

phần nâng cao chất lượng sử dụng thuốc tại bệnh viện, bao gồm: bổ sung các thuốc kháng sinh đường uống sinh khả dụng cao để có thể thay thế kháng sinh đường tiêm.

Để việc sử dụng thuốc được hoàn thiện hơn, Bệnh viện có thể xem xét bổ sung kháng sinh ciprofloxacin đường uống để có thể thay thế, xuống thang cho một số thuốc kháng sinh dùng đường tiêm - truyền đang được sử dụng tại Bệnh viện như: ciprofloxacin, cefotaxim, ceftriaxon, ceftazidim, cefepime, gentamicin, tobramycin. Bên cạnh đó, Bệnh viện cần xây dựng danh mục kháng sinh chuyển từ đường tiêm/truyền sang đường uống tại bệnh viện, căn cứ theo "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", ban hành kèm theo Quyết định 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 21/2013/TT-BYT, "Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện".
2. Bộ Y tế (2020), Quyết định số 5631/QĐ-BYT, Quyết định về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn

thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện".

3. Nguyễn Thị Thanh Hương, Đoàn Văn Giang (2020), "Phân tích danh mục thuốc kháng sinh sử dụng tại Trung tâm Y tế huyện An Phú, tỉnh An Giang năm 2018", Tạp chí Dược học, Tập 60, số 4 (2020), tr.15-18.
4. Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Xuân Trung (2019), "Phân tích danh mục thuốc kháng sinh sử dụng tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2017", Tạp chí Dược học, Tập 59, số 4 (2019), tr. 84-87.
5. Phạm Văn Trường, Đỗ Thị Bích Diệp, Nguyễn Thị Thu Phương, Trương Đình Phong (2021), "Thực trạng sử dụng kháng sinh cephalosporin trong điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Thủy Nguyên, Hải Phòng, năm 2019", Tạp chí Y học dự phòng, Tập 31, số 5 - 2021, tr. 32-38.
6. Bortone, B., Jackson, C., Hsia, Y., Bielicki, J., Magrini, N., & Sharland, M. (2021), High global consumption of potentially inappropriate fixed dose combination antibiotics: Analysis of data from 75 countries. Plos one, 16(1), e0241899]
7. Peter Zarb Ann Versporten, Isabelle Caniaux, Marie-Francoise Gros, Nico Drapier, Mark Miller, và các cộng sự (2018), "Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey".

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT KHỚP VAI BẰNG GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG

Phạm Quang Minh*, Vũ Hoàng Phương*

TÓM TẮT

Thực hiện các biện pháp giảm đau sau phẫu thuật khớp vai có ý nghĩa lớn trong thực hành lâm sàng. Các phương pháp giảm đau sau mổ đều có ưu điểm và nhược điểm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm **mục tiêu:** so sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật khớp vai của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang tiêm một lần hoặc truyền liên tục dưới hướng dẫn siêu âm. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên được tiến hành tại BV Việt Đức từ 3 – 8/2021. 61 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm. **Kết quả:** các chỉ số nhân trắc, ASA, loại phẫu thuật giữa 2 nhóm không có sự khác biệt. Điểm VAS lúc nghỉ trung bình của 2 nhóm đều dưới 4 tại các thời điểm nghiên cứu, điểm VAS nhóm truyền liên tục (nhóm I) thấp hơn nhóm tiêm một lần (nhóm II) tại thời điểm nghiên cứu từ T16 đến T48, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm VAS trung bình khi vận động của các bệnh nhân ở nhóm I thấp hơn nhóm II từ thời điểm T12 đến T72,

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** điểm VAS khi nghỉ và vận động của nhóm truyền liên tục thấp hơn so với nhóm tiêm một lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê từ giờ thứ 12 sau phẫu thuật. Các tác dụng không mong muốn thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Từ khóa: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay, siêu âm, giảm đau, Ropivacain.

