

4.4 Sự biến đổi nồng độ Trygliceride huyết thanh trong quá trình nuôi dưỡng.

Lipid trong cơ thể phần lớn ở dạng triglycerid, là nguồn cung cấp năng lượng chính cho cơ thể (80% dự trữ nhiệt của cơ thể). Khi chấn thương nặng, việc huy động và sử dụng chất béo từ các kho dự trữ tăng lên do tăng giải phóng các hormone như catecholamin, glucagon, cortisol hoặc sự hạ thấp tương đối mức insulin máu và tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm. Chính vì vậy nuôi dưỡng ở mức đạt nhu cầu năng lượng thì ngăn ngừa được quá trình tổng hợp chất béo từ glucose [7]. Nồng độ triglycerid trong nghiên cứu của tôi có sự tăng qua các thời điểm, tuy nhiên ở nhóm nuôi dưỡng 100% nhu cầu năng lượng thì thấy ở thời điểm ngày 4 đến ngày 8 có sự giảm triglycerid (từ $1.61 \pm 0.92 \text{ mmol/l}$ xuống còn $1.29 \pm 0.58 \text{ mmol/l}$). Tổng thể của quá trình nuôi dưỡng đường ruột, nồng độ triglycerid tăng, tuy nhiên giữa 2 nhóm nghiên cứu lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại mỗi thời điểm nuôi dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ Albumin huyết thanh sau nuôi dưỡng tăng lên so với trước nuôi dưỡng, có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Nồng độ prealbumin huyết thanh sau nuôi dưỡng cao hơn trước nuôi dưỡng

có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0.05$). Sự biến đổi nồng độ triglyceride trong máu toàn phần tại các thời điểm giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Mạnh Khoa (2002)**, Nuôi dưỡng qua đường ruột sớm bệnh nhân nặng, Hội thảo những vấn đề mới trong việc chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân, chủ biên, Hà Nội.
2. **Vũ Thị Hồng Lan, Trịnh Văn Đồng và Chu Mạnh Khoa (2005)**, So sánh nuôi dưỡng đường ruột sớm với nuôi dưỡng tĩnh mạch ở bệnh nhân chấn thương nặng, Toàn văn hội nghị toàn quốc Hội sức cấp cứu chống độc, chủ biên, Đà Nẵng, 299-305.
3. **Nguyễn Như Lâm (2006)**, Nghiên cứu hiệu quả của nuôi dưỡng sớm đường ruột trong điều trị bệnh nhân bỏng nặng, Học viện quân y.
4. **R. Lee và D. Nieman (2012)**, Nutritional Assessment: Sixth Edition, McGraw-Hill Higher Education.
5. **Sternberg J.A. (2000)**, Total Parenteral Nutrition for the Critically II Patient, Textbook of Critical Care, 4th edition, W.B. Saunders Company, pp, 898-907.
6. **Vũ Đình Vinh (2001)**, Các xét nghiệm sinh hóa về protid, Hướng dẫn sử dụng các xét nghiệm sinh hóa, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
7. **Cone J.B, Wallace B.H. và Aldwell F.T (1994)**, The hypermetabolic response to burn injury, The problems in general surgery, 4(11), 577-589.

THAY ĐỔI ĐIỆN GIẢI VÀ ÁP LỰC THẨM THẤU HUYẾT THANH SAU PHẪU THUẬT CẮT ĐỐT NỘI SOI U PHÌ ĐẠI TUYẾN TIỀN LIỆT LÀNH TÍNH

Nguyễn Toàn Thắng^{1,2}, Nguyễn Thị Hoa¹

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề; Hấp thụ dịch rửa và mất máu dẫn đến rối loạn điện giải và áp lực thẩm thấu huyết thanh (ALTTHT) và có thể gây hội chứng cắt tuyến tiền liệt nội soi (TURP). **Mục tiêu;** Đánh giá sự thay đổi điện giải, ALTTHT sau mổ tuyến tiền liệt (TTL) và ảnh hưởng của thời gian mổ lên sự thay đổi này. **Đối tượng và phương pháp;** Nghiên cứu mô tả, so sánh trước sau trên 45 bệnh nhân được mổ TURP tại bệnh viện Bạch Mai. Ghi nhận các đặc điểm bệnh nhân, điểm IPSS, trọng lượng tuyến, thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền và dịch rửa, thân nhiệt. Điện giải đồ, ALTTHT thực hiện ngay trước/sau mổ và sau mổ 24 giờ. **Kết quả;** Tuổi, trọng lượng tuyến, thời gian

