

thấy các đặc điểm ác tính trên phim.^{1,5} Theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng thường được thực hiện cho các tổn thương dưới 4 cm, mặc dù một số tác giả khuyên nên phẫu thuật cắt bỏ ở bệnh nhân trẻ tuổi vì thời gian theo dõi rất dài và điều này có thể gây ra lo lắng.⁷ Điều trị các tổn thương từ 4 đến 6 kích thước cm đang gây tranh cãi, và cả hai phương pháp phẫu thuật cắt bỏ và theo dõi đã được khuyến cáo. Phẫu thuật nên được chỉ định nếu khối u phát triển trong thời gian theo dõi hoặc được cho là gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu.^{1,5} Chỉ định phẫu thuật với bệnh nhân của chúng tôi là do bệnh nhân trẻ tuổi có chứng mất ngủ và khó thở khi ngủ xuất hiện tăng dần mà không tìm được nguyên nhân nghi ngờ nào khác dù kích thước khối u chưa to như khuyến cáo. Sau khi bệnh nhân ra viện và tái khám với chúng tôi 1 tháng sau đó, các triệu chứng như mất ngủ, khó thở đã không còn xuất hiện.

IV. KẾT LUẬN

U hạch (Ganglioneuroma) ở cổ là một thể hiếm gặp trong bệnh lí u hạch. Đây là một tổn thương lành tính với các triệu chứng có thể gặp theo y văn ghi nhận là khó thở, mất ngủ, tiêu chảy, vẩy mồ hôi, tăng huyết áp. Phẫu thuật lấy bỏ khối u được đặt ra khi nghi ngờ khối u gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu hoặc ở bệnh nhân trẻ tuổi khi thời gian theo dõi dài có thể gây ra các vấn đề về tâm lý dù không có triệu

chứng là một lựa chọn cho kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bingbing S, Han-zhong L, Cheng C, Shi R, Hua F, Jin W, et al. Differential diagnosis and laparoscopic treatment of adrenal pheochromocytoma and ganglioneuroma. Chin Med J. 2009;122:1790---3.
2. Guo YK, Yang ZG, Li Y, Deng YP, Ma ES, Min PQ, et al. Uncommon adrenal masses: CT and MRI features with histopathologic correlation. Eur J radiol. 2007;62:359---70.
3. Mawaja S, Materne R, Detrembleur N, De Leval L, Defecheroux T, Meurisse M, et al. Adrenal ganglioneuroma. Am J Surg.2007;194:683-4.
4. Titos García A, Ramírez Plaza CP, Ruiz Diéguez P, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J. Ganglioneuroma como causa infrecuente de tumor suprarrenal [Ganglioneuroma as an uncommon cause of adrenal tumor]. Endocrinol Nutr. 2011 Oct;58(8):443-5. Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2011.02.013. Epub 2011 May 4.
5. Titos García A, Ramírez Plaza CP, Ruiz Diéguez P, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J. Ganglioneuroma como causa infrecuente de tumor suprarrenal [Ganglioneuroma as an uncommon cause of adrenal tumor]. Endocrinol Nutr. 2011 Oct;58(8):443-5. Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2011.02.013. Epub 2011 May 4.
6. Xu T, Zhu W, Wang P. Cervical ganglioneuroma: A case report and review of the literature. Medicine (Baltimore). 2019 Apr;98(15):e15203.
7. Zografos GN, Kothonidis K, Ageli C, Kopanakis N, Dimitriou K, Papalioudi E, et al. Laparoscopic resection of large adrenal ganglioneuroma. JLS. 2007;11:487---92.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Trần Quyết Thắng*, Hà Văn Quyết**, Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 43 bệnh nhân ung thư đại tràng phải tại bệnh viện Thanh Nhàn từ 7/2017 đến 10/2021. Bệnh nhân được phẫu thuật

