

tương đương nhau là 52,8% và 47,2%.

Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với Bệnh viện lão khoa Trung ương, theo nghiên cứu Lê Văn Ích năm 2016 [8] với tỷ lệ người bệnh mắc sa sút trí tuệ là 64,7%. Tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ thấp như vậy là do nghiên cứu được tiến hành tại Khoa nội A, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An, nơi người bệnh đến khám điều trị với nhiều bệnh lý khác nhau, tại bệnh viện không chuyên sâu về chẩn đoán và điều trị các bệnh liên quan đến rối loạn nhận thức và trí nhớ. Qua tiếp cận người bệnh đến khám, điều trị thì tầm soát và phát hiện một số người bệnh có tình trạng SSTT.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh mắc sa sút trí tuệ là 35,2%. Trắc nghiệm Mini-Cog có thể sử dụng để sàng lọc SSTT tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An và ứng dụng trong tầm soát phát hiện sớm sa sút trí tuệ tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNFPA (2023), Già hóa dân số, <<https://vietnam.unfpa.org/vi/topics/gi%C3%A0-h%C3%B3a-d%C3%A2n-s%E1%BB%91>>, accessed: 02/14/2023.

2. Nghệ An có còn "cơ cấu dân số vàng"? <<https://dbndnghean.vn/nghe-an-co-con-co-cau-dan-so-vang-5815.htm>>, accessed: 02/18/2023.
3. Nguyễn Thị Thanh Hương (2018). Nghiên cứu giá trị của thang điểm Mini-Cog trong tầm soát sa sút trí tuệ tại Bệnh viện lão khoa trung ương, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Lee J., Ham M.J., Pyeon J.Y., et al. (2017). Factors Affecting Cognitive Impairment and Depression in the Elderly Who Live Alone: Cases in Daejeon Metropolitan City. *Dement Neurocogn Disord*, 16(1), 12–19.
5. Grober E., Hall C., Lipton R.B., et al. (2008). Primary Care Screen for Early Dementia: PRIMARY CARE SCREEN FOR EARLY DEMENTIA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 206–213.
6. Seitz D.P., Chan C.C., Newton H.T., et al. (2018). Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a primary care setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
7. Brunström H. and Englund E. (2009). Clinicopathological Concordance in Dementia Diagnostics. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 664–670.
8. Lê Văn Ích (2017), Đánh giá nhận thức trên người cao tuổi bằng trắc nghiệm đánh giá nhận thức montreal (MOCA) , Tạp chí y học Việt Nam, số 1 tháng 8, (tập 457).

SO SÁNH TÁC DỤNG GIẢI GIÃN CƠ ROCURONIUM CỦA SUGAMMADEX SO VỚI NEOSTIGMIN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC

Nguyễn Đức Phương¹, Công Quyết Thắng²,
Nguyễn Thành Long¹, Trần Văn Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh tác dụng giải giãn cơ rocuronium của sugammadex so với neostigmin sau phẫu thuật nội soi lồng ngực. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng. Nhóm 1: 57 BN phẫu thuật nội soi lồng ngực hóa giải thuốc giãn cơ với sugammadex 2mg/kg Nhóm 2: 57 BN phẫu thuật nội soi lồng ngực hóa giải thuốc giãn cơ với hỗn hợp neostigmin 0,05mg/kg – atropin 0,01mg/kg. **Kết quả:** Thời gian từ khi tiêm giải giãn cơ đến khi đạt TOF $\geq 0,7$ và TOF $\geq 0,9$ ở nhóm sugammadex là nhanh hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm neostigmin với $p < 0,05$. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giá trị

trung bình BIS khi giải giãn cơ và khi rút nội khí quản. Các tác dụng không mong muốn như khô miệng, buồn nôn, nhịp chậm, buồn nôn gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân giải giãn cơ bằng neostigmin. **Kết luận:** Giải giãn cơ rocuronium sau phẫu thuật nội soi lồng ngực bằng sugammadex hiệu quả hơn so với neostigmin.

