

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ CỦA GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM VỚI GÂY TÊ THÂM VẾT MỔ TRONG PHẪU THUẬT CẮT THÙY PHỔI NỘI SOI

*Bùi Quốc Khánh¹, Bùi Thị Hoa¹, Đặng Văn Giáp¹,
Lê Thị Kim Loan², Nguyễn Chí Dũng¹, Lê Văn Năm¹*

TÓM TẮT

Giới thiệu: Kiểm soát đau là một những trong thành phần thiết yếu tạo nên sự hồi phục sớm sau mổ cho người bệnh với phương châm là giảm đau đa mô thức kết hợp gây tê vùng. Gây tê ngoài màng cứng và gây tê cạnh cột sống có tỷ lệ thất bại cao, đồng thời có nhiều biến chứng nguy hiểm như tụt máu tủy sống, tổn thương thần kinh...nên ngày nay chỉ định giảm đau sau phẫu thuật cần cân nhắc. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là kỹ thuật mới, dễ thực hiện, an toàn và đã được chứng minh đem lại hiệu quả giảm đau sau mổ trong nhiều loại phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Người bệnh phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi chương trình. Thiết kế nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang có đối chứng.

Kết quả: 59 người bệnh được phân tích ghi nhận kết quả nhu cầu sử dụng morphine sau phẫu thuật ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống 20% giảm so với tê thâm vết mổ 44,8% ($p = 0,04$), lượng morphine tích lũy 24 giờ ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$. Đồng thời ghi nhận điểm đau VAS khi nghỉ ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

¹Bệnh viện Quân y 175

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Tác giả liên hệ: Bùi Quốc Khánh, Email: drkhanh175@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/10/2024

Ngày phân biện: 23/12/2024

Kết luận: Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống giúp giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật so với tê thâm vết mổ.

Từ khóa: Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống

COMPARISON OF THE POSTOPERATIVE PAIN RELIEF EFFECT OF ULTRASOUND-GUIDED ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK WITH LOCAL ANESTHESIA UNDERGOING VIDEO-ASSISTED LOBECTOMY

ABSTRACT

Introduction: Pain control is one of the essential components that create early recovery after surgery for patients with the motto of multimodal pain relief combined with regional anesthesia. Epidural anesthesia and paravertebral anesthesia have high failure rates, and at the same time have many dangerous complications such as spinal hematoma, nerve damage... so today the indication for postoperative pain relief needs to be considered. Erector spinae plane block is a new technique, easy to perform, safe and has been proven to bring effective postoperative pain relief in many types of surgery.

Materials and methods: Patients undergoing planned video-assisted lobectomy. This study design was a controlled cross-sectional prospective study.

Results: 59 patients were analyzed and recorded the results of postoperative morphine use in the erector spinae plane anesthesia group 20% was lower than in the incisional anesthesia group 44,8%($p = 0.04$), the cumulative amount of morphine 24 hours after surgery in the erector spinae plane anesthesia group was lower and statistically significant with $p = 0.04$. At the same time, VAS pain scores at rest in the erector spinae plane anesthesia group at 1 hour, 2 hours, 4 hours, 6 hours, 8 hours after surgery had a statistically significant difference with $p < 0.05$.

Conclusions: Erector spinae plane block provides more effective postoperative pain relief than incisional anesthesia.

Keywords: Erector spinae plane block.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đau là một những trong thành phần thiết yếu tạo nên sự hồi phục sớm sau mổ cho người bệnh.[1] Sự kết hợp gây tê vùng trong điều trị đau phẫu thuật

góp phần làm giảm nhu cầu opioid, mặc dù opioid là một thuốc giảm đau mạnh, có ưu thế trong điều trị ở những phẫu thuật có mức độ đau nặng nhưng mang lại một số tác dụng phụ không mong muốn như

buồn nôn - nôn sau mổ, ngứa, suy hô hấp, đặc biệt là tăng nhạy cảm đau, đau mạn tính. Giảm đau cho phẫu thuật ngực - bụng không còn giới hạn ở gây tê ngoài màng cứng, gây tê cạnh cột sống, mà với ứng dụng siêu âm nhiều phương pháp gây tê được thực hiện phù hợp với các loại phẫu thuật khác nhau.

