

20,5%. Thể tích tuyến tiền liệt tăng dần theo tuổi, trung bình mỗi năm TTL sẽ tăng thêm 0,94 (cm³). Thể tích tuyến tiền liệt có mối tương quan tuyến tính thuận với nồng độ PSA toàn phần (r = 0,594; p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài Bắc, Hạ Hồng Cường, Hoàng Long. Khảo sát thể tích tuyến tiền liệt ở nam giới trên 45 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021:498, 213.

2. Trịnh Văn Minh. Giải Phẫu Người. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2010.

3. Di Silverio F, Sciarra A, D'Eramo G., et al. Relationship among age, prostate-specific antigen, and prostate volume in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) and in different groups of men with and without benign and malignant prostate diseases. Prostate. 1998;36(1):1-7.

4. Park J.S., Koo K.C., Kim H.K., et al. Impact of metabolic syndrome-related factors on the development of benign prostatic hyperplasia and

lower urinary tract symptoms in Asian population. Medicine (Baltimore), 2019;98(42), e17635.

5. S. Gravas et al. Guidelines on the Management of Non Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). Benign Prostatic Obstruction (BPO), European Association of Urology.:2015.

6. Simon R.M., Howard L.E., Moreira D.M., et al. Does Prostate Size Predict the Development of Incident Lower Urinary Tract Symptoms in Men with Mild to No Current Symptoms? Results from the REDUCE Trial. Eur Urol, 2016;69(5), 885–891.

7. Witjes W.P., Aarnink R.G., Ezz-el-Din K., et al. The correlation between prostate volume, transition zone volume, transition zone index and clinical and urodynamic investigations in patients with lower urinary tract symptoms. Br J Urol, 1997;80(1), 84–90.

8. Zorba O.Ü., Uzun H., Önem K., et al. Association Between Prostate Volume and Red Cell Distribution Width. Low Urin Tract Symptoms, 2014;6(1), 52–56.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐAU SAU PHẪU THUẬT CHI TRÊN Ở BỆNH NHÂN CÓ HOẶC KHÔNG GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY MỘT LẦN

NGUYỄN MẠNH HÙNG¹, PHẠM QUANG MINH²
¹Trường Đại học Y khoa Vinh
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh mức độ đau và nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật chi trên ở bệnh nhân có hoặc không gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần. Nghiên cứu 60 bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai được chia thành hai nhóm: nhóm gây mê toàn thân kết hợp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang (nhóm I) và nhóm gây mê toàn thân đơn thuần kết hợp với sử dụng giảm đau cơ bản (nhóm II). Kết quả cho thấy khi nghỉ ngơi, nhóm I có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm II ở 8 giờ đầu (p<0,05). Khi vận động, nhóm I có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm II ở 6 giờ đầu (p<0,05). Giờ thứ 8 đến giờ thứ 16 nhóm I có điểm đau cao hơn và yêu cầu giảm đau cao hơn nhóm II, tuy nhiên mức độ không lớn (p > 0,05).

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Mạnh Hùng

Email: manhhung2584@gmail.com

Ngày nhận: 08/9/2021

Ngày phản biện: 01/10/2021

Ngày duyệt bài: 12/10/2021

Nhóm I: có 70% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng, 20% bệnh nhân cảm thấy hài lòng, 10% không hài lòng. **Nhóm II:** có 73,3% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng, 23,3% bệnh nhân cảm thấy hài lòng, 3,3% không hài lòng. Sự hài lòng của nhóm II cao hơn nhóm I, tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Từ khóa: Đau sau phẫu thuật chi trên, gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần, gây mê toàn thân.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PAIN AFTER SURGERY UPPER EXTREMITY SURGERY IN PATIENTS WITH OR WITHOUT SINGLE BRACHIAL PLEXUS BLOCK

Objectives: To compare pain severity and need for analgesics after surgery upper extremity surgery in patients with or without single brachial plexus block. The study of 60 patients undergoing shoulder arthroscopy was divided into two groups: general anesthesia combined with brachial plexus anesthesia of the

ladder intermuscular route (group I) and general anesthesia group alone consistent combined with basic pain relief (group II). The results showed that: At rest, group I had better analgesic effect than group II in the first 8 hours ($p < 0.05$). When exercising, group I had better pain relief than group II in the first 6 hours ($p < 0.05$). From the 8th to the 16th hour, group I had a higher pain score and required analgesia than group II, but the severity was not great ($p > 0.05$). Group I: 70% of patients feel very satisfied, 20% of patients feel satisfied, 10% are not satisfied. Group II: 73.3% of patients feel very satisfied, 23.3% of patients feel satisfied, 3.3% are not satisfied. The harmonics of group II was higher than that of group I, but the difference between the two groups was not statistically significant ($p > 0.05$).

