ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP KHI KHỞI MÊ BẰNG HỖN HỢP ETOMIDAT 2%- PHENYLEPHRIN 50mcg/ml SO VỚI ETOMIDAT 2% TRONG PHẪU THUẬT TIM MỞ Ở NGƯỜI LỚN

Dương Phương Chinh*, Nguyễn Quốc Kính*, Phạm Quang Minh, Lưu Quang Thuỳ***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số tuần hoàn và tác dụng dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê bằng hỗn hợp etomidat 2% - phenylephrin 50mcg/ml so với etomidat 2% trong phẫu thuật tim mở ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, 60 bệnh nhân có phẫu thuật tim mở được chia làm 2 nhóm: Nhóm 1: bệnh nhân được khởi mê bằng etomidat 2%-2ml NaCl 0,9%. Nhóm 2: bệnh nhân được khởi mê bằng etomidat 2% - 2ml phenylephrin 50mcg/ml. Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số tuần hoàn (tần số tim, CVP, huyết áp) và tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp sau khởi mê giữa 2 nhóm nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Không có sự khác biệt về 1 số chỉ số tuần hoàn (tần số tim, CVP, HATT, HATTr, HATB) giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tụt huyết áp thấp hơn ở nhóm có dùng phenylephrine (66,7% so với 90%). **Kết luận:** Trong phẫu thuật tim mở ở người lớn, khởi mê bằng hỗn hợp etomidat- phenylephrin có tác dụng dự phòng tụt huyết áp và không ảnh hưởng tới tình trạng tuần hoàn của bệnh nhân.

Từ khoá: Etomidat, phenylephrin, tụt huyết áp sau khởi mê, bệnh nhân mổ tim mở.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTS OF THE COMBINATION OF ETOMIDATE 2%-PHENYLEPHRINE 50mcg/ml VERSUS 2% ETOMIDATE ON CIRCULATION ALTERATIONS AND HYPERTENSION PREVENTION IN ADULT OPEN HEART SURGERY

Objectives: To evaluate the changes of some circulatory indices and the effect of preventing hypotension during induction stage of anesthesia with a mixture of 2% etomidate - phenylephrine 50mcg/ml compared with 2% etomidate in adult open heart surgery. **Methods:** Randomized controlled clinical trial on 60 patients with open heart surgery being divided into 2 groups: Group 1: inducing with etomidate 2% - 2ml NaCl 0.9%. Group 2: inducing with etomidate 2% - 2ml of phenylephrine 50mcg/ml. We evaluated the change of some circulatory indices (heart rate, CVP, blood pressure) and the proportion of patients with hypotension after induction stage of anesthesia between the 2 study groups. **Results:** There was no difference in some circulatory indices (heart rate, CVP, SBP, DPB, MBP) between the 2 study groups. The rate of hypotension was lower in the phenylephrine group (66.7% versus 90%). **Conclusions:** In open heart surgery in adults, performing induction of anesthesia with a mixture of etomidate-phenylephrine helps to prevent hypotension and does not affect the patient's circulatory status.

Key words: Etomidate, phenylephrine, hypotension in inducing stage of anesthesia, open heart surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt huyết áp (HA) khi khởi mê (General anesthesia induction- related hypotension, GAIH) là một vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng và là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân (BN). Phẫu thuật mổ tim là phẫu thuật có nguy cơ tụt huyết áp cao với các BN có bệnh lý tim mạch nặng: bệnh mạch vành, bệnh van tim, tim bẩm sinh, bệnh cơ tim…

Để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê, đã có một số nghiên cứu việc kết hợp propofol với thuốc vận mạch: ephedrin, phenylephrin hoặc với ketamin nhằm làm giảm tác dụng hạ áp của thuốc mê. Phenylephrin là thuốc tác động chọn lọc trên thụ thể alpha giao cảm, do đó tác dụng chủ yếu làm co mạch, ít tác động trên tim, không làm tăng nhịp tim hay co bóp cơ tim. Etomidat được đưa vào sử dụng từ năm 1972 với đặc tính duy trì ổn định huyết động, khoảng cách giữa liều độc và liều tác dụng lớn (etomidat: gấp 30 lần, propofol: 4-5 lần). Do ít ức chế giao cảm và ít tác dụng trên receptor nhận cảm áp lực, etomidat được lựa chọn là 1 trong những thuốc khởi mê tốt cho các BN có nguy cơ tụt huyết áp, BN với bệnh lý tim mạch làm giảm chức năng tim. Ngoài ra, etomidat duy trì tỷ lệ cung - cầu oxy cho cơ tim, giảm nguy cơ thiếu máu cơ tim trong gây mê.

Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, khởi mê bằng etomidat vẫn có một tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện tụt huyết áp. Tại Việt Nam, chưa có các nghiên cứu về việc phối hợp 2 thuốc trên để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê cho BN mổ tim mở, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

**Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
***Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Phương Chinh
Email: duongphuongchinh09@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022
Ngày duyệt bài: 28.4.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi có bệnh lý van tim hoặc bệnh mạch vành có chỉ định phẫu thuật tim mở có kế hoạch. EuroScore <6, EF ≥ 30, ASA II-IV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a.Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phòng mổ tim mạch lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 5/2021 – 9/2021.

b.Loại nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có so sánh.

2.3 Tiến hành nghiên cứu và thu thập số liệu. Lấy mẫu thuận tiện gồm 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm ngẫu nhiên:

Nhóm 1: gồm 30 bệnh nhân được khởi mê bằng etomidat 2% - 2ml NaCl 0,9%

Nhóm 2: gồm 30 bệnh nhân được khởi mê bằng hỗn hợp etomidat 2% - 2ml phenylephrin 50mcg/ml.

2.4. Xử lí kết quả nghiên cứu: Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Đặc điểm liên quan đến bệnh nhân, loại phẫu thuật

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân và phân loại phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)	
Tuổi (năm)	59,73±9,15	60,87±11,66	P > 0,05
Giới(% nam)	43,33	63,33	
Cân nặng(kg)	50,93±9,31	51,90±8,30	
BMI (kg/m^2)	20,26±1,98	20,65±2,88	
ASA			
II	3,33	0	
III	73,33	66,67	
IV	23,33	33,33	
Phân loại phẫu thuật			
Bệnh mạch vành	3,33	10	
Bệnh van tim	90	80	
Phối hợp 2 loại	6,67	10	

Nhận xét: Hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.1.2. Liều lượng thuốc mê sử dụng

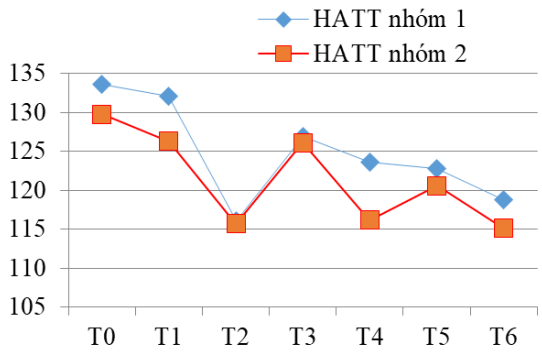
Bảng 2: Liều lượng thuốc mê sử dụng khi khởi mê

	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)	P
Tổng liều etomidat (mg)	10,20±2,53	9,33±1,61	P > 0,05
Liều etomidat (mg/kg)	0,21±0,06	0,18±0,04	
Liều phenylephrine (mcg)		51,67± 18,23	

Nhận xét: Tổng lượng thuốc etomidat sử dụng và liều etomidat (mg/kg) giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt (p > 0,05). Liều phenylephrin trung bình đã sử dụng ở nhóm 2 là 51,67 ± 18,23 mcg.

3.2. Đánh giá tác dụng dự phòng tụt huyết áp của hỗn hợp etomidat – phenylephrin.

3.2.1. So sánh huyết áp tâm thu các thời điểm giữa 2 nhóm



Biểu đồ 1. Thay đổi HATT 2 nhóm theo các thời điểm nghiên cứu.

Nhận xét: HATT trung bình giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ở tất cả các thời điểm nghiên cứu (p > 0,05).