Phẫu thuật cắt thùy phổi mở ngực ít xâm lấn hoặc có nội soi hỗ trợ có mức độ đau trung bình đến nặng do đó phối hợp gây tê vùng trong điều trị giảm đau là điều cần thiết. Các phương pháp gây tê vùng như gây tê ngoài màng cứng, gây tê cạnh cột sống đã được chứng minh là hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật cắt thùy phổi. Tuy nhiên các phương pháp này đều có nhược điểm như tỉ lệ thất bại cao nhất ở gây tê ngoài màng cứng (NMC) 36% ở đoạn ngực, 27% ở đoạn thắt lưng, và có báo cáo tỉ lệ lên đến 40%, tỉ lệ thất bại ở gây tê cạnh cột sống (CCS) từ 1,98 - 5,6%, và khi có siêu âm giảm còn 2,3%. [2] Và biến chứng của gây tê NMC như tụ máu tủy sống 7% khi đi kim, 36% khi đang dùng catheter, 56% sau rút catheter, hạ huyết áp, đâm vào mạch máu, tràn khí màng phổi, tổn thương thần kinh sau gây tê CCS dưới 1%, và vào khoang NMC 2,1% làm cho lựa chọn thực hiện gây tê NMC hay gây tê CCS cần cân nhắc hơn. [2] Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống được thực hiện đầu tiên bởi Forero và cộng sự trên 2 người bệnh đau thần kinh ngực mạn tính mức độ nặng và 2 người bệnh phẫu thuật nội soi lồng ngực,[3] từ đó được

nghiên cứu và thực hiện trên nhiều phẫu thuật khác nhau. Hiệu quả của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống đã được ghi nhận ở một số phẫu thuật như cắt vú, nội soi lồng ngực, cột sống, xương đùi, cắt túi mật nội soi, cắt tử cung.[4] Với mục đích nghiên cứu phương pháp giảm đau cho phẫu thuật cắt thùy phổi đạt hiệu quả, dễ thực hiện, nguy cơ biến chứng thấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ở phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi so với gây tê thâm vết mổ nhằm trả lời câu hỏi nghiên cứu “*Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống có hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật ở người bệnh phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi hay không?*” với các mục tiêu cụ thể là:

1. So sánh nhu cầu sử dụng morphine và lượng morphine tiêu thụ 24 giờ sau mổ ở người bệnh phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi có gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và gây tê thâm vết mổ.

2. So sánh điểm đau sau mổ thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 24 giờ ở hai nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và gây tê thâm vết mổ.

3. So sánh tỉ lệ tác dụng không mong muốn sau mổ ở hai nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và gây tê thâm vết mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: Người bệnh có chỉ định phẫu thuật cắt thùy phổi nội

soi chương trình, 18 tuổi trở lên, phân độ ASA I – III, người bệnh không có tiền căn nghiện thuốc opioid, tiền căn đau mạn tính và dị ứng thuốc tê.

Tiêu chuẩn loại ra: Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim, chuyển hồi sức ngoại điều trị sau phẫu thuật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 8 năm 2024 tại khoa Gây mê hồi sức và khoa Phẫu thuật lồng ngực – Bệnh viện Quân y 175.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu dựa trên so sánh giá trị trung bình của 2 nhóm độc lập:

$$N = \frac{(Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Với xác suất sai lầm loại I là 0,05; xác suất sai lầm loại II là 0,05. Dựa theo kết quả nghiên cứu của tác giả Sertcakacilar G và cs (2022) ghi nhận lượng morphine tích lũy ở nhóm gây tê cạnh cột sống và nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống tại thời

điểm 24 giờ sau phẫu thuật lần lượt $11,35 \pm 7,08$ so $20,06 \pm 9,98$ với $p < 0,001$. [5] Thay vào công thức chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 26 người bệnh. Thực tế chúng tôi phân tích 59 người bệnh trong đó 30 người bệnh nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và 29 người bệnh nhóm gây tê thẩm vết mổ.

