

nhiều bào thai mắc hội chứng này chết trước khi được sinh ra. Chính vì vậy, việc xác định sớm nguy cơ hội chứng Edwards có thể hạn chế được những gánh nặng về dị tật cho những đứa trẻ sinh ra đời.

Những đối tượng nguy cơ cao sẽ được tư vấn chọc dò nước ối để phân tích nhiễm sắc thể đồ, từ đó sẽ có chẩn đoán chính xác về tình trạng thai. Do chưa làm được nhiễm sắc thể đồ và số lượng bệnh nhân còn hạn chế nên chúng tôi chưa đánh giá và thống kê về tỷ lệ phát hiện và tỷ lệ dương tính giả.

Kết quả thu được ở bảng 3 cho thấy: nhóm nguy cơ cao phần lớn ở thai phụ trên 35 tuổi 6/11 trường hợp (chiếm 54,5%), nguy cơ cao ở nhóm 20-35 tuổi có 5 trường hợp (chiếm 45,5%). Đặc biệt, bảng 1 cũng thấy rõ được sự khác biệt giữa tuổi thai phụ với nguy cơ dị tật bẩm sinh (hội chứng Down). Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Vũ Công Thành 2012 [6]. Như vậy, tuổi càng cao nguy cơ dị tật bẩm sinh càng lớn, tuy nhiên không chỉ tuổi cao mới có nguy cơ dị tật bẩm sinh mà nhóm tuổi dưới 35 cũng gặp không ít thai phụ có nguy cơ cao. Đây cũng là một khuyến cáo cho các bà mẹ nên coi sàng lọc trước sinh là một xét nghiệm cần thiết để phát hiện sớm dị tật bẩm sinh và sinh ra những đứa con khỏe mạnh.

KẾT LUẬN

1) Tỷ lệ thai có nguy cơ cao chiếm 5,7% (11/192 ca), trong số đó, HC Down không kèm nguy cơ tuổi mẹ 36,4% (4/11 ca), HC Down kèm nguy cơ tuổi mẹ 54,5% (6/11 ca), HC Down kết hợp hội chứng Edwards 9,1% (1/11 ca); thai nguy cơ thấp chiếm 94,3% (181/192 ca)

- 8,2 % sàng lọc quý I có nguy cơ cao

- 3,2 % sàng lọc quý II có nguy cơ cao

2) Nguy cơ dị tật bẩm sinh so với tuổi của thai phụ: Tuổi mẹ càng cao thì nguy cơ về dị tật bẩm sinh càng lớn: nhóm > 35 tuổi có tỷ lệ nguy cơ cao nhất.

KHUYẾN NGHỊ

Cần thực hiện việc sàng lọc trước sinh sớm từ quý I của thai kỳ một cách rộng rãi, có thể cho tất cả các thai phụ, chứ không chỉ khu trú trong nhóm nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), Quyết định số 573/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh.

2. Trần Thị Ngọc Bích và cs (2012), Nghiên cứu tình hình dị tật bẩm sinh tại khoa sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung ương, *Y học thực hành*, Bộ Y tế, số 3(814), tr.130-133.

3. Hà Thị Mỹ Dung và cs (2015), *Nghiên cứu tình hình sàng lọc dị tật trước sinh ở các bà mẹ mang thai đến khám và chăm sóc thai tại trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2014-2015*. <http://csskss.thuathienhue.gov.vn/>

4. Nguyễn Thị Hoa. *Đánh giá giá trị của các test sàng lọc trước sinh để phát hiện thai nhi có bất thường nhiễm sắc thể*. Luận văn thạc sỹ Y học 2010; Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Việt Nhân. *Tài liệu hướng dẫn Sàng lọc trước sinh*. Đại học Y Dược Huế 2010.

6. Vũ Công Thành và cs(2014), *Nghiên cứu đánh giá giá trị của xét nghiệm sàng lọc trước sinh (Triple test) tại Bệnh viện Đa khoa Medlatec, Hà Nội*.

