

triệu chứng khô mắt, tổn thương bề mặt nhãn cầu trong viêm bờ mi do Demodex. [3] [4].

V. KẾT LUẬN

Sau 1 tháng điều trị, có tới 92,2% số bệnh nhân các triệu chứng cải thiện tốt, còn 7,8% số bệnh nhân đánh giá cải thiện ít triệu chứng, không có bệnh nhân nào đánh giá không cải thiện hoặc xấu hơn.

Số lượng bệnh nhân chẩn đoán khô mắt có kết quả test Schimer I <10mm giảm dần qua các lần khám lại, số lượng bệnh nhân bình thường có kết quả >15mm tăng dần, sự khác biệt trước điều trị và sau điều trị 1 tháng là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Số lượng bệnh nhân khô mắt có thời gian test BUT dưới 10 giây giảm dần qua các lần khám lại, các bệnh nhân có thời gian BUT trên 10 giây tăng dần sau 2 tuần và 1 tháng. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm OSDI đánh giá tổn thương bề mặt nhãn cầu giảm dần qua các lần khám lại sau điều trị 2 tuần và 1 tháng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tỉ lệ điểm OSDI cao giảm dần, tỉ lệ điểm OSDI thấp tăng dần, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fromstein S.R., Harthan J.S., Patel J., et al. (2018). Demodex blepharitis: clinical perspectives. Clin Optom (Auckl), 10, 57–63.
2. Adenis J.P., Brasseur G., Demailly P., et al. (1996). Comparative evaluation of efficacy and safety of ciprofloxacin and norfloxacin ophthalmic solutions. Eur J Ophthalmol, 6(3), 287–292.
3. Bhandari V., Reddy J.K. (2014). Blepharitis: always remember demodex. Middle East Afr J Ophthalmol, 21(4), 317–320.
4. Gao Y.-Y., Di Pascuale M.A., Li W., et al. (2005). High prevalence of Demodex in eyelashes with cylindrical dandruff. Invest Ophthalmol Vis Sci, 46(9), 3089–3094.
5. Bron A.J., Benjamin L., Snibson G.R. (1991). Meibomian gland disease. Classification and grading of lid changes. Eye (Lond), 5 (Pt 4), 395–411.
6. Liang L., Liu Y., Ding X., et al. (2018). Significant correlation between meibomian gland dysfunction and keratitis in young patients with Demodex brevis infestation. Br J Ophthalmol, 102(8), 1098–1102.
7. Craig J.P., Nelson J.D., Azar D.T., et al. (2017). TFOS DEWS II Report Executive Summary. Ocul Surf, 15(4), 802–812.
8. McCulley J.P., Sciallis G.F. (1977). Meibomian keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol, 84(6), 788–793.
9. English F.P. (1970). The role of the acarid Demodex folliculorum in ophthalmology. Trans Aust Coll Ophthalmol, 2, 89–92.

ĐÁNH GIÁ PHONG BỀ CẢM GIÁC SAU GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG NGANG MỨC T7

Lưu Quang Thùy*, Nguyễn Trần Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vùng phong bế cảm giác sau gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ngang mức mòm ngang T7 liều duy nhất hai bên. Đối tượng và phương pháp: 30 bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 đến 9/2022. Tiến hành ESPB ngang mức mòm ngang T7 liều duy nhất hai bên trước phẫu thuật và đánh giá lại phong bế cảm giác vùng ngực bụng trước bên và chi dưới sau gây tê 30 phút. **Kết quả:** 30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với thời gian thực hiện gây tê trung bình là $11,50 \pm 2,36$ phút, khoảng cách từ da đến mặt phẳng cơ dựng sống được đo dưới hình ảnh siêu âm trung bình là $2,17 \pm 0,92$ cm. Có 2 bệnh nhân phong bế thất bại. Số đốt da phong bế trung bình là 6,43 (2-10 đốt),

với phần lớn bệnh nhân có giảm cảm giác đốt da T6 đến T9 và trên 50% bệnh nhân gây tê đạt phong bế từ đốt da T4 đến T10. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng trong nghiên cứu. **Kết luận:** Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ở mức ngang mòm ngang T7 cho hiệu quả phong bế cảm giác tốt, tuy nhiên mức phong bế cảm giác khác biệt nhiều giữa các bệnh nhân.

