

đóng vai trò chính trong chẩn đoán trật C1-C2, giúp phát hiện sớm, chính xác tổn thương, tránh bỏ sót để lại di chứng nặng nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joaquim AF, Patel AAJCSS.** C1 and C2 spine trauma: evaluation, classification, and treatment. 2010;11(3):1-7.
2. **Clark CR, Benzel EC.** The cervical spine. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
3. **Fukui Y, Krag M, Huston D, Ambrose T, Vaccaro ARJS.** Halovest dynamic loads: full crossover comparison of three vest types. 2002;27(3):241-249.
4. **Minyu Z, Shiyang W, Suraj C, Kelun H, Chaowei L, Honglin T.** Traumatic Posterolateral C1-C2 Dislocation Complicated with Locked Lateral Mass and Type II Odontoid Fracture—5-Year Follow-up. World Neurosurgery. 2018/06/01/2018;114:330-334. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.03.191>.
5. **Puttlitz CM, Goel VK, Clark CR, Traynelis VC, Scifert JL, Grosland NMJS.** Biomechanical rationale for the pathology of rheumatoid arthritis in the craniovertebral junction. 2000;25(13):1607-1616.
6. **Burton DC, Noack J, Vaccaro AR, Anderson DGJFotC, Thoracic,, Lumbar Spine.** New York NMD, Inc. Cervical Orthoses and Halo-Vest Management. 2002;288.
7. **Michel C, Dijanic C, Abdelmalek G, Sudah S, Kerrigan D, Yalamanchili PJJoss.** Upper cervical spine instability systematic review: a bibliometric analysis of the 100 most influential publications. 2022;8(2):266.
8. **Van Goethem JW, van den Hauwe L, Parizel PM, Algra P.** Spinal imaging: diagnostic imaging of the spine and spinal cord. Springer; 2007.
9. **He H, Hu B, Wang L, Gao Y, Yan H, Wang JJTSJ.** The computed tomography angiography study of the spatial relationship between C1 transpedicular screw trajectory and V3 segment of vertebral artery. 2017;17(1):120-128.
10. **Du HG.** Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật vít qua khớp trong điều trị chấn thương mất vững C1-C2. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

SO SÁNH HIỆU QUẢ PHONG BẾ ĐÁM RỐI THẦN KINH ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG VỚI PHONG BẾ THẦN KINH TRÊN VAI PHỐI HỢP THẦN KINH NÁCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM CHO PHẪU THUẬT KHỚP VAI

Lưu Quang Thùy¹, Nguyễn Thị Thu Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả vô cảm 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:** 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 20ml 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:** Có sự khác biệt về thời gian khởi phát tác dụng của nhóm phong bế thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách (nhóm 1) và nhóm phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang (nhóm 2) (5 ± 0.7 so với 3 ± 0.5 phút). Lượng thuốc giảm đau Fentanyl sử dụng trong phẫu thuật cũng có sự khác biệt (0.2 ± 0.06 mg ở nhóm 1 và 0.16 ± 0.04 mg ở nhóm 2).

Không có sự khác biệt về các thông số huyết động trong phẫu thuật giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p < 0.05$). Nhóm 1 có ưu điểm hơn nhóm 2 về điểm VAS qua các thời điểm sau phẫu, thời gian yêu cầu liều morphin đầu, lượng morphin cần dùng sau phẫu thuật. Tuy nhiên tổng lượng morphin cần dùng thì không có sự khác biệt. **Kết luận:** Hiệu quả giảm đau và lượng morphin cần dùng của phương pháp phong bế thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách là kém hơn so với phương pháp phong bế đám rối cánh tay đường liên cơ bậc thang nhưng tổng lượng morphin cần dùng thì không có khác biệt.

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

SUMMARY

EFFICIENT COMPARISON BETWEEN BRACHIAL PLEXUS NERVE BLOCKING AT INTERSCALENE LINE AND SUPRASCAPULAR NERVE COMBINED WITH AXILLARY NERVE BLOCKING UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR SHOULDER ARTHROSCOPY SURGERY

Objective: To compare the analgesia effect during and after surgery 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

