

phạm vi hẹp, tác động thời gian ngắn.

Do đó, cần các nghiên cứu theo dõi lâu hơn nhằm đánh giá mức độ duy trì cải thiện góc CVA cũng xem như biện pháp can thiệp tư thế đầu ngả ra trước của sinh viên, người trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heydari Z., Sheikhhoseini R., Shahrbanian S., Piri H. Establishing minimal clinically important difference for effectiveness of corrective exercises on craniocervical and shoulder angles among students with forward head posture: a clinical trial study. BMC pediatrics. Apr 27 2022;22(1):230.
2. Kang N. Y., Im S. C., Kim K. Effects of a combination of scapular stabilization and thoracic extension exercises for office workers with forward head posture on the craniocervical angle, respiration, pain, and disability: A randomized-controlled trial. Turkish journal of physical medicine and rehabilitation. Sep 2021;67(3):291-299.
3. Lee S. M., Lee C. H., O'Sullivan D., Jung J. H., Park J. J. Clinical effectiveness of a Pilates treatment for forward head posture. Journal of

4. Ramalingam Vinodhkumar, Subramaniam Ambusam. J Scopus IJPHRD Citation Score. Prevalence and associated risk factors of forward head posture among university students. 2019;10(7):775.
5. Cochrane Maria Elizabeth, Tshabalala Muziwakhe Daniel, Hlatswayo Nkateko Climax, et al. The short-term effect of smartphone usage on the upper-back postures of university students. 2019;6(1):1627752.
6. Võ Trọng Tuấn, Phạm Huy Hùng. Phương pháp dưỡng sinh. NXB Đại học quốc gia TP.HCM 2021:54,79-80,98 -101
7. Andersen Lars L, Saervoll Charlotte A, Mortensen Ole S, Poulsen Otto M, Hannerz Harald, Zebis Mette K J Pain®. Effectiveness of small daily amounts of progressive resistance training for frequent neck/shoulder pain: randomised controlled trial. 2011;152(2):440-446.
8. Kebaetse M., McClure P., Pratt N. A. Thoracic position effect on shoulder range of motion, strength, and three-dimensional scapular kinematics. Archives of physical medicine and rehabilitation. Aug 1999;80(8):945-50

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÔ CẢM CỦA GÂY MÊ KHÔNG OPIOID TRONG PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI, TRỰC TRÀNG

Vũ Thị Thanh Nga¹, Lưu Thị Thanh Duyên¹, Cao Thị Bích Hạnh¹, Nguyễn Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật của gây mê có hoặc không sử dụng opioid cho phẫu thuật cắt đại, trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 98 bệnh nhân (BN) phẫu thuật cắt đại, trực tràng. Các BN được chia thành nhóm gây mê có sử dụng opioid (Nhóm OA, n = 49), kiểm soát đau trong mổ bằng Fentanyl và nhóm gây mê không sử dụng opioid (nhóm FOA, n = 49) kiểm soát đau trong mổ bằng truyền tĩnh mạch liên tục lidocain, ketamin kết hợp với levobupivacain đường NMC. Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, độ mê, chỉ số đánh giá độ đau SPI và ghi nhận tại các thời điểm: tiền mê (T₁), sau đặt NKQ (T₄), ngay sau rạch da (T₆), giải phóng đại/trực tràng (T₇), cắt đoạn đại/trực tràng (T₉), lập lưu lại thông đường tiêu hóa (T₁₀), ngay khi đóng da xong (T₁₃), khi mở mắt (T₁₄). **Kết quả:** Nhịp tim và huyết áp trung bình giữa hai nhóm ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Chỉ số