Từ khóa: phong bế cảm giác gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, đau sau phẫu thuật sỏi mật

SUMMARY

EVALUATION OF THE SENSORY BLOCK RANGE FOLLOWING THE ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK AT THE T7 LEVEL

Objective: To evaluate the range of sensory block following ultrasound-guided administration of bilateral ESPB at the level of the T7 transverse process with a fixed single dose. **Materials and methods:** A total of 30 patients undergoing choledocholithiasis surgery at Viet Duc University Hos. from Jan. 2022 to Sep. 2022 received a preoperative bilateral ESP block under ultrasound guidance at the T7 level and were evaluated for the pinprick cutaneous sensation in the anterolateral abdomen and chest wall, and lower extremities at 30 minutes after injection. **Results:**

*Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

Thirty patients were enrolled in the study, with the average duration to perform the block procedure being 11.50±2.36 minutes, and the distance from the skin to the erector spinae plane measured under the ultrasound image was 2.17±0.92 cm on average. There were 2 patients with failed blockade. The mean dermatomal spread was 6.43 (range 2 -10), with the majority of patients having cutaneous sensory block from T6 to T9 and over half of patients having sensory block from T4 to T10. No major complication was recorded in the study. **Conclusions:** Ultrasound-guided erector spinae plane block at the T7 level provided a good sensory block effect, but sensory block varied widely among patients. **Keywords:** sensory blockade of erector spinae plane block, postoperative choledocholithiasis surgery pain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESPB) là một kĩ thuật gây tê tương đối mới, được giới thiệu từ năm 2016 bởi Forero et al với mục tiêu kĩ thuật của phương pháp là đi kim xuyên qua lớp trước & sâu nhất của cơ dựng sống và đưa thuốc tê vào giữa lớp này và đỉnh mòm ngang. Kĩ thuật này đã được nghiên cứu và ứng dụng để giảm đau cho nhiều loại phẫu thuật khác nhau như phẫu thuật tim mạch lồng ngực, phẫu thuật vú, cột sống, chấn thương chi, phẫu thuật tiêu hóa v.v... Phân tích gộp 52 nghiên cứu của Yu Cui và cộng sự cho thấy gây tê mặt phẳng cơ dựng sống trên các loại phẫu thuật khác nhau giúp giảm lượng opioid tiêu thụ trong 24 giờ đầu so với nhóm chứng kéo dài thời gian yêu cầu giảm đau đầu tiên và giảm tỉ lệ nôn/buồn nôn so với nhóm chứng. Nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên khác của Hamed và cộng sự (2018), Elyazed và cộng sự (2019), Fu và cộng sự (2020) cũng cho thấy hiệu quả giảm đau của ESPB trên bệnh nhân phẫu thuật bụng. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên tử thi và trên chẩn đoán hình ảnh xác định mức lan tỏa thuốc tê khi tiến hành ESPB lại cho kết quả khác nhau gây tranh cãi về cơ chế của phương pháp này.. Vì vậy, Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá vùng phong bế cảm giác sau gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ngang mức mòm ngang T7" dưới hướng dẫn siêu âm, liều duy nhất hai bên bằng 20mL hỗn hợp Ropivacain 0.25% – Dexamethason 0.2mg/mL mỗi bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân tuổi từ 18, có chỉ định phẫu thuật mổ mở sỏi đường mật tại Trung tâm Gây mê & hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 – 9 năm 2022, ASA I-II; nếu có viêm đường mật, phân độ I hoặc II (nhẹ hoặc trung

bình) theo Hướng dẫn Tokyo 2018. Tiêu chuẩn loại trừ: nhiễm trùng tại vùng chọc kim, dị ứng thuốc tê, rối loạn huyết động, hô hấp hoặc đông máu hoặc bệnh nhân xuất hiện các biến chứng nặng liên quan đến gây mê, phẫu thuật, cần phải hồi sức tích cực sau mổ hoặc cần thở máy kéo dài sau mổ (trên 4 giờ) tại phòng hồi tỉnh hoặc khoa hồi sức tích cực.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập trong khoảng thời gian nghiên cứu. Tổng số 60 bệnh nhân được chia đều ngẫu nhiên bằng bốc thăm thành 2 nhóm, chỉ 30 bệnh nhân nhóm I được gây tê mặt phẳng cơ dựng sống trước khởi mê. Sau đó cả hai nhóm được gây mê nội khí quản theo quy trình thông thường và sử dụng giảm đau PCA sau mổ.

