

(Preimplantation Genetic Testing –PGT) là sự kết hợp giữa kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (In vitro fertilization – IVF) với kỹ thuật chẩn đoán di truyền; qua đó giúp lựa chọn các phôi không mang gen bệnh để chuyển vào tử cung người mẹ, giúp người mẹ mang thai không bị bệnh và sinh con khỏe mạnh.

Hiện nay, có hai phương pháp chính để chẩn đoán bệnh là chẩn đoán trực tiếp và chẩn đoán gián tiếp. Với khoảng hơn 300 đột biến gen HBB đã được xác định, các phương pháp xác định trực tiếp sẽ gặp khó khăn trong quá trình tối ưu hóa phản ứng để xác định từng đột biến [4, 5]. Đặc biệt khi thực hiện trên sản phẩm WGA từ mẫu sinh thiết phôi nhằm phục vụ quy trình PGT-M, hiện tượng ADO và ngoại nhiễm có dẫn tới các kết quả sai, tỷ lệ này lên tới 30% [2]. Áp dụng bộ chỉ thị gồm các STR có tính đa hình cao và liên kết chặt chẽ với gen HBB, qua đó giúp xác định được sự di truyền của tổn thương gen, đồng thời kiểm soát được ngoại nhiễm và hiện tượng ADO là rất quan trọng trong quy trình PGT-M  $\beta$ -thalassemia. Theo Hiệp hội hỗ trợ sinh sản và phôi học Châu Âu (ESHRE) 2020 khuyến cáo, việc phối hợp sử dụng kỹ thuật chẩn đoán trực tiếp và gián tiếp là cần thiết trong quy trình PGT-M để tăng độ chính xác của chẩn đoán [2].

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo 1 trường hợp gia đình thực hiện kỹ thuật PGT-M với sự kết hợp của phương pháp trực tiếp và gián tiếp; qua đó phát hiện được hiện tượng ADO khiến chẩn đoán sai nếu chỉ đơn độc dựa vào kết quả trực

tiếp, thậm chí có thể dẫn tới việc không chuyển đúng phôi có kiểu gen bình thường cho người mẹ. Kết quả của nghiên cứu đã củng cố vững chắc vai trò quan trọng của phương pháp di truyền liên kết sử dụng các STR liên kết với gen HBB trong PGT-M bệnh  $\beta$ -thalassemia.

## V. KẾT LUẬN

Hiện tượng ADO gây chẩn đoán sai trong PGT. Do đó, việc áp dụng đồng thời phương pháp trực tiếp và gián tiếp trong PGT-M bệnh  $\beta$ -thalassemia là rất cấp thiết để khắc phục ADO và cải thiện độ chính xác của PGT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. L. Harton, M. De Rycke và cs. (2011)**, "ESHRE PGD consortium best practice guidelines for amplification-based PGD", Hum Reprod. 26(1), tr. 33-40.
2. **ESHRE PGT-M Working Group, Filipa Carvalho và cs. (2020)**, "ESHRE PGT Consortium good practice recommendations for the detection of monogenic disorders". 2020(3), tr. hoaa018.
3. **Douglas R Higgs, James Douglas Engel và George Stamatoyannopoulos (2012)**, "Thalassaemia", The lancet. 379(9813), tr. 373-383.
4. **Raffaella Origa (2018)**, "Beta-thalassaemia", GeneReviews@[Internet], University of Washington, Seattle.
5. **Shahid Raza, Sahrish Farooqi và cs. (2016)**, "Beta thalassaemia: prevalence, risk and challenges". 2(1), tr. 5-7.
6. **DJ Weatherall và John B %J Bulletin of the World Health Organization Clegg (2001)**, "Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem". 79, tr. 704-712.

## ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ THUẬN LỢI CỦA PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN BẰNG PHƯƠNG PHÁP AN THẦN ĐÍCH PROPOFOL (TCI)

Mai Đức Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Bình<sup>2</sup>, Vũ Doãn Tú<sup>2</sup>,  
Trần Đắc Tiệp<sup>1</sup>, Lê Tịnh<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ thuận lợi của phẫu thuật răng khôn bằng phương pháp target controlled infusion (TCI) propofol. **Đối tượng và Phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng. Tiến hành trên 60 bệnh nhân nhổ răng khôn,

tuổi 16 - 50, ASA I, II. Nhóm 1 (n = 30): Gây mê toàn thân để tiến hành phẫu thuật tại khoa Gây mê, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Nhóm 2 (n = 30): Sử dụng nồng độ propofol an thần theo đích tại não (Ce) bằng propofol 10%. Phương pháp đánh giá: đặc điểm chung, mức độ khó phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo pedersen, thời gian phẫu thuật, mức độ cử động của bệnh nhân theo Ellis, mức độ an thần OAA/S, tổng liều lidocain, mức độ hài lòng của phẫu thuật viên theo VAS. **Kết quả:** Nhóm 2 có tuổi trung bình là 27,17 ± 9,27 năm tương đương nhóm 1 là 27,33±8,62 năm (p>0,05); cân nặng trung bình nhóm 2 là 56,67 ± 10,37 kg tương đương nhóm 1 là 55,46 ± 10,15kg (p>0,05); tổng liều thuốc tê lidocain là 205.9 ± 24.95mg tương đương nhóm 1 là 191.1 ± 31.14mg (p>0,05). Nhóm 2 có tổng liều propofol

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Hạnh

Email: maiduchanh5992@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020

Ngày duyệt bài: 10.12.2020

trung bình là  $107.27 \pm 13.86$  mg thấp hơn nhóm 1 có tổng liều propofol trung bình là  $278.5 \pm 73.31$  ( $p < 0.05$ ), mức an thần nhóm 1 cho phép phẫu thuật ( $5 > OAA/S \geq 3$ ), 2 nhóm có mức độ khó của răng như nhau thời gian phẫu thuật của 2 nhóm tương đương nhau ( $p > 0.05$ ), Số bệnh nhân cử động khác nhau không có ý nghĩa ( $p > 0.05$ ), Mức độ rất hài lòng của PTV ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 ( $p < 0.05$ ). **Kết luận:** sử dụng phương pháp an thần đích propofol trong phẫu thuật nhổ răng khôn cho hiệu quả an thần tốt, tạo thuận lợi cho phẫu thuật viên.

**Từ khóa:** Target controlled infusion, propofol, phẫu thuật nhổ răng khôn.

## SUMMARY

### EVALUATION THE CONVENIENCE OF TARGET CONTROLLED INFUSION (TCI) USING PROPOFOL FOR WISDOM TEETH EXTRACTION PROCEDURE

**Objective:** Evaluation the convenience of target controlled infusion (TCI) using propofol for wisdom teeth extraction procedure. **Objective Summary:** To evaluate the advantage of third molar surgery using the target controlled infusion (TCI) by propofol method. **Subjects and Methods:** Clinical, randomized controlled trial. Conducted on 60 patients with third molar extraction, aged 16-50, ASA I, II. Group 1 ( $n = 30$ ): General anesthesia to perform surgery at the Anesthesia Department, Hanoi Central Dental Hospital. Group 2 ( $n = 30$ ): Using the target brain sedative propofol concentration ( $C_e$ ) by 10% propofol. **Assessment methods:** general characteristics, degree of difficulty in lower third molar surgery according to pedersen, surgery time, patient movement level according to Ellis, level of sedation OAA / S, total lidocaine dose, degree Surgeons' satisfaction according to VAS. **Results:** Group 2 has an average age of  $27.17 \pm 9.27$  years, equivalent to group 1 is  $27.33 \pm 8.62$  years ( $p > 0.05$ ); The average weight of group 2 was  $56.67 \pm 10.37$  kg, equivalent to group 1 was  $55.46 \pm 10.15$  kg ( $p > 0.05$ ); total dose of lidocaine anesthetic was  $205.9 \pm 24.95$  mg equivalent to group 1 was  $191.1 \pm 31.14$ mg ( $p > 0.05$ ). Group 2 had a total mean propofol of  $107.27 \pm 13.86$  mg, which was lower than group 1 with mean total propofol of  $278.5 \pm 73.31$  ( $p < 0.05$ ), and group 1 sedation levels allow ( $5 > OAA / S \geq 3$ ), 2 group has a way of hard Falence as the way of the time of the 2 group is the same ( $p > 0.05$ ), No means ( $p > 0.05$ ), The level of PTV very satisfied in group 2 is higher than group 1 ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Using propofol TCI for third molar surgery has good sedative effect, facilitating surgeons..

