

do phẫu thuật nhiều lần nên sụn sườn đã lấy 2 bên đó cần chụp CT Scan để khảo sát tình trạng sụn sườn còn lại, từ đó chọn sụn sườn phù hợp để lấy sụn sườn cho chỉnh hình mũi.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng biến dạng cơ rút trụ mũi là một biến chứng khó điều trị trong tạo hình mũi. Vật nhân trung là một vật tại chỗ điều trị hiệu quả cho tình trạng cơ rút trụ mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sherris DA, Fuerstenberg J, Danahey D, Hilger PA.** Reconstruction of the Nasal Columella. Arch Facial Plast Surg. 2002;4(1):42-46. doi:10.1001/archfaci.4.1.42
2. **Nowicki J, Abbas JR, Sudbury D, Anari S.** Nasal columella reconstruction – A comprehensive review of the current techniques. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2020;73(5): 815-827. doi: 10.1016/j.bjps.2020.01.016
3. **Di Santo D, Trimarchi M, Galli A, Bussi M.** Columella reconstruction with an inferiorly-based philtral advancement flap in a cocaine abuser.

- Indian J Plast Surg. 2017;50(01): 096-099. doi:10.4103/ijps.IJPS_163_16
4. **Adamu A, Kirfi AM, Shofoluwe NA, Shuaibu IY, Nwaorgu OGB.** Nasal columella reconstruction using philtrum advancement flap: a case report of treatment of nasal stenosis. Egypt J Otolaryngol. 2023;39(1): 146. doi: 10.1186/s43163-023-00510-3
 5. **Rohrich RJ, Savetsky IL, Avashia YJ.** The Role of the Septal Extension Graft. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2020;8(5):e2710. doi: 10.1097/GOX.0000000000002710
 6. **Cerkes N, Basaran K.** Diced Cartilage Grafts Wrapped in Rectus Abdominis Fascia for Nasal Dorsum Augmentation. Plast Reconstr Surg. 2016;137(1): 43-51. doi: 10.1097/PRS.0000000000001876
 7. **Lee HJ, Bukhari S, Jang YJ.** Dorsal Augmentation Using Crushed Autologous Costal Cartilage in Rhinoplasty. The Laryngoscope. 2021;131(7): E2181-E2187. doi: 10.1002/lary.29398
 8. **Jung DW, Lee MJ.** Harvesting the Entire Seventh Costal Cartilage for Secondary Rhinoplasty. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022;10(9): e4510. doi:10.1097/GOX.0000000000004510

XÁC ĐỊNH TỈ LỆ TỒN LƯU DỊCH TRONG DẠ DÀY BẰNG SIÊU ÂM TRÊN BỆNH NHÂN CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 PHẪU THUẬT CHƯƠNG TRÌNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Lan Phương¹, Phan Tôn Ngọc Vũ¹, Hà Quốc Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định thể tích dịch tồn lưu (TTDTL) trong dạ dày và nguy cơ hít sặc trên người bệnh đái tháo đường type 2 được phẫu thuật chương trình có gây mê toàn thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên người bệnh trưởng thành đái tháo đường type 2 được phẫu thuật chương trình có gây mê toàn thân. Thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày được ước đoán thông qua đo lường và ước tính theo công thức các mặt cắt vị trí hang vị dạ dày bằng máy siêu âm. **Kết quả:** Có 50 người bệnh được đưa vào nghiên cứu. Trong đó, thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày có trung vị là 17,1ml (0,0ml – 40,2ml) hay 0,3 ml/kg (0,0ml/kg – 0,7ml/kg). Có 3 người bệnh (6,0%) có thể tích dịch dạ dày $\geq 1,5$ ml/kg. Người bệnh ASA - III có tương quan với tăng thể tích dịch dạ dày 0,454 ml/kg so với người ASA - II

