

có kích thước nhỏ như nhóm răng cửa hàm dưới. Độ dày đường hoàn tất cho phục hình toàn sứ được khuyến cáo là từ 0,5 đến 1,0 mm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mẫu có độ dày đường hoàn tất từ 0,5 đến 1,0 mm chỉ chiếm 10,0%; còn lại 90,0% là độ dày < 0,5 mm. Trong nhóm răng cửa / răng nanh, 86,7% số mẫu có độ dày đường hoàn tất < 0,5mm và chỉ 13,3% số mẫu có độ dày từ 0,5 đến 1,0 mm. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Ziad Nawaf và cộng sự khi nghiên cứu về tiêu chuẩn mẫu cùi răng trước: 30,0% số mẫu có độ dày < 0,5 mm; 43,0% có độ dày khuyến cáo từ 0,5 đến 1,0 mm. Điều này chỉ ra rằng các nha sĩ tổng quát ở Jordan trong nghiên cứu của Ziad Nawaf đã có nhận thức đầy đủ hơn về yêu cầu của độ dày đường hoàn tất trong phục hình sứ không kim loại.

8. Độ dày mô răng bị mài ở mặt cắn / nhai

Một phục hình phải chứa một khối lượng vật liệu đủ để chống lại lực nhai. Khối lượng này phải được giới hạn bởi khoảng trống tạo ra nhờ mài cùi. Chỉ khi đạt được điều đó thì khớp cắn trên phục hình mới hài hòa và hình thể bề mặt trục dọc (axial contour) mới bình thường, phòng ngừa các bệnh lý nha chu xung quanh phục hình. Một trong những yếu tố quan trọng nhất để mang lại đủ khối lượng vật liệu và sức chống đỡ cho phục hình đó là khoảng hở mặt nhai. Đối với chụp toàn sứ khoảng hở mặt nhai nên là 2,0 mm.

Trong tổng các mẫu cùi răng nghiên cứu, nhóm mẫu có độ dày mô răng bị mài ở mặt cắn / mặt nhai:

0 mm < mẫu ≤ 1 mm (không mài gì) chiếm 5,0%

1 mm < mẫu ≤ 2 mm (mài bình thường mức độ A): mô răng được mài đi ít, phù hợp với các răng cửa bên, chiếm 23,3%.

2 mm < mẫu ≤ 3 mm (mài bình thường mức độ B): mô răng được mài đi nhiều, phù hợp với các răng hàm để tạo được lớp men trong ở các đỉnh múi, chiếm 51,7%.

> 3 mm (mài quá mức) chiếm 20,0%.

Trong khi đó, kết quả của A. F. Sutton & J. F. McCord là:

32% không mài, 58% mài bình thường, 10% mài quá mức.

Tỉ lệ mài bình thường ở nghiên cứu của chúng tôi là 75,0%, cao hơn so với nghiên cứu của A. F. Sutton & J. F. McCord (58%). Điều này có thể lý giải là do trong thời đại ngày nay, với sự phát triển của nha

khoa nói chung và phục hình cố định nói riêng, các tiêu chuẩn về thiết kế mẫu cùi răng đã được phổ biến và thực hành rộng rãi. Bên cạnh đó, tỉ lệ mô răng bị mài quá mức ở mặt nhai / ria cắn ở nghiên cứu của chúng tôi (20,0%) cũng cao hơn so với nghiên cứu của A. F. Sutton & J. F. McCord (10%). Sự khác biệt này là do sự kém cẩn thận hơn của các bác sĩ nha khoa ở nước ta hiện nay.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 mẫu cùi răng chụp, cầu răng trước và 30 mẫu cùi răng chụp, cầu răng sau làm phục hình sứ Cercon Ceram Kiss, chúng tôi nhận thấy rằng việc mài cùi của các nha sĩ hiện nay là rất khác nhau. Do đó, dưới điều kiện thử nghiệm, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đặc điểm của các mẫu cùi răng làm phục hình sứ Cercon Ceram Kiss:

- Phần lớn các mẫu cùi có chiều cao đúng như khuyến cáo: 93,3% ở răng hàm lớn / răng hàm nhỏ, 96,7% ở răng cửa / răng nanh.