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PAIN RELIEF AFTER SHOULDER JOINT SURGERY BY INTERSCALENE BRACHIAL PLEXUS BLOCK

Applying pain relief methods after shoulder surgery has great value in clinical practice. All analgesia techniques have advantages and also disadvantages. We conduct research to compare the effectiveness of pain relief after shoulder joint surgery by interscalene brachial plexus block under ultrasound guidance with single shot or continuous infusion. Prospective, randomized clinical trial study will be conducted at Viet Duc Hospital from 3 to 8/2021. 61 patients, divided into 2 groups. **Results:** anthropometric indices, ASA, type of surgery between the 2 groups did not have any difference. The average resting VAS score of both groups was below 4 at all the time points of the study, the VAS score of the continuous infusion group (group

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchuc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 22.4.2022

I) was lower than that of the single shot group (group II) at the time points of the study from T16 to T48, difference was statistically significant with $p < 0,05$. The average moving VAS score of the group I was lower than in group II from the time point T12 to T72, the difference was statistically significant with $p < 0,05$. **Conclusion:** VAS scores at rest or movement were lower in the continuous infusion group than in the single injection group, the difference was statistically significant from the 12th hour after surgery. Some side effects were low and no difference between the 2 groups.

Keywords: brachial plexus block, ultrasound, analgesia, ropivacain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các phẫu thuật vùng chi trên thì phẫu thuật khớp vai là loại phẫu thuật gây đau sau mổ nghiêm trọng, nhu cầu opioid có thể tương tự như nhu cầu sau cắt dạ dày hoặc phẫu thuật lồng ngực[1]. Nằm trong chiến lược giảm đau đa phương thức, các nghiên cứu cho thấy các biện pháp gây tê vùng vừa mang lại hiệu quả cao lại ít tác dụng không mong muốn hơn so với sử dụng opioid đơn thuần[2]. Hiện nay, gây tê đám rối cánh tay đường liên cơ bậc thang vẫn là phương pháp giảm đau hiệu quả nhất trong phẫu thuật vai[3]. Phương pháp tiêm 1 lần cho thấy hiệu quả giảm đau tốt trong 24 giờ đầu, kĩ thuật an toàn và tỉ lệ biến chứng thấp nhưng có những lo ngại liên quan đến cơn đau bùng phát (rebound pain) và hiệu quả kiểm soát cơn đau không đầy đủ sau 24 giờ[3]. Phương pháp luồn cathete vào đám rối thần kinh cánh tay giúp duy trì giảm đau dài hơn, hiệu quả hơn nhưng có thể xuất hiện các tác dụng không mong muốn như yếu cơ hay tê bì cánh tay. Ở Việt Nam chúng tôi chưa thấy đề tài nào nghiên cứu về hiệu quả giảm đau sau mổ khớp vai của phương pháp truyền liên tục thuốc tê qua catheter ĐRTKCT đường liên cơ bậc thang vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật khớp vai bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang tiêm một lần hoặc truyền liên tục dưới hướng dẫn của siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật khớp vai. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Gây mê 2- Trung tâm gây mê hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 3/2021 đến tháng 8/2021.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tuổi ≥ 18 tuổi, ASA I-II, Đồng ý thực hiện thủ thuật và hợp tác với thầy thuốc.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** tiền sử rối loạn tâm

thần, khó khăn trong giao tiếp. Bệnh nhân có chống chỉ định của gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân. Đau mạn tính thường xuyên phải sử dụng thuốc giảm đau.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: công thức tính cỡ mẫu dựa trên công thức kiểm định sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình. Với 61 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu được rút thăm ngẫu nhiên chia thành 2 nhóm.

- Nhóm I: truyền liên tục thuốc tê qua cathete

- Nhóm II: tiêm một lần thuốc tê

2.2.3. Tiến hành

Phương tiện nghiên cứu: Máy theo dõi đa thông số: điện tim, huyết áp, nhịp thở, SpO₂. Máy siêu âm có đầu dò linear tần số 5 – 12 MHz. Thuốc gây tê: Anaropin 0,5%(Ropivacaine 5mg/ml). Thang điểm đau nhìn hình đồng dạng (VAS) của Astra – Zeneca.

Tiến hành: Tất cả BN đều được gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang trước khi gây mê. Hướng đầu kim gây tê Touhy vào giữa rãnh thần kinh C5-C6.

***Nhóm I:** luồn catheter qua kim gây tê vào sao cho quan sát rõ đầu catheter dưới màn hình máy siêu âm, sau đó tiêm 10ml ropivacain 0,5%.

***Nhóm II:** tiêm 1 liều thuốc tê 10ml ropivacain 0,5% qua kim Touhy

Đánh giá hiệu quả gây tê: sau khi gây tê đánh giá cảm giác, vận động. Những bệnh nhân không tê đủ loại khỏi nghiên cứu.