3.2.2. So sánh huyết áp tâm trương các thời điểm giữa 2 nhóm

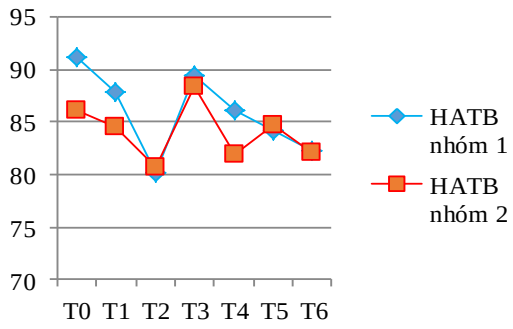
Bảng 3. Thay đổi HATTr giữa 2 nhóm tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	HATTr nhóm 1 ($\bar{X}$ ±SD) (mmHg)	HATTr nhóm 2 ($\bar{X}$ ±SD) (mmHg)	P
T0	66,00 ± 12,23	63,17 ± 13,53	p > 0,05
T1	64,43 ± 11,14	62,03 ± 13,81	
T2	59,53 ± 12,31*	63,17 ± 17,08	
T3	68,87 ± 13,89	69,27 ± 19,32*	
T4	66,00 ± 12,48	63,93 ± 18,25	
T5	63,93 ± 12,56	66,10 ± 14,29	
T6	63,63 ± 14,58	64,20 ± 13,44	

Chú thích: * là các giá trị có p < 0,05 khi so sánh với giá trị HATTr nền

Nhận xét: Huyết áp tâm trương trung bình ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm nghiên cứu với p > 0,05.

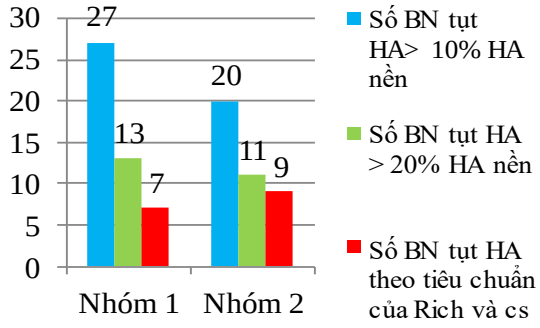
3.2.3. So sánh huyết áp trung bình các thời điểm giữa 2 nhóm



Biểu đồ 2. Sự thay đổi HATB của 2 nhóm qua các thời điểm nghiên cứu.

Nhận xét: Huyết áp trung bình của 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm nghiên cứu với p > 0,05.

3.2.4. So sánh tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp sau khởi mê giữa 2 nhóm



Biểu đồ 3. Số BN có xuất hiện tụt huyết áp sau khởi mê ở 2 nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Giữa 2 nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tụt huyết áp tại ít nhất 1 thời điểm > 10% huyết áp nền có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, thấp hơn ở nhóm sử dụng etomidat phối hợp với phenylephrin (66,7% so với 90%, p < 0,05). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp > 20% so với huyết áp nền và theo tiêu chuẩn của Reich và cs giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05)

3.3.5. Các can thiệp để nâng huyết áp của 2 nhóm nghiên cứu.

Bảng 4. Tỷ lệ sử dụng thêm dịch truyền

	Nhóm 1 (n= 30)	**Nhóm 2 (n=30)**	P
	Số bệnh nhân (%)		
Số bệnh nhân cần truyền thêm dịch	13 (43,3)	11 (36,7)	p > 0,05
Lượng dịch ($\bar{X}$ ±SD) ml	117,85 ± 31,67	133,33 ± 35,36	

Nhận xét: Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân cần truyền thêm dịch và lượng dịch trung bình p > 0,05.

Bảng 5. Tỷ lệ BN cần dùng thêm thuốc vận mạch

Chỉ số	**Nhóm 1 (n = 30)**	**Nhóm 2 (n = 30)**	**P**
	Số bệnh nhân (%)		
Số BN cần dùng thêm thuốc vận mạch	7 (23,3)	8 (26,7)	p > 0,05
Số BN cần dùng thêm ephedrin	1 (3,3)	4 (13,3)	
Số BN cần dùng thêm phenylephrin	6 (20)	4 (13,3)	
Liều trung bình ephedrin ($\bar{X}$ ±SD) mg	6	7,5 ± 3,00	
Liều trung bình phenylephrin ($\bar{X}$ ±SD) mcg	58,33 ± 20,41	50	

Nhận xét: Giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bệnh nhân cần dung thêm thuốc vận mạch, liều trung bình ephedrin và phenylephrin dùng thêm để điều chỉnh huyết áp (p > 0,05)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trước mổ. Giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p> 0,05) về các mặt: tuổi, giới, cân nặng, BMI, ASA và bệnh lý phẫu thuật. Tổng lượng thuốc etomidat sử dụng và liều etomidat (mg/kg) giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt (p>0,05). Liều phenylephrin trung bình đã sử dụng ở nhóm 2 là 51,67 ± 18,23 mcg.