phẫu thuật và lượng dịch rửa tương ứng là; $73,5 \pm 7,6$ tuổi, $55,9 \pm 15,2$ gram, $65,4 \pm 23,2$ phút và $21,5 \pm 4,9$ lít. Khi thời gian phẫu thuật trên 60 phút, nồng độ natri (mmol/lít) và ALTTHT (mosmol/lít) trung bình ngay sau mổ giảm có ý nghĩa so với giá trị trước mổ (tương ứng là $130,3 \pm 4,2$ và $289,5 \pm 25,3$ so với $139,4 \pm 4,3$ và $305,9 \pm 25,6$; $p < 0,05$). Không có khác biệt ý nghĩa về kali và canxi máu. Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng TURP, run, hạ thân nhiệt ngay sau mổ tương ứng là 6,7%; 13,3% và 15,6%. **Kết luận;** Nồng độ natri huyết thanh và ALTTHT ngay sau mổ cắt đốt nội soi TTL giảm có ý nghĩa so với trước mổ khi thời gian phẫu thuật trên 60 phút. Sau mổ 6,7% bệnh nhân có hội chứng TURP.

Từ khóa: điện giải đồ, áp lực thẩm thấu máu, cắt u phì đại tiền liệt tuyến.

SUMMARY

EVALUATION OF CHANGES IN SERUM ELECTROLYTES AND OSMOLALITY AFTER THE TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE (TURP)

Introduction; Absorption of irrigating fluid and

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2020

Ngày duyệt bài: 21.01.2020

hemorrhageresult in the disorders of serum electrolytes and serum osmolality that can lead to TURP syndrome. **Objectives;** This study was carried out to evaluate changes in the serum levels of electrolytes and osmolality after TURP and effect of surgical time on this changes. **Patients and Methods;** A descriptive, before - after study included 45 patients undergoing TURP. Patient, surgery and anesthesia related characters, investigations on serum electrolytes and osmolality were recorded at immediately before/after surgery and postoperative 24th hour. **Results;** Mean values of age, weight of prostate gland, duration of surgery and irritating fluid volume were 73.5 ± 7.6 ages, 55.9 ± 15.2 gram, 65.4 ± 23.2 minutes and 21.5 ± 4.9 liters, respectively. Immediately postoperative levels of serum sodium (mmol/L) and osmolality (mosmol/L) were significantly lower than those before surgery (130.3 ± 4.2 and 289.5 ± 25.3 versus 139.4 ± 4.3 and 305.9 ± 25.6 ; respectively, $p < 0.05$) in patients with duration of surgery for more than 60 minutes. There were 6.7%; 13.3% and 15.6% patients with TURP syndrome, shivering and hypothermia. **Conclusions;** The levels of serum potassium and osmolality were significantly decreased after TURP in patients with duration of surgery for more than one hour. The rate of TURPS was 6.7%.

Keywords: serum electrolytes, serum osmolality, TURP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTL) là sự quá sản lành tính các thành phần trong tuyến tiền liệt dẫn đến rối loạn tiểu tiện và các biến chứng do bí tắc đường tiểu dưới. Đây là dạng u lành tính hay gặp nhất ở nam giới và có xu hướng tăng dần theo tuổi [1, 2]. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị UPĐLTTL (điều trị nội khoa, điều trị bằng nhiệt, bằng laser, siêu âm tập trung cường độ cao, mổ mở...) tuy nhiên phẫu thuật cắt nội soi vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý này. Năm 1932, Joseph McCarthy lần đầu thực hiện mổ nội soi cắt tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo (TURP). Tại Việt Nam, Nguyễn Bửu Triều bắt đầu áp dụng TURP từ năm 1981 tại bệnh viện Việt Đức - Hà Nội và tại đây có tới 70-80% bệnh nhân u phì đại tuyến tiền liệt được mổ cắt nội soi [2].