Quy trình gây mê

- Khởi mê: Fentanyl 2 mcg/kg, Propofol 2 – 3 mg/kg, Rocuronium 0,6 - 0,8 mg/kg

- Duy trì mê: Sevofluran. Nhắc lại thuốc giảm đau 25mcg/lần fentanyl mỗi khi huyết áp hoặc tần số tim tăng hơn 20% so với nền của bệnh nhân và giãn cơ theo thời gian phẫu thuật.

- Thoát mê: sau phẫu thuật, bệnh nhân được chuyển về phòng hồi tỉnh. Tiêm thuốc dự phòng nôn. Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi tại phòng hồi tỉnh. Rút ống nội khí quản khi có đủ tiêu chuẩn.

Giảm đau sau mổ. Khi điểm VAS ≥ 4 tiến hành dùng thuốc giảm đau

Nhóm I: bolus 10 ml ropivacain 0,2 % đến khi điểm VAS < 4 thì tiến hành chạy liên tục ropivacain 0,1% với thông số máy:

+ Liều nền: 4 ml/h

+ Bolus: 2 ml

+ Thời gian khóa 20 phút

+ Liều tối đa: 24ml/4h

Nhóm II: chuẩn độ bằng morphin đến khi điểm VAS < 4 thì tiến hành chạy PCA theo thông số máy

- + Liều bolus: 1mg (1ml)
- + Thời gian khóa: 10 phút
- + Liều tối đa: 20mg/4h

Tại bệnh phòng: Các bệnh nhân sau khi được chuẩn độ tại phòng hồi tỉnh ổn định chuyển về khoa tiếp tục theo dõi theo các tiêu chí nghiên cứu đã đề ra. Bệnh nhân được truyền 1g paracetamol mỗi 12 giờ trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật. Bệnh nhân ở nhóm I nếu vẫn còn

đau nhiều thì được dùng thêm 5mg morphin tiêm dưới da mỗi 6 giờ.

Đánh giá điểm đau VAS nghỉ ngơi và VAS vận động theo thang điểm từ 0 đến 10 theo thời gian: T2, T4, T6, T8, T12, T16, T20, T24, T36, T48, T72 tương ứng với thời gian sau phẫu thuật: 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 16 giờ, 20 giờ, 24 giờ, 36 giờ, 48 giờ, 72 giờ sau phẫu thuật.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

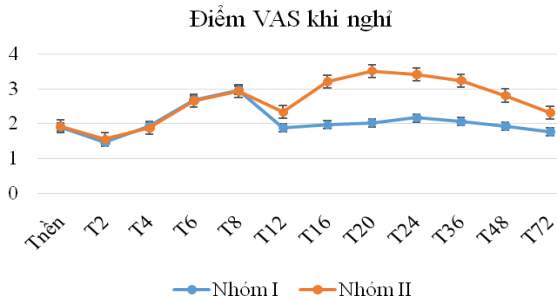
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phân bố		Nhóm	Nhóm I (n=30)	Nhóm II (n=31)	P
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$		49,95 ± 10,07	50,56 ± 9,03	> 0,05
	Min-Max		26 - 71	20 - 73	
Giới: Nam/Nữ			14/16	14/17	
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$		22,09 ± 2,09	22,45 ± 2,34	
	Min-Max		17,63 - 25,4	17,78 - 26,91	
ASA: I/II			17/13	19/12	

Nhận xét: Tuổi trung bình, giới, BMI, ASA của 2 nhóm tương đương nhau. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.2. Đánh giá đau giữa 2 nhóm

3.2.1. Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi



Biểu đồ 3.1. Điểm VAS khi nghỉ ngơi

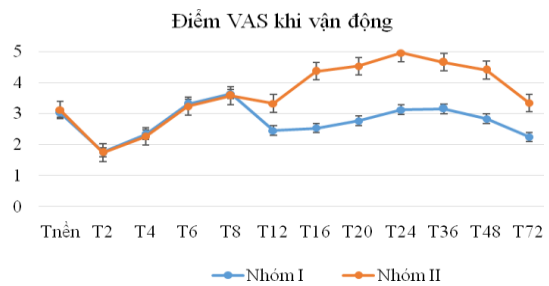
Nhận xét: điểm VAS khi nghỉ của 2 nhóm đều <4 tại các thời điểm nghiên cứu, trong đó điểm VAS của các bệnh nhân ở nhóm I thấp hơn ở nhóm II vào các thời điểm từ T16 đến T48 có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