Keywords: Pain after upper extremity surgery, single brachial plexus anesthesia, general anesthesia.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ luôn là nỗi nỗi lảng của người bệnh khi phải phẫu thuật. Giảm đau sau mổ đóng vai trò quan trọng giúp tăng cường quá trình hồi phục sau mổ và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Với sự tiến bộ của y học nói chung và chuyên ngành gây mê hồi sức nói riêng, nhiều phương pháp giảm đau đã được áp dụng, mỗi phương pháp đều có ưu, nhược điểm nhất định. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của phương pháp gây tê vùng, gây tê ĐRTK cánh tay được áp dụng phổ biến trong các phẫu thuật chi trên và nhằm mục đích giảm đau sau phẫu thuật. Nhằm giúp các bác sĩ có một cách nhìn tổng quát về hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật chi trên bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần dưới hướng dẫn siêu âm và không gây tê. Từ đó, đưa ra kế hoạch điều trị tối ưu cho người bệnh chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá tình trạng đau sau phẫu thuật chi trên ở bệnh nhân có hoặc không gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần" với mục tiêu so sánh độ đau và nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật chi trên ở bệnh nhân có hoặc không gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, thời gian nghiên cứu

Bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai tại Trung tâm Gây mê và Hồi sức Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu: Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy mỗi nhóm 30 bệnh.

Nhóm 1: Bệnh nhân được gây mê toàn thân kết hợp với gây tê đám rối thần kinh cánh tay một lần để giảm đau sau mổ.

Nhóm 2: Bệnh nhân được gây mê toàn thân, sau mổ dùng thuốc giảm đau cơ bản.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Phác đồ giảm đau sau mổ.

Được áp dụng thường quy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Nhóm I: Gây mê toàn thân kết hợp gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

Trước phẫu thuật: Gây tê ĐRTK cánh tay đường lên cơ bậc thang bằng ropivacain 0,2%

Trong phẫu thuật: Gây mê toàn thân.

Sau phẫu thuật: Giải cứu đau khi VAS>4 điểm bằng paracetamol 1g hoặc/và ketorolac 30mg.

Nhóm II: Gây mê toàn thân, sử dụng giảm đau cơ bản

Trong phẫu thuật: Gây mê toàn thân đơn thuần

Cuối cuộc phẫu thuật: Truyền 1g paracetamol và 30mg ketorolac

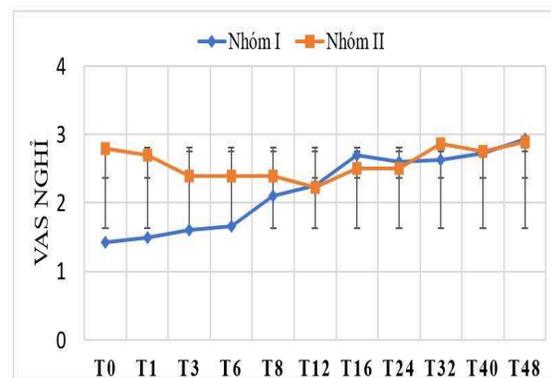
Sau phẫu thuật: Giải cứu đau khi VAS>4 điểm bằng paracetamol 1g hoặc/và ketorolac 30mg.

3. Nhập và xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Điểm VAS khi nghỉ

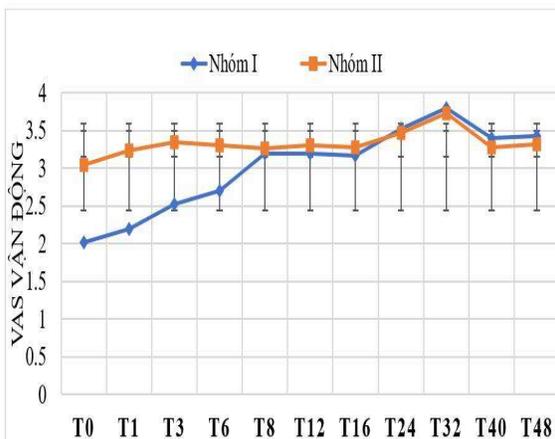


Biểu đồ 1. Điểm VAS khi nghỉ

Nhận xét: Sau mổ, VAS khi nghỉ của nhóm I thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II tại

các thời điểm nghiên cứu T₀, T₁, T₃, T₆, T₈ với p < 0,05. Tại các thời điểm T₁₂, T₁₆, T₂₄, T₃₂, T₄₀, T₄₈ điểm VAS của hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