**Keywords:** target controlled infusion, propofol, wisdom teeth extraction procedure.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nhổ răng khôn (răng số 8) là phẫu thuật thường gặp trong nha khoa. Lí do bệnh nhân đến phẫu thuật chủ yếu là: do sưng, đau 87,50% và tái phát nhiều lần 96,43% [1]. Mức độ khó của phẫu thuật là: khó ít

(9,09%); khó trung bình 77,27%; rất khó 13,64% [2]. Các cản trở răng mọc thường do kẹt răng số 7 kề bên 25,52%, do xương hàm dưới 23,44%[1]. Phương pháp vô cảm thường dùng là gây tê tại chỗ tuy nhiên phương pháp này có thể làm cho bệnh nhân sợ đau, lo lắng, khó chịu ít nhiều ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật. Với những phẫu thuật răng khôn khó, phức tạp, bệnh nhân được gây mê nội khí quản tạo thuận lợi cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật [3]. Phương pháp TCI (an thần nồng độ đích) là kết hợp an thần trong vô cảm tại chỗ nhằm làm cho bệnh nhân thư giãn, giảm lo lắng, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên khi thao tác, rút ngắn thời gian phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: *Đánh giá mức độ thuận lợi của phẫu thuật răng khôn bằng phương pháp an thần đích propofol (TCI).*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân nhổ răng khôn, tuổi 16 - 50, ASA I, II. Nhóm 1 ( $n = 30$ ): Gây mê toàn thân để tiến hành phẫu thuật tại khoa Gây mê, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Nhóm 2 ( $n = 30$ ): Sử dụng nồng độ propofol an thần theo đích tại não ( $C_e$ ) bằng propofol 10%.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng: Nhóm 2 ( $n=30$ ): nhóm nghiên cứu, sử dụng TCI propofol. Nhóm 1 ( $n = 30$ ): nhóm chứng, gây mê nội khí quản.

#### 2.2.2. Phương pháp tiến hành

- *Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, phương tiện:* Khám và giải thích cho người bệnh về nguyên tắc, phương pháp dùng an thần TCI; chuẩn bị các phương tiện và thuốc hồi sức cấp cứu hô hấp, tuần hoàn.. .; máy Monitoring điện tim theo dõi: tần số tim, huyết áp của cả hai nhóm; thuốc nghiên cứu: propofol 1%, lidocain 2% có epinephrine 1/100 000; bơm tiêm điện TCI (Perfusor fm B/Braun) của Đức.

#### - Phương pháp vô cảm:

**Nhóm 1:** gây mê nội khí quản; khởi mê: tiêm tĩnh mạch Propofol 2,5 mg/kg + Fentanyl 4 mcg/kg + Esmeron 0,6 mg/kg và đặt nội khí quản sau 1 phút; duy trì mê: duy trì TCI propofol 10 % liều 2,5 mcg/ml; kết thúc mê: tắt thuốc mê khi kết thúc phẫu thuật.

**Nhóm 2:** an thần đích bằng propofol; đặt chế độ TCI propofol theo cân nặng, tùy chỉnh theo đáp ứng của bệnh nhân. Trong phẫu thuật duy trì từ 0,8mcg/ml đến 1,2mcg/ml; cả hai

nhóm kết hợp gây tê tại chỗ bằng lidocain 2% có epinephrin 1/100.000 liều đầu 2 - 4 mg/kg, sau 5 phút tiến hành phẫu thuật; trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân đau có thể thêm lidocain tùy theo đáp ứng của bệnh nhân (tổng liều lidocain < 6 mg/kg).