Biến số nghiên cứu: Biến số kết cục chính: Sử dụng morphine sau phẫu thuật được định nghĩa là biến nhị giá có hay không có sử dụng morphine giảm đau sau phẫu thuật 24 giờ. Biến số nghiên cứu khác: lượng morphine tích lũy 24 giờ sau phẫu thuật, điểm đau VAS khi nghỉ tại các thời điểm 48 giờ sau phẫu thuật.

Quy trình nghiên cứu: Tất cả người bệnh đủ tiêu chí nhận vào sẽ được đưa vào tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích về phương pháp giảm đau sau phẫu thuật và ký giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu. Ngày phẫu thuật người bệnh được phân chia ngẫu nhiên bằng máy tính theo khối 4 người bệnh, có hoán vị trong khối và chia được 15 khối theo thứ tự như sau:

1	2	3	4	5	6	7	8
CCEE	CECE	CEEC	EECC	ECEC	ECCE	CECE	ECEC
9	10	11	12	13	14	15	
ECEC	CEEC	ECCE	EECC	ECEC	CCEE	CECE	

Trong đó C là nhóm chứng và E là nhóm can thiệp.

Người bệnh được gây mê và phẫu thuật theo quy trình Bệnh viện Quân y 175. Sau khi phẫu thuật kết thúc tất cả người

bệnh được dùng thuốc giảm đau Nefopam 20mg và paracetamol 1g và hóa giải dẫn cơ sugamadex 100mg. Người bệnh nhóm

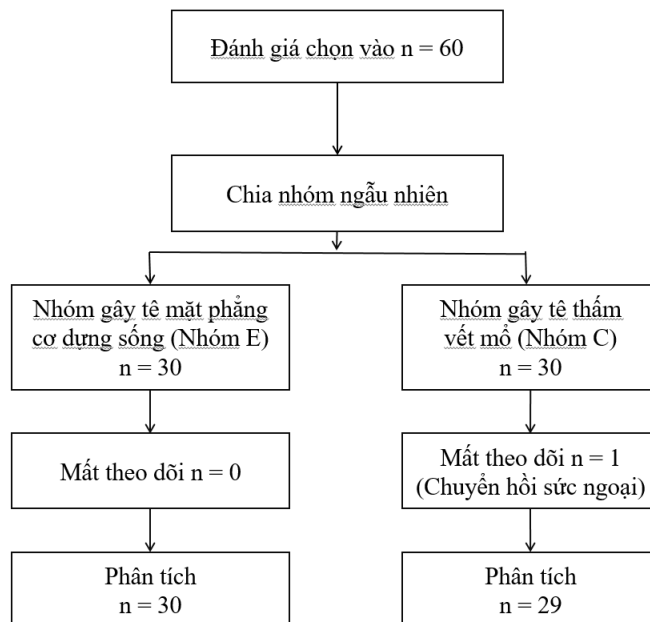
chúng sẽ được phẫu thuật viên thực hiện tê thẩm vết mổ với bupivacaine 0,25% 20 ml trước khi đóng da và nhóm can thiệp sẽ được thực hiện gây tê mặt phẳng cơ dựng sống với bupivacaine 0,25% 20ml tại vị trí mòm ngang T4 dưới hướng dẫn siêu âm sau khi đóng da. Sau đó người bệnh được rút ống nội khí quản tại phòng mổ và chuyển ra phòng hồi tỉnh theo dõi và chăm sóc điều trị theo quy trình Bệnh viện Quân y 175. Sau phẫu thuật người bệnh được dùng thuốc giảm đau nền là paracetamol 1g mỗi 8 giờ và voltaren 75 mg mỗi 12 giờ. Nếu người bệnh đau sau mổ có điểm đau VAS trên 4 điểm sẽ được sử dụng morphine tĩnh mạch cứu hộ 1 - 2 mg đến khi điểm VAS nhỏ hơn 4. Biến số lượng morphine tiêu thụ sau 24 giờ phẫu thuật và các tác dụng không mong muốn

của morphine sẽ được ghi nhận lại.

