

cứu cho thấy huyết áp tâm thu và tâm trương giảm có nghĩa so với trước ghép, nhịp tim không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Kiểm soát huyết áp trở nên dễ dàng hơn với số lượng viên thuốc cần sử dụng giảm sau ghép thận. Cần nghiên cứu có thời gian theo dõi kéo dài hơn để mô tả đầy đủ những thay đổi huyết áp, nhịp tim ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận, cũng như phân tích những yếu tố tương tác ảnh hưởng đến sự thay đổi huyết áp và nhịp tim của bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al.** US Renal Data System 2016 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States [published correction appears in Am J Kidney Dis. 2017 May;69(5):712]. Am J Kidney Dis. 2017;69(3 Suppl 1):A7-A8. doi:10.1053/j.ajkd.2016.12.004
2. **Rangaswami J, Mathew RO, Parasuraman R, et al.** Cardiovascular disease in the kidney transplant recipient: epidemiology, diagnosis and management strategies. Nephrol Dial Transplant. 2019;34(5):760-773. doi:10.1093/ndt/gfz053
3. **Hawwa N, Shrestha K, Hammadah M, Yeo PSD, Fatica R, Tang WHW.** Reverse Remodeling and Prognosis Following Kidney Transplantation in Contemporary Patients With Cardiac Dysfunction. J Am Coll Cardiol. 2015; 66 (16):1779-1787. doi:10.1016/j.jacc.2015.08.023
4. **Bùi Đức Phú và cộng sự.** Tình hình ghép thận trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y dược học Quân sự. tháng 5/2012, Số đặc biệt Chào mừng 20 năm ghép tạng tại Việt Nam 4/6/1992-4/6/2012 2012;Vol 37:110-115. Học viện Quân Y.
5. **Lê Thanh Liêm, Nguyễn Hữu Thịnh.** Diễn tiến tim mạch trước và sau ghép thận qua 90 trường hợp tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1992-2006. Hội nghị thường niên 2006, Hội Niềm – Thận học TP Hồ Chí Minh 9/2006, 2006:8-15.
6. **Trần Ngọc Sinh và cộng sự.** Quy trình theo dõi và điều trị với thuốc ức chế miễn dịch sau ghép. Nhà xuất bản Y học chi nhánh TPHCM. 2010; Kỷ yếu công trình ghép thận Bệnh viện Chợ Rẫy 1992-2010:44-48.
7. **Montanaro D, Gropuzzo M, Tulissi P, et al.** Effects of successful renal transplantation on left ventricular mass. Transplant Proc. 2005;37(6):2485-2487. doi:10.1016/j.transproceed.2005.06.022
8. **Minciunescu A, Genovese L, deFilippi C.** Cardiovascular Alterations and Structural Changes in the Setting of Chronic Kidney Disease: a Review of Cardiorenal Syndrome Type 4. SN Compr Clin Med. 2023;5(1):15. doi:10.1007/s42399-022-01347-2

## ĐÁNH GIÁ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHONG BẾ ĐÁM RỐI THẦN KINH ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG VÀ PHONG BẾ THẦN KINH TRÊN VAI PHỐI HỢP THẦN KINH NÁCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM CHO PHẪU THUẬT KHỚP VAI

Nguyễn Thị Thu Yến<sup>1</sup>, Lưu Quang Thùy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng không mong muốn trong và sau phẫu thuật của phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với phong bế dây thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách bằng ropivacaine 0,25%. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Tiến cứu có can thiệp, so sánh 60 bệnh nhân được gây tê vùng để phẫu thuật nội soi khớp vai chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: Nhóm 1: 30 bệnh nhân được tiêm 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh trên vai và 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh nách dưới hướng dẫn của siêu âm trước gây mê. Nhóm 2: 30 bệnh nhân được tiêm 20 ml ropivacaine 0,25% vào

đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn siêu âm trước gây mê. **Kết quả:** Cảm giác buồn nôn hoặc nôn sau phẫu thuật giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu từ T0-T8. Tỷ lệ liệt hoành, khả năng sau phẫu thuật của nhóm phong bế đám rối thần kinh đường liên cơ bậc thang cao hơn nhóm phong bế thần kinh trên vai kết hợp thần kinh nách tương ứng là 33,3% so với 0% và 36,7% so với 0% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Không có bệnh nhân nào ở nhóm phong bế đám rối thần kinh liên cơ bậc thang vẫn động được cánh tay và ngón cái sau tiêm tê, chỉ có 5 bệnh nhân 16,7% có vẫn động được bàn tay, tình trạng tê bì cẳng bàn tay sau phẫu thuật kéo dài. Khả năng hồi phục cảm giác tê bì sau 24 giờ 36,7% sau 36 giờ là 10% và sau 48 giờ thì vẫn còn khoảng 10%. Trong khi nhóm phong bế thần kinh trên vai phối hợp với thần kinh nách vẫn có thể vận động và cảm giác cẳng tay, bàn tay ngón cái bình thường. Bệnh nhân có mức độ hài lòng cao ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ rất hài lòng ở nhóm 1 là 90% cao hơn ở nhóm 2 là 63,3% ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ liệt hoành và khả năng ở nhóm phong bế chọn lọc

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm phong bế đám rối cánh tay đường liên cơ bậc thang. Trong nhóm 2, tỉ lệ tê bì sau phẫu thuật rất cao gây khó chịu cho bệnh nhân, trong khi tỉ lệ này ở nhóm 1 là 0%. Bệnh nhân có mức độ hài lòng cao ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

**Từ khoá:** nội soi khớp vai, thần kinh trên vai, gây tê, thần kinh nách, đám rối cánh tay

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF ADVERSE EFFECTS OF BRACHIAL PLEXUS NERVE BLOCKING AT THE INTERSCALENE LINE AND SUPRASCAPULAR NERVE COMBINED WITH AXILLARY NERVE BLOCKING UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR SHOULDER ARTHROSCOPY SURGERY

**Objective:** To assess the adverse effects of brachial plexus nerve blocking at the interscalene line and suprascapular nerve combined with axillary nerve blocking with ropivacaine 0.25%. **Method:** Prospective intervention, comparing 60 patients receiving regional anesthesia for shoulder arthroscopy and randomly divided into 2 groups: Group 1: 30 patients receiving 10 ml ropivacaine to the supraclavicular nerve and 10 ml of 0.25% ropivacaine to the axillary nerve under ultrasound guidance pre-anesthesia. Group 2: 30 patients were injected with 20 ml of ropivacaine 0.25% into the brachial plexus at the interscalene line under ultrasound guidance pre-anesthesia. **Results:** The feeling of nausea or vomiting after surgery gradually decreased over the study time points from T0-T8. The rate of diaphragmatic paralysis and hoarseness after surgery of brachial plexus nerve blocking at the interscalene line was higher than that of the group with axillary nerve combined with axillary nerve blocking, respectively 33.3% compared with 0% and 36.7% compared to 0%, the difference was statistically significant with  $p < 0.01$ . None of the patients in brachial plexus nerve blocking at the interscalene line group could move the arm and thumb after anaesthesia, only 5 patients (16.7%) could move the hand, and the state of numbness of forearm was prolonged after the surgery. Recovery of numbness after 24 hours 36.7%, after 36 hours is 10% more, and after 48 hours it is still about 10%. While the patients in supraclavicular nerve combined with the axillary nerve blocking group still able to move and feel the forearm, hand, thumb normally. Patients had a high level of satisfaction in both study groups. The rate of very satisfied patients in group 1 was 90%, higher than that in group 2 was 63.3% ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The rate of diaphragmatic paralysis and hoarseness was significantly lower in the group with selective supraclavicular nerve combined with axillary nerve blocking compared with the brachial plexus blocking at the interscalene line. In group 2, the rate of postoperative numbness was very high causing discomfort to the patient, while this rate in group 1 was 0%. Patients had a high level of satisfaction in both study groups.

