

quả chẩn đoán giữa các chuyên gia GPB [9].

Sự hình thành vi ống và cấp độ hạt nhân là hai thành phần quan trọng khác trong phân loại mô bệnh học của ung thư vú. Tuy nhiên, các phương pháp hoàn toàn tự động cho hai nhiệm vụ này vẫn đang được phát triển. Công việc được công bố hiện tại tập trung vào phân tích cấu trúc mô có thể được sử dụng cho các nhiệm vụ này. Romo-Bucheli và cộng sự đã huấn luyện một mô hình CNN để phát hiện các hạt nhân vi ống và tính toán số liệu thống kê về các hạt nhân để dự đoán các phân loại rủi ro Oncotype DX. Veta và cộng sự đề xuất một loạt các thuật toán phi CNN để phân đoạn và phát hiện hạt nhân. Những phân đoạn này sau đó được sử dụng để phát hiện hạt nhân để phân tích hình thái sâu hơn nữa [9].

#### IV. KẾT LUẬN

Những tổng quan về những tiến bộ giải phẫu bệnh học kỹ thuật số và áp dụng trong ung thư vú trên thế giới đã cho thấy tiềm năng của việc xây dựng và triển khai ứng dụng AI trong chẩn đoán bệnh lý các bệnh ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng trên người Việt Nam. Ứng dụng AI trong chẩn đoán Ung thư vú dựa trên ảnh giải phẫu bệnh kỹ thuật số hóa sẽ giúp giải quyết những thách thức còn đang tồn tại trong lĩnh vực này và hứa hẹn sẽ mang lại những kết quả đột phá trong tương lai ở Việt Nam.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prewitt J.M. và Mendelsohn M.L. (1966). The

analysis of cell images. Ann N Y Acad Sci, 128(3), 1035–1053.

2. Mukhopadhyay S., Feldman M.D., Abels E. và cộng sự (2018). Whole Slide Imaging Versus Microscopy for Primary Diagnosis in Surgical Pathology: A Multicenter Blinded Randomized Noninferiority Study of 1992 Cases (Pivotal Study). Am J Surg Pathol, 42(1), 39–52.
3. Williams B.J., DaCosta P., Goacher E. và cộng sự (2017). A Systematic Analysis of Discordant Diagnoses in Digital Pathology Compared With Light Microscopy. Arch Pathol Lab Med, 141(12), 1712–1718.
4. Ozkan T.A., Erucar A.T., Cebeci O.O. và cộng sự (2016). Interobserver variability in Gleason histological grading of prostate cancer. Scand J Urol, 50(6), 420–424.
5. Cruz-Roa A., Gilmore H., Basavanthally A. và cộng sự (2017). Accurate and reproducible invasive breast cancer detection in whole-slide images: A Deep Learning approach for quantifying tumor extent. Sci Rep, 7, 46450.
6. Han Z., Wei B., Zheng Y. và cộng sự (2017). Breast Cancer Multi-classification from Histopathological Images with Structured Deep Learning Model. Sci Rep, 7(1), 1–10.
7. Ehteshami Bejnordi B., Veta M., Johannes van Diest P. và cộng sự. (2017). Diagnostic Assessment of Deep Learning Algorithms for Detection of Lymph Node Metastases in Women With Breast Cancer. JAMA, 318(22), 2199–2210.
8. Veta M., Heng Y.J., Stathonikos N. và cộng sự. (2019). Predicting breast tumor proliferation from whole-slide images: The TUPAC16 challenge. Med Image Anal, 54, 111–121.
9. Veta M., Kornegoor R., Huisman A. và cộng sự. (2012). Prognostic value of automatically extracted nuclear morphometric features in whole slide images of male breast cancer. Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc, 25(12), 1559–1565.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG NÔN, BUỒN NÔN BẰNG DEXAMETHASON 8MG VÀ ONDASETRON 4MG TRONG GÂY TÊ TỬY SỐNG BẰNG BUPIVACAİN VÀ MORPHIN TRONG MỔ LẤY THAI

Phạm Thị Anh Tú\*, Công Quyết Thắng\*\*, Lưu Quang Thùy\*\*\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả dự phòng nôn và buồn nôn bằng dexamethasone 8mg và ondansetron 4mg trong gây tê tủy sống bằng bupivacain và morphin sulphat để mổ lấy thai thực hiện tại bệnh