0,3ml/kg khoảng tin cậy 95% (0,071- 0,837, $p = 0,021$). **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày có trung vị là 0,3ml/kg (0,0ml/kg – 0,7ml/kg) và có 6,0% (03 người bệnh) có dạ dày đầy theo định nghĩa thể tích dạ dày $\geq 1,5$ ml/kg. Tồn tại nguy cơ hít sặc trên những người bệnh này. Trong nghiên cứu không xảy ra trường hợp nào bị hít sặc. **Từ khóa:** đái tháo đường, thể tích dịch dạ dày, hít sặc, dạ dày đầy

SUMMARY

DETERMINING THE RATE OF GASTRIC FLUID VOLUME USING ULTRASOUND IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES UNDERGOING ELECTIVE SURGERIES AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Objectives: Determining gastric fluid volume and rate of aspiration risk in patients having type 2 diabetic melitus scheduled for elective surgery and general anesthesia. **Patients and methods:** A descriptive cross-sectional study on adult diabetic patients, fully fasted, scheduled for elective surgery under general anesthesia. The gastric fluid volume was estimated through measurement and according to the formula of cross sections of the gastric antrum using ultrasound. **Results:** There were

¹Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tôn Ngọc Vũ

Email: phuon.vl@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

50 patients included in this study. In particular, the median gastric fluid volume was 17.1ml (0.0ml - 40.2ml) or 0.3 ml/kg (0.0ml/kg - 0.7ml/kg). There were 3 patients (6.0%) with a gastric fluid volume greater than 1.5 ml/kg. The rate of patients with aspiration was 0.0%. **Conclusions:** In our study, the median gastric fluid volume was 0.3ml/kg (0.0ml/kg - 0.7ml/kg) and 6.0% (03 patients) had a full stomach according to the definition of stomach volume greater than 1.5ml/kg. A risk of aspiration existed in these patients. In the study, there were no cases of aspiration. **Keywords:** diabetes, gastric fluid volume, aspiration, full stoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tồn lưu dịch trong dạ dày phổ biến hơn ở người bệnh đái tháo đường type 1 so với người bệnh tiểu đường type 2. Tỷ lệ tồn lưu dịch dạ dày do đái tháo đường tích lũy trong 10 năm được ước tính là 5,2% ở người bệnh đái tháo đường type 1 và 1% ở những người mắc bệnh đái tháo đường type 2 [2]. Tỷ lệ chung về hít sặc dịch dạ dày nằm trong khoảng 0,1% đến 19% và viêm phổi do hít sặc chiếm 9% tổng số ca tử vong liên quan đến gây mê.

Người bệnh đái tháo đường mặc dù đã nhìn ăn đầy đủ cho phẫu thuật chương trình, họ vẫn có nguy cơ hít sặc do chậm làm rỗng dạ dày. Việc chậm làm rỗng dạ dày ở những người bệnh mà không có tắc nghẽn cơ học nào. Tình trạng tồn lưu dịch trong dạ dày thường xảy ra ở những người bệnh được chẩn đoán bị bệnh đái tháo đường từ năm thứ 10 trở đi [1]. Do đó thường gặp hơn ở những người lớn tuổi bị bệnh đái tháo đường type 2 [1]. Xạ hình dạ dày là tiêu chuẩn vàng để đo thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày. Gần đây có các nghiên cứu chứng minh siêu âm hang vị dạ dày để đo thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày có mối tương quan với xạ hình dạ dày với $r = 0,86$. Siêu âm hang vị dạ dày là kỹ thuật ít xâm lấn, có sẵn và có thể thực hiện trước gây mê hơn là xạ hình dạ dày để đánh giá về thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày [4, 7, 8]

Tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chúng tôi tiến hành nghiên cứu, với câu hỏi nghiên cứu là thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày của người có bệnh đái tháo đường type 2 phẫu thuật chương trình là bao nhiêu với hai mục tiêu:

