

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ MỨC ĐỘ BỎNG Ở TRẺ NHẬP BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 TỪ 01/02/2021 ĐẾN 31/12/2021.

Trần Bích Thủy*, Phùng Nguyễn Thế Nguyên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bỏng là tai nạn thường gặp ở trẻ em. Dịch tễ học của bỏng là quan trọng tại 1 cộng đồng trong can thiệp làm giảm tai nạn này trong cộng đồng. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm dịch tễ học và mức độ bỏng ở trẻ nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng. **Đối tượng và phương pháp:** 201 trẻ em bỏng được điều trị tại khoa Bỏng – Tạo hình Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2021 đến 31/12/2021. **Kết quả:** Trong 201 trẻ em bỏng được nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1. Bệnh nhi ở TP Hồ Chí Minh là 96 (47,8%), chuyển từ bệnh viện tỉnh là 105 (52,2%). Tuổi trung bình 43,57 ± 44,27 tháng (02 - 188). Nam 113 (56,2%), nữ 88 (43,8%), tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Tất cả các tháng trong năm đều có trẻ em bị bỏng, nhiều nhất tháng 1, 2, 3, 4 và ít nhất tháng 7, 8. Thời gian trong ngày bị bỏng tập trung ở hai khoảng thời gian 8 - 12 giờ với 90 (44,8%) và 16 - 21 giờ 70 (34,8%) trường hợp. Thời gian bị bỏng đến khi vào bệnh viện trước 3 giờ là 103 (51,2%), trước 24 giờ 146 (72,6%), sau 24 giờ 55 (27,4%) (01 - 1440). Tác nhân gây bỏng do nước nóng 160 (79,6%), lửa 32 (15,9%), điện 8 (4%), hóa chất 1 (0,5%). Nơi xảy ra bỏng tại nhà 185 (92%), ngoài đường 12 (6%), trường học 3 (1,5%). Nghề nghiệp người chăm sóc trẻ nội trợ 64 (31,8%), buôn bán tự do 53 (26,4%). Trình độ học vấn người chăm sóc trẻ cấp 2 - 3 là 145 (72,1%), trên cấp 3 là 40 (19,9%). Tỷ lệ không sơ cứu bỏng 72 (35,8%), sơ cứu bỏng không đúng 128 (63,7%), sơ cứu bỏng đúng 1 (0,5%). Diện tích bỏng trung bình là 9,68 ± 12,08% TBSA (1 - 98), diện tích bỏng < 10% TBSA có 137 (68,2%), diện tích bỏng 10 - 30% TBSA có 52 (25,9%), diện tích bỏng > 30% TBSA có 12 (6%). Độ sâu bỏng 177 độ II (88%), 103 độ III (51,2%), 5 độ IV (3%). Vị trí bỏng vùng tay chân 153 (76,1%), ngực lưng 109 (54,2%), đầu mặt cổ 71 (35,5%), bộ phận sinh dục và tầng sinh môn 45 (22,4%). Thời gian nằm viện trung bình 11,03 ± 13,56 ngày (01-123). **Kết luận:** bỏng trẻ em là tai nạn thường gặp quanh năm, mùa thường có nhiều trẻ bỏng là cuối đông đầu xuân, hơn 1/2 trẻ được nhận từ các bệnh viện tỉnh, trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, nơi xảy ra bỏng thường tại nhà do nước sôi, thời gian bị bỏng thường trùng với thời gian người chăm sóc trẻ đang bận việc nhà, tỷ lệ sơ cứu bỏng không đúng cao. Vị trí bỏng thường gặp tay chân, bỏng độ II-III là chủ yếu và diện tích bỏng < 30%.

Từ khóa: bỏng trẻ em, diện tích bỏng, độ sâu bỏng, Bệnh viện Nhi Đồng 1, TBSA (total body surface area) diện tích bỏng.

