

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản. 05/01 2014;12(2): 69-71. doi: 10.46755/vjog.2014.2.923

7. **Hằng ĐTV.** Nghiên cứu tắc tuyến sữa ở phụ nữ sau sinh tại bệnh viện phụ sản Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2017 2017;
8. **Egbe TO, Njamen TN, Essome H, Tendongfor N.** The estimated incidence of lactational breast abscess and description of its management by percutaneous aspiration at the Douala General Hospital, Cameroon. International breastfeeding

journal. Apr 10 2020; 15(1):26. doi: 10.1186/s13006-020-00271-2

9. **Vân LTT.** Điều trị áp xe vú tại Khoa sản nhiễm khuẩn – Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010. Tạp Chí Học Thực Hành. 2011;6:768.
10. **Suthar K, Mewada BN, Surati K, Shah JJIJMSPH.** Comparison of percutaneous ultrasound guided needed aspiration and open surgical drainage in management of puerperal breast abscess. 2013;2(1):69-72.

SỰ THAY ĐỔI CỦA NỒNG ĐỘ GLUCOSE MÁU Ở TRẺ EM MẮC BỆNH TIM BẨM SINH CÓ PHẪU THUẬT TIM MỞ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Ly¹, Dương Khánh Toàn²,
Lê Thị Kim Dung¹, Đặng Văn Thức²

OPEN HEART SURGERY AT NATIONAL HOSPITAL PEDIATRIC

Introduction: Hyperglycemia after open heart surgery in children is very common, and associated with the occurrence of adverse outcomes. Assessing postoperative blood glucose disorders to support treatment and prognosis is very necessary. **Objectives:** Survey on changes in blood glucose levels in children with congenital heart disease having open heart surgery at the National Children's Hospital. **Patients and Methods:** Cross-sectional descriptive prospective study. All patients after open heart surgery are treated at the Surgical Cardiac Intensive Care Unit of the National Children's Hospital. Evaluate blood glucose through arterial blood gas samples taken at the prescribed time and run the sample right at the time of collection using the Gem 3500 machine. **Results:** There were 300 patients in the study, with 2400 blood glucose samples collected from hourly arterial blood gas testing. There were 259 patients with hyperglycemia, accounting for 86.3%. Blood Glucose levels increased during the first 6 hours after surgery, gradually decreased from 12 to 24 hours and maintained a stable level from 48 hours after surgery. Blood glucose increased higher in the first 12 hours in the following groups: weight less than 5 kg, age at surgery less than 6 months. **Conclusions:** Blood Glucose levels increased during the first 6 hours after surgery, gradually decreased from 12 to 24 hours and maintained a stable level from 48 hours after surgery.

Keywords: Hyperglycemia, congenital heart, pediatric cardiac surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tim mở dưới tuần hoàn ngoài cơ thể là một quá trình không sinh lí làm gia tăng nhiều biến chứng trong giai đoạn hồi sức sau mổ trong đó có tăng glucose máu. Trong hồi sức sau phẫu thuật tim mở, tỉ lệ tăng glucose máu gặp ở 90% bệnh nhân [2] và liên quan đến sự xuất

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng glucose máu sau mổ tim mở ở trẻ em rất phổ biến, liên quan đến sự xuất hiện các kết quả bất lợi. Đánh giá các rối loạn glucose máu sau mổ nhằm hỗ trợ điều trị và tiên lượng là rất cần thiết. **Mục tiêu:** Khảo sát sự thay đổi nồng độ glucose máu ở trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh có phẫu thuật tim mở tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở được điều trị tại khoa Điều trị tích cực Ngoại Tim mạch Bệnh viện Nhi Trung ương. Đánh giá glucose máu thông qua mẫu khí máu động mạch được lấy theo thời điểm quy định, chạy mẫu ngay tại thời điểm lấy bằng máy khí máu tại giường gem 3500. **Kết quả:** Có 300 bệnh nhân trong nghiên cứu, thu thập được 2400 mẫu glucose máu từ xét nghiệm khí máu động mạch theo giờ. Có 259 bệnh nhân tăng glucose máu chiếm tỉ lệ 86.3%. Glucose máu tăng cao nhất trong 6 giờ đầu sau mổ và giảm dần từ 12 giờ đến 24 giờ, ổn định từ 48 giờ sau mổ. Glucose máu tăng cao hơn trong 12 giờ đầu ở các nhóm bệnh nhân có cân nặng dưới 5 kg, tuổi phẫu thuật dưới 6 tháng, RACHS-1 ≥ 4 . **Kết luận:** Nồng độ Glucose máu tăng cao nhất ở thời điểm sau phẫu thuật nhập khoa hồi sức 6 giờ, sau đó giảm dần từ thời điểm 12 đến 24 giờ và duy trì mức ổn định từ 48 giờ sau mổ. **Từ khóa:** glucose máu, tim bẩm sinh, sau mổ tim mở.

