

## V. KẾT LUẬN

Hẹp DII-DIII tá tràng do các nguyên nhân không ung thư có tỷ lệ lớn do nang giả tụy vùng đầu tụy cạnh tá tràng hoặc hẹp DII-DIII do hậu quả của viêm tụy mạn (8/9 BN, 88,9%), có 1 BN loét mặt sau DII tá tràng gây hẹp khí (11,1%). Chẩn đoán trước mổ thường nhầm hẹp DII-DIII tá tràng do u tá tràng hay UTDD xâm lấn DII tá tràng. Điều trị PT nổi nang giả tụy-mặt sau DII-DIII tá tràng đối với nang giả tụy gây hẹp. Có thể cắt đoạn DII, DIII hay nối vị tràng, nối mật ruột.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Nguyên Hưng** (2011): Ứng dụng phẫu thuật Frey để điều trị viêm tụy mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa. Y học thực hành số 12(798):62-63
2. **Thái Nguyên Hưng** (2021): Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do ung

- thư hang môn vị dạ dày xâm lấn đầu tụy, DII, DIII tá tràng. Y học Việt nam; tháng 10 (1); 507:137-141.
3. **Thái Nguyên Hưng** (2021): Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện K.Y Học Việt nam Tháng 12 (2); 509:196-201
  4. **Agela Pham**: Chronic pancreatitis: review and update of etiology, risk factors and management
  5. **Maxwell D. Mirande and Raul A. Mirande**: management of a postbulbar duodenal ulcer and stricture causing gastric outlet obstruction: A case report. Ann. Med Surg (Lond). 2018 May; 29:10-13.
  6. **Samir Habashi and Peter V Draganov**: Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol. 2009 Jan 7; 15(1):38-47
  7. **Vitas GJ, Sarr MG**. Selected management of pancreatic pseudocyst: Operative versus expectant management. Surgery 1992; 111:123-130.
  8. **Walt AJ, Bouwman DL, Weaver DW, Sachs RJ**. The impact of technology on the management of pancreatic pseudocyst. Fifth annual Samuel Jason Mixer Lecture. Arch Surg. 1990; 125:759-763.

## SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG VỚI GÂY TÊ KHOANG MẠC CHẬU DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Đoàn Quang Lộc<sup>1</sup>, Phạm Quang Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng của gây tê liên tục cơ vuông thắt lưng với gây tê khoang mạc chậu dưới hướng dẫn của siêu âm và một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng chia thành 2 nhóm: nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng (QL) và nhóm gây tê khoang mạc chậu (MC) dưới hướng dẫn siêu âm nhằm so sánh hiệu quả giảm đau sau mổ cũng như tìm hiểu một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp. **Kết quả:** Điểm VAS khi vận động và khi nghỉ ngơi tại các thời điểm nghiên cứu của nhóm MC thấp hơn nhóm QL, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  và đều dưới 4, tỷ lệ phải dùng thêm giảm đau PCA-morphin để giải cứu đau giữa 2 nhóm đều thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Mức độ hài lòng, rất hài lòng của nhóm MC cao hơn nhóm QL (96,6% so với 80%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ yếu cơ của nhóm QL thấp hơn nhóm MC (3,3% so với 20%) khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Mức độ yếu cơ của 2 nhóm đều là yếu cơ mức độ I (Bromage). Một số tác dụng phụ khác đều thấp và không có sự khác

biệt giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Hai phương pháp đều có hiệu quả giảm đau tốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng, nhóm MC có tỷ lệ hài lòng cao hơn mặc dù gây yếu cơ nhiều hơn.

**Từ khóa:** phẫu thuật khớp háng, gây tê khoang mạc chậu, gây tê cơ vuông thắt lưng.

### SUMMARY

#### POSTOPERATIVE ANALGESIC OF ULTRASOUND GUIDED QUADRATUS LUMBORUM BLOCK VERSUS FASCIA ILIACA BLOCK IN HIP REPLACEMENT SURGERY

**Objective:** Compare the postoperative analgesic efficacy in hip replacement surgery of continuous ultrasound-guided quadratus lumborum block (QLB) versus fascia iliaca block (FIB) and the side effects of two methods. **Subject and method:** 60 patients with hip replacement surgery were divided into 2 groups: ultrasound-guided quadratus lumborum block (QLB) and fascia iliaca block (FIB) to compare the analgesic efficacy and the side effects. **Result:** Mean VAS score at rest and movement of FIB group was lower than QLB group, but the difference was not statistically significant with  $p > 0.05$  and both lower than 4. The rate of needing to use PCA-morphine to rescue between 2 groups was low and there was no difference. The satisfaction of the FIB group was higher than QL group (96.6% versus 80%), the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ . Muscle weakness of group QL is lower than that of FIB group (3.3% versus 20%) and the difference is statistically significant with  $p < 0.05$ . The level of