*Bệnh viện Nhi Đồng 1

**Đại học Y Dược TP. HCM, Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: Nguyenphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY AND SEVERITY OF BURNS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1, FROM FEBRUARY 2021 TO DECEMBER 2021

Objectives: to describe some epidemiological characteristics and severity of burns in children treated at Children's Hospital 1. **Materials and methods:** 201 burn patients were treated at Burn care and Reconstructive surgery, Children's Hospital 1 from February 1st to December 31st, 2021. Methods description of cross section, prospective. **Results:** 201 children with burns were admitted to Children's Hospital 1 during research time. Children with burns from Ho Chi Minh City 96 (47.8%), transferred from hospital Provincial Hospital 105 (52.2%). Mean age 43.57 ± 44.27 months (02 - 188). Male 113 (56.2%), female 88 (43.8%), male/female ratio about 1.3/1. All months of the year have children with burns, the most in January, February, March, April and the least in July and August. Burns is concentrated in two time periods 8 - 12 hours 90 (44.8%) and 16 - 21:70 (34.8%). Burn time to hospital admission before 3 hours 103 (51.2%), before 24 hours 146 (72.6%), after 24 hours 55 (27.4%) (01 - 1440). Causes of burns due to hot water 160 (79.6%), fire 32 (15.9%), electricity 8 (4%), chemicals 1 (0.5%). Place of burns at home 185 (92%), street 12 (6%), school 3 (1.5). Occupation housewife childcare 64 (31.8%), freelance 53 (26.4%). The educational level of caregivers of children at middle school, high school is 145 (72.1%), and above level high school is 40 (19.9%). Relationship with the caregiver of the child's parents 188 (93.5%). Rate of not giving first aid for burns 72 (35.8%), incorrect first aid for burns 128 (63.7%), correct first aid for burns 1 (0.5%). Average burn area 9.68% ± 12.08% TBSA (1 - 98), burn area < 10% TBSA has 137 (68.2%), burn area 10 - 30% TBSA has 52 (25, 9%), burn area > 30% TBSA has 12 (6%). Burn depth 177 second degrees (88%), 103 third degrees (51.2%), 5 fourth degrees (3%). Location of burns on limbs 153 (76.1%), chest and back 109 (54.2%), head, face and neck 71 (35.5%), genitals and perineum 45 (22.4%). The average length of hospital stay was 11.03 ± 13.56 days (01 - 123). **Conclusions:** Child burns are a common accident all year round, the season often with many children is late winter and early spring, more than half of children are received from provincial hospitals, more boys than girls, where burns often occur at home. Due to the boiling water, the time of burns often coincides with the time when the caregiver is busy with housework, the first aid rate for burns is not high. The common burn site is limbs, second degrees and third degrees burn, and the TBSA is < 30%.

Keywords: child burns, severity of burns, TBSA (total body surface area).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng xếp thứ 15 trong các nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu. 80% đến 90% xảy ra ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, những vùng thường thiếu cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế cần thiết để giảm tỷ lệ và mức độ nghiêm trọng của bỏng [4], [8]. Trên thế giới, bỏng trẻ em gia tăng ở gia đình có thu nhập thấp, sống ở các vùng thiếu thốn, sống ở nhà thuê, bà mẹ trẻ, gia đình đơn thân, trẻ em dân tộc thiểu số, trình độ học vấn cha mẹ thấp [6]. Ngay cả các nước có thu nhập cao, trẻ em sống ở các huyện nghèo có nguy cơ bị bỏng lửa cao hơn, có sự chênh lệch về chủng tộc kinh tế tồn tại ở Mỹ và các nước có thu nhập cao trong các nguyên nhân gây bỏng [5]. Bỏng trẻ em trung bình, nặng không chỉ gây tàn tật suốt đời mà còn ảnh hưởng đến tinh thần sức khỏe, chất lượng cuộc sống của trẻ và gia đình, áp đặt gánh nặng kinh tế gia đình xã hội. Các nghiên cứu bỏng đầu thế kỷ 20, 21 cho thấy bỏng có tỷ lệ ở trẻ nam cao hơn nữ, tỷ lệ tử vong từ 1-12% trong đó cao nhất ở các nước có thu nhập thấp, nguyên nhân bỏng chủ yếu là nước nóng và lửa [3].

