

sự hồi phục chức năng hoàn toàn. 20% trở về độ 1. 20% còn suy thận độ 2. 10% còn suy thận độ 3. 6,67% còn suy thận độ 4. Không còn trường hợp suy thận độ 5. Vấn đề này được cho rằng trước khi giải phóng bế tắc thì tỉ lệ bệnh nhân bị suy thận nặng và nhiều và chúng tôi chỉ đánh giá chức năng thận sớm sau khi giải phóng bế tắc (trung bình 1 tuần sau khi giải phóng sự bế tắc). Theo Bander nghiên cứu sự phục hồi của thận sau 24 giờ và quan sát 3-60 ngày sau khi giải phóng sự tắc nghẽn đã thấy rằng trước 14 ngày thì GFR đã trở về bình thường. Tuy nhiên, theo Yokohama thì sự đáp ứng của cầu thận còn do tính di truyền. 8 ngày sau khi giải phóng sự bế tắc thì hơn 15% đơn vị thận không có hoạt động (1),(2). Chúng tôi sử dụng phép kiểm student (T) của trung bình hai mẫu với $p < 0,005$ để kiểm tra giải thuyết thống kê có sự thay đổi về GFR trước và sau khi giải phóng bế tắc do sỏi niệu quản và thấy kết quả là sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Ion đồ: Chúng tôi cho làm xét nghiệm chỉ số nồng độ ion đồ 81,58% trường hợp trước khi giải phóng bế tắc, chỉ có 51,61% trường hợp xét nghiệm lại sau khi giải phóng bế tắc. Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ ion Na^+ bình thường (135-144mmol/l) chiếm 51,61%, bệnh nhân có nồng độ ion K^+ bình thường (2,1-4,9mmol/l) chiếm 70,79%. Điều này cho thấy sự thay đổi về điện giải ít xảy ra, nó chỉ có giá trị tham khảo. Sau khi giải phóng bế tắc có 68,75% trường hợp Na^+ về bình thường và 80% trường hợp K^+ máu trở về bình thường. Không có trường hợp nào nồng độ ion $\text{K}^+ < 2,1\text{mmol/l}$.

Siêu âm: Có 3 trường hợp thận độc nhất, 2 trường hợp thận teo một bên. 100% trường hợp đều có trường nước một hoặc hai bên và mức độ trường nước từ độ II-III có kèm theo dẫn nở hoặc không dẫn nở niệu quản.

4. Phương pháp điều trị

Trong loạt nghiên cứu của chúng tôi thì mổ mở chiếm tỉ lệ khá cao là 81,58%, trong khi đó thì tán sỏi nội soi chỉ chiếm tỉ lệ 18,42%, điều này đặt ra câu hỏi tại sao tỉ lệ mổ mở lại có tỉ lệ cao? có khó khăn gì trong can thiệp bằng nội soi? phẫu thuật trên người bệnh có biến đổi chức năng thận thì có khó khăn không? Vai trò của kỹ thuật tán sỏi nội soi trong bệnh lý sỏi niệu quản phụ thuộc vào chỉ định và chống chỉ định của kỹ thuật. Trong nghiên cứu này có 7/38 trường hợp có

nhễm trùng và ứ mủ ở thận và cấy mủ (+) (18,42%). Những trường hợp này chống chỉ định can thiệp bằng nội soi. Ngoài ra, tùy theo vị trí, kích thước, và tính chất của sỏi mà kết quả điều trị có khác nhau: đối với sỏi niệu quản 1/3 dưới thì tỉ lệ thành công cao trên 90%, nhưng đối với sỏi niệu quản 1/3 giữa và 1/3 trên thì tỉ lệ thành công thấp hơn.

KẾT LUẬN

Đặc điểm dịch tễ: Tuổi trung bình: 52,63. Đa số phân bố ở độ tuổi >50. Tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ không khác biệt. Bệnh nhân ở các tỉnh tập trung cao (71,05%), người lao động chân tay (92,11%).

Lâm sàng: Thời gian phát bệnh từ 1 – 6 tháng chiếm cao nhất (34,21%). Thời gian nằm viện từ 1 – 2 tuần 68%.