SUMMARY

CHANGES IN BLOOD GLUCOSE CONCENTRATION AFTER CONGENITAL

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Ly

Email: lethily2696@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

hiện các kết quả bất lợi⁵. Tăng glucose máu nặng sau mổ tim có tỷ lệ tử vong tăng gấp 6 lần, và tỷ lệ mắc bệnh tổng thể tăng gấp 2 lần so với bình thường[3]. Một số nghiên cứu về kiểm soát glucose máu ở trẻ em sau phẫu thuật tim cho thấy làm giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng hậu phẫu^[6]. Theo nghiên cứu của Dirk Vlasselaers, kiểm soát glucose máu trong và sau phẫu thuật tim ở trẻ sơ sinh giúp bảo vệ tế bào cơ tim và giảm đáp ứng viêm hệ thống [6]. Thử nghiệm SPEC năm 2012 ghi nhận kiểm soát glucose máu có thể làm giảm nguy cơ nhiễm trùng ở trẻ > 60 ngày tuổi [7].

Ngày nay, việc ổn định huyết động học và thông khí hỗ trợ, ổn định mức glucose máu ở mức sinh lý là một trong những mục tiêu điều trị quan trọng cho bệnh nhân hậu phẫu tim mạch. Tại Việt Nam các trung tâm tim mạch ngày càng mở ra nhiều hơn và điều trị bệnh nhân với các bệnh lý phức tạp hơn. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát sự thay đổi nồng độ glucose máu theo thời gian ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở để từ đó định hướng cho việc xác định thời điểm làm xét nghiệm glucose máu thường quy và tìm mối liên quan của nồng độ glucose máu đến các biến chứng, kết quả điều trị. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát sự thay đổi của nồng độ glucose máu ở trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh có phẫu thuật tim mở tại bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh điều trị hồi sức tại khoa Điều trị tích cực Ngoại Tim mạch bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Được chẩn đoán xác định bệnh tim bẩm sinh bằng siêu âm tim và/hoặc thông tim tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Có thang điểm nguy cơ phẫu thuật tim mạch RACHS-1 ≥ 2

Có chỉ định phẫu thuật tim mở sửa chữa tim bẩm sinh.

Được phẫu thuật tim mở dưới tuần hoàn ngoài cơ thể.

Được điều trị tại khoa Điều trị tích cực Ngoại Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán hoặc điều trị đái tháo đường type 1 hoặc 2 trước phẫu thuật

Bệnh nhân có dùng corticoid trước phẫu

thuật 1 tuần.

Bệnh nhân tử vong trong phẫu thuật hoặc ngay sau thời điểm phẫu thuật mà chưa được đưa về hồi sức tại khoa Điều trị tích cực Ngoại Tim mạch.

Bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn có chủ đích những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Nội dung nghiên cứu. Xét glucose máu tại 8 thời điểm: sau thả kẹp động mạch chủ (T0), nhập khoa Điều trị tích cực Ngoại tim mạch (T1), sau phẫu thuật 6 giờ (T2), sau phẫu thuật 12 giờ (T3), sau phẫu thuật 24 giờ (T4), sau phẫu thuật 48 giờ (T5), sau phẫu thuật 72 giờ (T6), sau phẫu thuật 4 ngày (T7), sau phẫu thuật 5 ngày (T8).

Chỉ số glucose máu được theo dõi thông qua xét nghiệm khí máu động mạch thực hiện ngay tại thời điểm lấy mẫu, chạy trên máy khí máu Gem 3500.

Theo dõi diễn tiến nồng độ glucose máu tại các thời điểm theo thời gian hồi sức sau phẫu thuật.

Chẩn đoán tăng glucose máu dựa theo tuyên bố đồng thuận của Hiệp hội nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ và Hiệp hội Tiểu đường Hoa Kỳ về kiểm soát đường huyết nội trú [5].

