

chăm sóc và đảm bảo vô khuẩn trong phẫu thuật và sau phẫu thuật. Đối với các trường hợp viêm môm cắt âm đạo trong nghiên cứu này, chúng tôi đã xử trí bằng điều trị kháng sinh và đặt thuốc âm đạo cho kết quả ổn định. ngoài ra có một bệnh nhân bị chảy máu môm cắt ngày thứ 2, chúng tôi đã tiến hành khâu cầm máu kịp thời cho bệnh nhân và không để xảy ra tai biến gì thêm.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình $48,90 \pm 5,64$; tập trung nhiều ở lứa tuổi 49 – 54 chiếm 78,8%.
- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau tức bụng dưới và rối loạn kinh nguyệt
- Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu vừa và nhẹ là 30,3%.
- Lượng máu mất trung bình trong mổ là $167,70 \pm 52,45$ ml
- Thời gian phẫu thuật trung bình $80,96 \pm 22,44$ phút
- Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi có nhiều các ưu điểm về tính thẩm mỹ, thời gian bình phục sau hậu phẫu nhanh, ít biến chứng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tuấn Hải (2018)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu

thuật nội soi tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

2. **Trần Thanh Hương (2012)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương quân đội 108, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Bá Phê (2013)**, Nghiên cứu cắt tử cung đường nội soi tại khoa phụ ngoại Bệnh viện phụ sản trung ương, Tạp chí Phụ sản. 2013; Tập 11 (2), 5-2013, tr 89-92
4. **Nguyễn Thành Biên (2017)**, Kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện C Thái Nguyên, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
5. **Nguyễn Đức Hình (2011)**, "Lịch sử cắt tử cung", Nhà xuất bản Y học, chủ biên, Một số kỹ thuật cắt tử cung, tr. 9-17.
6. **Phùng Trọng Thủy (2021)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang, Tạp chí y học Việt Nam, tập 505. Số 01/2021 tr 199- 202.
7. **Nguyễn Thị Thu (2021)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi do u xơ tử cung tại bệnh viện Thanh Nhân, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội,
8. **O' Hanlan KA, Dibble SL, Garnier AC et al.** " Total laparoscopic hysterectomy: technique and complications of 830 cases", JSLS, 2007. Jan-Mar, 11(1): 45-53.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA MASK THANH QUẢN PROSEAL TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA

Phạm Quang Minh¹, Nguyễn Xuân Anh²

TÓM TẮT

Mask thanh quản proseal đảm bảo duy trì thông khí tốt đối với nhiều loại phẫu thuật, tuy nhiên đối với tư thế nằm nghiêng các bác sỹ lo ngại về ảnh hưởng trên mạch, huyết áp cũng như các biến chứng như đau họng, khàn tiếng sau mổ so với ống nội khí quản. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 2 – 8/2020, 60 bệnh nhân được phẫu thuật tán sỏi thận qua da chia thành 2 nhóm: nhóm gây mê nội khí quản và nhóm gây mê mask thanh quản proseal. Kết quả: 2 nhóm tương đồng với nhau về các chỉ số nhân trắc, thời gian phẫu thuật. SpO₂ và EtCO₂ luôn trong giới hạn bình thường và tương đồng

nhau tại các thời điểm nghiên cứu ở cả hai nhóm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm gây mê mask thanh quản có Mạch, Huyết áp ổn định hơn tại thời điểm đặt cũng như rút ống so với nhóm gây mê nội khí quản, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến chứng sau mổ như đau họng, khàn tiếng cũng thấp hơn nhóm gây mê nội khí quản. Nhóm đặt nội khí quản có 12 bệnh nhân đau họng, 1 bệnh nhân khàn tiếng sau phẫu thuật. Tuy nhiên các triệu chứng này không nặng nề và kéo dài. Kết luận: nhóm gây mê mask thanh quản có một số ưu điểm hơn về ổn định mạch, huyết áp và các triệu chứng đau họng, khàn tiếng sau mổ so với nhóm gây mê nội khí quản trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da.