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Lộc

Email: doanquangloc96@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

weakness of the 2 groups is baseline level I (Bromage). The rate of side effects are low and there is no difference between the 2 groups. **Conclusion:** Both methods have good analgesic effects for patients after hip replacement surgery, the FIB group has a higher satisfaction, but more muscle weakness.

**Keywords:** Hip replacement, fascia iliaca block, quadratus lumborum block.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng là một trong những phẫu thuật thường gặp đặc biệt là ở người cao tuổi. Cường độ đau sau phẫu thuật khớp háng được xếp vào nhóm vừa đến nặng. Vì thế, nếu bệnh nhân không được kiểm soát đau tốt, sẽ ảnh hưởng nhiều đến mức độ hồi phục sau mổ, khả năng tập phục hồi chức năng sớm cũng như tăng tỷ lệ các biến chứng khác như tắc mạch, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu... Hiện nay có nhiều phương pháp giảm đau đã được nghiên cứu và áp dụng như giảm đau toàn thân đường tĩnh mạch, gây tê ngoài màng cứng liên tục, gây tê thần kinh ngoại vi... Gây tê khoang mạc chậu (Fascia Iliaca Compartment Block-FICB) được đề cập lần đầu tiên vào năm 1989 bởi tác giả Dalen [5], trên thế giới, có nhiều nghiên cứu chứng minh sự hiệu quả của FICB trên bệnh nhân thay khớp háng. Tuy nhiên phương pháp này lại gây yếu cơ ảnh hưởng đến tập vận động của bệnh nhân sau phẫu thuật[7]. Gây tê cơ vuông thắt lưng lần đầu tiên được mô tả năm 2007 bởi Blanco[4]. Hiệu quả của QL trên phẫu thuật khớp háng khá tốt nhưng kỹ thuật khó hơn và bệnh nhân phải nằm nghiêng khi thực hiện, điều này cũng ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân. Tại Việt Nam, phương pháp tê mạc chậu cũng như tê cơ vuông thắt lưng còn là phương pháp tương đối mới. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm 2 mục tiêu: 1. So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng của gây tê liên tục cơ vuông thắt lưng với gây tê khoang mạc chậu dưới hướng dẫn của siêu âm. 2. So sánh một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện ĐHY Hà Nội từ tháng 4/2022 đến tháng 10/2022.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi  $\geq$  18.
- ASA I, II, III.
- Có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng.
- Đồng ý giảm đau bằng gây tê liên tục cơ vuông thắt lưng hoặc gây tê mạc chậu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định tê tùy sống, gây tê cơ vuông thắt lưng hoặc gây tê mạc chậu.
- Tiền sử rối loạn tâm thần, khó khăn trong giao tiếp, bệnh nhân không hợp tác.
- Có bệnh đau mạn tính thường xuyên phải sử dụng thuốc giảm đau.

### 2.1.3. Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu

- Có biến chứng nghiêm trọng trong và sau phẫu thuật.
- Bệnh nhân hoặc người giám hộ không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng.

**2.2.2. Địa điểm:** Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Gây mê hồi sức và Chống đau bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**2.2.3. Thời gian:** từ tháng 4/2022 đến tháng 10/2022.

**2.2.4. Cỡ mẫu:** 60 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm. Phân nhóm bằng bốc thăm ngẫu nhiên:

Nhóm QL (nhóm I): gây tê cơ vuông thắt lưng truyền liên tục dưới hướng dẫn siêu âm.

Nhóm MC (nhóm II): gây tê mạc chậu truyền liên tục dưới hướng dẫn siêu âm

## 2.3. Tiến hành nghiên cứu

### ✓ Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Khám và đánh giá các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, đối chiếu với các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Hướng dẫn cách hợp tác nghiên cứu: cách sử dụng thước đau VAS, ghi nhận và báo cáo thang điểm đau, mức cần thiết đòi hỏi thuốc giảm đau.

### ✓ Gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn siêu âm

- Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng bên lành.