Tại Việt Nam, có ít nghiên cứu về bỏng trẻ em: năm 1997 đến 1999 với 695 trẻ em bị bỏng nhập viện tại Viện Bỏng Quốc Gia, Hà Nội [7], nghiên cứu từ 01/7/2013 đến 31/6/2014 có 264 trẻ em bị bỏng nhập viện tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa [1]. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Dịch tễ, lâm sàng và điều trị bỏng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1" với mục tiêu xác định tỷ lệ các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của trẻ bị bỏng bao gồm nguyên nhân, tác nhân, diện tích và độ sâu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: có 201 trẻ em bị bỏng nhập khoa Bỏng - Tạo hình Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2021 đến 31/12/2021.

Phương pháp: mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Bệnh nhi nhập khoa được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ bỏng của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Các biến số cho nghiên cứu được thu thập theo một phiếu thu thập thống nhất.

Định nghĩa biến số.

Thời gian từ khi bỏng đến khi nhập viện: là thời gian từ lúc trẻ bị bỏng đến lúc nhập viện Nhi Đồng 1 (đơn vị giờ).

Sơ cứu bỏng có 4 phân loại: sơ cứu bỏng đúng là vết bỏng được tưới dưới vòi nước mát 20 phút, trong vòng 3 giờ sau khi bị bỏng. Sơ cứu bỏng không đúng là vết bỏng được tưới dưới vòi nước mát nhưng dưới 20 phút trong vòng 3 giờ

sau khi bị bỏng. Sơ cứu bỏng không đúng có hại là vết bỏng không được tưới dưới vòi nước mát 20 phút trong vòng 3 giờ sau khi bị bỏng và vết bỏng bị thoa các chất khác (nước nắm, kem đánh răng...). Không sơ cứu bỏng là vết bỏng không được sơ cứu.

Độ sâu bỏng phân độ theo phác đồ điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1

Các biến định tính được mô tả theo tỷ lệ, các biến định lượng mô tả theo trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/02/2021 đến 31/12/2021 có 201 trẻ em bỏng được nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1. Bệnh nhi bỏng từ TP Hồ Chí Minh 96 (47,8%), chuyển từ bệnh viện tỉnh 105 (52,2%). Tuổi trung bình $43,57 \pm 44,27$ tháng (02 - 188). Nam 113 (56,2%), nữ 88 (43,8%), tỷ lệ nam/nữ khoảng 1,3/1. Tất cả các tháng trong năm đều có trẻ em bị bỏng, nhiều nhất tháng 1, 2, 3, 4 và ít nhất tháng 7, 8. Thời gian trong ngày bị bỏng tập trung ở hai khoảng thời gian 8 - 12 giờ 90 (44,8%) và 16 - 21 giờ 70 (34,8%). Thời gian bị bỏng đến khi vào bệnh viện trước 3 giờ 103 (51,2%), trước 24 giờ 146 (72,6%), sau 24 giờ 55 (27,4%) (01 - 1440).

Tác nhân gây bỏng do nước nóng 160 (79,6%), lửa 32 (15,9%), điện 8 (4%), hóa chất 1 (0,5%). Nơi xảy ra bỏng tại nhà 185 (92%), ngoài đường 12 (6%), trường học 3 (1,5%).

Nghề nghiệp người chăm sóc trẻ nội trợ 64 (31,8%), buôn bán tự do 53 (26,4%). Trình độ học vấn người chăm sóc trẻ cấp 2 - 3 là 145 (72,1%), trên cấp 3 là 40 (19,9%). Quan hệ với người chăm sóc trẻ ba mẹ ruột 188 (93,5%).

Tỷ lệ không sơ cứu bỏng 72 (35,8%), sơ cứu bỏng không đúng 128 (63,7%), sơ cứu bỏng đúng 1 (0,5%).

Diện tích bỏng trung bình $9,68\% \pm 12,08\%$ TBSA (1 - 98), diện tích bỏng < 10% TBSA có 137 (68,2%), diện tích bỏng 10 - 30% TBSA có 52 (25,9%), diện tích bỏng > 30% TBSA có 12 (6%). Độ sâu bỏng 177 độ II (88%), 103 độ III (51,2%), 5 độ IV (3%). Vị trí bỏng vùng tay chân 153 (76,1%), ngực lưng 109 (54,2%), đầu mặt cổ 71 (35,5%), bộ phận sinh dục và tăng sinh môn 45 (22,4%). Thời gian nằm viện trung bình $11,03 \pm 13,56$ ngày (01 - 123).

