

và lá được mô tả chi tiết cùng với các ảnh vi phẫu. Các kết quả này góp phần nhận diện, kiểm nghiệm dược liệu và tạo tiền đề cho các nghiên cứu về thành phần hóa học cũng như tác dụng sinh học của loài này ở Việt Nam. Tinh dầu được chiết từ lá sả hoa hồng khi thử hoạt tính, kết quả cho thấy tinh dầu thể hiện hoạt tính mạnh với giá trị MIC trên *P. acnes* 0,016% và *A. niger* 0,004%.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm hình thái rễ, thân, lá, hoa, cấu tạo giải phẫu rễ, thân, lá và các cấu tử đặc trưng trong bột dược liệu toàn cây của sả hoa hồng-*Cymbopogon martini* (Roxb.) Will. Watson giúp nhận diện và kiểm nghiệm vi học loài này. Ngoài ra, tinh dầu thể hiện hoạt tính kháng *P. acnes* và *A. niger* mạnh cho thấy giá trị tiềm năng trong việc hỗ trợ điều trị các bệnh nhiễm nấm và nhiễm khuẩn trên da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chung và cs** (2006), Cây thuốc và động vật làm thuốc, tập 2, NXB Khoa học-Kỹ thuật, Hà Nội, tr. 653.
2. **Phạm Thanh Kỳ** (2011), Dược liệu học tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 212-213.
3. **Trương Thị Đẹp** (2007), Thực vật Dược, NXB Giáo dục, Hà Nội, tr. 300-303.
4. **Võ Văn Chi** (2003), Từ điển thực vật thông dụng, tập 1, NXB Khoa học-Kỹ thuật, Hà Nội, tr. 850-855.
5. **"Cymbopogon martini (Roxb.) Will. Watson"**, The plant list, March. 23, 2012. [Online], Available: <http://www.theplantlist.org/tpl1.1/record/kew-406214>. [Accessed: July. 02, 2022].
6. **Mei-Lin T., Chih-Chien L., Wei-Chao L., et al.** (2011), "Antimicrobial, antioxidant, and anti-inflammatory activities of essential oils from five selected herbs", Biosci. Biotechnol. Biochem., 75(10). 1977-1983.
7. **Shou-liang Chen and Sylvia M. Phillips**, "Cymbopogon Sprengel", Flora of China, 22, 624.
8. **Suman P. S. K., Ajit K. S., Anubha P., et al.** (2005), "Essential oil constituents and RAPD markers to establish species relationship in Cymbopogon Spreng. (Poaceae)", Biochemical Systematics and Ecology, 33, 171-186.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU PHỐI HỢP LIDOCAIN, KETAMIN VÀ MAGIE SULFATE TĨNH MẠCH THAY THẾ OPIOID TRONG GÂY MÊ TOÀN THÂN PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP

Nguyễn Văn Sự¹, Nguyễn Hữu Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của phối hợp lidocain, ketamine và magie sulfate tĩnh mạch trong và sau phẫu thuật cắt tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh 64 bệnh nhân cắt tuyến giáp chia làm hai nhóm: Nhóm 1 (nhóm OA - Opioid Anesthesia): gây mê sử dụng fentanyl tĩnh mạch, Nhóm 2 (nhóm OFA - Opioid-Free Anesthesia): gây mê sử dụng lidocain, magie sulfate và ketamine tĩnh mạch. Trong mổ, bệnh nhân được theo dõi bằng máy đo độ đau ANI (Analgesia Nociception Index). Sau mổ, bệnh nhân được theo dõi trong vòng 24 giờ, tính từ thời điểm sau rút ống nội khí quản. **Kết quả:** Tổng thời gian ANI < 50 trong mổ của nhóm 1 cao hơn nhóm 2 (15,63 ± 4,86 phút so với 11,47 ± 5,68 phút; p < 0,05). Điểm VAS trung bình trong giờ đầu sau mổ khi nghỉ, khi vận động cổ và khi ho của nhóm 1 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm 2 (3,09 ± 0,8; 3,35 ± 0,89; 3,51 ± 1,02 so với 1,85 ± 0,53, 2,79 ± 1,13; 2,19 ± 1,08; p < 0,05), lượng ketorolac dùng để giải

