

Một mặt khác sự khác biệt về chủng tộc và đặc điểm các vòng nối động mạch có thể phù hợp cho hoàn cảnh này, nhóm người Châu Á với HTHS thường nghèo nàn các vòng nối mạch hơn<sup>3</sup> nên khi tình trạng hẹp, tắc mạch ở hệ này sẽ có mức độ tổn thương và hậu quả nặng hơn nhiều. Thực tế tại bệnh viện Bạch Mai, các bệnh nhân có tổn thương HTHS thường có tiên lượng rất xấu ngay cả khi được chẩn đoán và can thiệp kịp thời.

## V. KẾT LUẬN

Vai trò của cộng hưởng từ mạch não với chuỗi xung TOF 3D đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới. Đóng vai trò là một phương pháp không xâm lấn, chụp mạch não trên cộng hưởng từ 3.0 Tesla đã cung cấp hình ảnh toàn cảnh về hệ thống động mạch nội sọ, đồng thời có khả năng đánh giá được các tình trạng hẹp ở các động mạch nội sọ với tính chất và phân bố hẹp đa dạng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang S, Zhou Y, Zhang Y et al. Prevalence and risk factors of asymptomatic intracranial arterial stenosis in a community-based population of Chinese adults. *Eur J Neurology*. (2013); 20(11):1479 - 1485.
2. Edelstein WA, Glover GH, Hardy CJ, Redington RW. The intrinsic signal-to-noise ratio in NMR imaging. *Magnetic resonance in medicine*. Aug (1986);3(4):604-18. Doi:10.1002/mrm.1910030413
3. Lê Đình Toàn. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh vữa xơ hẹp tắc động mạch trong sọ trên phim cộng hưởng từ 3.0 Tesla ở bệnh nhân nhồi máu não. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108; (2016).
4. Owen B. Samuels, Gregg J et al. A Standardized Method for Measuring Intracranial Arterial Stenosis. *AJNR Am J Neuroradiol*. (2000);21(4):643 -646.
5. Sadikin C, Teng MM, Chen TY, et al. The current role of 1.5T non-contrast 3D time-of-flight magnetic resonance angiography to detect intracranial steno-occlusive disease. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*. Sep (2007);106(9):691-9. Doi:10.1016/s0929-6646(08)60030-3
6. Phạm Thị Ngọc Quyên và cộng sự. Đặc điểm tổn thương thanh mạch trên cộng hưởng từ độ phân giải cao ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ có hẹp động mạch nội sọ. *Y Học Tp Hồ Chí Minh*. (2021);25(2):62- 68.
7. Marquardt L, Kuker W, Chandratheva A, Geraghty O, Rothwell PM. Incidence and prognosis of > or = 50% symptomatic vertebral or basilar artery stenosis: prospective population-based study. *Brain : a journal of neurology*. Apr (2009);132(Pt 4):982-8. Doi:10.1093/brain/awp026
8. Holmstedt CA, Turan TN, Chimowitz MI. Atherosclerotic intracranial arterial stenosis: risk factors, diagnosis, and treatment. *The Lancet Neurology*. Nov (2013);12(11):1106-14. Doi:10.1016/s1474-4422(13)70195-9
9. Radwan MEM, Aboshaera KO. Magnetic resonance angiography in evaluation of acute intracranial steno-occlusive arterial disease. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2016/09/01/ (2016);47(3):903-908. Doi:https://doi.org/10.1016/j.ejrnm.2016.05.023

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LÀM SẠCH CỦA SIMETHICONE CÓ KẾT HỢP FORTTRANS TRONG CHUẨN BỊ NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TOÀN BỘ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lương Thị Mai Hương<sup>1</sup>, Đào Việt Quân<sup>1</sup>, Trần Quốc Tiên<sup>1</sup>,  
Đào Việt Hằng<sup>1,2</sup>, Lê Quang Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thảo<sup>1</sup>,  
Hoàng Bảo Long<sup>3</sup>, Vũ Thị Vụng<sup>3</sup>, Lâm Ngọc Hoa<sup>3</sup>, Đào Văn Long<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên đánh giá mức độ làm sạch bọt ở đại tràng khi kết hợp simethicone. Bệnh nhân nội soi đại tràng (NSĐT) trong ngày được phân vào nhóm can thiệp (có