Phương pháp phân tích số liệu:

Quản lý số liệu bằng phần mềm Epidata Manager. Sử dụng phần mềm STATA 14.2 để phân tích số liệu và giá trị $p < 0,05$ được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. So sánh hai biến định tính bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher. So sánh hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Student's t test và không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann Whitney u test.

Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả người bệnh được giải thích rõ ràng về phương pháp giảm đau sau phẫu thuật và có ký giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu. Đề tài cũng được thông qua hội đồng duyệt đề cương Bệnh viện Quân y 175.



Hình 1. Lưu đồ nghiên cứu

3. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm người bệnh tham gia nghiên cứu

Qua nghiên cứu và phân tích 59 người bệnh phẫu thuật cắt thùy phổi chúng tôi ghi nhận kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số NC (n = 59)	Nhóm E (n = 30)	Nhóm C (n = 29)	p
Giới (nam)	35 (59,3)	16 (53,3)	19 (65,5)	0,34*
Tuổi (năm)	57,6 ± 10,2	57,3 ± 11,9	57,9 ± 8,3	0,79 [†]
BMI (kg/m ²)	21,9 ± 2,6	22,0 ± 2,9	21,7 ± 2,3	0,63 [†]
Phân độ ASA				
I	3 (5,1)	2 (6,7)	1 (3,4)	
II	46 (77,9)	20 (66,7)	26 (89,7)	0,08**
III	10 (17,0)	8 (26,6)	2 (6,9)	

* So sánh bằng kiểm định Chi bình phương; ** So sánh bằng kiểm định Fisher

[†] So sánh bằng kiểm định Student t test. BMI: chỉ số khối cơ thể (Body's Mass Index) NC: nghiên cứu

ASA: American Society of Anesthesiologists

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng trước mổ như giới tính, tuổi, BMI, phân độ ASA.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Dân số NC (n = 59)	Nhóm E (n = 30)	Nhóm C (n = 29)	p
Thời gian PT (phút)	145,1 ± 56,3	148,7 ± 42,1	141,4 ± 68,5	0,62 [†]
Tổng fentanyl (µg)	327,9 ± 75,7	327,7 ± 61,3	328,3 ± 89,4	0,97 [†]

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Tính chất phẫu thuật				
Cắt thùy trên phổi phải	30 (50,8)	17 (56,7)	13 (44,8)	
Cắt thùy giữa phổi phải	3 (5,1)	1 (3,3)	2 (6,9)	
Cắt thùy dưới phổi phải	12 (20,3)	5 (16,7)	7 (24,1)	0,84**
Cắt thùy trên phổi trái	9 (15,3)	5 (16,7)	4 (13,8)	
Cắt thùy dưới phổi trái	5 (8,5)	2 (6,6)	3 (10,4)	
Vị trí mở ngực				
Liên sườn IV	43 (72,9)	23 (76,7)	20 (68,9)	
Liên sườn V	16 (27,1)	7 (23,3)	9 (31,1)	0,51*

† So sánh bằng kiểm định Student t test. * So sánh bằng kiểm định Chi bình phương

** So sánh bằng kiểm định Fisher PT: phẫu thuật. NC: nghiên cứu

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng trong mổ như thời gian phẫu thuật, tổng lượng fentanyl trong mổ, loại phẫu thuật, tính chất phẫu thuật, vị trí mở ngực.

3.2. So sánh nhu cầu sử dụng morphine sau phẫu thuật

Bảng 3. Nhu cầu sử dụng morphine ở 2 nhóm

Sử dụng Morphine	Dân số NC (n = 59)	Nhóm E (n=30)	Nhóm C (n=29)	p
Có	19 (67,8)	6 (20)	13 (44,8)	0,04*
Không	40 (32,2)	24 (80)	16 (55,2)	

* So sánh bằng kiểm định Chi bình phương

NC: nghiên cứu

Nhận xét: Nhu cầu sử dụng morphine ở nhóm chứng cao hơn nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và có ý nghĩa thống kê.

