

đỉnh cần ứng dụng kỹ thuật kết xương xuôi dòng để tránh làm vỡ thành xương cứng khi đóng đinh.

Những trường hợp còn di lệch mở góc sau khi đóng 2 đinh, đóng thêm đinh thứ 3 để làm triệt tiêu góc di lệch.

#### \*Kỹ thuật đóng đinh

- Đóng đinh thứ nhất đến ổ gãy, nắn chỉnh giải phẫu và đóng đinh qua ổ gãy vào ống tủy đối diện. Lắp lại kỹ thuật với đinh thứ 2. Kỹ thuật này thường ứng dụng trong trường hợp gãy ngang, ít di lệch sau khi kéo nắn.

- Đóng 2 đinh đến ổ gãy, nắn chỉnh giải phẫu và đóng từng đinh qua ổ gãy. Kỹ thuật này dùng 2 đinh trong ống tủy làm đòn bẩy để nắn chỉnh. Do đó sẽ thuận lợi khi nắn chỉnh và đóng đinh, rút ngắn thời gian phẫu thuật.

#### 2. Kết quả điều trị

##### \*Kết quả gần.

+ Liên vết mổ kỳ đầu đạt 100%. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy đạt 83% hết di lệch, còn 17% di lệch ít thuộc kiểu gãy A1, A2, B1, ở vị trí 1/3T và 1/3G.

+ Thời gian nằm viện trung bình là 6,9 ngày.

+ Thời gian trở lại học tập trung bình là 5,3 tuần.

+ Thời gian chịu sức nặng hoàn toàn lên chân gãy trung bình 7,4 tuần.

\***Kết quả xa:** + Thời gian theo dõi đánh giá kết quả xa ngắn nhất là 6 tháng, lâu nhất là 70 tháng, trung bình 25,4 tháng.

+ Kết quả liền xương đạt 100%, kết quả phục hồi chức năng đạt mức rất tốt và tốt. Kết quả chung đạt mức tốt là 83,7%, mức trung bình là 16,3%, không có kết quả kém.

+ Có 17 BN dài chi so với bên lành ít nhất là 3mm, nhiều nhất 10mm, trung bình 6,3mm.

+ Liền xương di lệch mở góc vào trong và ra ngoài  $10^\circ$  có 2 trường hợp.

#### V. KẾT LUẬN

**1. Quy trình kỹ thuật:** Đây là một quy trình kỹ thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em có độ an toàn cao, dễ ứng dụng ở những cơ sở y tế có điều kiện về phương tiện như màn tăng sáng, bàn mổ chỉnh hình.

##### 2. Ưu nhược điểm của quy trình kỹ thuật

\***Ưu điểm:** Quy trình kỹ thuật dễ hiểu, dễ ứng dụng ở an toàn cao. Đưa ra được kỹ thuật nắn chỉnh, đóng đinh cho từng hình thái gãy.

\***Nhược điểm:** Chỉ áp dụng cho gãy kín thân xương đùi trẻ em lứa tuổi 6-15 tuổi. Kỹ thuật này đòi hỏi những phương tiện như: màn tăng sáng, bàn chỉnh hình và dụng cụ chuyên dụng. Nếu thiếu dụng cụ thì thực hiện kỹ thuật sẽ gặp khó khăn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Lâm, Vũ Huyền Trinh, Phan Đức Minh Mẫn (2007), "Điều trị gãy thân xương đùi trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 11(1), tr. 472-476.
2. Dietz H.G (1997), "Titanium Elastic nail system technique guide", *Synthes - Original instruments and implants of the association for the study of internal fixation - AO/ASIF*.
3. Metaizeau J.D, Pierre Lascombes (2010), "Femoral fracture, Flexible intramedullary nailing in children", *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*, p.197-230.
4. Metaizeau J.P. (2004), "Stable elastic intramedullary nailing for fractures of the femur in children", *Journal Bone Joint Surgical*, 86-B, pp. 954-957.
5. Hassan M.A., Salama F.H., Elshora S.a., et al (2015), "Treatment of femur fractures in children using elastic stable intramedullary nailing", *Egyptian Orthopedic Journal*, 50, pp. 127 - 131.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐÁP ỨNG KÉM VỚI AN THẦN KINH CỔ ĐIỂN