- Phần lớn các mẫu cùi đạt tiêu chuẩn về độ nhọn: 83,3%.

- Phần lớn các mẫu cùi có độ hội tụ vượt quá khuyến cáo, lớn hơn 10 độ: 98,3%.

- Xu hướng chính là chọn đường hoàn tất dưới lợi: 98,3%.

- Đường hoàn tất dành cho sứ Cercon Ceram Kiss chủ yếu là bờ vai, chiếm 73,3%, bên cạnh đó một số mẫu có đường hoàn tất bờ cong.

- Phần lớn các mẫu cùi có đường hoàn tất liên tục nhưng mỏng hơn độ dày khuyến cáo, bé hơn 0,5 mm, chiếm 90,0%.

- Phần lớn các mẫu cùi được mài mặt nhai / ria cắn ở mức khuyến cáo: 75%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Bài (2013), *Phục hình răng cố định*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 67 - 70.

2. Alvaro B., Oscar E., Razvan G. et al. (2015). *Colour parameters and shade correspondence of CAD-CAM ceramic systems. J Dent*, 517, 1 - 12.

3. Arvind S., Nina S. (2015). *Update zirconia restorations. J Prosthodont Res*, 59(2), 81 - 83.

4. Somchai U., Pakamard T. (2015). *The effect of zirconia framework design on the failure of all-ceramic crown under static loading. J Adv Prosthodont*, 7(2), 146 - 150.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG DỰ PHÒNG BUỒN NÔN VÀ NÔN CỦA DEXAMETHASON KẾT HỢP ONDANSETRON SAU CẮT A-MI-ĐAN Ở TRẺ EM

LÊ NGỌC BÌNH¹, NGUYỄN VĂN MINH²

¹Bệnh viện Trung ương Huế, ²Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Minh
Email: nguyenvanminhdhdy@gmail.com
Ngày nhận: 26/4/2017

Ngày phản biện: 18/5/2017
Ngày duyệt bài: 30/5/2017
Ngày xuất bản: 20/6/2017

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả dự phòng buồn nôn và nôn sau phẫu thuật (BNNSPT) của dexamethason kết hợp ondansetron với ondansetron đơn thuần ở trẻ em cắt a-mi-đan và khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của liệu pháp dự phòng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Trong một nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên 225 trẻ có chỉ định phẫu thuật cắt a-mi-đan được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm. Nhóm DO nhận 0,15 mg/kg dexamethason sau khi khởi mê và 0,1 mg/kg ondansetron tĩnh mạch lúc kết thúc phẫu thuật. Nhóm ON nhận 0,1 mg/kg ondansetron lúc kết thúc phẫu thuật. Ghi nhận tỉ lệ BNNSPT và tác dụng không mong muốn trong 24 giờ đầu, khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của liệu pháp dự phòng.

Kết quả: Tỉ lệ BNNSPT trong 24 giờ đầu ở nhóm DO là 17,4%, thấp hơn so với nhóm ON là 38,5% ($p < 0,05$). Tỉ lệ BNNSPT ở phân nhóm nguy cơ cao và rất cao của nhóm DO thấp hơn so với nhóm ON lần lượt là 7,2% so với 25,0% và 38,9% so với 77,4%. Kết hợp dexamethason và ondansetron làm giảm nguy cơ tuyệt đối BNNSPT 21,1% so với ondansetron đơn thuần. Số cần điều trị là 5. Tỉ lệ các tác dụng không mong muốn là 4,6%. Các yếu tố tiền sử nôn sau phẫu thuật và/hoặc BNNSPT của người thân cận, thời gian phẫu thuật từ 50 phút trở lên và sử dụng morphin sau phẫu thuật làm tăng nguy cơ thất bại ($p < 0,05$) của liệu pháp dự phòng.

Kết luận: Dexamethason kết hợp với ondansetron có hiệu quả dự phòng BNNSPT cắt a-mi-đan ở trẻ em cao hơn ondansetron đơn thuần. Tiền sử nôn sau phẫu thuật và/hoặc BNNSPT của người thân cận, thời gian phẫu thuật từ 50 phút trở lên và sử dụng morphin sau phẫu thuật liên quan đến thất bại của liệu pháp dự phòng.