7. Đỗ Thị Thanh Thủy, Phùng Như Toàn, Phạm Việt Thanh, Trương Đình Kiệt. Kết quả bước đầu áp dụng sàng lọc và chẩn đoán trước sinh ở ba tháng giữa thai kỳ nhằm can thiệp sớm các trường hợp dị tật bẩm sinh. *Tạp chí Y học TP HCM* 2007, 11 (1): 274-280.

8. Bahado-Singh RO, Oz AU, Kovanci E, et al (1998), New Down syndrome screening algorithm: ultrasonographic biometry and multiple serum markers combined with maternal age, *Am J Obstet Gynecol* 179 (6 Pt1) 1627-31

NGHIÊN CỨU YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THẤT BẠI LÂM SÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIA BẰNG KHÁNG SINH MACROLID TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

LÊ THỊ HỒNG HANH
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Tổng quan: Mycoplasma pneumoniae là một nguyên nhân thường gặp gây viêm phổi ở trẻ em. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, kết quả điều trị và tìm hiểu các yếu tố liên

quan đến thất bại lâm sàng trong điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae bằng kháng sinh Macrolid tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu tiến cứu mô tả 116 bệnh nhân từ 1 đến 15 tuổi mắc viêm phổi được chẩn đoán bằng X-quang và có PCR M.Pneumoniae dương tính trong dịch tỵ hầu/nội khí quản.

Kết quả: 88,79% bệnh nhân ≥ 3 tuổi; nam/ nữ = 1,15/1; sốt (95,68%); ho (99,13%); khó thở (11,20%) rale ẩm (66,67%); ran phế quản (17,24%); phát ban (7,76%); tiêu chảy (15,51%); đau ngực (5,17%); mờ thùy phổi (44,83%); mờ tập trung rốn phổi (31,03%);

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Hồng Hanh

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: lehonghanhbvnh@gmail.com

Ngày nhận: 12/12/2016

Ngày phản biện: 20/12/2016

Ngày duyệt bài: 27/12/2016

Ngày xuất bản: 30/1/2017

tồn thương phổi kẽ (21,55%); tràn dịch màng phổi (2,59%); tăng bạch cầu theo tuổi (15,52%); CRP tăng (70,69%); 48,28% kháng với nhóm Macrolide; không có trường hợp nào kháng với nhóm fluoroquinolone (levofloxacin).

Kết luận: sốt và ho là triệu chứng hay gặp nhất chiếm (>95%). Tỷ lệ kháng của *M.Pneumoniae* với kháng sinh nhóm Macrolide là 48,28%. Không ghi nhận trường hợp nào kháng với fluoroquinolone (levofloxacin).

Từ khóa: Viêm phổi, *Mycoplasma pneumoniae*, trẻ em, kháng Macrolide.

SUMMARY

Background: *Mycoplasma pneumoniae* is common cause of community-acquired pneumonia in children. The aim of this study was to find clinical, radiological, laboratory and treatment outcome of *M.Pneumoniae* pneumonia.

Methods: The study included 116 children aged between 1 and 15 years with radiologically confirmed pneumonia and with RT-PCR *Mycoplasma* positive of a nasopharyngeal swab.

Results: 88.79% patients \geq 3 years old; male/female = 1,15/1; fever (95.68%); cough (99.13%); difficulty breathing 11.20%); crackle (66.67%); rhonchi (17.24%); rash (7.76%); diarrhea (15.51%); chest pain (5.17%); lobar infiltrates (48.83%); airspace opacity around pleural hila (31.03%); interstitial infiltrate (21.55%); pleural effusion (2.59%); white blood cell increase (15.52%); CRP increase (70.69%); 48.28% Macrolide resistant; but not any case fluoroquinolone resistant (levofloxacin).

Conclusions: fever and cough were the most common symptoms (>95%). Macrolide resistant rate for *M.Pneumoniae*: 48.28%. No fluoroquinolone (levofloxacin) resistant strains were observed.