¹Bệnh 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: 6.3.2023

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:** There was a difference in the onset of action of the suprascapular nerve combined with axillary nerve blocking group (group 1) and the brachial plexus block group on the interscalene line (group 2) (5 ± 0.7 vs 3 ± 0.5 min). There was also a difference in the amount of Fentanyl analgesic used in surgery (0.2 ± 0.06 mg in group 1 and 0.16 ± 0.04 mg in group 2). There was no difference in intraoperative hemodynamic parameters between the 2 study groups ($p < 0.05$). Group 1 has an advantage over group 2 in terms of VAS scores after surgery, time required for the first dose of morphine, and the amount of morphine needed after surgery. However, there was no difference in the total amount of morphine required. **Conclusion:** The analgesic effect and the intraoperative amount of morphine required by the supraclavicular nerve combined with the axillary nerve blocking was inferior to that of the brachial plexus blocking in the interscalene line but there was no difference in total amount of morphine required was.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật vai là một phẫu thuật lớn có thể dẫn đến đau cấp và mạn sau phẫu thuật. Đau sau phẫu thuật 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^{1,2}, PCA, tiêm thẩm bằng thuốc tê tại chỗ³. Tuy nhiên, mỗi phương pháp lại có hiệu quả khác nhau. Phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang hay được sử dụng do giảm đau tốt tuy nhiên gần đây nhiều nghiên cứu cho rằng tiêm thuốc tê chọn lọc thần kinh trên vai và thần kinh nách cho kết quả không có sự khác biệt^{4,5}. Hiện nay, Bệnh viện Việt Đức là viện chấn thương chỉnh hình lớn nhất đất nước là nơi áp dụng khá phổ biến phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý khớp vai nên vấn đề đưa ra giảm đau sau mổ khớp vai là rất cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "So sánh hiệu quả phong bế đám rối thần kinh đường liên cơ bậc thang với phong bế thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách dưới hướng dẫn siêu âm cho phẫu thuật nội soi 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 hiệu quả giảm đau 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

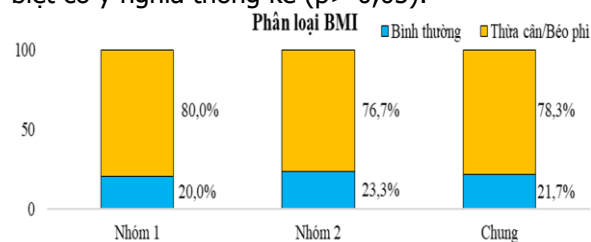
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 10. 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 thống kê ($p > 0,05$).



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. Tỷ lệ này ở hai nhóm nghiên cứu lần lượt là 80,0% và 76,7%.

3.2. Hiệu quả giảm đau

Bảng 2. Thời gian khởi phát trung bình của từng nhóm

Đặc điểm	Nhóm 1 X±SD (min;)	Nhóm 2 X±SD (min;)	Chung X±SD (min; m	p
----------	---------------------------	---------------------------	--------------------------	---

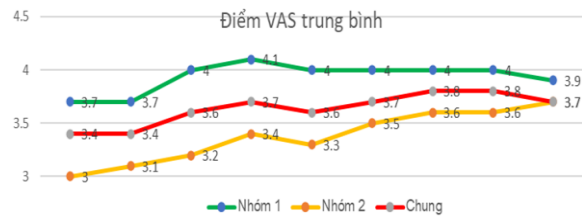
	max)	max)	ax)	
Thời gian khởi phát (phút)	5,0±0,7 (3,5;6)	3,0±0,5 (2;4)	4,0±1,2 (2;6)	< 0,001

Nhận xét: Thời gian khởi phát trung bình của đối tượng nghiên cứu ở nhóm 1 là 5,0 ± 0,7 (phút), ở nhóm 2 là 3,0 ± 0,5 (phút). Có sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,001.

Bảng 3. Đánh giá hiệu quả giảm đau theo vùng sau gây tê

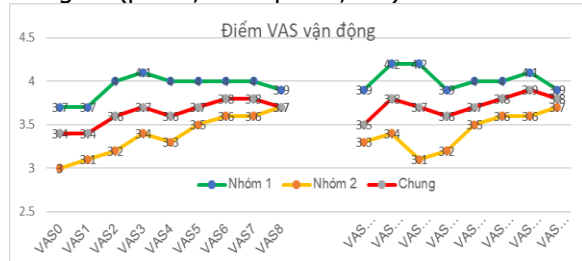
Vùng (không đau)	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	Chung n (%)	p
Vùng 1	28(93,3)	30(100,0)	58(96,7)	>0,05
Vùng 2	29(96,7)	30(100,0)	59(98,3)	>0,05
Vùng 3	26(86,7)	30(100,0)	86(93,3)	>0,05
Vùng 4	0(0,0)	28(93,3)	28(46,7)	<0,001*
Vùng 5	0(0,0)	17(56,7)	17(28,3)	<0,001*
Vùng 6	0(0,0)	29(96,7)	29(48,3)	<0,001*
Rạch da	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	-