2. Điểm VAS khi vận động chi trên



Biểu đồ 2. Điểm VAS khi vận động chi trên

Nhận xét: Sau mổ, điểm VAS khi vận động của nhóm I thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II tại các thời điểm nghiên cứu T₀, T₁, T₃, T₆ với p < 0,05. Tại các thời điểm T₈, T₁₂, T₁₆, T₂₄, T₃₂, T₄₀, T₄₈ điểm VAS của hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3. Lượng thuốc giảm sử dụng đau sau phẫu thuật

Lượng thuốc Ketorolac sử dụng ở hai nhóm: nhóm I là 46mg, nhóm II là 54mg. Lượng thuốc giải cứu đau của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Lượng thuốc Paracetamol sử dụng ở hai nhóm: nhóm I là 2,1mg, nhóm II là 3,5mg. Lượng thuốc giải cứu đau của hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

4. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 1. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Kết quả	Rất hài lòng (%)	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)	P
Nhóm I (n=30)	70%	20%	10%	> 0,05
Nhóm II (n=30)	73,33%	23,33%	3,33%	

Nhận xét:

Mức độ hài lòng của bệnh nhân không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p > 0,05).

5. Tác dụng không mong muốn và biến chứng

Bảng 2. Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm I (n=30)		Nhóm II (n=30)		p
	n	%	n	%	
Buồn nôn/ Nôn	1	13,33	4	16,67	> 0,05
Ngứa	2	6,67	2	6,67	> 0,05
Suy hô hấp	0	0	0	0	> 0,05
Tụt huyết áp	0	0	0	0	> 0,05
Loạn nhịp	0	0	0	0	> 0,05
Cơ thất phế quản	0	0	0	0	> 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ nôn, buồn nôn, ngứa, tụt huyết áp, lệ suy hô hấp, loạn nhịp tim, cơ thất phế quản, không xảy ra ở cả hai nhóm. Không xảy ra các biến chứng toàn thân: dị ứng thuốc, phản vệ, ngộ độc thuốc ở cả hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Biến chứng do kỹ thuật gây tê

Biến chứng	n	%
Tổn thương thần kinh do chọc kim	0	0
Chọc vào mạch máu	0	0
Chọc vào màng phổi, phổi, phế quản	0	0
Chọc vào khoang ngoài màng cứng, tuỷ sống	0	0
Biến chứng tại chỗ chọc kim: nhiễm trùng, tụ máu	0	0
Gây tê thất bại	0	0

Nhận xét: Không xảy ra các biến chứng: tổn thương thần kinh do chọc kim, chọc vào mạch máu, chọc vào màng phổi, phổi, phế quản, chọc vào khoang ngoài màng cứng, tuỷ sống, biến chứng tại chỗ chọc kim: nhiễm trùng, tụ máu, gây tê thất bại ở nhóm có gây tê ĐRTK cánh tay đường liên cơ bậc thang.

BÀN LUẬN

1. Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật

Với nhóm có gây tê ĐRTK, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp này có hiệu quả giảm đau 8 giờ ở khi nghỉ ngơi và 6 giờ khi vận động.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Abdallah^[1] năm 2015. Nghiên cứu của Trompeter^[2] năm 2009 đã chứng minh hiệu quả giảm đau trong thời gian đầu trong phẫu thuật có hiệu quả tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Yan^[3] năm 2017.

Ưu điểm của nội soi khớp bao gồm phương pháp tiếp cận ít xâm lấn hơn, thẩm mỹ cao, giảm nguy cơ nhiều biến chứng sau phẫu thuật và phục hồi nhanh hơn. Do đó, nội soi khớp thường là một lựa chọn ưu tiên so với mổ mở,

giúp bệnh nhân dễ dàng lựa chọn phẫu thuật hơn so với trước đây khi phải mổ. Một trong những điều khiến người bệnh lo lắng đó là tình trạng đau. So với mổ mở thì mổ nội soi giúp người bệnh ít lo lắng hơn về tình trạng đau sau phẫu thuật.