Keywords: Pneumonia, *Mycoplasma pneumoniae*, children, Macrolide resistant.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em. Hơn 2 triệu trẻ tử vong do viêm phổi mỗi năm trên toàn thế giới, nhiều hơn do AIDS, sốt rét và sởi [1]. Căn nguyên viêm phổi ở trẻ em thường do virus, vi khuẩn và các vi sinh vật khác. Thống kê số liệu của 122 trung tâm nghiên cứu từ 35 nước trên 4300 bệnh nhân, nhận thấy tỷ lệ viêm phổi do vi khuẩn không điển hình rất cao, chiếm khoảng 20% [2]. Trong những năm gần đây do những thay đổi của môi trường tự nhiên và xã hội tác động lên hệ miễn dịch của con người cũng như tác động lên vi khuẩn, dẫn đến sự thay đổi về căn nguyên gây viêm phổi cũng như tính kháng thuốc của vi khuẩn. Nhiều nhà nghiên cứu cho rằng vi khuẩn không điển hình, trong đó phần lớn là *M. Pneumoniae* sẽ trở thành nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi cộng đồng thay thế vị trí của phế cầu [3]. Macrolid là kháng sinh đầu tay trong điều trị viêm phổi không điển hình. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ kháng Macrolid ngày càng tăng. Việt Nam chưa có

nhiều nghiên cứu về viêm phổi do *M.pneumoniae*, đặc biệt là những yếu tố liên quan đến thất bại trong việc sử dụng kháng sinh nhóm Macrolid. Mục tiêu nghiên cứu: 1) Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do *M. Pneumoniae* tại bệnh viện Nhi Trung ương. 2) Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae*.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *M. Pneumoniae* điều trị tại khoa Hô Hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả

3. Cơ mẫu: Cơ mẫu thuận tiện

4. Cách thức nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi được làm PCR *M. Pneumoniae* dịch tỵ hầu và kháng thể IgM đặc hiệu với *M.pneumoniae* trong máu. Bệnh nhân nhân được chẩn đoán viêm phổi có PCR dịch tỵ hầu và/hoặc IgM dương tính với *M. Pneumoniae* được đưa vào nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được bắt đầu điều trị bằng kháng sinh nhóm Macrolide (Azithromycin 7,5-15mg/kg/24h hoặc Clarithromycin 7,5-15mg/kg/12h), đánh giá lại kết quả lâm sàng, Xquang phổi, xét nghiệm máu sau 48-72 nếu không đáp ứng (bệnh nhân vẫn sốt trên 38,50C) sẽ được điều trị bằng kháng sinh nhóm fluoroquinolone (Levofloxacin 5-10mg/kg/12h).

5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm STATA 12 với những test thống kê y học.

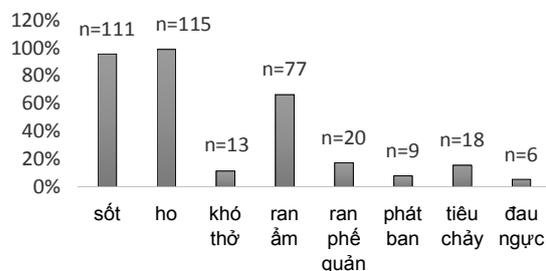
KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong số 116 trẻ được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 5,45 \pm 2,89 tuổi, trẻ bé nhất là 09 tháng, trẻ lớn nhất là 14 tuổi. 113 trẻ từ 3 tuổi đến 14 tuổi, chiếm 88,79%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,15/1.

Thời gian bị bệnh trung bình trước vào viện 7,25 \pm 4,56 ngày. Điều trị kháng sinh trước vào viện: 18,58% chưa điều trị kháng sinh; 61,06% điều trị tại nhà; 20,35% điều trị tại cơ sở y tế.

2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng viêm phổi do *M. Pneumoniae*

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Tất cả 116 bệnh nhân đều có tổn thương trên phim X-quang phổi, tổn thương hay gặp nhất là mờ thùy phổi và mờ tập trung rốn phổi. 3 bệnh nhân có tràn dịch màng phổi (bảng 1). Số lượng bạch cầu trung bình là $10,57 \pm 5,21$ G/l. Nồng độ CRP trung bình là $23,40 \pm 21,79$ mg/l.