Đánh giá chức năng thận:

- Ure huyết thanh: Trước mổ, 50% > 13,5mmol/l; 34,21% bình thường. Sau khi giải phóng bế tắc 50% trở về bình thường.

- Creatinine huyết thanh: 87% có tăng creatinin trước mổ, sau khi giải phóng bế tắc một tuần thì 56,67% về bình thường.

- GFR: suy thận độ 2 là 33,33% (cao nhất), độ 3 là 30%. Sau khi giải phóng bế tắc 43,33% GFR về bình thường và 20% bệnh nhân còn suy thận độ 1 - 2. Có sự tương quan giữa thời gian phát bệnh và GFR: phát hiện bệnh càng sớm thì khả năng phục hồi càng cao.

- Thay đổi điện giải ít: 51,61% Na^+ bình thường và 70,79% K^+ bình thường.

- Siêu âm: 100% có ứ nước.

Phương pháp điều trị: Mổ mở chiếm 81,58%, tán sỏi nội soi 18,42%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karl J. Kreder and Richard D. William (1999), **Urologic Guggenheim S.J, Schrier R.W** (1987), *Obstructive nephropathy, Pathophysiology and management in renal and electrolyte disorders, 2d Edition, R.W Schrier (Edition), Boston, Little, Brown, pp 300-305.*

2. **Laboratory examination, Smith's general urology, Mc Graw Hill, 15 Ed, pp 61.**

3. **Sesso R, Yoshihiro M.M** (1997), *Time of diagnosis of chronic renal failure and assesment of quality of life in heamodialysis patients, Nephrol Dial Transplant 12, pp 2111 - 2116.*

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ PROCALCITONIN VÀ CRP HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

TRẦN KHÁNH CHI¹, ĐẶNG HÙNG MINH², LÊ HOÀN³

¹Bộ môn Hóa Sinh, Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

³Bộ môn Nội tổng hợp, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Đặng Hùng Minh
Email: minhhdanghung@yahoo.com
Ngày nhận: 21/2/2017

Ngày phân biện: 10/3/2017
Ngày duyệt bài: 22/3/2017
Ngày xuất bản: 20/4/2017

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ Procalcitonin (PCT), CRP, mối tương quan giữa PCT và CRP ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNM). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) tại Trung tâm Hồ Hấp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2015. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $70,33 \pm 10,285$. Đa số các bệnh nhân là nam giới (91,1%) với tỷ lệ nam/nữ là 10,23/1. Tỷ lệ hút thuốc là 81,3%. Các triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ho (91,2%), khó thở (98,4%), khạc đờm (81,6%). Nồng độ PCT trung bình của nhóm nghiên cứu là $0,66 \pm 1,58$ ng/ml. Nồng độ CRP trung bình là $4,92 \pm 6,33$ mg/dl. PCT và CRP có mối tương quan thuận không chặt chẽ với hệ số tương quan $r = 0,246$.

Từ khóa: Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, PCT, CRP

SUMMARY

Objective: Determining the level of PCT and CRP, and correlation between them in acute exacerbations of COPD patients. **Subjects and methods:** Descriptive study of 123 patients was confirmed acute exacerbation of COPD in the Respiratory Center - Bach Mai hospital from 1/2015 to 6/2015. **Results:** The mean age was 70.33 ± 10.285 years old. We have found male predominance (91.1%). Ratio male/female: 10.23/1. The most common symptoms was cough (91.2%), dyspnea (98.4%) and sputum production (81.6%). The average level of PCT is 0.66 ± 1.58 ng/ml. The average level of CRP is 4.92 ± 6.33 mg/dl. We found a modest positive correlation between PCT and CRP ($r = 0.246$).