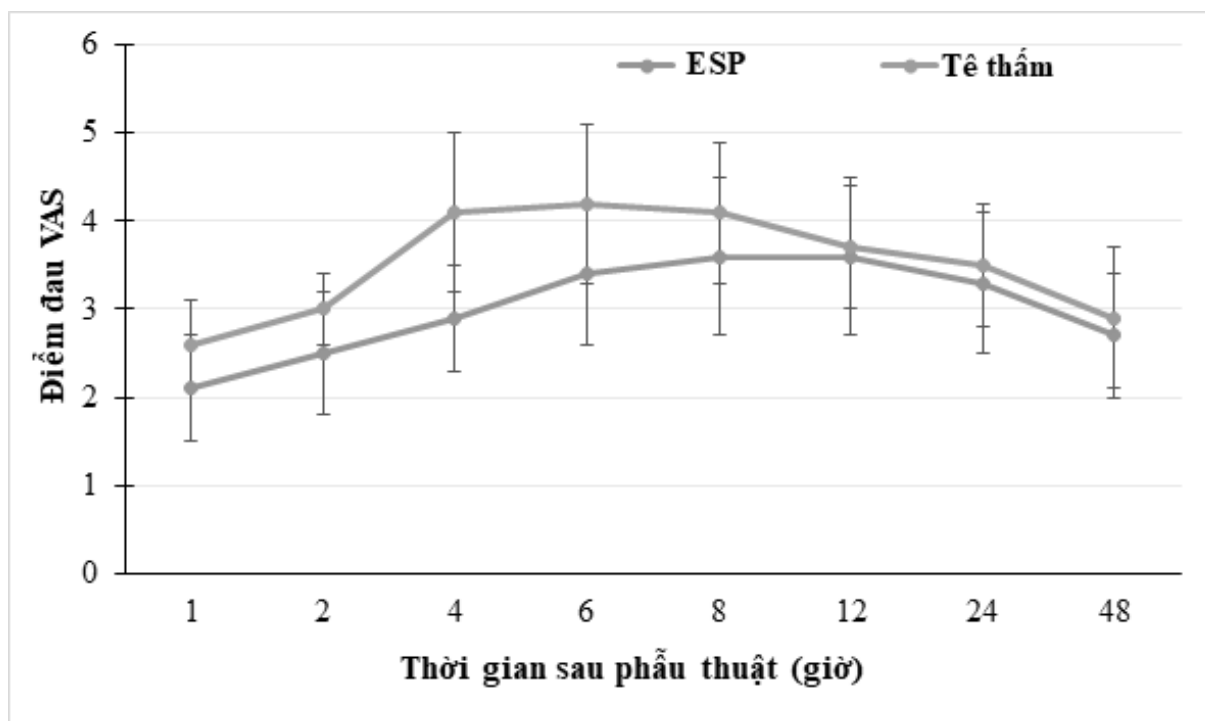
Bảng 4. Lượng morphine tiêu thụ sau phẫu thuật

Morphine	Dân số NC (n = 19)	Nhóm E (n = 6)	Nhóm C (n = 13)	P
Thời gian lần đầu dùng morphine (giờ)	4 (4 – 6)	6 (4 – 6)	4 (4 – 4)	0,06†
Tổng morphine tích lũy 24 giờ (mg)	24 (18 – 30)	18 (12 – 24)	24 (24 – 30)	0,04†

† So sánh bằng kiểm định Mann-Whitney NC: nghiên cứu

Nhận xét: Morphine tiêu thụ tích lũy ở 24 giờ sau phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, ở nhóm có gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn nhóm gây tê thẩm vết mổ. Tuy nhiên thời gian sử dụng morphine cứu hộ lần đầu ở 2 nhóm có khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê.