**Keywords:** shoulder arthroscopy, supraclavicular nerve, anesthesia, axillary nerve, brachial plexus.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật khớp vai hiện nay được kiểm soát bằng nhiều phương pháp, bao gồm: Tiêm thuốc tê vào đám rối thần kinh liên cơ bậc thang hoặc tê các nhánh thần kinh chọn lọc.<sup>1,2</sup>, giảm đau do bệnh nhân kiểm soát (PCA) với opioid, tiêm thẩm bằng thuốc tê tại chỗ<sup>3</sup>. Tuy nhiên, mỗi phương pháp có thể có ưu nhược điểm liên quan đến các tác dụng cấp tính nghiêm trọng hoặc mạn tính do các biến chứng tổn thương liên quan đến hiệu quả sau phẫu thuật.<sup>3</sup> Những triệu chứng sau này đã được nghiên cứu xem xét, và dẫn đến mức độ khó chịu của bệnh nhân có thể gây trở ngại cho đánh giá hậu phẫu và chức năng<sup>4</sup>. Phương pháp phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang là phương pháp hay được dùng hiện nay, ưu điểm là giảm đau tốt tuy nhiên có nhiều những nhược điểm gây phiền toái và có thể tổn thương cho bệnh nhân như: liệt hoành, khản tiếng tổn thương thần kinh, tê bì dị cảm vùng cánh cẳng bàn tay. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá và so sánh các tác dụng không mong muốn của 2 phương pháp này. Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá tác dụng không mong muốn trong và sau phẫu thuật của phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với phong bế dây thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách bằng ropivacaine 0,25%*" cho phẫu thuật khớp vai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Lựa chọn bệnh nhân tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức có chỉ định phẫu thuật nội soi khớp vai theo chương trình và đồng ý tham gia nghiên cứu thời gian từ tháng 3/2022 đến tháng 8/2022, tuổi từ 18 đến 70, ASA từ I đến III, có chỉ định phẫu thuật khớp vai theo chương trình, không có bệnh lý liên quan dị ứng thuốc tê, không bị rối loạn nhận thức. Loại trừ những bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc tê, không hợp tác, nhiễm trùng vùng chọc kim.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp, so sánh đánh giá các tác dụng không mong muốn gồm 60 bệnh nhân 2 nhóm: Nhóm 1: 30 bệnh nhân được tiêm 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh trên vai và 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh nách dưới hướng dẫn của siêu âm trước gây mê. Nhóm 2: 30 bệnh nhân được tiêm 20 ml ropivacaine 0,25% vào đám rối thần kinh cánh tay đường

liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn siêu âm trước gây mê.

**2.3. Xử lý số liệu:** các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20

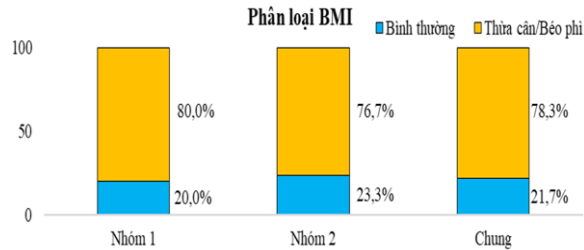
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm 1 X±SD (min;max)	Nhóm 2 X±SD (min;max)	Chung X±SD (min;max)	p
Tuổi	52,3±17,4 (20; 76)	48,9±19,4 (19; 78)	50,6±18,4 (19; 78)	0,57

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu ở nhóm 1 là 52,3±17,4 (tuổi), ở nhóm 2 là 48,9±19,4 (tuổi), không có sự khác biệt có ý nghĩa.



**Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số khối cơ thể**

**Nhận xét:** Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có thể trạng thừa cân hoặc béo phì. 78,3% là thừa cân, béo phì.