Từ khóa: rocuronium, sugammadex, neostigmin, phẫu thuật nội soi lồng ngực

SUMMARY

TO COMPARE THE EFFECT OF SUGAMMADEX WITH NEOSTIGMINE IN REVERSAL OF ROCURONIUM MUSCLE RELAXANT AFTER ENDOSCOPIC THORACIC SURGERY

Objective: To compare the effect of sugammadex with neostigmine in reversal of rocuronium muscle relaxant after endoscopic thoracic surgery. **Subjects and methods:** Using prospective study design, controlled clinical intervention. Group 1: 57 patients undergoing endoscopic thoracic surgery to reverse muscle relaxant with sugammadex 2mg/kg; Group 2: 57 patients undergoing endoscopic thoracic surgery to reverse muscle relaxant with a mixture of

¹Bệnh viện Phổi Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Phương

Email: phuonclamkhang@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023

neostigmin 0.05mg/kg – atropine 0.01mg/ kg.
Results: Time from muscle relaxant reversal injection to reaching TOF ≥ 0.7 and TOF ≥ 0.9 in group I was faster than the figure of group II, the difference was statistically significant with $p < 0,05$. There was no statistically significant difference in the mean values of BIS between reversal of muscle relaxants and tracheal extubation. Unwanted effects such as dry mouth, nausea, bradycardia were more common in the group of patients using neostigmine. **Conclusion:** Reversing agent of rocuronium after endoscopic thoracic surgery with sugammadex proved more effective than neostigmine. **Keywords:** rocuronium, sugammadex, neostigmin, endoscopic thoracic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê nội khí quản sử dụng thuốc giãn cơ là xu hướng tất yếu của gây mê hiện đại. Theo thống kê, tỉ lệ tồn dư thuốc giãn cơ ở giai đoạn hồi tỉnh chiếm tỷ lệ rất cao khoảng 44-57% [1]. Tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật có thể gây ra những biến chứng về hô hấp và tim mạch. Do đó rất cần đánh giá chính xác và đầy đủ về tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật cũng như giải giãn cơ sau gây mê toàn thân. Với bất kỳ phương pháp dùng thuốc giãn cơ nào thì đều cần giải giãn cơ một cách hệ thống bằng thuốc neostigmine hoặc sugammadex [2]. Neostigmin là thuốc giải giãn cơ được sử dụng từ lâu với cơ chế tác dụng ức chế men cholinesterase qua khe synap. Với sự ra đời của sugammadex, một loại thuốc giải giãn cơ thế hệ mới, có tác dụng hồi phục nhanh, hiệu quả đối với thuốc giãn cơ rocuronium, góp phần giảm tỷ lệ tồn dư giãn cơ sau mổ và mang lại an toàn cho người bệnh [3]. Sử dụng sugammadex trong lâm sàng mang lại rất nhiều lợi ích trong và sau phẫu thuật, đồng thời hạn chế tối đa vấn đề tồn dư thuốc giãn cơ [3]. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về sử dụng sugammadex giải giãn cơ sau nội soi phẫu thuật lồng ngực. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*So sánh tác dụng giải giãn cơ rocuronium của sugammadex so với neostigmin sau phẫu thuật nội soi lồng ngực*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- BN từ 18 tuổi trở lên, ASA I,II.
- Vô cảm bằng gây mê nội khí quản 2 nòng.
- Phẫu thuật nội soi lồng ngực thời gian phẫu thuật trên 2h và dưới 6h.
- Mallampati I, II. Tiên lượng có thể rút ống nội khí quản sớm sau gây mê.
- Có chỉ định giải giãn cơ với sugammadex, neostigmin và atropin.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN COPD, giãn phế nang cả hai phổi, kén khí cả hai phổi, suy gan, suy thận.

- BN có tổn thương các thần kinh chi phối vận động các cơ vùng cánh tay, bàn tay, cẳng tay có lắp đặt máy tof-watch.

- BN có các chống chỉ định gây mê nội khí quản.

- BN có tiền sử dị ứng thuốc gây mê, opioid, thuốc giãn cơ.

- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

- BN không đặt được nội khí quản 2 nòng.

2.1.3. Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu

- BN dị ứng thuốc, sốc phản vệ khi tiêm các thuốc gây mê.

- BN tai biến phẫu thuật, diễn biến nặng sau mổ

- BN theo dõi chảy máu sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng.

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: Chọn toàn bộ BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ tham gia vào nghiên cứu. Cỡ mẫu thu được

1) Nhóm 1: hóa giải thuốc giãn cơ với sugammadex 2mg/kg (n = 57).

2) Nhóm 2: hóa giải thuốc giãn cơ với hỗn hợp neostigmin 0,05mg/kg – atropin 0,01mg/kg (n= 57).

2.3. Tiến hành nghiên cứu

➤ **Chuẩn bị trước mổ:** khám gây mê, đánh giá phân loại ASA, ký cam kết tham gia nghiên cứu.