Bảng 1: Đặc điểm cận lâm sàng viêm phổi do M. Pneumoniae

Đặc điểm cận lâm sàng	n	%
Mờ thùy phổi	52	44,83
X-quang Mờ tập trung rốn phổi	36	31,03
Tổn thương phổi kẽ	25	21,55
Tràn dịch màng phổi	3	2,59
Bạch cầu > 15 G/l	18	15,52
CRP > 10 mg/l	82	70,69

4. Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan

Tất cả 116 bệnh nhân đều khỏi hoàn toàn. Trong đó có 60 bệnh nhân đáp ứng với kháng sinh nhóm Macrolid, chiếm 51,72%. 56 bệnh nhân cần dùng kháng sinh Levofloxacin. Thời gian điều trị trung bình là $7,53 \pm 2,79$ ngày.

Bảng 2: Kết quả điều trị với Macrolid và các yếu tố liên quan

Yếu tố	Điều trị Macrolid		p
	Khỏi (n=60)	Thất bại (n=56)	
Tuổi > 5 tuổi	43,33%	39,29%	0,658
Suy hô hấp	8,33%	14,29%	0,310
XQ: tổn thương tập trung thùy phổi	35,00%	55,36%	0,028
Tràn dịch màng phổi	0,00%	5,36%	0,109
BC > 15 G/l	15,00%	16,07%	0,873
CRP > 30 mg/l	16,67%	42,86%	0,002
Số lượng BC	$10,64 \pm 4,12$	$10,50 \pm 6,21$	0,2744
CRP	$17,62 \pm 15,40$	$29,60 \pm 25,74$	0,0092

Nhận xét: Tỷ lệ thất bại điều trị với Macrolid cao ở nhóm trẻ có tổn thương thùy phổi, tràn dịch màng phổi và CRP cao trong máu.

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 5,45 ± 2,89 tuổi, trẻ bé nhất là 9 tháng, trẻ lớn nhất là 14 tuổi. 113 trẻ từ 3 tuổi đến 14 tuổi, chiếm 88,79%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác rằng viêm phổi do M. Pneumoniae hay gặp ở trẻ lớn [5]. 11,21% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là dưới 3 tuổi. Như vậy, đôi khi vẫn phải nghĩ đến nguyên nhân M. Pneumoniae ở trẻ dưới 3 tuổi mắc viêm phổi.

Điều trị kháng sinh trước vào viện: 18,58% chưa điều trị kháng sinh; 61,06% điều trị tại nhà; 20,35% điều trị tại cơ sở y tế. Hầu hết bệnh nhân đã được dùng kháng sinh trước vào viện. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Văn Bằng tại khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai, 66,0% trẻ viêm phổi tại khoa Nhi-Bệnh viện Bạch Mai đã dùng kháng sinh trước khi vào viện, trong đó chỉ 67,5% là được dùng theo chỉ định của bác sĩ [6].

Triệu chứng lâm sàng viêm phổi do M. Pneumoniae trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của các nghiên cứu khác [7,8]. Hầu

hết bệnh nhân (>95%) có biểu hiện ho và sốt. Ran ẩm chỉ gặp ở hơn 2/3 trường hợp. Các triệu chứng phát ban, tiêu chảy, đau ngực tương đối ít gặp. Khó thở gặp ở 13 bệnh nhân (chiếm 11,20%) và chủ yếu gặp ở bệnh nhân nhỏ tuổi. Như vậy viêm phổi do M. Pneumoniae chủ yếu gặp ở trẻ lớn, biểu hiện lâm sàng tương đối nhẹ, ít gây khó thở cũng như suy hô hấp.