cứu trong 24 giờ sau mổ ở nhóm 1 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2 (420mg với 210mg). Tỷ lệ nôn và buồn nôn sau mổ của nhóm 1 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2 (34,47% so với 9,37%; p < 0,05). Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng kích thích sau mổ của nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 31,25% và 12,5% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05. **Kết luận:** Phối hợp lidocain, ketamine và magie sulfate cho hiệu quả giảm đau tốt cả trong và sau mổ, đồng thời các tác dụng phụ không mong muốn cũng thấp hơn so với gây mê sử dụng opioid giảm đau. **Từ khóa:** giảm đau không opioid, phẫu thuật tuyến giáp, ANI

SUMMARY

EVALUATION OF PAIN REDUCTION EFFECTIVENESS OF COMBINATION OF LIDOCAIN, KETAMIN AND INTRAVENOUS MAGNESIUM SULFATE TO REPLACE OPIOIDS IN GENERAL ANESTHESIA FOR THYROIDECTOMY SURGERY

Objective: Evaluate the analgesic effectiveness and unwanted effects of a combination of lidocaine, ketamine and intravenous magnesium sulfate during and after thyroidectomy surgery. **Research subjects and methods:** Randomized clinical trial design comparing 64 thyroidectomy patients divided into two groups: Group 1 (OA- Opioid Anesthesia group): anesthesia using intravenous fentanyl, Group 2 (OA group): OFA-Opioid-Free Anesthesia group):

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sự

Email: sunguyen7815@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

anesthesia using intravenous lidocaine, magnesium sulfate and ketamine. During surgery, patients were monitored through ANI (Analgesia Nociception Index). After surgery, patients were monitored for 24 hours, from the time the endotracheal tube was removed and fully awake. **Results:** The total time of ANI < 50 during surgery was higher in group 1 than in group 2 (15.63 ± 4.86 minutes versus 11.47 ± 5.68 minutes; p < 0.05). The average VAS score in the first hour after surgery when resting, when moving the neck and when coughing in group 1 was significantly higher than in group 2 (3.09 ± 0.8; 3.35 ± 0.89; 3, 51 ± 1.02 vs. 1.85 ± 0.53, 2.79 ± 1.13; 2.19 ± 1.08; p < 0,05), the amount of ketorolac used for rescue within 24 hours after surgery in Group 1 was statistically significantly higher than group 2 (420mg vs 210mg). The rate of postoperative nausea and vomiting in group 1 was statistically significantly higher than that in group 2 (34.47% vs. 9.37%; p < 0.05). The proportion of patients with postoperative irritation in group 1 and group 2 is 31.25% and 12.5%, respectively, the difference is statistically significant (p < 0,05). **Conclusion:** Combining lidocaine, ketamine and magnesium sulfate provides better pain relief both during and after surgery, and the unwanted side effects are also lower than anesthesia using opioids alone. **Keywords:** opioid-free anesthesia, thyroid surgery, ANI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, có nhiều loại thuốc, nhiều kỹ thuật giảm đau tiên tiến không ngừng phát triển và đạt được những bước tiến lớn. Tuy nhiên mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm của nó, chưa có phương pháp nào là tối ưu nhất. Tại Việt Nam, Nguyễn Hữu Tú và cộng sự cho thấy 59% bệnh nhân (BN) ở tuần đầu tiên, 32% BN ở tuần thứ hai và 7% BN ở tuần thứ ba phải chịu mức độ đau từ nhiều đến rất đau [1]. Việc sử dụng opioid từ lâu đã được coi là "tiêu chuẩn vàng" điều trị giảm đau trong và sau mổ nhưng sử dụng opioid đơn thuần liều cao có thể liên quan đến tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ: suy hô hấp, an thần, buồn nôn và nôn (PONV), liệt ruột, bí tiểu và tăng đau. Phẫu thuật tuyến giáp là phẫu thuật thường gặp và gây đau cấp sau phẫu thuật. Ở vùng này này khó áp dụng các biện pháp gây tê vùng, nên biện pháp giảm đau bằng đường tĩnh mạch là lựa chọn ưu tiên. Đau chủ yếu ở mức độ trung bình vì thế việc sử dụng giảm đau bằng các thuốc opioid không phải là lựa chọn phổ biến. Sử dụng phối hợp các thuốc với các cơ chế khác nhau bao gồm lidocain, ketamine, magie sulfate để kiểm soát đau trong và sau phẫu thuật đã có một số nghiên cứu trên thế giới nhưng chưa áp dụng trong phẫu thuật tuyến giáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá hiệu quả giảm đau phối hợp lidocain, ketamine và magie sulfate thay thế