Nhận xét: Đánh giá phong bế theo vùng, tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có đau ở vùng số 4, 5, 6 ở nhóm 2 (6,7%; 43,3% và 3,3%) thấp hơn ở nhóm 1. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hiệu quả giảm đau ở vùng số 4, 5 và 6 giữa hai nhóm nghiên cứu (p < 0,001).



Biểu đồ 2. Điểm VAS trung bình khi nghỉ

Nhận xét: Điểm đau trung bình khi nghỉ của đối tượng nghiên cứu ở nhóm 2 tại các thời điểm T0 (ngay sau khi rút NKQ), T1 (Sau rút NKQ 10 phút), T2 (Sau rút NKQ 20 phút), T3 (Sau rút NKQ 30 phút), T4 (Sau rút NKQ 40 phút), T5 (Sau rút NKQ 60 phút), T6 (Sau rút NKQ 24 giờ), T7 (Sau rút NKQ 36 giờ) đều thấp hơn của đối tượng nghiên cứu ở nhóm 1 tại các thời điểm tương ứng. Sự khác biệt này là rất có ý nghĩa thống kê (p < 0,01 và p < 0,001).



Biểu đồ 3. Điểm VAS trung bình khi vận động

Nhận xét: Điểm đau trung bình của đối tượng nghiên cứu ở nhóm 2 tại các thời điểm T0 - T8 đều thấp hơn của đối tượng nghiên cứu ở nhóm 1 tại các thời điểm tương ứng. Sự khác biệt này là rất có ý nghĩa thống kê (p < 0,01 và p < 0,001).

Bảng 4. Thời gian yêu cầu liều morphin đầu tiên của từng nhóm

Đặc điểm	Nhóm 1 X±SD (min; max)	Nhóm 2 X±SD (min; max)	Chung X±SD (min; max)	Giá trị p
Thời gian yêu cầu liều morphin đầu tiên (phút)	19,3±4,5 (10;30)	33,6±6,7 (20;45)	26,5±9,2 (10;45)	< 0,001

Nhận xét: Thời gian yêu cầu liều morphin đầu tiên của đối tượng nghiên cứu ở nhóm 1 là 19,3 ± 4,5 (phút), của nhóm 2 là 33,6 ± 6,7 (phút). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001

Bảng 5. Đánh giá lượng morphin bệnh nhân cần dùng sau phẫu thuật

Morphin (mg)	Nhóm 1 (X±SD)	Nhóm 2 (X±SD)	Chung (X±SD)	Giá trị 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 mà bệnh nhân ở nhóm 2 phải sử dụng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với lượng morphin mà bệnh nhân ở nhóm 1 phải sử dụng để giảm đau (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Độ tuổi trung bình ở nhóm 1 là 52,3 ± 17,4 và nhóm 2 là 48,9 ± 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±18,4 tương đương với các nghiên cứu như của Seung Cheo Lee⁶ (52,9±16,8), của Yean Chin Lim⁴ (42,8 ± 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 kỳ 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% điều này 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 trước đó như của Trần Đức Hiếu⁷ trung bình BMI là $22,09 \pm 2,09$, của Yean Chin Lim⁴ $25,3 \pm 4,5$.

4.2 Hiệu quả giảm đau. Thời gian mất cảm giác nóng lạnh của 2 nhóm là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian xuất hiện mất cảm giác của nhóm gây tê đám rối liên cơ bậc thang nhanh hơn trung bình chỉ $3,0 \pm 0,5$ phút so với $5,0 \pm 0,7$ phút, điều này đúng theo giải phẫu và khả năng ngấm thuốc tê của thần kinh. Nhóm gây tê đám rối liên cơ bậc thang là gây tê ngay khi đám rối thần kinh tách ra từ tủy sống, vòng bao Myelin chưa nhiều, sợi thần kinh được ngấm trực tiếp thuốc tê tuy nhiên vì gây tê gần nên dễ gây tổn thương dây thần kinh, còn gây tê rễ thần kinh trên vai và thần kinh nách khi đã tách xa trung tâm đám rối thì thuốc tê sẽ ngấm lâu hơn do sợi dây được bọc bao Myelin cũng như chỉ tiêm thuốc tê gần đó vì vậy tổn thương thần kinh là rất hiếm. Tuy nhiên vì thuốc tê ngấm lâu hơn nên thời gian tác dụng sẽ kéo dài hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của David B Auyong, Martin Wiegel⁸. Tác giả Zhai⁷ nghiên cứu liều 50 mg ropivacain ở 3 nồng độ 0,75% - 0,5% - 0,25% cho thấy thời gian bắt đầu phong bế mất hoàn toàn cảm giác lần lượt là 5 phút (5 - 20), 10 phút (5 - 20) và 15 phút (5 - 30).