Xử lí số liệu: Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

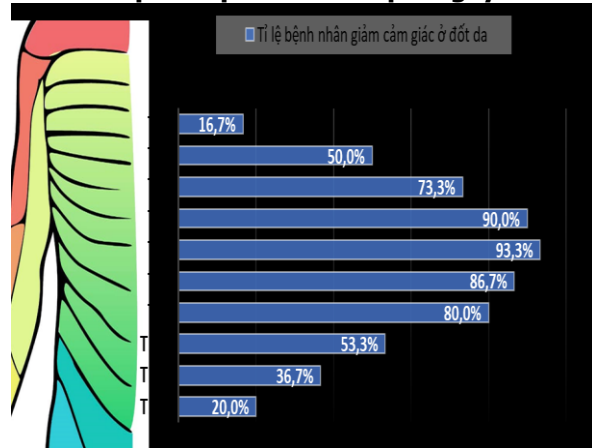
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	X ± SD	Min-Max
Tuổi (năm)	53,10±14,48	22-70
Chiều cao (cm)	157,97±8,48	140-178
Cân nặng (kg)	54,33±7,46	47-69
BMI (kg/m ²)	21,82±2,98	16,00-28,06

3.2 Một số đặc điểm liên quan gây tê ESP



Biểu đồ 1. Phạm vi lan tỏa của thuốc tê sau gây tê 30 phút

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 2 bệnh nhân gây tê thất bại (không giảm hoặc mất cảm giác cả 2 bên). Mức giảm cảm giác cao nhất thành bụng trước bên ở đốt da T3, thấp nhất ở đốt T12. Phần lớn (>80%) bệnh nhân có giảm cảm giác ở đốt da T6 đến T9. Trên 50% bệnh

nhân gây tê đạt phong bế từ đốt da T4 đến T1. Số đốt da phong bế trung bình là $6,43 \pm 2,27$, nhiều nhất là 10 (bệnh nhân đạt phong bế T3-T12), ít nhất là 2 (bệnh nhân đạt phong bế T6-T7)

Bảng 5. Một số đặc điểm liên quan gây tê ESP

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
Thời gian thực hiện (phút)	$11,50 \pm 2,36$	8,0-15,0
Khoảng cách từ da đến mặt phẳng cơ dựng sống (cm)	$2,17 \pm 0,92$	1,1-4,0

Nhận xét: - Thời gian thực hiện gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là $11,50 \pm 2,36$ phút, nhanh nhất là 8 phút và chậm nhất là 15 phút

- Khoảng cách từ da đến mặt phẳng cơ dựng sống là $2,17 \pm 0,92$ cm, trong đó ngắn nhất là 1,1 cm và dài nhất là 4,0 cm

3.3 Tai biến liên quan gây tê mặt phẳng cơ dựng sống. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào gặp biến chứng của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống như chọc vào mạch máu/thần kinh/ khoang màng phổi, sưng nề/ tụ máu/ nhiễm trùng vùng chọc kim, ức chế vận động chi hay ngộ độc thuốc tê. Đồng thời không có bệnh nhân rối loạn huyết động hoặc hô hấp sau gây tê và sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân tham gia chủ yếu ở độ tuổi trung niên với tuổi trung bình là $53,10 \pm 14,48$, đây là đối tượng thường gặp bệnh sỏi mật và tương đồng với các nghiên cứu khác trên bệnh nhân sỏi mật ($46,79 \pm 10,65$ theo nghiên cứu của Bùi Thị Thúy Nga và $48,4 \pm 11,0$ theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền). BMI trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $21,82 \pm 2,98$

4.2 Một số đặc điểm liên quan gây tê ESP. Vị trí gây tê chúng tôi lựa chọn trong nghiên cứu là ngang mức móm ngang T7, dựa theo các báo cáo trước đây về mức phong bế T4-L1 hoặc T6-T12 sau khi gây tê ESP ở mức T7. Chúng tôi sử dụng lượng thuốc cố định là 20mL 0.25% ropivacain gây tê mỗi bên, tức tổng liều thuốc sử dụng là 100mg ropivacain. Lượng thuốc tê này phù hợp với người Việt Nam, không quá ngưỡng gây tê theo khuyến cáo là 3mg/kg. Khoảng cách từ da đến mặt phẳng cơ dựng sống được đo dưới hình ảnh siêu âm trung bình là $2,17 \pm 0,92$ cm, trong đó ngắn nhất là 1,1 cm và dài nhất là 4,0cm. Theo nghiên cứu của Nguyễn

Hồng Thủy và cộng sự trên 35 bệnh nhân, khoảng cách trung bình da- móm ngang trên siêu âm ở mức T6-T9 là $2,25 \pm 0,60$ cm, thấp nhất là 1cm, cao nhất là 3,2 cm. Mục tiêu gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là đưa thuốc tê vào giữa mặt phẳng mạc dưới cơ dựng sống và móm ngang. Khoảng cách từ da đến mặt phẳng cơ dựng sống chính gần bằng khoảng cách từ da đến móm ngang. Thời gian thực hiện kĩ thuật gây tê ESP trung bình trong nghiên cứu là $11,50 \pm 2,36$ phút (ngắn nhất là 8 phút, dài nhất là 15 phút). Thời gian này là chấp nhận được để tránh làm chậm tiến trình giữa các ca mổ.