➤ **Tại phòng mổ.** Cho BN nằm trên bàn mổ, đặt tư thế đầu bằng. Lắp monitor theo dõi, thở oxy qua mask 6 – 8 lít/phút, đặt đường truyền ở cẳng tay. Lắp máy theo dõi TOF. Làm giảm đau ngoài màng cứng khoang đốt sống D6 – D7

➤ Tiến hành gây mê

- Khởi mê: Fentanyl 2 μ g/kg, propofol 2 – 2,5mg/kg, rocuronium 1 mg/kg. Theo dõi TOF scan mỗi 15 giây. Khi TOF= 0 thì bắt đầu đặt NKQ 2 nòng.

- Duy trì mê: bằng sevofluran MAC 1-1,5, BIS (40- 60) chỉ số TOF< 2/4, duy trì giảm đau ngoài màng cứng bằng bơm tiên điện, Fentanyl liều 1,0 - 2,0 μ g/kg, theo đáp ứng lâm sàng. Rocuronium: điều chỉnh dựa vào chỉ số TOF, theo dõi TOF scan mỗi 5 phút, tiêm nhắc lại 0,2 mg/kg khi TOF < 2. Theo dõi nhiệt độ, huyết áp, nhịp tim

➤ **Thoát mê trong phòng mổ.** Ngừng sevofluran khi đóng da xong, giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng. Đo TOFscan tự động 1 phút/lần. Chuyển BN ra phòng hậu phẫu theo dõi.

➤ Hóa giải giãn cơ

- Khi xuất hiện kích thích T2 (TOF = 2/4) và

đầy đủ các tiêu chuẩn giải giãn cơ bắt đầu tiêm thuốc giải giãn cơ, đo TOF liên tục 15giây/lần trong 20 phút đầu. Đánh giá thời gian phục hồi về TOF: 0,7; 0,9.

- Sau khi đạt TOF $\geq 0,9$ cài đặt đo TOF theo các thời điểm nghiên cứu cho đến khi chuyển BN khỏi phòng hồi tỉnh.

- Sau rút NKQ, BN được thở oxy, theo dõi các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, SpO₂, nhiệt độ, nhịp thở, khí máu.) điều trị các tắc nghẽn đường hô hấp nếu có.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Các BN được phẫu thuật nội soi lồng ngực tại khoa gây mê hồi sức, Bệnh viện Phổi Trung Ương từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023

2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu sau thu thập được phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ nhằm mục tiêu tìm ra phương pháp giải giãn cơ an toàn hơn cho phẫu thuật nội soi phẫu thuật lồng ngực. Thông tin của BN hoàn toàn giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tác dụng giải giãn cơ rocuronium của sugammadex so với neostigmin sau phẫu thuật nội soi lồng ngực

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm I(S) ($\bar{X}\pm SD$) (n=57)	Nhóm II(N) ($\bar{X}\pm SD$) (n=57)	p
Tuổi (năm)	48,6±15,7	48,1±15,6	0,8
Giới tính (Nam/nữ)	39/18	44/13	0,2
BMI (kg/m ²)	21,0±1,8	20,9±1,9	0,8
ASA(I/II)	23/24	22/35	0,5

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, BMI, ASA của 2 nhóm nghiên cứu.

Bảng 2. Kết quả hồi phục chức năng thần kinh cơ sau phẫu thuật

Thời gian đạt TOF	Nhóm I(S) (n=57)	Nhóm II(N) (n=57)	p
Thời gian TOF đạt 0,7 (phút)	X ± SD	1,8±0,3	7,7±2,1
	Min- max	1,3-3,0	3-12,9
	Median	1,67	7,27
Thời gian TOF đạt 0,9 (phút)	X ± SD	2,6±0,5	10,0±2,34
	Min- max	1,83-3,83	6-17,83
	Median	2,72	9,83

Nhận xét: Thời gian trung bình đạt TOF $\geq 0,7$ ở nhóm I là 1,8±0,3 phút (1,3-3,0); nhóm II

là 7,7±2,1 phút (3-12,9). Thời gian trung bình đạt TOF $\geq 0,9$ ở nhóm I là 2,6±0,5 phút (1,83-3,83); nhóm II là 10,0±2,34 phút (6-17,83). Thời gian từ khi tiêm giải giãn cơ đến khi đạt TOF $\geq 0,7$ và TOF $\geq 0,9$ ở nhóm I là nhanh hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II với p < 0,05.