Keywords: EACOPD, PCT, CRP.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y Tế Thế Giới, có 65 triệu người mắc BPTNMT từ vừa phải đến nặng, là nguyên nhân gây tử vong thứ 5 năm 2002 và sẽ đứng thứ 3 trong các bệnh gây tử vong hàng đầu năm 2010 [1]. BPTNMT là một tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự hạn chế dòng khí không hồi phục hoàn toàn. Sự hạn chế dòng khí này thường tiến triển từ từ và kết hợp với phản ứng viêm bất thường của phổi với các hạt hoặc khí độc. Các đợt cấp của BPTNMT tác động đáng kể đến tình trạng nhập viện và tử vong, nó ảnh hưởng mạnh mẽ đến chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân [2]. Phòng ngừa, phát hiện sớm và điều trị kịp thời là rất quan trọng để giảm bớt gánh nặng của BPTNMT. Hiện nay, việc đánh giá một đợt cấp dựa hoàn toàn vào bệnh sử và các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân về một sự thay đổi cấp tính của các triệu chứng [3].

Một yêu cầu được đặt ra là cần có một dấu ấn sinh học hay một bảng chỉ thị sinh học cho phép xác định một bệnh nguyên chính xác hơn, giúp ích cho việc chẩn đoán và điều trị. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng PCT và CRP là những dấu ấn sinh học hữu ích trong việc chẩn đoán nguyên nhân, tiên lượng bệnh và hướng dẫn trong việc sử dụng kháng sinh ở bệnh

nhân BPTNMT. Đã có nhiều nghiên cứu về ý nghĩa nồng độ PCT, CRP trong đợt cấp BPTNMT trên thế giới, tuy nhiên ở Việt Nam những nghiên cứu về vấn đề này còn khá ít và hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu nồng độ PCT, CRP huyết thanh ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” với mục tiêu:

Xác định nồng độ PCT, CRP huyết thanh ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Trung tâm Hồ Hấp - Bệnh viện Bạch Mai.

Nghiên cứu mối tương quan giữa PCT và CRP ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

123 BN được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT điều trị tại Trung tâm Hồ Hấp-Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT vào viện bởi đợt cấp với các triệu chứng ho tăng, khó thở tăng, tăng khạc đờm hay thay đổi màu sắc đờm.

Bệnh nhân được định lượng nồng độ PCT, CRP huyết thanh trong ngày đầu vào viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không được xét nghiệm đầy đủ PCT và CRP huyết thanh

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

2.2. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Bạch Mai thông qua mẫu bệnh án được thiết kế sẵn.

2.3. Các thông tin khai thác

Các đặc điểm chung: tuổi, giới, ngày vào viện, ngày ra viện, tiền sử hút thuốc lá, triệu chứng lâm sàng...

Kết quả định lượng PCT, CRP, tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được thu thập, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu.

1.1. Đặc điểm về giới: Bệnh nhân là nam giới chiếm 91,1%. Tỷ lệ Nam/Nữ là $\approx 10,23/1$.

1.2. Đặc điểm về tuổi

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $70,33 \pm 10,285$, BN có tuổi thấp nhất là 50, cao nhất là 97 tuổi. Số BN có tuổi > 60 chiếm 85,4%.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất (98,4%), tiếp theo là ho (91,2%), khạc đờm (81,6%), tăng nhịp tim (51,4%), đau ngực (23,2%), RRPN giảm (67%).

2. Khảo sát nồng độ PCT ở nhóm nghiên cứu

2.1. Kết quả nồng độ PCT của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Kết quả nồng độ PCT của nhóm nghiên cứu (n=123)

Nồng độ PCT (ng/ml)	n	%
Không tăng (< 0,05)	11	8,9 %
Tăng ($\geq 0,05$)	112	91,1 %
Mean \pm SD		$0,66 \pm 1,58$

Nhận xét: Nồng độ PCT trung bình của nhóm nghiên cứu là $0,66 \pm 1,58$ ng/ml cao hơn giá trị tham chiếu là 0,05ng/ml.

2.2. Mối tương quan giữa nồng độ PCT với số lượng bạch cầu

Nồng độ PCT có mối tương quan thuận không chặt chẽ với số lượng bạch cầu máu ngoại vi với $r = 0,153$.

