

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG, TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY MÊ TỈNH MẠCH CÓ KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ ĐÍCH CHO NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG TẠI TRUNG TÂM KỸ THUẬT CAO VÀ TIÊU HÓA HÀ NỘI

TRẦN NGUYỄN NHẬT¹, TRẦN QUANG HẢI¹,
LÊ ĐỨC THUẬN¹, NGUYỄN HOÀNG VIỆT TUẤN¹

¹Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn, Số 12 Chu Văn An, Ba Đình, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Trần Nguyễn Nhật**

Email: dr.nhat1208@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 10/04/2024

Ngày nhận phản biện khoa học: 29/05/2024

Ngày duyệt đăng: 12/06/2024

TÓM TẮT

Phương pháp gây mê tĩnh mạch propofol kiểm soát nồng độ đích với thông khí hỗ trợ có nhiều ưu điểm so với không kiểm soát nồng độ đích, có thể áp dụng cho các can thiệp tiết niệu trung bình và ngắn, về trong ngày với hiệu quả khá cao. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng có đối chứng, tại Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hóa Hà Nội, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021, với cỡ mẫu 120 BN ASA I/II được lựa chọn cho can thiệp hệ tiết niệu có hoặc không về trong ngày, chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm I (60BN) gây mê tĩnh mạch với propofol kiểm soát nồng độ đích (KSNĐĐ). Nhóm II (60BN) gây mê propofol bằng bơm điện thông thường không kiểm soát nồng độ đích. Theo nghiên cứu của chúng tôi: Mức giảm tần số tim trung bình của 2 nhóm là $24,2 \pm 9,6\%$ và $26,4 \pm 9,8\%$ theo thứ tự TCI/BTĐ. Số ca hạ HA và số ca phải sử dụng ephedrin nâng HA nhóm BTĐ đều nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI: 30 ca (50%) so với 18 ca (30%) và 23 ca (38,3%) so với 12 ca (20%). Điểm an thần khi về phòng hồi tỉnh nhóm kiểm soát nồng độ đích cao hơn nhóm không kiểm soát nồng độ đích: $4,5 \pm 0,7$ điểm so với $4,2 \pm 0,6$ điểm ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về các tác dụng không mong muốn và các biến chứng ở hậu phẫu giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: Gây mê tĩnh mạch, kiểm soát nồng độ đích, gây mê thông khí hỗ trợ, can thiệp tiết niệu.

ASSESSMENT OF CHANGES OF HEMODRATED, ADVERSE EFFECTS OF INTRAVENOUS ANESTHESIA WITH AND WITHOUT TARGET CONTROLLED INFUSION PROPOFOL FOR UROLOGICAL PROCEDURES AT THE HANOI HIGH AND DIGESTIVE CENTER.

Intravenous anesthesia with propofol TCI together with LMA ventilation has many advantages compared to propofol without TCI. It can apply to medium and short urological procedures for outpatients, with pretty high efficiency. Randomized controlled clinical trials. At the Hanoi High Tech and Digestive Center, Saint Paul General Hospital from February 2021 to October 2021, 120 ASA I/II patients are selected to undergo ambulatory urological procedure, then randomly divided into 2 groups. Group 1 in (60 patients) were received intravenous anesthesia with target controlled infusion (TCI) propofol. Group II (60 patients) were received propofol through electric syringe pump. According to our research: The mean reduction in heart rate of the 2 groups was $24.2 \pm 9.6\%$ and $26.4 \pm 9.8\%$ in the order TCI/BDR. The number of cases of lowering blood pressure and the number of cases requiring ephedrine to raise blood pressure were significantly higher in the DR group than in the TCI group: 30 cases (50%) compared with 18 cases (30%) and 23 cases (38.3%)) compared with 12 cases (20%). The sedation score when returning to the recovery room in the control group was higher than the target concentration control group: 4.5 ± 0.7 points compared to 4.2 ± 0.6 points ($p < 0.05$). There was no difference in adverse events and postoperative complications between the 2 study groups.