Công thức chuyển đổi đơn vị: mg/dL = mmol x 18

2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu nghiên cứu được nhập trên bệnh án nghiên cứu thống nhất, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023 chúng tôi thu nhận được 300 bệnh nhân vào nghiên cứu, thu thập được 2400 mẫu glucose máu tại giường. Nhóm nghiên cứu có cân nặng trung vị là 5.8kg, cân nặng nhỏ nhất là 1.9kg, cân nặng lớn nhất là 41kg. Có 133 bệnh nhân cân nặng dưới 5kg, chiếm tỉ lệ 44.3%. Bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp có tím là 133 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 44.3%. Bệnh nhân có thang điểm nguy cơ phẫu thuật tim mạch RACHS -1 lớn hơn bằng 4 là 77 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 25.7%.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

Yếu tố	Trung vị (khoảng tứ	Min	Max
--------	---------------------	-----	-----

	phân vị)		
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	93 (66-122)	24	363
Thời gian cấp động mạch chủ (phút)	55.5 (38-77)	10	152
Thời gian thở máy (giờ)	41 (14-85)	1	1368
Thời gian dùng thuốc vận mạch (giờ)	59 (25-100)	5	1368
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	3.8 (2-5.8)	1	150
Thời gian nằm viện (ngày)	16 (10-25)	6	150

Đặc điểm Glucose máu ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở

Bảng 2. Đặc điểm glucose máu giai đoạn hồi sức ở bệnh nhân sau mổ tim

Đặc điểm đường huyết	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tăng glucose máu	259	86.3%
Hạ Glucose máu	69	23 %
Hạ glucose máu nặng	0	0%
Glucose máu bình thường	27	9%
Dùng Insulin	43	16.6%

Nhận xét: Trong 300 bệnh nhân nghiên cứu, có 259 bệnh nhân có tăng glucose máu (86.3%), trong đó có 43 bệnh nhân dùng insulin kiểm soát chỉ số glucose máu (16.6%). Có 69 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 23% có hạ glucose máu và không có bệnh nhân nào hạ glucose máu nặng.

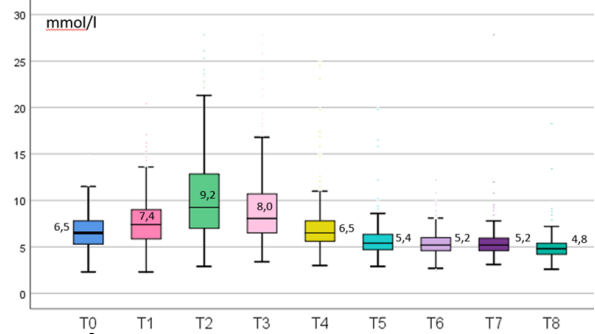
Sự thay đổi của nồng độ glucose máu theo thời gian. Nồng độ glucose máu có sự biến đổi nhiều trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Glucose máu có xu hướng tăng cao trong 6 giờ đầu và giảm dần trong thời điểm từ 12 giờ đến 24 giờ và có xu hướng ổn định từ thời điểm 48 giờ sau phẫu thuật.

Bảng 3. Phân bố nồng độ glucose máu theo thời gian

Thời điểm	Trung bình	Trung vị (tứ phân vị)	Min	Max
T0	6.7 ± 2	6.5 (5.3-7.8)	2.3	14.7
T1	7.7 ± 2.6	7.4 (5.8-9)	2.3	20.4
T2	10.6 ± 5	9.2 (7-12.8)	2.9	27.8
T3	9.3 ± 4.2	8.0 (6.5-10.7)	3.4	27.8
T4	7.1 ± 2.8	6.5 (5.6-7.8)	3.0	25
T5	5.7 ± 1.7	5.4 (4.7-6.4)	2.9	19.8
T6	5.4 ± 1.3	5.2 (4.6-6)	2.4	12.2
T7	5.4 ± 1.7	5.2 (4.6-5.9)	3.1	27.8
T8	5 ± 1.4	4.8 (4.2-5.4)	2.6	18.3