2. Sự hài lòng của bệnh nhân với phương pháp giảm đau

Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá sự hài lòng theo 3 mức độ là rất hài lòng, hài lòng và không hài lòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm gây tê ĐRTK cánh tay một lần và nhóm không gây tê đều có mức độ hài lòng và rất hài lòng là chủ yếu, không có trường hợp nào bệnh nhân không hài lòng. Ở nhóm gây tê có 70% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng, 20% bệnh nhân cảm thấy hài lòng, 10% không hài lòng, còn ở nhóm không gây tê có 73,3% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng, 23,3% bệnh nhân cảm thấy hài lòng, 3,3% không hài lòng. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của Sripada^[4] thấy rằng bệnh nhân được gây tê ĐRTK cánh tay có 79% bệnh nhân hài lòng với thuốc giảm đau cơ bản sau phẫu thuật. Tuy nhiên, so với giảm đau sử dụng kỹ thuật giảm đau bằng truyền liên tục thuốc tê vào thần kinh thì gây tê ĐRTK cánh tay một lần mức độ hài lòng thấp hơn.

Nghiên cứu của Trompeter^[2] năm 2010 cho thấy ở các bệnh nhân được gây tê ĐRTK để phẫu thuật nội soi khớp có 15% bệnh nhân những cơn đau nghiêm trọng, dữ dội trong 72 giờ sau phẫu thuật, cần được giải cứu đau. Thuốc giảm đau được sử dụng là diclophenac hoặc paracetamol, một số phải dùng tới morphin. Việc phải chịu những cơn đau không chủ đích đã làm giảm sự hài lòng của bệnh nhân. 80% bệnh nhân yêu cầu thuốc giảm đau cơ bản sau khi ra viện. Tỷ lệ hài lòng với việc quản lý đau bằng thuốc giảm đau cơ bản sau khi ra viện lên tới 97%.

Nghiên cứu của Klein SM Stephen^[5] năm 2003 ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp cổ tay cho thấy có tới 52-71% bệnh nhân phải trải qua cơn đau tồi tệ sau khi hết tác dụng của gây tê ĐRTK cánh tay. Tác giả cho rằng điểm VAS cao và nhu cầu chăm sóc y tế bổ sung cho thấy rằng việc áp dụng phương pháp vô cảm có thể không hợp lý đối với mức độ phẫu thuật này.

Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Abdallah^[7] năm 2015 cho thấy sự hài lòng của nhóm bệnh nhân không gây tê cao hơn nhóm có gây tê. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3. Nhu cầu sử dụng thuốc dùng giảm đau sau phẫu thuật

Với nhóm có gây tê ĐRTK cánh tay đường liên cơ bậc thang bằng ropivacain 0,2% 15ml, nhu cầu giải cứu đau bắt đầu giờ thứ 8 sau phẫu thuật. Trong khi đó, nhóm không gây tê được sử dụng thuốc giảm đau (gồm 30mg ketorolac và 1g paracetamol) trước khi hết thúc cuộc phẫu thuật khoảng 15 phút. Cả hai nhóm, tùy theo diễn biến lâm sàng bệnh nhân sẽ được giải cứu đau bằng paracetamol hoặc ketorolac hoặc cả hai thuốc. Khi VAS >4 có chỉ định dùng thuốc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng thuốc Ketorolac bệnh nhân cần gây mê toàn thân kết hợp với gây tê ĐRTK cánh tay $46,38 \pm 26,27$ mg, nhóm gây mê toàn thân đơn thuần là $54,31 \pm 36,48$ mg. Lượng thuốc Ketorolac cần dùng thêm ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy có sự tương đương về lượng thuốc nhưng về thời gian dùng thì nhóm gây mê toàn thân đơn thuần sử dụng lượng thuốc đó trong 48 giờ, còn nhóm gây mê toàn thân kết hợp với gây tê ĐRTK sử dụng trong 40 giờ. Điều này nói lên nhu cầu giải cứu đau của nhóm có gây tê ĐRTK cánh tay cao hơn nhóm không gây tê ĐRTK cánh tay, phù hợp với việc điểm đau của nhóm có gây tê tăng cao hơn nhóm gây không tê trong khoảng thời gian 8 giờ đến 16 giờ sau mổ. Tuy nhiên, sự khác biệt này không lớn và không có ý nghĩa thống kê.