1. Xác định thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày
2. Xác định tỉ lệ người bệnh có thể tích dạ dày đầy (theo định nghĩa thể tích $\geq 1,5\text{ml/kg}$ [6])

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu. Người bệnh trưởng thành có bệnh kèm theo là đái tháo đường type

2, phân loại ASA II, III chỉ định phẫu thuật chương trình các chuyên khoa: chỉnh hình, cắt tuyến giáp, tiết niệu, tai mũi họng, cắt túi mật, cắt đại trực tràng

Tiêu chí nhận vào. Người bệnh được nhận vào nghiên cứu này có độ tuổi 18 trở lên, có đái tháo đường type 2, có phân độ tình trạng thể chất theo ASA từ II đến III, có chỉ định phẫu thuật chương trình, thời gian lấy mẫu từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023

Tiêu chí loại trừ. Người bệnh loại khỏi nghiên cứu này khi là phụ nữ mang thai, người bệnh béo phì với chỉ số khối - cơ thể (BMI) trên 40 kg/m^2 , có bệnh tắc nghẽn đường tiêu hoá hoặc tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích

Cỡ mẫu nghiên cứu. Để ước tính cỡ mẫu chúng tôi sử dụng công thức ước tính chỉ số trung bình chỉ có một nhóm đối tượng:

$$N = (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2 / \delta^2$$

với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\alpha} = 1,96$, $\beta = 0,20$ thì $Z_{\beta} = 1,04$, $\sigma = 25,7\text{ml}$ [4], và sai số δ mong muốn là 12 ml.

Do đó theo công thức tính cỡ mẫu số người bệnh tham gia nghiên cứu tối thiểu là 42 người bệnh. Để tránh hiện tượng mất mẫu chúng tôi tiến hành lấy 50 người bệnh.

Định nghĩa biến số. Thể tích dịch tồn lưu dạ dày được tính toán bằng công thức:

TTDTL (ml) = $27 + 14,6 \times$ diện tích cắt ngang hang vị tư thế nằm nghiêng phải - $1,28 \times$ tuổi[6].

Diện tích cắt ngang hang vị được tính toán bằng công thức:

Diện tích cắt ngang hang vị = đường kính trước sau \times đường kính dọc hang vị $\times \pi^{1/4}$.

Dạ dày đầy được định nghĩa khi người bệnh có thể tích dạ dày trên ngưỡng $1,5\text{ml/kg}$ [6]. Phân loại tình trạng thể chất theo ASA theo Hiệp hội Gây mê - Hồi sức Hoa Kỳ.

Tiến hành nghiên cứu. Người bệnh đã được nhìn ăn chuẩn bị phẫu thuật chương trình, ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu, được đo đạc kích thước hang vị dạ dày bằng siêu âm tư thế nằm nghiêng phải, số liệu ghi lại vào phiếu thu thập. Gây mê tại phòng mổ theo phác đồ gây mê toàn thân của Bệnh viện. Trong trường hợp nguy cơ hít sặc sẽ khởi mê đặt ống nội khí quản chuỗi nhanh cho người bệnh.

Chuẩn bị phương tiện. Phương tiện hỗ trợ nghiên cứu trong nghiên cứu này gồm phiếu thông tin, phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu

cứ, bảng thu thập số liệu, máy siêu âm LOGIQ e (GE Healthcare) với đầu dò cong tần số (2 – 5 MHz), và gel siêu âm

Thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm R version 4,3,0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm. Kiểm định Kolmogorov–Smirnov được sử dụng để kiểm tra phân phối của các biến định lượng. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (phân phối không chuẩn). Dùng phép kiểm χ^2 để xác định mối liên quan giữa các biến định tính. Về so sánh khác biệt giữa các biến số định lượng, dùng kiểm định t-test khi biến số có phân phối chuẩn và kiểm định Mann-Whitney U khi biến số không có phân phối chuẩn. Phân tích đơn biến, đa biến bằng hồi quy tuyến tính để tìm yếu tố liên quan đến thể tích dịch tồn lưu dạ dày. Mức giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Biên số chính. Tỉ lệ tồn lưu dịch trong dạ dày (theo định nghĩa $> 1,5$ ml/kg[6])

