

Do là phương pháp ổn định, được thực hiện bởi 1 phẫu thuật viên có kinh nghiệm và thực hiện thủ thuật một cách thống nhất nên trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bất cứ biến chứng nào xảy ra trong lúc phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật chúng tôi thu thập được tương đồng với các tác giả Yeon Ji Jo [4] và tác giả Mohamad E. Hasan [10] về các trường hợp tăng nhãn áp, kẹt mống IOL, phù hoàng điểm dạng nang và bong võng mạc đều được xử trí sau đó và được kiểm soát tốt theo từng phương pháp khác nhau.

Ngoài ra, còn nhận thấy thời gian phẫu thuật có mối tương quan cao với sự thay đổi của tế bào nội mô. Cho thấy thời gian phẫu thuật càng dài thì tế bào nội mô sẽ thay đổi càng nhiều. Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Để hạn chế tế bào nội mô mất đi cần phẫu thuật viên có kỹ năng thuần thục, cũng như phải đảo tạo khắt khe và đòi hỏi.

V. KẾT LUẬN

Tế bào nội mô giác mạc giảm về cả mật độ cũng như thay đổi về các đặc điểm sau phẫu thuật cắt dịch kính có cố định kính nội nhãn cùng mạc không khâu. Ngoài ra độ tuổi cao trước phẫu thuật cũng như thời gian phẫu thuật cũng có ảnh hưởng đến tiên lượng tế bào nội mô của bệnh nhân sau phẫu thuật. Vì vậy, cần khám tiền phẫu tình trạng tế bào nội mô của bệnh nhân để tiên lượng cuộc mổ được tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Waring G.O., Bourne W.M., Edelhauser H.F. và cộng sự. (1982). The corneal endothelium.

2. Mirza S.A., Alexandridou A., Marshall T. và cộng sự. (2003). Surgically induced miosis during phacoemulsification in patients with diabetes mellitus. Eye (Lond), 17(2), 194–199.
3. Ookawara T., Kawamura N., Kitagawa Y. và cộng sự. (1992). Site-specific and random fragmentation of Cu,Zn-superoxide dismutase by glycation reaction. Implication of reactive oxygen species. J Biol Chem, 267(26), 18505–18510.
4. Jo Y.J., Lee J.S., Byon I.S. và cộng sự. (2022). Corneal endothelial cell damage after scleral fixation of intraocular lens surgery. Jpn J Ophthalmol, 66(1), 68–73.
5. Mutoh T., Matsumoto Y., và Chikuda M. (2010). Scleral fixation of foldable acrylic intraocular lenses in aphakic post-vitrectomy eyes. Clin Ophthalmol, 5, 17–21.
6. Ucar F. và Cetinkaya S. (2020). Flattened flanged intrascleral intraocular lens fixation technique. Int Ophthalmol, 40(6), 1455–1460.
7. Karadag R. và Bayramlar H. (2014). Re: Yamane et al.: Sutureless 27-gauge needle-guided intrascleral intraocular lens implantation with lamellar scleral dissection (Ophthalmology 2014;121:61-6). Ophthalmology, 121(8), e42.
8. Prasad S., Kumar B.V., và Scharioth G.B. (2010). Needle-guided intrascleral fixation of posterior chamber intraocular lens for aphakia correction. J Cataract Refract Surg, 36(6), 1063; author reply 1063.
9. Bourne W.M., Nelson L.R., và Hodge D.O. (1997). Central corneal endothelial cell changes over a ten-year period. Invest Ophthalmol Vis Sci, 38(3), 779–782.
10. Hasan M., Farag A., Shawky M. và cộng sự. (2021). Flanged Scleral Fixated Intraocular Lens for Correction of Aphakia in Zagazig University Hospitals. Zagazig University Medical Journal, 0(0), 0–0.