Lượng Paracetamol ở nhóm gây mê toàn thân đơn thuần cao hơn nhóm có kết hợp với gây tê ĐRTK cánh tay. Cụ thể nhóm gây mê toàn thân đơn thuần lượng paracetamol là $3,5 \pm 1,26$ g, nhóm kết hợp với gây tê ĐRTK cánh tay là $2,1 \pm 0,82$ g, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sở dĩ cao hơn là vì nhóm gây mê đơn thuần sử dụng 1g paracetamol trước khi kết thúc cuộc mổ. Khoảng thời gian sau đó, nhu cầu giảm đau của hai nhóm là tương đương nhau.

Bắt đầu từ ngày thứ hai sau phẫu thuật, bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động khớp vai nhẹ nhàng. Tùy theo từng phẫu thuật cụ thể bác sĩ hướng dẫn cách tập phù hợp nhưng vẫn phải đảm bảo các nguyên tắc như thoải mái, duy trì sự toàn vẹn vết mổ, bảo vệ vị trí phẫu thuật, tăng tầm vận động cũng như sự chịu đựng mà không tăng hết tầm vận động, duy trì hết tầm vận động cổ tay, khuỷu tay. Các bài tập thường được áp dụng cho bệnh nhân bắt đầu tập gồm: duỗi - nắm bàn tay, động tác khép - dạng cánh tay, động tác đưa cánh tay ra trước - sau, động tác xoay khớp vai... Nghiên cứu của chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân gây mê toàn thân đơn thuần thích nghi với bài tập vận động có vẻ tốt

hơn nhóm gây mê toàn thân kết hợp với gây tê ĐRTK cánh tay, nguyên nhân có thể do sự thích nghi về đau của hai nhóm khác nhau. Tuy nhiên, sự khác biệt về điểm đau của hai nhóm không lớn và không có ý nghĩa thống kê. Nhu cầu giải cứu đau của hai nhóm là đương đương nhau.

Giải cứu đau là một hành động nhân đạo đối với bệnh nhân. Giúp bệnh nhân vượt qua cơn đau không có nghĩa là đợt khi cơn đau nghiêm trọng rồi mới dùng thuốc. Nếu đợi đến lúc đó cơn đau có thể tăng lên và khó kiểm soát hơn và phải chờ đợt một khoảng thời gian nhất định để thuốc phát huy tác dụng. Khi có dấu hiệu mức đau tăng (tương đương với điểm VAS > 4) bệnh nhân được giải cứu đau để đưa đến sự thoải mái về mặt thể chất cũng như tinh thần cho bệnh nhân.

4. Lựa chọn phương pháp giảm đau nào

Nghiên cứu hồi cứu của Sunderland^[6] năm 2016 trên 195 bệnh nhân phẫu thuật chi trên về trong ngày, một nhóm sử dụng gây mê toàn thân và một nhóm sử dụng gây mê toàn thân kết hợp với gây tê đám rối thần kinh cánh tay. Theo dõi trong 48 giờ sau phẫu thuật cho thấy tỉ lệ bệnh nhân tái khám vì liên quan đến đau sau phẫu thuật ở nhóm gây mê toàn thân đơn thuần là 4% trong khi gây tê ĐRTK một lần là 12%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ tìm kiếm bất kỳ sự chăm sóc y tế nào nhóm gây mê đơn thuần là 5% trong khi nhóm gây tê ĐRTK một lần là 20%. Hay liên quan đến những cơn đau dữ dội, nhóm gây mê toàn thân đơn thuần chỉ có 10% trong khi nhóm gây tê ĐRTK cánh tay một lần lên đến 41%, sự khác biệt các đặc điểm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu này khác với nghiên cứu của chúng tôi ở chỗ chúng tôi theo dõi 48 giờ trong bệnh viện, thuốc gây mê và phương thức giảm đau giống nhau ở từng nhóm và phương là phương pháp nghiên cứu tiến.

Liên quan đến nồng độ thuốc tê, nghiên cứu của Wong^[7] năm 2016 khi đánh giá ảnh hưởng của nồng độ thuốc gây tê cục bộ (0,2% so với 0,1% Ropivacaine) với giảm đau sau khi khối đám rối thần kinh cánh tay có hướng dẫn bằng siêu âm trong phẫu thuật khớp vai cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về điểm số đau, thời gian nằm viện và tổng lượng opioid tiêu thụ ở giai đoạn nằm ở phòng theo dõi sau mổ. Những bệnh nhân nhận được 0,2% ropivacain có thời gian chặn dài hơn (18 so với 11,9 giờ, $p = 0,04$) và sử dụng ít opioid hơn trong 72 giờ sau phẫu thuật (55 mg so với 102

mg tương đương codeine, $p = 0,02$) khi so sánh với liều tê 0,1% ropivacain.