Từ khóa: Buồn nôn, nôn sau phẫu thuật, cắt a-mi-đan, trẻ em, dexamethason, ondansetron.

SUMMARY

EFFECT OF COMBINING DEXAMETHASONE WITH ONDANSETRON FOR PREVENTION OF POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING IN PEDIATRIC TONSILLECTOMY PATIENTS

Objective: To compare the antiemetic efficacy of ondansetron and dexamethasone versus ondansetron alone for prevention of postoperative nausea and vomiting (PONV) in post-tonsillectomy pediatric patients and to determine factors influencing the effect of prevention therapy.

Methods: In a prospective, randomized trial 225 children undergoing tonsillectomy received either ondansetron 0.1 mg.kg⁻¹ IV at the end of surgery and dexamethasone 0.15 mg.kg⁻¹ IV after anaesthesia induction (Group DO) or ondansetron 0.1 mg.kg⁻¹ IV at the end of surgery (Group ON). During the first 24 hours postoperatively, the incidence and the grade of nausea and vomiting, a variety of factors hypothesized to influence incidence of nausea and vomiting, and the incidence of side effects were recorded.

Results: There was significantly lower incidence of PONV within the first 24 hours in group DO (17.4%)

as compared with group ON (38.5%) ($p < 0.05$). Specifically, the incidence decreased from 47.3% to 19.4% ($p < 0.05$) in the high-risk patients and from 61.3% to 28.3% ($p < 0.05$) in the very high-risk patients in the ON and DO groups, respectively. The combination of ondansetron and dexamethasone reduced the relative risk by 21,1%. The number needed to treat for prevention of PONV was 5. The side effects were 4,6%. Previous PONV and PONV in a parent or sibling, duration of surgery ≥ 50 minutes and postoperative opioid administration were 3 factors which had associations with increased PONV risk ($p < 0,05$).

Conclusion: The combination of ondansetron and dexamethasone was more effective in preventing PONV following tonsillectomy in children. Previous PONV and PONV in a parent or sibling, duration of surgery ≥ 50 minutes and postoperative opioid administration were associated with failure of prevention therapy.

Keywords: Postoperative nausea and vomiting, tonsillectomy, children, dexamethasone, ondansetron.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đã có nhiều nghiên cứu về các thuốc dự phòng BNNSPT ở trẻ em như các dẫn xuất butyrophenon (droperidol), dẫn xuất phenothiazin, thuốc đối kháng thụ thể dopamin (metoclopramid) và kháng histamin. Nhưng kèm theo đó, do có nhiều tác dụng không mong muốn nên việc sử dụng bị hạn chế. Hiệu quả dự phòng BNNSPT sau cắt a-mi-đan ở trẻ em của từng thuốc nhóm kháng thụ thể serotonin (tropisetron, granisetron, ondansetron) và nhóm corticoid (dexamethason) khi sử dụng đơn thuần đã được chứng minh nhưng dự phòng bằng kết hợp hai nhóm thuốc này chưa được nghiên cứu nhiều. Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh hiệu quả dự phòng BNNSPT của dexamethason kết hợp ondansetron với ondansetron đơn thuần ở trẻ em cắt a-mi-đan và khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của liệu pháp dự phòng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 04 đến tháng 11 năm 2016, các trẻ có chỉ định phẫu thuật và gây mê hồi sức cắt a-mi-đan tại khoa Tai Mũi Họng và tại khoa Gây mê hồi sức B, Bệnh viện Trung ương Huế được lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Sau khi giải thích các ưu điểm về dự phòng BNNSPT và được bệnh nhân hoặc người bảo hộ chấp nhận, chúng tôi lựa chọn theo các tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu và chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm bằng bốc thăm.