Lượng thuốc fentanyl dùng trong gây mê của nhóm 1 là $0,20 \pm 0,06$ mg, trong nhóm 2 là $0,16 \pm 0,04$ mg. Lượng thuốc thường dung trong giai đoạn đặt nội khí quản, chỉ nhắc lại khi có dấu hiệu mạch nhanh huyết áp tăng 20% so với giá trị ban đầu. Lượng thuốc ít chứng tỏ tác dụng của thuốc tê trước khi phẫu thuật là tốt có hiệu quả. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Yean Chin Lim⁴, lượng fentanyl dùng trong phẫu thuật của nhóm gây tê thần kinh trên vai có cao hơn nhóm gây tê liên cơ bậc thang. Điều này có thể giải thích trong quá trình phẫu thuật phải bơm nước bóc tách các lớp cơ vùng vai, ngực lớn gây căng tức mà thần kinh trên vai và thần kinh nách không chỉ phổi cảm giác được vùng ngực trước nên phải bổ sung fentanyl khi cần trong quá trình phẫu thuật.

Nhận thấy tỷ lệ đau của nhóm 1 với nhóm 2 ở các vị trí chi phối của 3 vùng 4,5,6 vùng chi phối của các dây thần kinh giữa, trụ, quay là cao hơn rõ rệt 100% so với (6,7%, 43,3%, 3,3%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhưng về vị trí rạch da và vùng 1,2,3 thì giữa 2 nhóm không khác biệt với $p > 0,05$. Hiệu quả

giảm đau của nhóm 1 ở vùng 1,2,3 tương ứng là 93,3%, 96,7%, 86,7% so với nhóm 2 là 100%. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Yean Chin Lim⁴. Cảm giác tê bì của nhóm 1 ở vùng 1,2,3 là tương ứng 83,3 % so với 91,7% của nhóm 2 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cảm giác tê bì của vùng 4,5,6 là 0% so với 93,3%, 56,7%, 93,3%.

Theo nghiên cứu của chúng tôi thang điểm VAS trung bình của nhóm 1 cao hơn nhóm 2 tại các thời điểm, tuy nhiên điểm VAS của nhóm 1 trung bình đều < 4 . Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các nghiên cứu trong và ngoài nước. Điểm VAS khi vận động của nhóm 1 cao hơn của nhóm 2 có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên điểm VAS khi vận động trung bình cao nhất của nhóm 1 cũng chỉ $4,1 \pm 0,6$. Điểm VAS trong nghiên cứu của Yean Chin Lin⁴ nhóm 1 cũng thấp hơn nhóm 2 khi vận động sau 12 giờ là 2 so với 4. Kết quả giảm đau của Auyong⁹ so sánh khối SSB cũng không thua kém nhóm 1SB, tương tự Abdallah¹⁰ nhận thấy SSB không thua kém ISB trong việc kiểm soát cơn đau sau phẫu thuật. Tuy nhiên tác dụng giảm đau của SSB sau 24 giờ thấp hơn so với ISB điều này được giải thích vì ISB là vùng đám rối rộng nên bệnh nhân bị đau giữ dội khi ISB bị phục hồi, còn SSB và thần kinh nách chỉ là dây thần kinh nên thời gian phục hồi chậm hơn và ít đau tái phát hơn ISB.

