khai khám chữa bệnh BHYT tạo điều kiện đầu vào thuận lợi để triển khai GDVYTCB chi trả từ quỹ BHYT. TYT xã nhìn chung đảm bảo về số lượng cán bộ theo quy mô dân số và đa số TYT xã hiện có y/bác sỹ đang làm việc (88,5%). Tuy nhiên hầu hết các TYT xã chưa đáp ứng được cơ cấu nhân lực theo quy định.

Kết quả đánh giá ghi nhận sự cải thiện đáng kể về tính sẵn có của thuốc điều trị THA và ĐTĐ tại các TYT xã sau can thiệp. Với thuốc điều trị THA, có sự tăng về số lượng loại thuốc điều trị cũng như tính đa dạng về nhóm thuốc hạ áp. Với thuốc điều trị ĐTĐ, dù điều trị ĐTĐ mới triển khai giai đoạn đầu, mức độ sẵn có của thuốc hạ đường huyết cũng cải thiện tương đối tại các TYT xã. Điều này đã đóng góp đáng kể vào sự cải thiện trong cung ứng dịch vụ điều trị THA và ĐTĐ cho 2 bệnh này tại các TYT xã sau can thiệp khi số lượt khám BHYT cho 2 bệnh này tăng đáng kể (hơn 20% so với trước can thiệp). Các chỉ số quản lý và điều trị cấp phát thuốc THA và ĐTĐ tại TYT xã có đều tăng qua 2 năm. Mặc dù vậy, số lượng bệnh nhân nhận thuốc định kỳ hàng tháng tại TYT xã so với số lượng bệnh nhân được quản lý trên danh sách vẫn còn một khoảng trống lớn ở gian đoạn đầu triển khai. Mặc dù, các TYT xã vẫn còn đối mặt với nhiều thách thức về cơ chế chính sách và thiếu hụt các điều kiến đầu vào cần thiết khác, đào tạo nâng cao năng lực của cán bộ y tế và đảm bảo cung ứng đủ thuốc điều trị là các giải pháp có hiệu quả để tăng cường cung ứng dịch quản lý điều trị THA và ĐTĐ tại các TYT xã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quản lý các bệnh không lây nhiễm tại y tế cơ sở ở các nước Đông Nam Á, Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ VIII. 2019. Hà Nội.
2. **Bộ Y tế,** Quyết định số 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến y tế cơ sở. 2018.
3. **Bộ Y tế,** Quyết định số 2559/QĐ-BYT ngày 20/4/2018 ban hành kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018 - 2020. 2018.
4. **Bộ Y tế,** Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã". 2019.
5. **Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế,** Triển khai Dự án tăng cường quản lý tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế xã và truyền thông giảm ăn muối. 2018: Hà Nội.
6. **Viện Chiến lược và Chính sách Y tế,** Đánh giá tình hình triển khai chức năng, nhiệm vụ của một số Trạm Y tế xã các vùng miền. 2010: Hà Nội.
7. **Viện Chiến lược và Chính sách Y tế,** Đánh giá ban đầu tình hình triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các trạm y tế theo luật Bảo hiểm y tế. 2011: Hà Nội.
8. **Minh, H.V., et al.**, Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam. Int J Health Plann Manage, 2014. **29**(2): p. e159-73.

SO SÁNH HIỆU QUẢ PHONG BẾ MẶT PHẲNG CƠ RĂNG TRƯỚC VỚI PHONG BẾ THẦN KINH NGỰC TRONG PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ

Nguyễn Thị Mỹ Hạnh[1], Nguyễn Quốc Kính[1], Lưu Quang Thùy[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. So sánh hiệu quả phong bế mặt phẳng cơ răng trước (SAPB) với phong bế thần kinh ngực (PEC II) bằng Ropivacain 0,375% 15ml trong phẫu thuật lồng ngực có nội soi hỗ trợ (VATS). 2.Đánh giá tác dụng không mong muốn của hai phương pháp này. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên và có đối chứng trên 62 bệnh nhân phẫu thuật VATS, chia thành 2 nhóm được gây tê dưới hướng dẫn siêu âm bằng Ropivacain 0,375% 15ml trước phẫu thuật: nhóm I: SAPB, nhóm II: PEC II. Gây mê thường quy, sau rút nội khí quản lắp giảm đau PCA morphin cho cả 2 nhóm khi VAS >4, số liệu được mã hoá và xử lý theo các phương pháp thống kê. **Kết quả nghiên cứu:** Phương pháp gây tê SAPB và gây tê PEC II dưới hướng dẫn siêu âm đơn giản, dễ thực hiện. Thời gian bắt đầu tác dụng, chu vi vùng phong bế không khác biệt giữa hai nhóm, nhưng SAPB phong bế vùng nách tốt hơn, PEC II phong bế về phía cạnh ức tốt hơn. Thời gian tác dụng của SAPB là 434 ± 134 phút dài hơn đáng kể PEC II 197 ± 86 phút. SAPB và PEC II đều cho hiệu quả tương đương để giảm đau trong và sau phẫu thuật VATS. Lượng Fentanyl trong mổ, lượng morphin sau mổ, điểm VAS trung bình khi nghỉ/vận động/ khi ho trong 72h sau

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy
Email: drluuquangthuy@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022
Ngày duyệt bài: 14.12.2022

phẫu thuật ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian yêu cầu morphin đầu tiên được trì hoãn đáng kể ở nhóm SAPB 6.2± 1.3 giờ so với 3.3 ± 1.1 giờ ở nhóm PEC II liên quan đến thời gian tác dụng. Tác dụng không mong muốn của 2 nhóm đều thấp và không nguy hiểm. **Kết luận:** nhóm SAPB có hiệu quả giảm đau trong và sau mổ VATS tương đương với PEC II nhưng có thời gian tác dụng dài hơn.

Từ khoá: phẫu thuật lồng ngực có hỗ trợ nội soi, VATS, gây tê mặt phẳng cơ răng trước, SAPB, gây tê thần kinh ngực, PEC II.

SUMMARY

COMPARE THE EFFECTIVENESS OF SERRATUS ANTERRIOR PLANE BLOCK WITH NERVER BLOCK IN VIDEO ASSISTED THORACIC

Objectives: 1. Compare the effectiveness of Serratus anterior plane block (SAPB) with Pectoral nerve block (PEC II) with Ropivacaine 0.375% 15ml in Video assisted thoracic surgery (VAT). 2. Side-effects of two methods. **Methods:** Clinical intervention study, randomized and controlled on 62 patients undergoing VATS surgery, divided into 2 groups under ultrasound-guided anesthesia with Ropivacaine 0.375% 15ml before surgery: group I: SAPB, group II: PEC II. Routine anesthesia, after extubation with PCA morphine analgesia for both groups when VAS >4, data were coded and processed according to statistical methods. **Research results:** SAPB and PEC II anesthesia under ultrasound guidance are simple and easy to perform. The time of onset of action, the circumference of the block did not differ between the two groups, but SAPB had better axillary block, and PEC II had better sternal block. The duration of action of SAPB was 434 ± 134 min. significantly longer than PEC II 197 ± 86 minutes. SAPB and PEC II were equally effective for pain relief during and after VATS surgery. The amount of fentanyl during surgery, the amount of morphine after surgery, the average VAS score at rest/exercise/cough in 72 hours after surgery in the two groups had no statistically significant differences. Time to first morphine request was significantly delayed in the SAPB group by 6.2±1.3 hours compared with 3.3±1.1 hours in the PEC II group with respect to duration of action. Side effects of the 2 groups are low and not dangerous. **Conclusion**: SAPB group had the same effectiveness in reducing pain during and after VATS surgery as PEC II but had a longer duration of action.