Toàn bộ bệnh nhân gây mê theo cùng một phác đồ cho bệnh nhi cắt a-mi-đan đã được thiết kế từ trước. Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi với kim 20 - 22G, truyền dung dịch Ringerfundin hoặc NaCl 0,9%. Cho bệnh nhân thở oxy 100% trong 3 phút. Không sử dụng tiền mê. Khởi mê bằng tiêm tĩnh mạch fentanyl 2 - 3 mcg/kg, propofol 2 - 3 mg/kg và rocuronium 0,6 mg/kg. Đặt nội khí quản, kích cỡ ống tính theo tuổi. Cài đặt máy thở: Vt từ 6 - 8 ml/kg, tần

số thở tùy theo tuổi, FiO₂ 50%. Điều chỉnh máy thở để duy trì Pet CO₂ 32 - 34 mmHg, SpO₂ > 95%. Điều chỉnh thuốc mê thích hợp để duy trì ổn định trong phẫu thuật, nếu huyết áp giảm 30% so với huyết áp nền thì bù dịch tinh thể nhanh và nếu cần thì tiêm tĩnh mạch ephedrin. Duy trì mê bằng sevofluran, fentanyl 1mcg/kg nhắc lại nếu cần. Trước lúc kết thúc phẫu thuật 15 phút sử dụng giảm đau paracetamol truyền tĩnh mạch 15 mg/kg (đối với trẻ nhỏ sử dụng giảm đau paracetamol dạng viên đạn nhét hậu môn 25 mg/kg). Rút nội khí quản khi đủ tiêu chuẩn.

Liều thuốc và thời điểm tiêm thuốc dựa vào Hướng dẫn quản lý BNNSPT cho trẻ em của Gan và cộng sự [3] như sau: nhóm ON tiêm tĩnh mạch 0,1 mg/kg ondansetron (tối đa 4 mg) lúc kết thúc phẫu thuật và nhóm DO tiêm tĩnh mạch 0,15 mg/kg dexamethason (tối đa 4 mg) trước khi khởi mê và 0,1 mg/kg ondansetron (tối đa 4 mg) lúc kết thúc phẫu thuật. Điều trị cứu nguy BNNSPT bằng metoclopramid và propofol khi dự phòng thất bại (buồn nôn kéo dài > 30 phút hoặc nôn thực sự > 1 lần trong 15 phút).

Mỗi nhóm đều theo dõi tỷ lệ BNNSPT; mức độ BNNSPT ở từng giai đoạn 0-6 giờ, 7-12 giờ và 13-24 giờ đầu; tỷ lệ BNNSPT theo yếu tố nguy cơ; thời gian ra khỏi tỉnh và ăn uống trở lại; các tác dụng không mong muốn.

KẾT QUẢ

Có tổng cộng 225 trẻ có chỉ định phẫu thuật chương trình cắt a-mi-đan được lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Có 7 bệnh nhân loại trừ khỏi nghiên cứu, 4 bệnh nhân của nhóm ON và 3 bệnh nhân của nhóm DO do biến chứng chảy máu nhiều trong quá trình phẫu thuật.

Các đặc điểm chung tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể, phân loại sức khỏe theo ASA và tiền sử nôn sau phẫu thuật của bệnh nhân hoặc BNNSPT của người thân cận, thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê, lượng dịch truyền và fentanyl sử dụng trong phẫu thuật, và số yếu tố nguy cơ BNNSPT giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê như Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Thông số	Nhóm	Nhóm ON (n=109)	Nhóm DO (n=109)	p
Tuổi (năm)		9,1 ± 3,3	8,3 ± 3,3	
Cân nặng (kg)		28,8 ± 10,8	26,9 ± 10,6	
Giới tính	Nữ	35 (32,1)	42 (38,5)	
	Nam	74 (67,9)	67 (61,5)	
ASA	I	99 (90,8)	105 (96,3)	
	II	10 (9,2)	4 (3,7)	
Lượng fentanyl (µg)		85,2 ± 33,3	78,3 ± 32,2	> 0,05
Liều fentanyl (µg/kg)		3,0 ± 0,2	2,9 ± 0,3	
Số yếu tố nguy cơ	2	6 (5,5)	4 (3,7)	
	3	72 (66,1)	69 (63,3)	
Thời gian phẫu thuật (phút)	4	31 (28,4)	36 (33,0)	
		48,5 ± 12,4	50,7 ± 13,1	
Thời gian gây mê (phút)		59,6 ± 11,8	60,5 ± 13,0	