Phong bế cảm giác sau gây tê 30 phút: Sau gây tê ESP ở mức T7 hai bên 30 phút, chúng tôi đánh giá vùng giảm cảm giác ở thành bụng trước bên cho thấy hầu như tất cả bệnh nhân đạt phong bế mức đốt da T6 đến T9, hơn 50% bệnh nhân đạt phong bế từ đốt da T4 đến T10. Mức phong bế cao nhất ở đốt da T3, thấp nhất ở đốt T12. Trên mô hình tử thi, Adriana Aponte và cộng sự khi tiêm 20mL thuốc cản quang iod/dung dịch xanh methylene vào mặt phẳng cơ dựng sống ngang T7 ở 6 tử thi mới dưới hướng dẫn siêu âm, kết quả quan sát trên phẫu tích tử thi và chụp CT cho thấy thuốc lan tỏa ra phía sau ở T1-T12. Còn K. J. Chin và cộng sự sau khi tiêm 20mL thuốc cản quang vào khoang T7 mỗi bên ở tử thi, quan sát trên cắt lớp vi tính dựng hình thấy thuốc lan lên móm ngang T2 và xuống L3 bên phải, C5 và L2 bên trái. Còn trên 1 bệnh nhân sau khi tiêm 20mL ropivacain 0,5% mức T7, bệnh nhân mất cảm giác vùng bụng trước từ T6 – T12. Có một số báo cáo khác ca bệnh hoặc loạt ca về đánh giá đốt da phong bế khi gây tê ESP ở mức T7 cho kết quả phong bế T6-L1 trong đánh giá 9 ca mổ tiêu hóa đặt catheter ESP của Niraj G và cộng sự, T4 -L1 trong đánh giá 1 ca gây tê của Jain K, T7- T11 trong 3 ca của Chin KJ. Andrés Barrios (2020) khi đánh giá sự lan tỏa của thuốc tê sau 60 phút gây tê ESP 20mL 0.5% bupivacain mức T5-T7 ở 18 bệnh nhân đau ngực thấy số đốt da phong bế trung bình là 9 (trong khoảng 8-11), trong đó lan lên trung bình ở 4 đốt da (khoảng: 3-6) và lan xuống trung bình ở 6 đốt da (khoảng: 2-6), và để gây tê 1 đốt da cần 1,81 đến 2,5mL thuốc tê (trung bình 2,2mL). Ở bệnh nhân duy nhất gây tê mức T7 trong nghiên cứu này, mức phong bế đạt được là T1-T10 Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, số đốt da phong bế trung bình là $6,43 \pm 2,27$, nhiều nhất là 10 (bệnh nhân đạt phong bế T3-T12), ít nhất là 2 (bệnh nhân đạt phong bế T6-T7)

Cơ chế tác động và lan tỏa thuốc tê trong gây tê mặt phẳng cơ dựng sống vẫn còn nhiều tranh cãi. Forero và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu trên tử thi, tiến hành tiêm thuốc vào mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn siêu âm bởi chuyên gia và mô tả thuốc tê vào khoang cạnh cột sống ngực bằng cách lan tỏa thuốc qua mô liên kết và dây chằng gây ức chế các ngành bụng và lưng của các rễ thần kinh tủy sống, đồng thời các nhánh thông dẫn truyền các sợi tự động đến và đi khỏi hạch giao cảm. Sử dụng cắt lớp vi tính dựng hình để đánh giá thêm cho thấy tiêm một mũi ở mức móm ngang T5 có thể lan tỏa thuốc tê cả lên và xuống giữa mức C7 và T8 vì thế có thể lan tỏa xuống các rễ thần kinh ngực thấp chi phổi cho vùng bụng. Ngược lại, nghiên cứu trên tử thi của Ivanusic cho thấy tiêm ở không lan tỏa thuốc phía trước đến khoang cạnh sống để phong bế ngành bụng và lưng của các thần kinh tủy ngực có thể do các cơ sâu của cột sống gắn chặt với móm ngang. Các tác giả gợi ý rằng nhánh lưng có thể bị phong bế phía sau lỗ sườn ngang, với khả năng phong bế nhánh bì ngoài của thần kinh liên sườn bên ngoài góc xương sườn. Sự khác biệt giữa Ivanusic và một số nghiên cứu khác trên lâm sàng cũng như nghiên cứu của chúng tôi có phong bế ở đường giữa có thể giải thích bằng thay đổi mật độ mô ở tử thi; còn ở người sống, thuốc lan tỏa tốt hơn do thay đổi áp lực trong lồng ngực khác với tử thi không có áp lực lên mô, tư thế bệnh nhân và tác động của trọng lực. Ngoài ra, Choi và cộng sự phát hiện rằng thuốc tăng lan vào khoang cạnh sống khi tăng thể tích thuốc tiêm vào mặt phẳng cơ dựng sống.