Key words: Intravenous anesthesia, target controlled infusion, anesthesia for outpatient, urological

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gần đây, gây mê kiểm soát nồng độ đích (Target controlled infusion: TCI) với propofol là phương thức gây mê tĩnh mạch mới với nhiều lợi ích như khởi mê êm dịu, kiểm soát độ mê ổn định, giám sát được lượng thuốc và tốc độ truyền, dự đoán được thời gian hồi tỉnh, do đó giúp gây mê an toàn hơn, ít tác dụng phụ hơn đảm bảo quá trình hồi tỉnh nhanh hơn và xuất viện sớm hơn. Trên thế giới, nhiều công trình nghiên cứu về gây mê propofol kiểm soát nồng độ đích cho các phẫu thuật có thời gian ngắn, đơn giản, hay phẫu thuật ngoại trú, trong đó có các

can thiệp tán sỏi hệ tiết niệu đã được công bố [1],[2].

Tại Trung tâm kỹ thuật cao và Tiêu hóa Hà nội bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà nội, lượng bệnh nhân chờ tán sỏi niệu quản ngoại trú rất lớn. Điểm thuận lợi của nhóm bệnh này là hầu hết có thể tiến hành nội soi tán sỏi nhanh, thời gian can thiệp ngắn, có thể sử dụng đường tự nhiên và kiểm soát đau được bằng đường uống.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá sự thay đổi huyết động, tác dụng không mong muốn của phương pháp gây mê tĩnh mạch có kiểm soát nồng độ đích với truyền

liên tục propofol trong nội soi tán sỏi ngược dòng”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu gồm các BN được chẩn đoán sỏi niệu quản có chỉ định nội soi tán sỏi ngược dòng tại Trung tâm Kỹ thuật cao và tiêu hóa Hà Nội, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN được chẩn đoán sỏi niệu quản có chỉ định tán sỏi nội soi ngược dòng. Thời gian can thiệp

dự kiến không quá 90 phút. BN có năng lực nhận thức tốt, đồng ý tham gia PTNT sau khi được các bác sĩ giải thích. Tuổi: Từ 16 đến 70 tuổi, ASA I, II. Chỉ số khối cơ thể BMI < 30 kg/m².

Nghiên cứu tiền cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên: Nhóm I: gây mê tĩnh mạch propofol có KSNĐĐ (nhóm TCI). Nhóm II: gây mê tĩnh mạch propofol bằng bolus khởi mê, sau đó duy trì bằng bơm tiêm điện (nhóm BTĐ). Máy và dụng cụ: Máy gây mê GE (Mỹ) và monitor GE (Mỹ). Máy TCI B/Braun (Đức). Máy BTĐ và bơm tiêm chuẩn 50 ml của hãng B/Braun (Đức). Thuốc sử dụng: Propofol 50 ml (500mg) của Astra-Zeneca (loại PFS: Pre filled syringe). Propofol (diprivan) ống 20 ml (200mg)

của Astra-Zeneca. Fentanyl ống 2 ml (100mg) của hãng Jansen. Midazolam ống 1 ml (1mg) của hãng Roch (Thụy Sĩ). Lidocain 2% (40mg) của hãng Richer (Hungary).