Buồn nôn và nôn chủ yếu xảy ra ở giai đoạn 0 - 6 giờ (8,6%) và nhiều nhất ở giai đoạn 7 - 12 giờ (15,1%). Tỷ lệ buồn nôn và nôn ở nhóm ON cao hơn ở nhóm DO ở mọi giai đoạn, nhưng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn 7 - 12 giờ và trong 24 giờ đầu (p < 0,05), tỷ lệ BNNSPT của 2 nhóm tương đồng nhau ở các giai đoạn 0 - 6 giờ và 13 - 24 giờ. Trong 24 giờ đầu, buồn nôn chiếm tỷ lệ 27,1% và nôn chiếm 8,7%, nhóm ON có tỷ lệ buồn nôn và nôn trong 24 giờ đầu cao hơn nhóm DO, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) (Bảng 2). Xét chung cho cả 2 nhóm, tỷ lệ buồn nôn và nôn của số bệnh nhân có 3 yếu tố (nguy cơ cao) là 16,3%, có 4 yếu tố (nguy cơ rất cao) là 56,7%. Số bệnh nhân có 2 yếu tố (nguy cơ trung bình) không xảy ra buồn nôn và nôn. Tỷ lệ buồn nôn và nôn ở nhóm bệnh nhân có 3 yếu tố (nguy cơ cao) và 4 yếu tố (nguy cơ rất cao) của nhóm ON cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với nhóm DO (Bảng 2).

Bảng 2. So sánh mức độ, tỷ lệ BNNSPT trong 24 giờ đầu ở mỗi giai đoạn và theo số yếu tố nguy cơ giữa 2 nhóm

BNNSPT	Nhóm	Nhóm ON (n=109), (%)	Nhóm DO (n=109), (%)	Chung (n=218), (%)	p
Mức độ	Buồn nôn	42 (38,5)	17 (15,6)	59 (27,1)	< 0,05
	Nôn	14 (12,8)	5 (4,6)	19 (8,7)	> 0,05
Giai đoạn	0 - 6 giờ	12 (11,0)	7 (6,4)	19 (8,7)	< 0,05
	7 - 12 giờ	23 (21,1)	10 (9,2)	33 (15,1)	< 0,05
	13 - 24 giờ	7 (6,4)	2 (1,8)	9 (4,1)	> 0,05
	0 - 24 giờ	42 (38,5)	19 (17,4)	61 (28,0)	< 0,05
Theo số yếu tố nguy cơ	3 yếu tố	18 (25,0)	5 (7,2)	23 (16,3)	< 0,05
	4 yếu tố	24 (77,4)	14 (38,9)	38 (56,7)	< 0,05

Số cần điều trị cứu nguy chiếm 11,0%, số bệnh nhân này ở nhóm ON cao hơn so với nhóm DO, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tỷ lệ điều trị thành công của metoclopramid trong số cần điều trị cứu nguy chiếm 91,7%. Có 2 trường hợp điều trị cứu nguy thất bại thuộc nhóm ON, chiếm tỷ lệ 8,3%. Tỷ lệ điều trị cứu nguy thành công ở nhóm DO cao hơn so với nhóm ON, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) (Bảng 3).

Bảng 3. Điều trị cứu nguy BNNSPT và hiệu quả

Thông số	Nhóm	Nhóm ON (n=109), (%)	Nhóm DO (n=109), (%)	Chung (n=218), (%)	p
Điều trị cứu nguy	Có	19 (17,4)	5 (4,6)	24 (11,0)	< 0,05
	Không	90 (82,6)	104 (95,4)	194 (89)	> 0,05
Hiệu quả điều trị cứu nguy	Có	17 (89,5)	5 (100)	22 (91,7)	> 0,05
	Không	2 (10,5)	0 (0)	2 (8,3)	> 0,05

Xét trong phạm vi nghiên cứu của chúng tôi, nhóm chứng là nhóm ON, dự phòng bằng ondansetron đơn thuần có tỷ lệ BNNSPT là 38,5%.