nội soi cắt đại tràng phải và nối máy. Chúng tôi đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $53,5 \pm 0,7$, tỷ lệ nam/nữ là 1,26; 62,8% chỉ số BMI bình thường (18,5 – 24,9%). Đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất (83,7%); 11,6% bệnh nhân sờ thấy u khi khám bụng. 100% khối u được phát hiện qua nội soi đại tràng: 48,8% ở đại tràng lên, 41,9% ở đại tràng góc gan; 83,7% u thể sùi; 83,7% có kích thước > 1/2 chu vi đại tràng. 97,7% khối u được phát hiện trên cắt lớp vi tính ổ bụng với hình ảnh dày thành đại tràng. Tỷ lệ giai đoạn I, II, III sau mổ là 9,3%; 48,8%; 42,9%. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật nội soi được chẩn đoán ở giai đoạn sớm với triệu chứng lâm sàng không điển hình. Nội soi đại tràng là phương pháp chẩn đoán có giá trị quan trọng nhất. **Từ khóa:** ung thư đại tràng, phẫu thuật, nội soi, triệu chứng.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

**Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết Thắng

Email: tranquyetthang13779@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022

SUMMARY**CLINICAL CHARACTERISTIC OF PATIENT WITH LAPAROSCOPIC RIGHT COLON CANCER RESECTION AT THANH NHAN HOSPITAL**

Our study aimed to evaluate the clinical and preclinical characteristic of patient with right colon cancer who underwent laparoscopic surgery. **Methods:** The authors reviewed records from 43 patients with histologically proven right colon carcinoma from July 2017 to October 2021. Patients were treated by laparoscopic resection. We analyzed clinical, pre-clinical characteristics. **Results:** In our study, the mean age was $53,5 \pm 0,7$, male/female ratio was 1,26/1; 62,8% had normal BMI (18,5 – 24,9). Abdominal pain was the most common symptom (83,7%); 11,6% had palpable tumor. 100% of tumor were detected by colonoscopy: 48,8% in ascending colon, 41,9% in hepatic flexure; 83,7% had tumor size accounting for $> \frac{1}{2}$ colon circumference. 97,7% of tumor were detected on abdominal computed tomography with thickening of the colon wall. The rate of postoperative stages I, II, III colon cancer was 9,3%; 48,8%; 42,9%. **Conclusion:** The majority of right colon cancer patients undergoing laparoscopic resection were diagnosed at an early stage with atypical clinical symptoms. Colonoscopy is the most important diagnostic method.

Key words: colon cancer, surgery, laparoscopic, symptom.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại-trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp. Trong UTĐTT, ung thư đại tràng phải chiếm khoảng 25%. Điều trị UT ĐT phải hiện nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ đạo để cắt bỏ u nguyên phát và nạo vét hạch vùng, hóa chất và điều trị đích đóng vai trò hỗ trợ nhằm tiêu diệt nốt những tế bào u còn sót lại sau mổ hoặc di căn xa. Trong suốt thời gian dài, mổ mở và đóng miệng nối bằng tay vẫn là kinh điển trong điều trị ngoại khoa UTĐT phải. Năm 1991, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng phải lần đầu tiên được Jacobs thực hiện thành công tại Florida – Hoa Kỳ [1]. Gần đây, PTNS đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới trong điều trị UTĐT phải và từng bước khẳng định được tính ưu việt của nó: tính thẩm mỹ cao hơn, giảm đau sau mổ, bệnh nhân hồi phục nhanh, rút ngắn thời gian nằm viện. Trên thế giới, PTNS điều trị UTĐT phải đã được chấp nhận kể từ khi một số thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, đa trung tâm với số lượng lớn bệnh nhân được báo cáo là an toàn về mặt ung thư học [2],[3],[4]. Ở Việt nam, PTNS và các dụng cụ nối máy đã được áp dụng trong điều trị UTĐT từ năm 2002-2003 tại các trung tâm PTNS như bệnh viện Việt Đức, BV Chợ Rẫy... thu được những kết quả khả quan