2.2. Phân tích số liệu

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm sinh học SPSS 18.0, với các test thống kê mô tả phân tích có giá trị p<0,05 được cho là có ý nghĩa thống kê. Kiểm định sự khác biệt bằng test thống kê X² để so sánh 2 tỉ lệ và ước lượng nguy cơ tương đối RR với khoảng tin cậy 95%, test t, phép kiểm phi tham số hay Anova để so sánh 2 hay nhiều biến số trung bình. Dùng phương pháp phân tích hồi quy tuyến tính và hệ số tương quan Spearman để tìm mối liên quan giữa các biến.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p
Giới	Nam (số ca, %)	33 (55,0)	32 (53,3)	> 0,05
	Nữ (số ca, %)	27 (45,0)	28 (46,7)	
Tuổi (Năm)	X + SD	46,5 ± 12,9	45,2 ± 12,7	> 0,05
	Min-Max	21-70	21-70	
Cân nặng (kg)	X + SD	58,6 ± 8,6	58,9 ± 9,2	> 0,05
	Min-Max	44-77	40-80	
BMI (kg/m ²)	X + SD	22,7 ± 2,9	22,7 ± 2,8	> 0,05
	Min-Max	16,9 - 29,7	17,1 - 29,3	
ASA (số ca, %)	I	12 (20,0)	10 (16,7)	> 0,05
	II	48 (80,0)	50 (83,3)	
Mallampati (số ca, %)	I	19 (31,7)	16 (26,7)	> 0,05
	II	39 (65,0)	37 (61,7)	
	III	1 (1,7)	7 (11,7)	
	IV	1 (1,7)	0	
Vị trí sỏi niệu quản	1/3 dưới (số ca, %)	36 (60,0)	38 (63,3)	>0,05
	1/3 giữa (số ca, %)	23 (38,4)	20 (33,3)	>0,05
	1/3 trên (số ca, %)	1 (1,7)	2 (3,3)	>0,05
Thời gian gây mê (phút)	X + SD	40,7 ± 17,6	41,8 ± 15,9	>0,05
	Min-Max	19-105	20-78	
	X + SD	25,8 ± 17,4	24,8 ± 16,1	>0,05
	Min-Max	5-90	5-70	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về giới, tuổi, cân nặng, BMI, ASA, Mallampati và vị trí sỏi giữa 2 nhóm nghiên cứu; hầu hết vị trí sỏi niệu quản nằm tại 1/3 dưới và 1/3 giữa, chỉ có 3 trường hợp sỏi tại 1/3 trên. Không có sự khác biệt về thời gian gây mê và thời gian can thiệp giữa 2 nhóm nghiên cứu; thời gian gây mê trung bình khoảng 40 phút, thời gian can thiệp trung bình khoảng 25 phút.

Bảng 2. Thay đổi tần số tim

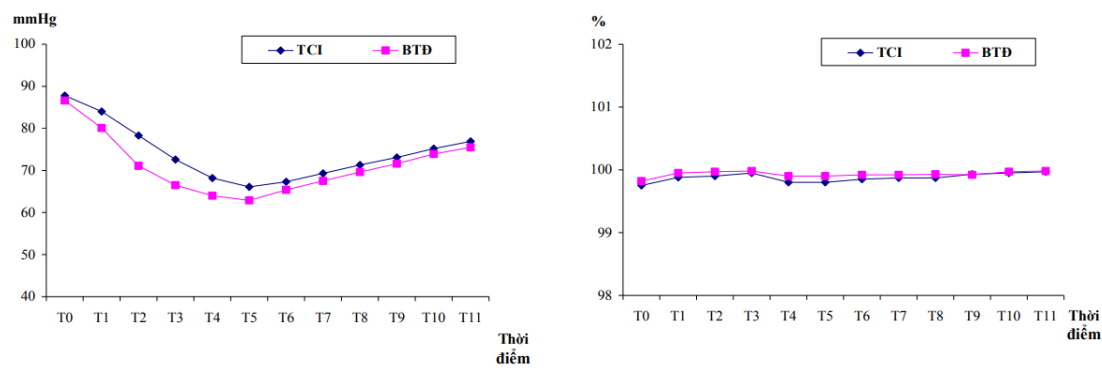
Thời điểm	Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p	Thời điểm	Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p
T0: nhận bệnh nhân	73,6 ± 10,5	73,2 ± 10,2	>0,05	T7: can thiệp được 5 phút (trong can thiệp)	60,1 ± 11,2	58,9 ± 7,2	>0,05
T1: trước khởi mê	67,1 ± 7,1	66,6 ± 8,6	>0,05	T8: trước khi kết thúc can thiệp 5 phút (cuối can thiệp)	60,6 ± 11,5	59,5 ± 7,8	>0,05
T2: mất tri giác	65,9 ± 8,8	61,8 ± 7,5	<0,05	T9: hồi tỉnh	60,6 ± 11,5	59,7 ± 8,2	>0,05
T3: trước đặt MNTQ	63,7 ± 7,9	59,5 ± 6,6	<0,05	T10: trước rút MNTQ	61,3 ± 10,5	60,5 ± 8,6	>0,05
T4: sau đặt MNTQ1 phút	60,1 ± 10,2	58,0 ± 7,5	>0,05	T11: sau rút MNTQ	62,4 ± 10,4	62,4 ± 7,2	>0,05
T5: trước can thiệp	55,8 ± 9,9	53,9 ± 6,7	>0,05				
T6: can thiệp được 1 phút	56,8 ± 10,8	55,6 ± 7,0	>0,05				