**3.2. Các tác dụng không mong muốn**

**Bảng 2. Lượng morphin cần dùng sau phẫu thuật**

Morphin (mg)	Nhóm 1 (X±SD)	Nhóm 2 (X±SD)	Chung (X±SD)	p
T0	1,0±0,0	1,1±0,3	1,0±0,2	0,15
T1	1,1±0,3	1,0±0,0	1,1±0,3	<0,05
T2	2,0±0,3	1,3±0,5	1,7±0,5	<0,001
T3	2,2±0,5	1,9±0,4	2,1±0,4	<0,05
T4	2,9±0,7	2,4±0,6	2,6±0,7	<0,01
T5	3,4±0,7	3,1±0,7	3,3±0,7	0,05
T6	7,7±2,5	6,8±1,5	7,3±2,1	0,06
T7	14,8±3,9	12,4±2,3	13,6±3,4	0,06
T8	23,0±5,0	18,7±2,5	20,9±4,5	0,07

**Nhận xét:** Lượng morphin cần dùng ở nhóm 2 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1 (p<0,05).

**Bảng 3. Tác dụng buồn nôn và nôn**

Nôn/Buồn nôn	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	Chung n (%)	p
T0	7 (23,3)	6 (20,0)	13 (21,7)	> 0,05
T1	7 (23,3)	7 (23,3)	14 (23,3)	> 0,05

T2	4 (13,3)	4 (13,3)	8 (13,3)	> 0,05
T3	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	> 0,05
T4	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	> 0,05
T5	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	> 0,05
T6	3 (10,0)	0 (0,0)	3 (5,0)	> 0,05
T7	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	> 0,05
T8	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	> 0,05

**Nhận xét:** Cảm giác buồn nôn hoặc nôn sau phẫu thuật giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu. Tỷ lệ này ở nhóm 2 tại các thời điểm nghiên cứu nhìn chung đều thấp hơn so với nhóm 1 nhưng không có ý nghĩa thống kê

**Bảng 4. Các tác dụng không mong muốn khác**

Tác dụng không mong muốn	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	Chung n (%)	p
Liệt hoàn	0(0,0)	10(33,3)	10(16,7)	<0,001
Khàn giọng	0(0,0)	11(36,7)	11(18,3)	<0,001
Ngứa	2(6,7%)	3(10%)	5(8,33%)	>0,05
Vận động cẳng tay	29(96,7)	0(0,0)	29(48,3)	<0,001
Vận động bàn tay	30(100,0)	5(16,7)	35(58,3)	<0,001
Vận động ngón cái	30(100,0)	1(3,3)	31(51,7)	<0,001

**Nhận xét:** Tỷ lệ liệt hoàn và khàn giọng sau phẫu thuật ở nhóm 2 cao hơn ở nhóm 1 (36,7% và 53,3% so với 0% và 0%). Tỷ lệ bệnh nhân bị ức chế vận động ở nhóm 2 thấp hơn so với nhóm 1 có ý nghĩa.

**Bảng 5. Tình trạng tê bì cánh cẳng tay**

Cảm giác tê bì	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	Chung n (%)	p
T0	30 (100,0)	29 (96,7)	59 (98,3)	> 0,05
T1	29 (96,7)	30 (100,0)	59 (98,3)	> 0,05
T2	21 (70,0)	30 (100,0)	51 (85,0)	< 0,01
T3	10 (33,3)	30 (100,0)	40 (66,7)	< 0,001
T4	4 (13,3)	30 (100,0)	34 (56,7)	< 0,001
T5	1 (3,3)	25 (83,3)	26 (43,3)	< 0,001
T6	0 (0,0)	11 (36,7)	11 (18,3)	< 0,001
T7	0 (0,0)	3 (10,0)	3 (5,0)	> 0,05
T8	0 (0,0)	3 (10,0)	3 (5,0)	> 0,05

**Nhận xét:** Tỷ lệ tê bì vùng cánh cẳng tay giảm dần qua các thời điểm. Tỷ lệ này tại các thời điểm T2, T3, T4, T5 và T6 ở nhóm 2 cao hơn đáng kể so với nhóm 1.