3.3 So sánh điểm đau VAS các thời điểm sau phẫu thuật



Biểu đồ 1: Điểm đau VAS khi nghỉ tại các thời điểm sau phẫu thuật

Nhận xét: Điểm đau VAS khi nghỉ có xu hướng tăng từ thời điểm 4 giờ đến thời điểm 8 giờ sau phẫu thuật ở cả hai nhóm sau đó giảm dần. Ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống luôn có điểm đau VAS thấp hơn ở các thời điểm so với nhóm gây tê thâm. Nhìn chung hầu hết bệnh nhân đều có điểm đau VAS khi nghỉ nhỏ hơn 4.

3.4 So sánh các tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn ở 2 nhóm

Tác dụng không mong muốn	Dân số NC (n = 59)	Nhóm E (n=30)	Nhóm C (n=29)	p
Buồn nôn	15 (25,4)	7 (5,26)	8 (5,6)	0,71*
Nôn	3 (5,1)	0 (0)	3 (10,3)	0,07**
Không trung tiện	10 (16,9)	3 (10,0)	7 (24,1)	0,18**

* So sánh bằng kiểm định Chi bình phương ** So sánh bằng kiểm định Fisher
NC: nghiên cứu

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật giữa 2 nhóm. Không trường hợp ghi nhận nào có triệu chứng tiêm vào mạch máu, ngộ độc thuốc tê, nhịp chậm, hạ huyết áp, thờ chậm, ngứa.

Bảng 6. Mối liên quan tác dụng không mong muốn và sử dụng morphine

Tác dụng không mong muốn	Sử dụng Morphine		p
	Có n = 19	Không n = 40	
Buồn nôn	9 (47,4)	6 (15)	0,01*
Nôn	3 (15,8)	0 (0)	0,03**
Không trung tiện	8 (42,1)	2 (5,0)	0,001**

* So sánh bằng kiểm định Chi bình phương ** So sánh bằng kiểm định Fisher

Nhận xét: Có mối liên quan buồn nôn, nôn, không trung tiện sau phẫu thuật 48 giờ và sử dụng morphine, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Nhu cầu sử dụng morphine ở 2 nhóm

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhu cầu sử dụng morphine giữa 2 nhóm với $p = 0,04$; đồng thời nghiên cứu cũng ghi nhận lượng morphine tiêu thụ 24 giờ ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn so với gây tê thẩm vết mổ lần lượt là 18 (12 – 24) mg và 24 (24 – 30) mg, $p = 0,04$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống có hiệu quả hơn gây tê thẩm vết mổ có ý nghĩa thống kê. Về thời gian sử dụng morphine cứu hộ lần đầu tiên ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống 6 (4 – 6) giờ sau phẫu thuật và 4 (4 – 4) giờ sau phẫu thuật ở nhóm gây tê thẩm vết mổ, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,06$.

Nghiên cứu hiệu quả giảm đau của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ở phẫu thuật lồng ngực đã được các tác giả Yao Y (2020), [6] Ekinci M (2020), [7] Piskin Ö (2022) [8] thực hiện.

Piskin Ö (2021) tác giả ghi nhận lượng tramadol tiêu thụ tích lũy sau 48 giờ ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn so với nhóm chứng lần lượt là $100,8 \pm 101,5$ mg và $183,3 \pm 81,07$ mg với $p < 0,001$; tác giả cũng ghi nhận trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật nhóm được gây tê mặt phẳng cơ dựng sống có nhu cầu sử

dụng giảm đau cứu hộ meperidine 20% thấp hơn so với nhóm chứng 61,1% có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. [8] Kết quả nghiên cứu của tác giả giống với nghiên cứu của chúng tôi là lượng opioid tiêu thụ tích lũy ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên nghiên cứu của tác giả là sử dụng tramadol (opioid yếu) khác với nghiên cứu của chúng tôi là sử dụng morphine. Đồng thời tác giả cũng đánh giá nhu cầu sử dụng giảm đau cứu hộ ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn so với nhóm chứng và có ý nghĩa thống kê giống với nghiên cứu của chúng tôi. Bên cạnh đó nghiên cứu của tác giả có thời gian theo dõi đánh giá giảm đau sau phẫu thuật liên tục qua catheter dài hơn nghiên cứu của chúng tôi là 48 giờ, trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi chỉ gây tê giảm đau một lần duy nhất ngay sau phẫu thuật.