Bảng 3. Giá trị trung bình BIS của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm I(S) ($\bar{X}\pm SD$) (n=57)	Nhóm II(N) ($\bar{X}\pm SD$) (n=57)	p
Giải giãn cơ	70,1±5,3	69,9±4,7	0,852
Rút nội khí quản	95,03±3,5	95,1±1,7	0,869

Nhận xét: Giá trị trung bình BIS khi giải giãn cơ của nhóm I là 70,1±5,3; nhóm II là 69,9±4,7. Giá trị trung bình BIS khi rút nội khí quản của nhóm I là 95,03±3,5; nhóm II là 95,1±1,7. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.

3.2. Tác dụng không mong muốn

Bảng 4. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm I(S) n (%) (n=57)	Nhóm II(N) n (%) (n=57)	p
Nhịp chậm	0(0%)	6(10,3%)	0,015
Tăng tiết đờm dãi	0	1(1,8%)	0,509
Khô miệng	0	11(19,3%)	0,001
Đau đầu	2(3,6%)	4(6,9%)	0,323
Buồn nôn	2(3,6%)	10 (17,2%)	0,017

Nhận xét: Trong nhóm giải giãn cơ bằng sugammadex, có 3,6% bệnh nhân buồn nôn, 3,6% bệnh nhân đau đầu.

Trong nhóm bệnh nhân giải giãn cơ bằng neostigmin, có 19,3% BN khô miệng, 17,2% BN buồn nôn, 10,3% bệnh nhân nhịp chậm; 6,9% bệnh nhân tăng tiết đờm dãi; 28,1% bệnh nhân khô miệng; 9,4% bệnh nhân đau đầu; 9,4% bệnh nhân buồn nôn.

Trong đó các tác dụng phụ mạch chậm, tăng tiết đờm dãi, khô miệng ở nhóm II cao hơn đáng kể so với nhóm I. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tác dụng giải giãn cơ rocuronium của sugammadex so với neostigmin sau phẫu thuật nội soi lồng ngực.

Thời gian trung bình đạt TOF $\geq 0,7$ ở nhóm I là 1,8±0,3 phút (1,3-3,0); nhóm II là 7,7±2,1 phút (3-12,9). Thời gian trung bình đạt TOF $\geq 0,9$ ở nhóm I là 2,6±0,5 phút (1,83-3,83); nhóm II là 10,0±2,34 phút (6-17,83). Thời gian từ khi tiêm giải giãn cơ đến khi đạt TOF $\geq 0,7$ và TOF $\geq 0,9$ ở nhóm I là

nhanh hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II với $p < 0,05$.

Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Yulong Yu và cộng sự năm 2021 thời gian để TOF $\geq 0,9$ là $2,74 \pm 0,5$ phút sau khi dùng 2 mg/kg sugammadex và là $9,38 \pm 0,99$ phút sau neostigmine 0,05 mg/kg + atropine 0,02 mg/kg điều trị ($p < 0,0001$) [4]. Nghiên cứu của Phạm Quang Minh năm 2022, thời gian để TOF $\geq 0,9$ là $2,15 \pm 0,76$ phút sau khi dùng 1 mg/kg sugammadex nhanh hơn sau khi dùng neostigmine 40mcg/kg và atropine sulphat 15 mcg/kg là $10,33 \pm 3,40$ phút [5].

Sugammadex được chấp thuận sử dụng ở châu Âu vào năm 2008 bởi cơ quan dược phẩm châu Âu, châu Á, Trung và Nam Mỹ. Năm 2015, sugammadex được FDA chấp thuận sử dụng, và hiện nay thuốc đã được sử dụng trên 70 quốc gia [2]. Với cơ chế tác dụng trực tiếp qua tương tác hóa học nhanh, sugammadex tạo phức hợp bền vững với các thuốc giãn cơ không khử cực nhân steroid. Sugammadex 16 mg/kg có thể sử dụng trong tình huống cứu nguy khi không đặt được nội khí quản sau liều tiêm rocuronium 1,2 mg/kg, hồi phục TOF $\geq 0,9$ sau 2 – 3 phút [6]. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng liều sugammadex 2 mg/kg để giải giãn cơ khi xuất hiện kích thích T₂ trong chuỗi 4 đáp ứng kích thích TOF theo đúng khuyến cáo về phục hồi giãn cơ sau mổ, và có sự tương đồng về mức độ phong bế thần kinh cơ của hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm giải giãn cơ.