Biên số phụ. Thể tích (ml) dịch tồn lưu dạ dày sau khi nhịn ăn uống theo quy trình chuẩn bị bệnh phẫu thuật chương trình của Bệnh viện

Y đức. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu sẽ được giải thích khi tham gia nghiên cứu, ký đồng thuận tham gia nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh trong nghiên cứu

Biên số	Giá trị
Tuổi (năm)	64,58 ± 1,45
Cân nặng (kg)	62,28 ± 1,25
Chiều cao (cm)	162,28 ± 0,92
BMI (kg/m ²)	23,73 ± 0,58
Thời gian nhịn ăn (giờ)	14,18 ± 0,50
Thời gian bị bệnh đái tháo đường (năm)	5,3 ± 2,23
ASA II n (%)	37 (74%)
ASA III n (%)	13 (36%)

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu 64,58 ± 1,45 tuổi. Giới tính nam (52%) trong nghiên cứu nhiều hơn nữ (48%). Cân nặng trung bình nhóm tham gia là 62,2 ± 1,25 kg, chiều cao trung bình là 162,2 ± 0,92 cm, BMI trung bình là 23,7 ± 0,58 kg/m². Thời gian bị bệnh đái tháo đường trung bình là 5,3 ± 2,23 năm, người có bệnh lâu nhất là 15 năm, ngắn

nhất là 1 năm. Thời gian nhịn ăn từ 14,18 ± 0,50 giờ đến 13 trung bình là 15 giờ. Đa số có tình trạng sức khoẻ ASA – II: 37 (74%) người tham gia, ASA - III có 13 người (36%). Có 30 người tham gia nghiên cứu bị béo phì chiếm tỷ lệ 60%

Thể tích tồn lưu dạ dày

Bảng 2. Các kích thước vị trí hang vị dạ dày đo bằng siêu âm

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Khoảng tin cậy 95%
Đường kính trước sau (cm)	2,88	0,14	2,58 - 3,18
Đường kính đầu đuôi (cm)	2,38	0,12	2,14 - 2,62
Diện tích mặt cắt hang vị (cm)	5,38	0,41	4,55 - 6,20
Thể tích dịch tồn lưu dạ dày (ml)	22,91	6,16	10,51 - 35,31

Bảng 3. Thể tích dịch tồn lưu dạ dày

Thể tích dịch dạ dày	Người bệnh (Tỉ lệ)
Thể tích tồn lưu dạ dày $> 1,5$ mL/kg	3 (6,0%)
Thể tích tồn lưu dạ dày $> 1,25$ mL/kg	4 (8,0%)
Thể tích tồn lưu dạ dày $> 1,0$ mL/kg	6 (12,0%)
Thể tích tồn lưu dạ dày $> 0,8$ mL/kg	8 (16,0%)
Thể tích tồn lưu dạ dày $< 0,8$ mL/kg	29 (58%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi diện tích cắt ngang hang vị trung bình 5,38 ± 0,41 cm², khoảng tin cậy 95% (4,55 - 6,20). Thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày trung bình của người bệnh là 22,91 ± 6,16 ml khoảng tin cậy 95% (10,51 - 35,31). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6,0% (03 người bệnh) tỉ lệ dịch tồn lưu dạ dày (theo định nghĩa thể tích $\geq 1,5$ ml/kg[6]) tồn tại nguy cơ hít sặc trên những người này. Không có trường hợp nào hít sặc trong nghiên cứu.