Keywords: Video assisted thoracic surgery, VATS, Serratus anterior plane block, SAPB, Pectoral nerve block, PEC II.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân sau phẫu thuật VATS trải qua đau vừa đến nặng, nhất là trong 24h đầu sau phẫu thuật[1]. Việc giảm đau sau mổ là rất quan trọng và cần thiết để đảm bảo cho bệnh nhân phục hồi sau phẫu thuật. Trước đây gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực được coi là tiêu chuẩn vàng cho giảm đau sau phẫu thuật vùng ngực[2]. Nhưng nhiều tác dụng không mong muốn và nguy hiểm. Vì vậy các phương pháp gây tê vùng khác đã được nghiên cứu và phát triển như gây tê cạnh cột sống, gây tê khoang cơ dựng sống, gần đây nhất là gây tê khoang cơ răng trước (SAPB), gây tê thần kinh ngực (PEC II). Tại Việt Nam, chúng tôi chưa thấy nghiên cứu nào về hiệu quả của kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ răng trước và gây tê thần kinh ngực (PEC II) để giảm đau sau phẫu thuật VATS. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *"So sánh hiệu quả phong bế mặt phẳng cơ răng trước với phong bế thần kinh ngực trong phẫu thuật lồng ngực có nội soi hỗ trợ"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật lồng ngực có trợ giúp nội soi (VATS) 1 bên, theo chương trình với tiêu chuẩn: trên 16 tuổi, ASA II-III, được khám gây mê và giải thích trước mổ về kĩ thuật gây tê SAPB, PEC II, thang điểm VAS và đồng ý thực hiện thủ thuật, hợp tác với bác sĩ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

a. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Gây mê hồi sức Ngoại khoa, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 2 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022

b. Cỡ mẫu: 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu lấy mẫu thuận tiện

c. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Phân bố \ Nhóm		Nhóm I	Nhóm II	P
Giới (n-%)	Nữ	15 (48.4%)	14 (45.2%)	0.799
	Nam	16 (51.6%)	17 (54.8%)	
Tuổi (năm)	$\bar{X}$ ± SD	51.57 ± 16.65	53.20 ± 15.23	0.720
	Min-Max	17-77	22-70	
BMI (kg/m^2) $\bar{X}$ ± SD		21.61 ± 2.39	21.93 ± 1.91	0.520
ASA	II	83.9%	16.1%	0.449
	III	90.3%	9.7%	
Thời gian gây mê (phút)	$\bar{X}$ ± SD	146.7 ± 52.5	132.5 ± 46.5	0.447
	Min-Max	50 – 250	60 – 260	
Thời gian Phẫu thuật (phút)	$\bar{X}$ ± SD	113.7 ± 43.6	108.9 ± 38.9	0.660
	Min-Max	40-200	40-200	

Thời gian thông khí 1 phổi (phút)	$\bar{x}$ ± SD	96.6 ± 42.2	91.7 ± 34.6	0.260
	Min-Max	30-170	30-170	

Nhận xét: Về giới, độ tuổi, thể trạng bệnh nhân, phân loại ASA, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật, thời gian thông khí một phổi giữa hai nhóm không có sự khác biệt.

3.2. Hiệu quả vô cảm và giảm đau

3.2.1. Hiệu quả giảm đau trước phẫu thuật

Bảng 3.2. Hiệu quả giảm đau trước phẫu thuật

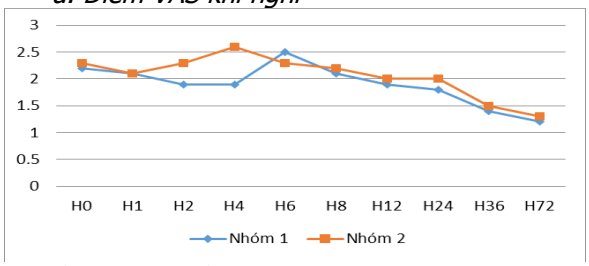
Đặc điểm \ Nhóm		Nhóm I	Nhóm II	P
Thời gian bắt đầu tác dụng (phút)	$\bar{x}$ ± SD	5.23 ± 0,68	5.17 ± 0,71	0.907
	Min- Max	4 – 7	4 – 7	
Chu vi da (cm)	$\bar{x}$ ± SD	56.91 ± 8,7	58.4 ± 7.8	0.480
	Min- Max	43– 68	40 – 67	
Thời gian tác dụng (phút)	$\bar{x}$ ± SD	434 ± 134	197 ± 86	0.0023
	Min- Max	305-605	136-237	

Nhận xét: Thời gian bắt đầu tác dụng (onset) của nhóm I là 5.23 ± 0,68phút, nhóm II là 5.17 ± 0,71 phút. Chu vi vùng da tác dụng giảm đau không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Thời gian tác dụng giảm đau của nhóm I là 434 ± 134 phút dài hơn đáng kể so với nhóm II là 197 ± 86 phút , với p= 0.0023.