3.2.2. Điểm VAS khi vận động chi trên

Bảng 3.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm	Nhóm I n1 (%)	Nhóm II n2 (%)	P
Buồn nôn và/hoặc nôn	Độ 0	28 (93,3%)	23 (74,2%)	<0,05
	Độ I, II	2 (6,7%)	8 (25,8%)	
Khản tiếng		1	0	>0,05
Ngứa		2 (6,7%)	3 (9,7%)	>0,05
Tê bì sau 24 giờ		5 (16,6%)	0	<0,05

Bảng 3.12. Điểm VAS khi vận động



Biểu đồ 3.2. Điểm VAS khi vận động

Nhận xét: Điểm VAS trung bình khi vận động của của các bệnh nhân ở nhóm I thấp hơn các bệnh nhân ở nhóm II từ thời điểm T12 đến T72, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Trong đó các bệnh nhân ở nhóm II có điểm VAS vận động >4 tại các thời điểm T16 đến T48.

3.3. Một số tác dụng không mong muốn

Ức chế vận động sau 24 giờ	ĐỘ 0	28(93,3%)	31(100%)	>0,05
	ĐỘ I	2(6,7%)	0(0%)	

Nhận xét: nhóm 1 có tỷ lệ tê bì nhiều hơn nhóm 2, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ khàn tiếng, ức chế vận động nhiều hơn, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các tác dụng phụ khác không có sự khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy các bệnh nhân có đặc điểm nhân trắc, ASA và loại phẫu thuật tương tự nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này hạn chế được tối đa các yếu tố nhiễu trong việc đánh giá đau cũng như các tác dụng không mong muốn.

4.1. Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi. Điểm VAS trung bình khi nghỉ ngơi ở cả 2 nhóm đều nhỏ hơn 4 ở mọi thời điểm nghiên cứu. Như vậy sau mổ 100% các bệnh nhân hầu như cảm thấy ít đau khi ở trạng thái nghỉ ngơi. Điều này chứng tỏ cả 2 phương pháp đều mang lại kết quả giảm đau tốt cho bệnh nhân. Tuy nhiên các bệnh nhân ở nhóm I có điểm đau thấp hơn các bệnh nhân ở nhóm II tại các thời điểm sau phẫu thuật T16, T20, T24, T36, T48 có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nghiên cứu của tác giả J. Sabesan [4] cho điểm đau VAS nhóm truyền liên tục tại các thời điểm T12, T16, T20, T24, T48 cao hơn kết quả của chúng tôi. Điểm đau VAS trung bình cao hơn có thể giải thích là do loại phẫu thuật. Chúng tôi lấy tất cả các bệnh nhân phẫu thuật khớp vai kể cả nội soi, trong khi các tác giả khác chỉ lấy bệnh nhân phẫu thuật thay khớp vai hoặc phẫu thuật chóp xoay có mức độ đau cao hơn. Tuy nhiên các nghiên cứu đều có đặc điểm chung là đau sau phẫu thuật khớp vai thường có cường độ cao nhất trong vòng 24 giờ (ngày thứ nhất) đầu sau phẫu thuật, bớt đi ở ngày thứ 2 và giảm nhiều hơn ở ngày thứ 3.

4.2. Điểm đau VAS khi vận động. Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm đau VAS vận động sau phẫu thuật giữa 2 nhóm là tương đương nhau tại các thời điểm T2, T4, T6, T8, T12 ($p > 0,05$). Từ thời điểm T12 đến T72 điểm VAS vận động ở nhóm I thấp hơn ở nhóm II có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình khi vận động của các bệnh nhân ở nhóm I đều dưới 4 tại các thời điểm sau phẫu thuật cho thấy hiệu quả giảm đau tốt của phương pháp truyền thuốc tê liên tục qua catheter. Các bệnh nhân ở nhóm II có điểm VAS vận động trung bình cao hơn 4 tại các thời điểm: T16 (4,36); T20 (4,52); T24 (4,95); T36 (4,65) và T48 (4,4). Kết quả này cũng tương tự các giả khác.