**Bảng 6. Mức độ hài lòng của bệnh nhân**

Mức độ hài lòng	Nhóm I (n <sub>1</sub> ,%)	Nhóm II (n <sub>2</sub> ,%)	p
Rất hài lòng	27(90%)	19(63,3%)	<0,05

Hài lòng	3(10%)	10(33,3%)
Không hài lòng	0	1(3,3%)

**Nhận xét:** Trong nhóm 1 với tỉ lệ bệnh nhân có mức độ thỏa mãn từ hài lòng trở lên là 100% (rất hài lòng 90% và hài lòng 10%). Không có bệnh nhân nào yêu cầu ngừng giảm đau sau mổ. Trong khi đó nhóm 2 có tỉ lệ rất hài lòng là 63,3% và hài lòng 33,4%, không hài lòng 3,3% và sự khác biệt này giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Các đặc điểm chung.** Độ tuổi trung bình ở nhóm 1 là  $52,3 \pm 17,4$  và nhóm 2 là  $48,9 \pm 19,4$ . Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Độ tuổi trung bình của cả 2 nhóm là  $50,6 \pm 18,4$  tương đương với các nghiên cứu như của Seung Cheo Lee<sup>5</sup> ( $52,9 \pm 16,8$ ), của Yean Chin Lim<sup>3</sup> ( $42,8 \pm 17,2$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi cho thấy tổn thương khớp vai có thể xảy ra ở bất kì lứa tuổi nào.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) khá tương đồng giữa 2 nhóm, tỷ lệ thừa cân béo phì nhóm 1 là 80%, nhóm 2 là 76,7% phù hợp với nhân trắc của người châu Á và đặc điểm sinh lý bệnh của tổn thương khớp vai. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thừa cân béo phì cao hơn so với các nhóm nghiên cứu của Yean Chin Lim<sup>3</sup> ( $25,3 \pm 4,5$ ).

**4.2. Các tác dụng không mong muốn.** Đánh giá về lượng morphin bệnh nhân phải sử dụng sau phẫu thuật của nhóm 2 thấp hơn nhóm 1 tại các thời điểm T1-T6, sau thời điểm T7-T8 thì lượng morphin tiêu thụ là gần như nhau. Lượng tiêu thụ morphin trung bình của từng thời điểm T1, T2, T3, T4, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$  giữa nhóm ISB và nhóm SSB phối hợp thần kinh nách. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Yean Chin Lim<sup>3</sup>. Sau phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân phục hồi vận động ở nhóm 2 thấp hơn so với nhóm 1 ( $p < 0,001$ ). Tình trạng tê bì cẳng bàn tay sau phẫu thuật còn kéo dài sau khi phẫu thuật. Tình trạng trương lực vận động cánh tay của hai nhóm sau phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê bắt đầu từ thời điểm T3, T4, T5, T6. Tại các thời điểm T7, T8 là sau rút NKQ 36 giờ và 48 giờ, khả năng phục hồi của nhóm 1 và 2 là gần như nhau. Tê bì, dị cảm, hạn chế vận động là những phiền hà gây khó chịu cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Vì vậy trong nhiều lựa chọn bệnh nhân lựa chọn tê chọn lọc hiệu quả để tránh được những phiền hà ảnh hưởng đến bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi

cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khi so sánh giữa nhóm tê ISB thì tỷ lệ tê bì và hạn chế vận động sau 36 giờ có thể hồi phục<sup>6</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ liệt hoành và khả năng của nhóm 1 là 0%, của nhóm ISB là 33,3% và 36,7%. Tỉ lệ này cao hơn các nghiên cứu khác là do thể tích thuốc tê của chúng tôi lớn hơn (20 ml ropivacain 0,25%). Theo Trần Đức Hiếu<sup>7</sup>, sau liều gây tê đầu tiên chỉ có 1 bệnh nhân biểu hiện khả năng liệt tại phòng hồi tỉnh, triệu chứng hết sau đó vài giờ.

Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật (PONV) là biến chứng phổ biến mà bệnh nhân gặp phải sau phẫu thuật, chỉ đứng sau sự than phiền về đau. Hậu quả dẫn đến giảm mức độ hài lòng của bệnh nhân với giảm đau, làm kéo dài thời gian lưu lại phòng hồi tỉnh, tăng chi phí liên quan đến điều trị phát sinh. Opioid tĩnh mạch là một trong những nguyên nhân chính của POVN. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng các yếu tố liên quan đến nguy cơ gây buồn nôn và nôn như: giới, tiền sử hút thuốc và tiền sử say tàu xe, sử dụng thuốc trong gây mê, loại và thời gian phẫu thuật. Bệnh nhân đều được sử dụng phòng buồn nôn và nôn sau mổ theo tiêu chuẩn tương đương nhau giữa hai nhóm, điểm khác nhau là lượng morphin sử dụng ở 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ POVN trong 48 giờ sau phẫu thuật của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tỉ lệ này phù hợp với lượng morphin tiêu thụ ở nhóm 1 so với nhóm 2. Kết quả tỉ lệ PONV của tác giả Borgeat<sup>8</sup> ở 2 nhóm là 5,5% so với 60%, của tác giả Malik<sup>9</sup> là 2,3% so với 33%. ISB là gây tê chi phối gần như toàn bộ chi trên, điều này khiến cho một số bệnh nhân lo lắng và có thể gây thương tổn chi. Vì vậy việc chọn lọc được dây thần kinh SSB và thần kinh nách góp phần giảm thiểu nguy cơ bất động toàn bộ mất cảm giác một bên chi trên. Các tác dụng phụ khác liên quan đến ISB chẳng hạn như Horner, khả năng liệt hoành có thể tránh được khi gây tê chọn lọc 2 dây thần kinh SSB và thần kinh nách.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm 1 và nhóm 2 đều có mức độ hài lòng và rất hài lòng là chủ yếu. Mức độ hài lòng phụ thuộc vào hiệu quả giảm đau cũng như các tác dụng không mong muốn. Trong nhóm 1, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ thỏa mãn từ hài lòng trở lên là 100% (rất hài lòng 90% và hài lòng 10%). Không có bệnh nhân nào yêu cầu ngừng giảm đau sau mổ. Trong khi đó nhóm 2 có tỉ lệ rất hài lòng là 63,3% và hài lòng 33,4%, không hài lòng 3,3% và sự khác biệt này giữa 2 nhóm có ý nghĩa

thống kê.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có lẽ là do ức chế vận động cũng như cảm giác tê bì của nhóm 1 ít hơn nhóm 2, một vài trường hợp của nhóm 2 bị liệt hoành và có khản tiếng mắc hội chứng Horner. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Borgeat<sup>8</sup> khi so sánh điểm hài lòng của bệnh nhân ở nhóm ISB trên thang điểm 10 là  $9,6 \pm 0,7$ . Kết quả điểm hài lòng của bệnh nhân theo nghiên cứu của tác giả Ducombs<sup>10</sup> ISB là  $9,4 \pm 1,1$ . Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm 2 tê ISB với thể tích 20 ml nồng độ 0,2 % thể tích thuốc tê nhiều nên bị liệt hoành và khản tiếng tỷ lệ cao ảnh hưởng đến bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ liệt hoành và khản giọng ở nhóm phong bế chọn lọc thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm phong bế đám rối cánh tay đường liên cơ bậc thang. Không có bệnh nhân nào ở nhóm phong bế đám rối thần kinh liên cơ bậc thang vận động được cánh tay và ngón cái sau tiêm tê. Bệnh nhân có mức độ hài lòng cao ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Tỉ lệ rất hài lòng ở nhóm tê chọn lọc thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách là 90% cao hơn ở nhóm phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang là 63,3%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Turbitt LR, Mariano ER, El-Boghdadly K.