Do tính chất phẫu thuật ít xâm lấn, TURP có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở như không có vết mổ ngoài da, thời gian nằm viện ngắn, chăm sóc hậu phẫu nhẹ nhàng, bệnh nhân bình phục nhanh và sớm hoạt động chức năng trở lại [2]. Tuy nhiên, TURP có thể gây các biến chứng nặng nề như chảy máu và hấp thụ dịch rửa bàng quang quá mức đe dọa đến tính mạng nhất là khi phẫu thuật kéo dài trên bệnh nhân già yếu có kèm theo bệnh lý tim phổi. Dịch rửa có thể hấp thụ trực tiếp qua tổn thương các tĩnh mạch trên bề mặt tiền liệt tuyến hoặc qua thủng vỏ

bọc quanh tuyến tiền liệt và thành bàng quang gây nên biến chứng nặng nhất đó là hội chứng hấp thụ nước (TURPS) [3]. Hội chứng hấp thụ nước xảy ra do hấp thụ thể tích lớn dịch rửa trong suốt quá trình phẫu thuật, nó có thể xảy ra ngay 15 phút sau khi bắt đầu cắt UPĐLTTL qua nội soi hoặc đến 24 giờ sau mổ. Hội chứng TURP liên quan đến quá tải dịch do hấp thụ dịch rửa và giảm áp lực thẩm thấu huyết tương do giảm natri máu với các biểu hiện suy giảm tri giác, suy tim cấp, rối loạn nhịp tim và phù phổi. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nhiều yếu tố có thể tăng nguy cơ hấp thụ nước và rối loạn điện giải trong TURP gồm; trọng lượng tuyến >80 gram, thời gian phẫu thuật trên 60 phút, áp lực dịch rửa cao > 60 cm [3, 4].

Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về các tai biến và biến chứng của TURP chủ yếu đề cập đến các biến chứng của phẫu thuật mà chưa có nhiều nghiên cứu về sự thay đổi điện giải đồ và áp lực thẩm thấu huyết thanh (ALTTHT). Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự thay đổi điện giải đồ, ALTTHT sau phẫu thuật TURP và ảnh hưởng của thời gian phẫu thuật đến sự thay đổi này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo dưới gây tê tùy sống, đồng ý tham gia nghiên cứu, điện giải đồ trước mổ trong giới hạn bình thường. Những trường hợp gây mê toàn thân, thiếu máu nặng, rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng các thuốc tăng hoặc giảm đông trước mổ, thuốc lợi tiểu trong hoặc ngay sau mổ, creatinin huyết thanh trên 120 mmol/lít được loại khỏi nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu, so sánh trước sau, thực hiện tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016, với cỡ mẫu thuận tiện gồm 45 bệnh nhân.

2.2.2 Phương tiện nghiên cứu. Bao gồm monitor theo dõi tim mạch, hô hấp trong và sau mổ, các thuốc gây mê gây tê, thuốc cấp cứu như thường quy. Máy đo điện giải đồ, áp lực thẩm thấu huyết thanh tại khoa hóa sinh Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.3 Các bước tiến hành