- Dùng đầu dò siêu âm thẳng, tần số cao 10 - 12 MHz, đầu dò đặt ở vùng thắt lưng ngang rốn, tìm hình ảnh 3 lớp cơ thành bụng, tiếp tục di chuyển đầu dò theo mặt phẳng cắt ngang ở phía trên mào chậu, rồi trượt ra sau đến khi thấy toàn bộ cơ vuông thắt lưng.

- Xác định vị trí đầu kim sẽ nằm phía trước cơ vuông thắt lưng.

- Chọc kim in-plane dưới hướng dẫn siêu âm.

- Hút và bơm 1-2 ml dung dịch NaCl 0.9% để tách các lớp mạc, xác định độ sâu của kim tê và luồn catheter vào khoang hướng về vị trí QL3.

- Hút thử catheter nếu không có máu chảy ra, bơm 10 ml Anaropine 0,5% qua catheter vào mạc quanh cơ vuông thắt lưng, kiểm tra sự lan

toả thuốc tế dưới siêu âm.

- Cố định chân catheter bằng chỉ Dafilon 3/0, dán bằng dính trong phủ catheter. Đánh giá vùng phong bế cảm giác bằng test nóng lạnh.

✓ **Gây tê khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm**

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa  
- Dùng đầu dò siêu âm thẳng, tần số cao 10 - 12 MHz để xác định hình ảnh thần kinh đùi tăng âm phía ngoài động mạch đùi, sâu khoảng 2 - 4 cm. Mạc chậu phủ lên trên thần kinh đùi và cơ thắt lưng chậu.

- Quay đầu dò vuông góc với dây chằng bẹn và hướng lên trên, chọc kim tê in-plane. Đầu kim được đưa vào vị trí giao điểm giữa cơ may và các lớp cơ bụng. Tách 1-2ml NaCl 0,9%, xuất hiện dấu hiệu 'phồng xẹp'. Xác định độ sâu của kim tê và luồn catheter vào khoang mạc chậu.

- Hút thử catheter nếu không có máu chảy ra, bơm 10 ml Anaropine 0,5% qua catheter vào khoang mạc chậu, kiểm tra sự lan toả thuốc tê dưới siêu âm, sự lan toả thuốc tê đến vị trí thần kinh đùi và thần kinh bì đùi ngoài.

- Cố định chân catheter, dán bằng dính trong phủ catheter. Đánh giá vùng phong bế cảm giác bằng test nóng lạnh.

- Sau phẫu thuật, khi hết tác dụng của thuốc tê tùy sống và điểm VAS > 4, cả hai nhóm đều được truyền liên tục qua catheter Anaropine 0,1% với tốc độ 5ml/h, điều chỉnh theo điểm VAS.

✓ **Vô cảm trong mổ.** Bệnh nhân sau khi thực hiện thủ thuật gây tê giảm đau được gây tê tùy sống cùng quy trình cho cả 2 nhóm với ropivacaine và fentanyl.

✓ **Giảm đau cơ bản.** Cả 2 nhóm đều dùng hỗ trợ thêm giảm đau cơ bản gồm paracetamol 3g truyền tĩnh mạch chia 3 lần/ngày.

✓ **Xử trí các trường hợp không hiệu quả:** Các trường hợp giảm đau kém hoặc không hiệu quả: điểm VAS > 4, sau khi điều chỉnh tốc độ thuốc không hiệu quả, tiến hành chuẩn độ sau đó lắp máy PCA-morphin tĩnh mạch.

**2.4. Các tiêu chí đánh giá**

✓ **Hiệu quả giảm đau (theo mục tiêu 1)**

- Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi và khi vận động tại các thời điểm.

- Số lượng bệnh nhân phải sử dụng PCA morphin.

- Mức độ hài lòng của bệnh nhân về phương pháp giảm đau theo Terhenger.

✓ **Các tác dụng không mong muốn và biến chứng (theo mục tiêu 2)**

- Ức chế vận động: Đánh giá mức độ ức chế vận động theo tiêu chuẩn Bromage.

- Biến chứng liên quan tới kỹ thuật: chọc vào mạch máu, nhiễm trùng điểm chọc, tụ máu vị trí gây tê, đau tại vị trí gây tê, ngộ độc thuốc tê.

- Biến chứng liên quan tới các thuốc: nôn, buồn nôn, ngứa, suy hô hấp, tụt huyết áp, nhịp tim chậm, run, bí tiểu.