Bảng 4. Phân tích đơn biến với thể tích dịch dạ dày

Tên biến	Hệ số (95% khoảng tin cậy)	Giá trị p
Tuổi (năm)	- 0.013 (- 0.311 – 0.005)	0.151
Giới tính (Nam=1, nữ=0)	- 0.048 (0.324 – 0.420)	0.798
Chiều cao (cm)	- 0.003 (-0.031 – 0.025)	0.822
BMI (kg/m ²)	- 0.006 (-0.051 – 0.039)	0.795
ASA (ASA III=1, ASA II=0)	0.454 (0.056 – 0.852)	0.026
Thời gian mắc bệnh (năm)	0.073 (-0.008 – 0.153)	0.075
Thời gian nhịn ăn (giờ)	0.005 (-0.057 – 0.048)	0.858

BMI – Body max index: chỉ số khối cơ thể

ASA – American Society of Anesthesiologist: Hiệp hội Gây mê - Hồi sức Hoa Kỳ

Bảng 5. Phân tích đa biến với thể tích dạ dày

Tên biến	Hệ số (95% khoảng tin cậy)	Giá trị p
Tuổi (năm)	- 0.014 (-0.030 – 0.003)	0.103
ASA (ASA III = 1, ASA II = 0)	0.454 (0.071 – 0.837)	0.021
Thời gian mắc bệnh (năm)	0.068 (-0.008 – 0.144)	0.077

ASA – American Society of Anesthesiologist:
Hiệp hội Gây mê - Hồi sức Hoa Kỳ

Kết quả phân tích đơn biến bảng 4 cho thấy các biến như ASA ($\beta = 0.073$, 95% khoảng tin cậy (KTC) 0.056 – 0.852, $p = 0.026$), tuổi ($\beta = -0.013$, 95% KTC -0.311 – 0.005, $p = 0.151$) và thời gian mắc bệnh ($\beta =$, 95% KTC -0.008 – 0.153, $p = 0.075$) có tương quan với thể tích dịch dạ dày. Các biến này được đưa vào mô hình hồi quy đa biến ở bảng 5. Phân tích đa biến cho thấy ASA III có tương quan độc lập với thể tích dịch dạ dày so với ASA II ($\beta = 0.454$, 95% KTC 0.071 – 0.837, $p = 0.021$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của Haramgatti [5] bao gồm 40 người có tiền sử bệnh đái tháo đường tối thiểu 8 năm, từ 18 tuổi trở lên, có ASA II. Nghiên cứu này có diện tích mặt cắt ngang vị là $4,0 \pm 1,1 \text{ cm}^2$ và thể tích dạ dày là $15,48 \pm 11,18 \text{ ml}$, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, với diện tích mặt cắt ngang vị là $5,3 \text{ cm}^2$ ($3,3 - 6,6$) cm^2 và thể tích dạ dày trung vị là $17,1$ ($0,0 - 40,2$) ml. Nhìn chung, đặc điểm kích thước hang vị bằng siêu âm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống so với nghiên cứu của Haramgatti. Kết quả giống nhau này có thể là do đặc điểm dân số nghiên cứu và phương pháp đo lường giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu này là khá tương đồng với nhau.

Bảng 5. So sánh nghiên cứu chúng tôi với nghiên cứu tham khảo

Đặc điểm	Haramgatti	Chúng tôi
Đường kính trước sau (cm)	$1,58 \pm 0,35$	$2,9 \pm 1,1$
Đường kính đầu đuôi (cm)	$2,52 \pm 0,41$	$2,4 \pm 0,9$
Diện tích cắt ngang hang vị (cm^2)	$4,0 \pm 1,1$	$5,3$ ($3,3-6,6$)
Thể tích tồn lưu dạ dày (ml)	$15,48 \pm 11,18 \text{ ml}$	$17,1$ ($0,0-40,2$)

Nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,6 \pm 10,3$ tuổi. Kết quả này nằm trong khoảng kết quả so với nghiên cứu của Chaitra[3] nghiên cứu trên 411 người

bệnh trong độ tuổi 18 – 80 tuổi. Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $23,72 \pm 0,58 \text{ kg/m}^2$. Theo định nghĩa béo phì dành cho người châu Á (BMI $>23,0 \text{ kg/m}^2$) chiếm 60% trong nghiên cứu này, nhìn chung giống nghiên cứu của Chaitra[3] đều thuộc nhóm thừa cân – béo phì. Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng tham gia nghiên cứu có ASA – II (74,0%) và ASA – III (26,0%). Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian bị bệnh đái tháo đường là 5,0 ($5,0 - 5,8$) năm. Nhìn chung, đặc điểm nhân trắc người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống so với các nghiên cứu của Chaitra. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng người bệnh đái tháo đường có ASA III có tương quan với tăng thể tích dạ dày hơn 0,454 95% ml khoảng tin cậy 95% ($0,071 - 0,837$, $p = 0,021$) so với ASA II. Ngoài ra, người bệnh đái tháo đường có ASA III có thể tích dạ dày cao hơn (trung vị: 0,45 với 0,174 mL/kg, $p = 0,07$). Tình trạng thể chất theo ASA III là khi người bệnh có bệnh kèm theo ảnh hưởng trung bình đến chức năng các cơ quan trong cơ thể.

Nghiên cứu của chúng tôi lần đầu thực hiện tại đơn vị, nghiên cứu này còn giới hạn. Thứ nhất, việc siêu âm do một bác sĩ thực hiện nên có thể tồn tại sai lệch vì siêu âm có tính chủ quan. Thứ hai, thể tích dạ dày được ước tính dựa trên công thức ước đoán, nên chúng có thể không đại diện thể tích dạ dày thực tế của người bệnh. Cần có những nghiên cứu với thiết kế tốt hơn, cỡ mẫu lớn hơn.

Trước đây, nhiều tài liệu đã cung cấp thông tin biến chứng tồn lưu dịch trong dạ dày trên người bị bệnh đái tháo đường xuất hiện khi thời gian bị bệnh kéo dài lâu hơn 10 năm với việc kiểm soát đường huyết không ổn định. Tuy nhiên, khi xét đến mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, thời gian mắc bệnh đái tháo đường không phải là yếu tố độc lập liên quan đến thể tích tồn lưu dịch trong dạ dày ($p = 0,077$). Điều này có thể do hầu hết người bệnh có thời gian mắc bệnh đái tháo đường trong nghiên cứu này nhỏ hơn 10 năm, với trung vị 5,0 ($5,0 - 5,8$) năm, nên chưa có khác biệt có ý nghĩa thống kê về mặt làm tăng tỷ lệ biến chứng tồn lưu dịch trong dạ dày do bệnh đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích dịch tồn lưu trong dạ dày có trung vị là $0,3 \text{ ml/kg}$ ($0,0 \text{ ml/kg} - 0,7 \text{ ml/kg}$) và có 6,0 % (03 người bệnh) dạ dày đầy (theo định nghĩa thể tích $\geq 1,5 \text{ ml/kg}$). Tồn tại nguy cơ hít sặc trên những