opioid trong gây mê toàn thân phẫu thuật cắt tuyến giáp".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 64 BN được chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp theo chương trình thực hiện tại Trung tâm Gây mê hồi sức và Chống đau Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 03/2023 đến tháng 09/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥18 tuổi, có chỉ định cắt tuyến giáp theo chương trình, gây mê nội khí quản, ASA I và II, bệnh nhân tinh táo, tiếp xúc tốt và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dị ứng với bất kì thuốc nào sử dụng, có tiền sử động kinh, tâm thần, khó khăn trong giao tiếp, đang dùng các loại thuốc ảnh hưởng đến thần kinh thực vật như chẹn beta giao cảm, thuốc hủy giao cảm, mắc các bệnh tim mạch, hô hấp mạn tính. Bệnh nhân có biến chứng trong gây mê, phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Cỡ mẫu: 64 bệnh nhân chia làm 2 nhóm, phân nhóm bằng bốc thăm ngẫu nhiên.

- Nhóm 1 (OA): gây mê dùng giảm đau trong mổ bằng fentanyl tĩnh mạch.

- Nhóm 2 (OFA): gây mê dùng giảm đau trong mổ bằng lidocain kết hợp ketamine và magie sulfate.

Tiến hành nghiên cứu:

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: Khám và đánh giá các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, đối chiếu với các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Hướng dẫn cách hợp tác nghiên cứu, cách sử dụng thuốc đau VAS.

Tại phòng mổ: Cả 2 nhóm sẽ được lắp monitoring theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, điện cực ANI theo dõi độ đau, điện cực CONOX theo dõi độ mê qCON, điện cực TOF theo dõi độ giãn cơ. Khởi mê bằng propofol, rocuronium và giảm đau theo phác đồ của từng nhóm, bệnh nhân được đặt nội khí quản (NKQ) khi TOF ≤ 25% và qCON: 40-60. Duy trì mê bằng sevofluran [0,8-1,3 MAC] điều chỉnh sevofluran (tăng giảm từng mức 0,25 MAC) để giữ 40 < qCON < 60, esmeron 0,3 mg/kg bolus khi TOF > 20%. Truyền paracetamol 1g IV sau khi cắt được tuyến giáp. Thoát mê, rút NKQ khi đạt đủ tiêu chuẩn. Sau rút NKQ, theo dõi bệnh nhân tại phòng hồi tỉnh và bệnh phòng trong 24 giờ.

+ Nhóm 1(nhóm OA): khởi mê với fentanyl 2 mcg/kg, propofol 1,5-2 mg/kg, bóp bóng hỗ trợ

thở vào, khi thông khí được thì tiêm esmeron 0,6 mg/kg. Khi ANI < 50: bolus 50 mcg IV fentanyl với bệnh nhân < 50 tuổi, 25 mcg IV với bệnh nhân > 50 tuổi.