Giá trị trung bình BIS khi giải giãn cơ của nhóm I là $70,1 \pm 5,3$; nhóm II là $69,9 \pm 4,7$. Đa số bệnh nhân được giải giãn cơ khi BIS nằm trong khoảng 60 – 80, các bệnh nhân ở trạng thái an thần. Điều này tránh cho bệnh nhân rơi vào trạng thái kích thích khi bệnh nhân tỉnh nhưng vẫn còn giãn cơ. Giá trị trung bình BIS khi rút nội khí quản của nhóm I là $95,03 \pm 3,5$; nhóm II là $95,1 \pm 1,7$. Giá trị BIS khi rút nội khí quản của hai nhóm bệnh nhân đều > 80 , các bệnh nhân đã tỉnh táo hoàn toàn, đủ điều kiện rút nội khí quản về tiêu chuẩn tri giác. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Vân Anh năm 2020, giá trị BIS trung bình khi giải giãn cơ và rút nội khí quản của nhóm sugammadex và của nhóm neostigmine là tương đương nhau [7].

4.2. Tác dụng không mong muốn. Trong nghiên cứu này có đến 19,3% BN nhóm neostigmin gặp phải khô miệng, không có BN nào ở nhóm sugammadex. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Murphy năm 2021, tỷ lệ khô miệng là 27% ở nhóm neostigmin và 4% ở nhóm

sugammadex [1], Phạm Thị Vân Anh năm 2020, có 53,1% BN khô miệng ở nhóm neostigmin và 6,3% ở nhóm sugammadex [7]. Bệnh nhân được giải giãn cơ bằng neostigmin liên quan đến việc sử dụng kết hợp atropin trong lúc giải giãn cơ. Ngoài ra, việc đánh giá triệu chứng này cũng gặp khó khăn, do bệnh nhân phải nhịn ăn uống để chuẩn bị mổ, nên bệnh nhân đã có cảm giác khô miệng từ trước.

Buồn nôn và nôn là phiền nạn thường gặp sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17,2% BN ở nhóm 2 bị buồn nôn và 3,6% BN ở nhóm 1 buồn nôn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Vân Anh năm 2020, 9,4% BN nhóm neostigmin 50 μ g/kg kết hợp atropin 0,01 mg/kg buồn nôn [7]. Có nhiều yếu tố được cho là có liên quan đến nôn và buồn nôn sau mổ như phẫu thuật nội soi có bơm hơi ổ bụng, các thao tác phẫu thuật có kích thích cơ hoành, thời gian phẫu thuật kéo dài; ảnh hưởng của các thuốc mê, thuốc giảm đau opioid, thuốc giải giãn cơ; giới nữ; tiền sử say tàu xe...

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng thấy rõ sự thay đổi về nhịp tim trước và sau giải giãn cơ bằng neostigmin. Trong nghiên cứu này có 10,3% BN ở nhóm neostigmin bị nhịp chậm, không gặp trường hợp nào ở nhóm sugammadex. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Quang Minh năm 2022, 20% BN ở nhóm neostigmin bị nhịp chậm, không gặp trường hợp nào ở nhóm sugammadex [5], nghiên cứu của Ngô Văn Định năm 2018, 26,7% BN ở nhóm neostigmin bị nhịp chậm, không gặp trường hợp nào ở nhóm sugammadex [8]. Neostigmin là thuốc có tác dụng ức chế enzym cholinesterase ở tiếp hợp thần kinh cơ, làm tăng nồng độ acetylcholin. Trong hóa giải giãn cơ sau phẫu thuật, neostigmin sẽ làm tăng nồng độ acetylcholin tại tiếp hợp thần kinh cơ, cạnh tranh với các phân tử giãn cơ không khử cực tại đây, làm tăng acetylcholine sẵn sàng tại các thụ thể nicotinic (tác dụng mong muốn) và cũng làm tăng acetylcholin sẵn sàng tại các thụ thể muscarinic (nguồn gốc của tác dụng phụ).

V. KẾT LUẬN

Thời gian từ khi tiêm giải giãn cơ đến khi đạt TOF $\geq 0,7$ và TOF $\geq 0,9$ ở nhóm sugammadex là nhanh hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm neostigmin với $p < 0,05$.

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giá trị trung bình BIS khi giải giãn cơ và khi rút nội khí quản.