4.3. Các tác dụng không mong muốn. Chúng tôi tập trung vào các tác dụng tê bì, ức

chế vận động, khàn tiếng. Các tác dụng khác ít gặp và không nghiêm trọng.

Các bệnh nhân trong nhóm II các triệu chứng tê bì, ức chế vận động không còn sau 16 giờ sau khi gây tê, trong khi đó ở nhóm I có 5 bệnh nhân tê tay nhẹ, 2 bệnh nhân có mức ức chế vận động ở mức độ I theo thang điểm Bromange trong quá trình truyền liên tục thuốc tê để giảm đau sau mổ tuy nhiên các triệu chứng này đều nhẹ không làm bệnh nhân khó chịu nhiều và chúng tôi không phải tạm dừng truyền thuốc tê để xử lý vấn đề này. Tác giả Linda Le [5] khi so sánh 2 nhóm 50 bệnh nhân truyền liên tục thuốc tê ropivacain với nồng độ và thể tích khác nhau: nhóm I: nồng độ 0,2%, liều nền 8ml/giờ; nhóm II: nồng độ 0,4%, liều nền 4ml/giờ, cho kết quả tỷ lệ tê tay trên 2 nhóm là 33%(nhóm I) và 19%(nhóm II) qua đo tác giả nhận xét tăng thể tích thuốc tê truyền liên tục có liên quan đến tăng tỷ lệ triệu chứng tê bì, dị cảm ở bàn tay.

Liên quan đến yếu cơ, trong nghiên cứu của tác giả Shin [6] khi đánh giá chức năng vận động của bàn tay theo thang điểm MMT (Manual muscle test scores) (thang từ 0 điểm ứng với mất hoàn toàn sức nắm bàn tay; tối đa 5 điểm ứng với sức mạnh hoàn toàn đầy đủ) cho thấy điểm MMT trung bình ở 2 nhóm truyền thuốc tê liên tục và nhóm PCA morphin là như nhau đều $> 4,5$ điểm tại 24 giờ và 48 giờ sau phẫu thuật. Như vậy yếu cơ gặp tỷ lệ ít và không gây hậu quả nghiêm trọng. Tác giả Fredrickson [7] nghiên cứu trên 1505 bệnh nhân được truyền liên tục thuốc tê ropivacain 0,2% với liều nền 2ml/giờ. Kết quả cho thấy yếu vận động là 74 bệnh nhân (5%) trong đó chỉ có 2 bệnh nhân (0,1%) yếu vận động nhiều.

Tê bì, dị cảm, ức chế vận động ở tay bị gây tê gây phiền hà khó chịu cho bệnh nhân sau phẫu thuật, tuy nhiên với việc sử dụng thuốc tê ropivacain nồng độ thấp 0,1% ít gây ảnh hưởng đến chức năng vận động và thể tích chạy thuốc tê hợp lý (4ml/giờ, bolus 2ml/30phút) nên những tác dụng phụ của phương pháp giảm đau này đều ở mức độ nhẹ không gây khó chịu nhiều cho bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang truyền liên tục dưới

hướng dẫn của siêu âm cho phép giảm đau sau mổ tốt và kéo dài hơn so với tiêm một lần. Hiệu quả giảm đau có sự khác biệt rõ sau phẫu thuật 12h kể cả bệnh nhân nằm yên hay vận động, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phương pháp truyền liên tục làm tăng tỷ lệ tác dụng không mong muốn như khàn tiếng, tê bì và yếu cơ. Tuy nhiên các tác dụng phụ này không nặng nề và không để lại hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fredrickson MJ, K.S., Chen CY.**, Postoperative analgesia for shoulder surgery: a critical appraisal and review of current techniques. *Anaesthesia*, 2010; p. 608-624.
2. **Richman JM, L.S., Courpas G, et al.**, Does continuous peripheral nerve block provide superior pain control to opioids? A meta-analysis. *Anesth Analg*, 2006; p. 102(1):248-257.
3. **Davis JJ, S.J., Greis PE, Burks RT, Tashjian RZ.** and doi:10.1016/j.jclinane.2008.08.022, Interscalene block for postoperative analgesia using only ultrasound guidance: the outcome in 200 patients. *J Clin Anesth*, 2009; p. 21(4):272-277.
4. **Sabesan VJ, S.R., Petersen-Fitts GR, et al.**, A prospective randomized controlled trial to identify the optimal postoperative pain management in shoulder arthroplasty: liposomal bupivacaine versus continuous interscalene catheter. *J Shoulder Elbow Surg*, 2017; p. 26(10): 1810-1817.
5. **Le LT, Loland VJ, Mariano ER, et al.** Effects of Local Anesthetic Concentration and Dose on Continuous Interscalene Nerve Blocks: A Dual-Center, Randomized, Observer-Masked, Controlled Study. *Reg Anesth Pain Med*. 2008;33(6):518-525.
6. **Shin SW, Byeon GJ, Yoon JU, et al.** Effective analgesia with ultrasound-guided interscalene brachial plexus block for postoperative pain control after arthroscopic rotator cuff repair. *J Anesth*. 2014;28(1):64-69.
7. **Fredrickson MJ, Leightley P, Wong A, Chaddock M, Abeysekera A, Frampton C.** An analysis of 1505 consecutive patients receiving continuous interscalene analgesia at home: a multicentre prospective safety study. *Anaesthesia*. 2016;71(4):373-379.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÔNG MÁU ĐO BẰNG ROTEM Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN ĐƯỢC GHÉP GAN