Tổn thương trên phim X-quang phổi ở bệnh nhân viêm phổi do M.Pneumoniae không đặc hiệu. Có thể gặp tổn thương phổi kẽ, mờ thùy phổi hoặc vùng rốn phổi, trong đó tổn thương thùy phổi là hay gặp nhất. 1/3 bệnh nhân có hạch rốn phổi. Một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có tràn dịch màng phổi, đặc biệt ở bệnh nhân có thâm nhiễm thùy phổi và hoại tử phổi [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 116 bệnh nhân đều có tổn thương phổi trên X-quang. Bao gồm 44,83% tổn thương thùy phổi; 31,03% mờ tập trung rốn phổi; 21,55% tổn thương phổi kẽ. Có 3 bệnh nhân tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ 2,59%. Về xét nghiệm, bệnh nhân viêm phổi do M.Pneumoniae thường có số lượng bạch cầu trong máu bình thường, ngược lại máu lắng, CRP, procalcitonin thường tăng cao [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bạch cầu trung bình là $10,57 \pm 5,21$ G/l, 15,52% bệnh nhân có bạch cầu tăng theo tuổi, 84,48% bệnh nhân có bạch cầu trong máu bình thường, không có bệnh nhân nào giảm bạch cầu máu ngoại vi; nồng độ CRP trung bình là $23,40 \pm 21,79$ mg/l, 70,69% bệnh nhân có CRP tăng.

Đối với điều trị viêm phổi cộng đồng theo kinh nghiệm, đã có các khuyến cáo cần xem xét nguyên nhân viêm phổi không điển hình. Tuy nhiên kết quả các nghiên cứu về điều trị viêm phổi không điển hình còn có nhiều tranh cãi. Theo khuyến cáo của nhóm làm việc về bệnh lý nhiễm trùng – Hội Lồng Ngực Trung Quốc, bệnh nhân viêm phổi do M.Pneumoniae được coi là kháng nhóm Macrolide nếu không cải thiện sau 72h điều trị. Trong trường hợp kháng kháng sinh nhóm Macrolide có thể chuyển sang kháng sinh nhóm fluoroquinolones hoặc tetracycline. Trong đó moxifloxacin và levofloxacin là lựa chọn thay thế hay gặp nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 51,72% bệnh nhân còn nhạy với kháng sinh nhóm Macrolide. Tại Trung Quốc, tỷ lệ M.Pneumoniae kháng nhóm Macrolide rất cao, 71,4% với Erythromycin và 60,4% với Azithromycin, và không ghi nhận trường hợp nào kháng với fluoroquinolones hoặc tetracycline.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 116 bệnh nhân viêm phổi do tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi nhận thấy: M.Pneumonia là tác nhân gây viêm phổi hay gặp ở trẻ em, đặc biệt là trẻ từ 3 tuổi trở lên. Tuy nhiên, đôi khi vẫn phải nghĩ đến nguyên nhân M. Pneumoniae ở trẻ dưới 3 tuổi mắc viêm phổi. Tỷ lệ bệnh nhân dùng kháng sinh trước vào viện cao. Biểu hiện lâm sàng của viêm phổi do M.Pneumoniae tương đối nhẹ, ít gây khó thở. Ho và sốt là triệu chứng hay gặp nhất (> 95%). Ran ẩm chỉ gặp ở hơn 2/3 trường hợp. 100% bệnh nhân có tổn thương trên phim X-quang phổi. 15,52% bệnh nhân có bạch cầu tăng theo tuổi. 70,69% bệnh

nhân có CRP tăng. 51,57% bệnh nhân còn nhạy với kháng sinh nhóm Macrolide. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào kháng với kháng sinh Levofloxacin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wardlaw T, Johansson EW, Hodge M (2006), *Pneumonia: The forgotten killer of children*. UNICEF, New York, U.S.A.; p.1-40.
2. Wiemken TL, Peyrani P, Ramirez JA (2012), *Global changes in the epidemiology of community-acquired pneumonia*. *Semin Respir Crit Care Med*; 33:213-219
3. Tong CT, Chen HW (2012), Research development on the diagnosis of atypical pathogens in community-acquired pneumonia. *Chin J Lung Dis* (Electronic Edition); 7:59-62. (in Chinese)
4. Nguyễn Thế Khánh, Phạm Tử Dương (2005), *Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học,