KHẢO SÁT GIẢI PHẪU BÌNH THƯỜNG VÀ CÁC BIẾN THỂ GIẢI PHẪU CỦA HỆ MẬT - TỤY BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ

Hồ Quốc Cường¹, Phạm Vũ Mỹ Phụng¹,
 Nghiêm Phương Thảo², Phạm Ngọc Hoa³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, phẫu thuật gan – mật – tụy đã trở nên phổ biến, tiến bộ và phức tạp hơn. Việc đánh giá chính xác giải phẫu đường mật – tụy là điều

cần thiết cho sự thành công và an toàn của các phẫu thuật này. Chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) là một kỹ thuật không xâm lấn, an toàn, giúp khảo sát giải phẫu đường mật – tụy trước phẫu thuật. **Mục tiêu:** Khảo sát các biến thể giải phẫu của đường mật trong và ngoài gan, ống túi mật, ống tụy bằng cách sử dụng MRCP. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 320 bệnh nhân (BN) bệnh nhân thực hiện chụp cộng hưởng từ tăng bụng bằng máy cộng hưởng từ 1,5T, có chuỗi xung MRCP. Đánh giá và xếp loại các biến thể ống gan phải (OGP), ống gan trái (OGT), ống túi mật (OTM), ống tụy (OT). Từ đó, đưa ra tỷ lệ các biến thể trong dân số nghiên cứu. **Kết quả:** Ống gan phải loại Huang A1

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

²Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Hội diện quang và Y học Hạt nhân Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Quốc Cường

Email: hocuong2329@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

chiếm ưu thế với 69,06%, tỉ lệ giảm dần từ Huang A1 đến Huang A5. OGT loại Huang B1 chiếm đa số với 95,25%, các loại biến thể còn lại chiếm, tỉ lệ rất thấp. OTM đổ vào thành ngoài bên phải chiếm đa số với 72,39%. OT dạng dốc xuống chiếm ưu thế nhất với 51,61%, tiếp đến là dạng xích ma và dạng thẳng, OT dạng vòng hiếm gặp. Dạng OT chỉ có 1 nhánh duy nhất chiếm ưu thế với 77,1%. **Kết luận:** OGP Huang A1, OGT Huang B1, OTM đổ vào thành ngoài bên phải, OT dạng dốc xuống và có 1 nhánh duy nhất là các biến thể thường gặp nhất. **Từ khóa:** MRCP, biến thể đường mật, biến thể ống túi mật, biến thể ống tụy.

SUMMARY

SURVEY OF NORMAL ANATOMY AND ANATOMICAL VARIATIONS OF THE BILIARY-PANCREATIC SYSTEM USING MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Background: Currently, liver, biliary, and pancreatic surgeries have become more common, advanced, and complex. Accurate evaluation of the biliary and pancreatic anatomy is essential for the success and safety of these surgeries. Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP) is a non-invasive, safe technique that helps assess biliary and pancreatic anatomy preoperatively. **Objective:** The aim of this study was to survey the anatomical variations of the intrahepatic and extrahepatic bile ducts, the cystic duct, and the pancreatic duct using MRCP. **Method:** 320 patients who underwent abdominal MRI with a 1.5T machine, including MRCP sequences. Variations of the right hepatic duct (RHD), left hepatic duct (LHD), cystic duct (CD), and pancreatic duct (PD) were evaluated and classified. The study provided the prevalence of these variations within the study population. **Result:** We noted that the Huang A1 type of the RHD was the most prevalent, accounting for 69.06%, with the prevalence decreasing from Huang A1 to Huang A5. The Huang B1 type of LHD was the most common, at 95.25%, while other variations were rare. The CD draining into the right lateral wall was the most common variant at 72.39%. The descending type of PD was the most prevalent at 51.61%, followed by the sigmoid and straight types, with the ring type being rare. The single-branch PD type was the most common, accounting for 77.1%. **Conclusion:** The most common variations were Huang A1 of the RHD, Huang B1 of the LHD, the CD draining into the right lateral wall, and the descending type of PD with a single branch. **Keywords:** MRCP, biliary duct variations, cystic duct variations, pancreatic duct variations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phẫu thuật gan – mật – tụy đã trở nên phổ biến, tiến bộ và phức tạp hơn. Khảo sát giải phẫu hệ thống đường mật – tụy của bệnh nhân trước phẫu thuật giúp lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu, giảm khả năng xảy ra các biến chứng và xác định chính xác các vùng giải phẫu cần chú ý trong quá trình phẫu thuật [1]. Vậy nên, việc hiểu biết toàn diện về các biến thể

giải phẫu của đường mật – tụy là rất cần thiết trước phẫu thuật.