Ngô Văn Thảo, Nguyễn Quốc Kính,
Phạm Thị Vân Anh, Đào Kim Dung, Lưu Quang Thủy(*)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số đông máu và các rối loạn đông máu trong phẫu thuật ghép gan. Bên cạnh đó, đánh giá mối tương quan giữa chỉ số đông máu cơ bản và các chỉ số của xét nghiệm ROTEM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 34 BN nhận gan. BN được lấy máu xét nghiệm ĐMCB và Rotem tại 6 thời điểm: Sau khởi mê (To); kết thúc giai đoạn phẫu tích (T1); kết thúc giai đoạn vô gan (T2); sau tái tưới máu (5 phút sau khi thả kẹp miệng nối tĩnh mạch) (T3); giai đoạn gan mới (T4), và ngày đầu tiên sau gan ghép (T5). Trong mổ, BN được truyền máu và các chế phẩm máu theo phác đồ gợi ý truyền máu của bệnh viện Việt Đức. Các kết quả xét nghiệm được đối chiếu với khoảng tham chiếu của labo xét nghiệm và được so sánh với thời điểm To. Các chỉ số xét nghiệm ĐMCB được phân tích tương quan với các chỉ số tương ứng trên ROTEM. **Kết quả:** Rối loạn đông máu dạng giảm đông rất thường gặp ở BN nhận gan, đặc biệt là ở giai đoạn tái tưới máu (APTT kéo dài gấp ở 76,5%, giảm fibrinogen gấp 79,4% và giảm tiểu cầu gấp ở 91.2%

BN) và giai đoạn gan mới (PT kéo dài gấp ở 35.3%). Tuy nhiên, tình trạng đông máu có xu hướng trở về bình thường vào ngày đầu sau ghép. Có mối tương quan chặt giữa các chỉ số ĐMCB và chỉ số ROTEM: PT với CT- EXTEM (r: 0,394); aPTT với CT- INTEM (r: 0,61); Số lượng tiểu cầu với A10 – EXTEM (r: 0,819); nồng độ fibrinogen với MCF - EXTEM (r: 0,631). **Kết luận:** BN nhận gan thường gặp rối loạn giảm đông trong giai đoạn tái tưới máu và giai đoạn gan mới. Các xét nghiệm ROTEM có mối tương quan tốt với các chỉ số xét nghiệm ĐMCB, có thể giúp quyết định điều trị sớm hơn.

Từ khóa: Ghép gan, rối loạn đông máu, ROTEM, truyền máu.

SUMMARY

EVALUATE THE CHANGES OF SOME COAGULATION INDEXES IN ROTEM TEST FOR LIVER TRANSPLANTATION

Objectives: To evaluate the changes of some coagulation indexes and the coagulation disorders in liver transplant surgery as well as the correlation between the basic coagulation indexes and the ROTEM values. **Methods:** Descriptive study on 34 patients getting liver transplantation. The patient had coagulation blood test and ROTEM test at 6 time points: After induction stage of anesthesia (To); the end of the dissection phase (T1); the end of the anhepatic (no liver) phase (T2); after reperfusion (5 min after release of the venous anastomosis) (T3);

(*)Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Thảo

Email: ngovanthao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022