[5],[6],[7]. Tuy nhiên tại bệnh viện Thanh Nhân chúng tôi bắt đầu áp dụng PTNS từ năm 2010, trải qua thời gian kỹ thuật ngày càng được hoàn thiện, hiện nay PTNS kết hợp với cắt nối máy trong phẫu thuật ung thư đại-trực tràng đã trở thành một phương pháp thường quy tại bệnh viện chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1 Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn lựa chọn**

- U nguyên phát ở đại tràng phải
- Chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến đại tràng
- Kích thước u < 8 cm, chưa xâm lấn các tạng lân cận, chưa có di căn xa trên chẩn đoán hình ảnh.
- Tình trạng sức khỏe ASA I, II, III

Tiêu chuẩn loại trừ: - U đã có biến chứng áp xe, tắc ruột hoặc thủng ruột

- Ung thư đại tràng phải tái phát

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 07/2017 đến 10/2021
- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Thanh Nhân

2.2 Phương pháp nghiên cứu**Thiết kế nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Trong nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 43 bệnh nhân

Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.
- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và cắt nối bằng máy
 - + Đặt trocar: 3 hoặc 4 trocar
 - + Khảo sát toàn ổ bụng
 - + Giải phóng đại tràng phải theo phương pháp phẫu tích từ giữa ra bên.
 - + Phẫu tích bó mạch hồi đại tràng
 - + Phẫu tích bó mạch đại tràng phải và đại tràng giữa
 - + Di động đại tràng
 - + Làm miệng nối: mở bụng tối thiểu, đưa toàn bộ đại tràng ra ngoài. Tiến hành cắt đại tràng phải, nối hồi tràng – đại tràng ngang bằng nối máy.
 - + Kết thúc phẫu thuật
- Bệnh nhân được theo dõi để đánh giá các biến chứng sau mổ và tái khám vào thời điểm 30 ngày sau mổ.

Các chỉ số đánh giá

- Các chỉ số lâm sàng
 - + Tuổi, giới
 - + Chỉ số khối cơ thể
 - + Tình trạng sức khỏe
 - + Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện
 - + Triệu chứng lâm sàng: đau bụng, rối loạn tiêu hóa, phân máu, sụt cân, khối u ổ bụng.
 - Các chỉ số cận lâm sàng
 - + Nội soi đại tràng: vị trí u, kích thước, hình thái
 - + Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: tổn thương u, kích thước, di căn hạch, xâm lấn
 - + Giải phẫu bệnh, độ mô học
 - + Giai đoạn bệnh: trước và sau phẫu thuật
- Xử lý số liệu:** - Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0
- Mô tả: Trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị min, max
 - So sánh các tỷ lệ: sử dụng test χ^2
 - Các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Biến số	Kết quả n (%)
Tổng số	43
Tuổi: Tr ng bình	53,5 ± 0,7
Dao động	32 - 78
Giới: Nam	24 (55,8%)
Nữ	19 (44,2%)
Chỉ số khối cơ thể	
Thiếu cân (< 18,5)	14 (32,6%)
Bình thường (18,5 - 24,9)	27 (62,8%)
Thừa cân (25 - 29,9)	2 (4,6%)
Béo phì (≥ 30)	0
Tình trạng sức khỏe	
ASA I	37 (86,1%)
ASA II	5 (11,6%)
ASA III	1 (2,3%)

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Biến số	Kết quả n (%)
Thời gian khởi phát bệnh	
< 3 tháng	22 (51,2%)
3 - 6 tháng	8 (41,9%)
> 6 tháng	3 (6,9%)
Triệu chứng cơ năng	
Đau bụng	36 (83,7%)
Ỉa chảy	17 (39,5%)
Táo bón	11 (25,6%)
Đại tiện phân máu	9 (20,9%)
Triệu chứng thực thể	
Sờ thấy u	5 (11,6%)
Thiếu máu	3 (6,9%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 53,5 ± 0,7; tỷ lệ nam/nữ là 1,26; 62,8% có chỉ số BMI bình thường

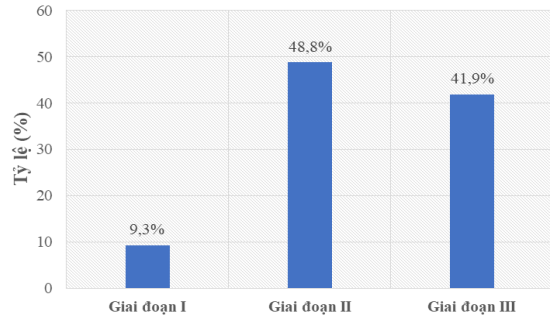
+ Đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất.