người này. Trong nghiên cứu không xảy ra trường hợp nào bị hít sặc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asghar. S, et al.,** Gastroparesis-Related Symptoms in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Early Detection, Risk Factors, and Prevalence. *Cureus*, 2023. 15(3): p. e35787.
2. **Aswath. G.S, et al.,** Diabetic Gastroparesis, in *StatPearls*. 2023: Treasure Island (FL).
3. **Chaitra. T.S, et al.,** Assessment of residual gastric volume using point-of-care ultrasonography in adult patients who underwent elective surgery. *Ultrasound J*, 2023. 15(1): p. 7.
4. **Garg. H, et al.,** Comparison of fasting gastric volume using ultrasound in diabetic and non-diabetic patients in elective surgery: An observational study. *Indian J Anaesth*, 2020. 64(5): p. 391-396.
5. **Haramgatti. A, et al.,** Comparison of ultrasound-guided residual gastric volume measurement between diabetic and non-diabetic patients scheduled for elective surgery under general anesthesia. *Saudi J Anaesth*, 2022. 16(3): p. 355-360.
6. **Perlas. A, C. Arzola, and P. Van de Putte,** Point-of-care gastric ultrasound and aspiration risk assessment: a narrative review. *Can J Anaesth*, 2018. 65(4): p. 437-448.
7. **Zhang. G, et al.,** Ultrasound to guide the individual medical decision by evaluating the gastric contents and risk of aspiration: A literature review. *Asian J Surg*, 2020. 43(12): p. 1142-1148.
8. **Zhou. L, et al.,** Point-of-care ultrasound defines gastric content in elective surgical patients with type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study. *BMC Anesthesiol*, 2019. 19(1): p. 179.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN NĂM 2019-2020

Nguyễn Ngọc Cẩm Quyên¹, Phạm Thị Thanh Liên¹,
Lâm Văn Ngoán¹, Hứa Hữu Bằng¹,
Nguyễn Thị Thanh Tuyền¹, Huỳnh Thị Hồng Phước¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn năm 2019-2020; (2) Khảo sát tình hình sử dụng các nhóm thuốc trong điều trị tăng huyết áp của bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn năm 2019-2020; (3) Đánh giá kết quả kiểm soát huyết áp mục tiêu của bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn năm 2019-2020. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang không can thiệp trên 250 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có chẩn đoán tăng huyết áp vô căn điều trị tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,42±12,73, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam với 41,6%, bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch chiếm tỷ lệ nhiều với 39,2%, tăng huyết áp độ I chiếm 39,6%, tăng huyết áp độ II chiếm 60,4%. Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là chẹn kênh canxi (64,0%), nhóm thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (63,6%). Trong nhóm chẹn kênh canxi, Amlodipin được sử dụng nhiều nhất (66,3%); trong nhóm thuốc ức chế men chuyển, Captopril chiếm tỷ lệ cao nhất (81,0%); trong nhóm thuốc ức chế thụ thể angiotensin II, Losartan chiếm tỷ

lệ cao (97,0%). Bệnh nhân được chỉ định phác đồ phối hợp 2 thuốc chiếm tỷ lệ nhiều (52,0%); trong đó phối hợp giữa 2 nhóm thuốc chẹn kênh canxi và ức chế thụ thể angiotensin II chiếm cao nhất (33,8%). Trong phác đồ đơn trị, nhóm thuốc chẹn thụ thể angiotensin II chiếm tỷ lệ cao nhất (49,6%). Bệnh nhân sau khi điều trị đạt HAMD khá cao (96,0%), tỷ lệ đạt HAMD ở bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam với 42,4%; bệnh nhân < 50 tuổi và không có YTNC tim mạch đều đạt HAMD 100,0%. **Kết luận:** Tất cả các thuốc được chỉ định sử dụng trong mẫu nghiên cứu đều nằm trong danh mục thuốc hạ áp theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam, tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị. Sự kết hợp thuốc trong điều trị góp phần cải thiện chỉ số huyết áp và kết quả điều trị tốt. **Từ khóa:** Tỷ lệ sử dụng thuốc, huyết áp, kết quả điều trị

SUMMARY

THE USE OF MEDICINES IN TREATING HYPERTENSION AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL IN 2019-2020

Objectives: (1) Describe some characteristics of patients being treated for hypertension at Vo Truong Toan University Hospital in 2019-2020; (2) Survey on the use of drug groups in the treatment of hypertension by patients at Vo Truong Toan University Hospital in 2019-2020; (3) Evaluation of target blood pressure control results of patients at Vo Truong Toan University Hospital in 2019-2020. **Subject and Method:** Non-interventional cross-sectional descriptive study on 250 medical records of patients

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cẩm Quyên

Email: nncquyen@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023