4.2. Diễn biến huyết áp 2 nhóm nghiên cứu.

4.2.1. Huyết áp tâm thu: HATT trung bình của nhóm 1 và nhóm 2 không khác biệt có ý nghĩa với p > 0,05 tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Mức chênh lệch HA của nhóm 1 cao nhất quan sát thấy ở T2, thấp hơn 17,53 ± 20,97mmHg so với nền, ở nhóm 2 là 14,70 ± 20,96mmHg tại thời điểm T6. Dao động HA của nhóm 1 lớn hơn nhóm 2. Nghiên cứu của Phạm Tuấn Anh và cs [1], HATT nền là 118,6 ± 13,8 mmHg, giảm sau khi khởi mê bằng etomidat đến giá trị 81,5±10,4mmHg. Sau khi tiêm phenylephrin với liều trung bình 55±15mcg, HATT tăng lên 104,9±14,3mmHg, sau đó duy trì không khác biệt với mức nền. Liều phenylephrin

điều trị này tương đương với liều dự phòng ở nhóm 2 của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhìn chung HATT giảm có ý nghĩa so với mức nền ở cả 2 nhóm sau khi tiêm etomidat hoặc hỗn hợp etomidat và phenylephrin, ngoại trừ T3 là thời điểm ngay sau đặt NKQ, HA tăng trở lại.

4.2.2. Huyết áp trung bình: Huyết áp trung bình nhóm 1 tại T0 là 91,23 ± 11,02 mmHg, giảm có ý nghĩa thống kê từ T2 (sau khi tiêm etomidat, p < 0,05) và trở về mức nền từ T3 (sau khi đặt NKQ, p > 0,05). Sau đó, từ thời điểm T4 (1 phút sau đặt NKQ), HATB nhóm 1 lại giảm có ý nghĩa với p < 0,05. Có 4 thời điểm T2, T4, T5, T6, HATB của bệnh nhân nhóm 1 thấp hơn HA nền. Huyết áp trung bình nhóm 2 tại T0 là 86,10 ± 11,77 mmHg, giảm có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T2 (sau khi tiêm hỗn hợp etomidat và phenylephrin, p < 0,05), sau đó từ thời điểm T3 (sau khi đặt NKQ), HATB nhóm 2 trở về mức nền với p > 0,05. So sánh HATB 2 nhóm ở các thời điểm không có sự khác biệt có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của Kamenik và cs [2], HATB nền của 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là 100 ± 14 mmHg và 104 ± 13mmHg. Giá trị này cao hơn HATB nền 2 nhóm của chúng tôi. Kamenik sử dụng phenylephrin truyền liên tục tốc độ 5mcg/kg/phút duy trì được HATB cao hơn ở các thời điểm liên tục từ phút thứ 3 đến phút 20 ở nhóm 2, khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của El Tahan [3], 5 nhóm nghiên cứu khởi mê bằng propofol, nhóm 1 dùng nước muối, nhóm 2,3,4 dùng ephedrin liều lần lượt là: 0,07 mg/kg, 0,1mg/kg và 0,15mg/kg), nhóm 5 dùng phenylephrin 1,5 mcg/kg. Kết quả cho thấy nhóm sử dụng phenylephrin có HATB cao hơn rõ rệt so với 3 nhóm còn lại trong 20 phút quan sát. Như vậy, phenylephrin có tác dụng rõ ràng trong duy trì HATB sau khởi mê.