Trước mổ: Khám tiền mê như thường quy, bệnh nhân được giải thích và ký giấy xác nhận đồng ý tham gia. Trong phòng mổ: tiến hành lắp đặt các theo dõi điện tim, huyết áp, bão hòa oxy SpO₂, nhiệt độ ngoại vi tại nách, đặt đường tĩnh

mạch và lấy máu xét nghiệm điện giải đồ và ALT/HT. Các bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tủy sống ở vị trí L3-4 bằng kim 25G, sử dụng 6 mg ropivacaine (Anaropin) phối hợp với 0,03 mg fentanyl. Truyền tĩnh mạch Ringerfundin với số lượng phụ thuộc huyết áp, mất máu và thời gian mổ. Can dịch rửa bàng quang chứa sorbitol 3% được treo cao 60 cm tính từ mặt bàn mổ đến đáy can và dẫn lưu theo nguyên tắc siphon. Chúng tôi lựa chọn ba phẫu thuật viên được đánh giá là có kinh nghiệm và trình độ tương đương tham gia nghiên cứu. Sau mổ: bệnh nhân được theo dõi và làm xét nghiệm điện giải đồ và áp lực thẩm thấu ngay khi ra phòng hồi tỉnh và 24 giờ sau mổ. Các số liệu thu thập được ghi lại trong mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.2.4 Các chỉ số nghiên cứu

- Chỉ số về đặc điểm chung của bệnh nhân, bao gồm; tuổi, tiền sử bệnh kèm theo (tăng huyết áp, mạch vành, suy tim, COPD, hen...), điểm IPSS, trọng lượng tuyến tiền liệt (gram), lượng dịch truyền tĩnh mạch và dịch rửa bàng quang trong và sau mổ (ml và lít), thời gian phẫu thuật (phút).

- Chỉ số điện giải đồ, bao gồm; Na, Kali, Clo (mmol/lít) và glucose máu. Rối loạn điện giải được định nghĩa là sự hiện diện của một hoặc cả

hai chỉ số natri máu <130 hoặc >145 mmol/lít và kali máu < 3,5 hoặc >5,5 mmol/lít.

- Áp lực thẩm thấu huyết thanh (mosmol/kg): < 280 mosmol/kg được coi là giảm.

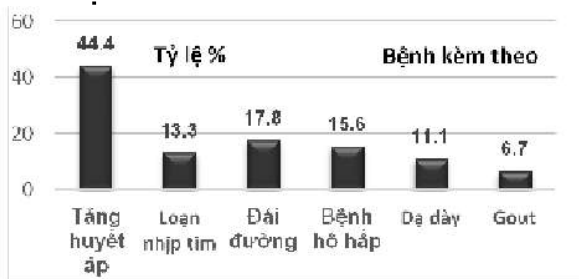
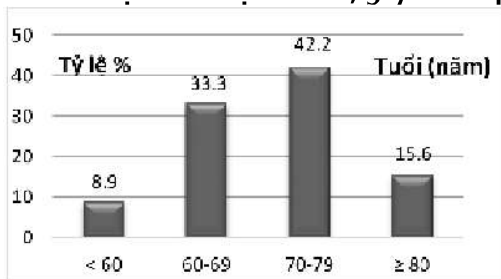
Ngoài ra các thay đổi về tần số tim, nhiệt độ, huyết áp ngay khi vào phòng mổ, trong và sau phẫu thuật, các biểu hiện của hội chứng TURP (lú lẫn, mạch chậm, tăng/giảm huyết áp, suy tim...) cũng được ghi nhận. Thời gian nghiên cứu trong 24 giờ sau mổ.

2.2.5 Xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Các kết quả nghiên cứu của các biến số liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, trong khi biến định tính được trình bày ở dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Áp dụng test t-student để so sánh hai trung bình và test Chi square để so sánh hai tỉ lệ, hệ số tương quan r dùng để đánh giá mối tương quan tuyến tính giữa hai biến số ngẫu nhiên. Khác biệt được coi là có ý nghĩa khi p < 0,05.