đánh giá độ đau SPI của hai nhóm đều trong phạm vi đủ cho phẫu thuật khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm T₄ đến T₁₃ với p > 0,05. Số lần điều chỉnh độ đau trung bình nhóm FOA (0,29 ± 0,54) thấp hơn so với nhóm OA (0,88 ± 0,83) với p = 0,0001. So với nhóm OA, nhóm FOA có thời gian rút ống nội khí quản (NKQ), thời gian đạt 10 điểm Aldrete và thời gian trung tiện thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,05). Dấu hiệu buồn nôn, nôn và phải dùng ondasetron ở nhóm FOA cũng thấp hơn so với nhóm OA (p < 0,05). **Kết luận:** Gây mê không opioid đạt hiệu quả giảm đau tốt trong phẫu thuật cắt đại, trực tràng. Số lần điều chỉnh độ đau thấp hơn, thời gian rút ống nội khí quản và thời gian trung tiện ngắn hơn so với nhóm sử dụng opioid. Tỷ lệ tác dụng phụ thấp hơn so với nhóm sử dụng opioid. **Từ khóa:** Gây mê không opioid, phẫu thuật cắt đại, trực tràng.

SUMMARY

EVALUATION OF EFFICACY OF FREE OPIOID ANESTHESIA FOR COLORECTAL SURGERY: A PROSPECTIVE RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Objectives: To compare the intraoperative analgesic effect of general anesthesia with or without opioids for colorectal resection surgery. **Methods:** A randomized clinical trial study was carried on 98 patients who underwent colorectal surgery. The

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thanh Nga

Email: ngadoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 3.01.2024

patients were divided into opioid anesthesia group (OA group, n = 49) and opioid free anesthesia group (FOA group, n = 49). Intraoperative pain management in OA and FOA group was taken with fentanyl intravenous route and lidocaine, ketamine intravenous infusion combined with continuous epidural infusion by evobupivacaine, respectively. Pulse rate, mean arterial blood pressure, anesthesia level, surgical pleth index (SPI) were collected at time points: pre-anesthesia (T₁), after endotracheal (T₄), after skin incision (T₆), Colon/rectal release (T₇), colon/rectectomy (T₉), restores gastrointestinal tract (T₁₀), after closing skin incision (T₁₃), eyes opening (T₁₄). **Results:** The differences of heart rate and mean arterial blood pressure between OA and FOA groups were not significant at all time points. Surgical pleth index (SPI) for pain assessment during surgery from T₄ to T₁₃ point also had no difference between two groups with p > 0.05. The mean of pain adjustment times of FOA group (0.29 ± 0.54) was significantly lower than OA group (0.88 ± 0.83), p = 0.0000. Compared with the OA group, the FOA group had a significantly lower extubation time as duration to reach 10 points of Aldrete score and flatus time (p < 0.05). The ratio of nausea, vomiting and the need to use ondansetron in the FOA group were significantly lower than that in OA group (p < 0.05). **Conclusion:** Non-opioid anesthesia achieves an effective pain relief for colorectal surgery with the same SPI to opioid group. The number of pain adjustments was lower, the time to extubation and the time to flatus were shorter compared to the opioid group. The rate of side effects was lower than in the opioid group. The rate of side effects was lower than opioid group. **Keywords:** Non-opioid anesthesia, Colorectal surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều hình thức vô cảm được sử dụng cho phẫu thuật đại trực tràng trong đó có sử dụng thuốc mê phối hợp hoặc không phối hợp với các thuốc giảm đau trung ương opioid. Nhiều nghiên cứu cho thấy bên cạnh hiệu quả giảm đau tốt, việc sử dụng opioid có thể gây ra một số tác dụng phụ như ức chế hô hấp, buồn nôn và nôn sau mổ, chậm phục hồi nhu động ruột... [1]. Việc dùng các thuốc thay thế như liều thấp ketamin, lidocain, giảm đau đường ngoài màng cứng được cho là không chỉ mang lại hiệu quả giảm đau tốt trong mổ đại trực tràng mà còn tăng cường hồi phục sau mổ [2], [3], [4]. Gần đây, gây mê không sử dụng opioid (Free Opioid Anesthesia – FOA) đang được quan tâm nghiên cứu và áp dụng trong nhiều loại phẫu thuật khác nhau.

