghiên cứu này: tốt 92,7%; trung bình 7,3%; kém 0% [2]. Nghiên cứu của Teng Li cho thấy mức độ hài lòng của BN được gây mê nội soi dạ dày là 10 điểm, còn sự hài lòng của bác sĩ làm thủ thuật là 9 điểm [7].

4.3. Tác dụng không mong muốn

4.3.1. Tác dụng không mong muốn của phương pháp gây mê. Theo NC, tỉ lệ BN gặp triệu chứng chóng mặt sau gây mê cao nhất (24,2%) (bảng 3.5). Dấu hiệu chóng mặt gặp chủ yếu ở BN có TG NS lâu và sử dụng lượng propofol nhiều (bảng 3.1; 3.4). NC của Xiaoli Liu trong NS DD, tỉ lệ chóng mặt là 47,36% cao hơn của NC này [8]. Dấu hiệu cựa mình 23,8%. Với NS DD, chủ yếu gặp ở thì ống soi qua họng hầu. Với NS ĐT, chủ yếu gặp ở thì ống soi qua góc lách, thì rút ống ra khỏi ĐT. Đây là những thì gây kích thích nhiều. Ở giai đoạn rút ống thường lượng thuốc mê đã giảm. Một số NC trên thế giới về NS DD cho tỉ lệ cựa mình dao động nhiều: NC của Xiaoli Liu là 78,94% [8]; NC của Teng Li là 11% [7]. Dấu hiệu ho gặp 10,2%. Phản xạ ho thường gặp khi NS ĐTH, phản ánh tình trạng mê nông, đặc biệt ở thì ống soi qua họng hầu là một thì kích thích rất mạnh. Trên những BN đau họng, viêm họng thì phản xạ ho càng dễ xảy. Một số NC cũng cho kết quả tương tự: Teng Li15,6% [7]. Dấu hiệu rướn gặp 7,6%, gặp chủ yếu ở thì soi quặt ngược DD và thì soi đáy manh tràng. Đây là những tăng thì lại gặp ở những thì cuối khi lượng thuốc mê trong máu bệnh nhân đã giảm. Tỉ lệ tiết đờm dãi là 5,9%, gặp chủ yếu ở thì rút ống soi DD. NC Phạm Thị Hồng 7,27% [2].

Nhịp nhanh tim (>100 lần/phút) là 7,2%. Triệu chứng nhịp tim nhanh gặp chủ yếu ở NS DD, thì ống soi qua họng hầu (kích thích rất lớn cho BN) và thì soi quặt ngược (tăng thì ở giai đoạn lượng thuốc mê trong máu giảm). Nghiên cứu của Xiaoli Liu trong NS DD cũng cho tỉ lệ tương tự [8]. Tỉ lệ HATB giảm ≥ 30% là 5,3%. Với NS DD, do liều khởi mê cao hơn liều khởi mê ĐT nên HA thường giảm nhiều ngay sau khi tiêm propofol. Tỉ lệ hạ HA trong NC của Xiaoli Liu khi NS DD là 36,84% [8]; của Teng Li, tỉ lệ hạ HA >30% là 11,9% [7]. NC của Singh H. trong NS ĐT là 1,4% [6]. Tỉ lệ BN có khoảnh khắc gặp HA hiệu số < 20mmHg là 1,5%, trong đó tỉ lệ BN NS DD là 0,4%, NS DD-ĐT là 1,1%, không có ở BN NS ĐT. Tỉ lệ khoảnh khắc nhịp chậm tim (< 50 lần/phút) là 0,9%. Các BN này có thì nhịp tim chậm khi ống soi đi qua ĐT sigma và tới góc lách, kích thích vào đám rối thần kinh hạ vị, trên nền BN đã có nhịp tim chậm dưới 60 lần/phút. NC của Phạm Thị Hồng gặp nhịp chậm là 1,8% [2]. Nghiên cứu Masamichi Sato khi NS ĐT gặp nhịp tim < 50 lần/phút là 0,02% [5].

Tỉ lệ BN có khoảnh khắc SpO2 < 90% là 4,5%, trong đó ở NS DD 0,7%, NS ĐT 0,9%, NS DD-ĐT 2,9%. Những BN này thường có đặc điểm cổ ngắn và soi DD (3,6%). NC của Teng Li ở BN NS DD có khoảnh khắc SpO2 <90% là 13,8% [7]. Nấc là hậu quả của kích thích thần kinh hoành do gây mê nông. Trong NC, tỉ lệ nấc là 1,9%. Dấu hiệu nấc gặp ở BN NS DD, thì ống soi qua môn vị xuống hành tá tràng và rút ống soi. Các thời kỳ này đều ở cuối cuộc soi, lúc này nồng độ propofol trong máu đã giảm không tương xứng với kích thích soi. NC của Phạm Thị Hồng cho thấy tỉ lệ bị kích thích 3,64% [2]. Tỉ lệ gặp ảo giác là 1,3%. Những BN này đều có đặc điểm là nam giới và có tiền sử uống rượu nhiều. NC của Xiaoli Liu, tỉ lệ ảo giác là 7,82% [8].