2.3. Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ PCT với thời gian nằm viện

95,5% BN có tăng PCT trong nhóm BN phải nằm viện nhiều hơn 7 ngày. Sự khác biệt về số ngày nằm viện giữa nhóm tăng PCT và không tăng PCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự thay đổi nồng độ PCT theo ngày điều trị.

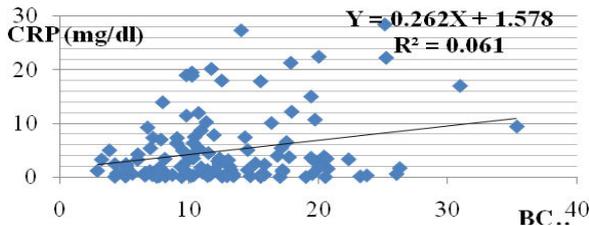
Tại thời điểm ngày 1 nồng độ PCT trung bình ($0,66 \pm 1,58$ ng/ml), ngày 3 nồng độ PCT trung bình ($0,27 \pm 0,3$ ng/ml), khi ra viện nồng độ PCT trung bình ($0,16 \pm 0,14$ ng/ml).

3. Khảo sát nồng độ CRP ở nhóm nghiên cứu.

3.1. Nồng độ CRP trung bình của nhóm nghiên cứu

Nồng độ CRP trung bình là $4,92 \pm 6,33$ mg/dl cao hơn giá trị tham chiếu là 0.5mg/dl. Bệnh nhân có nồng độ CRP tăng gặp 78%.

3.2. Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ CRP với số lượng bạch cầu



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa nồng độ CRP với số lượng BC

Có mối tương quan thuận không chặt chẽ giữa nồng độ CRP và số lượng bạch cầu với $r = 0,248$.

3.3. Khảo sát nồng độ CRP với thời gian nằm viện

83,1% BN có tăng PCT trong nhóm BN có thời gian nằm viện nhiều hơn 7 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. Mối tương quan giữa PCT và CRP

PCT và CRP có mối tương quan thuận không chặt chẽ với hệ số tương quan $r = 0,246$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

1.1. Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT là $70,33 \pm 10,285$, tuổi cao nhất là 97 và thấp nhất là 50. Phần lớn các BN trong nghiên cứu ở độ tuổi trên 60 (chiếm 85,4%). Một số kết quả nghiên cứu về đợt cấp BPTNMT của các tác giả khác cho kết quả như sau: Hoàng Hồng Thái (2007) ghi nhận tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $69,47 \pm 8,6$ tuổi, cao nhất 95 tuổi, thấp nhất 48 tuổi, độ tuổi từ 65-74 chiếm tỷ lệ cao nhất. Nghiên cứu Đỗ Khánh Linh và CS (2013) ghi nhận tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $72,16 \pm$

$8,48$ tuổi thấp nhất là 46, cao nhất là 88, hầu hết bệnh nhân ở độ tuổi > 60 (91,25%). Trong một nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT ở Việt Nam, tác giả Nguyễn Thị Xuyên và CS cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc BPTNMT theo tuổi thì ở lứa tuổi > 40 là 4,1% trong khi ở nhóm dưới 40 tuổi, tỷ lệ chỉ là 0,4%.

1.2. Giới

Số bệnh nhân nam trong nghiên cứu chiếm 91,1%, tỉ lệ nam/nữ là 10,23/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với ghi nhận của những nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân BPTNMT điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai trước đây: Hoàng Hồng Thái (2007) chỉ ra rằng trong tổng số 87 đối tượng nghiên cứu, nam chiếm 88,5%, nữ chiếm 11,5%. Theo Đỗ Khánh Linh (2013) số bệnh nhân nam chiếm 88,75%, nữ chiếm 11,25%.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Về các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả như sau: triệu chứng khó thở là thường gặp nhất, chiếm 98,4%, tiếp theo là triệu chứng ho 91,2%, khạc đờm 81,6%, tăng nhịp tim 51,4% và là đau ngực 23,2%.