3.2 Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Biến số	N	Tỷ lệ (%)
Nội soi đại tràng		
Vị trí u		
Manh tràng	4	9,3
Đại tràng lên	21	48,8
Đại tràng góc gan	18	41,9
Hình thái		
U sùi	36	83,7
Loét thâm nhiễm	7	16,3
Kích thước u theo chu vi lòng đại tràng		
< 1/4	1	2,3
1/4 - 1/2	6	14,0
1/2 - 3/4	21	48,8
> 3/4	15	34,9
Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng		
Dày thành đại tràng	42	97,7
Hạch ổ bụng	3	6,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 100% u được phát hiện qua nội soi; 97,7% u được phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính.



Biểu đồ 1. Giai đoạn bệnh sau mổ

Nhận xét: Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân ở giai đoạn II và III (90,7%)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 53,5 ± 0,7, lớn nhất là 78 tuổi. Kết quả này cũng tương tự với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, cho thấy khoảng 90% ung thư đại tràng xảy ra ở người trên 50 tuổi [8]. Một vấn đề được đặt ra là tuổi có ảnh hưởng đến chỉ định phẫu thuật nội soi. Nghiên cứu của Grailey tổng hợp và phân tích gộp 11 nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật nội soi và mổ mở ung thư đại trực tràng ở bệnh nhân ≥ 70 tuổi. Kết quả đã chứng minh sự an toàn và lợi ích của phẫu thuật nội soi đại trực

tràng ở bệnh nhân lớn tuổi. Tác giả đi đến kết luận bệnh nhân lớn tuổi không phải là một chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng [9]. Về giới, nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1,26. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như Hồ Long Hiến là 1,32, Phạm Trung Vỹ là 1,5/1, Nguyễn Thanh Tâm là 1,47/1. Theo ghi nhận của Globocan 2018, tỷ lệ mắc ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải không có sự khác nhau giữa nam và nữ do không có sự khác biệt về cấu trúc giải phẫu đại tràng phải và các tạng liên quan. Một yếu tố khác được quan tâm liên quan đến chỉ định của phẫu thuật nội soi đó là tình trạng béo phì. Bệnh nhân có chỉ số BMI càng cao thì phẫu thuật càng khó khăn và béo phì được coi là một trong những yếu tố nguy cơ. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy mặc dù phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân béo phì có thời gian mổ dài hơn và tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn, nhưng nó vẫn là phương pháp án toàn và khả thi và đảm bảo kết quả về ung thư học trong điều trị ung thư đại trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân béo phì, chỉ có 2 bệnh nhân thừa cân.

Về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cơ năng là những triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám và giúp người thầy thuốc định hướng chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 51,2% bệnh nhân đến khám trong vòng 3 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 83,7%, kể đến là ỉa chảy với 39,5%, táo bón với 25,6%, đại tiện phân máu (20,9%). Chúng tôi thăm khám được khối u ổ bụng ở 5 bệnh nhân, thiếu máu ở 3 bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước. Theo y văn, đối với ung thư đại tràng phải giai đoạn sớm, triệu chứng thường không điển hình gồm đau bụng mơ hồ, thiếu máu, sụt cân, mệt mỏi, khối ổ bụng. Hầu hết các triệu chứng của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức độ nhẹ, ít triệu chứng là do bệnh nhân ở giai đoạn sớm còn có thể phẫu thuật nội soi được.

Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng, nội soi đại tràng ống mềm là phương tiện chẩn đoán đầu tay giúp quan sát tổn thương u xác định vị trí, hình thái, kích thước, đồng thời giúp sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các trường hợp đều được phát hiện qua nội soi đại tràng, với 83,7% có kích thước > 1/2 chu vi đại tràng, 83,7% thể sùi, 48,8% khối u ở đại tràng lên, 41,9% u ở đại

tràng góc gan, và 9,3% u ở manh tràng. Ngoài nội soi đại tràng, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để chẩn đoán giai đoạn trước mổ và lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Tỷ lệ phát hiện khối u trên cắt lớp vi tính ổ bụng là 97,7%, có 1 trường hợp không phát hiện được do kích thước u nhỏ, không có trường hợp nào xâm lấn tạng lân cận hoặc di căn xa. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có 3 bệnh nhân (6,9%) di căn hạch vùng trên cắt lớp vi tính. Theo Phạm Ngọc Hoa và Lê Văn Phước ung thư đại tràng biểu hiện dưới dạng thành dày không đối xứng, sự xóa lớp mỡ cạnh u có thể là chỉ điểm cho sự xâm lấn các cấu trúc quanh u. Tỷ lệ phát hiện hạch di căn ung thư đại tràng đối với cắt lớp vi tính là 27 – 73%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật, tỷ lệ giai đoạn I là 9,3%, giai đoạn II là 48,8%, giai đoạn III là 41,9%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Long Hiến, Cho, Veldkamp [5]. Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới lựa chọn phẫu thuật nội soi đối với ung thư đại tràng giai đoạn I đến III, trong đó chỉ có một số ít nghiên cứu như Barcelona, COST, Li lựa chọn bệnh nhân giai đoạn IV [3].

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật nội soi được chẩn đoán ở giai đoạn sớm với triệu chứng lâm sàng không điển hình. Nội soi đại tràng sinh thiết là phương pháp chẩn đoán có giá trị quan trọng nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS (1991).** Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc*, 1, 144-150.
2. **The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group (2004).** A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med*, 350, 2050-2059.
3. **The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group (2004).** A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med*, 350, 2050-2059.
4. **Guillou P, Quirke P, Thorpe H et al (2005).** Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicenter, randomized controlled trial. *Lancet*, 365, 1718-1726.
5. **Veldkamp R, Kuhrv E, Hop WC et al (2005).** Colon cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group? (COLOR). Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol*, 6(7), 477-484.
6. **Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiến và cộng sự (2003).** Cắt đại tràng nội soi. *Y học Tp Hồ Chí Minh*, 7(1), 127-131.

7. **Triệu Triều Dương, Nguyễn Cường Thịnh, Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự (2004)**. Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại - trực tràng, những kết quả bước đầu so với mổ mở. Y học Việt Nam, số đặc biệt, 201-207.
8. **Nguyễn Đình Hải, Nguyễn Mậu Anh, Võ Tấn**

- Long (2013)**, Ung thư đại tràng, Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Nhà xuất bản y học, tr. 405-420.
9. **Grailey K, Markar SR, Karthikesalingam A et al (2013)**. Laparoscopic versus open colorectal resection in the elderly population. Surg Endosc, 27(1), 19-30.