Phương pháp gây mê này hiện chưa có nghiên cứu công bố chính thức tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu so sánh hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật của gây mê có hoặc không sử dụng opioid cho phẫu thuật cắt đại, trực tràng tại Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Tiêu chuẩn chọn BN:** BN trên 18 tuổi, mổ phìên, phân loại ASA I – II, có chỉ định gây mê nội khí quản (NKQ) để phẫu thuật cắt đại trực tràng từ tháng 12/2019 đến tháng 11/2021 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** BN từ chối, BMI ≥ 35, phụ nữ có thai, suy gan, suy thận, suy tim, tiền sử đau mãn tính, lạm dụng rượu hoặc ma túy, bệnh tâm thần, dị ứng, chống chỉ định với bất kỳ loại thuốc nghiên cứu nào, không có khả năng đánh giá cơn đau hoặc sử dụng thiết bị giảm đau do BN tự kiểm soát (Patient-Controlled Analgesia – PCA).

*** Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng. Các BN sau khi đặt catheter NMC và bolus dexamethason 0,1 mg/kg ngay trước khi khởi mê sẽ được gây mê NKQ với propofol 1% 2 – 2,5mg/kg, rocuronium 0,6 mg/kg. Duy trì mê bằng Sevoflurane để đảm bảo 40 < SE < 60, rocuronium nhắc lại 0,2mg/kg khi TOF ≥ 2 (không tiêm nhắc lại lần cuối khi thời gian ước tính từ thời điểm dự kiến tiêm đến khi đóng bụng dưới 20 phút). Sau mổ, giải giãn cơ bằng neostigmine và atropine, rút ống NKQ khi đủ điều kiện.

- Nhóm FOA (n = 49): Gây mê NKQ không sử dụng opioid: Bolus lidocain 1 mg/kg và ketamin 0,5 mg/kg ngay trước khi khởi mê, xịt lidocain 10% lỏng thanh môn sau khi tiêm thuốc mê và thuốc giãn cơ, trước khi đặt ống nội khí quản, giảm đau đa phương thức trong mổ bằng bolus 3 - 5 ml levobupivacain 0,1% NMC sau khi đặt NKQ, sau đó duy trì liên tục 3 - 5 ml/h; lidocain tĩnh mạch 1 mg/kg/giờ, ketamin tĩnh mạch 0,25 mg/kg/h đến khi kết thúc phẫu thuật; bolus 3 - 5 ml levobupivacain 0,1% NMC và ketamin 0,25 mg/kg tĩnh mạch nếu SPI > 50, 40 < SE < 60, huyết động ổn định và TOF = 0.

- Nhóm OA (n = 49): Gây mê NKQ sử dụng opioid: Bolus Fentanyl 2 µg/kg trước khi khởi mê và 3 µg/kg trước khi rạch da 5 phút, duy trì giảm đau trong mổ bằng fentanyl 2 µg/kg/h; bolus fentanyl 0,5 µg/kg khi SPI (Surgical Pleth Index) > 50, 40 < SE < 60, huyết động ổn định và TOF = 0, ngừng thuốc mê propofol và fentanyl khi bắt đầu khâu đóng da.

- Giảm đau sau mổ: đường NMC bằng levobupivacain 0,1% theo chế độ BN tự điều khiển trong 72 giờ. Giải cứu đau bằng fentanyl 0,5 µg/kg.

***Các chỉ tiêu theo dõi và nghiên cứu:** Đặc điểm BN, đặc điểm phẫu thuật – gây mê, hiệu quả giảm đau (điểm SPI) tại các thời điểm

tiền mê (T₁), sau đặt NKQ (T₄), ngay sau rạch da (T₆), giải phóng đại/trực tràng (T₇), cắt đoạn đại/trực tràng (T₉), lập lưu lại thông đường tiêu hóa (T₁₀), ngay khi đóng da xong (T₁₃), khi mở mắt (T₁₄), số lần điều chỉnh độ đau trong mổ, thời gian từ khi ngừng thuốc mê tới khi rút ống

NKQ (phút) và thời gian đạt đủ 10 điểm Aldrete ở 2 nhóm; biến đổi nhịp tim, huyết áp trung bình trong quá trình phẫu thuật và một số tác dụng không mong muốn khác.