2.2.6 Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả không can thiệp nên không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị thường quy. Mọi thông tin bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân, gây mê và phẫu thuật



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và bệnh kèm theo (n=45)

Nhận xét: Độ tuổi từ 60 trở lên chiếm tỉ lệ 91,1%. Tỉ lệ tăng huyết áp là 44,4%, đái đường 17,8%, bệnh hô hấp 15,6%, rối loạn nhịp tim 13,3%.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân, gây mê và phẫu thuật

Các đặc điểm	X ± SD, (min - max)
Liên quan đến bệnh nhân: Tuổi trung bình (năm)	73,5 ± 7,6, (59 - 93)
Trọng lượng tuyến tiền liệt (gram)	55,9 ± 15,2, (23 - 83)
Điểm IPSS	26,5 ± 7,3, (14 - 35)
Liên quan đến gây mê: Truyền dịch tĩnh thể trong mổ (ml)	573,3 ± 261,2, (200 - 1500)
Truyền dịch keo (Gelofusine) (ml)	386,7 ± 89,4 (150-500)
Thân nhiệt ở nách cuối cuộc mổ (°C)	36,7 ± 0,5, (36 - 38)
Liên quan đến phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật (phút)	65,4 ± 23,2, (15 - 125)
Sorbitol 3% rửa bàng quang (lít)	21,5 ± 4,9, (7,5 - 35)

3.2 Thay đổi về điện giải đồ và ALT/HT.

Bảng 3: Thay đổi điện giải đồ và ALTTHT trước và sau mổ

Chỉ số	Trước mổ (n=45)	Ngay sau mổ (n=45)	Sau mổ 24 giờ (n= 36)	p
Natri (mmol/lít)	138,5 ± 4,5	133,1 ± 5,1	132,4 ± 4,6	> 0,05
Kali (mmol/lít)	4,0 ± 0,87	3,8 ± 0,5	3,8 ± 0,8	> 0,05
Glucose (mmol/lít)	6,5 ± 2,65	5,9 ± 1,4	6,2 ± 1,5	> 0,05
Canxi (mmol/lít)	2,09 ± 0,24	2,05 ± 0,14	2,06 ± 0,11	> 0,05
ALTTHT (mosmol/lít)	306,9 ± 23,2	295,7 ± 23,5	301,5 ± 22,7	> 0,05

Nhận xét: Không có khác biệt ý nghĩa về điện giải đồ, glucose máu và ALTTHT trung bình ngay sau mổ, sau mổ 24 giờ so với trước mổ ($p > 0,05$).

Bảng 3: Thay đổi điện giải đồ và ALTTHT và thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Chỉ số	Trước mổ	Ngay sau mổ	p
≤ 60 phút (n= 19)	Natri (mmol/lít)	137,6 ± 4,5	135,5 ± 5,1	> 0,05
	Kali (mmol/lít)	4,1 ± 0,8	3,8 ± 0,6	> 0,05
	Canxi (mmol/lít)	2,09 ± 0,24	2,05 ± 0,14	> 0,05
	ALTTHT (mosmol/lít)	307,8 ± 25,2	298,7 ± 24,5	> 0,05
> 60 phút (n= 26)	Natri (mmol/lít)	139,4 ± 4,3	130,3 ± 4,2*	< 0,05*
	Kali (mmol/lít)	4,3	3,9 ± 0,5	> 0,05
	Canxi (mmol/lít)	2,09 ± 0,24	2,05 ± 0,14	> 0,05
	ALTTHT (mosmol/lít)	305,9 ± 20,6	289,5 ± 21,3*	< 0,05*

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 60 phút giá trị trung bình của Na huyết thanh và ALTTHT ngay sau mổ giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($*p < 0,05$).

3.3 Một số biểu hiện lâm sàng liên quan đến TURP. Tỷ lệ hạ thân nhiệt (nhiệt độ nách < 36,5°C) và run ngay sau mổ tương ứng là 15,6% và 13,3%. Sau mổ có 3/45 bệnh nhân (6,7%) có các biểu hiện của hội chứng TURP (thay đổi tri giác, khó thở, đau ngực kèm theo xét nghiệm Na máu < 130, ALTTHT < 280 mOsmol/kg). Có 4 trường hợp phải truyền 350-500 ml máu sau mổ. Không gặp tử vong trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng thường gặp ở giai đoạn trong và sớm sau TURP bao gồm; chảy máu, hội chứng TURP, tổn thương thận cấp, nhiễm trùng, bí đái... Tỷ lệ các biến chứng này đã giảm đáng kể trong những thập kỷ qua nhờ những tiến bộ liên quan đến phương tiện và kỹ thuật mổ, kỹ thuật vô cảm và kiểm soát điều trị chu phẫu tốt hơn. Tuy nhiên do đặc điểm phẫu thuật, bệnh nhân thường cao tuổi và có bệnh lý khác kèm theo nên việc tiên lượng và theo dõi sát để ngăn ngừa, phát hiện và xử trí sớm các biến chứng trên vẫn là việc làm cần thiết [3-5].