Từ khóa: mask thanh quản Proseal, phẫu thuật tán sỏi thận qua da, gây mê toàn thân

SUMMARY

TO ASSESS SOME ADVERTISING EFFECTS OF PROSEAL LARYNGEAL MASK IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS RENAL LITHOTRIPSY SURGERY

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchin@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Proseal laryngeal mask ensures good ventilation for many types of surgery, however, for the lateral position surgery, anesthesiologists are concerned about the effect on pulse, blood pressure as well as complications such as sore throat, hoarseness of voice after surgery compare with endotracheal tube. We conducted a prospective randomized clinical intervention study at Vinh Phuc General Hospital from February to August 2020, 60 patients undergoing percutaneous renal lithotripsy were divided into 2 groups. Results: the 2 groups were similar in terms of anthropometric indices and surgery time. SpO₂ and EtCO₂ were within normal limit and were similar at all the time of study in both groups, the difference was not statistically significant with $p > 0.05$. The laryngeal mask group had pulse, blood pressure that was more stable at the time of insertion as well as extubation compare with the endotracheal group, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. Postoperative complications such as sore throat, hoarseness in laryngeal mask group were also lower than those of endotracheal group. In the endotracheal group, there were 12 patients with sore throat and 1 patient with hoarseness after surgery. However, these symptoms were not severe and did not last long. Conclusion: the laryngeal mask group had some advantages such as stabilizing pulse, blood pressure and lowering symptoms of sore throat and hoarseness after surgery than the endotracheal group in percutaneous renal lithotripsy surgery.

Keywords: proseal laryngeal mask, percutaneous renal lithotripsy surgery, general anesthesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê nội khí quản là kỹ thuật chủ yếu trong vô cảm để phẫu thuật bởi khả năng kiểm soát đường thở chắc chắn của nó. Chính ưu điểm này đôi khi cũng là nhược điểm của phương pháp bởi nguy cơ khó khăn khi đặt được nội khí quản khá cao, tỷ lệ đặt nội khí quản thất bại là 0,3%¹. Thêm nữa, ống nội khí quản cũng gây ra nhiều khó chịu trong giai đoạn hậu phẫu do ống xâm nhập vào đường hô hấp dưới, trong khi niêm mạc đường hô hấp dưới dễ bị tổn thương hơn và không chịu được áp lực cao². Từ khi mask thanh quản ra đời, việc sử dụng mask thanh quản được chứng minh là giải pháp an toàn trong kiểm soát đường thở cấp cứu. Sau đó mask thanh quản tiếp tục được sử dụng trong mổ phiên bởi tính hiệu quả và một số ưu điểm của nó so với nội khí quản. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có nhiều phẫu thuật được tiến hành dưới gây mê an toàn bằng việc sử dụng mask thanh quản³. Kỹ thuật tán sỏi thận qua da ra đời từ những năm giữa thế kỷ 20 và được áp dụng tại Việt Nam từ năm 2002. Để chủ động kiểm soát hô hấp trong cả cuộc mổ, bác sỹ gây mê có thể áp dụng phương pháp gây mê nội khí quản hoặc mask thanh quản. Mask thanh quản Proseal được

thiết kế có nhiều ưu điểm hơn thế hệ cũ nên đảm bảo thông khí tốt hơn ngay cả khi bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng như tán sỏi qua da. Tuy nhiên, bác sỹ gây mê lo ngại các rối loạn huyết động trong mổ và một số tác dụng không mong muốn của mask thanh quản proseal như đau họng, khàn tiếng... trong giai đoạn hồi tỉnh. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng không mong muốn của mask thanh quản proseal trong phẫu thuật tư thế nằm nghiêng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu so sánh ảnh hưởng trên huyết động và một số tác dụng không mong muốn của mask thanh quản proseal so với ống nội khí quản trong gây mê phẫu thuật tán sỏi qua da tư thế nằm nghiêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 02 năm 2020 đến tháng 08 năm 2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có chỉ định mổ phiên tán sỏi thận qua da

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thể trạng bệnh nhân: ASA I, II.