Ekinci M (2019) tác giả ghi nhận lượng fentanyl tiêu thụ tích lũy tại các thời điểm sau phẫu thuật từ 0 – 8 giờ, 8 – 16 giờ, 16 – 24 giờ ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn nhóm gây tê mặt phẳng cơ răng trước có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuy nhiên lượng fentanyl tiêu thụ ở thời điểm 24 – 48 giờ sau phẫu thuật ở 2 nhóm không có sự khác biệt. [7] Kết quả nghiên cứu của tác giả giống nghiên cứu của chúng tôi lượng opioid tiêu thụ sau phẫu thuật ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thấp hơn so với nhóm gây tê mặt phẳng cơ răng trước, tuy nhiên nghiên cứu của tác giả đánh giá opioid tiêu

thụ bằng PCA fentanyl trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi là sử dụng morphine tiêm ngắt quãng khi người bệnh đau. Mặt khác nghiên cứu của tác giả còn đánh giá tại các thời điểm 0 – 8 giờ, 8 – 16 giờ và 24 – 48 giờ sau phẫu thuật trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá tại một thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật.

Nhìn chung hầu hết kết quả các nghiên cứu trên đều gợi ý gây tê mặt phẳng cơ dựng sống có hiệu quả trong phẫu thuật lồng ngực giúp làm giảm thời gian nằm hồi tỉnh, giảm nhu cầu morphine cứu hộ và giảm lượng morphine tích lũy 24 – 48 giờ sau phẫu thuật. Điểm khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên đó là thời điểm gây tê, giảm đau nền (acetaminophen kết hợp voltaren), gây tê duy nhất một lần sau mổ, nồng độ và thể tích thuốc tê.

Điểm đau VAS tại các thời điểm sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đau VAS khi nghỉ được ghi nhận qua các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ sau phẫu thuật, có mức độ đau ít đến trung bình (biểu đồ 1). Đặc điểm chung tại các thời điểm đánh giá sau phẫu thuật người bệnh có điểm đau VAS khi nghỉ nhỏ hơn 4 (mức độ đau ít). Tuy nhiên trong 8 giờ đầu sau phẫu thuật điểm đau VAS khi nghỉ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và tê thẩm vết mổ với $p < 0,001$. Vào thời điểm 4 giờ, 6

giờ và 8 giờ sau phẫu thuật thì có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về điểm đau VAS khi nghỉ có ý nghĩa lâm sàng, ở nhóm gây tê thẩm vết mổ có điểm đau VAS khi nghỉ cao hơn 4 trong khi đó nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống nhỏ hơn 4 với $p < 0,001$. Vào thời điểm 12 giờ, 24 giờ và 48 giờ sau phẫu thuật điểm đau VAS khi nghỉ không có sự khác biệt giữa 2 nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và gây tê thẩm vết mổ và người bệnh vẫn ở mức độ đau ít VAS dưới 4. Mức độ đau ở hai nhóm đều ở cao nhất ở các thời điểm 6 – 8 giờ sau phẫu thuật, sau đó giảm dần. Thời gian điểm VAS khi nghỉ cao nhất này được giải thích là phù hợp với thời gian kéo dài tác dụng của thuốc tê bupivacaine sau một liều tiêm duy nhất sau phẫu thuật.

Ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, VAS khi nghỉ thấp nhất vào thời điểm 1 giờ sau phẫu thuật và tăng nhẹ trở lại vào lúc 8 giờ, và sau đó giảm dần và thấp nhất vào 48 giờ sau mổ. Ở nhóm gây tê thẩm vết mổ, VAS thấp nhất vào thời điểm 1 giờ, và tăng nhẹ vào thời điểm 4 giờ, sau đó giảm dần đến 48 giờ sau mổ. Thời điểm 48 giờ, cả hai nhóm đều tương đương nhau. Sự thay đổi của VAS ở nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải rằng, vào thời điểm 1 giờ sau mổ người bệnh vừa mới nhận được các liều thuốc giảm đau ngay sau phẫu thuật tại phòng mổ gồm paracetamol, nefopam, bên cạnh đó tác dụng của gây tê và thuốc fentanyl dùng trong phẫu thuật vẫn còn tác dụng. Thời điểm sau 8 giờ phẫu thuật là khoảng thời gian thuốc tê hết tác dụng nên

2 nhóm không có sự khác biệt về điểm đau VAS nghỉ ngơi.