Thay đổi điện giải đồ. Rối loạn điện giải là một trong những biến chứng thường gặp của TURP, đặc biệt có thể góp phần phát triển hội chứng TURP. Hội chứng này là hậu quả của hấp thụ dịch rửa bàng quang qua các tĩnh mạch tuyến tiền liệt trong khi thực hiện phẫu thuật. Dịch rửa sử dụng khi cắt đốt được hấp thụ qua các kênh nhỏ này và dẫn đến giảm natri máu kèm theo tăng thể tích tuần hoàn [1,3]. Những

biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất của TURP gồm; thay đổi tri giác, mạch chậm, giảm/tăng huyết áp, buồn nôn, nôn, rối loạn thị giác và giảm natri máu. Các triệu chứng này hầu hết là biểu hiện của phù não do tình trạng giảm natri kèm tăng thể tích tuần hoàn. Tăng kali máu cũng có thể xảy ra sau TURP chủ yếu có thể quy cho hiện tượng ly giải tế bào và giải phóng kali trong tế bào. Hấp thụ dịch rửa làm thay đổi về điện giải huyết thanh và có thể dẫn đến hội chứng TURP trên lâm sàng [3,4]. Kết quả của chúng tôi cho thấy nồng độ natri huyết thanh ở thời điểm ngay sau mổ giảm có ý nghĩa so với thời điểm ngay trước mổ ở nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 1 giờ (Bảng 2). Như đã đề cập ở phần đặt vấn đề, rất nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến hấp thụ dịch rửa khi thực hiện TURP, tốc độ trung bình là 20 ml/phút. Junichi Ishio và cộng sự xác nhận thay đổi nồng độ Na huyết thanh > 7 mmol/l và > 7% có thể tiên lượng sự xuất hiện các biểu hiện tim mạch và hô hấp của hội chứng TURP [6]. Một số nghiên cứu trước đây cũng cho thấy sự giảm natri tương tự khi thời gian phẫu thuật kéo dài hơn 60 phút [1, 7].

Thay đổi áp lực thẩm thấu huyết thanh. Chúng tôi nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 60 phút có ALTTHT trung bình thấp hơn có ý nghĩa so với giá trị này ở nhóm có thời gian phẫu thuật từ 60 phút trở xuống (Bảng 3). Hấp thụ dịch rửa nhưng tương không có điện giải qua các xoang tĩnh mạch bị

tổn thương có thể dẫn đến tình trạng giảm ALT/AST và quá tải dịch, từ đó gây ra các biến chứng về thần kinh, hô hấp và tim mạch (phù não, hôn mê, phù phổi, suy tim cấp) với biểu hiện trên lâm sàng là hội chứng TURP [4]. Kết quả của các nghiên cứu trước đây xác nhận tỉ lệ mắc hội chứng này thay đổi từ 10 - 26% và tỷ lệ tử vong là 0,2% - 0,8% [3,8]. Các yếu tố liên quan đã được xác nhận gồm; thời gian phẫu thuật kéo dài, kích thước khối u lớn, lượng u cắt bỏ lớn, áp lực cột nước rửa quá cao [1, 8].