\*Bệnh viện phụ sản Hải Phòng

\*\*Đại học Y Hà Nội

\*\*\*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Anh Tú

Email: phamthianhtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021

Ngày duyệt bài: 8.3.2021

viện phụ sản Hải Phòng trong thời gian từ tháng 10/2018 đến tháng 2/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tiến cứu có so sánh. Nhóm đối chứng (nhóm 1): sử dụng thuốc chống nôn bằng dexamethasone 8mg và nhóm nghiên cứu (nhóm 2): có sử dụng phối hợp thuốc chống nôn dexamethasone 8mg và ondansetron 4mg. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nôn - buồn nôn ở nhóm sử dụng đơn thuần dexamethasone (với 15,6%) cao hơn so với nhóm sử dụng phối hợp dexamethasone và ondansetron (với 6,9%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mức độ nôn - buồn nôn ở nhóm sử dụng đơn thuần dexamethason nặng hơn so với nhóm sử dụng phối hợp dexamethasone và ondansetron ở tất cả các mức độ. **Kết luận:** Nên sử dụng phối hợp

dexamethasone và ondansetron để dự phòng nôn, buồn nôn cho bệnh nhân gây tê tủy sống trong mổ lấy thai.

**Từ khóa:** dexamethasone, ondansetron, gây tê tủy sống

## SUMMARY

### EVALUATE THE POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING PREVENTION EFFECT OF DEXAMETHASONE 8MG AND ONDANSETRON 4MG IN SPINAL ANESTHESIA BY BUPIVACAINE AND MORPHINE IN CESAREAN SECTION

**Objective:** To evaluate the postoperative nausea and vomiting prevention effect of dexamethasone 8mg and ondansetron 4mg in spinal anesthesia with bupivacaine and morphine sulphate for cesarean section performed at Hai Phong Obstetrics Hospital from October 2018 to February 2019. **Method:** prospective randomized controlled trial interventional study. Control group (group 1): using antiemetics with dexamethasone 8mg, and intervention group (group 2): using a combination of antiemetics with dexamethasone 8mg and ondansetron 4mg. **Results:** The vomiting – nausea rate in the group using only dexamethasone (15.6%) was higher than in the group using the combination of dexamethasone and ondansetron (6.9%) with statistically significant difference. The vomiting – nausea level in the group using only dexamethasone was higher than in the group using the combination of dexamethasone and ondansetron. **Results:** We should apply a combination of dexamethasone and ondansetron to prevent vomiting, nausea for patients with spinal anesthesia during cesarean section.

**Key words:** dexamethasone, ondansetron, spinal anesthesia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống là một phương pháp vô cảm thường được áp dụng phổ biến cả trên thế giới và Việt Nam để mổ lấy thai. Nhiều nghiên cứu cho thấy việc tác dụng hiệp đồng trong gây tê tủy sống bằng hỗn hợp thuốc tê bupivacain kết hợp với morphin hiện đang được sử dụng phổ biến do hiệu quả kéo dài thời gian giảm đau. Nhưng lại có tác dụng không mong muốn là gây ức chế hô hấp và gây buồn nôn, nôn, ngứa, an thần sâu, bí đái. theo khuyến cáo điều trị của chương trình ERAS cần phải dùng thuốc dự phòng nôn và buồn nôn sau mổ là điều trị bắt buộc cho bệnh nhân mổ [1]. Từ khi khám phá được vùng nhận cảm hóa học CTZ ở sán não thất IV, các chất trung gian hóa học đồng vận dẫn truyền cảm giác nôn, tại vùng này tới trung tâm nôn ở hành não đã cắt nghĩa được phần nào cơ chế tác dụng phòng nôn của dexamethasone, ondansetron [2]. Tuy nhiên các nghiên cứu bằng nhiều phương thức ở nhiều nơi khác nhau vẫn chưa khẳng định biện pháp dự phòng nôn và