Kết quả được xử lý theo chương trình stata 14.0, p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu

Chi tiêu	Nhóm	Nhóm OA (n = 49)	Nhóm FOA (n = 49)	p
Gới (Nam/Nữ), n		28/21	28/21	1
Tuổi, năm, X ± SD		66,22 ± 10,60	63,61 ± 11,75	0,25
Chiều cao, cm, X ± SD		161,78 ± 6,78	161,96 ± 8,55	0,91
Cân nặng, kg, X ± SD		55,86 ± 8,92	55,33 ± 8,31	0,76
Thời gian phẫu thuật, giờ, X ± SD		3,23 ± 0,83	3,41 ± 1,01	0,33
Thời gian gây mê, giờ, X ± SD		3,67 ± 0,87	3,77 ± 1,08	0,62
Thời gian rút NKQ, phút, X ± SD		28,06 ± 5,27	17,51 ± 5,55	0,0000
Thời gian đạt 10 điểm Aldrete, phút, X ± SD		16,86 ± 2,88	10,00 ± 2,70	0,0000
Thời gian trung tiện, ngày, trung vị (IQR)		1 (1 - 2)	1 (1 - 1)	0,011

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê (p > 0,05).

So với nhóm OA, nhóm FOA có thời gian rút NKQ, thời gian đạt 10 điểm Aldrete và thời gian trung tiện thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,05).

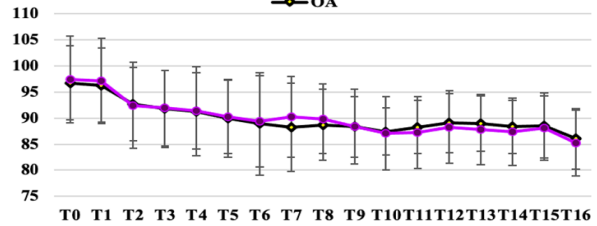
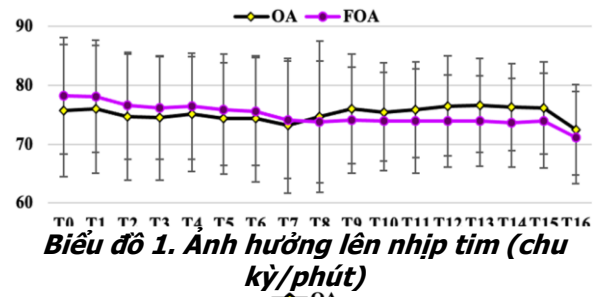
Bảng 2. Hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật

Chi tiêu	Nhóm	Nhóm OA (n=49) (X±SD)	Nhóm FOA (n=49) (X±SD)	p
SPI	Tiền mê (T ₁)	54,27 ± 1,86	54,94 ± 1,86	0,08
	Sau đặt NKQ (T ₄)	37,22 ± 3,79*	37,59 ± 3,65*	0,63
	Sau rạch da (T ₆)	38,49 ± 3,84*	39,14 ± 4,24*	0,43
	Giải phóng đại/trực tràng (T ₇)	37,96 ± 3,69*	37,69 ± 4,28*	0,74
	Cắt đoạn đại/trực tràng (T ₉)	36,94 ± 2,93*	36,94 ± 2,64*	1
	Lập lại lưu thông đường tiêu hóa (T ₁₀)	38,00 ± 3,79*	37,57 ± 3,88*	0,58
	Ngay khi đóng xong da (T ₁₃)	44,04 ± 3,03*	44,78 ± 3,32*	0,26
	Khi mở mắt (T ₁₄)	58,00 ± 3,50*	58,73 ± 2,21*	0,22
	Số lần điều chỉnh	0,88 ± 0,83	0,29 ± 0,54	0,0001

* p = 0,0000 – so sánh với thời điểm tiền mê (T₁) trong cùng một nhóm

Chỉ số đánh giá độ đau SPI tại các thời điểm khác không có sự khác biệt giữa hai nhóm và đều đạt được phạm vi đủ cho phẫu thuật (p > 0,05). Số lần điều chỉnh độ đau ở nhóm FOA thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm OA (p = 0,0000).