Nhóm điều trị là nhóm DO, dự phòng bằng ondansetron được kết hợp thêm dexamethason có tỉ lệ BNNSPT là 17,4%. Kết hợp dexamethason với ondansetron để dự phòng làm giảm nguy cơ BNNSPT tuyệt đối 21,1% và giảm nguy cơ BNNSPT tương đối 54,8%. Cần dự phòng cho 5 bệnh nhân để giảm 1 trường hợp BNNSPT.

Thời gian ra khỏi hồi tỉnh là $8,1 \pm 1,9$ giờ và thời gian ăn uống trở lại là $5,3 \pm 1,3$ giờ, các khoảng thời gian này của nhóm ON dài hơn so với nhóm DO, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 4). Tỉ lệ chung xuất hiện các tác dụng không mong muốn là 4,6%. Nhức đầu, chóng mặt và ngủ gà (tác dụng an thần) đều xuất hiện ở cả 2 nhóm.

Bảng 4. Thời gian lưu hồi tỉnh và thời gian ăn uống trở lại

Thời gian	Nhóm ON (n=109), ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm DO (n=109), ($\bar{X} \pm SD$)	Chung (n=218), ($\bar{X} \pm SD$)	p
Lưu hồi tỉnh (giờ)	$8,4 \pm 2,0$	$7,4 \pm 1,6$	$8,1 \pm 1,9$	$< 0,05$
Ăn uống trở lại (giờ)	$5,6 \pm 1,4$	$5,1 \pm 1,2$	$5,3 \pm 1,3$	$< 0,05$

Bệnh nhân có tiền sử NSPT và/hoặc BNNSPT của người thân cận có nguy cơ cao gấp 8,69 lần có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với độ tin cậy 95%CI (4,46 - 16,90) so với không có. Thời gian phẫu thuật ≥ 50 phút làm tăng nguy cơ cao gấp 5,19 lần có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), với độ tin cậy 95%CI (2,78 - 9,69) so với < 50 phút. Sử dụng morphin giảm đau sau mổ có nguy cơ cao gấp 3,25 lần có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), với độ tin cậy 95%CI (1,35 - 7,84) so với không sử dụng (Bảng 5).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến thất bại của liệu pháp dự phòng

Thông số	Buồn nôn, nôn Có	Buồn nôn, nôn Không	OR	95%CI	p
Tiền sử BNNSPT	Có	41 (57,7)	30 (42,3)	8,69	4,46 - 16,90
	Không	20 (13,6)	127 (86,4)		
Thời gian phẫu thuật	≥ 50 phút	51 (47,2)	57 (52,8)	5,19	2,78 - 9,69
	< 50 phút	10 (9,1)	100 (90,9)		
	Sử dụng morphin	12 (52,2)	11 (47,8)		
	Không	49 (25,1)	146 (74,9)		

Các yếu tố khác như thời gian phẫu thuật ≥ 30 phút, ASA I, chỉ số khối cơ thể BMI, giới tính, liều fentanyl và dịch truyền sử dụng trong gây mê và sử dụng giải giãn cơ không ảnh hưởng đến hiệu quả của liệu pháp dự phòng ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ BNNSPT trong giai đoạn 0 - 24 giờ ở nhóm DO là 17,4%, thấp hơn đáng kể so với nhóm ON là 38,5% ($p < 0,05$). Tỉ lệ BNNSPT trong các giai đoạn 0 - 6 giờ, 7 - 12 giờ và 13 - 24 giờ sau phẫu thuật là 6,4% so với 11,0%, 9,2% so với 21,1% và 1,8% so với 6,4% tương ứng