Hà Nội, tr. 112-162

5. Dwight A.Powell (2011), *Mycoplasma pneumoniae*, *Nelson textbook of Pediatrics*, 19th Edition, p. 1029-1031.
6. Nguyễn Thị Lan Anh, Nguyễn Văn Bằng (2007), Khảo sát tình trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại khoa nhi bệnh viện Bạch Mai năm 2006, *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 11, tr 94-99
7. Defilippi A, Silvestri M, Tacchella A, Giacchino R, Melioli G, Di Marco E, Cirillo C, Di Pietro P, Rossi GA: Epidemiology and clinical features of Mycoplasmapneumoniae infection in children. *Respir Med* 2008, 2:1762-1768
8. Almasri M, Diza E, Papa A, Eboriadou M, Souliou E: Mycoplasma pneumoniae respiratory tract infections among Greek children. *Hippokratia* 2011, 15:147-152

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐƯỜNG BỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG BẰNG LEVOBUPIVACAIN 0,075% PHỐI HỢP VỚI FENTANYL 1 MCG/ML

NGUYỄN ANH THƠ¹, NGUYỄN ĐỨC LAM², NGUYỄN MẠNH TRÍ³

¹Bệnh viện 198 Bộ Công an

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 70 bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng, được giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng, chia thành hai nhóm: nhóm LEVO sử dụng dung dịch levobupivacain 0,075% và nhóm BUPI sử dụng dung dịch bupivacain 0,075%, cả hai nhóm đều phối hợp với fentanyl 1 mcg/ml và adrenalin 1/200 000. Kết quả: hiệu quả giảm đau sau mổ của nhóm LEVO tương đương với nhóm BUPI (điểm VAS ở trạng thái tĩnh và trạng thái động tương đương nhau ở 24 giờ đầu và 24 giờ tiếp theo, điểm VAS tĩnh luôn < 2 và điểm VAS động luôn < 6 ở tất cả các thời điểm của cả hai nhóm nghiên cứu. Độ hài lòng của bệnh nhân với hiệu quả giảm đau cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu (mức độ hài lòng và rất hài lòng của nhóm LEVO là 82,86% so với 77,14% của nhóm BUPI). Kết luận: Hiệu quả giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng của gây tê ngoài màng cứng bằng levobupivacain 0,075% phối hợp fentanyl 1 mcg/ml và adrenalin 1/200 000 tương đương với bupivacain 0,075% phối hợp fentanyl 1 mcg/ml và adrenalin 1/200 000.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Anh Thơ
Địa chỉ: Bệnh viện 198 Bộ Công an
Email: bsanhtho@gmail.com
Ngày nhận: 12/12/2016
Ngày phân biện: 22/12/2016
Ngày duyệt bài: 12/1/2017
Ngày xuất bản: 30/1/2017

Từ khóa: Gây tê ngoài màng cứng, giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn, levobupivacain, bupivacain.

SUMMARY

EVALUATION THE EFFICACY POSTOPERATIVE ANALGESIA OF LAPAROTOMY TOTAL HYSTERECTOMY OF EPIDURAL ANESTHESIA USING LEVOBUPIVACAINE 0.075% COMBINED WITH FENTANYL 1 MCG/ML

Study randomized clinical trials, 70 women patients on laparotomy total hysterectomy, analgesia postoperative with epidural anesthesia, divided into two groups: LEVO group used solution of levobupivacaine 0.075 % and BUPI group used solution of bupivacaine 0.075%, both groups combined with fentanyl 1 mcg/mL and adrenaline 1/200000. Results: effective postoperative analgesia of LEVO group equivalent with BUPI group (VAS static and dynamic equivalent status in the first 24 hours and second 24 hours; VAS static < 2 and VAS dynamic < 6 at all times in both study groups). The patients' satisfaction with the analgesic effects also no statistical significance difference between the two study groups (level of satisfaction and very satisfied of LEVO group was 77.14% compared with 82.86% of the BUPI group). Conclusion: the efficacy postoperative analgesic of laparotomy total hysterectomy of epidural anesthesia using levobupivacain 0.075% combined with fentanyl 1 mcg/ml and adrenaline 1/200 000 equivalent to bupivacain 0.075% combined with fentanyl coordination 1 mcg/ml and adrenalin 1/200 000.

Keywords: Epidural anesthesia, analgesia postoperative of laparotomy total hysterectomy, levobupivacaine, bupivacaine.