Khi so sánh tại các thời điểm với thời điểm tiền mê (T₁) ở từng nhóm thấy cả nhóm FOA và OA, tại thời điểm sau đặt ống NKQ, sau rạch da, giải phóng đại/trực tràng, cắt đoạn đại/trực tràng, lập lại lưu thông đường tiêu hóa và ngay sau khi đóng xong da chỉ số SPI thấp hơn có ý nghĩa (p = 0,0000); còn tại thời điểm mở mắt, chỉ số SPI cao hơn đáng kể (p = 0,0000). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về chỉ số nhịp tim tại các thời điểm theo dõi (p > 0,05) và trong giới hạn bình thường.



Biểu đồ 2. Ảnh hưởng lên huyết áp động mạch trung bình (mmHg)

Chỉ số huyết áp động mạch trung bình của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm theo dõi ($p > 0,05$) và trong giới hạn bình thường.

Bảng 3. Một số tác dụng không mong muốn khác

Dấu hiệu	Nhóm OA (n=49)	Nhóm FOA (n=49)	P
Buồn nôn, n(%)	14(28,57%)	5(10,20%)	0,02
Nôn, n(%)	10(20,41%)	2(4,08%)	0,01
Dùng ondasetron, n(%)	8(16,33%)	1(2,04%)	0,01
Hạ huyết áp, n(%)	13(26,53%)	7(14,29%)	0,13
Rối loạn nhịp tim, n(%)	0	0	

Nhóm OA có 14 BN buồn nôn, trong đó có 10 BN nôn và có 8 BN phải dùng ondasetron cao hơn đáng kể so với nhóm FOA ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tác dụng hạ huyết áp ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Việc lạm dụng opioid chu phẫu gây ra nhiều biến chứng sau phẫu thuật đại trực tràng bao gồm tắt ruột sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị [5]. Gây mê không opioid (Free Opioid Anesthesia – FOA) là một kỹ thuật không sử dụng opioid đường toàn thân, trực thần kinh hoặc các khoang trong cơ thể nhằm kiểm soát đau chu phẫu đang được chuẩn hóa và đưa vào lộ trình nhằm phục hồi sớm sau phẫu thuật đại trực tràng [5]. Phương pháp FOA là kỹ thuật kiểm soát đau chu phẫu và ổn định hệ thần kinh thực vật bằng cách tiếp cận đa phương thức: phối hợp các chất chủ vận α -2 (clonidin, dexmedetomidine), thuốc tê (lidocaine, procaine), thuốc mê (ketamine liều thấp), magie và chất điều chế axit γ -aminobutyric (gabapentin)...Có nhiều phác đồ kết hợp thuốc khác nhau trong gây mê không sử dụng opioid.

Hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên năm 2007 và 2014 sử dụng lidocain tĩnh mạch gây mê không sử dụng opioid trong phẫu thuật đại, trực tràng cho thấy giảm đau tốt trong và sau phẫu thuật, phục hồi chức năng tiêu hóa nhanh hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn có ý nghĩa [2], [3]. Tác dụng của lidocaine có thể liên quan đến giảm phản ứng viêm thông qua giảm nồng độ IL-6, IL-8, IL-1ra, CD11b và giảm kích hoạt bạch cầu trung tính [3].

Sự phong tỏa thụ thể N-methyl D-aspartate (NMDA) cũng được nghiên cứu trong kiểm soát

đau chu phẫu. Thuốc chẹn thụ thể NMDA phổ biến nhất được sử dụng là ketamine, và ketamine ở liều 0,3 mg/kg có thể “chọn lọc” đối với thụ thể NMDA. Tucker và cộng sự báo cáo ketamine liều thấp ổn định (nồng độ ketamine huyết thanh 30-120 ng/ml) kết hợp với chất chủ vận μ -opioid có tác dụng giảm đau và không có tác dụng phụ trên lâm sàng [6]. Hơn nữa, với tốc độ truyền ketamine 1-6 μ g/kg/phút kết hợp với liều tấn công 0,5 mg/kg có tác dụng giảm đau tốt và giảm sử dụng opioid có ý nghĩa [7], [8].