Future directions in regional anaesthesia: not just for the cognoscenti. *Anaesthesia*. 2020;75(3):293-297.

2. Costantino F, Didonato A, Fabrizio L, et al. Local Anaesthesia Efficacy as Postoperative Analgesia for Open Shoulder Instability Surgery: A Prospective Randomised Controlled Study. Published online 2012.
3. Yeon Chin Lim, Zhao Kun Koo, Vivian. W. Ho., et al. Randomized, controlled trial comparing respiratory and analgesic effects of interscalene, anterior suprascapular, and posterior suprascapular nerve blocks for arthroscopic shoulder surgery. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2012 Dec; 20(12):2573-8.
4. Jinlong Zhao, Nanjun Xu, Jiahui Li et al. Efficacy and safety of suprascapular nerve block combined with axillary nerve block for arthroscopic shoulder surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology*. 2018; 129(1):47-57.
5. Lee SC, Chun YM, Joo SH, Lim HS. Comparison between two different concentrations of a fixed dose of ropivacaine in interscalene brachial plexus block for pain management after arthroscopic shoulder surgery: a randomized clinical trial Korean J Anesthesiol. 2021 Jun; 74(3):226-233.
6. Ferré F, Mastantuono JM, Martin C, et al. [Hemidiaphragmatic paralysis after ultrasound-guided supraclavicular block: a prospective cohort study]. *Braz J Anesthesiol*. 2019 Nov-Dec; 69(6): 580-586.
7. Malik T, Mass D, Cohn S. Postoperative Analgesia in a Prolonged Continuous Interscalene Block Versus Single-Shot Block in Outpatient Arthroscopic Rotator Cuff Repair: A Prospective Randomized Study. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg*. 2016;32(8):1544-1550.e1.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG CÁC RĂNG HÀM CÓ CHỈ ĐỊNH PHỤC HÌNH BẰNG CHỤP KIM LOẠI PHỦ CERAMAGE

Phạm Thanh Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Huyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 40 răng có chỉ định phục hình bằng chụp kim loại tại Khoa RHM - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh răng hàm mặt A7, Viện đào tạo RHM trường Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 9/2015 đến 9/2016. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang các răng hàm có chỉ định phục hình bằng chụp kim loại phủ Ceramage. **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết**

**quả:** 39/40 răng hàm có nguyên nhân do sâu răng hay bệnh lý tủy răng đã được chữa tủy tốt được làm chụp bọc chiếm 97,5%. Chỉ 1 răng môn nhiều có tủy sống được làm chụp chiếm 2,5%. 55% các răng hàm còn đủ 4 thành sau mài chụp, 42,5%, 2,5% các răng hàm tương ứng còn 3 và 2 thành sau mài chụp. 22 răng hàm (55%) còn đủ 4 thành răng sau mài cùi, không cần cắm chốt ống tủy. Trong số 17 răng hàm còn 3 thành sau mài cùi thì có 4 răng cắm chốt ống tủy, có 1 răng còn 2 thành có cắm chốt ống tủy sau mài chụp. Tỷ lệ các răng không phải cắm chốt ống tủy là 35 răng chiếm 87,5%. **Kết luận:** Lý do làm phục hình chính là do sâu răng, bệnh lý tủy răng (97,5%), phần lớn là các răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất, các răng sau mài cùi còn đủ 4 thành không phải cắm chốt ống tủy chiếm 55%, còn 3 thành chiếm 42,5% và 2 thành chiếm 2,5% cần cắm chốt, tái tạo cùi răng trước khi lấy dấu làm chụp.

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hà

Email: havrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023