**- Phương pháp đánh giá:** Tất cả các bệnh nhân phẫu thuật nhỏ răng khôn đều được tiến hành do một phẫu thuật viên có kinh nghiệm; đánh giá mức độ an thần của bệnh nhân trong phẫu thuật theo OAA/S; đánh giá các cử động bất thường của bệnh nhân trong phẫu thuật; tổng liều lidocain sử dụng; mức độ khó của phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo pedersen; thời gian phẫu thuật: tính từ lúc tiêm tê đến khi kết thúc khâu đóng niêm mạc; đánh giá mức độ hài lòng của phẫu thuật viên theo VAS: hỏi sau phẫu thuật (điểm từ 0 đến 10; 0 - 2: không hài lòng; 2 - 4: hài lòng ít; 4 - 6: hài lòng vừa; 6 - 8: hài lòng nhiều; 8 - 10: rất hài lòng).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.**

Nhóm 2 có tuổi trung bình là 27,17 ± 9,27 năm tương đương nhóm 1 là 27,33 ± 8,62 năm (p>0,05); cân nặng trung bình nhóm 2 là 56,67 ± 10,37 kg tương đương nhóm 1 là 55,46 ± 10,15 kg (p>0,05); tổng liều thuốc tê lidocain là 205.9 ± 24.95 mg tương đương nhóm 1 là 191.1 ± 31.14mg (p>0,05). Nhóm 2 có tổng liều propofol trung bình là 107.27 ± 13.86mg thấp hơn nhóm 1 có tổng liều propofol trung bình là 278.5 ± 73.31 (p<0,05)

**3.2. Đánh giá mức độ thuận lợi của phẫu thuật ở hai nhóm**

**3.2.3. Mức độ khó của phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo Pedersen**

**Bảng 3. Mức độ khó của phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo Pedersen**

Mức độ khó phẫu thuật	Nhóm 1 (n = 30)				Nhóm 2 (n = 30)				p
	Răng 38		Răng 48		Răng 38		Răng 48		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Khó ít	2	6,67	3	10	3	10	4	13,33	> 0,05
Khó vừa	24	79,99	24	79,99	23	76,67	24	79,99	
Rất khó	4	13,33	3	10	4	13,33	2	6,67	

**Nhận xét:** Mức độ khó ở hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

**3.2.4. Thời gian tiến hành phẫu thuật ở hai nhóm**

**Bảng 4. Thời gian tiến hành phẫu thuật**

Thời gian GM/AT và PT (phút)	Nhóm 1 (n = 30)	Nhóm 2 (n = 30)
$\bar{x} \pm SD$	38,96 ± 6,75	36,66 ± 4,17
<b>p</b>	< 0,05	

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật ở hai nhóm tương đương nhau (p > 0,05) .

**3.2.5. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên**

**Bảng 5. Đánh giá mức độ hài lòng của phẫu thuật viên**

Mức độ hài lòng	Nhóm 1 (n = 30)		Nhóm 2 (n = 30)		p
	n	(%)	n	(%)	
Không hài lòng	0	0	0	0	

**thuật ở hai nhóm**

**3.2.1. Đánh giá mức độ an thần của bệnh nhân trong phẫu thuật theo OAA/S**

**Bảng 1. Mức độ an thần của bệnh nhân trong phẫu thuật theo OAA/S**

Thời điểm	Nhóm 1 (n=30) $\bar{x} \pm SD$	Nhóm 2 (n=30) $\bar{x} \pm SD$	p
T <sub>0</sub>	5 ± 0	5 ± 0	>0,05
T <sub>1</sub>	1 ± 0	3,96 ± 0,18	<0,05
T <sub>2</sub>	1 ± 0	3,63 ± 0,61	<0,05
T <sub>3</sub>	1 ± 0	3,8 ± 0,55	<0,05
T <sub>4</sub>	1 ± 0	3,66 ± 0,6	<0,05
T <sub>5</sub>	1 ± 0	3,7 ± 0,46	<0,05
T <sub>x</sub>	5 ± 0	5 ± 0	<0,05

**Nhận xét:** Tại thời điểm trước phẫu thuật 5 phút T<sub>0</sub> mức độ an thần của 2 nhóm tương đương nhau (p>0,05). Từ thời điểm phẫu thuật T<sub>1</sub> đến T<sub>5</sub> nhóm 1 gây mê hoàn toàn, nhóm 2 an thần (5 > OAA/S > 3) cho phép phẫu thuật. (p<0,05). Tại thời điểm xuất khoa T<sub>x</sub> mức độ an thần (OAA/S = 5) hai nhóm hoàn toàn tỉnh táo (p>0,05).