- Tuổi từ 18- 70 tuổi.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định đặt mask thanh quản

- Bệnh nhân có đau họng, khàn tiếng trước phẫu thuật.

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc dùng trong gây mê

2.2.3. Tiêu chuẩn đưa bệnh nhân ra khỏi nghiên cứu

- Đặt mask thanh quản hoặc nội khí quản thất bại.

- Có tai biến trong quá trình phẫu thuật: chảy máu nhiều, shock nhiễm trùng

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Lấy mẫu chủ định gồm 60 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm I: 30 bệnh nhân đặt mask thanh quản Proseal.

- Nhóm II: 30 bệnh nhân đặt ống nội khí quản.

2.3.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được thăm khám trước mổ 1 ngày, giải thích về gây mê và phẫu thuật, ký cam kết tham gia nghiên cứu.

- Ngày phẫu thuật, bệnh nhân vào phòng mổ, làm đường truyền, lắp các thiết bị theo dõi. Thứ

oxy 3lít/phút qua mask mặt.

- Khởi mê theo phác đồ: fentanyl 2-3 mcg/kg, propofol 1,5- 2mg/kg. Khi thông khí qua mask mặt được, tiêm rocunorium 0,6mg/kg.

- Đặt mask thanh quản hoặc nội khí quản khi đủ điều kiện, bơm cuff đủ kín, kiểm tra thông khí hiệu quả, cố định ống thở.

- Cài đặt máy mê kiểm soát thể tích: chế độ thông khí bảo vệ phổi. Duy trì sevofluran theo MAC và PRST. Nhắc lại fentanyl, esmeron theo thời gian và thì phẫu thuật.

- Theo dõi sự thay đổi mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm: T0: trước khi đặt ống thở, T1: sau khi đặt ống thở 1 phút, T2: sau khi đặt ống thở 5 phút, T3: trước khi bệnh nhân nằm nghiêng, T4: sau khi BN nằm nghiêng 1 phút, T5: sau khi BN nằm nghiêng 5 phút, T6: sau khi thông khí 30 phút, T7: khi kết thúc phẫu

thuật, T8: trước khi rút ống thở, T9: sau khi rút ống thở 1 phút, T10: sau rút ống thở 5 phút, T11: sau rút ống thở 10 phút, T12: sau khi rút ống thở 30 phút.

- Phẫu thuật viên đặt bệnh nhân ở tư thế sản khoa, đặt JJ. Sau đó đặt tư thế nghiêng. Tiến hành hánh sỏi. Trước khi kết thúc cuộc mổ 30 phút truyền thuốc giảm đau 1gam paracetamol và 20mg nefopam.

- Sau phẫu thuật bệnh nhân được chuyển về phòng hồi tỉnh. Rút ống nội khí quản hoặc mask thanh quản khi đủ tiêu chuẩn. Thu thập các số liệu về biến chứng đau họng, khàn tiếng sau mổ.

2.3.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

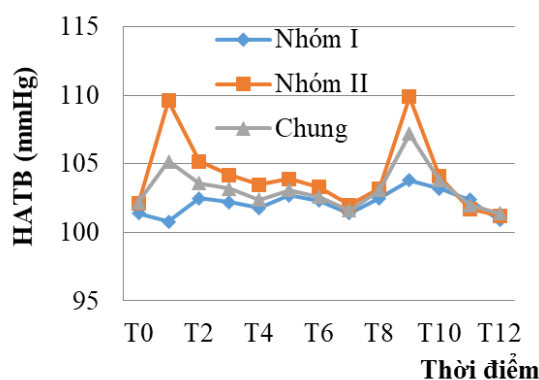
Bảng 3.1. Tuổi, giới, BMI, ASA trong nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	p
Tuổi (năm)	46,4 ± 10,1	46,8 ± 10,3	> 0,05
BMI (kg/m ²)	19,6 ± 2,1	19,4 ± 2,1	> 0,05
Nam/nữ	17/13	18/12	> 0,05
ASA (I/II)	28/2	29/1	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	86,1 ± 8,4	85,9 ± 8,6	> 0,05