sử dụng simethicone) hoặc nhóm chứng (không sử dụng simethicone) và được đánh giá mức độ sạch bọt bằng thang điểm McNally. Tổng cộng có 380 người tham gia, trong đó 192 người ở nhóm can thiệp. Tỷ lệ tuân thủ uống thuốc theo đúng thời gian hướng dẫn (2-3 giờ) cao hơn ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (53,7% so với 41,5%; p=0,04). Tỷ lệ tự đánh giá nước phân sạch hoàn toàn ở lần vệ sinh cuối cùng cũng cao hơn ở nhóm can thiệp (99% so với 91%; p=0,03). Tỷ lệ sạch bọt ở nhóm can thiệp (100%) cao hơn nhóm chứng (khoảng 40%) ở tất cả các đoạn đại tràng. Trong nghiên cứu này, kết hợp simethicone trong chuẩn bị NSĐT tăng hiệu quả làm sạch bọt ở đại tràng.

**Từ khóa:** simethicone, nội soi đại tràng, chuẩn bị nội soi đại tràng.

<sup>1</sup>Trung tâm nội soi can thiệp- Bv Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hóa, gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Mai Hương

Email: huong88hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.9.2022

Ngày duyệt bài: 23.9.2022

**SUMMARY****QUALITY OF BOWEL PREPARATION FOR COLONOSCOPY BY COMBINING SIMETHICONE WITH FORTTRANS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

This randomized controlled trial determined the quality of bowel cleansing when combining with simethicone. Patients who would undergo total colonoscopy on the same day of checkup were randomly assigned to intervention (with simethicone) or control arm (without simethicone) and quality of bowel cleansing was assessed by the McNally scale. Among 380 participants, 192 were assigned to the intervention arm. The proportion of patients who completed the regimen for bowel preparation with the instructed duration (2-3 hours) was higher in the intervention arm than in the control arm (53.7% vs. 41.5%,  $p=0.04$ ). The proportion of self-report clean bowel preparation was higher in the intervention arm (99% vs. 91%,  $p=0.03$ ). The proportion of good bowel cleansing in the intervention arm (100%) was higher in the control arm (around 40%) in all three colon segments. In this trial, adding simethicone to bowel preparation improved the effectiveness of bowel preparation.

**Keywords:** simethicone, colonoscopy, bowel preparation.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nội soi đại tràng (NSĐT) toàn bộ được coi là phương pháp thăm dò quan trọng nhất để chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường tiêu hóa dưới. Để quá trình NSĐT được thực hiện một cách thuận lợi và tránh bỏ sót tổn thương, việc làm sạch lòng đại tràng đóng vai trò hết sức quan trọng. Ngoài việc đại tràng chuẩn bị chưa sạch, bọt cũng là một trong những nguyên nhân chính gây cản trở cho quá trình quan sát tổn thương ở niêm mạc đại tràng, làm ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc soi và kết quả chẩn đoán bệnh. Dù người bệnh đã tuân thủ hướng dẫn nhịn ăn uống và sử dụng thuốc nhưng bọt vẫn có thể che lấp các tổn thương nhỏ như polyp, tổn thương viêm, loét, v.v. [4][6]. Thuốc làm sạch đại tràng được sử dụng phổ biến hiện nay là dung dịch polyethylene glycol với biệt dược là Fortrans, thuốc làm tan bọt an toàn được dùng rộng rãi trên thế giới là simethicone. Bổ sung thêm simethicone trong chuẩn bị NSĐT đã được chứng minh giúp làm tan bọt, tăng khả năng quan sát tổn thương [4][6]. Tại Việt Nam, chưa có nhiều dữ liệu về việc kết hợp simethicone trong làm sạch đại tràng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nhằm xác định hiệu quả làm sạch bọt của simethicone trong chuẩn bị NSĐT.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng và thời gian nghiên cứu:** người bệnh đến khám và có chỉ định NSĐT toàn bộ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 05/2022 đến tháng 06/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh có độ tuổi từ 18 đến 60, cân nặng > 40kg, đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Người bệnh đến khám, được chỉ định NSĐT toàn bộ trong ngày và được hướng dẫn uống thuốc Fortrans để chuẩn bị NSĐT tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh đã phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng hoặc nghi ngờ tắc ruột, thủng; có táo bón nặng; không tuân thủ theo đúng hướng dẫn; có bệnh lý tâm thần hoặc không có khả năng tự quyết định; có bệnh lý nội khoa nặng, chưa ổn định, đang có bệnh lý cấp tính; phụ nữ có thai, đang cho con bú.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên, mù đơn.