**3.2.2. Số bệnh nhân cử động trong phẫu thuật**

**Bảng 2. Số lần cử động cản trở phẫu thuật**

Mức độ cử động của bệnh nhân	Nhóm 1 (n = 30)		Nhóm 2 (n = 30)		p
	n	(%)	n	(%)	
Không cử động	30	100	29	96,67	> 0,05
Cử động	0	0	1	3,33	

**Nhận xét:** Mức độ cử động nhóm 2 cao hơn (3,33%) nhóm 1 (0%) không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

<b>Hài lòng</b>	28	93,30	20	66,67	< 0,05
<b>Rất hài lòng</b>	2	6,70	10	33,33	

**Nhận xét:** Nhóm TCI có mức độ rất hài lòng (33,33%) cao hơn so với nhóm gây mê (6,7%) với ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Mức độ thuận lợi của phẫu thuật dựa trên các yếu tố đó là mức độ an thần, số lần bệnh nhân cử động cản trở phẫu thuật, độ khó của phẫu thuật, thời gian làm phẫu thuật và mức độ hài lòng của phẫu thuật viên

**4.1. Mức độ an thần trong phẫu thuật của bệnh nhân theo OAA/S.** Kết quả ở bảng 1 cho thấy tại thời điểm trước phẫu thuật  $T_0$  và chuẩn bị xuất khoa  $T_x$  bệnh nhân giữa 2 nhóm tỉnh táo ( $OAA/S = 5$ ) ( $p > 0,05$ ), thời gian phẫu thuật từ  $T_1$  đến  $T_5$  nhóm 1 mê hoàn toàn, nhóm 2 ( $5 > OAA/S \geq 3$ ) ( $p < 0,05$ ) mức an thần đủ cho phẫu thuật.

Nguyễn Quang Bình (2018) nghiên cứu TCI bằng propofol ở bệnh nhân tháo nẹp vít xương gò má có mức độ an thần theo OAA/S ở các thời điểm  $T_0$  và  $T_x$  ( $OAA/S = 5$ ) tại các thời điểm phẫu thuật  $T_1$  đến  $T_x$  ( $5 > OAA/S \geq 3$ ). Không có bệnh nhân nào an thần quá sâu ( $OAA/S \leq 2$ ) [4]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả.

**4.2. Số bệnh nhân cử động trong phẫu thuật.** Kết quả bảng 2 cho thấy số bệnh nhân không cử động trong phẫu thuật với mức tốt ở nhóm TCI (96,67%) thấp hơn không có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) so với nhóm GM (100%). Như vậy, ở nhóm TCI tác dụng an thần của propofol giúp bệnh nhân hợp tác tốt, thoải mái, dễ dàng chấp nhận và phẫu thuật được thuận lợi gần tương tự nhóm GM. Tuy nhiên, khi gây mê toàn thân các tai biến do hô hấp và tuần hoàn luôn được đặt ra. Như vậy, với phẫu thuật vừa như nhổ răng số 8 chỉ cần sử dụng phương pháp TCI propofol kết hợp với gây tê tại chỗ là có thể tiến hành phẫu thuật tốt và an toàn.

Nguyễn Quang Bình (2018) nghiên cứu TCI bằng propofol ở bệnh nhân tháo nẹp vít xương gò má có 1 bệnh nhân có cử động trong mổ [4]. Do đó kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả.

**4.3. Mức độ khó phẫu thuật.** Kết quả ở bảng 3 cho thấy mức độ khó của phẫu thuật giữa 2 nhóm là tương đương nhau khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), ở những bệnh nhân được phân loại mức độ dễ và vừa, mức độ không quá khó để thực hiện và vị trí răng thường dễ lấy, phương pháp TCI propofol kết hợp với gây tê tại chỗ là phù hợp với loại phẫu thuật dễ và vừa, nó có thể thay thế

phương pháp nội khí quản mà chúng ta áp dụng thường qui là hiệu quả, giảm tai biến, phiền nạn và giảm chi phí, dễ thực hiện.