Chụp đường mật trong mổ (CĐMTM) được xem như tiêu chuẩn vàng để đánh giá biến thể đường mật [2]. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật xâm lấn được thực hiện trong lúc phẫu thuật và có sử dụng tia X. Chụp cộng hưởng từ (CHT) mật tụy (MRCP) là một kỹ thuật không xâm lấn, an toàn đã được chứng minh có độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao để xác định giải phẫu các biến thể đường mật khi so với CĐMTM [3]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích khảo sát các biến thể giải phẫu của đường mật trong và ngoài gan, ống túi mật, ống tụy bằng cách sử dụng MRCP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 320 BN nhân thực hiện chụp CHT tăng bụng bằng máy CHT 1,5T, có chuỗi xung MRCP tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Thành Phố Hồ Chí Minh từ 11/2023 đến 07/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ. Những trường hợp hình ảnh CHT không được lưu trữ đầy đủ trên hệ thống PACS. Hình ảnh CHT có nhiễu xạ ảnh gây hạn chế khảo sát hoặc các chuỗi xung không đạt yêu cầu chẩn đoán. Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt gan trước đó. Các tiền sử can thiệp đường mật, các bệnh lý sỏi mật, các khối u gây thay đổi giải phẫu đường mật, chèn ép đường mật làm không khảo sát rõ các ống mật mức phân thùy.

Phương pháp nghiên cứu

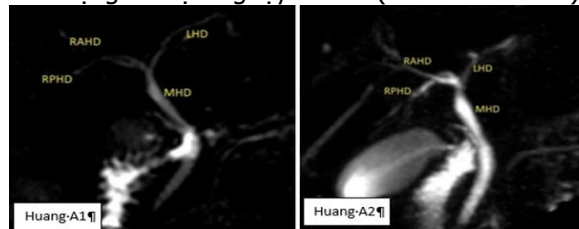
Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu.

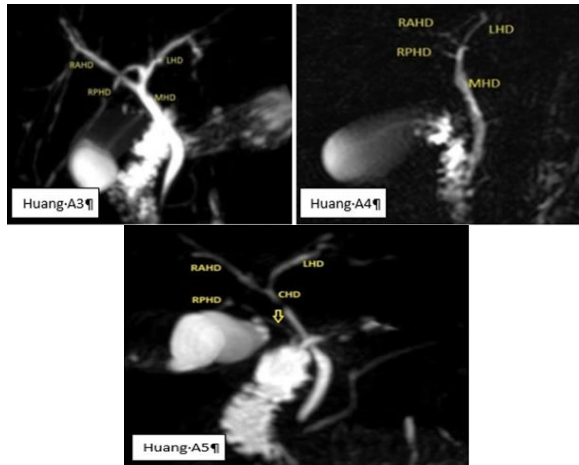
MRCP. Kỹ thuật được thực hiện trên máy CHT 1.5T-3T (Siemens, Đức). Bệnh nhân được thực hiện các chuỗi xung cơ bản trong chụp cộng hưởng từ bụng (T2 Haste coronal, T1 Dixon axial, T2 axial, DWI axial và ADC map), sau đó bệnh nhân được thực hiện chuỗi xung MRCP để khảo sát hệ mật – tụy.