buồn nôn nào là hiệu quả nhất. Hiện nay, trên thế giới cũng như ở Việt Nam có nhiều thuốc chống nôn mới đã được nghiên cứu và sử dụng riêng lẻ hoặc phối hợp. Cũng đã có một số nghiên cứu để phòng nôn và buồn nôn khi phối hợp dexamethasone và ondansetron trong mổ nội soi ổ bụng, tai mũi họng, mổ chi dưới [3],[4]. Trong mổ lấy thai có nguy cơ nôn và buồn nôn sau mổ cao hơn hẳn một số trường hợp khác thì tại thời điểm này ở Việt Nam chúng tôi chưa tìm thấy báo cáo nào về vấn đề này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá hiệu quả dự phòng nôn và buồn nôn bằng dexamethasone 8mg và ondansetron 4mg trong gây tê tủy sống bằng bupivacain và morphin sulphat để mổ lấy thai*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sản phụ có tình thần tỉnh táo. Tình trạng sức khỏe ASA I, II. Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động. Có chỉ định với GTTS. Không sử dụng thuốc chống nôn hoặc các thuốc có thể gây tăng tỷ lệ nôn, buồn nôn trước mổ. Đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ có khó khăn trong giao tiếp, mắc bệnh động kinh hay tâm thần, tiền sử hay hiện tại nghiên ma túy. Có chống chỉ định gây tê tủy sống hoặc không thực hiện được kỹ thuật gây tê. Có triệu chứng nôn và buồn nôn trước mổ. Các trường hợp có tai biến, biến chứng của mổ như chảy máu nhiều, tụt huyết áp nặng, suy hô hấp... Sản phụ dị ứng với các thành phần của thuốc bupivacain, morphin sulphat, ondansetron và dexamethasone. Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu.** Đề tài thực hiện tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Tiến hành từ tháng 10/2018 đến tháng 2/2019.

**2.3 Phương pháp nghiên cứu.** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tiến cứu có so sánh. Chọn ngẫu nhiên theo phương pháp bốc thăm, chia làm hai nhóm bằng nhau với nhóm đối chứng (nhóm1: sử dụng thuốc chống nôn bằng dexamethasone 8mg) và nhóm nghiên cứu (nhóm 2: có sử dụng phối hợp thuốc chống nôn dexamethasone 8mg và ondansetron 4mg). Mỗi bệnh nhân sẽ tương ứng với một lần bốc thăm, bốc được thăm nào thì xếp vào nhóm đó và thực hiện đúng theo phương pháp đó. Mỗi nhóm được tiến hành nghiên cứu và thu thập số liệu như nhau.

*Tiêu chí đánh giá:* Ngoài các tiêu chí chung về

tuổi, giới, cân nặng, loại hình phẫu thuật. Chúng tôi đánh giá mức độ vô cảm của phẫu thuật dựa vào thang điểm Abouleizh và đánh giá mức độ nôn và buồn nôn dựa vào thang điểm Klockgether-radle [5].

Mức độ 0	Không nôn và không buồn nôn
----------	-----------------------------

Mức độ 1	Buồn nôn nhẹ (cảm giác lợm giọng)
Mức độ 2	Buồn nôn nặng (muốn nôn không nôn được)
Mức độ 3	Nôn khan hoặc nôn thực sự dưới 2 lần/1 giai đoạn
Mức độ 4	Nôn thực sự $\geq 2$ lần/1 giai đoạn

- Các thời điểm đánh giá:

Ký hiệu	Thời điểm	Ký hiệu	Thời điểm
H <sub>0</sub>	Trước khi gây tê	H <sub>30</sub>	Sau khi gây tê 30 phút
H <sub>1</sub>	Ngay sau khi gây tê	H <sub>KT</sub>	Kết thúc cuộc mổ
H <sub>5</sub>	Sau khi gây tê 5 phút	H <sub>s2</sub>	Sau mổ 2 giờ
H <sub>10</sub>	Sau khi gây tê 10 phút	H <sub>s6</sub>	Sau mổ 6 giờ
H <sub>15</sub>	Sau khi gây tê 15 phút	H <sub>s24</sub>	Sau mổ 24 giờ

**2.4 Xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được mã hóa, nhập vào máy tính và xử lý theo chương trình SPSS 12.0 và phần mềm Microsoft Excel 2007.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1 Đặc điểm chung của 2 nhóm nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố về tuổi, chiều cao, cân nặng và chỉ số BMI**

Chỉ số	Nhóm NC	Tần số	Trung bình	SD	p
Tuổi trung bình (năm)	Nhóm 1	32	31,6	4,5	> 0,05
	Nhóm 2	58	29,8	3,8	
Chiều cao (cm)	Nhóm 1	32	157,0	5,0	> 0,05
	Nhóm 2	58	156,1	4,4	
Cân nặng (kg)	Nhóm 1	32	64,3	6,5	> 0,05
	Nhóm 2	58	65,2	7,6	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Nhóm 1	32	26,1	2,5	> 0,05
	Nhóm 2	58	26,8	3,2	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm về các đặc điểm nhân trắc học