Các tác dụng không mong muốn như khô

miệng, buồn nôn, nhịp chậm, buồn nôn gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân giải giãn cơ bằng neostigmin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. S. Murphy, M. J. Avram, S. B. Greenberg et al.** (2021), Neuromuscular and Clinical Recovery in Thoracic Surgical Patients Reversed With Neostigmine or Sugammadex, *Anesth Analg*, 133(2), 435-444.
2. **Murphy G S** (2016), The Development and Regulatory History of Sugammadex in the United States, *Anesthesia Patient Safety Foundation*.
3. **Choi ES, Oh AY, Koo BW et al** (2017), Comparison of reversal with neostigmine of low-dose rocuronium vs. reversal with sugammadex of high-dose rocuronium for a short procedure, *Anaesthesia*, 72(10), 1185-1190.
4. **Yu Yulong, Wang Huijun, Bao Qianqian et al** (2022), Sugammadex Versus Neostigmine for Neuromuscular Block Reversal and Postoperative Pulmonary Complications in Patients Undergoing Resection of Lung Cancer, *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 36(9), 3626-3633.
5. **Phạm Quang Minh, Lê Huy Thế** (2022), So sánh kết quả giải giãn cơ của sugammadex liều 1mg/kg hoặc 0,5mg/kg với neostigmin liều 40mcg/kg tại mức TOF 0,25 Tạp chí Y học Việt Nam, 2(513), 154-158.
6. **Nag Kusha, Singh Dewan Roshan, Shetti Akshaya N et al** (2013), Sugammadex: A revolutionary drug in neuromuscular pharmacology, *Anesthesia, Essays and Researches*, 7(3), 302-306.
7. **Phạm Thị Vân Anh** (2020), So sánh hiệu quả giải giãn cơ của sugammadex so với neostigmin trong phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Ngô Văn Định, Nguyễn Mạnh Cường, Phạm Văn Đông và cs** (2018), So sánh tác dụng hóa giải giãn cơ của Sugammadex với Neostigmin sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở người cao tuổi/ Tạp chí Y học Việt Nam, 1 và 2(473), 154-158.

NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN B Ở THAI PHỤ ỒI VỠ NON TUỔI THAI TỪ 22-34 TUẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Tuấn Đạt¹, Đặng Hồng Hải¹, Nguyễn Tài Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ viêm nhiễm liên cầu khuẩn B (GBS) và một số yếu tố liên quan ở thai phụ ối vỡ non tuổi thai từ 22-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 8/2021 đến tháng 10/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 trường hợp thai phụ ối vỡ non. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ có ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn B là 16%. Tỷ lệ thai phụ ối vỡ non nhiễm liên cầu khuẩn B trong nhóm viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 21,4%. Nhóm thai phụ tuổi thai từ 28-34 tuần có tỷ lệ nhiễm GBS cao hơn nhóm thai phụ tuổi thai từ 22-27 tuần, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ giữ thai trong 1 tuần từ lúc vào viện là 58,3%, và không có bệnh nhân nào giữ thai được \geq 30 ngày. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân có tiền sử sảy/ạo hút thai hoặc viêm nhiễm đường sinh dục có tỷ lệ nhiễm GBS (+) cao hơn.

Từ khóa: nhiễm liên cầu khuẩn B, ối vỡ non

SUMMARY

GROUP B STREPTOCOCCUS IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Hải

Email: honghai2212@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023

FROM 22 TO 34 GESTATIONAL WEEKS AND RELATED FACTORS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To determine the incidence of group B streptococcus and related factors in preterm premature rupture of membranes from 22 to 34 gestational weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital between August 2021 and October 2022. **Methods:** Our cross-sectional study selected 75 cases with preterm premature rupture of membranes (PPROM). **Results:** 16 percent of patients with PPROM was positive for GBS. The incidence of GBS patients with premature rupture of membranes in group of lower genital tract infection was 21,4%. Among patients with cultures positive for group B Streptococcus, there was a trend for patients from 28 to 34 gestational weeks compared with those from 22 to 27 gestational weeks (20% vs 5%), but the difference was not statistically significant. The rate of patients who remained undelivered 7 days after admission was 58,3% and \geq 30 days was 0%. **Conclusion:** Patients with a history of miscarriage/abortion or genital tract infections had a higher rate of positive for GBS.

Keywords: Group B streptococcus (GBS), preterm premature rupture of membranes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSDĐ) là một trong những bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Đặc biệt trong thai kỳ, do sự thay đổi về nội tiết, hệ thống