**Can thiệp nghiên cứu:** Người bệnh nghiên cứu được hướng dẫn chuẩn bị NSĐT theo thường quy và sử dụng thuốc làm sạch đại tràng là 3 gói Fortrans, mỗi gói pha với 1 lít nước lọc, uống trong vòng 3 giờ. Nhóm can thiệp sử dụng thêm simethicone 40 mg/mL (1 lọ EspumisanL 30 mL) pha với 1 lít nước uống sau khi đã kết thúc uống Fortrans [3][4].

**Phân ngẫu nhiên và làm mù:** Người bệnh được phân ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp hoặc nhóm chứng với tỉ số 1:1 bằng cách bốc thăm phong bì ngẫu nhiên. Danh sách phân nhóm ngẫu nhiên được chuyên gia thống kê tạo ra và được đóng trong các phong bì ngẫu nhiên theo thứ tự, sử dụng loại phong bì không cho ánh sáng xuyên để che giấu thứ tự ngẫu nhiên. Nghiên cứu mù đơn với bác sĩ nội soi đánh giá kết quả làm sạch đại tràng: các bác sĩ này sẽ không biết người bệnh được phân vào nhóm nào.

**Kết cục chính:** Kết cục chính của nghiên cứu là mức độ bọt ở đại tràng được đánh giá trong quá trình NSĐT. Kết cục được đo bằng thang điểm McNally, bao gồm bốn mức độ từ A đến D; nếu mức độ bọt được đánh giá là A hoặc B thì người bệnh được coi là sạch bọt, còn lại được coi là không sạch bọt [5].

**Quy trình thu thập dữ liệu:** Sau khi được sàng lọc đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, người bệnh được lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu. Chỉ người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu mới được phân ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm. Tất cả người bệnh đều được thu thập thông tin chung và dữ liệu về các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ làm sạch. Sau đó, người bệnh thực hiện chuẩn bị NSĐT theo hướng dẫn. Kết thúc chuẩn

bị NSĐT, người bệnh sẽ được đánh giá mức độ tuân thủ hướng dẫn. Những người bệnh đủ điều kiện sẽ được tiến hành NSĐT. Mức độ sạch bọt được đánh giá trong quá trình NSĐT và được đổi chiều lại bởi một bác sĩ nội soi có kinh nghiệm đánh giá lại các hình ảnh nội soi.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Giả sử tỉ lệ sạch bọt bằng Fortrans đơn thuần là 85% [2], và khi kết hợp với simethicone, tỉ lệ này tăng lên 95% (tăng 10%). Với mức ý nghĩa thống kê 95% và lực kiểm định 80%, cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 141. Để dự phòng các bệnh nhân không tiến hành nội soi đại tràng được do các lý do khác nhau, nhóm nghiên cứu dự kiến lấy 200 người bệnh cho mỗi nhóm, tổng cộng 400 người bệnh tham gia vào nghiên cứu.

**Phân tích kết quả:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Biểu định tính được biểu diễn bằng số đếm (tỉ lệ phần trăm), biểu định lượng được biểu diễn bằng trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Các đặc điểm nền, mức độ tuân thủ hướng dẫn chuẩn bị đại tràng, và kết cục nghiên cứu được so sánh giữa hai nhóm. Nếu kiểm định thống kê,

test khi bình phương được sử dụng để so sánh cho biến định tính, và kiểm định t hoặc Mann-Whitney được sử dụng cho biến định lượng; giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận (số 721/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN).

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2022 đến tháng 06/2022, tổng cộng 400 bệnh nhân được thu tuyển và phân ngẫu nhiên. Chúng tôi loại trừ 18 trường hợp không tuân thủ dùng thuốc, 1 trường hợp bác sĩ dùng cuộc soi, và 1 trường hợp người bệnh hủy lịch soi (tổng cộng 20 người bệnh). Phân tích cuối cùng bao gồm 192 người bệnh ở nhóm can thiệp và 188 người bệnh ở nhóm chứng (tổng cộng 380 người). Người bệnh tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là  $44,5 \pm 8,9$ , và 45,5% là nữ. 147 (38,6%) bệnh nhân có tiền sử nội soi đại tràng. Nhóm chứng và nhóm can thiệp tương đồng về tất cả các đặc điểm nền (Bảng 1).

**Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh tham gia nghiên cứu.**

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=192)		Nhóm chứng (n=188)		p
	n	%	n	%	
<b>Nhóm tuổi:</b> 18-30	15	7,8	18	9,6	0,10*
31-40	52	27,1	45	23,9	
41-50	67	34,9	60	31,9	
51-60	58	30,2	65	34,6	
<b>Tuổi</b> (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	44,2 $\pm$ 9,2		45,0 $\pm$ 8,9		0,15**
<b>Giới tính:</b> Nữ	75	39,1	98	52,1	0,08*
Nam	117	60,9	90	47,9	
<b>Trình độ học vấn</b>					
Dưới trung học phổ thông	145	75,5	132	70,2	0,10*
Trung học phổ thông trở lên	47	24,5	56	29,8	
<b>BMI:</b> Thiếu cân (<18,5)	21	10,9	16	8,5	0,06*
Bình thường (18,5-22,9)	96	50	102	54,3	
Thừa cân / béo phì (>22,9)	75	39,1	70	37,2	
<b>Tiền sử NSĐT</b>	71	37,0	76	40,4	<b>0,01*</b>

\*Kiểm định khi bình phương; \*\* Kiểm định t-test

Nhóm can thiệp và nhóm chứng có sự tương đồng về chế độ ăn uống trước khi chuẩn bị NSĐT (Bảng 2). So với nhóm chứng, nhóm can thiệp có tỉ lệ đi lại (81,8% so với 76,6%) và xoa bụng (47,9% so với 37,8%) cao hơn. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ uống hết thuốc và nước trong 2-3 giờ cũng cao hơn ở nhóm can thiệp (53,7% so với 41,5%). Tỷ lệ triệu chứng không mong muốn trong quá trình chuẩn bị NSĐT ở nhóm can thiệp cao hơn khoảng 3% so với nhóm chứng (10,4% so với 7,5%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 2. Mức độ tuân thủ hướng dẫn chuẩn bị NSĐT**

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=192)		Nhóm chứng (n=188)		p
	n	%	n	%	
<b>Phân loại thức ăn bữa ăn cuối</b>					

Lỏng	28	14,6	20	10,6	<b>0,04*</b>
Mềm	35	18,3	35	18,6	
Rắn	129	67,1	133	70,8	
<b>Lần ăn cuối có chất xơ:</b> Có	71	37,0	62	33,0	0,12*
Không	121	63,0	126	67,0	
<b>Lần cuối ăn hoa quả có hạt:</b> ≤2-3 ngày	31	16,1	79	42,0	0,01*
>2-3 ngày	161	83,9	109	58,0	
<b>Lần cuối uống nước có màu/có ga:</b> ≤2-3 ngày	99	51,6	95	50,5	0,13*
>2-3 ngày	93	48,4	93	49,5	
<b>Tuân thủ chế độ đi lại và xoa bụng (n=380)</b>					
Thường xuyên đi lại trong quá trình uống thuốc	157	81,8	144	76,6	0,18*
Thường xuyên xoa bụng trong thời gian uống thuốc	92	47,9	71	37,8	0,02*
<b>Thời gian uống thuốc (n=380)</b>					
Không tuân thủ (<2 giờ hoặc >3 giờ)	89	46,3	110	58,5	<b>0,04*</b>
Tuân thủ thời gian (2-3 giờ)	103	53,7	78	41,5	
<b>Số lần đi vệ sinh (n=380):</b> <8 lần hoặc >10 lần	77	40,1	89	47,3	0,04*
Bình thường (8-10 lần)	115	59,9	99	52,7	
<b>Triệu chứng không mong muốn</b>	20	10,4	14	7,5	0,09*

\*Kiểm định khi bình phương

Tỷ lệ người bệnh tự đánh giá là sạch trong lần vệ sinh cuối cùng (có nước phân trong, không cặn và vẩn đục) ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng (99% so với 91%,  $p < 0,05$ ) (Bảng 3). Trong khi ở nhóm chứng chỉ có khoảng 60% người bệnh được đánh giá sạch bọt bằng thang điểm Nally, toàn bộ 100% người bệnh ở nhóm can thiệp được đánh giá là sạch bọt trên NSĐT.