Biến thể ống gan phải và ống gan trái được phân loại theo Huang (Hình 1 và 2)

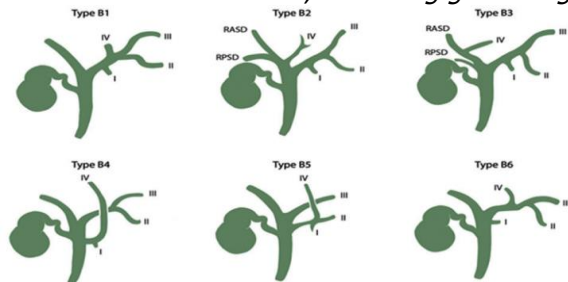
Biến thể ống túi mật được phân loại dựa vào vị trí đổ vào ống mật chủ (OMC) và đường đi (Hình 3).

Biến thể ống tụy được phân loại dựa vào hình dạng và loại ống tụy ưu thế (Hình 4 và Hình 5).

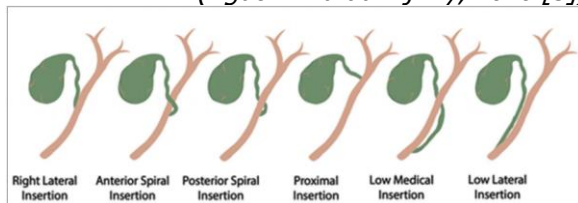




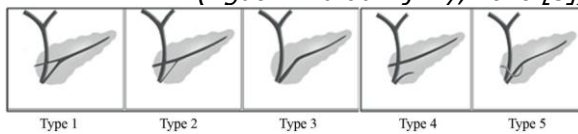
Hình 1. Biến thể OGP theo phân loại Huang
(Nguồn: Mona El Hariri, 2019 [4])
(RAHD: ống gan trước phải, RPHD: OGP, LDH: OGT, MHD: ống gan chung)



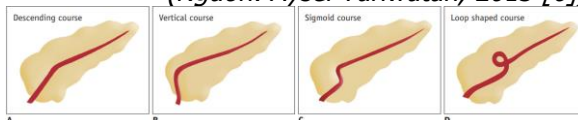
Hình 2. Biến thể OGT theo phân loại Huang
(Nguồn: Murad Aljiffry, 2020 [5])



Hình 3. Biến thể OTM
(Nguồn: Murad Aljiffry, 2020 [5])



Hình 4. Biến thể dạng đường đi OT chính
(Nguồn: Aysel Türkvtan, 2013 [6])



Hình 5. Biến thể loại OT
(Nguồn: Adibelli, 2016 [7])

Phương pháp thống kê

Đối với biến định tính kết quả sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Đối với

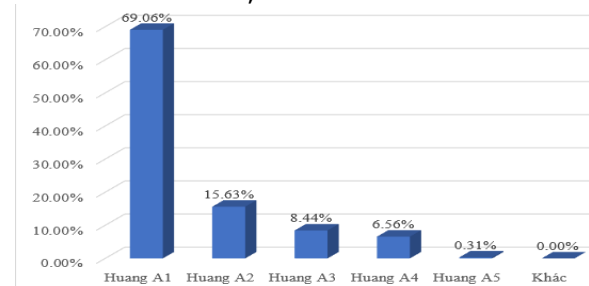
biến định lượng kết quả sẽ được trình bày dưới dạng kích thước và độ lệch chuẩn. Các phép kiểm được sử dụng bao gồm Wilcoxon, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis và hệ số tương quan Spearman, được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ (mức ý nghĩa thống kê).

Y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, số 979//TDHYKPNT-HDDD, ngày 04/01/2024.

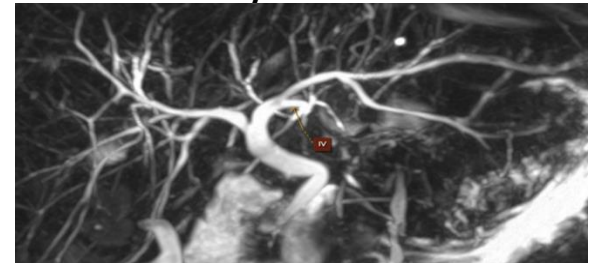
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu là 320 BN (59,38% nữ và 40,63% nam), độ tuổi trung bình $58,05 \pm 16,37$.