Nhận xét: Tần số tim 2 nhóm đều giảm từ khởi mê đến T5. Tần số tim nhóm BTĐ giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI tại các thời điểm T2 và T3..3.2. Thay đổi HATT tại các thời điểm

Bảng 3. Thay đổi HATT, HATTr

Thời điểm	Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p	Thời điểm	Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p
T0: nhận bệnh nhân	121,9 ± 14,0	118,7 ± 10,1	>0,05	T0: nhận bệnh nhân	70,8 ± 9,3	70,6 ± 9,6	>0,05
T1: trước khởi mê	115,8 ± 12,7	111,4 ± 11,7	>0,05	T1: trước khởi mê	68,1 ± 9,9	64,6 ± 7,8	>0,05
T2: mất tri giác	107,4 ± 11,8	99,3 ± 9,5	<0,05	T2: mất tri giác	63,8 ± 9,7	57,0 ± 7,8	<0,05
T3: trước đặt MNTQ	100,8 ± 12,6	93,6 ± 10,3	<0,05	T3: trước đặt MNTQ	58,5 ± 8,7	53,0 ± 8,3	<0,05
T4: 1 phút sau đặt MNTQ	96,1 ± 11,3	91,7 ± 11,4	>0,05	T4: 1 phút sau đặt MTQ	54,3 ± 9,6	50,1 ± 8,3	>0,05
T5: trước can thiệp	94,8 ± 11,7	90,6 ± 10,7	>0,05	T5: trước can thiệp	51,8 ± 9,2	49,1 ± 6,4	>0,05
T6: 1 phút sau can thiệp	97,5 ± 13,6	94,7 ± 11,3	>0,05	T6: 1 phút sau can thiệp	52,2 ± 8,3	50,7 ± 9,6	>0,05
T7: 5 phút sau can thiệp (trong can thiệp)	99,8 ± 12,1	97,2 ± 14,1	>0,05	T7: can thiệp được 5 phút (trong can thiệp)	54,1 ± 7,9	52,6 ± 8,7	>0,05
T8: 5 phút trước khi can thiệp kết thúc (cuối can thiệp)	102,8 ± 12,4	100,6 ± 12,7	>0,05	T8: 5 phút trước khi kết thúc can thiệp (cuối can thiệp)	55,5 ± 10,9	54,1 ± 9,9	>0,05
T9: hồi tỉnh	104,6 ± 13,1	102,6 ± 12,5	>0,05	T9: hồi tỉnh	57,4 ± 8,9	56,1 ± 10,7	>0,05
T10: trước rút MNTQ	106,5 ± 11,4	104,9 ± 12,9	>0,05	T10: trước rút MNTQ	59,5 ± 9,5	58,4 ± 10,6	>0,05
T11: 1 phút sau rút MNTQ	108,8 ± 12,1	107,1 ± 10,5	>0,05	T11: 1 phút sau rút MNTQ	60,9 ± 9,1	59,7 ± 9,7	>0,05

Nhận xét: HATT giảm dần sau khởi mê, thấp nhất tại T5 và phục hồi từ T6. HATT nhóm BTĐ giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI tại các thời điểm T2 và T3. HATT_{tr} giảm dần sau khởi mê, thấp nhất tại T5. HATT_{tr} nhóm BTĐ giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI tại các thời điểm T2, T3.