+ Nhóm 2 (nhóm OFA): trước khởi mê truyền tĩnh mạch Magie sulfate 30 mg/kg trong 10 phút, lidocain 1,5 mg/kg bolus tĩnh mạch, ketamine 0,3 mg/kg, khởi mê với propofol 1,5 – 2 mg/kg, bóp bóng hỗ trợ thở vào, khi thông khí được thì tiêm esmeron 0,6 mg/kg. Truyền tĩnh mạch liên tục lidocain 1,5 mg/kg/h và Magie sulfate 10 mg/kg/h sau khi đặt NKQ cho tới cuối cuộc mổ. Ketamin bolus 0,1 mg/kg khi ANI < 50, esmeron 0,3 mg/kg bolus khi TOF > 20%.

Các tiêu chí đánh giá: Thay đổi ANI tại các thì trong phẫu thuật, tổng thời gian ANI < 50 của mỗi nhóm, điểm đau VAS khi nghỉ, khi vận động cổ, khi ho tại các thời điểm sau phẫu thuật 24 giờ, lượng ketorolac tiêu thụ để giảm đau sau mổ và các tác dụng không mong muốn.

Các thời điểm nghiên cứu:

Trong mổ: H1: Trước khởi mê, H2: Sau khi tiêm thuốc mê, H3: Trước khi đặt NKQ, H4: Sau khi đặt NKQ 1 phút, H5: Sau khi đặt NKQ 2 phút, H6: Sau khi đặt NKQ 5 phút, H7: Trước khi rạch da, H8: Rạch da, H9: Bóc tách, H10: Cắt tuyến giáp, H11: Khâu da, H12: Trước khi rút NKQ.

Sau mổ: H0: Thời điểm rút NKQ, H15: Sau rút NKQ 15 phút, H30: Sau rút NKQ 30 phút, H60: Sau rút NKQ 60 phút, H2: Sau rút NKQ 2 giờ, H4: Sau rút NKQ 4h, H6: Sau rút NKQ 6h, H8: Sau rút NKQ 8h, H12: Sau rút NKQ 12h, H16: Sau rút NKQ 16h, H20: Sau rút NKQ 20h, H24: Sau rút NKQ 24h.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0, giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Hà Nội thông qua và sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

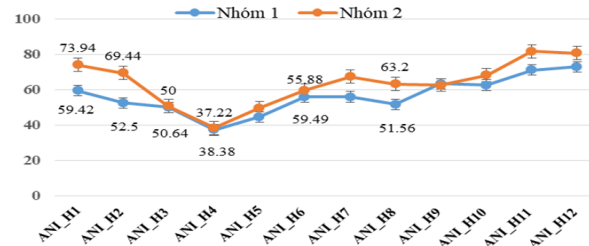
	Nhóm 1 (OA)	Nhóm 2 (OFA)	p
Tuổi (năm)	41,1±2,1	40,2±1,32	> 0,05
Chiều cao (cm)	158,5±3,9	156,7±3,6	
Cân nặng (kg)	54,4±3,7	54,3±6,1	
ASA			
	I	27(84,4%)	30(93,7%)
	II	5(15,6%)	2(6,3%)

Nhận xét: Tuổi trung bình ở nhóm 1 là 41,1 ± 2,1 tuổi, ở nhóm 2 là 40,2 ± 1,32 tuổi.

Chiều cao trung bình là 158,5 ± 3,9 cm ở nhóm 1 và 156,7 ± 3,6 cm ở nhóm 2, cân nặng trung bình của nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 54,4 ± 3,7 kg và 54,3 ± 6,1 kg. Độ tuổi trung bình, chiều cao, cân nặng trung bình trong 2 nhóm nghiên cứu là tương đồng nhau với p > 0,05.

Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA chủ yếu bệnh nhân có ASA I với tỷ lệ là 84,4% ở nhóm 1 và 93,7% ở nhóm 2.