Nghiên cứu của Benedikt^[8] năm 2017 so sánh hiệu quả giảm đau của gây mê toàn thân và gây mê toàn thân có kết hợp với gây tê ĐRTK cánh tay với ropivacain 0,2% ở nhân phẫu thuật khớp vai cho thấy lợi ích của giảm đau 24 giờ đầu của nhóm gây tê một lần về thời gian xuất viện, thời gian ở phòng theo dõi sau phẫu thuật cũng như giảm đau. Hay một nghiên cứu hồi cứu của Bosco^[9] năm 2017 cho rằng gây tê ĐRTK cánh tay có hiệu quả giảm đau tốt hơn so với các phương pháp giảm đau khác.

Trong khi đó Espelund^[10] năm 2013 không thể cho thấy bất kỳ lợi ích nào của nhóm so với chế độ giảm đau cơ bản của paracetamol và ibuprofen được tiến hành sau khi hoàn thành quy trình phẫu thuật khớp.

Nghiên cứu của Atchabahian^[11] năm 2015 không có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê giữa việc sử dụng gây tê và kiểm soát đau thông thường bằng thuốc tiêm tĩnh mạch trong phẫu thuật thay khớp.

Tác giả Dippmann^[12] thì cho rằng việc kết hợp gây tê ĐRTK cánh tay với gây mê toàn thân có thể làm tăng nguy cơ gây mê và vẫn còn tranh cãi về cách tối ưu để thực hiện gây mê cho phẫu thuật khớp vai với việc dẫn chứng ra các ca lâm sàng có thiếu máu não cục bộ có thể là một biến chứng nghiêm trọng có vì tình trạng tụt huyết áp kéo dài có thể ảnh hưởng đến việc cấp oxy cho vùng não.

Có sự khác nhau trong các kết luận của các nghiên cứu là vì các tác giả sử dụng các phương thức nghiên cứu khác nhau (tiền cứu, hồi cứu), thời gian theo dõi sau phẫu thuật khác nhau (24 giờ, 48 giờ, 72 giờ, thậm chí 3 tháng), sử dụng nồng độ và thể tích khác nhau, vị trí gây tê khác nhau, việc sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật... Sự không đồng nhất về phương pháp, biện pháp kết quả và kỹ thuật / can thiệp điều trị, điều này tạo ra khó khăn trong việc so sánh.

Việc lựa chọn một phương pháp vô cảm đang còn nhiều quan điểm khác nhau, phụ thuộc vào những điều kiện khách quan cũng như chủ quan. Chúng tôi cho rằng, với việc gây mê toàn thân kết hợp với gây tê ĐRTK cánh tay một lần liều thấp thì hiệu quả giảm đau, các tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật không có sự khác biệt với việc gây mê toàn thân và sử dụng thuốc giảm đau cơ bản. Chúng tôi đề xuất sử dụng kỹ thuật giảm đau bằng truyền liên tục thuốc tê vào thần kinh qua catheter dưới hướng dẫn siêu âm. Phương pháp này có nhiều

ưu điểm như tránh được việc sử dụng opioid sau mổ, tránh được các tác dụng không mong muốn của opioid, bệnh nhân nhanh hồi phục chức năng cơ thể, giảm ngày nằm viện và chi phí, là phương pháp giảm đau sau mổ an toàn, không ảnh hưởng chức năng sống, hiệu quả giảm đau tốt, rất ít tác dụng không mong muốn so với các phương pháp giảm đau khác, người bệnh có thể vận động sớm, tránh tắc mạch sau mổ, đặc biệt người bệnh sẽ giúp tập phục hồi chức năng sớm.

Việc sử dụng giảm đau đường tĩnh mạch với các thuốc non-opioid ngày càng được quan tâm, nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh lợi ích của nó không thua kém với các phương pháp giảm đau khác cũng như tác dụng phụ. Trong khi đó cũng có nhiều nghiên cứu ủng hộ việc phong bế thần kinh bằng thuốc tê, nhiều nghiên cứu khác ủng hộ dùng opioid tĩnh mạch thì non-opioid giúp chúng ta có thêm một lựa chọn.