2. Nồng độ PCT

Chúng tôi nghiên cứu về nồng độ PCT của các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT và ghi nhận kết quả nồng độ PCT trung bình là $0,66 \pm 1,58$ ng/ml. Kết quả của chúng tôi cho thấy rằng, nồng độ PCT trung bình của nhóm nghiên cứu có xu hướng cao hơn nồng độ PCT của người bình thường ($< 0,05$ ng/ml).

Một số tác giả khác cũng ghi nhận kết quả tương tự: theo tác giả Ashraf Abd El Halim và Manal Sayed nhận thấy rằng có một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT với bệnh nhân BPTNMT ổn định và nhóm đối chứng khỏe mạnh về giá trị trung bình của PCT: $1,44 \pm 0,542$ ng/ml trong số bệnh nhân BPTNMT, $0,05 \pm 0,012$ ng/ml trong số bệnh nhân BPTNMT ổn định và $0,04 \pm 0,01$ ng/ml ở những đối tượng khỏe mạnh. Trong một nghiên cứu của Tasci và CS cũng cho nồng độ PCT trung bình của nhóm bệnh nhân đợt cấp BPTNMT cao 1,8 ng/ml.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng: Tại thời điểm ngày 1 nồng độ PCT trung bình ($0,66 \pm 1,58$ ng/ml), ngày 3 nồng độ PCT trung bình ($0,27 \pm 0,3$ ng/ml), khi ra viện nồng độ PCT trung bình ($0,16 \pm 0,14$ ng/ml). Điều này cho thấy, nồng độ PCT tăng cao trong đợt cấp khi điều trị kháng sinh có hiệu quả nồng độ PCT sẽ giảm nhanh chóng. Như vậy, định lượng nồng độ PCT có thể giúp ích cho việc theo dõi điều trị và hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong đợt cấp BPTNMT.

3. Nồng độ CRP

Nồng độ CRP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,92 \pm 6,33$ mg/dl. Kết quả của chúng tôi cao hơn ghi nhận của Bircan A và CS (2008): nồng độ CRP trung bình là $3,68 \pm 4,39$ mg/dl [12] nhưng tương tự với ghi nhận của tác giả Nguyễn Thị Thúy Vinh và CS: nồng độ CRP trung bình là $5,34 \pm 1,747$ mg/dl.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 83,1% bệnh nhân có tăng PCT trong nhóm bệnh nhân có thời gian

nằm viện nhiều hơn 7 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cũng tương tự như PCT, chúng tôi cho rằng nồng độ CRP có thể được dùng để đánh giá mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT.

4. Mối tương quan giữa PCT và CRP

Chúng tôi ghi nhận có một mối tương quan thuận không chặt chẽ giữa nồng độ PCT và nồng độ CRP ở những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT với hệ số tương quan $r = 0,246$. Nghiên cứu của Johannes MA Daniels và CS ghi nhận có một mối tương quan khiếm tốn giữa PCT và CRP với $r = 0,46$ [6]. Nghiên cứu của Zhang Y cũng cho ra kết quả tương quan trung bình giữa PCT và CRP với $r = 0,46$.

KẾT LUẬN

1. Nồng độ PCT, CRP ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

Giá trị nồng độ PCT trung bình là $0,66 \pm 1,58$ ng/ml cao hơn giá trị tham chiếu ở người bình thường.

Giá trị nồng độ CRP trung bình là $4,92 \pm 6,33$ mg/dl cao hơn giá trị tham chiếu ở người bình thường.

2. Mối tương quan giữa PCT và CRP ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

Nồng độ PCT và nồng độ CRP ở những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT có mối tương quan thuận không chặt chẽ với hệ số tương quan $r = 0,246$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Office of Health Communications and Public Relations. (2007), *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*, WHO fact sheet, World Health Organization, Geneva, 2 p.

2. Lan D Pavord, Paul W Jones, Pierre-Régis Burgel, et al (2016), Exacerbations of COPD, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, tr. 21-30.

3. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2015*. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD

GÂY TÊ CẠNH SỐNG NGỰC DƯỚI HỖ TRỢ NỘI SOI GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC

NGUYỄN TRUNG KIÊN¹, NGUYỄN TRƯỜNG GIANG¹,
TRẦN ĐẮC TIỆP¹, LÊ VIỆT ANH¹, NGUYỄN HỮU QUYÊN²
¹Bệnh viện Quân y 103, ²Bệnh viện Nhi Hải Dương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau của gây tê khoang cạnh sống ngực bằng bupivacain 0,125% + fentanyl 2 μ g/ml dưới hỗ trợ nội soi sau phẫu thuật lồng ngực. **Phương pháp:** Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt thùy phổi. Đặt catheter khoang cạnh sống ngực bên phẫu thuật có camera quan sát khoang lồng ngực trước khi đóng ngực. Xác định khoang cạnh sống bằng test mất sức cản. Cài đặt giảm đau tự điều khiển với liều đầu 0,3 ml/kg; liều duy trì 3ml/h, liều bolus 2ml. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS khi nghỉ và khi ho; theo dõi mạch, huyết áp, tần số thở, SpO₂, khí máu động mạch, đo chức năng thông khí trong 3 ngày liên tiếp sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,9 \pm 11,3$, tỷ lệ thành công kỹ thuật là 100%, mức ức chế 3 và 4 phân đốt da là 50% và 40%. Hiệu quả giảm đau sau mổ cao, điểm VAS trung bình khi nghỉ luôn thấp hơn 2 và lúc ho thấp hơn 4. Lượng bupivacain tiêu thụ trung bình là $304,7 \pm 8,3$ mg; các chỉ số đo chức năng thông khí giảm sau mổ, hồi phục từ ngày thứ hai sau mổ. Không bệnh nhân nào ức chế hô hấp sau mổ; Tỷ lệ bệnh nhân nôn và buồn nôn ngày thứ nhất và thứ hai sau mổ là 13,3% và 6,6%. **Kết luận:** Gây tê khoang cạnh sống ngực dưới hỗ trợ nội soi giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực bằng bupivacain 0,125% + fentanyl 2 μ g/ml có hiệu quả giảm đau cao sau phẫu thuật cắt thùy phổi.

Chịu trách nhiệm: Trần Đắc Tiếp
Email: trandactiepsky@gmail.com
Ngày nhận: 18/2/2017
Ngày phản biện: 16/3/2017
Ngày duyệt bài: 28/3/2017
Ngày xuất bản: 20/4/2017

Từ khóa: Tê cạnh sống ngực, bupivacain, phẫu thuật phổi có nội soi hỗ trợ.

SUMMARY

VIDEO-ASSISTED THORACIC PARAVERTEBRAL ANESTHESIA FOR PAIN MANAGEMENT AFTER THORACIC SURGERY

Objectives: To access the analgesic efficacy of paravertebral anesthesia with bupivacaine 0.125%+fentanyl 2 μ g/ml under video-assisted guidance after thoracic surgery. **Methods:** The study was carried out on thirty patients who underwent video-assisted thoracic surgery. Paravertebral space was identified by loss of resistance technique combined with video-assisted inside thoracic space before chest close. Initiated dose of 0.3ml/kg of bupivacaine 0.125%+fentanyl 2 μ g/ml was administered then continued patient controlled analgesia with background rate 3ml/h, bolus dose 2ml. Postoperative pain was accessed by Visual Analogue Scale at rest and on coughing; monitor the heart rate, blood pressure, respiratory rate, SpO₂, arterial blood gas and spirometry in three consecutive days after operation. **Results:** Mean of age was 50.9 ± 11.3 ; the rate of success in technique was 100%; 3 and 4 level of block on dermatome were 50% and 40% respectively. Analgesic efficacy was good as mean of VAS score was lower 2 at rest and 4 on coughing. The amount of bupivacaine consumption was 304.7 ± 8.3 mg. Spirometry had an increasing trend from the second day after surgery. No patient had respiratory depression. The rate of nausea and vomiting in the first and second day were 13.3% and 6.6% respectively. **Conclusions:** Video-assisted guidance for thoracic paravertebral block with bupivacaine 0.125% and fentanyl 2 μ g/ml provided a good effective pain