3.2. Hiệu quả giảm đau

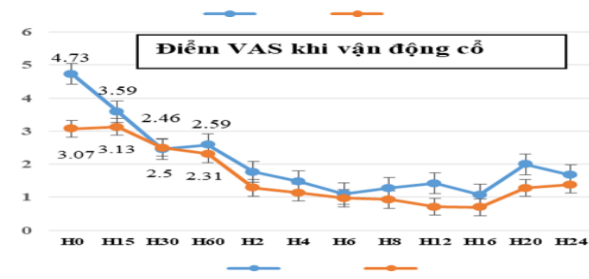
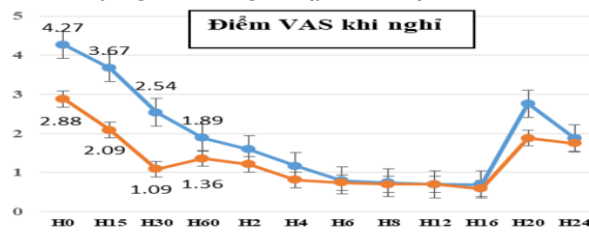


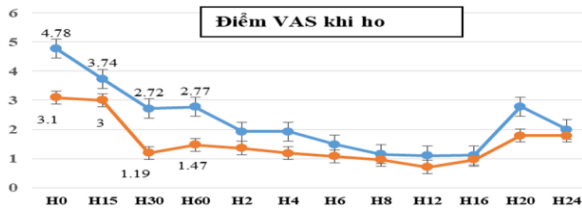
Biểu đồ 1: Sự thay đổi ANI tại các thì trong phẫu thuật

Bảng 2: Tổng thời gian ANI < 50 trong mổ

	Nhóm 1 (n=32)	Nhóm 2 (n=32)	p
Tổng thời gian ANI <50 trong mổ (phút)	15,63 ±4,86	11,47 ±5,68	<0,05

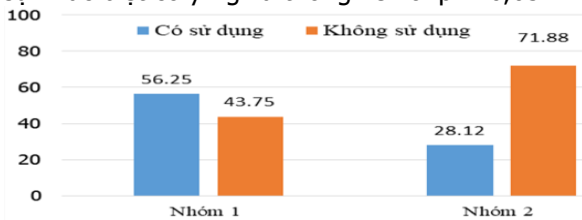
Nhận xét: Ở cả 2 nhóm ANI đều có xu hướng giảm từ sau khi tiêm thuốc khởi mê cho đến khi đặt ống NKQ (giảm từ 50,0 xuống 37,22 ở nhóm 1 và 50,64 xuống 38,38 ở nhóm 2) và sau đó có xu hướng tăng lên sau khi đặt ống NKQ 5 phút (tăng từ 44,6 lên 55,88 ở nhóm 1 và 49,67 lên 59,49 ở nhóm 2). Sự giảm ANI trong thời điểm đặt NKQ ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tổng thời gian ANI trong mổ < 50 của nhóm 1 là 15,63 ± 4,86 phút dài hơn nhóm 2 là 11,47 ± 5,68 phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).





Biểu đồ 2: Điểm VAS khi nghỉ, khi vận động cổ, khi ho tại các thời điểm sau mổ

Nhận xét: Điểm VAS khi nghỉ, khi vận động cổ, khi ho tại mọi thời điểm nghiên cứu của nhóm 1 có xu hướng cao hơn nhóm 2. Điểm VAS khi nghỉ, khi vận động cổ, khi ho tại thời điểm H0, H15, H30, H60 của nhóm 1 cao hơn nhóm 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3: Số bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau ketorolac giải cứu

Nhận xét: Trong nhóm 1 có 56,25% BN cần phải sử dụng thêm ketorolac để giảm đau, nhóm 2 có 28,12% BN cần thêm thuốc giảm đau, tỷ lệ này ở 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Lượng thuốc ketorolac được sử dụng

	Nhóm 1	Nhóm 2	P
Ketorolac (mg)	420	210	>0,05

Nhận xét: Lượng thuốc ketorolac được sử dụng ở nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 420 mg và 210 mg. Lượng thuốc ketorolac được sử dụng của nhóm 1 ít hơn nhóm 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 4: Một số tác dụng không mong muốn