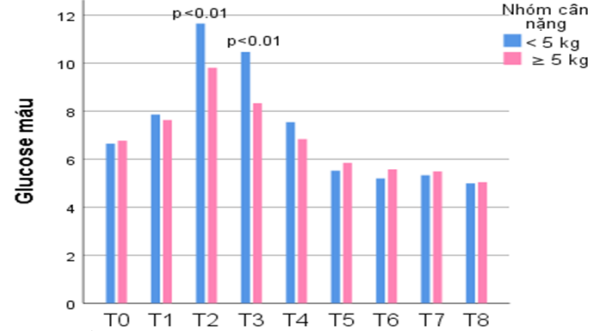
Nhận xét: Nồng độ glucose máu tăng dần từ thời điểm sau thả kẹp động mạch chủ (T0), tăng cao nhất tại thời điểm 6 giờ sau mổ (T2) là 9.2 mmol/l, sau đó giảm dần ở các thời điểm tiếp theo và ổn định trong giới hạn bình thường từ 48 giờ sau mổ (T5 đến T8) với glucose máu dao động từ 4.8 mmol/l đến 5.2 mmol/l.

Để thấy rõ sự thay đổi của nồng độ glucose máu, chúng tôi biểu diễn giá trị glucose máu theo thời gian bằng biểu đồ sau



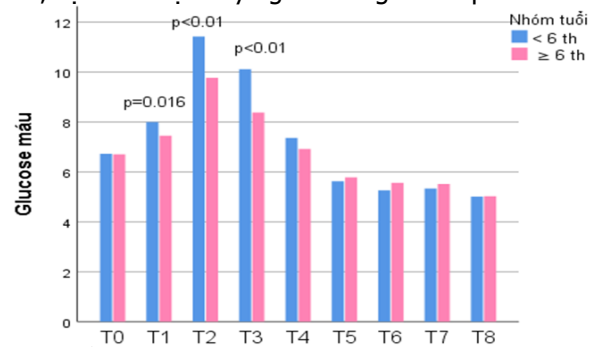
Biểu đồ 1. Sự phân bố nồng độ glucose máu theo thời gian

Phân bố nồng độ glucose máu theo cân nặng, tuổi phẫu thuật, thang điểm nguy cơ phẫu thuật RACHS-1



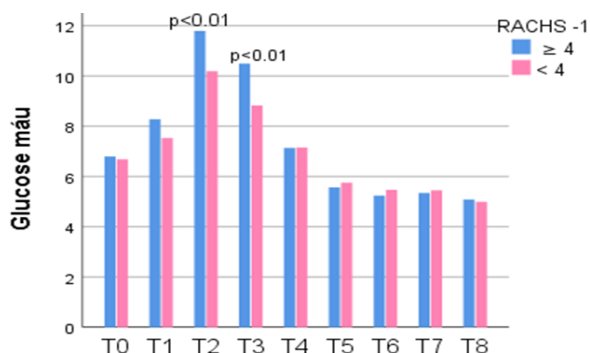
Biểu đồ 2. Sự phân bố nồng độ glucose máu theo nhóm cân nặng

Nhận xét: Nồng độ glucose máu ở nhóm bệnh nhân có cân nặng dưới 5 kg tăng cao hơn nhóm cân nặng trên 5 kg tại các thời điểm T2 và T3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.



Biểu đồ 3. Sự phân bố nồng độ glucose máu theo nhóm tuổi phẫu thuật

Nhận xét: Nồng độ glucose máu ở nhóm bệnh nhân có tuổi phẫu thuật dưới 6 tháng tăng cao hơn bệnh nhân tuổi phẫu thuật trên 6 tháng tại các thời điểm từ T1 đến T3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.



Biểu đồ 4. Sự phân bố nồng độ glucose máu theo RACHS-1

Nhận xét: Nồng độ glucose máu ở nhóm bệnh nhân RACHS-1 ≥ 4 tăng cao hơn nhóm RACHS-1 < 4 tại các thời điểm T2 và T3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 300 bệnh nhân tiến hành khảo sát sự biến đổi của nồng độ glucose máu giai đoạn hồi sức sau mổ tim mở, tim bẩm sinh. Giá trị glucose máu trước mổ của các bệnh nhân trong nghiên cứu nằm trong giới hạn bình thường.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có cân nặng trung vị là 5.8kg, trong đó nhỏ nhất là 1.9 kg, lớn nhất là 41 kg, điều này phản ánh xu thế phù hợp với các trung tâm phẫu thuật trên thế giới là phẫu thuật sớm là triệt để ngay cả thời kì sơ sinh cân nặng thấp. Tỷ lệ bệnh nhân có cân nặng dưới 5 kg là 44.3%, các bệnh nhân chủ yếu nằm trong nhóm có thang điểm nguy cơ RACHS-1 là 2 và 3, tỷ lệ bệnh nhân có RACHS-1 ≥ 4 là 25.7%. Nhóm bệnh nhân tim bẩm sinh có tím là 133 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 44.3%, kết quả của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Bùi thị Thu An [1] tại bệnh viện Nhi đồng 1 với tỷ lệ bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp có tím là 45.1%, bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu nằm trong nhóm RACHS-1 là 2 và 3.