4.3 Tai biến liên quan gây tê mặt phẳng cơ dựng sống. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi không có bệnh nhân nào gặp biến chứng liên quan gây tê mặt phẳng cơ dựng sống như chọc vào mạch máu, thần kinh hay khoang màng phổi/phổi, ngộ độc thuốc tê, ức chế vận động chi, sưng nề hoặc tụ máu vùng chọc kim hoặc nhiễm trùng vùng chọc kim. Alessandro báo cáo năm 2019 khi phân tích tổng hợp 126 bài báo về gây tê mặt phẳng cơ dựng sống chỉ quan sát được 2 bài báo báo cáo biến chứng liên quan đến gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, cả 2 đều là tràn khí màng phổi. Trong kĩ thuật gây tê ESP, mục tiêu là đưa kim phía trên móm ngang và phía dưới cơ dựng sống, nông hơn so với gây tê ngoài màng cứng hay gây tê khoang cạnh sống, đồng thời việc sử dụng máy siêu âm, có thể quan sát rõ màng phổi, các mạch máu và các cấu trúc khác; theo dõi được trực tiếp và liên tục

quá trình đi kim. Vì thế việc gây tê tương đối an toàn, rất ít nguy cơ chọc vào màng phổi, mạch máu và tổn thương thần kinh. Yu Cui báo cáo năm 2022 khi tổng kết 14 nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên với 3000 đối tượng trong đó có 1497 bệnh nhân gây tê ESP, không có bệnh nhân nào ngộ độc thuốc tê, tràn khí màng phổi, suy hô hấp hay tụ máu, cho thấy gây tê ESP tương đối an toàn

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ngang mức móm ngang T7 liều duy nhất hai bên bằng 20mL hỗn hợp Ropivacain 0.25% – Dexamethason 0.2mg/mL mỗi bên cho thấy số đốt da phong bế trung bình là 6,43 (2-10 đốt), với phần lớn bệnh nhân có giảm cảm giác đốt da T6 đến T9 và trên 50% bệnh nhân gây tê đạt phong bế từ đốt da T4 đến T10. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ở mức ngang móm ngang T7 cho hiệu quả phong bế cảm giác tốt, tuy nhiên mức phong bế cảm giác khác biệt nhiều giữa các bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Thủy, Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Quốc Kinh, et al. (2017). Siêu âm đo khoảng cách từ da đến móm ngang - màng phổi và chiều dài thực tế kim Tuohy trong gây tê cạnh cột sống ngực. *Y học Việt Nam*, 450(2), 22–27.
2. Aponte A., Sala-Blanch X., Prats-Galino A., et al. (2019). Anatomical evaluation of the extent of spread in the erector spinae plane block: a cadaveric study. *Can J Anesth Can Anesth*, 66(8), 886–893.
3. Barrios A., Camelo J., Gomez J., et al. (2020). Evaluation of Sensory Mapping of Erector Spinae Plane Block. *Pain Physician*, 23(3), E289–E296.
4. Chin K.J., Adhikary S., Sarwani N., et al. (2017). The analgesic efficacy of pre-operative bilateral erector spinae plane (ESP) blocks in patients having ventral hernia repair. *Anaesthesia*, 72(4), 452–460.
5. Cui Y., Wang Y., Yang J., et al. (2022). The Effect of Single-Shot Erector Spinae Plane Block (ESPB) on Opioid Consumption for Various Surgeries: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Pain Res*, 15, 683–699.
6. De Cassai A., Bonvicini D., Correale C., et al. (2019). Erector spinae plane block: a systematic qualitative review. *Minerva Anesthesiol*, 85(3).
7. Forero M., Adhikary S.D., Lopez H., et al. (2016). The Erector Spinae Plane Block: A Novel Analgesic Technique in Thoracic Neuropathic Pain. *Reg Anesth Pain Med*, 41(5), 621–627.
8. Ivanusic J., Konishi Y., and Barrington M.J. (2018). A Cadaveric Study Investigating the Mechanism of Action of Erector Spinae Blockade. *Reg Anesth Pain Med*, 43(6), 567–571.