Một nghiên cứu khác của Ellen M. và cộng sự (2019) so sánh hai nhóm gây mê sử dụng opioid với gây mê không opioid (sử dụng lidocaine và ketamine liều thấp đường tĩnh mạch) cho thấy không có sự khác biệt về điểm đau giữa hai nhóm trong phẫu thuật và trong phạm vi phẫu thuật, thời gian từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi sẵn sàng rời khỏi phòng hậu phẫu của nhóm gây mê không opioid ngắn hơn 37 phút so với gây mê thông thường ($p > 0,05$) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm FOA sử dụng bolus lidocain 1 mg/kg và ketamin 0,5 mg/kg ngay trước khi khởi mê. Giảm đau đa phương thức trong phẫu thuật bằng lidocaine và ketamine đường tĩnh mạch (0,25 mg/kg/h), levobupivacain 0,1% đường ngoài màng cứng. Nhóm OA kiểm soát đau bằng fentanyl. Cả hai nhóm đều duy trì mê bằng Sevoflurane. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy gây mê không sử dụng opioid có khả năng đảm bảo giảm đau tốt trong mổ cho BN phẫu thuật cắt đại, trực tràng tương tự gây mê với thuốc giảm đau fentanyl: chỉ số đánh giá độ đau SPI ở các thời điểm trong phẫu thuật không có sự khác biệt giữa hai nhóm và đều đạt được phạm vi đủ cho phẫu thuật ($p > 0,05$). Hơn nữa, số lần điều chỉnh độ đau trong mổ của nhóm FOA thấp hơn đáng kể so với nhóm OA (0,29 so với 0,88 $p = 0,0000$), điều đó cho thấy độ đau được duy trì ổn định ở nhóm FOA hơn nhóm OA.

Kết quả bảng 1 cho thấy: so với nhóm OA, nhóm FOA có thời gian rút NKQ, thời gian đạt 10 điểm Aldrete và thời gian trung tiện thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu khác [4].

Chúng tôi cũng đánh giá ảnh hưởng của thuốc gây mê lên tuần hoàn và hô hấp ở hai nhóm trong quá trình phẫu thuật. Biểu đồ 1 và 2 cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về thay đổi nhịp tim và huyết áp trung bình trong quá trình gây mê phẫu thuật. Bên cạnh đó, với việc sử dụng lidocain quanh phẫu thuật đã gây ức chế protein G (Gq) làm ngăn

chặn quá trình giải phóng các cytokine tiền viêm có liên quan đến một số biến chứng sau phẫu thuật (ví dụ, đau và trung tiện) ngay cả khi ở nồng độ rất thấp (ví dụ, 0,1 μ M lidocain) miễn là các tế bào được tiếp xúc trong một thời gian dài (giờ) đã làm hạn chế sự xuất hiện của tình trạng buồn nôn, nôn sau phẫu thuật, làm giảm nhu cầu giảm đau hậu phẫu. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy điều đó, nhóm FOA có tỷ lệ buồn nôn, nôn và phải điều trị thấp hơn đáng kể so với nhóm OA ($p < 0,05$). Điều này khẳng định thêm lợi ích của gây mê không opioid trong phẫu thuật đại trực tràng.

V. KẾT LUẬN

Gây mê không opioid đạt hiệu quả giảm đau tốt trong phẫu thuật cắt đại, trực tràng. Số lần điều chỉnh độ đau thấp hơn, thời gian rút ống nội khí quản và thời gian trung tiện ngắn hơn so với nhóm sử dụng opioid. Tỷ lệ tác dụng phụ thấp hơn so với nhóm sử dụng opioid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beloeil H., Laviolle B., Menard C. et al.** (2018) POFA trial study protocol: a multicentre, double-blind, randomised, controlled clinical trial comparing opioid-free versus opioid anaesthesia on postoperative opioid-related adverse events after major or intermediate noncardiac surgery. *BMJ Open*, 8 (6), e020873.
2. **Tikuišis R., Miliauskas P., Samalavičius N. et al.** (2014) Intravenous lidocaine for post-