với nhóm DO so với nhóm ON. Tuy nhiên, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn 7 - 12 giờ ($p < 0,05$) (Bảng 2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khá tương đồng so với kết quả của nghiên cứu khác về dự phòng BNNSPT kết hợp dexamethason và ondansetron cho trẻ em cắt a-mi-đan hoặc chỉnh hình tật mắt lác [2]. Tỉ lệ buồn nôn là 15,6% so với 38,5% và nôn là 4,6% so với 12,8% tương ứng với nhóm DO và nhóm ON, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 2). Kết quả chứng tỏ nhóm sử dụng dexamethason kết hợp ondansetron có tác dụng dự phòng BNNSPT tốt hơn so với nhóm ondansetron đơn thuần trong 24 giờ đầu cho bệnh nhân có nguy cơ cao và rất cao.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng dexamethason kết hợp với ondansetron để dự phòng BNNSPT vì 2 thuốc này có tác dụng hỗ trợ lẫn nhau. Việc chỉ định liệu pháp dự phòng BNNSPT dựa vào đánh giá yếu tố nguy cơ. Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ không dự phòng hoặc chỉ dự phòng bằng một loại thuốc và theo dõi nếu có BNNSPT. Bệnh nhân có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên thì tiến hành liệu pháp dự phòng từ 2 thuốc trở lên. Ngoài ra còn có thể áp dụng các biện pháp khác để giảm tỉ lệ BNNSPT như gây mê tĩnh mạch toàn phần bằng propofol, điều trị đau đa mô thức để giảm hoặc không dùng morphin. Chúng tôi chọn thuốc tiêm tĩnh mạch một liều duy nhất 0,1 mg/kg ondansetron và dexamethason (tối đa 4 mg) dựa vào Hướng dẫn quản lý BNNSPT của Gan và cộng sự [3].

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành toàn bộ trên trẻ em cắt a-mi-đan có tuổi ≥ 4 năm. Thời gian phẫu thuật ≥ 30 phút chiếm tỉ lệ 93,6% và tiền sử NSPT của bệnh nhân và/hoặc BNNSPT của người thân cận chiếm tỉ lệ 32,6% chung cho cả 2 nhóm. Do đó, số trẻ có 3 yếu tố (nguy cơ cao) và 4 yếu tố (nguy cơ rất cao) chiếm tỉ lệ đa số với 95,7%. Trong đó, trẻ có 3 yếu tố chiếm 64,7%, có 4 yếu tố chiếm 30,7% và có 2 yếu tố (nguy cơ trung bình) chỉ chiếm 4,6%. Phân phối số yếu tố nguy cơ giữa các nhóm là tương tự nhau (Bảng 1). Như vậy, mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều có nguy cơ cao đến rất cao nên biện pháp dự phòng BNNSPT là quan trọng và thiết yếu.

Tỉ lệ BNNSPT của nhóm DO thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm ON; lần lượt là 7,2% so với 25,0% và 38,9% so với 77,4% tương ứng với số có 3 và 4 yếu tố nguy cơ; BNNSPT không xảy ra ở số có 2 yếu tố nguy cơ (Bảng 2). Kim và cộng sự nghiên cứu trên 2 nhóm gồm 2830 bệnh nhân có nguy cơ cao và rất cao nhận dexamethason 5 mg kết hợp với ondansetron 4 mg hoặc nhận giả dược. Kết quả cho thấy tỉ lệ BNNSPT giảm từ 47,3% xuống còn 19,4% ($p < 0,001$) ở nhóm có nguy cơ cao và giảm từ 61,3% xuống còn 28,3% ($p < 0,001$) ở nhóm có nguy cơ rất cao. Hwang và cộng sự nghiên cứu trên 96 bệnh nhân có nguy cơ rất cao với phương pháp dự phòng BNNSPT tương tự và vô cảm bằng gây mê tĩnh mạch toàn phần (TIVA). Kết quả cho tỉ lệ

BNNSPT trong 24 giờ đầu ở nhóm dự phòng là 8,33%, thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,027$) so với nhóm chứng là 29,17%.

Tỉ lệ chung xuất hiện các tác dụng không mong muốn là 4,6%. Nhức đầu, chóng mặt và ngủ gà (tác dụng an thần) đều xuất hiện ở cả 2 nhóm (Bảng 3). Phân phối các tác dụng không mong muốn này giữa 2 nhóm tương đồng nhau ($p > 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ các tác dụng không mong muốn chỉ chiếm tỉ lệ rất thấp; kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Splinter.