Bảng 1. Tác nhân gây bỏng

Tác nhân	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Nhiệt nước nóng	124	61,7
Nhiệt thức ăn nóng	31	15,4
Nhiệt hơi nóng	5	2,5
Nhiệt lửa xăng	11	5,5

Nhiệt lửa gas	4	2,0
Nhiệt đống un	2	1,0
Nhiệt đám cháy	6	3,0
Nhiệt pôxe	6	3,0
Nhiệt pháo	3	1,5
Điện sinh hoạt	8	4,5
Hóa chất	1	0,5
Tổng	201	100

IV. BÀN LUẬN

Thống kê ở nghiên cứu này cho thấy, trong 11 tháng (01/02/2021 đến 31/12/2021) số trẻ em bị bỏng chiếm tỷ lệ 54,8% trong tổng số bệnh nhi điều trị tại khoa Bỏng - Tạo hình Bệnh viện Nhi Đồng 1 và bằng 0,56% (201/35736) tổng số bệnh nhi nội trú toàn Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2021. Do ảnh hưởng của đại dịch COVID - 19 nên tỷ lệ bệnh nhi nhập viện khoa Bỏng - Tạo hình nói riêng và toàn Bệnh viện Nhi Đồng 1 nói chung giảm gần 1/2 so với những năm trước. Tuy nhiên tỷ lệ này nhiều hơn so nghiên cứu của Nguyễn Việt Hải 11,27% [1].

Tuổi trung bình $43,57 \pm 44,27$ tháng (02 - 188). Bệnh nhi dưới 60 tháng chiếm 74,6%, trong đó dưới 24 tháng chiếm 52,2% thấp hơn so nghiên cứu Nguyễn Việt Hải là 94,3% và 71,6% [1]. Bỏng ở trẻ em chủ yếu do vô ý, với tác nhân gây bỏng chủ yếu là bỏng nóng lửa và nước. Tỷ lệ nam/nữ khoảng 1,3/1 tương đồng với nhiều nghiên cứu khác bỏng trẻ em trên thế giới và trong nước, phù hợp tâm lý bé trai hiếu động hơn bé gái [3]. Tuy nhiên ở Đà Loan, tỷ lệ bé trai bị bỏng 43,1% thấp hơn so bé gái 56,9% [3].

Tất cả các tháng trong năm đều có trẻ em bị bỏng, nhiều nhất ở tháng 1, 2, 3, 4 phù hợp thời điểm những tháng này cha mẹ thường lo nấu nướng dịp lễ Tết nên ít quan tâm đến trẻ em do vậy dễ dẫn đến bỏng. Ít nhất ở tháng 7, 8 có thể trùng hợp thời điểm giãn cách xã hội do đại dịch COVID - 19, cha mẹ có thời gian chăm lo con hơn và bệnh viện tỉnh không thể chuyển tuyến lên Nhi Đồng 1.

Nghề nghiệp người chăm sóc trẻ nội trợ 64 (31,8%), buôn bán tự do 53 (26,4%) phù hợp tính chất công việc với thời gian chăm sóc trẻ, người lớn bận công việc nhiều thì trẻ em dễ bị tai nạn bỏng. Trình độ học vấn người chăm sóc trẻ cấp 2 - 3 chiếm tỷ lệ cao 145 (72,1%), thể hiện mỗi tương đồng trình độ học vấn và mức độ chăm sóc trẻ. Tuy nhiên do chúng tôi không khảo sát tình hình kinh tế, do đó chúng tôi không thể kết luận tình hình kinh tế, học vấn ảnh hưởng trên tỷ lệ hay tình trạng bỏng của trẻ. Quan hệ với người chăm sóc trẻ ba mẹ ruột 188

(93,5%), phù hợp văn hóa người Việt Nam cha mẹ là người quan tâm chăm sóc con nhiều nhất.