✓ **Các thời điểm nghiên cứu.** Các số liệu nghiên cứu được lấy tại các thời điểm sau:

H0: ngay trước khi tiêm liều giảm đau đầu tiên, H0.5: 30 phút, H3: Giờ thứ 3, H6: Giờ thứ 6, H12: Giờ thứ 12, H18: Giờ thứ 18, H24: Giờ thứ 24, H30: Giờ thứ 30, H36: Giờ thứ 36, H48: Giờ thứ 48, H72: Giờ thứ 72 sau khi tiêm liều đầu.

- Thời gian phẫu thuật: Tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến khi hoàn thành mũi kim cuối cùng.

- Thời gian thực hiện kỹ thuật: từ lúc bắt đầu tư thế bệnh nhân cho đến khi hoàn thành khâu cố định catheter.

- Tụt huyết áp: huyết áp tụt khi huyết áp tâm thu giảm > 30% so với giá trị nền.

- Nhịp tim chậm: nhịp tim được coi là chậm khi tần số tim giảm 20-30% so với ban đầu hoặc dưới 50 lần/phút.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

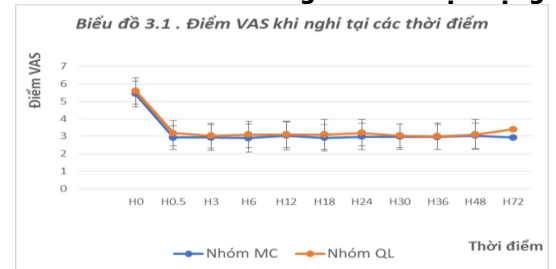
**3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Đặc điểm		Nhóm QL (n=30)	Nhóm MC (n=30)	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	59,97 ± 17,71	61,13 ± 16,28	0,05
	Min-Max	31-92	22-92	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	$\bar{X} \pm SD$	20,99±2,51	21,68±3,25	
	Min-Max	15,6 – 25,7	15,6 – 28,6	
Giới	Nam (%)	63,3	60	
	Nữ (%)	36,7	40	
ASA	I	43,3	33,3	
	II, III	56,5	66,6	

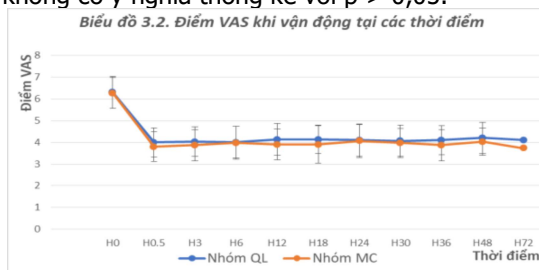
**Nhận xét:** Phân bố về tuổi, giới, BMI, ASA giữa 2 nhóm là tương đương. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

**3.2. Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động**



**Nhận xét:** Điểm VAS khi nghỉ ngơi ngay trước khi tiêm liều giảm đau đầu tiên của 2 nhóm là tương đương và đều lớn hơn 4. Tại tất

cả các thời điểm sau tiêm thuốc giảm đau, điểm VAS của nhóm MC là thấp hơn so với nhóm QL và đều nhỏ hơn 4 điểm, tuy nhiên khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



**Nhận xét:** Điểm VAS khi vận động cũng tương tự.

Cả 2 nhóm nghiên cứu gần như không cần giải cứu bằng PCA morphin: nhóm QL có 2 BN, nhóm MC có 1 BN. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.3. Mức độ hài lòng

**Bảng 3.2. Mức độ hài lòng của BN**

Kết quả	Rất hài lòng (%)	Hài lòng (%)	Không hài lòng (%)	p
Nhóm QL	23,3	56,7	20	< 0,05
Nhóm MC	33,3	63,3	3,3	

**Nhận xét:** Mức độ hài lòng đến rất hài lòng của của nhóm QL là 80%, của nhóm MC là 96,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.4. Mức độ ức chế vận động sau gây tê và tác dụng không mong muốn

**Bảng 3.3. Mức độ ức chế vận động sau gây tê**

Điểm Bromage	Độ 0 (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	p
Nhóm QL	96,7	3,3	0	0	< 0,05
Nhóm MC	80	20	0	0	

**Nhận xét:** Mức độ ức chế vận động theo thang điểm Bromage ở nhóm MC là cao hơn chiếm 26,7% so với nhóm QL chiếm 6,7%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỉ lệ nôn, buồn nôn ở nhóm QL là 2 (6,67%), nhóm MC là 1 (3,33%). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Cả 2 nhóm đều không xuất hiện các tác dụng không mong muốn khác.