Nhận xét: Tuổi, giới, BMI, ASA, thời gian phẫu thuật trung bình của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

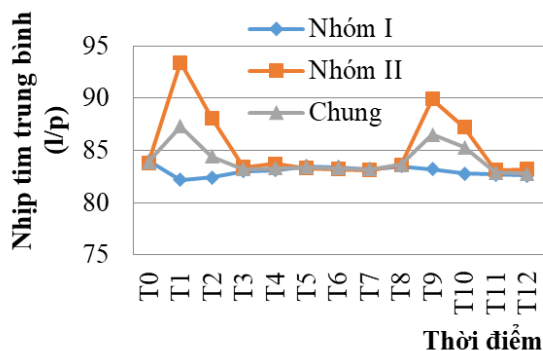
3.2. Thay đổi SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm nghiên cứu. Chỉ số SpO₂, EtCO₂ tại các thời điểm nghiên cứu đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm

3.3. Thay đổi huyết áp trung bình và nhịp tim



Biểu đồ 3.1. Thay đổi huyết áp trung bình

Nhận xét: sự thay đổi huyết áp trung bình có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 tại các thời điểm T1 và T9. Các thời điểm khác không có sự khác biệt giữa hai nhóm



Biểu đồ 3.2. Thay đổi nhịp tim

Nhận xét: tại các thời điểm T1, T2, T9, T10 nhịp tim trung bình của nhóm đặt nội khí quản cao hơn nhóm đặt mask thanh quản, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.4.1. Các tác dụng không mong muốn trong quá trình đặt ống thở

Bảng 3.18. Tác dụng không mong muốn sau rút ống thở 30 phút

Triệu chứng	Nhóm I		Nhóm II		Chung		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Không	30	100	17	56,7	47	78,3	< 0,01
Đau họng	0	0	12	40	12	20	
Khàn tiếng	0	0	1	3,3	1	1,7	
Nôn, buồn nôn	0	0	0	0	0	0	
Co thắt thanh, phế quản	0	0	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: sau khi rút ống thở 100% bệnh nhân ở nhóm I không có biến chứng. Tỷ lệ bệnh nhân không biến chứng ở nhóm II là 56,7%. 12 bệnh nhân (40%) của nhóm II có biểu hiện đau họng, 01 bệnh nhân của nhóm II khàn tiếng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các thay đổi về nhịp tim và huyết áp

4.1.1. Thay đổi về nhịp tim: Biểu đồ 3.2 cho thấy sau khi đặt và rút ống nội khí quản làm cho nhịp tim của bệnh nhân tăng lên rõ rệt trong khi đặt mask thanh quản làm biến đổi rất ít. Chứng tỏ ưu điểm của thông khí bằng mask thanh quản ít gây kích thích làm tăng nhịp tim trong quá trình đặt và rút so với ống nội khí quản. Khi thay đổi tư thế BN từ nằm ngửa sang nằm nghiêng, thông khí bằng mask thanh quản hay nội khí quản đều không làm thay đổi nhịp tim là do quá trình này bệnh nhân đã được gây mê sâu, dùng giảm đau và giãn cơ đủ. Các thời điểm khác không có sự khác biệt giữa 2 nhóm với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Thanh Tú⁴. Tác giả Bimla Sharma và cộng sự cho rằng những can thiệp vào vùng hầu họng như đặt đèn soi thanh quản, việc đưa ống nội khí quản vào khí quản gây nên đáp ứng của hệ thần kinh giao cảm - tuyến thượng thận và gây tăng tiết epinephrin và norepinephrin, làm tăng tần số tim⁵.