4.3.2. Tác dụng không mong muốn của thuốc mê. Tỉ lệ đau tại chỗ tiêm là 14,6%, trong đó 71,1% có đường truyền ở vị trí mu tay, 21,7% có đường truyền ở vị trí cổ tay, 7,2% có đường truyền ở vị trí khuỷu tay. NC không gặp

triệu chứng phản vệ, không gặp triệu chứng sốt. Một vài nghiên cứu cũng gặp BN có triệu chứng đau tại vị trí tiêm: của Xiaoli Liu là 34,21% [8]; của Teng Li là 35,8% [7]. Rất nhiều NC không gặp dấu hiệu phản vệ, sốt cao, như của Masamichi Sato [5], Xiaoli Liu [22], Teng Li [7], Singh H. [6]…

V. KẾT LUẬN

Phương pháp GMTM propofol NS ĐTH là thủ thuật an toàn, thuận lợi, tỉnh nhanh, ít tác dụng không mong muốn và tiết kiệm nếu bệnh nhân được soi đồng thời DD-ĐT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Cường và cộng sự** (2009), "Đánh giá độ an toàn của propofol trong nội soi đường tiêu hóa", tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, Vol 13, 241-247.
2. Phạm Thị Hồng (2021), "Đánh giá hiệu quả gây mê bằng propofol trong nội soi đường tiêu hóa - bệnh viện E", https://api.benhviene.com/data/files/pham-thi-hong_tieng-viet_9addcc68_9cbd4172_acdb_c00bc48ae434.pdf
3. **Nguyễn Thị Minh Thu** (2018), "Đặc điểm liều lượng Diprivan 1% trong gây mê tĩnh mạch nội soi dạ dày tại bệnh viện đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương", tạp chí y học thực hành.
4. **C. Forster, A. Vanhaudenhuyse et al** (2018), "Intravenous infusion of lidocaine significantly reduces propofol dose for colonoscopy: a randomised placebo-controlled study", British Journal of Anaesthesia, 121 (5): 1059e1064.
5. **Masamichi Sato, Akira Horiuchi et al** (2019), "Safety and Effectiveness of Nurse-Administered Propofol Sedation in Outpatients Undergoing Gastrointestinal Endoscopy", Clinical Gastroenterology and Hepatology, Volume 17, Issue 6p1098-1104.
6. **Singh H, Poluha W, Cheang M, Choptain N, Inegbu E, Baron K, Taback SP** (2008), "Propofol for sedation during colonoscopy (Review)", Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD006268.
7. **Teng Li, Jin Zhang et al** (2024), "Effect of propofol and ciprofol on the euphoric reaction in patients with painless gastroscopy: A prospective randomized controlled trial", Heliyon, Volume 10, Issue 9e30378.
8. **Xiaoli Liu, Qingyu Xiao† and Shaohui Zhuang** (2023), "Comparison of propofol-esketamine versus propofol for anesthesia in gastroscopy: a double-blind, randomized controlled clinical trial", Intensive Care Medicine and Anesthesiology, Volume 10 - 2023 | https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1184709

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY BẰNG THANG ĐIỂM SF-36 TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Lệ Ngọc [1], Trần Thị Ngọc Mai[1], Đỗ Thị Thuỷ[1], Nguyễn Việt Nam[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) theo SF-36 ở bệnh nhân tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) và đánh giá thay đổi trước–sau phẫu thuật chuyển thần kinh; xác định các yếu tố liên quan tới mức cải thiện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 82 bệnh nhân tổn thương ĐRTKCT điều trị tại Bệnh viện TWQĐ 108 (05/2023–12/2024). SF-36 (bản Việt hóa) được thu thập trước mổ và tại thời điểm ra viện. Phân tích so sánh cặp (paired t/Wilcoxon) theo 8 lĩnh vực và ba nhóm điểm tổng hợp (thể chất, tinh thần, chung). Các yếu tố liên quan đến chênh lệch điểm (Δ) được khảo sát bằng kiểm định indepent t-test/ANOVA. **Kết quả:** Nam chiếm 91,5%; tuổi trung bình 34,4±12,8 (17–65); liệt hoàn toàn 53,7%. Trước mổ, trong các lĩnh vực thể chất, hạn chế vai trò do sức khỏe thể chất và đau cơ thể thấp hơn rõ so với các lĩnh vực còn lại; hoạt động thể chất và sức khỏe chung ở mức trung bình. Ở các lĩnh vực tinh thần, hạn chế vai trò do vấn đề tinh thần thấp hơn các lĩnh vực khác trong cùng nhóm, trong khi năng lượng sống, trạng thái tâm lý và chức năng xã hội ở mức trung bình–khá. Điểm thể chất, tinh thần và CLCS chung tăng có ý nghĩa sau mổ: 39,0→45,3 (Δ=6,3±3,6), 57,1→61,9 (Δ=4,8±3,9) và 48,1→53,6 (Δ=5,5±2,6); đều p<0,001. Các lĩnh vực thể chất và hầu hết lĩnh vực tinh thần đều cải thiện rõ rệt, riêng hạn chế vai trò do vấn đề tinh thần không có sự thay đổi có ý nghĩa. Mức cải thiện về thể chất cao hơn ở bệnh nhân liệt không hoàn toàn so với liệt hoàn toàn; tuổi và giới không liên quan đáng kể. **Kết luận:** Phẫu thuật chuyển thần kinh điều trị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay giúp cải thiện chất lượng cuộc sống rõ rệt cho người bệnh, và sự ảnh hưởng rõ rệt hơn về mặt thể chất.

Từ khóa: Đám rối thần kinh cánh tay, chất lượng cuộc sống, thang điểm SF-36.

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Ngọc
Email: nguyenlengoc1183@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025
Ngày duyệt bài: 4.12.2025

SUMMARY

EVALUATION OF HEALTH-RELATED