#### 3.2 Mức độ vô cảm

**Bảng 3.2. Thời gian vô cảm**

Chỉ số	Nhóm NC	Tần số	Trung bình	SD	p
Thời gian onset (phút)	Nhóm 1	32	4,66	0,75	>0,05
	Nhóm 2	58	4,33	1,14	
Thời gian mổ (phút)	Nhóm 1	32	36,44	9,23	>0,05
	Nhóm 2	58	37,40	7,84	
Thời gian vô cảm (phút)	Nhóm 1	32	89,52	17,21	>0,05
	Nhóm 2	58	88,65	18,72	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về mức độ vô cảm với  $p > 0,05$

#### 3.3 Đánh giá hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn

**Bảng 3.3. Tỷ lệ sản phụ nôn, buồn nôn trong mổ và sau mổ**

Đặc điểm	Nhóm 1 (n = 32)		Nhóm 2 (n = 58)		Tổng số (n = 90)		p
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Không nôn	27	84,4%	54	93,1%	81	90%	< 0,05
Nôn-buồn nôn	5	15,6%	4	6,9%	9	10%	

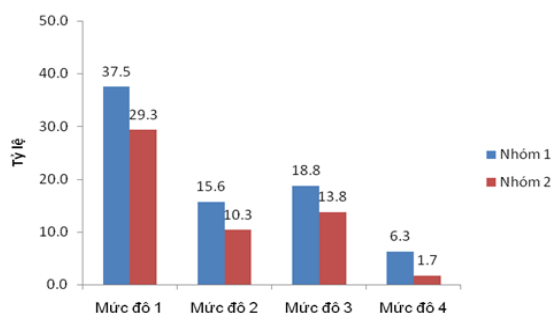
**Nhận xét:** Tỷ lệ nôn, buồn nôn ở nhóm 1 (sử dụng đơn độc dexamethasone) nhiều hơn nhóm 2 (kết hợp dexamethasone và ondansetron) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.4. Phân bố mức độ nôn, buồn nôn theo Klockgether-Radke tại các thời điểm**

Thời điểm	Mức độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thời điểm H <sub>0</sub>	90	100								
Thời điểm H <sub>1</sub>	88	97,8	2	2,2						
Thời điểm H <sub>5</sub>	83	92,2	5	5,6	2	2,2				

Thời điểm H10	83	92,2	3	3,35	3	3,35	1	1,1		
Thời điểm H15	82	91,1	2	2,2	3	3,35	3	3,35		
Thời điểm H30	81	90	1	1,1	3	3,35	2	2,2	3	3,35
Thời điểm KT	81	90	2	2,2	1	1,1	2	2,2	4	4,5
Thời điểm S2	81	90	4	4,5	3	3,35	1	1,1	1	1,1
Thời điểm S6	84	93,3	5	5,6	1	1,1				
Thời điểm S24	89	99,9	1	1,1						

**Nhận xét:** Mức độ 4 chỉ gặp ở 4 bệnh nhân tại thời điểm 30 phút sau tê, 3 bệnh nhân tại lúc kết thúc mổ và chỉ có 1 bệnh nhân ở 2 giờ sau mổ. Sau 24h sau mổ thì chỉ có 1 bệnh nhân là có mức độ 1.



**Biểu đồ 3.1. Phân bố mức độ nôn, buồn nôn ở các nhóm**

**Nhận xét:** Ta đều nhận thấy là mức độ nôn, buồn nôn ở cả 4 mức độ thì nhóm 2 đều có tỉ lệ thấp hơn so với nhóm 1.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số cả 2 nhóm nghiên cứu có tới 90% sản phụ không có các dấu hiện buồn nôn hay nôn và chỉ có 10% các sản phụ có nôn và/hoặc buồn nôn trong mổ và 24 giờ sau mổ. Đặc biệt, tỷ lệ có nôn và/hoặc buồn nôn ở nhóm 1 là nhóm chỉ dự phòng nôn, buồn nôn bằng dexamethasone có 5 sản phụ tương ứng với 15,6% và ở nhóm 2 là nhóm dự phòng nôn, buồn nôn bằng dexamethasone phối hợp với ondansetron chỉ có 4 sản phụ tương ứng với 6,9%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Theo nghiên cứu của Đỗ Thanh Hòa cho thấy tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ ở nhóm được dự phòng bằng dexamethasone kết hợp với ondansetron thấp hơn hẳn khi chỉ dự phòng bằng dexamethasone đơn thuần trong gây tê tủy sống để phẫu thuật chi dưới [6]. Một nghiên cứu trước đây cho rằng cơ chế hoạt động chống nôn, buồn nôn của dexamethasone có thể đối kháng với chất trung gian prostaglandin hoặc gây phóng thích endorphins, những kết quả này sẽ làm nâng cao điểm nhạy cảm, cân bằng cảm giác và gây thèm ăn dẫn đến làm giảm cảm giác nôn, buồn nôn [7]. Đồng thời với đó và/hoặc có thể do cơ chế đối kháng với dopamin receptor tại vùng nhận cảm hóa học (CTZ) ở sán não thất IV làm cho