SO SÁNH KẾT QUẢ GIẢI GIÃN CƠ CỦA SUGAMMADEX LIỀU 1 MG/KG HOẶC 0,5 MG/KG VỚI NEOSTIGMIN LIỀU 40 MCG/KG TẠI MỨC TOF 0,25

Phạm Quang Minh¹, Lê Huy Thế²

TÓM TẮT

Tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật là một thực trạng phổ biến trong gây mê hồi sức và đặt ra tính cấp thiết về việc sử dụng máy theo dõi giãn cơ cũng như thuốc giải giãn cơ. Sugammadex là thuốc giải giãn cơ có rất nhiều ưu điểm, nhưng giá thành còn cao. Việc sử dụng tiết kiệm với liều nhỏ hơn khuyến cáo chưa được nghiên cứu về tính hiệu quả tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm so sánh kết quả giải giãn cơ của sugammadex liều 1mg/kg hoặc 0,5mg/kg với neostigmin liều 40 mcg/kg tại mức TOF 0,25. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, thực hiện từ tháng 3 - 10/2021 trên 90 bệnh nhân chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm: Nhóm I - giải giãn cơ bằng sugammadex 1mg/kg. Nhóm II - giải giãn cơ bằng sugammadex 0,5mg/kg. Nhóm III - giải giãn cơ bằng neostigmine 40mcg/kg và atropine sulphat 15 mcg/kg. Kết quả: thời gian hồi phục TOF $\geq 0,9$ nhanh dần theo thứ tự: sugammadex 1mg/kg, sugammadex 0,5mg/kg và neostigmin 40 μ g/kg, đồng thời nhóm sử dụng sugammadex không làm thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau giải giãn cơ. Các tác dụng không mong muốn khác như: nhịp chậm, khô miệng, tăng tiết đờm dãi,... tăng lên ở nhóm sử dụng giải giãn cơ neostigmin. **Kết luận:** có thể sử dụng liều thấp hơn vẫn mang lại hiệu quả và hạn chế được tác dụng phụ so với neostigmin.

Từ khóa: tồn dư giãn cơ, sugammadex, neostigmin, TOF.

SUMMARY

TO COMPARE THE DECURARIZATIVE RESULTS OF SUGAMMADEX 1 MG/KG OR 0.5 MG/KG TO NEOSTIGMINE 40 MCG/KG AT A TOF 0.25

Residual muscle relaxants after surgery are a common in anaesthesia and raise the airway urgency that need to use of muscle relaxants monitor as well as decurarisation drugs. Sugammadex is one kind of

decurarization drug with many advantages, but the price is still high. The use of smaller dose has not been studied in Vietnam as well as in the world. We conducted a study to compare the decurarizative results of sugammadex 1mg/kg or 0.5mg/kg with neostigmine 40 mcg/kg at a TOF of 0.25. Prospective, clinical intervention study was conducted from March 2021 to October 2021 on 90 patients, randomly divided into 3 groups: group I - sugammadex 1mg/kg, group II - sugammadex 0.5mg/kg, group III - neostigmine 40mcg/kg with atropine sulphate 15 mcg/kg. The results showed that the recovery time for TOF ≥ 0.9 gradual faster in the following order: sugammadex 1mg/kg, sugammadex 0.5mg/kg and neostigmin 40 μ g/kg, and the sugammadex group did not change the rhythm, heart rate and blood pressure before and after relaxation. Meanwhile, other undesirable effects such as bradycardic, dry mouth, increased sputum secretion, etc increased in the group neostigmin. **Conclusion:** it is possible to use a lower dose than the theory when the patient has recovered partial muscle relaxation. That doses were still effective and also limited some side effects when compared to neostigmine.

Keywords: Residual neuromuscular block, sugammadex, neostigmine, TOF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề giãn cơ tồn dư sau phẫu thuật ngày càng được quan tâm hiện nay. Từ năm 2004, Hội Gây mê hồi sức thế giới đã khuyến cáo mức TOF $\geq 0,9$ là tiêu chuẩn vàng đánh giá hồi phục phong bế thần kinh cơ hoàn toàn [1]. Neostigmin là thuốc giải giãn cơ kinh điển đã được sử dụng từ lâu và phổ biến ở Việt Nam với giá thành rẻ, tuy nhiên thuốc có nhiều tác dụng không mong muốn trên hệ muscarinic cũng như nguy cơ tái giãn cơ khi giải giãn cơ ở mức phong bế thần kinh sâu [2]. Sugammadex từ khi ra đời đã cho phép phục hồi nhanh chóng và hoàn toàn sự phong bế thần kinh cơ do nhóm amino steroid gây ra ngay cả ở mức phong bế sâu. Thuốc không chỉ khắc phục được các nhược điểm của neostigmin trên hệ muscarinic mà còn chứng minh được hiệu quả giải giãn cơ, tính an toàn do thuốc mang lại trên các đối tượng đặc biệt

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchuoc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022