**Bảng 3. Kết quả làm sạch đại tràng**

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=192)		Nhóm chứng (n=188)		p	
	n	%	n	%		
Không sạch theo đánh giá của người bệnh	2	1,0	17	9,0	<b>0,03*</b>	
Sạch theo đánh giá của người bệnh	190	99,0	171	91,0		
<b>Mức độ sạch bọt ở ba đoạn đại tràng</b>						
Đại tràng phải	Mức A+B	192	100	111	59,0	<b>0,04***</b>
	Mức C+D	0	0	77	41,0	
Đại tràng ngang	Mức A+B	192	100	121	64,4	<b>0,03***</b>
	Mức C+D	0	0	67	35,6	
Đại tràng trái	Mức A+B	192	100	107	56,9	<b>0,04***</b>
	Mức C+D	0	0	81	43,1	

\*Kiểm định khi bình phương; \*\*\*Fisher exact test

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng này, chúng tôi đánh giá hiệu quả làm sạch bọt của việc kết hợp simethicone trong quá trình chuẩn bị NSĐT thường quy. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sạch bọt ở người bệnh sử dụng simethicone cao hơn đáng kể so với người bệnh ở nhóm chứng.

Theo nghiên cứu của tác giả Wah-Kheong Chan và cộng sự (2011), một trong những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng CBDT của người bệnh là việc không tuân thủ đúng theo hướng dẫn chuẩn bị NSĐT[7]. Kết quả ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ người bệnh tuân thủ dùng thuốc như uống đủ thuốc, uống đủ nước, thường xuyên đi lại, xoa bụng và thời gian uống thuốc từ 2 giờ trở lên ở

cả 2 nhóm đều cao. Tỷ lệ người bệnh uống thuốc theo đúng thời gian hướng dẫn (từ 2-3giờ) có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng ( $p=0,04$ ). Điều này cho thấy tác dụng chống đầy hơi của simethicone giúp người bệnh tuân thủ thời gian uống thuốc tốt hơn. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ chế độ ăn trước ngày nội soi đều thấp ở cả 2 nhóm với việc ăn thức ăn rắn, và có chất xơ. Nguyên nhân là toàn bộ bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được hẹn soi trong ngày, vì thế khó có thể hướng dẫn người bệnh chế độ ăn trước ngày nội soi.

Cùng với việc chuẩn bị NSĐT không sạch thì bọt cũng là một trong những nguyên nhân chính gây cản trở cho quá trình quan sát tổn thương ở niêm mạc đại trực tràng, làm ảnh hưởng trực

tiếp đến cuộc soi và kết quả chẩn đoán bệnh. Simethicone là thuốc có tác dụng chống tạo bọt, giảm đầy hơi, có độ an toàn cao và hiếm khi có tương tác thuốc [1], và là thuốc kết hợp với thuốc làm sạch đại tràng giúp cải thiện đáng kể việc quan sát tổn thương ở niêm mạc đại tràng. Kết quả cho thấy tỷ lệ sạch bọt dựa trên thang điểm Nally ở từng đoạn đại tràng ở nhóm can thiệp đều cao hơn rõ rệt nhóm chứng (100% sạch bọt ở cả 3 đoạn của đại tràng). Nhiều nghiên cứu cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Theo Trần Lý Thảo Vy cùng cộng sự (2019), tỷ lệ sạch bọt khi sử dụng simethicone là 100%[3]. Theo Sasinee Tongprasert cùng các cộng sự (2009), người bệnh sử dụng simethicone có tỷ lệ sạch bọt 100% so với 43,3% ở nhóm chứng ( $p < 0,0001$ )[6].