nồng độ dopaminergic bị giảm đáng kể tác dụng tại vùng này. [7]. Ngoài ra, nhiều tác giả cũng đã ghi nhận nếu kết hợp dự phòng bằng dexamethasone cùng với ondansetron là một chất ức chế thụ thể 5-HT<sub>3</sub> sẽ cho kết quả dự phòng hiệu quả cao hơn. Theo một nghiên cứu của Tramer và cộng sự cho rằng, liều lượng tối thiểu 8mg ondansetron là cần thiết để ngăn chặn các thụ thể 5-HT<sub>3</sub> ở một bệnh nhân nôn nửa[8]. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ bằng dexamethasone đơn thuần hay dexamethasone phối hợp cùng với ondansetron nên tỷ lệ các sản phụ không nôn-buồn nôn (mức độ 0) chiếm tỷ lệ cao. Tại một số thời điểm cụ thể của cuộc mổ và quá trình hồi phục sau mổ thì tỷ lệ này có thay đổi nhưng không đáng kể, như các thời điểm trong mổ như H30 không nôn-buồn nôn (mức độ 0) chiếm tỷ lệ thấp giống với các thời điểm HKT và thời điểm S2 với 90% sau đó tăng dần ở các thời điểm S6 với 93,3% và cao nhất ở thời điểm H24 với 99,9%. Tỷ lệ nôn ở mức độ 1 gặp rải rác từ thời gian sau khi tiến hành gây tê đến sau mổ 24 giờ, trong đó nhóm chỉ dự phòng nôn, buồn nôn bằng dexamethasone có tỷ lệ cao hơn nhóm được dự phòng bằng dexamethasone phối hợp cùng với ondansetron. Nôn ở mức độ 1 chủ yếu tập chung vào thời điểm H5 với 5,6%, thời điểm H10 với 3,35%, thời điểm S2 với 4,5% và thời điểm S6 với 5,6%. Tỷ lệ nôn ở mức độ 2 thường gặp trong thời gian thời điểm H5 với 2,2%, thời điểm H10, H15 và H30 với 3,35%, thời điểm S2 với 3,35% và thời điểm S6 với 1,1%. Tỷ lệ nôn ở mức độ 3 chủ yếu gặp từ thời điểm H15 với 3,35%; thời điểm H30 và thời điểm HKT với 2,2% và cho đến khoảng thời gian S2 với 1,1%. Nôn ở mức độ 4 chiếm tỷ lệ cao tại thời điểm H30 và thời điểm HKT lần lượt là 3,35% và 4,5%. Sau mổ tỷ lệ nôn mức độ 4 chỉ chiếm 1,1% ở thời điểm S2. Nhưng khi đánh giá riêng theo từng nhóm thì tỷ lệ gặp sản phụ nôn, buồn nôn các mức độ ở nhóm dự phòng dexamethasone đơn thuần đều cao hơn nhóm được dự phòng bằng dexamethasone phối hợp

cùng với ondansetron. Đồng thời, tỷ lệ nôn, buồn nôn là tương đối thấp và chủ yếu chỉ gặp nôn, buồn nôn ở mức độ 1; các mức độ khác, đặc biệt là mức độ 4 giảm thấp. Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác như Đỗ Thanh Hòa cho thấy ở mức độ 1, tỉ lệ nôn, buồn nôn ở nhóm dự phòng dexamethasone đơn thuần và nhóm được dự phòng bằng dexamethasone phối hợp cùng với ondansetron là không khác nhau, nhưng ở mức độ cao hơn là mức 2,3,4 ở nhóm dự phòng dexamethasone đơn thuần là cao hơn nhóm phối hợp [6]. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi về sự hiệu quả của dự phòng nôn bằng dexamethasone và ondansetron trong mổ [9].