Xu hướng hiện nay đang kết hợp nhiều phương pháp giảm đau khác nhau trên một bệnh nhân (giảm đau đa phương thức), nhằm hạn chế các tác dụng phụ, tăng hiệu quả giảm đau, rút ngắn thời gian phục hồi sau phẫu thuật (ERAS). Điều này phù hợp với khuyến nghị hiện nay là nên tránh điều trị theo phương thức đơn lẻ, cường độ cao trong việc kiểm soát cơn đau cấp tính.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 60 bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai được chia thành hai nhóm: nhóm gây mê toàn thân kết hợp gây tê ĐRTK cánh tay đường liên cơ bạc thang (nhóm I) và nhóm gây mê toàn thân đơn thuần kết hợp với sử dụng giảm đau cơ bản (nhóm II), chúng tôi rút ra một số kết luận sau đây:

Khi nghỉ ngơi, nhóm I có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm II ở 8 giờ đầu ($p < 0,05$).

Khi nghỉ vận động, nhóm I có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm II ở 6 giờ đầu ($p < 0,05$).

Giờ thứ 8 đến giờ thứ 16 nhóm I có điểm đau cao hơn và yêu cầu giảm đau cao hơn nhóm II, tuy nhiên mức độ không lớn ($p > 0,05$).

Sự hài lòng của nhóm II cao hơn nhóm I, tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdallah FW, Halpern SH, Aoyama K, Brull R.** Will the Real Benefits of Single-Shot Interscalene Block Please Stand Up? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Anesth Analg.* 2015;120(5):1114 - 1129.

2. **Trompeter A, Camilleri G, Narang K, Hauf W, Venn R.** Analgesia requirements after

interscalene block for shoulder arthroscopy: the 5 days following surgery. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2010;130(3):417 - 421.

3. **Yan S, Zhao Y, Zhang H.** Efficacy and safety of interscalene block combined with general anesthesia for arthroscopic shoulder surgery: A meta-analysis. *J Clin Anesth.* 2018;47:74 - 79.

4. **Sripada R, Bowens C.** Regional anesthesia procedures for shoulder and upper arm surgery upper extremity update--2005 to present. *Int Anesthesiol Clin.* 2012;50(1):26-46. doi:10.1097/AIA.0b013e31821a0284.

5. **Klein SM, Steele SM, Nielsen KC, et al.** The difficulties of ambulatory interscalene and intra-articular infusions for rotator cuff surgery: a preliminary report. *Can J Anaesth.* 2003;50(3):265-269. doi:10.1007/BF03017796.

6. **Sunderland S, Yarnold CH, Head SJ, et al.** Regional Versus General Anesthesia and the Incidence of Unplanned Health Care Resource Utilization for Postoperative Pain After Wrist Fracture Surgery: Results From a Retrospective Quality Improvement Project. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41(1):22 - 27.

7. **Wong AK, Keeney LG, Chen L, Williams R, Liu J, Elkassabany NM.** Effect of Local Anesthetic Concentration (0.2% vs 0.1% Ropivacaine) on Pulmonary Function, and Analgesia After Ultrasound-Guided Interscalene Brachial Plexus Block: A Randomized Controlled Study. *Pain Med.* 2016;17(12):2397 - 2403.

8. **Büttner B, Mansur A, Hinz J, Erlenwein J, Bauer M, Bergmann I.** Combination of general anesthesia and peripheral nerve block with low-dose ropivacaine reduces postoperative pain for several days after outpatient arthroscopy: A randomized controlled clinical trial. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(6):e6046.

9. **Bosco L, Zhou C, Murdoch JAC, et al.** Pre- or postoperative interscalene block and/or general anesthesia for arthroscopic shoulder surgery: a retrospective observational study. *Can J Anaesth.* 2017;64(10):1048 - 1058.

10. **Espelund M, Fomsgaard JS, Haraszuk J, et al.** Analgesic efficacy of ultrasound-guided adductor canal blockade after arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction: a randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30:422-8.

11. **Atchabahian A, Schwartz G, Hall CB, Lajam CM, Andrae MH.** Regional analgesia for improvement of long-term functional outcome after elective large joint replacement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(8):CD010278.

12. **Dippmann C, Winge S, Nielsen HB.** Severe cerebral desaturation during shoulder arthroscopy in the beach-chair position. *Arthroscopy* 2010;26:S148 - 50.