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng glucose máu sau mổ tim trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 86.3%, tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Thu An là 89.7%, tác giả Fibrá [3] là 86%. Điều này phản ánh tình trạng tăng glucose máu rất phổ biến trong hồi sức sau phẫu thuật tim mở, tim bẩm sinh ở trẻ em. Bệnh nhân sau mổ tim trải qua một thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể, do đó ảnh hưởng đến tuần hoàn, gây rối loạn cân bằng nội môi, làm gia tăng các yếu tố stress và tăng glucose máu. Ngoài ra chạy máy kéo dài có hạ nhiệt độ khiến nồng độ insulin và mức đáp ứng với insulin đều giảm, nguy cơ

găng glucose máu sau mổ càng cao.

Khi khảo sát sự thay đổi nồng độ glucose máu theo thời gian, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ glucose máu có xu hướng tăng dần từ thời điểm sau thả kẹp động mạch chủ, đến khi nhập khoa hồi sức, đạt nồng độ cao nhất ở thời điểm sau mổ nhập khoa hồi sức 6 giờ (T2), sau đó diễn tiến của nồng độ glucose máu xu hướng giảm dần từ thời điểm 12 giờ đến 24 giờ sau nhập khoa hồi sức và ổn định trong giới hạn bình thường từ khoảng 48 giờ sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả M DeCampi [4] năm 2010 trên 144 trẻ sau phẫu thuật tim bẩm sinh cho thấy glucose máu tăng cao từ sau mổ và ổn định dần về mức bình thường thời điểm 48 giờ sau phẫu thuật.

Khi xét phân bố nồng độ glucose theo tuổi, cân nặng, thang điểm nguy cơ phẫu thuật RACHS-1 của bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở. Kết quả cho thấy ở thời điểm sau phẫu thuật nhập khoa hồi sức 6 giờ, 12 giờ nồng độ glucose máu tăng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có cân nặng dưới 5kg; tuổi phẫu thuật dưới 6 tháng; thang điểm RACHS-1 ≥ 4 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều này có thể được lý giải bởi phần lớn nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi thấp dưới 6 tháng, cân nặng dưới 5 kg, trong khi nhóm bệnh nhân này lại chủ yếu là nhóm bệnh nhân mắc các dị tật tim bẩm sinh phức tạp quá trình phẫu thuật sửa chữa cần thời gian dài hơn, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể cũng như thời gian kẹp động mạch chủ dài, làm tăng nguy cơ, biến chứng sau mổ, tăng các yếu tố stress, tăng các rối loạn nội môi bao gồm cả tăng glucose máu sau phẫu thuật. Nghiên cứu của tác giả Yamamoto [8] chỉ ra rằng, tuổi phẫu thuật nhỏ, cân nặng thấp có nguy cơ tăng glucose máu cao hơn nhóm còn lại với $p < 0.05$. Tác giả Micheal Agus [2] khi nghiên cứu về vai trò dự đoán của tăng glucose máu ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim cũng đưa ra nhận định rằng tuổi phẫu thuật càng nhỏ, thang điểm nguy cơ phẫu thuật RACHS-1 càng cao thì tỷ lệ tăng glucose máu sau mổ càng cao.

Nghiên cứu này của chúng tôi tập trung vào tìm hiểu sự phân bố của nồng độ glucose máu theo thời gian, phân bố nồng độ glucose máu theo nhóm tuổi phẫu thuật, cân nặng, thang điểm nguy cơ phẫu thuật RACHS-1, từ đó tìm hiểu mối liên quan của tăng glucose máu với các biến chứng sớm và kết quả bất lợi sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân có tăng glucose máu sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh ở trẻ em là 86.3%, hạ glucose máu là 23%. Trong 86.3% bệnh nhân có tăng glucose máu, có 16.6% bệnh nhân dùng insulin kiểm soát chỉ số glucose.