4.3. So sánh tỷ lệ tụt huyết áp và các can thiệp cải thiện huyết áp giữa 2 nhóm.

4.3.1. Tỷ lệ tụt huyết áp sau khởi mê. So sánh giữa 2 nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tụt huyết áp tại ít nhất 1 thời điểm sau khởi mê > 10% huyết áp nền có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, thấp hơn ở nhóm sử dụng etomidat phối hợp với phenylephrin (66,7% ở nhóm 2 so với 90% ở nhóm 1, p < 0,05). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân tụt huyết áp > 20% so với huyết áp nền và theo tiêu chuẩn tụt huyết áp nặng trong nghiên cứu của Reich và cs [4] giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ HA tụt > 20% so với HA nền ở nhóm 1 là 43,3 % và nhóm 2 là 36,7 %. Theo nghiên cứu của Dhungana [5], khi khởi mê với propofol, tỷ lệ tụt HA > 20% ở nhóm chứng là 67,5%, nhóm truyền Haemacel là 23,1% và nhóm pha ephedrin là 22,5%. Nghiên cứu của Farhan và cs [6], tỷ lệ tụt HA trung bình tất cả là 38,5%, trong đó cao nhất ở nhóm chứng (60%), nhóm sử dụng ephedrin là 31,1%, nhóm sử dụng phenylephrin là 24,4% . Như đã phân tích ở trên, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên các bệnh nhân phẫu thuật tim mở, ASA chủ yếu III - IV, tuổi trung bình tương đối cao: 59,73 ± 9,15 ở nhóm 1 và 60,87 ± 11,66 ở nhóm 2, có tỷ lệ mắc các bệnh lí mạn tính cao hơn rõ rệt, bệnh lí chính lại là nhóm tim mạch (> 80% là bệnh lí van tim) so với nghiên cứu của Farhan (BN tuổi từ 18-60, trung bình là 36,24 ± 10,89 ở nhóm 1 và không khác biệt với các nhóm khác), ASA I-II . Do đó, kết quả tỷ lệ tụt HA > 20% trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Tỷ lệ tụt huyết áp nặng theo tiêu chuẩn của Reich và cs [4] trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,3% ở nhóm 1 (7 bệnh nhân) và 30% ở nhóm 2 (9 bệnh nhân). Kết qủa này cao hơn hẳn trong nghiên cứu của Reich, 5,6% ở các bệnh nhân ASA I – II và 9,9% ở các bệnh nhân ASA III – IV. Nguyên nhân do trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều có bệnh lí tim nặng, tình trạng ASA chủ yếu là III – IV. Nghiên cứu của Green và cs [6], tỷ lệ tụt huyết áp lên đến 60%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân do thuốc khởi mê là propofol, đặc tính gây hạ áp cao hơn so với etomidat, định nghĩa tụt huyết áp cũng khác: bao gồm tất cả các bệnh nhân có HATT < 80mmHg hoặc giảm > 20% so với HA nền, hoặc HATB < 60 mmHg ở bất kì thời điểm nào sau khởi mê 15 phút, hoặc nếu đã có tụt huyết áp từ trước khởi mê (HATT < 90mmHg) thì được tính khi HATB giảm thêm > 5mmHg, hoặc sử dụng thêm hoặc tăng liều các thuốc vận mạch trong 15 phút sau khởi mê.

4.3.2. Các can thiệp điều chỉnh huyết áp trong nghiên cứu. Số lần can thiệp và liều thuốc, liều lượng dịch truyền thể hiện mức độ tụt huyết áp của các bệnh nhân trong mỗi nhóm. Các thuốc co mạch được sử dụng là ephedrin và phenylephrin. Dịch truyền sử dụng là dung dịch ringer lactat. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân cần truyền thêm dịch và lượng dịch trung bình p > 0,05. Tỷ lệ bệnh nhân cần truyền thêm dịch ở nhóm 1 là 43,3%, nhóm 2 là 36,7%. Nhóm 1 có 13 bệnh nhân được truyền thêm dịch với lượng trung bình là 117,85 ± 31,67ml, nhóm 2 có 11