So sánh tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tác dụng không mong muốn buồn nôn, nôn và không trung tiện trong 48 giờ sau phẫu thuật có liên quan với nhu cầu sử dụng morphine cứu hộ lần lượt với $p = 0,01$, $p = 0,03$ và $p = 0,001$. Đồng thời nghiên cứu cũng ghi nhận buồn nôn, nôn sau phẫu thuật có liên quan đến giới tính lần lượt với $p = 0,02$ và $p = 0,06$. Điều này có thể giải thích một cách rõ ràng là buồn nôn và nôn sau phẫu thuật phụ thuộc vào nhu cầu sử dụng opioid sau phẫu thuật, điều này càng rõ ràng hơn khi xảy ra trên đối tượng phụ nữ. Thang điểm Apfel chỉ ra 4 yếu tố nguy cơ buồn nôn và nôn sau phẫu thuật: Nữ giới, không hút thuốc, tiền sử

say tàu xe, sử dụng opioid sau phẫu thuật. Có 2 yếu tố trở lên là có nguy cơ trung bình buồn nôn và nôn sau phẫu thuật,[9] vì vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi buồn nôn và nôn sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao 30,5%.

Hạn chế nghiên cứu của chúng tôi là phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống được thực hiện ngay sau phẫu thuật khi bệnh nhân còn đang mê nên không đánh giá được vùng phong bế mà thuốc tê bao phủ. Mặt khác đây là nghiên cứu đơn trung tâm cần thêm nhiều nghiên cứu khác trên cùng đối tượng.

5. KẾT LUẬN

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là phương pháp gây tê vùng kết hợp trong giảm đau đa mô thức góp phần giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi hơn gây tê thẩm vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pignot, G., et al (2022). *Essential elements of anaesthesia practice in ERAS programs*. World Journal of Urology. 40(6): p. 1299-1309.
2. Hermanides, J., et al (2012). *Failed epidural: causes and management*. Br J Anaesth. 109(2): p. 144-54.
3. Forero, M., et al (2016). *The Erector Spinae Plane Block: A Novel Analgesic Technique in Thoracic Neuropathic Pain*. Reg Anesth Pain Med. 41(5): p. 621-7.
4. Huang, J. and J.C. Liu (2020). *Ultrasound-guided erector spinae plane block for postoperative analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials*. BMC Anesthesiol. 20(1): p. 83.
5. Sertcakacilar, G., et al (2022). *Efficacy of ultrasound-guided erector spinae plane block versus paravertebral block for postoperative analgesia in single-port video-assisted thoracoscopic surgery: a retrospective study*. 11(6): p. 1981-1989.

6. Yao, Y., et al (2020). *Impact of ultrasound-guided erector spinae plane block on postoperative quality of recovery in video-assisted thoracic surgery: A prospective, randomized, controlled trial.* J Clin Anesth. 63: p. 109783.

7. Ekinci, M., et al (2020). *A Randomized Trial to Compare Serratus Anterior Plane Block and Erector Spinae Plane Block for Pain Management Following Thoracoscopic Surgery.* Pain Med. 21(6): p. 1248-1254.

8. Pişkin, Ö., et al (2022). *Effects of continuous erector spinae plane block on postoperative pain in video-assisted thoracoscopic surgery: a randomized controlled study.* Gen Thorac Cardiovasc Surg. 70(1): p. 64-71.

9. Apfel, C.C., et al (2004). *A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting.* N Engl J Med. 350(24): p. 2441-51.