Biểu đồ 1. Theo dõi HATTB và độ bão hòa Ô xy tại các thời điểm

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ bão hòa oxy ở máu ngoại biên giữa 2 nhóm nghiên cứu ở mọi thời điểm can thiệp. Không có thời điểm nào độ bão hòa oxy xuống dưới 98%.

Bảng 4. Sử dụng atropin, ephedrin và dịch truyền

Sử dụng	Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p
Ephedrin			
Số ca hạ huyết áp (%)	18 (30,0)	30 (50,0)	<0,05
Số ca sử dụng ephedrin (%)	12 (20,0)	23 (38,3)	<0,05
Số ca không sử dụng ephedrin (%) Liều ephedrin trung bình (mg)	48 (80,0) 3,2±0,5	37 (61,7) 3,6±0,8	>0,05 >0,05
Atropin			
Có (số ca, %)	7 (11,7)	12 (20,0)	>0,05
Không (số ca, %)	53 (88,3)	48 (80,0)	
Dịch truyền(ml)	503.3± 18,1	520,8 ± 79,9	
Trong can thiệp Hậu phẫu	908.3± 152,4	937,5 ± 135,2	>0,05

Nhận xét: Số BN phải sử dụng ephedrin nhóm BTĐ nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI với p< 0,05. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sử dụng atropin giữa 2 nhóm nghiên cứu. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng dịch truyền trong và sau can thiệp giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Bảng 5. Điểm OAA/S, Các biến chứng ở hậu phẫu

Đặc điểm hậu phẫu		Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p
Nhóm Điểm OAA/S	3 điểm (số ca, %)	5 (8,3)	5 (8,3)	
	4 điểm (số ca, %)	22 (36,7)	36 (60,0)	<0,05
	5 điểm (số ca, %)	33 (55,0)	19 (31,7)	
	Trung bình	4,5 ± 0,7	4,2 ± 0,6	<0,05
	Số ca không qua phòng hồi tỉnh (%)	17 (28,3)	8 (13,3)	<0,05

Đặc điểm hậu phẫu		Nhóm TCI (n = 60)	Nhóm BTĐ (n = 60)	p
Biến chứng	Suy hô hấp (SpO ₂ < 92%, tần số thở <10 hay >25 lần/ phút, tăng tiết đờm nhớt phải hút, kê gối, bóp bóng)	0	3 (5,0)	>0,05
	Chóng mặt	1 (1,7)	1 (1,7)	>0,05
	Mất định hướng	0	0	-
	Run	3 (5,0)	2 (3,3)	>0,05
	Đau đường tiểu	15 (25,0)	19 (31,7)	>0,05
	Bí tiểu (sau khi đã chườm nóng không hiệu quả)	4 (6,7)	3 (5,0)	>0,05
	Nôn	1 (1,7)	0	>0,05

Nhận xét: Điểm hồi tỉnh nhóm TCI cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm BTĐ với $p < 0,05$. Số ca không qua phòng hồi tỉnh nhóm TCI nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm BTĐ với $p < 0,05$.

IV BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, để thực sự an toàn, chọn những BN không quá 70 tuổi và trên 16t, nam nữ có sự cân bằng. Cũng theo khuyến cáo của tác giả Bùi Ích Kim [6] và Ủy ban châu Âu về vấn đề sức khỏe và chính sách xã hội (2006) với sự bảo trợ của Tổ chức y tế thế giới (WHO) đã quy định tuổi cho PTNT là không quá 70. Chỉ số khối cơ thể BMI được các chuyên gia đánh giá là chỉ số quan trọng trong gây mê. Các BN này thường kèm theo các nguy cơ về bệnh chuyển hóa, nội tiết, tim mạch và cả các nguy cơ về bản thân cuộc phẫu thuật và tiềm ẩn các nguy cơ kiểm soát đường thở khó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình không có sự khác biệt giữa 2 nhóm: $22,7 \pm 2,9 \text{ kg/m}^2$ và $22,7 \pm 2,8 \text{ kg/m}^2$ theo thứ tự TCI/BTĐ, không vượt quá 25 kg/m^2 , là giới hạn an toàn được các bác sĩ gây mê đồng thuận. Chúng tôi chỉ chọn các BN có ASA I, II.