Nồng độ glucose máu máu có xu hướng tăng dần sau phẫu thuật, tăng cao nhất ở thời điểm sau phẫu thuật nhập khoa hồi sức ngoại 6 giờ là 10.6 ± 5 mmol/l, giảm dần từ thời điểm sau 12 giờ đạt ổn định ở thời điểm 48 giờ sau mổ (5.7 ± 1.7 mmol/l).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Minh Phúc, Bùi Thị Thu An** (2018), "Tăng đường huyết sau phẫu thuật tim hở tim bẩm sinh ở trẻ 0-36 tháng tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 1", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 1, tr. 321-328.
2. **Michael S. D. Agus et al.** (2014), "Tight glycemic control after pediatric cardiac surgery in high-risk patient populations: a secondary analysis of the safe pediatric euglycemia after cardiac surgery trial", Circulation. 129(22), pp. 2297-2304.

3. **F. Alaei et al.** (2012), "Postoperative outcome for hyperglycemic pediatric cardiac surgery patients", Pediatr Cardiol. 33(1), pp. 21-6.
4. **W. M. DeCampli et al.** (2010), "Perioperative hyperglycemia: effect on outcome after infant congenital heart surgery", Ann Thorac Surg. 89(1), pp. 181-5.
5. **E. S. Moghissi et al.** (2009), "American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control", Diabetes Care. 32(6), pp. 1119-31.
6. **Dirk Vlasselaers et al.** (2010), "Tight glycemic control protects the myocardium and reduces inflammation in neonatal heart surgery", The Annals of thoracic surgery. 90(1), pp. 22-29.
7. **Dirk Vlasselaers et al.** (2009), "Intensive insulin therapy for patients in paediatric intensive care: a prospective, randomised controlled study", The Lancet. 373(9663), pp. 547-556.
8. **Natsuhiko Yamamoto et al.** (2018), "Predictors of severe postoperative hyperglycemia after cardiac surgery in infants: a single-center, retrospective, observational study", Journal of anesthesia. 32, pp. 160-166.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN XUẤT TINH TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

Nguyễn Minh An¹, Nguyễn Văn Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu tình trạng rối loạn xuất tinh của người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện xanh pôn năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 120 bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Xanh pôn. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,2 \pm 3,9$ tuổi; thể tích tuyến tiền liệt trung bình trước mổ là $63,2 \pm 7,7$ ml; Nồng độ PSA trung bình $7,62 \pm 5,3$ ng/ml; Điểm IPSS trung bình trước phẫu thuật $18,6 \pm 5,5$; Nồng độ PSA trung bình $8,56 \pm 8,3$ ng/ml; Điểm MSHQ-EjD short form trung bình trước phẫu thuật $16,2 \pm 1,7$ điểm; Điểm MSHQ-EjD Short Form sau phẫu thuật 3 tháng là $11,5 \pm 5,2$ điểm, sụt giảm so với trước phẫu thuật có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tần suất quan hệ tình dục sau phẫu thuật 3 tháng là $1,35 \pm 1,6$ lần/tháng; Tỷ lệ xuất tinh ngược dòng sau phẫu thuật

là 18,3%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu tình trạng rối loạn xuất tinh sau phẫu thuật của 120 bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện xanh pôn năm 2023 cho thấy: Điểm MSHQ-EjD short form trung bình trước phẫu thuật $16,2 \pm 1,7$ và sau phẫu thuật 3 tháng là $11,5 \pm 5,2$ điểm, sụt giảm so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: tăng sản lành tính tuyến tiền liệt; rối loạn xuất tinh; xuất tinh ngược dòng

SUMMARY

EVALUATION OF EJACULATORY DYSFUNCTION OF BENIGN PROSTATE HYPERPRODUCTION AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY TREATMENT AT SAINT PAUL HOSPITAL

Objective: to study the ejaculation dysfunction of benign prostatic hyperplasia patients undergone laparoscopic surgery at Saint Paul hospital in 2023. **Method:** cross-sectional description of 120 benign prostatic hyperplasia patients undergone laparoscopic surgery at Saint Paul hospital. **Results:** The average age of the patients was 62.2 ± 3.9 years; The average prostatic preoperative volume was 63.2 ± 7.7 ml; The average PSA concentration was 7.62 ± 5.3 ng/ml; The average preoperative IPSS score was 18.6 ± 5.5 ; The average PSA concentration was 8.56 ± 8.3 ng/ml; The average preoperative MSHQ-EjD Short Form score was

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024