## IV. BÀN LUẬN

Các chỉ số nhân trắc, loại phẫu thuật và thời gian phẫu thuật không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Thể hiện sự tương đồng rất cao giữa 2 nhóm nghiên cứu.

**4.1. Hiệu quả giảm đau.** Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động ngay trước khi tiêm liều giảm đau đầu tiên của 2 nhóm là tương đương

và đều lớn hơn 4. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tại tất cả các thời điểm sau tiêm thuốc giảm đau, điểm VAS cả khi nghỉ ngơi và khi vận động của nhóm MC là thấp hơn so với nhóm QL, và đều nhỏ hơn 4 điểm, tuy nhiên khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này chứng tỏ cả 2 phương pháp gây tê QL và MC đều có hiệu quả giảm đau tốt khi nghỉ ngơi và khi vận động tại các thời điểm khác nhau sau phẫu thuật thay khớp háng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, cả 2 phương pháp giảm đau QL và MC mang lại hiệu quả giảm đau tốt, giảm điểm đau VAS cả khi nghỉ ngơi và khi vận động tại các thời điểm sau mổ. Có sự chênh lệch điểm đau VAS giữa nhóm QL và MC là do ở nhóm MC cơ chế phong bế thần kinh là rõ ràng, cụ thể là thuốc tê lan trực tiếp được vào thần kinh đùi, thần kinh bì đùi ngoài và một phần thần kinh bịt và có thể quan sát được sự lan của thuốc tê trên siêu âm; còn ở nhóm QL cơ chế phong bế của thuốc tê chưa thực sự rõ ràng, ta không thể biết chắc chắn sự lan truyền của thuốc tê; do đó lí giải hiệu quả giảm đau của nhóm QL không tốt bằng nhóm MC, đồng thời một số trường hợp phải giải cứu bằng PCA morphin do hiệu quả giảm đau không đạt khiến bệnh nhân không hài lòng. Một nghiên cứu systematic review meta-analysis của tác giả Fillingham YA [6] phân tích từ 3382 bài báo về hiệu quả và độ an toàn của các phương pháp gây tê vùng trong phẫu thuật thay toàn bộ khớp háng cho thấy tê MC và QL là 2 trong số các phương pháp có hiệu quả trong giảm mức độ đau và giảm tiêu thụ opioid sau phẫu thuật, và sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Tuy nhiên tê MC được ưu tiên lựa chọn hơn vì kĩ thuật và các tai biến.

**4.2. Mức độ hài lòng.** Mức độ hài lòng đến rất hài lòng của của nhóm QL là 80%, của nhóm MC là 96,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều hài lòng với mức độ giảm đau cả khi nghỉ ngơi và khi vận động, đồng thời các tác dụng không mong muốn và biến chứng gây tê là rất ít và ở mức độ nhẹ. Các trường hợp không hài lòng là do hiệu quả giảm đau chưa đạt, khó chịu với tư thế nằm nghiêng gây đau ở nhóm QL.

### 4.3. Một số tác dụng không mong muốn

**4.3.1. Mức độ ức chế vận động sau gây tê.** Mức độ ức chế vận động theo thang điểm Bromage ở nhóm MC là cao hơn chiếm 20% so với nhóm QL chiếm 3,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Mức ức chế vận động chủ yếu là độ 1 là không cử động được khớp gối.

Điều này có thể lí giải là do ở nhóm MC thuốc tê lan từ mạc chậu vào thần kinh đùi một cách rõ ràng và có thể quan sát thấy trên siêu âm, một số trường hợp với mức độ lan nhiều, thần kinh đùi bị phong bế nhiều có thể gây ức chế vận động của cơ tứ đầu đùi. Còn ở nhóm QL cơ chế là không thật sự rõ ràng, thuốc tê có thể lan vào khoang cạnh sống hoặc đám rối thắt lưng do đó sự phong bế thần kinh đùi trực tiếp với lượng nhiều là hiếm khi xảy ra, do đó mức độ ức chế vận động là thấp hơn ở nhóm MC.