Thay đổi tần số tim của 2 nhóm đều giảm từ sau khởi mê (T2), đến trước và sau đặt

MNTQ (T3 và T4), cho đến trước khi làm can thiệp (T5). Tại thời điểm T2 và T3, tần số tim nhóm BTĐ giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI. Sau thời điểm T5 tần số tim 2 nhóm có xu hướng phục hồi và không còn sự khác biệt nữa. Tuy nhiên, sau khi rút MNTQ, tần số tim 2 nhóm vẫn chậm hơn trước khởi mê. Chúng tôi nhận thấy tất cả các trường hợp tần số tim chậm đều bắt đầu ở giai đoạn khởi mê. Mức giảm tần số tim trung bình của 2 nhóm là $24,2 \pm 9,6\%$ và $26,4 \pm 9,8\%$ theo thứ tự TCI/BTĐ, phù hợp với tính chất khởi mê của propofol [13], [18]. Châu Thị Mỹ An [1] cũng cho kết quả tần số tim giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm BTĐ so với nhóm TCI tại thời điểm sau khởi mê.

Thay đổi HA cho thấy HATT nhóm BTĐ giảm mạnh, có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI tại các thời điểm T2 và T3. Cũng giống như tần số tim, HATT cả 2 nhóm giảm dần từ sau khởi mê, đặt MNTQ và giảm sâu nhất tại T5, thời

điểm trước khi các phẫu thuật viên đưa dụng cụ vào niệu đạo. Điều này là hợp lý, vì sau khi khởi mê và đặt MNTQ là giai đoạn sửa soạn, chưa có kích thích nào mạnh nên không có biến đổi về tần số tim và HA. Tất cả các nghiên cứu về gây mê propofol đều cho kết quả HATT giảm mạnh sau khởi mê. Tuy nhiên về mức độ thì có sự khác biệt. D. Russell thấy HATT cả 2 nhóm đều giảm sâu sau khởi mê: từ $135,1 \pm 7,03 \text{ mmHg}$ xuống $111,3 \pm 6,62 \text{ mmHg}$ và $133,2 \pm 5,51 \text{ mmHg}$ xuống $110,4 \pm 9,23 \text{ mmHg}$ theo thứ tự TCI/BTĐ, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Hạ HA và sử dụng ephedrin: số ca hạ HA và số ca phải sử dụng ephedrin nâng HA nhóm BTĐ đều nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TCI: 30 ca (50%) so với 18 ca (30%) và 23 ca (38,3%) so với 12 ca (20%). Liều ephedrin trung bình và dịch truyền trung bình trong mổ nhóm BTĐ cũng cao hơn nhóm TCI: $3,6 \pm 0,8 \text{ mg}$ so với $3,2 \pm 0,5 \text{ mg}$ và $520,8 \pm 79,9 \text{ ml}$ so với $503,3 \pm 18,1 \text{ ml}$. Tuy

nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa về mặt thống kê. Châu Thị Mỹ An [1] cũng thấy nhu cầu ephedrin nhóm BTĐ cao hơn nhóm TCI như kết quả của chúng tôi: $0,1 \pm 0,07$ mg/kg cân nặng/giờ và $0,07 \pm 0,03$ mg/kg cân nặng/giờ ($p = 0,4$).

Điểm OAA/S khi về phòng hồi tỉnh điểm an thần khi về phòng hồi tỉnh nhóm TCI tốt hơn nhóm BTĐ: $4,5 \pm 0,7$ so với $4,2 \pm 0,6$ ($p < 0,05$). Thông thường, phần cuối của can thiệp chúng tôi chủ động giảm và ngưng thuốc mê tĩnh mạch, giảm tần số và chuyển sang chế độ tự thở cho BN. Với cách làm như trên, hầu hết BN của chúng tôi mở mắt bằng y lệnh gọi sau khi cuộc mổ

kết thúc chừng 10 phút. Đây là những BN tiềm năng có điểm hồi tỉnh cao sau đó.