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nôn - buồn nôn ở nhóm sử dụng đơn thuần dexamethasone (với 15,6%) cao hơn so với nhóm sử dụng phối hợp phối hợp dexamethasone và ondansetron (với 6,9%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Mức độ nôn, buồn nôn ở mức độ 3 và 4 chiếm tỉ lệ nhỏ và chỉ ở một vài thời điểm nhất định trong cuộc mổ

- Mức độ nôn - buồn nôn ở nhóm sử dụng đơn thuần dexamethason nặng hơn so với nhóm sử dụng phối hợp dexamethasone và ondansetron ở tất cả các các mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Công Quyết Thắng (2017)**, ERAS: Enhanced Recovery After Surgery- Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật và vai trò của người làm Gây mê Hồi sức. Hội Gây mê Hồi sức Việt Nam (VSA).
2. **Bộ Y Tế (2002)**, "Dexamethasone". Dược Thư Quốc Gia Việt Nam, 356-357.
3. **Nguyễn Đình Long (2011)**, So sánh tác dụng dự phòng và điều trị nôn và buồn nôn của ondansetron với dexamethasone sau mổ nội soi phụ khoa. Luận văn Thạc sĩ. Đại học y Hà Nội.
4. **Đỗ Thanh Hòa (2012)**, Nghiên cứu tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của dexamethasone đơn thuần hoặc kết hợp với ondansetron sau gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới. Y học thực hành, 841.
5. **Klockgether-Radke, A., et al. (1996)**, Nausea and vomiting after laparoscopic surgery: a comparison of propofol and thiopentone/halothane anaesthesia. European journal of anaesthesiology, 13(1): 3-9.
6. **Đỗ Thanh Hòa, Nguyễn Văn Phương (2012)**, nghiên cứu tác dụng dự phòng nôn và buồn nôn của Dexamethasone đơn thuần hoặc kết hợp với ondansetron sau gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới. Y học thực hành, 841(số 9/2012): 58-62.
7. **Tugan EB, H andan B et al (2008)**, A comparative study of the antiemetic efficacy of dexamethasone, ondansetron, and metoclopramide in patients undergoing gynecological surgery. Anaesthesia, 2: 226-234.
8. **Tramer MR, et al. (1999)**, Cost-effectiveness of ondansetron for postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia, 54: 226-234.
9. **Nguyễn Minh Hải (2011)**, So sánh tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của ondansetron và metoclopramid sau phẫu thuật nội soi ổ bụng, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y 2011.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI KHIẾM THỊ TUỔI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của người khiếm thị tuổi trưởng thành. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 167 trường hợp đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn theo yêu cầu của nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 31,46 ± 16,47; bệnh nhân cao tuổi nhất là 78 tuổi và trẻ nhất là 18 tuổi. Bệnh nhân chưa lập gia đình và sống cùng bố mẹ chiếm nhiều nhất 56,3%. Nguyên nhân gây khiếm thị theo bệnh học: nhóm nguyên nhân thường gặp nhất là các bệnh lý thể thủy tinh

34,1%; nhóm nguyên nhân thường gặp thứ hai là các bệnh lý võng mạc hoàng điểm 23,3%; nhóm nguyên nhân thường gặp thứ ba là các tổn hại của thị thần kinh 14,4%. Thị lực nhìn xa không kính trung bình là 20/333 ± 20/500; 41,3% trường hợp thị lực nhìn xa cải thiện với kính chỉnh tật khúc xạ tối ưu. 73,7% trường hợp khả năng nhạy cảm tương phản tốt dưới 10%. Tất cả các trường hợp bệnh glôcôm và bệnh thoái hóa sắc tố võng mạc đều tổn hại thị trường ngoại vi mức độ nặng. Thị lực gần tốt nhất trung bình là 20/285 ± 20/400. Thị lực xa và thị lực gần có mối liên quan tuyến tính mức độ trung bình với  $r = 0,45$  ( $p = 0,001$ ). **Kết luận:** Tuổi của bệnh nhân: hầu hết ở lứa tuổi lao động, chủ yếu sống cùng với gia đình hoặc người thân. Nguyên nhân gây khiếm thị chủ yếu là bệnh lý của thể thủy tinh. Tình trạng thị lực xa rất kém, cải thiện với kính chỉnh tật khúc xạ. Khả năng nhạy cảm tương phản tốt chiếm 73,7% trường hợp. Thị trường ngoại vi bị tổn hại nặng và khó đánh giá.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: Thuhienvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 15.2.2021

Ngày duyệt bài: 24.2.2021