Tỉ lệ giảm dần từ Huang A1 đến Huang A5 (Hình 6). Ống gan phải loại Huang A1 (Hình 7) chiếm ưu thế với 69,06%.

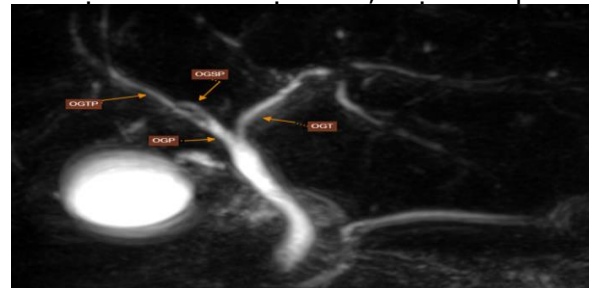


Hình 6. Tỉ lệ các biến thể OGP



Hình 7. OGP loại Huang A1
(Nguồn: BV ĐK Tâm Anh)

OGT loại Huang B1 chiếm đa số với 95,25%. Các loại biến thể còn lại chiếm, tỉ lệ rất thấp.



Hình 8. OGT loại Huang B1
(Nguồn: BV ĐK Tâm Anh)

OTM đổ vào thành ngoài bên phải chiếm đa số với 72,39%.

Ống tụy dạng dốc xuống chiếm ưu thế nhất với 51,61%, tiếp đến là dạng xích ma (34,19%), dạng vòng góc. Ống tụy dạng vòng hiếm gặp. Ống tụy loại 3, tức dạng ống tụy chỉ có 1 nhánh duy nhất chiếm ưu thế với 77,1%.

Ngoài ra, khi loại trừ các bệnh nhân có tắc nghẽn đường mật để tiến hành khảo sát kích thước bình thường của đường mật và ống tụy, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau: đường kính trung bình OGP là $3,02 \pm 0,78$ mm, OGT là $2,97 \pm 0,83$ mm, OMC là $4,55 \pm 1,29$ mm, OT là $2,19 \pm 0,56$ mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đường kính OGP, OGT, OGC, OT giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Có sự tương quan có ý nghĩa thống kê đường kính OGP, OGT, OMC, OT và tuổi ($p < 0,05$), với hệ số tương quan lần lượt là 0,30, 0,23, 0,31, 0,48.

IV. BÀN LUẬN

Dựa theo phân loại Huang, nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác đều cho mô hình chung khá tương đồng, với sự chiếm ưu thế của type A1, theo sau là type A2, các tỉ lệ các biến thể ít gặp hơn bao gồm A3, A4, A5, trong đó type A5 rất hiếm gặp. Mặc dù có cùng mô hình ưu thế Huang A1, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi vẫn có những khác biệt so với các nghiên cứu trước đây, như trong nghiên cứu của Chaib[8], tỷ lệ A1 chiếm 61,3%, tương đối thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, Taghavi[9] cũng báo cáo rằng A1 là biến thể phổ biến nhất với tỷ lệ 45%, tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của chúng tôi. Một trong những yếu tố có thể giải thích sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nghiên cứu là sự khác biệt về mẫu, phương pháp nghiên cứu, và sự khác biệt có thể do vấn đề chủng tộc. Huang A2, với tỷ lệ 15,63% trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng có sự tương đồng với các nghiên cứu khác[4, 8, 9]. Sự tương đồng này cho thấy rằng loại A2, mặc dù ít phổ biến hơn A1, vẫn là một biến thể quan trọng cần được xem xét trong các phẫu thuật liên quan đến hệ thống ống gan phải.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Huang B1 chiếm ưu thế rõ rệt với 95,25%, tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu của tác giả Chaib[8] và Aljiffry[5], trong khi các biến thể khác như Huang B2, B3, B4, và B5 có tỷ lệ thấp hơn hoặc không có trường hợp nào được ghi nhận. Tỷ lệ biến thể ống gan trái loại Huang B1 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu tương tự, trong khi các biến thể khác như Huang B2, B3, B4, và B5 có tỷ lệ thấp hơn hoặc không có trường hợp nào được ghi nhận. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ

nhiều yếu tố như đặc điểm dân số, phương pháp nghiên cứu.