Phùng Thanh Hải\*, Cao Tiến Đức\*\*, Bùi Quang Huy\*\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với thuốc an thần cổ điển. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm có 61 bệnh nhân tâm thần phân liệt được chẩn đoán là đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển và được điều trị

nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương I từ năm 2011 đến 2015. **Phương pháp nghiên cứu:** bằng phương pháp tiền cứu, cắt ngang, phân tích từng trường hợp **Kết quả:** Áo thanh bình phẩm chiếm 37,70%. Áo thanh thất gặp ở 36,06% số bệnh nhân và 29,51% bệnh nhân bị ảo thanh chi phối hành vi. 52,46% có hoang tưởng bị truy hại. Hầu hết bệnh nhân có tư duy chậm chạp (91,80%). Tất cả bệnh nhân tâm thần phân liệt đều có vệ sinh cá nhân kém lược, thu đông, thờ ơ trong công việc. 67,21% số bệnh nhân có bỏ nhà đi lang thang, 63,93% bệnh nhân có hành vi xã hội kì dị. **Kết luận:** bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với điều trị vẫn có các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng và ảo giác, tuy nhiên các triệu chứng âm tính là rất phổ biến.

**Từ khóa:** tâm thần phân liệt, đáp ứng điều trị kém.

\**Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1*

\*\**Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thanh Hải

Email: bshuy2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 31/1/2018

Ngày phản biện khoa học: 2/3/2018

Ngày duyệt bài: 15/3/2018

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH POOR RESPONSE TO CLASSIC ANTIPSYCHOTIC DRUGS

**Objectives:** To describe the clinical characteristics of schizophrenic patients with poor response to classic antipsychotic drugs. **Subjects:** included 61 inpatients with schizophrenia who were diagnosed with a poor response to a classic neuroleptic drug at Central Psychiatric Hospital I from 2011 to 2015. **Method:** prospective study method, cross section, case analysis. **Results:** Auditory hallucination commentary accounted for 37.70%, 29.51% of patients were affected by the hallucination auditory. 52.46% had delusion of persecution. Most patients have slow thinking (91.80%). All patients with schizophrenia have poor personal hygiene, passive, lazy in work. 67.21% of the patients had wander, 63.93% of the patients had peculiar social behavior. **Conclusion:** Schizophrenia patients with poor response to treatment still have symptoms of psychosis such as hallucinations and delusions. However, negative symptoms are very common.

**Key words:** Schizophrenia, poor response to treatments.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một nhóm các bệnh loạn thần nặng, tiến triển từ từ, có khuynh hướng mạn tính, căn nguyên chưa rõ ràng, người bệnh dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu hẹp vào thế giới nội tâm, tình cảm trở nên khô lạnh và có những hành vi kỳ dị, khó hiểu.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc bệnh TTPL là 0,3 - 1,5% dân số, ở Việt Nam tỷ lệ mắc là 0,47% dân số.

Theo Sadock B.J.(2015), cho rằng khoảng 30 - 40% số bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém hoặc không đáp ứng với an thần kinh cổ điển. Để khắc phục tình trạng này người ta thay thế bằng thuốc Clozapine hoặc sốc điện.

Ở Việt Nam, chưa có công trình nghiên cứu có hệ thống về tâm thần phân liệt đáp ứng kém với thuốc an thần kinh cổ điển. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng tâm thần phân liệt đáp ứng kém với an thần kinh cổ điển" nhằm các mục tiêu sau: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với thuốc an thần cổ điển.

#### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm có 61 bệnh nhân TTPL được chẩn đoán là đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển và được điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương I từ năm 2011 đến 2015.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang, phân tích từng trường hợp

bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém với an thần kinh cổ điển.

Công cụ chẩn đoán: Theo ICD-10 năm 1992, mục F20 (TTPL từ F20.0 đến F20.9).

#### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 1.** Các triệu chứng ảo giác

Chi số thống kê Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Ao thanh bình phẩm	23	37,70	p<0,001
Ao thanh ra lệnh	13	21,31	
Các loại ảo thanh khác	6	9,84	

Bảng 1 cho thấy ảo thanh bình phẩm chiếm tỷ lệ ưu thế (37,70%), tiếp đến ảo thanh ra lệnh (21,31%) và cuối cùng là các loại ảo thanh khác (9,84%). So sánh thấy sự khác biệt rõ và có ý nghĩa với  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 15,32$  và  $p = 0,000$ ).

Kết quả này phù hợp với Bùi Quang Huy (2016), tác giả cho rằng ảo thanh bình phẩm gặp ở 1/3 số bệnh nhân.