- operative pain relief after hand-assisted laparoscopic colon surgery: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Techniques in coloproctology*, 18, 373-380.
3. **Herroeder S., Pecher S., Schönherr M. E. et al.** (2007) Systemic Lidocaine Shortens Length of Hospital Stay After Colorectal Surgery. *Annals of Surgery*, 246 (2), 192-200.
 4. **Soffin E. M., Wetmore D. S., Beckman J. D. et al.** (2019) Opioid-free anesthesia within an enhanced recovery after surgery pathway for minimally invasive lumbar spine surgery: a retrospective matched cohort study. *Neurosurgical Focus*, 46 (4), E8.
 5. **Wick EC G. M., Wu CL** (2017) Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: a review. *JAMA Surg* 152 (7), p. 691-697.
 6. **Tucker A. P., Kim Y. I., Nadeson R. et al.** (2005) Investigation of the potentiation of the analgesic effects of fentanyl by ketamine in humans: a double-blinded, randomised, placebo controlled, crossover study of experimental pain [ISRCTN83088383]. *BMC anaesthesiology*, 5, 1-12.
 7. **Stubhaug A., Breivik H., Eide P. et al.** (1997) Mapping of punctuate hyperalgesia around a surgical incision demonstrates that ketamine is a powerful suppressor of central sensitization to pain following surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 41 (9), 1124-1132.
 8. **Kim S. H., Ok S. Y., Park S. Y. et al.** (2013) Opioid sparing effect of low dose ketamine in patients with intravenous patient-controlled analgesia using fentanyl after lumbar spinal fusion surgery. *Korean Journal of Anesthesiology*, 64 (6), 524-528.

NHẬN THỨC, KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ VỀ NĂN CHỈNH RĂNG CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT - TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2023

Trần Thị Hương Trà¹, Quách Thị Thuý Lan¹, Đỗ Nam Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nhận thức, kiến thức và thái độ về nắn chỉnh răng của sinh viên năm thứ nhất (Y1) trường Đại học Y Hà Nội năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 376 sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Hà Nội tham gia đợt khám sức khỏe nhập học năm 2023. **Kết quả:** Trong 376 sinh viên Y1 có 53,6% là sinh viên nữ. Sinh viên ngành Y khoa chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,2%, tiếp đến là sinh viên chuyên ngành điều dưỡng chiếm 17,2%, sinh viên chuyên ngành YHCT và RHM lần lượt chiếm 10,9% và 10,3. Kết quả về nhận

thức: có 28,6% sinh viên Y1 chưa từng nghe hoặc không chắc chắn về việc có bác sĩ nắn chỉnh răng. Hơn 80% sinh viên Y1 đã từng nghe về răng chen chúc/lệch lạc và nhận ra người có hàm răng chen chúc. Có tới 32,1% sinh viên Y1 không từng thấy hoặc không chắc chắn về việc người nào đó đeo mắc cài ở răng. Kết quả về kiến thức: chỉ có 38,2% sinh viên Y1 có kiến thức đúng về việc yếu tố di truyền có thể ảnh hưởng đến sự sắp xếp của răng trên cung hàm. Chỉ có 58,1% sinh viên có kiến thức đúng về việc thói quen như đẩy lưỡi/ mút ngón tay/ thở miệng có thể gây lệch lạc răng. Kết quả về thái độ: có tới 45,6% sinh viên Y1 đã từng khuyên ai đó nên đi nắn chỉnh răng; bên cạnh đó có tới 59,1% sinh viên cảm thấy mình cần phải nắn chỉnh răng và 56,0% sinh viên đồng ý nhổ một vài chiếc răng khỏe mạnh nếu cần để nắn chỉnh răng. **Kết luận:** Đa phần sinh viên năm thứ nhất của Trường Đại học Y Hà Nội có nhận thức, kiến thức, thái độ mức khá về nắn chỉnh răng; vẫn còn 1 số lượng lớn sinh viên Y1 chưa có hiểu biết đúng về

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 4.01.2024