OTM đổ vào thành ngoài bên phải ống mật ngoài gan chiếm ưu thế >70% trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này tương đồng với tác giả Taghavi[9] ở Iran, trong khi đó tỉ lệ này thấp hơn ở nghiên cứu tác giả Sarawagi[10] ở Ấn Độ và tác giả Aljiffry[5] ở Ả Rập Xê-Út.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mô hình về biến thể hình dạng đường đi OT chính với dạng dốc xuống chiếm tỉ lệ ưu thế (51,61%), tiếp đến lần lượt là dạng sigma (34,19%), dạng thẳng (13,23%) và dạng vòng (0,97%), tương đồng với kết quả của tác giả Adibelli[7].

Tỉ lệ OT loại 3 tức chỉ có một OT duy nhất chiếm ưu thế rõ rệt với 77,1%, tiếp đến là OT loại 1 (17,42%), loại 2,4,5 chiếm tỉ lệ thấp. Việc ghi nhận ống tụy loại 3 chiếm tỉ lệ cao nhất là tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Adibelli[7].

V. KẾT LUẬN

OGP Huang A1, OGT Huang B1, OTM đổ vào thành ngoài bên phải, OT dạng dốc xuống và có 1 nhánh duy nhất là các biến thể thường gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Catalano, O.A., et al.,** Vascular and biliary variants in the liver: implications for liver surgery. 2008. 28(2): p. 359-378.
2. **Hall, C., et al.,** Intraoperative Cholangiography in Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2023. 27(1).
3. **Rösch, T., et al.,** A prospective comparison of the diagnostic accuracy of ERCP, MRCP, CT, and EUS in biliary strictures. 2002. 55(7): p. 870-876.
4. **El Hariri, M., M.M.J.E.J.o.R. Riad, and N. Medicine,** Intrahepatic bile duct variation: MR cholangiography and implication in hepatobiliary surgery. 2019. 50: p. 1-8.
5. **Aljiffry, M., et al.,** Biliary anatomy and pancreatic duct variations: a cross-sectional study. 2020. 26(4): p. 188.
6. **Türkvan, A., et al.,** Congenital variants and anomalies of the pancreas and pancreatic duct: imaging by magnetic resonance cholangiopancreatography and multidetector computed tomography. 2013. 14(6): p. 905-913.
7. **Adibelli, Z.H., et al.,** Anatomic variations of the pancreatic duct and their relevance with the Cambridge classification system: MRCP findings of 1158 consecutive patients. 2016. 50(4): p. 370-377.
8. **Chaib, E., et al.,** Bile duct confluence: anatomic variations and its classification. 2014. 36: p. 105-109.
9. **Taghavi, S.A., et al.,** Anatomical variations of the biliary tree found with endoscopic retrograde cholangiopancreatography in a referral center in southern Iran. 2017. 9(4): p. 201.
10. **Sarawagi, R., et al.,** Anatomical variations of cystic ducts in magnetic resonance cholangiopancreatography and clinical implications. Radiol Res Pract 2016: 3021484. 2016.