Thời gian trong ngày bị bỏng tập trung ở hai khoảng 8 - 12 giờ 90 (44,8%) và 16 - 2 giờ 70 (34,8%), phù hợp với thời gian gia đình sinh hoạt nấu cơm, tắm, dọn dẹp nên ít quan tâm đến trẻ em hơn so với thời gian còn lại. Tác nhân gây bỏng chủ yếu do nước nóng 160 (79,6%), tiếp theo là lửa 32 (15,9%), điện 8 (4%), ít nhất là hóa chất 1 (0,5%) phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới và trong nước [3]. Có thể do chúng ta đang sống trong thế giới không chiến tranh bom đạn nên bỏng do nước, lửa nhiều hơn các nguyên nhân khác. Vì vậy cần khuyến cáo phụ huynh cần thận trọng việc sử dụng nước nóng và lửa tại gia đình.

Thời gian từ khi bị bỏng đến lúc vào bệnh viện trước 3 giờ 103 (51,2%), trước 24 giờ 146 (72,6%), sau 24 giờ có 55 (27,4%) (01 - 1440), có 1 bệnh nhi được chuyển từ bệnh viện tỉnh sau 1440 giờ (2 tháng) bị bỏng với tình trạng suy mòn bỏng và da ghép không dính. Thời gian nhập viện từ khi bị bỏng trước 6 giờ theo nghiên cứu Nguyễn Việt Hải 186 (70,5%), sau 24 giờ có 49 (18,5%) [1]. Thời gian nằm viện trung bình $11,03 \pm 13,56$ ngày (01 - 123) dài hơn so nghiên cứu Nguyễn Việt Hải $9,19 \pm 5,41$ ngày [1], ngắn hơn so nghiên cứu Nguyễn Việt Lượng ở nhóm bệnh nhân bỏng sâu độ III, IV $14,06 \pm 0,36$ ngày [2]. Trẻ ở thành phố thường nhập bệnh viện sớm hơn trẻ ở tỉnh nhập BV tuyến trước, khi bệnh nhi bỏng nặng chuyển lên BV chúng tôi với thời gian muộn sẽ làm giảm chất lượng điều trị, chúng tôi khuyến cáo nên chuyển tuyến sớm hơn khi vượt quá khả năng điều trị.

Diện tích bỏng trung bình $9,68 \pm 12,08\%$ TBSA (1 - 98), diện tích bỏng < 10% TBSA có 137 (68,2%) tương đồng nghiên cứu Nguyễn Việt Lượng 61% [2], diện tích bỏng 10 - 30% TBSA có 52 (25,9%), diện tích bỏng > 30% TBSA có 12 (6%). Độ sâu bỏng có 177 độ II (88%), 103 độ III (51,2%), 5 độ IV (3%) nhiều hơn nghiên cứu Nguyễn Việt Hải tương ứng độ I - II 168 (63,64%), độ II - III 94 (35,61%), độ IV 2 (0,76%) [1], sự khác biệt này có thể do phân độ, trong nghiên cứu của chúng tôi bỏng độ I không được đánh giá vào hồ sơ và một bệnh nhi bị bỏng sẽ có nhiều phân độ trên cùng vết bỏng vì mức độ gây bỏng sẽ không đồng đều giữa các mô khi bị tiếp xúc với tác nhân gây bỏng. Như vậy đa phần trẻ bỏng có diện tích < 10% và chủ yếu bỏng độ II - III. Do vậy, huấn luyện sơ cứu bỏng cho tuyến cơ sở sẽ góp phần vào xử trí ban đầu bỏng đúng, cũng như hạn chế

các biến chứng, di chứng cho trẻ.

Vị trí bỏng vùng tay chân 153 (76,1%), ngực lưng 109 (54,2%), đầu mặt cổ 71 (35,5%), sinh dục và tầng sinh môn 45 (22,4%). Bỏng vùng tay chân chiếm tỷ lệ cao phù hợp với tính hiếu động ở trẻ em, hay dùng tay lấy đồ vật để trên bàn, dùng chân chạy nhảy leo trèo và phù hợp với cơ chế bảo vệ tự nhiên của cơ thể khi gặp tai nạn sẽ dùng tay chân tránh nguy hiểm. Tuy nhiên bỏng đầu mặt và tầng sinh môn có tỷ lệ cao, bỏng các vùng này ảnh hưởng trên tâm lý, thẩm mỹ cũng như dễ có các biến chứng nhiễm khuẩn, hay ảnh hưởng lên đường thở.