Đánh giá về thời gian yêu cầu liều morphin đầu tiên của từng nhóm nhận thấy nhóm 2 thời gian kéo dài hơn nhóm 1 có ý nghĩa thống kê. Với nhóm 1 thì trung bình sau 19,3 phút bệnh nhân đã phải bấm morphin liều đầu tiên còn với nhóm 2 phải đến trung bình 33,6 phút mới cần phải sử dụng liều đầu tiên. 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 với tê thần kinh nách. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Yean Chin Lim⁴ nhận thấy nhóm SSB có xu hướng tăng nồng độ sử dụng morphin hơn nhóm ISB nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Nhận thấy tổng lượng morphin sau 48 giờ phẫu thuật của nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên lượng thuốc sử dụng rất ít trung bình 48g của nhóm 1 là $23,0 \pm 5,0$, nhóm 2 là $18,7 \pm 2,5$, trung bình của cả 2 nhóm là $20,9 \pm 4,5$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu

của Sang Mook Lee¹¹. PCA duy trì được nồng độ opioid trong máu ổn định và tránh được các đỉnh cao nồng độ khi dùng các liều bolus tiêm ngắt quãng. Ước chế hô hấp là biến chứng nguy hiểm nhất khi sử dụng các opioid, có dẫn đến thiếu oxy não, tổn thương não không hồi phục, thậm chí là tử vong nếu không được theo dõi phát hiện và xử trí kịp thời vì vậy sử dụng càng ít opioid càng ít ảnh hưởng đến hô hấp cũng như tác dụng phụ mà opioid mang đến cho người bệnh như bí tiểu, bụng chướng, nôn, buồn nôn...

V. KẾT LUẬN

Phong bế chọn lọc thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách tiêu thụ fentanyl cao hơn nhóm phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang, thời gian yêu cầu liều morphin đầu tiên sớm hơn, tổng lượng morphin sử dụng, điểm VAS trung bình khi nghỉ và vận động cao hơn có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên lượng morphin sử dụng trong 48 giờ chỉ 23,0± 5,0 mg và điểm VAS trung bình đều < 4.

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. **Ergonenc T, Beyaz SG.** Effects of ultrasound-guided suprascapular nerve pulsed radiofrequency on chronic shoulder pain. *Med Ultrason*.
3. **Yean 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. **Zhai W, Wang X, Rong Y, Li M, Wang H.** Effects of a fixed low-dose ropivacaine with different volume and concentrations on interscalene brachial plexus block: a randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol*. 2016;16:80.
7. **Auyong DB, Yuan SC, Choi DS, Pahang JA, Slee AE, Hanson NA.** A Double-Blind Randomized Comparison of Continuous Interscalene, Supraclavicular, and Suprascapular Blocks for Total Shoulder Arthroplasty. *Reg Anesth Pain Med* 2017; 42: 302-9.
8. **Abdallah F W, Wijesundera DN, Brull R, Mocon A, Hussain N, et al.** Subomohyoid anterior suprascapular block versus interscalene block for arthroscopic shoulder surgery a multicenter randomized trial. *Anesthesiology* 2020; 132: 839-53.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI MẮC BỆNH THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Ngọc Bích^{1,2}, Đinh Gia Huệ³, Trịnh Thị Mai⁴, Lương Thị Hà⁴, Trần Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) của người mắc bệnh thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 122 người mắc bệnh thận mạn tính

(TMT) giai đoạn cuối, điều trị lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận – Tiết Niệu bệnh viện Giao thông vận tải năm 2022. CLCS được đánh giá bằng bộ công cụ SF36 (Kém: 0-25 điểm; Trung bình: 26-50; Khá: 51-75; Tốt: 76 – 100). **Kết quả:** Điểm số chất lượng cuộc sống theo SF36 của người bệnh TMT đạt 51,8 ± 23,7 (trên tổng điểm 100). Điểm trung bình sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần lần lượt là 44,4 ± 26,2 và 59,3 ± 24,1. 16,4% NB có CLCS kém; 35,2% NB có CLCS trung bình; 22,2% NB có CLCS khá; 26,2% NB có CLCS tốt. **Kết luận:** Điểm CLCS theo SF36 của người bệnh TMT được lọc máu chu kỳ ở mức trung bình (51,8 ± 23,7 trên tổng số 100 điểm), trong đó điểm trung bình sức khỏe thể chất thấp hơn sức khỏe tâm thần (44,4 ± 26,2 với 59,3 ± 24,1). Trong thực hành chăm sóc cần thường xuyên đánh giá CLCS của người bệnh lọc máu chu kỳ để kịp thời tư vấn, GDSK và có những can thiệp phù hợp nâng cao CLCS của người

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

³Hội Điều dưỡng Việt Nam

⁴Bệnh viện Giao thông Vận tải Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Bích

Email: bich.hn99@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023