SO SÁNH HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP KHI KHỞI MÊ CỦA HỖN HỢP THUỐC NOREPINEPHRINE-PROPOFOL VỚI PHENYLEPHRINE-PROPOFOL Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Lê Nguyễn An^{1,2}, Vũ Hoàng Phương^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh sự thay đổi về huyết áp, tần số tim ở bệnh nhân cao tuổi khi khởi mê bằng dung dịch propofol pha trộn với phenylephrine so với dung dịch propofol pha trộn với norepinephrine. **Phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 200 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm (mỗi nhóm có 100 bệnh nhân), một nhóm sử dụng thuốc gây mê Norepinephrine-Propofol (NE), một nhóm sử dụng thuốc gây mê Phenylephrin-Propofol (PE). Hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu có những đặc điểm chung tương đồng nhau về tuổi, giới, nơi sinh sống. Huyết áp và tần số tim của hai nhóm bệnh nhân không khác biệt trước khi gây mê. Tại thời điểm sau tiêm propofol 1-2-3-5 phút đều thấy HATT. HATT_r và HATB của nhóm sử dụng NE thấp hơn so với nhóm sử dụng PE. Tần số tim của nhóm bệnh nhân sử dụng NE giảm nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân sử dụng PE tại các thời điểm sau khi tiêm propofol 1-2-3-5 phút, sau khi đặt nội khí quản 1 phút, 5 phút. **Kết luận:** Bệnh nhân sử dụng NE bị tụt huyết áp nhiều hơn bệnh nhân sử dụng PE, tuy nhiên bệnh nhân sử dụng PE có tần số tim giảm nhiều hơn so với bệnh nhân sử dụng NE. **Từ khóa:** phenylephrine (PE), norepinephrine (NE), bệnh viện đa khoa Đức Giang.

SUMMARY

COMPARISON OF THE EFFECT OF PREVENTING HYPOTENSION DURING ANESTHESIA OF NOREPINEPHRINE-PROPOFOL AND PHENYLEPHRINE-PROPOFOL IN THE ELDERLY

Objective: Comparison of changes in blood pressure and heart rate in elderly patients during induction of anesthesia with propofol mixed with phenylephrine versus propofol mixed with norepinephrine. **Methods:** Randomized controlled clinical intervention trial. **Results:** The study was conducted on 200 patients divided into 2 groups (each group had 100 patients), one group used the anesthetic Norepinephrine-Propofol (NE), one group used the anesthetic Phenylephrine-Propofol (PE). The two groups of patients in the study had similar characteristics in terms of age, gender, and place of

residence. Blood pressure and heart rate of the two groups of patients were not different before anesthesia. At 1-2-3-5 minutes after propofol injection, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and mean blood pressure of the group using NE were lower than those of the group using PE. The heart rate of the group of patients using NE decreased more than that of the group of patients using PE at 1-2-3-5 minutes after propofol injection, 1 minute, 5 minutes after intubation. **Conclusions:** Patients using NE had more hypotension than patients using PE, however patients using PE had a greater reduction in heart rate than patients using NE.

Keywords: phenylephrine (PE), norepinephrine (NE), Duc Giang Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) xếp những người có tuổi trên 60 là người cao tuổi. Tuổi thọ tăng đồng nghĩa với số bệnh nhân cao tuổi có chỉ định gây mê phẫu thuật ngày càng nhiều [1][2]. Tuy nhiên, gây mê hồi sức cho bệnh nhân cao tuổi gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ tai biến và tử vong trong, sau mổ lớn hơn so với BN trẻ [3-5]. Giai đoạn khởi mê, đặt ống nội khí quản (NKQ) có thể gây trụy tim mạch khi mê quá sâu hay tăng vọt mạch, huyết áp khi mê chưa đủ độ dẫn đến nhiều tai biến nặng về tim mạch, thần kinh [6].

Hiện nay, có nhiều cách thức khác nhau để dự phòng tránh hạ huyết áp khi khởi mê cho người cao tuổi như dùng TCI propofol, truyền dịch tinh thể hoặc dung dịch keo trước khi khởi mê, sử dụng đồng thời với ephedrine, phenylephrin, hoặc trộn với ketamin, midazolam, etomidate để khởi mê.

Phenylephrine là một thuốc mới với cơ chế tác động lên receptor α_1 gây co mạch máu và làm tăng huyết áp, tác dụng của nó yếu hơn noradrenalin nhưng có thời gian tác dụng dài hơn. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "So sánh hiệu quả dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê của hỗn hợp Norepinephrine-Propofol với Phenylephrin-Propofol ở người cao tuổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân cao tuổi được gây mê toàn thân do phẫu thuật theo chương trình.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2023 đến hết

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn An

Email: dgbacsyan@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024