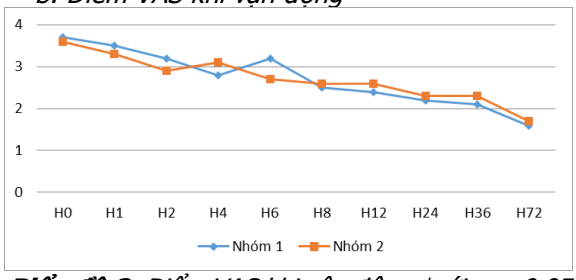
3.2.2. Hiệu quả giảm đau trong và sau phẫu thuật:

a. Điểm VAS khi nghỉ



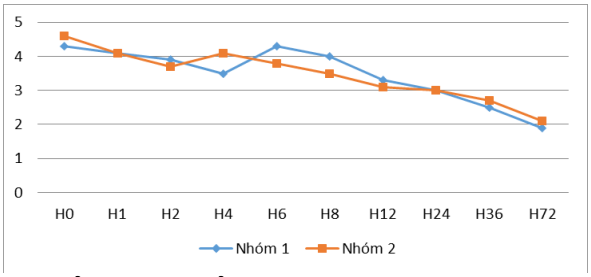
Biểu đồ 1. Điểm VAS khi nghỉ **với p < 0,05*

b. Điểm VAS khi vận động



Biểu đồ 2. *Điểm VAS khi vận động *với p < 0,05*

c. Điểm VAS khi ho



Biểu đồ 3. Điểm VAS khi ho **với p < 0,05*

Nhận xét:- Từ biểu đồ 1 và 2 chúng tôi thấy, trong 72 giờ sau mổ điểm VAS lúc nghỉ và vận động của cả hai nhóm đều <4 điểm. Từ biểu đồ 3 cho thấy, khi ho điểm VAS của hai nhóm đều < 5. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động và khi ho của nhóm I tăng nhẹ tại H6 nhóm II tăng nhẹ tại H2-H4. Và có khác biệt ở thời điểm từ H2-H6 khi nghỉ và tại H4 khi vận động và khi ho.

d. Tình hình sử dụng morphin trong 72 giờ sau phẫu thuật:

Bảng 3.3. Liều morphin dùng trong vòng 72 giờ sau phẫu thuật

Liều morphin \ Nhóm	Nhóm I	Nhóm II	P
Tổng liều fentanyl (mcg) ($\bar{x}$± SD)	111.7 ± 10.3	121.1 ± 9.3	0.453
Tổng liều 24h (mg) Min-max	24.84± 7.37 (4 - 32)	20.46 ± 8.94 (4 - 30)	0.546
Tổng liều 72h(mg) Min-max	34.77 ±6.61 (8 - 40)	36.86 ± 4.63 (9-42)	0.642
Thời gian từ sau mổ đến khi dùng liều morphin giải cứu đầu tiên (giờ)	6.2± 1.3	3.3 ± 1.1	0.003

Nhận xé:. Tổng liều fentanyl sử dụng trung bình ở nhóm I là 111.7 ± 10.3mcg và nhóm II là 121.1 ± 9.3mcg. Tổng liều morphin trong 24h đầu và 72 giờ sau mổ với nhóm I là 24.84± 7.37mg và 34.77 ±6.61mg , nhóm II là 20.46 ± 8.94mg và 36.86 ± 4.63 mg. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Thời gian từ sau mổ đến khi dung liều morphin giải cứu đầu tiên là 6.2± 1.3 giờ ở nhóm I và 3.3 ± 1.1 giờ với nhóm II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.003