		Nhóm 1 (n=32)		Nhóm 2 (n=32)		p
		Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Tri giác	Tỉnh táo	22	68,75	27	84,37	>0,05
	Kích thích	10	31,25	4	12,5	<0,05
	Ao giác	0	0	1	13,13	>0,05
Tỉ lệ nôn, buồn nôn		11	34,47	3	9,37	<0,05
Suy hô hấp		0	0	0	0	>0,05
Tụt HA		0	0	0	0	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tỉnh táo ở nhóm 1 là 68,75%, ở nhóm 2 là 84,37%, sự khác biệt

không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân bị kích thích ở nhóm 1 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2 (31,25% so với 12,5%; $p < 0,05$). Ở nhóm 2 có 1 bệnh nhân bị ảo giác sau phẫu thuật.

Tỷ lệ nôn và buồn nôn của nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 34,47% và 9,37%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỉ lệ nôn và buồn nôn sau phẫu thuật của 2 nhóm. Chúng tôi cũng không ghi nhận có trường hợp nào bị suy hô hấp, tụt huyết áp ở cả 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Các chỉ số nhân trắc bao gồm tuổi, chiều cao, cân nặng và phân loại sức khỏe theo ASA không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Thể hiện sự tương đồng giữa 2 nhóm nghiên cứu.

4.1. Hiệu quả giảm đau

- Trong mổ: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở cả 2 nhóm ANI đều có xu hướng giảm sau khi khởi mê đến khi đặt NKQ và có xu hướng tăng lên sau khi đặt NKQ 5 phút do đặt NKQ là thời điểm kích thích giao cảm mạnh nhất trong toàn bộ cuộc mổ. Sự giảm ANI trong thời điểm đặt NKQ ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Ledowski [2]. Theo kết quả bảng 2 tổng thời gian ANI < 50 của nhóm 2 là $11,47 \pm 5,68$ phút thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1 là $15,63 \pm 4,86$ phút, điều này chỉ ra rằng việc dùng phối hợp lidocain, ketamin, magie sulfate cho kết quả kiểm soát đau tốt hơn việc sử dụng fentanyl đơn thuần.

- Sau mổ: Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật được đánh giá dựa trên thang điểm VAS trong 24 giờ. Nhìn chung, điểm VAS của các bệnh nhân ở cả hai nhóm đều được duy trì dưới 4 ở hầu hết các thời điểm nghiên cứu và có xu hướng giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên, trong giờ đầu tiên sau rút NKQ, điểm VAS khi nghỉ, khi vận động cổ và khi ho của nhóm sử dụng giảm đau phối hợp lidocain, ketamine và magnesulfat thấp hơn có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ so với nhóm dùng fentanyl đơn thuần.

Khi so sánh lượng thuốc ketorolac dùng giải cứu giảm đau cũng có sự khác biệt giữa 2 nhóm ở nhóm 2 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm 1 (210 mg/24h so với 420mg/24h). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Khaled và cộng sự [2], nghiên cứu của Mulier [4] đều cho thấy điểm đau tại thời điểm sau mổ và nhu cầu sử dụng thêm thuốc giảm đau của nhóm phối hợp giảm đau đa mô thức thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm dùng opioid đơn thuần ($p < 0,001$). Sự tương

đồng này chỉ ra việc sử dụng kết hợp lidocain, ketamine, magie sulfate đáp ứng rất tốt nhu cầu giảm đau của người bệnh, khẳng định có thể thay thế opioid.

4.2. Một số tác dụng không mong muốn. Tình trạng nôn và buồn nôn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm nghiên cứu, cụ thể là tình trạng nôn, buồn nôn của nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (34,47% so với 9,37%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Mulier [4] và Janvier (23,08% ở nhóm OA và 14,29% ở nhóm OFA) [5]. Kiểm soát nôn và buồn nôn sau phẫu thuật tuyến giáp là cần thiết do những biểu hiện này có thể dẫn đến ho hoặc tác động xung quanh vết mổ gây chảy máu sau mổ. Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật vẫn là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân chậm xuất viện vì có thể gây bực các mối chỉ khâu, toác vết mổ, chảy máu, rối loạn nước, điện giải. Vì vậy việc kiểm soát tốt yếu tố này giúp người bệnh phục hồi sớm sau phẫu thuật.