**Bảng 2.** Tính chất các loại ảo thanh trong tâm thần phân liệt

Chi số thống kê Tính chất	n=61	Tỷ lệ %	p
Ao thanh không chi phối hành vi	7	11,47	p<0,01
Ao thanh có chi phối hành vi	18	29,51	
Tiếng nói trong cơ thể	7	11,47	p<0,001
Tiếng nói ngoài cơ thể	22	36,06	
Tiếng nói khó xác định	4	6,56	

Bảng 2 tính chất các loại ảo thanh cho thấy ảo thanh không chi phối hành vi (11,47%) và ảo thanh có chi phối hành vi (29,51%). So sánh thấy có sự khác biệt rõ với  $p < 0,01$  ( $\chi^2 = 9,68$  và  $p = 0,002$ ). Kết quả này phù hợp với Cao Tiến Đức (20016) khi cho rằng đa số các trường hợp ảo thanh chi phối hành vi.

Tiếng nói trong cơ thể (11,47%), tiếng nói ngoài cơ thể (36,06%) và tiếng nói khó xác định (6,56%). So sánh thấy sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa với  $p < 0,001$  (Fisher's exact = 0.000). Kết quả này phù hợp với Sadock B.J. (2015), tác giả cho rằng ảo thanh có thể là ảo thanh giả (tiếng nói trong cơ thể), ảo thanh thật (tiếng nói ngoài môi trường) hoặc không xác định. Tuy nhiên, tác giả không chỉ rõ tỷ lệ của các loại ảo thanh này.

**Bảng 3.** Các hoang tưởng

Chi số thống kê Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Hoang tưởng bị chi phối	3	4,92	p<0,001
Hoang tưởng liên hệ	2	3,29	
Hoang tưởng bị truy hại	32	52,46	

Bảng 3 cho thấy hoang tưởng bị truy hại chiếm tuyệt đại đa số (52,46%), tiếp đến là

hoang tưởng bị chi phối (4,92%, hoang tưởng liên hệ (3,29%). So sánh thấy sự khác biệt rõ với  $p < 0,001$  (Fisher's exact = 0.000).

Kết quả này phù hợp với Gelder M. (1996), tác giả cho rằng hơn một nửa số bệnh nhân tâm thần phân liệt có hoang tưởng bị truy hại. Tuy nhiên, tác giả cũng nhấn mạnh rằng hoang tưởng bị truy hại không đặc trưng cho tâm thần phân liệt do còn gặp ở nhiều bệnh lý tâm thần khác.

**Bảng 4.** Các triệu chứng của mồm cảm xúc

Chi số thống kê	n=61	Tỷ lệ %	p
<b>Triệu chứng</b>			
Nét mặt đờ đẫn, không thay đổi	7	11,47	p > 0,05
Giảm động tác tự phát	7	11,47	
Cử chỉ biểu lộ tình cảm nghèo nàn	15	24,59	
Biểu lộ ánh mắt nghèo nàn	13	21,31	
Cảm xúc bàng quan	8	13,11	
Cảm xúc không thích hợp	16	26,23	
Lời nói thiếu ngữ điệu	15	24,59	

Bảng 4 phân tích các triệu chứng của mồm cảm xúc cho thấy rất tàn mạt và tỷ lệ không cao, cao nhất là cảm xúc không thích hợp (26,23%) và thấp nhất là nét mặt đờ đẫn, không thay đổi và giảm động tác tự phát (11,47%). So sánh thấy không có sự khác biệt với  $p > 0,05$  ( $\chi^2 = 9,85$  và  $p = 0,131$ ). Kết quả này phù hợp với Stockmeier C.A. (1993), tác giả cho rằng triệu chứng của mồm cảm xúc đa dạng, nhưng hay gặp hơn cả là biểu lộ cảm xúc nghèo nàn, cảm xúc không thích hợp hoặc ngữ điệu của giọng nói đơn điệu, không thay đổi.

**Bảng 5.** Các triệu chứng ngôn ngữ nghèo nàn

Chi số thống kê	n=61	Tỷ lệ %	p
<b>Triệu chứng</b>			
Vấn từ nghèo nàn	23	37,70	p < 0,001
Nội dung lời nói nghèo nàn	24	39,34	
Tư duy ngắt quãng	37	60,65	
Tư duy chậm chạp	56	91,80	

Bảng 5 các triệu chứng ngôn ngữ nghèo nàn cũng đa dạng, cao nhất là triệu chứng tư duy chậm chạp (91,80%) và thấp nhất là vốn từ nghèo nàn (37,70%). So sánh thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm số liệu với  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 20,46$  và  $p = 0,000$ ). Kết quả này phù hợp với Millan MJ (2000), tác giả cho rằng khoảng 90% số bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém và kháng thuốc an thần kinh cổ điển có tư duy chậm chạp, 60% số bệnh nhân có tư duy ngắt quãng.