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn

TDKMM \ Nhóm	Nhóm I	Nhóm II	P
	Số BN (n -%)	Số BN (n-%)	

Buồn nôn/ Nôn	2 (6.5)	3 (9.6)	>0,005
Ngứa	1 (3.2)	1 (3.2)	
Bí đái	1 (3.2)	0	
Run	0	0	
Đau chỗ tiêm	3 (9.6)	4 (12.9)	0.546

Nhận xét: Biến chứng hay gặp của hai nhóm là đau tại chỗ, buồn nôn/nôn. Có 1 bệnh nhân ở nhóm I có triệu chứng bí đái sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Về giới, ở cả hai nhóm nam đều nhiều hơn nữ. 51.6% nam và 48.4% nữ ở nhóm I và nam 54.8%, nữ 45.2%. ở nhóm II. Tương đương với tỉ lệ nam 77% theo Nguyễn Duy Khánh. Độ tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu với nhóm I là 51.57 ± 16.65 tuổi, nhóm II là 53.20 ± 15.23 tuổi. Tương tự trong nghiên cứu của Lingling Sun[4] là 56.5 tuổi. BMI trung bình của các BN nhóm I là 21.61 ± 2.39kg/m^2, nhóm II là 21.93 ± 1.91kg/m^{2,}. Đây là đặc điểm chung của người Việt Nam nên tương đồng với các nghiên cứu trong nước, tuy nhiên thấp hơn các nghiên cứu nước ngoài Lingling Sun[4] BMI trung bình là 22.9 ± 2.9kg/m^2. Theo Lvdan Huang[5] BMI trung bình là 23.3 kg/m^2. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ gồm những BN có ASA II và III. Trong đó BN có ASA II là chủ yếu (83.9% ở nhóm I và 90.3% ở nhóm II). Thời gian gây mê trung bình của nhóm I là 146.7 ± 52.5 phút, của nhóm II là 132.5 ± 46.5 phút, tương tự với Nguyễn Duy Khánh[3] là 131± 34 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm I là 113.7 ± 43.6phút, của nhóm II là 108.9 ± 38.9 phút ngắn hơn Lingling Sun[4] là 136 ± 57.8 phút. Thời gian thông khí một phổi trung bình của nhóm I là 96.6 ± 42.2 phút, của nhóm II là 91.7 ± 34.6 phút tương đương với 101.6 ± 66.2 phút theo Nguyễn Mạnh Cường[6].

4.2. Hiệu quả vô cảm và giảm đau:

4.2.1. Hiệu quả giảm đau trước phẫu thuật. Về thời gian bắt đầu tác dụng (onset) của nhóm I là 5.23 ± 0,68phút, nhóm II là 5.17 ± 0,71phút. Kết quả này phù hợp với Razek, sự khởi phát phong bế của cả hai nhóm SAPB và PEC được bắt đầu sau 5 phút và phong bế tối đa sau 20 phút[7].

Về thời gian tác dụng giảm đau của nhóm I là 434 ± 134 phút dài hơn đáng kể so với nhóm II là 197 ± 86 phút. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Razek[7] thời gian phong bế của SAPB kéo dài đến 8 giờ (480 phút), trong khi PEC là 3 giờ (180 phút). Về vùng phong bế, chu vi vùng da tác dụng giảm đau nhóm I là 56.91 ± 8,7cm và nhóm II là 58.4 ± 7.8cm. Với nhóm I, phong bế đạt được từ T2 đến T9 theo đường nách giữa, từ đường giữa đòn đến đường nách sau phong bế giảm dần. Vùng vô cảm rõ nhất là xung quanh điểm chọc kim, từ khoang liên sườn III- V, giảm dần khi ra xung quanh. Nhóm II, vùng phong bế lan từ T2- T6 ở đường nách trước, lan ra đến sát xương ức và đến đường nách giữa. Vùng vô cảm rõ nhất là xung quanh điểm chọc kim, từ khoang liên sườn II- IV, giảm dần khi ra xung quanh..Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như Blanco [8]