bệnh nhân, ít hơn nhóm 1, nhưng lượng dịch trung bình lớn hơn 133,33 ± 35,36ml. Tuy nhiện, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê**.** Giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bệnh nhân cần dung thêm thuốc vận mạch, liều trung bình ephedrin và phenylephrin dùng thêm để điều chỉnh huyết áp (p > 0,05). Tỷ lệ bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch ở nhóm 1 là 23,3%, nhóm 2 là 26,7%. Ở nhóm 1 có 7 bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch, trong đó 6 trường hợp cần thêm phenylephrin với liều trung bình là 58,33 ± 20,41mcg, 1 trường hợp cần ephedrin với liều 6 mg. Ở nhóm 2 có 8 bệnh nhân cần dùng thêm vận mạch, trong đó 4 bệnh nhân được tiêm phenylephrin với liều trung bình là 50 mcg, 4 bệnh nhân còn lại dùng ephedrin với liều trung bình là 7,5 ± 3,0mg. Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào cần sử dụng atropin để điều chỉnh nhịp tim. Theo nghiên cứu của Jor và cs [7], can thiệp được sử dụng nhiều nhất là truyền thêm dịch. Tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp là 36,5%, phối hợp các biện pháp: truyền dịch, giảm liều thuốc mê, dùng thuốc co mạch. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt có thể do đặc điểm bệnh nhân khác nhau. Ở nghiên cứu của Jor, các bệnh nhân có ASA từ I-III, phẫu thuật ngoài tim so với các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ASA III-IV, phẫu thuật trên bệnh lí tim mạch, nhiều bệnh kèm theo, có tỷ lệ sử dụng thuốc hạ áp và thuốc lợi tiểu trước mổ cao để điều trị suy tim.

V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt về 1 số chỉ số tuần hoàn (tần số tim, CVP, HATT, HATTr, HATB) giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tụt huyết áp thấp hơn ở nhóm có dùng phenylephrine (66,7% so với 90%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Tuấn Anh.** Đánh giá hiệu quả điều trị hạ huyết áp của phenylephrin trong gây mê phẫu thuật tim có sử dụng tuần ngoài cơ thể. 2018.
2. **Kamenik M, Kos D, Petrun AM, Green DB, Zorko N, Mekiš D.** Haemodynamic stability during anaesthesia induction with propofol – impact of phenylephrine. A double-blind, randomised clinical trial. In: ; 2018.
3. **El-Tahan MR.** Preoperative ephedrine counters hypotension with propofol anesthesia during valve surgery: A dose dependent study. Ann Card Anaesth. 14:11.
4. **Reich DL, Hossain S, Krol M, et al.** Predictors of hypotension after induction of general anesthesia. Anesth Analg. 2005;101(3):622-628, table of contents.
5. **Dhungana Y, Bhattarai BK, Bhadani UK, Biswas BK, Tripathi M. Prevention of hypotension during propofol induction:** A comparison of preloading with 3.5% polymers of degraded gelatin (Haemaccel) and intravenous ephedrine. Nepal Med Coll J NMCJ. 2008;10(1):16-19.
6. **Farhan M, Hoda MQ, Ullah H.** Prevention of hypotension associated with the induction dose of propofol: A randomized controlled trial comparing equipotent doses of phenylephrine and ephedrine. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2015;31(4):5.
7. **Jor O, Maca J, Koutna J, et al.** Hypotension after induction of general anesthesia: Occurrence, risk factors, and therapy. A prospective multicentre observational study. J Anesth. 2018;32(5):673-680.
8. **Kaushal RP, Vatal A, Pathak R.** Effect of etomidate and propofol induction on hemodynamic and endocrine response in patients undergoing coronary artery bypass grafting/mitral valve and aortic valve replacement surgery on cardiopulmonary bypass. Ann Card Anaesth. 2015;18(2):172-178.

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC LOẠI TRẦM CẢM TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Minh Tâm[1,2], Trần Nguyễn Ngọc[1,2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng điều trị rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai. Đây là nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập số liệu trên 40 người bệnh phân liệt cảm xúc tại Viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm thường gặp ở nữ giới (57,5%), có độ tuổi từ 26 - 40 (52,5%). Trong điều trị, thuốc an thần kinh được sử dụng nhiều nhất là risperidone (60,0%), với liều tối thiểu 2,9 ± 1,1 mg/ngày và liều tối đa 4,2 ± 1,7 mg/ngày. Sertraline là thuốc chống trầm cảm được sử dụng nhiều nhất (90,0%) với liều trung bình cao nhất là 125 ± 52,8 mg/ngày. Thuốc bình thần Diazepam cũng được sử dụng thường xuyên (87,5%) với số ngày dùng trung bình là 11,3 ± 7,0 ngày. Có 100% người bệnh được điều trị bằng các thuốc an thần kinh (ATK) kết hợp với một hoặc nhiều loại thuốc khác. Đa số là thuốc an thần kinh kết hợp với thuốc chống trầm cảm (CTC) và

[1]*Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc
Email: trannguyenngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2022
Ngày duyệt bài: 28.4.2022