**4.4. Thời gian tiến hành phẫu thuật.** Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả ở bảng 4 thời gian phẫu thuật của nhóm 2 là  $36,66 \pm 4,17$  phút tương đương nhóm 1 là  $38,96 \pm 6,75$  phút với ( $p < 0,05$ ). Nhìn chung phương pháp TCI không gây ảnh hưởng một cách khác biệt đến quy trình làm phẫu thuật so với phương pháp gây mê đơn thuần. Nguyễn Thị Quý (2015) [5] nghiên cứu hiệu quả vô cảm của bệnh nhân TCI propofol kiểm soát nồng độ đích cho nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng ở bệnh nhân ngoại trú ở nhóm TCI có thời gian làm thủ thuật là  $25,8 \pm 17,4$  phút tương đương nhóm gây mê là  $24,8 \pm 16,1$  phút. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

**4.5. Về mức độ hài lòng của phẫu thuật viên theo VAS.** Kết quả ở bảng 5 cho thấy mức độ hài lòng của phẫu thuật viên được tiến hành khảo sát ngay sau khi phẫu thuật. Nhóm 2 có tỷ lệ mức rất hài lòng là 33,33% và hài lòng là 66,67% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1 có tỷ lệ mức rất hài lòng là 6,70% và hài lòng là 93,30% với ( $p < 0,05$ ). Ở các mức: không hài lòng, hài lòng ít, hài lòng vừa không có trong hai nhóm nghiên cứu.

Nguyễn Quang Bình nghiên cứu TCI bằng propofol ở bệnh nhân tháo nẹp vít xương gò má cho thấy mức độ rất hài lòng ở nhóm TCI là 36,35% và nhóm gây mê là 6,09% ( $p < 0,05$ ). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4].

Tóm lại: các số liệu nghiên cứu sử dụng TCI cho bệnh nhân nhổ răng khôn cho thấy, số bệnh nhân cử động cản trở phẫu thuật, mức độ khó của phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo pedersen, thời gian phẫu thuật tương đương nhóm gây mê. Mức độ rất hài lòng của phẫu thuật viên ở nhóm TCI cao hơn nhóm GM.

#### V. KẾT LUẬN

Dưới tác dụng an thần của propofol nhóm TCI có mức độ thuận lợi cho quá trình phẫu thuật tương đương nhóm gây mê trong phẫu thuật nhổ răng khôn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sơn, Đ.T (2000), "Nhận xét về lực cản và các biện

- pháp giải quyết trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới khó, in Học viện Quân Y. 2000.
2. **Hưng, M.Đ (1996)**, Bảng chỉ số khó nhổ răng khôn hàm dưới lệch chìm. Tập san Răng Hàm Mặt, 1996: p. 23-25.
  3. **Bình, N.Q (2012)**, "Nghiên cứu phương pháp an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển trong phẫu thuật răng", Khoa Gây mê - Hồi sức. 2012. Viện Trung ương Quân đội 108. p. 20 - 26.
  4. **Bình, N.Q (2018)**, "Nghiên cứu phương pháp an thần theo nồng độ đích bằng propofol trong phẫu thuật lấy nẹp vít xương vùng hàm mặt". Khoa gây mê-hồi sức viện răng hàm mặt Trung ương. 2018: Hà Nội. p. 10.
  5. **Quý, N.T. and N.Q. Kính (2015)**. "Đánh giá hiệu quả vô cảm và tính an toàn của gây mê propofol kiểm soát nồng độ đích cho nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng ở bệnh nhân ngoại trú". Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108. 2015: Hà Nội. p. 66.