4.2.1. Hiệu quả giảm đau trong và sau phẫu thuật: Điểm VAS sau phẫu thuật: Trong 72 giờ sau mổ, điểm VAS lúc nghỉ và vận động của cả hai nhóm đều <4 điểm. Điểm VAS khi ho của hai nhóm đều < 5, giữa hai nhóm nhìn chung không có sự khác biệt. Phù hợp với nghiên cứu của Abdallah[9] rằng PEC không thua kém SAPB để giảm đau sau phẫu thuật vú. Razek[7] chỉ ra: VAS lúc nghỉ cao hơn đáng kể ở nhóm Pecs so với nhóm SIPB tại tất cả các thời điểm đo, tuy nhiên đều dưới 4 và không có sự khác biệt. Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động và khi ho của nhóm I tăng nhẹ tại H6 2.5 ± 0.7/3.2 ± 1.2/ 4.3 ± 0.5, nhóm II tăng nhẹ tại H2-H4 cả khi nghỉ và khi vận động và khi ho (2.6 ± 0.8/3.1 ± 1.0/4.1 ± 0.7) liên quan đến thời điểm hết tác dụng giảm đau của phương pháp gây tê.

Sử dụng fentanyl trong mổ và morphin sau mổ: Tổng liều fentanyl sử dụng trung bình ở nhóm I là 111.7 ± 10.3mcg và nhóm II là 121.1 ± 9.3mcg. Điều này phù hợpvới nghiên cứu của Abdallah[9], PEC I và SAPB tiêu thụ fentanyl trong phẫu thuật là 131.0 mcg và 136.1 mcg. Tổng liều morphin trong 24h đầu và 72 giờ sau mổ với nhóm I là 24.84± 7.37mg và 34.77 ±6.61mg, nhóm II là 20.46 ± 8.94mg và 36.86 ± 4.63 mg. Tương tự Abdallah[9], tiêu thụ morphin sau mổ vú cấp cứu của nhóm PEC và SAPB tương ứng là 20.1mg và 24.3mg. Thời gian từ sau mổ đến khi dung liều morphin giải cứu đầu tiên là 6.2± 1.3 giờ ở nhóm I và 3.3 ± 1.1 giờ với nhóm II. Thời gian này cũng tương xứng với thời gian hết tác dụng gây tê nhóm I là 434 ± 134 phút và nhóm II là 197 ± 86 phút. Theo Razek[7], yêu cầu đầu tiên đối với fentanyl ở nhóm SIPB 6.3 ± 1.2 giờ bị trì hoãn đáng kể so với nhóm Pecs 4.0 ± 1.3 giờ.

4.3. Tác dụng không mong muốn. Không có BN nào có các triệu chứng không mong muốn nặng như khó thở, hạ huyết áp, chậm nhịp tim, ngộ độc thuốc tê, chọc vào dây thần kinh hay mạch máu, sung nề hay nhiễm trùng vị trí chọc, chọc vào màng phổi.

Biến chứng hay gặp của hai nhóm là đau tại chỗ tiêm nhóm I chiếm 9.6% và nhóm II chiếm 12.9%, buồn nôn/nôn 6.5% ở nhóm I, nhóm II là 9.6%. Có 1 bệnh nhân ở nhóm I có triệu chứng bí đái sau mổ. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Abdallah[10] trong phẫu thuật vú.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê SAPB và gây tê PEC II dưới hướng dẫn siêu âm đơn giản, dễ thực hiện. Thời gian bắt đầu tác dụng, chi vi vùng phong bế không khác biệt giữa hai nhóm, Tuy nhiên SAPB phong bế vùng nách tốt hơn, trong khi PEC II phong bế về phía cạnh ức tốt hơn. Thời gian tác dụng giảm đau của nhóm SAPB dài hơn PEC II đáng kể I là 434 ± 134 phút và nhóm II là 197 ± 86 phút.