Các tác dụng không mong muốn thường được nhắc đến là chảy máu niêm mạc miệng, đau họng, khàn tiếng, khó nuốt, ho, co thắt thanh quản và trào ngược. Tuy nhiên, chúng tôi chỉ gặp tai biến róm máu niêm mạc miệng mà thôi. Theo chúng tôi, có 2 nguyên nhân gây ra chảy máu, róm máu niêm mạc miệng là thao tác đặt và sức căng của bóng chèn. Về thao tác đặt, chúng tôi không sử dụng cụ mà sử dụng kỹ thuật đặt bằng ngón tay trở và thực sự rất thành thạo. Vì thế, nguyên nhân do thao tác rất ít xảy ra.

IV KẾT LUẬN

- Huyết động ổn định hơn; hô hấp ở hậu phẫu an toàn hơn nhóm kiểm soát nồng độ đích: tần số tim và huyết áp hạ ít hơn, nhu cầu ephedrin để nâng huyết áp thấp hơn ($p < 0,05$); không có ca nào phải trợ giúp hô hấp trong khi nhóm không kiểm soát nồng độ đích có 3 bệnh nhân.

- Điểm an thần khi về phòng hồi tỉnh nhóm kiểm soát nồng độ đích cao hơn nhóm không kiểm soát nồng độ đích: $4,5 \pm 0,7$ điểm so với $4,2 \pm 0,6$ điểm ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về các tác dụng không mong muốn của mặt nạ thanh quản và các biến chứng ở hậu phẫu giữa 2 nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Anh (2009)**. Bước đầu đánh giá hiệu quả của phương pháp TCI bằng propofol trong phẫu thuật bụng. *Sinh hoạt khoa học chuyên đề TCI những ứng dụng ban đầu ở Việt Nam*. Huế. Tháng 3/2009.
2. **Hoàng Văn Bách, Nguyễn Quốc Kính, Công Quyết Thắng (2011)**. Khởi mê tĩnh mạch bằng kỹ thuật propofol - TCI kết hợp theo dõi độ mê bằng Entropy. *Tạp chí y học thực hành*, 2011;744, 11-13.
3. **Nguyễn Quốc Khánh (2009)**. Bước đầu so sánh gây mê tĩnh mạch hoàn toàn bằng propofol có hay không kiểm soát theo nồng độ đích. *Tài liệu hội thảo sinh hoạt khoa học chuyên đề TCI trong gây mê hồi sức thế kỷ 21*. Hà Nội. Tháng 5/2009.
4. **Vũ Hoàng Phương (2011)**. Ứng dụng TCI trong gây mê ngoài phòng mổ. *Tài liệu hội thảo ứng dụng gây mê có kiểm soát nồng độ đích (TCI) trong thực hành lâm sàng*. Hà Nội. Tháng 9/2011.
5. **Gale T, Leslie K, Kluger M. (2001)**. Propofol anaesthesia via targetcontrolled infusion or manually controlled infusion: effects on the bispectral index as a measure of anaesthetic depth. *Anaesth Intensive Care*. Dec; 2001; 29(6):579-84.
6. **Guignard B, Dhonneur G, Kirov K, Waileck P, Margenet A, Duvaldestin P. (1995)**. Propofol- Alfentanil versus Propofol: effect on the awakening and the recovery of the swallowing reflex after general anesthesia for colonoscopy. *Agents and techniques of anesthesia*; 1995;37: 6.
7. **Nguyễn Văn Chùng (2004)**. *Sử dụng lâm sàng thuốc gây mê hồi sức*. Nhà xuất bản Y học, 2004; 104-106.
8. **Evans J.M., Davies W.L. (1984)**. Monitoring anaesthesia, *Clin Anesth*, 1984;2, 243 - 262.