4.1.2. Thay đổi về huyết áp: Biểu đồ 3.1 cho thấy huyết áp trung bình của nhóm đặt mask thanh quản ổn định hơn so với nhóm đặt nội khí quản. Nhất là tại các thời điểm trước và sau đặt hay tại thời điểm trước và sau rút ống thở. Quá trình thay đổi tư thế từ nằm ngửa sang nằm nghiêng không làm biến đổi nhiều về huyết áp ở cả 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Chùng và cs mask thanh quản proseal trong phẫu thuật gây mê nội soi cắt ruột thừa thực hiện trên 131 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm. Kết luận nhóm đặt mask thanh quản huyết động ổn định hơn nhóm đặt nội khí quản nhất là giai đoạn đặt và rút dụng cụ⁶. Maltby và cs (2002)⁷ nghiên cứu mask thanh quản proseal trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi thấy rằng sự ảnh hưởng trên huyết động là do kích thích vùng hầu, thanh quản vì vùng này có các sợi thần kinh hướng tâm

phân phối cho toàn bộ khí đạo, các sợi thần kinh này bắt nguồn từ nhánh trong của thần kinh thanh quản trên. Đáp ứng với các kích thích cơ học như áp lực tì đè của bóng chèn lên các sợi thần kinh hướng tâm và kích thích thần kinh giao cảm gây nên tăng huyết áp và mạch. Tuy nhiên kích thích trên bệnh nhân đặt nội khí quản nhiều hơn.

4.2. Tác dụng không mong muốn sau quá trình rút ống

4.2.1. Đau họng và khàn tiếng. Tất cả bệnh nhân trong I nhóm của chúng tôi đều không có biến chứng khàn tiếng, ở nhóm 2 có 1 bệnh nhân khàn tiếng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như của Nguyễn Thị Thanh Hương⁶ và Belena⁸. Dương Anh Khoa³, biến chứng khàn tiếng trên bệnh nhân gây mê mask thanh quản proseal không có. Tỷ lệ đau họng trong nhóm đặt mask thanh quản của chúng tôi tương đương của Nguyễn Thị Thanh Hương⁶ (0%), nhỏ hơn của các tác giả A.M.Lopez⁹ (3,3%). Có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn Mallampati độ I và thời gian đặt cũng như sử dụng mask thanh quản ngắn nên không ảnh hưởng tới tỷ lệ xuất hiện biến chứng này. Vấn đề đau họng và khàn tiếng sau gây mê là một biến chứng thường gặp, khó tránh khỏi. Song điều này ít được mọi người chú ý tới vì người bệnh thường đau ở vị trí phẫu thuật nhiều hơn. Tuy nhiên đau tại vị trí phẫu thuật của bệnh nhân hiện nay đã được giải quyết bằng các loại thuốc giảm đau và các biện pháp giảm đau sau mổ khác lúc này người bệnh mới chú ý tới đau họng và khàn tiếng.

4.2.2. Nôn và buồn nôn. Nôn và buồn nôn sau mổ có thể do rất nhiều nguyên nhân, như những kích thích vùng hầu họng, tác dụng của một số thuốc mê, thuốc giảm đau dòng họ morphin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp bệnh nhân nào có biểu hiện nôn và buồn nôn sau mổ ở cả 2 nhóm. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh

Hương (2011)⁶ và Belena (2012)⁸. Tác giả Dương Anh Khoa (2006)³ nghiên cứu trên mask thanh quản proseal không có bệnh nhân nào bị nôn và buồn nôn sau đặt mask thanh quản, ở nhóm dùng nội khí quản có 1 bệnh nhân bị nôn. Các biến chứng khác như co thắt thanh quản, co thắt phế quản đều không gặp ở cả hai nhóm. Các biến chứng co thắt đường thở thường gặp trên bệnh nhân có cơ địa dị ứng, gây mê không đủ sâu hoặc do trào ngược. Các bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân mổ phiến, được chuẩn bị tốt nên không gặp biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Cả hai phương pháp đều đảm bảo duy trì mạch, huyết áp trong giới hạn bình thường mặc dù tại một số thời điểm sau đặt và sau rút ống thở, nhóm gây mê nội khí quản có thay đổi các chỉ số này nhiều hơn nhóm gây mask thanh quản. Sự thay đổi này không gây nguy hiểm và vẫn được kiểm soát tốt. Các chỉ số về bão hòa oxy máu và CO₂ cuối thì thở ra trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Như vậy, gây mê mask thanh quản có thể đảm bảo được thông khí và trao đổi khí trong cuộc mổ, ít ảnh hưởng đến mạch, huyết áp hơn ngay cả ở tư thế nghiêng và hạn chế được khá nhiều tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật như đau họng và khàn tiếng so với phương pháp gây mê nội khí quản. Tuy nhiên, cần có thêm nghiên cứu về giá trị của mask thanh quản

trong trường hợp phẫu thuật kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan R. Aitkenhead, Graham Smith (1996), Preoperative Assessment and Premedication, Textbook of Anaesthesia, 3 Edition, pp 3, 91 -98.
2. Brimacombe J (2004), LMA-Proseal an analysis of current knowledge and a complete practical guide, The Laryngeal Mask Company Limited, pp2-104.
3. Trần Thị Kiệm, Nguyễn Thu (2007), Nghiên cứu vai trò của phương pháp gây mê bằng Propofol kết hợp đặt mask thanh quản ProSeal trong phẫu thuật tai – xương chũm, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Nguyễn Thanh Tú và cs, So sánh biến đổi về tuần hoàn và hô hấp khi gây mê bằng mask thanh quản Proseal với nội khí quản trong gây mê phẫu thuật cắt gân hoàn toàn tuyến giáp, Tạp chí Y học- Quân sự, Số 4, 2012.
5. Bimla Sharma et al. Proseal laryngeal mask airway: A study of 100 consecutive cases of laparoscopic surgery. Indian J Anaesth. 2003, 47 (6), pp.467-472.
6. Nguyễn Thị Thanh Hương (2011), Đánh giá hiệu quả và sự an toàn của mask thanh quản Proseal và Supreme so với ống nội khí quản trong gây mê phẫu thuật nội soi cắt túi mật, Báo cáo khoa học Hội nghị gây mê trong phẫu thuật nội soi toàn quốc.
7. Maltby J. R et al (2002), Gastric distension and ventilation during laparoscopic cholecystectomy: LMA-Classic vs tracheal intubation, Can J anesth, 47(7): 622-626.
8. Belena JM, MD, Nunez M (2012), The laryngeal mask airway Supreme™: safety and efficacy during gynaecological laparoscopic surgery, South Afr J Anaesth Analg, 18(3): 143 -147.

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2020

Nguyễn Thị Song Hà¹, Hà Văn Thúy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích cơ cấu về số lượng và giá trị của thuốc đã sử dụng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020 gồm 355 khoản mục và có giá trị là 10,9 tỷ đồng, tập trung chủ yếu là các thuốc hóa dược, chiếm 93,45 số khoản mục và 91,3% về giá trị. Trong cơ cấu thuốc sử dụng,

nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn có số khoản mục chiếm 12,6% và 22,1% tổng giá trị sử dụng. Thuốc sản xuất trong nước đã được Bệnh viện chú trọng sử dụng với số khoản mục chiếm tỷ lệ cao, đạt 70,3%. Thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ lớn. Thuốc sử dụng theo đường uống cũng chiếm tỷ lệ cao về số khoản mục và giá trị. Đặc biệt, thuốc generic chiếm tới 95,8% số khoản mục và 96,1% về giá trị. Kết quả phân tích cho thấy việc sử dụng thuốc tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là tương đối hợp lý.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE LIST OF DRUGS USED AT THAIBINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

A cross-sectional descriptive study was carried out to analyze the list of drugs used at Thai Binh Medical University Hospital in 2020. The results shown that the

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Song Hà

Email: songhaktd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022