**4.3.2. Tác dụng không mong muốn khác.** Ở cả 2 nhóm nghiên cứu tỉ lệ tác dụng không mong muốn đều rất thấp, tỉ lệ nôn, buồn nôn ở 2 nhóm lần lượt là nhóm QL 2 bệnh nhân chiếm 6,67%, nhóm MC là 1 bệnh nhân chiếm 3,33%. tương đồng với nghiên cứu các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Tuấn [2], Hoàng Văn Tuấn [1], Azizoglu [3]. So với phương pháp giảm đau bằng NMC tỉ lệ tác dụng không mong muốn như nôn, buồn nôn là thấp hơn đáng kể. Điều này là tương đồng với nhiều nghiên cứu khác cho thấy tác dụng không mong muốn của tê thần kinh ngoài vi là thấp hơn nhiều so giảm đau ngoài màng cứng, lí do một phần là trong nghiên cứu không sử dụng Opioid, đồng thời xa trục thần kinh trung ương nên hạn chế đáng kể các tác dụng không mong muốn.

## V. KẾT LUẬN

Hiệu quả giảm đau tốt cả khi vận động và khi nghỉ của 2 phương pháp gây tê vùng dưới hướng dẫn của siêu âm giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm sự lựa chọn trong giảm đau sau phẫu

thuật khớp háng. Gây tê mạc chậu có một số ưu điểm hơn về thời gian làm thủ thuật, mức độ hài lòng của bệnh nhân cao hơn, điểm VAS thấp hơn nên áp dụng cho bệnh nhân chấn thương. Gây tê QL ít yếu cơ hơn, ít nguy cơ té ngã nên áp dụng cho bệnh nhân thoái hoá khớp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tuấn, Hoàng Văn** (2021), "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng liên tục dưới hướng dẫn siêu âm", Tạp chí Nghiên cứu Y học. 138(2), tr. 101-107.
2. **Tuấn, Nguyễn Bá** (2020), So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật khớp háng của gây tê khoang mạc chậu với gây tê ngoài màng cứng, Đại học Y Hà Nội.
3. **Azizoglu, Mustafa và Rumeli, Şebnem** (2022), "Comparison of the suprainguinal fascia iliaca compartment block with continuous epidural analgesia in patients undergoing hip surgeries: a retrospective study", Brazilian Journal of Anesthesiology.
4. **Blanco, Rafael** (2007), 271. Tap block under ultrasound guidance: the description of a "no pops" technique, chủ biên, BMJ Publishing Group Ltd.
5. **Dalens, Bernard, Vanneville, Guy và Tanguy, Alain** (1989), "Comparison of the fascia iliaca compartment block with the 3-in-1 block in children", Anesthesia & Analgesia. 69(6), tr. 705-713.
6. **Fillingham, Yale A và các cộng sự.** (2022), "The Efficacy and Safety of Regional Nerve Blocks in Total Hip Arthroplasty: Systematic Review and Direct Meta-Analysis", The Journal of Arthroplasty. 37(10), tr. 1922-1927. e2.
7. **Gao, Yanping và các cộng sự.** (2019), "Fascia iliaca compartment block reduces pain and opioid consumption after total hip arthroplasty: A systematic review and meta-analysis", International Journal of Surgery. 65, tr. 70-79.

## GIÁ TRỊ CỦA CLVT 256 DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN HẸP ĐỘNG MẠCH VÀNH CÓ ĐIỂM VÔI HÓA CAO

Hoàng Văn Hậu<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Huệ<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thanh Vân<sup>2</sup>, Nguyễn Đình Minh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu giá trị của Cắt lớp vi tính 256 dây trong chẩn đoán hẹp động mạch vành có điểm vôi hóa cao. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp được

chụp Cắt lớp vi tính 256 dây (CLVT-256) và chụp động mạch số hóa xóa nền (DSA) mạch vành từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 46 BN có điểm vôi hóa Agaston  $\geq 400$  gồm 29 nam và 17 nữ. Tuổi trung bình là  $70.17 \pm 10.51$  (từ 41 đến 93 tuổi), chủ yếu ở nhóm tuổi  $>60$  với tỷ lệ 78.26%, trung trung bình của nam thấp hơn nữ ( $p < 0.05$ ). ở mức độ bệnh nhân, giá trị của CLVT-256 trong chẩn đoán hẹp mạch vành  $\geq 50\%$  có độ nhạy Se = 97.7%, độ đặc hiệu Sp=50%, giá trị dự báo dương tính PPV = 97.7%, giá trị dự báo âm tính NPV = 50%, độ chính xác Acc = 97.7%. Mức độ tương đồng chẩn đoán hẹp mạch vành có ý nghĩa của CLVT-256 đối chiếu với DSA là tốt với các nhánh động

<sup>1</sup>Trường Đại học y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023