SAPB và PEC II đều cho hiệu quả tương đương để giảm đau trong và sau phẫu thuật VATS. Điểm VAS trung bình khi nghỉ/vận động/ khi ho trong 72h sau phẫu thuật của các BN ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Lượng Fentanyl trong mổ, lượng morphin sau mổ giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian yêu cầu morphin đầu tiên được trì hoãn đáng kể ở nhóm SAPB 6.2± 1.3 giờ ở nhóm I và 3.3 ± 1.1 giờ với nhóm II, liên quan đến thời gian tác dụng của hai phương pháp.

Cả hai phương pháp gây tê không xuất hiện các tác dụng không mong muốn và biến chứng nghiêm trọng. Các tác dụng không mong muốn khác: đau chỗ tiêm, yếu động tác chéo tay, buồn nôn/nôn, bí tiểu, ngứa, không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. Perttunen1 2*. I.v.** Diclofenac and Ketorolac for Pain after Thoracoscopic Surgery K. Perttunen1 2*, E. Nilsson1 and E. Kalso1. 1999.
2. **Bartakke DAA, Varma DMK.** Analgesia for Breast Surgery — A Brief Overview. Published online 2019:7.
3. **Nguyễn Duy Khánh.** Đánh Giá Mối Tương Quan Giữa PaCO2 và ETCO2 Trong Phẫu Thuật Lồng Ngực Có Thông Khí Một Phổi. Hà Nội. Năm 2018.
4. **Sun L, Mu J, Gao B, et al.** Comparison of the efficacy of ultrasound-guided erector spinae plane block and thoracic paravertebral block combined with intercostal nerve block for pain management in video-assisted thoracoscopic surgery: a prospective, randomized, controlled clinical trial. BMC Anesthesiol. 2022;22(1):283. doi:10.1186/s12871-022-01823-1
5. **Huang L, Zheng L, Wu B, et al.** Effects of Ropivacaine Concentration on Analgesia After Ultrasound-Guided Serratus Anterior Plane Block: A Randomized Double-Blind Trial. J Pain Res. 2020;13:57-64. doi:10.2147/JPR.S229523
6. **Nguyễn mạnh Cường.** Đánh giá hiệu quả hóa giải giãn cơ bằng sugamadex sau phẫu thuật lồng ngực có hỗ trợ nội soi.84-90.
7. **Razek.** Ultrasound-guided pectoral nerve blocks versus serratus intercostal plane block in breast surgeries. Accessed September 14, 2022. https://www.roaic.eg.net/article.asp?issn=2356-9115;year=2018;volume=5;issue=3;spage=162;epage=169;aulast=Razek
8. **Blanco R, Parras T, McDonnell JG, Prats-Galino A.** Serratus plane block: a novel ultrasound-guided thoracic wall nerve block. Anaesthesia. 2013;68(11):1107-1113. doi:10.1111/anae.12344
9. **Abdallah FW, MacLean D, Madjdpour C, Cil T, Bhatia A, Brull R.** Pectoralis and Serratus Fascial Plane Blocks Each Provide Early Analgesic Benefits Following Ambulatory Breast Cancer Surgery: A Retrospective Propensity-Matched Cohort Study. Anesth Analg. 2017;125(1):294-302.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐAU, SƯNG, DỊ CẢM VÀ KHÍT HÀM BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI KẾT HỢP MÀNG FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU PRF (PLATELET-RICH-FIBRIN)

Lê Nguyên Lâm[1], Võ Văn Biết[2]

TÓM TẮT

Đặt Vấn đề: Xác định vai trò màng fibrin giàu tiểu cầu PRF (Platelet-rich-fibrin) trong điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới giúp cầm máu, giảm sưng đau, kích thích sự lành vết thương nhanh, tăng khả năng tạo xương, giảm tỷ lệ viêm xương ổ răngcủa bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bệnh viện Đa khoa Cái Nước. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện 99 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật răng khôn dưới kết hợp màng fibrin giàu tiểu cầu PRF (Platelet-rich-fibrin) tại Bệnh viện Đa khoa Cái

[1]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
[2]Bệnh viện Đa Khoa Cái Nước
Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm
Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 10.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022
Ngày duyệt bài: 15.12.2022