Về tỉ lệ thất bại của liệu pháp dự phòng, mặc dù đã được dự phòng bằng hai loại thuốc nhưng tỉ lệ thất bại vẫn còn cao. Ba yếu tố tiền sử NSPT và/hoặc BNNSPT của người thân cận, thời gian phẫu thuật từ 50 phút trở lên và sử dụng morphin sau phẫu thuật làm tăng nguy cơ thất bại của liệu pháp dự phòng, trong đó hai yếu tố sau có thể can thiệp được bằng cách rút ngắn thời gian gây mê phẫu thuật để giảm thời gian tiếp xúc với thuốc mê, áp dụng giảm đau đa mô thức để giảm hoặc không sử dụng morphin để hạn chế thất bại của liệu pháp dự phòng.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu dự phòng buồn nôn và nôn sau phẫu thuật trên 225 trẻ phẫu thuật cắt a-mi-đan

chúng tôi nhận thấy sử dụng dexamethason kết hợp với ondansetron có hiệu quả dự phòng BNNSPT cắt a-mi-đan ở trẻ em cao hơn ondansetron đơn thuần và có tác dụng không mong muốn thấp. Các yếu tố gồm tiền sử NSPT và/hoặc BNNSPT của người thân cận, thời gian phẫu thuật từ 50 phút trở lên và sử dụng morphin sau phẫu thuật làm tăng nguy cơ thất bại của liệu pháp dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bowhay A.R, May H.A, Rudnicka A.R et al (2001). A randomized controlled trial of the antiemetic effect of three doses of ondansetron after strabismus surgery in children. *Paediatric Anaesthesia*, 11(2), 215-21.
2. Budhiraja G., Gupta M., Singh P. (2015). The effect of dexamethasone on post - operative nausea and vomiting in patients who underwent tonsillitis surgery at the adesh institute of medical science and research university. *Journal of Evidence Based Medicine & Healthcare*, 2(35), 5360-66.
3. Gan T.J, Diemunsch P., Habib A.S et al (2014). Consensus Guidelines for the Management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 118(1), 85-113.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH MŨI XOANG BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

TRẦN ANH THƯ, NGHIÊM ĐỨC THUẬN
Học viện Quân y

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa hình ảnh nội soi mũi xoang và chụp cắt lớp vi tính mũi xoang bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. 51 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm mũi xoang mạn tính tại Bộ môn khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 11/2016-04/2017. Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi và chụp cắt lớp vi tính mũi xoang. Thu thập và phân tích các triệu chứng lâm sàng, đánh giá nội soi tính điểm theo thang điểm Lund-Kennedy và hình ảnh cắt lớp vi tính theo thang điểm của Lund – Mackay. **Kết quả:** Thang điểm Lund-Kennedy có mối tương quan với thang điểm Lund- Mackay với hệ số tương quan $r = 0,37$ ($p < 0,05$).

Nội soi và CLVT mũi xoang có sự tương đồng cao trong đánh giá dị hình vách ngăn, bất thường môm móc, bóng sàng và polyp với hệ số $\kappa > 0,6$

($p < 0,01$). **Kết luận:** Có sự tương quan mức độ vừa giữa nội soi mũi và CLVT mũi xoang. Sự tương đồng cao giữa nội soi mũi và CLVT mũi xoang trong chẩn đoán dị hình vách ngăn, bất thường môm móc, bóng sàng và polyp.

Từ khóa: Viêm mũi xoang mạn tính, nội soi mũi, CLVT mũi xoang, Lund- Kennedy, Lund- Mackay.

SUMMARY

STUDY OF THE CORRELATION BETWEEN NASAL ENDOSCOPY AND COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS

Objectives: To evaluate the correlation between endoscopy and computed tomography findings in patients with clinical diagnosis of chronic rhinosinusitis. **Methods:** Cross-sectional study, 51 patients diagnosed with chronic rhinosinusitis at the ENT department, 103 Military Hospital from 11/2016 to 4/2017. All studied patients were performed clinical examination, nasal endoscopy and computed tomography of rhinosinus. To collect data and analyze the clinical characteristics, assess the endoscopy procedure and score endoscopic findings based on the Lund Kennedy scale; score the CT scan findings based on the Lund Mackay scale. **Results:**

Chịu trách nhiệm: Trần Anh Thư

Email: dranhthub6@gmail.com

Ngày nhận: 26/4/2017

Ngày phản biện: 18/5/2017

Ngày duyệt bài: 30/5/2017

Ngày xuất bản: 20/6/2017