Các tác dụng không mong muốn khác được đánh giá trong nghiên cứu bao gồm tri giác sau phẫu thuật, suy hô hấp, tụt huyết áp. Kết quả cho thấy tỷ lệ BN kích thích của nhóm 1 là 31,25% cao hơn hẳn nhóm 2 là 12,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nhóm 2 chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân xuất hiện ảo giác chiếm 13,13%, kết quả của chúng tôi thấp hơn của Mansour [6] (nhóm OA và OFA lần lượt là 0% và 7,14%) có sự khác biệt này là do nghiên cứu của tác giả dùng liều cao ketamine hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng không ghi nhận có bệnh nhân nào bị suy hô hấp hoặc tụt huyết áp.

V. KẾT LUẬN

5.1. Hiệu quả giảm đau: Phối hợp lidocain, magie sulfate và ketamine cho hiệu quả giảm đau tốt trong và sau phẫu thuật khi thay thế opioid trên các bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp trong vòng 24 giờ sau mổ.

5.2. Tác dụng không mong muốn: giảm đáng kể các tác dụng phụ người bệnh gặp phải so với nhóm sử dụng opioid. Tỷ lệ nôn và buồn nôn ở nhóm 2 thấp hơn so với nhóm 1 (9,37% so với 34,47%). Tỷ lệ bệnh nhân bị kích thích sau mổ ở nhóm 2 cũng thấp hơn nhóm 1 (12,5% so với 31,25%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú. Mong ước và sự thật, Sức khỏe và đời sống. 2009.
2. Ledowski T., Averhoff L., Tiong W.S., et al. (2014). Analgesia Nociception Index (ANI) to predict intraoperative haemodynamic changes: results of a pilot investigation. Acta Anaesthesiol Scand, 58(1), 74–79.
3. Khaled D., Mohamed O., Alaa I., et al. (2023). Opioid Free Anesthesia versus Opioid Based Anesthesia for Hemodynamic Stability in Geriatric Patients Undergoing Arthroscopic Shoulder Surgery, A Randomized Comparative Study. Egypt J Anaesth, 39(1), 626–634.
4. Paul Mulier J. (2016), Opioid free (OFA) versus opioid (OA) and low opioid anesthesia (LOA) for the laparoscopic gastric bypass surgery. Immediate post operative morbidity and mortality in a single center study on 5061 consecutive patients from March 2011 till June 2015, other.
5. Javier M.-E.K. Opioid-Free Anesthesia.
6. Mansour M.A., Mahmoud A.A.A., and Geddawy M. (2013). Nonopioid versus opioid based general anesthesia technique for bariatric surgery: A randomized double-blind study. Saudi J Anaesth, 7(4), 387–391.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ KHỚP GỐI ĐẾN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN E NĂM 2022- 2023

Đỗ Chí Hùng¹, Ngô Thị Hồng Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và thực trạng của các bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Đổi**

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ chí hùng

Email: dochihung1962@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

tượng và phương pháp nghiên cứu: 110 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối điều trị nội trú tại khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện E từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023. Các bệnh nhân được điều trị theo phác đồ chung của bộ y tế cho bệnh thoái hóa khớp gối bao gồm: thuốc, vật lý trị liệu, tập luyện trong vòng 1 tháng. Tiến hành đánh giá bệnh nhân theo thang điểm WOMAC tại các thời điểm vào viện, sau điều trị 15 và khi ra viện. **Kết quả:** Thoái hóa khớp gối thường xảy ra ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nữ chiếm tỉ lệ nhiều hơn nam, theo tỉ lệ nam/ nữ là 1:6. Chỉ số khối cơ thể, nghề nghiệp liên quan đến lao