Hạn chế của nghiên cứu là các thời điểm đánh giá xét nghiệm chưa nhiều, số lượng bệnh nhân còn ít, thời gian theo dõi chỉ là 24 giờ sau mổ, ALT/AST không thực hiện được ở tất cả các bệnh nhân. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và số lần đánh giá điện giải và ALT/AST nhiều hơn để xác nhận chắc chắn kết quả của nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ natri và áp lực thẩm thấu huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê sau phẫu thuật cắt đốt nội soi u phì đại tuyến tiền liệt lành tính khi phẫu thuật kéo dài trên một giờ. Nghiên cứu xác nhận có 6,7% bệnh nhân có biểu hiện hội chứng TURP ở giai đoạn ngay sau mổ.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin gửi lời cảm ơn đến Khoa Gây mê hồi sức, Khoa Ngoại tổng hợp và đặc biệt là các bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch

Mai vì sự hợp tác và hỗ trợ của họ trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aziz, W. and M.H. Ather (2015). Frequency of Electrolyte Derangement after Transurethral Resection of Prostate: Need for Postoperative Electrolyte Monitoring. *Adv Urol*, ID 415735, 5 pages.
2. Nguyễn Hữu Triều, Lê Ngọc Từ (2007). U phì đại lành tính tuyến tiền liệt, sách Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học. p. 419 - 427.
3. Rassweiler, J., Teber, Dogu et al, (2006). Complications of transurethral resection of the prostate (TURP)—incidence, management, and prevention. *European urology*, 50(5): p. 969-980.
4. Nakahira, J., Sawai, T., et al. (2014). Transurethral resection syndrome in elderly patients: a retrospective observational study. *BMC Anesthesiology*, 14: p. 30-30.
5. Borboroglu, P.G., Kane, C.J., et al, (1999). Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1990s. *The Journal of urology*, 162(4): p. 1307-1310.
6. Ishio, J., Nakahira, J., et al. (2015). Change in serum sodium level predicts clinical manifestations of transurethral resection syndrome: a retrospective review. *BMC Anesthesiology*, 15: p. 52.
7. Georgiadou, T., Vasilakakis, I. et al (2007). Changes in serum sodium concentration after transurethral procedures. *International Urology and Nephrology*, 39(3): p. 887-891.
8. Hahn, R.G., T. Berlin, and A. Lewenhaupt, (1987). Factors influencing the osmolality and the concentrations of blood haemoglobin and electrolytes during transurethral resection of the prostate. *Acta Anaesthesiol Scand*, 31(7): p. 601-7.

THỰC TRẠNG THỜI GIAN CHỜ KHÁM BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG NĂM 2019

Trần Văn Rin¹, Tạ Văn Trâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong nhiều năm qua, kinh tế-xã hội phát triển mạnh mẽ nền đời sống của người dân cũng được nâng cao về mặt vật chất lẫn tinh thần. Cùng với sự thay đổi của môi trường cũng như lối sống đã làm thay đổi mô hình bệnh tật, gia tăng về số lượng bệnh, làm nhu cầu khám chữa bệnh tăng cao dẫn đến tình trạng quá tải tại các bệnh viện. Để giải quyết tình trạng quá tải này bước các Bác sĩ phải khám nhanh hơn, khám nhiều bệnh hơn trong một ngày làm ảnh

hưởng đến chất lượng điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả thời gian chờ khám bệnh của bệnh nhân đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019. Tìm hiểu và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian chờ khám bệnh của bệnh nhân tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang định lượng kết hợp định tính. Nghiên cứu định lượng được tiến hành trước nhằm đo lường thời gian chờ khám bệnh của người bệnh, để trả lời cho mục tiêu thứ nhất. Nghiên cứu định tính sẽ được tiến hành sau khi có kết quả của nghiên cứu định lượng, nhằm phân tích các yếu tố liên quan đến thời gian chờ khám bệnh, để trả lời cho mục tiêu thứ hai. **Kết quả:** Tổng TG chờ khám bệnh trung bình là 158,6 ± 64,7 phút. Trong đó TG chờ thực hiện Cận lâm sàng là dài nhất với 117,1 ± 28,4 phút, thời gian chờ mua phiếu khám bệnh và nộp tiền Cận lâm sàng là nhanh nhất với 17,0 ± 3,3. **Kết luận:** Có 5 nhóm yếu tố chính ảnh hưởng

¹Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang,

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2020

Ngày duyệt bài: 21.01.2020