## THỰC TRẠNG KHẨU PHẦN BỮA ĂN CA CÔNG NHÂN DỆT MAY MỘT SỐ ĐIỂM MIỀN BẮC

Nguyễn Thị Lan Hương<sup>1</sup>, Đỗ Thị Phương Hà<sup>2</sup>,  
Lê Bạch Mai<sup>2</sup>, Đỗ Trần Hải<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 959 công nhân tại 12 công ty Dệt may thuộc 5 tỉnh phía Bắc nhằm đánh giá thực trạng khẩu phần bữa ăn ca công nhân dệt may. Kết quả cho thấy thực phẩm được tiêu thụ trung bình cao nhất trong khẩu phần ăn ca công nhân là nhóm ngũ cốc (151,2g), kế đến là nhóm rau quả (65,4g), thịt và cá (58,2g). Nhóm trứng, sữa, bánh kẹo ngọt, đồ uống có cồn được tiêu thụ rất ít. Trung bình năng lượng trong khẩu phần ăn thực tế cung cấp là 745,6 kcal đáp ứng 83,9% năng lượng theo NCDDKN với tỷ lệ Protein: Lipid: Glucid là 15,2: 21,7: 61,3. Tỷ lệ Ca/P; lượng vitamin B2, PP và canxi, sắt, kẽm của cả suất ăn cung cấp và khẩu phần thực tế của công nhân cơ bản đều chưa đáp ứng đủ theo nhu cầu khuyến nghị, thể hiện sự thiếu cân đối về hàm lượng vitamin, khoáng chất trong khẩu phần ăn.

**Từ khóa:** bữa ăn ca, khẩu phần, dinh dưỡng, công ty dệt may.

### SUMMARY

#### WORKER'S MEAL AT SOME GARMENT COMPANIES OF THE NORTH REGION IN VIETNAM

A cross-sectional survey was carried out among the randomly selected 959 workers from 12 different garment companies in 5 provinces located at the North region in Viet Nam by weight measure and take note method to assess lunch diets of garment workers. The actual diets of workers showed that the highest average food consumption was the cereals (151,2g), vegetable and fruits (65,4g), meat and fish

(58,2g). Eggs, milk, sweets, and alcoholic drinks are consumed very little. The average energy in the diet actually provided was 745.6 kcal to meet 83,9% the recommended dietary allowance (RDA) with Protein: Lipid: Glucid ratio of 15,2: 21,7: 61,3. The ratio of Ca/P, vitamin B2, PP, calcium, iron and zinc of lunch meal were not enough to meet the RDA, reflecting the imbalance in content of vitamins and minerals in the worker's diet.

**Key words:** worker's meal, dietary, nutrition, garment company

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay các số liệu về thực trạng khẩu phần và chất lượng dinh dưỡng bữa ăn ca của công nhân còn rất ít, chủ yếu tập trung vào năng lượng khẩu phần, các giá trị dinh dưỡng khẩu phần chưa được nghiên cứu cụ thể. Bên cạnh đó, khảo sát chỉ mang tính nhỏ lẻ ở một vài cơ sở sản xuất và không mang tính đại diện. Thực tế cho thấy, bữa ăn thiếu hoặc thừa dinh dưỡng đều không tốt mà cần đủ và cân đối về các chất dinh dưỡng, đặc biệt đối với người lao động.

Theo nghiên cứu mới của Văn phòng Lao động Quốc tế thì chế độ ăn uống nghèo nàn trong công việc đang khiến các nước trên thế giới mất tới 20% năng suất lao động do suy dinh dưỡng hoặc tình trạng thừa cân và béo phì gây ra cho 1 tỷ người ở các nước đang phát triển hay các nền kinh tế công nghiệp hóa [1].

Theo đánh giá của Viện Dinh dưỡng Quốc gia, bữa ăn của công nhân tại một số Khu công nghiệp phần lớn là mất cân đối. Khẩu phần ăn cả ngày của công nhân chỉ đáp ứng khoảng 90% nhu cầu dinh dưỡng cho nam và 70% nhu cầu cho nữ [2]. Ngành dệt may là một trong những ngành mũi nhọn của Việt Nam, ngành có kim ngạch xuất khẩu lớn thứ hai với giá trị xuất khẩu đóng góp từ 10- 15% vào GDP, chỉ sau lĩnh vực

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Viện Dinh dưỡng Quốc gia

<sup>3</sup>Viện Khoa học An toàn và Vệ sinh lao động

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan Hương

Email: lanhuong387@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020

Ngày duyệt bài: 9.12.2020