V. KẾT LUẬN

Bỏng là tai nạn thường gặp ở trẻ nhỏ, trẻ nam, chủ yếu bỏng nước nóng và lửa do sinh hoạt trong gia đình. 68,2% có diện tích bỏng dưới 10% và bỏng chủ yếu độ II - III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Hải, Nguyễn Thị Thu Hoài (2020), "Đánh giá kết quả điều trị bỏng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ tháng 7/2013 đến tháng

6/2014", Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 4(1), tr. 52-57.

2. Nguyễn Việt Lương (2009), "Tình hình bỏng tại Việt Nam trong 3 năm (2005–2007)", Tạp chí Y học thực hành, tr. 9-13.
3. Morgan, Michael, et al. (2018), "Burn pain: a systematic and critical review of epidemiology, pathophysiology, and treatment", Pain medicine, 19(4), pp. 708-734.
4. Alnababtah, Khalid, Khan, Salim, and Ashford, Robert (2016), "Socio-demographic factors and the prevalence of burns in children: an overview of the literature", Paediatrics international child health, 36(1), pp. 45-51.
5. Armstrong, Megan, et al. (2020), "Epidemiology and trend of US pediatric burn hospitalizations, 2003–2016", Burns, pp. 1-10.
6. Broadis, Emily, Chokotho, Tilinde, and Borgstein, Eric (2017), "Paediatric burn and scald management in a low resource setting: A reference guide and review", African Journal of Emergency Medicine, 7, pp. 27-31.
7. Nguyen, Nhu Lam, et al. (2002), "The importance of immediate cooling—a case series of childhood burns in Vietnam", Burns, 28(2), pp. 173-176.
8. Smolle, Christian, et al. (2017), "Recent trends in burn epidemiology worldwide: a systematic review", Burns, 43(2), pp. 249-257.

CẢM GIÁC ĐAU DỘI NGƯỢC CỦA PHƯƠNG PHÁP PHONG BẾ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY TRUYỀN LIÊN TỤC QUA CATHETERSO VỚI PHƯƠNG PHÁP TIÊM 1 LẦN DUY NHẤT SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI

Vũ Hoàng Phương^{1,2}, Trần Hữu Hiếu¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu so sánh tỉ lệ đau dội ngược sau mổ của phương pháp phong bế đám rối thần kinh cánh tay tiêm 1 lần duy nhất so với phương pháp phong bế truyền liên tục qua catheter sau mổ ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai. 60 bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai theo chương trình được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm phong bế đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn của siêu âm: 1 nhóm được tiêm thuốc tê một liều duy nhất và 1 nhóm truyền thuốc tê liên tục qua tại Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2021. Thời gian xuất hiện và tỉ lệ đau dội ngược, mức độ đau khi nghỉ và khi vận động, và số lượng morphin tiêu thụ được ghi lại trong 72 giờ sau mổ. Có 4/30 bệnh nhân ở nhóm tiêm thuốc tê một liều

duy nhất gặp đau dội ngược (13,33%) và cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm truyền liên tục qua catheter. Lượng morphin sử dụng trung bình ở nhóm truyền liên tục thấp hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp phong bế đám rối thần kinh cánh tay truyền liên tục qua catheter có hiệu quả làm giảm tỉ lệ đau dội ngược sau mổ ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai.

Từ khóa: đau dội ngược, đám rối thần kinh cánh tay, nội soi khớp vai, truyền liên tục qua catheter, một liều duy nhất

SUMMARY

REBOUND PAIN OF THE BRACHIAL PLEXUS BLOCK WITH A CATHETER CONTINUOUS INFUSION VERSUS SINGLE-SHOT BLOCK IN PATIENTS UNDERGOING ARTHROSCOPIC SHOULDER SURGERY

The aim of the study was to compare the rate of postoperative rebound pain of a single injection brachial plexus block method compared with a continuous catheter infusion block method in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery. 60 patients with selective shoulder arthroscopy surgery were

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Phương

Email: vuhoangphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022