**Bảng 6.** Các triệu chứng mất ý chí

Chi số thống kê	n=61	Tỷ lệ %	p
<b>Triệu chứng</b>			
Trang phục bẩn thỉu	25	40,98	p <

Vệ sinh cá nhân kém	61	100,00	0,00
Lười, thụ động, thờ ơ trong công việc	61	100,00	1

Bảng 6 các triệu chứng vệ sinh cá nhân kém/lười, thụ động, thờ ơ trong công việc gặp ở tất cả các bệnh nhân tâm thần phân liệt. Trang phục bẩn gập ở 40,98% số bệnh nhân. So sánh thấy có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 30,14$  và  $p = 0,000$ ).

Kết quả này phù hợp với Meltzer HY (1999), tác giả cho rằng các bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với điều trị đều có biểu hiện vệ sinh cơ thể kém, lười, thụ động. Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng do bệnh nhân bị bệnh đã lâu, điều trị không kết quả nên dẫn đến triệu chứng mất ý chí như đã nêu trên.

**Bảng 7.** Các triệu chứng hành vi đi kỳ

Chi số thống kê	n=61	Tỷ lệ %	p
<b>Triệu chứng</b>			
Diễn mao, ăn mặc đi kỳ	34	55,74	p < 0,001
Hành vi xã hội đi kỳ	39	63,93	
Hành vi kích động	36	59,02	
Hành vi bỏ nhà đi lang thang	41	67,21	

Bảng 7 cho thấy hành vi bỏ nhà đi lang thang chiếm tỷ lệ cao nhất (67,21%), tiếp đến là hành vi xã hội kì dị (63,93%) và ăn mặc kì dị (55,74%). So sánh thấy sự khác biệt đáng kể và có ý nghĩa với  $p < 0,001$  (Fisher's exact = 0.000).

Kết quả này phù hợp Meltzer HY (1989), tác giả cho rằng 2/3 số bệnh nhân có hành vi đi lang thang, hành vi kì dị.

#### IV. KẾT LUẬN

- Ảo thanh hay gặp nhất là ảo thanh bình phẩm chiếm 37,70%.
- Ảo thanh thật gặp ở 36,06% số bệnh nhân và 29,51% bệnh nhân bị ảo thanh chỉ phối hành vi.
- Hơn một nửa số bệnh nhân (52,46%) có hoang tưởng bị truy hại.
- Cảm xúc đơn mồm tuy đa dạng và tàn mạt, cao nhất là cảm xúc không thích hợp (26,23%).
- Hầu hết bệnh nhân có tư duy chậm chạp (91,80%).
- Tất cả bệnh nhân tâm thần phân liệt đều có vệ sinh cá nhân kém/lười, thụ động, thờ ơ trong công việc.
- 67,21% số bệnh nhân có bỏ nhà đi lang thang, 63,93% bệnh nhân có hành vi xã hội kì dị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Quang Huy, Đinh Việt Hùng, Phùng Thanh Hải (2016). Tâm thần phân liệt: nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. Trang 110-113.
2. Sadock B.J., Sadock V.A. (2015). Kaplan &

Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th Edition. Williams & Wilkins. Pp 468-483.

- Gelder M., Gath D., Mayor R. (1996). Oxford textbook of psychiatry. Second edition. Pp 268-323.
- Stockmeier C.A., DiCarlo J.J., Zhang Y., et al, (1993). Characterization of typical and atypical antipsychotic drugs based on in vivo occupancy of serotonin<sub>2</sub>. J Pharmacol Exp Ther
- Millan MJ, (2000). Serotonin<sub>1A</sub> receptors,

schizophrenia and antipsychotic agents. Int J Neuropsychopharmacol. 2000; 3(suppl 1):S13-Abstract S.09.1.

- Meltzer HY, (1999). The role of serotonin in antipsychotic drug action. Neuropsychopharmacology. 21:106S-115S.
- Meltzer HY, (1989). Clinical studies on the mechanism of action of clozapine-the dopamine-serotonin hypothesis of schizophrenia. Psychopharmacology. 99:S18-S27.

## NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG TRÊN HÔ HẤP, TUẦN HOÀN VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHÁC CỦA GÂY TÊ TỦY SỐNG BẰNG BUPIVACAINE + MORPHINE ĐỂ MỔ VÀ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI

Nguyễn Đức Lam\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh ảnh hưởng trên hô hấp, tuần hoàn người mẹ và các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ và con của gây tê tủy sống bằng bupivacaine + morphin so với gây tê tủy sống bằng bupivacaine + fentanyl để mổ và giảm đau sau mổ lấy thai. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 60 bệnh nhân được gây tê tủy sống để mổ lấy thai, chia thành hai nhóm bằng nhau: Nhóm BF sử dụng 8 mg bupivacaine + 25 mcg fentanyl; nhóm BM sử dụng 8 mg bupivacaine + 100 mcg morphin. Các chỉ số nghiên cứu về phía người mẹ gồm: tần số tim, huyết áp, tần số thở, SpO<sub>2</sub> và các tác dụng không mong muốn khác được theo dõi liên tục trong mổ và sau mổ 24 giờ; về phía con được đánh giá qua chỉ số Apgar sơ sinh. **Kết quả:** Trên người mẹ: Không có sự khác biệt về tần số tim, huyết áp động mạch trung bình, tần số thở, SpO<sub>2</sub> của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Các tác dụng không mong muốn khác của nhóm BF và nhóm BM tương ứng là: Nôn, buồn nôn là 13,3% so với 20%; ngứa là 13,3% so với 23,3%; rét run là 13,3% so với 10%; không có trường hợp nào bị suy hô hấp ở cả hai nhóm nghiên cứu. Trên con: Apgar phút thứ nhất của nhóm BF và nhóm BM lần lượt là: 9,1 ± 0,2 so với 9,2 ± 0,3; Apgar phút thứ năm của hai nhóm tương ứng là: 9,5 ± 0,4 so với 9,4 ± 0,5. **Kết luận:** Gây tê tủy sống để mổ lấy thai bằng 8 mg bupivacaine + 25 mcg fentanyl có tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp người mẹ tương đương với gây tê tủy sống bằng 8 mg bupivacaine + 100 mcg morphin, các tác dụng không mong muốn khác cũng tương đương nhau trừ tỷ lệ ngứa ở nhóm BM cao hơn nhóm BF ( $p < 0,05$ ). Cả hai phương pháp này đều không ảnh hưởng đến Apgar sơ sinh.

**Từ khóa:** Tác dụng không mong muốn, gây tê tủy sống, mổ lấy thai, bupivacaine.

### SUMMARY

#### RESEARCH THE EFFECTS ON RESPIRATORY, ON CARDIOVASCULAR, AND OTHER SIDE EFFECTS OF BUPIVACAINE + MORPHINE IN SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN SECTION

**Objectives:** To compare the effect on respiration, on cardiovascular of the mother and other side effects on the mother and child of spinal anesthesia with bupivacaine + morphine versus spinal anesthesia with bupivacaine + fentanyl for cesarean section. **Method and subjects:** A randomized clinical trial, 60 patients undergoing cesarean section under spinal anesthesia were allocated into two groups: BF group using 8 mg bupivacaine + 25 mcg fentanyl; BM group used 8 mg bupivacaine + 100 mcg morphine. Research parameters: On the mother: respiratory rate, heart rate, SpO<sub>2</sub>, and other side effects were recorded in the first 24h postoperation; the newborn was evaluated using the Apgar score. **Results:** On maternal: No difference in heart rate, mean arterial blood pressure, respiratory rate, SpO<sub>2</sub> of patients in both study groups at all study time. Other side effects of BF and BM group were nausea, vomiting 13.3% versus 20%; itching was 13.3% versus 23.3%; chills were 13.3% versus 10%; No cases of respiratory distress in either study group. On the first minute Apgar score of BF group and BM group respectively were: 9.1 ± 0.2 vs. 9.2 ± 0.3; Apgar fifth minute of the two groups respectively were: 9.5 ± 0.4 vs. 9.4 ± 0.5. **Conclusion:** Spinal anesthesia for caesarean section with 8 mg bupivacaine + 25 mcg fentanyl had effect in maternal respiratory, maternal cardiovascular was equivalent to spinal anesthesia with 8mg bupivacaine + 100 mcg morphine, other side effects were similar exceptions the prurit was higher in the BM group than in the BF group ( $p < 0.05$ ). Both methods do not affected the Apgar score of neonatal.

**Key words:** Side effects, spinal anesthesia, cesarean section, ropivacaine

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phẫu thuật phổ biến nhất trong sản khoa và xu hướng ngày càng tăng ở cả trên

\* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2018

Ngày duyệt bài: 12.2.2018