Với kết quả thu được, chúng tôi nhận thấy việc sử dụng thêm simethicone trong chuẩn bị NSĐT là một phương pháp có tính khả thi cao và hiệu quả tốt. Trong quá trình nội soi, bọt được làm sạch giúp cải thiện tầm nhìn, hỗ trợ chẩn đoán được chính xác, hạn chế việc bỏ sót các tổn thương.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ làm sạch bọt đại tràng ở nhóm sử dụng simethicone cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng. Bổ sung simethicone là phương pháp hỗ trợ chuẩn bị NSĐT có tính ứng dụng cao, đồng thời cải thiện đáng kể mức độ sạch bọt nên rất đáng

được cân nhắc áp dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở khám chữa bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế, Dược thư quốc gia Việt Nam**, Nhà xuất bản Y học (2018):1291-1292
2. **Đào Việt Quân, Đỗ Thị Việt Phương, Hoàng Anh Tú**, Đánh giá hiệu quả làm sạch của Fleet phosphor soda so với Fortrans trên người bệnh có chỉ định nội soi đại tràng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. 2017, Đề tài cơ sở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Lý Thảo Vy**. Nghiên cứu hiệu quả tan bọt của simethicone trong chuẩn bị nội soi tiêu hóa dưới. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019; tập 23 – số 1.
4. **David Kastenberg, MD et al.** The Effect on Colon Visualization During Colonoscopy of the Addition of simethicone to Polyethylene Glycol-Electrolyte Solution: A Randomized Single-Blind Study. *Clinical and Translational Gastroenterology* volume3, page26 (2012).
5. **McNally PR, Maydonovitch CL et al.** The effect of simethicone on colonic visibility after night-prior colonic lavage. A double-blind randomized study. *J Clin Gastroenterol.* 1989;**11**:650–652.
6. **Tongprasert S, Sobhonslidsuk A, Rattanasiri S.** Improving quality of colonoscopy by adding simethicone to sodium phosphate bowel preparation. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 3032–3037.
7. **Chan, W.K, et al.** Appointment waiting times and education level influence the quality of bowel preparation in adult patients undergoing colonoscopy. *BMC Gastroenterol* 2011; 28;11:86.

# SO SÁNH HIỆU QUẢ KHỞI MÊ, THOÁT MÊ VÀ TÁC DỤNG TRÊN TUẦN HOÀN GIỮA GÂY MÊ KẾT HỢP PROPOFOL TCI VỚI KETAMIN VÀ ETOMIDAT VỚI SEVOFLURAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Tú<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu này nhằm so sánh thời gian khởi mê, thời gian hồi tỉnh và ảnh hưởng trên nhịp tim, huyết áp giữa gây mê bằng propofol TCI kết hợp với Ketamin và Etomidat kết hợp với sevofluran ở người cao tuổi. 210 bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi, ASA I-II được ngẫu nhiên chia làm ba nhóm: nhóm 1 ( $n = 70$ ) khởi mê bằng propofol TCI (Target Controlled Infusion) đặt nồng độ đích tại huyết tương ( $C_p$ -plasma concentration); nhóm 2 ( $n = 70$ ) khởi mê bằng

propofol TCI đặt nồng độ đích tại não (Ce - effect site concentration). Cả nhóm 1 và nhóm 2 kết hợp ketamin 0,3 mg/kg, duy trì mê bằng propofol -TCI; nhóm 3 ( $n = 70$ ) khởi mê bằng etomidat truyền tĩnh mạch tốc độ 0,05 mg/kg/phút, duy trì mê bằng sevofluran. Ba nhóm cùng kết hợp fentanyl 3 $\mu$ g/kg; rocuronium 0,8mg/kg để đặt ống nội khí quản (NKQ). Kết quả: Thời gian chờ mất tri giác, đủ điều kiện đặt ống NKQ, thời gian khởi mê của nhóm 3 ngắn hơn so với nhóm 1 và nhóm 2 ( $p < 0,01$ ). Tại thời điểm trước khi đặt ống NKQ: huyết áp tâm thu, huyết áp trung bình của nhóm 1 thấp hơn so với nhóm 2 và nhóm 3 với  $p < 0,05$ ; Sau đặt ống NKQ: tần số tim, huyết áp tâm thu, huyết áp động mạch của nhóm 3 cao hơn so với nhóm 1, nhóm 2 và cao hơn so với thời điểm trước khi khởi mê ( $p < 0,001$ ). Thời gian đủ điều kiện rút ống NKQ của nhóm 1 và nhóm 2 ngắn hơn nhóm 3.

**Từ khóa:** Gây mê người cao tuổi, Propofol TCI; Ketamin; Etomidat.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Huyền

Email: huyengm.hd@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022