

thuật ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^0$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^0$. Theo nghiên cứu của một số tác giả, người Âu Mỹ da trắng có cấu trúc mũi: xương chính mũi phát triển, sống mũi cao và gọn, da mũi mỏng và sụn mũi dày, hay có quá phát xương và sụn gây gồ sống mũi. Góc van mũi trong khoảng $10-15^0$ [5]. Người châu Á da vàng có cấu trúc mũi: xương chính mũi kém phát triển, sống mũi thấp và to bè, da mũi dày nhưng sụn mũi mỏng, ít có gồ sống mũi. Góc van mũi trong lớn hơn và trong khoảng $21,6 \pm 4,5^0$ [6].

Góc van mũi trong đo được của nhóm nghiên cứu nhỏ hơn trị số trung bình ở người châu Á bình thường, nhưng lại lớn hơn trị số trung bình của người da trắng bình thường.

❖**Các tổn thương xương hàm mặt kết hợp:** Trên phim chụp CLVT hàm mặt, bên cạnh gãy cũ xương mũi (100%) thì tổn thương hay gặp nhất là vỡ xương vách ngăn với 27 BN, chiếm 67,5%, tiếp đến là vỡ xương ổ mắt và vỡ xương xoang với tỉ lệ lần lượt là 30% và 17,5%.

Tác giả Tiffany T. Pham và cộng sự (2019) khi phân tích dữ liệu chấn thương quốc gia của Hoa Kỳ từ năm 2015 tới năm 2017 nhận thấy: gãy xương kín chiếm 90,5% số ca gãy xương mũi, trong đó tai nạn xe cơ giới là nguyên nhân phổ biến nhất (27,5%). Các tổn thương đi kèm bao gồm chấn thương sọ não (56,9%), gãy xương hàm và cằm (27,9%), vết thương hở ở mặt (38,6%) và mũi (9,5%) [7].

Như vậy gãy xương mũi ít khi xảy ra đơn độc mà thường có tổn thương hàm mặt hoặc sọ não kết hợp kèm theo.

V. KẾT LUẬN

- Vẹo tháp mũi dạng I hay gặp nhất, chiếm 87,5%.

- Góc α đo được trên CLVT trung bình là $17,52 \pm 7,37^0$.

- Góc van mũi trong trung bình trước phẫu thuật ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^0$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^0$.

- Tổn thương kết hợp hay gặp nhất là vỡ xương vách ngăn, chiếm 67,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bailey B. J.** (1993). Head and Neck Surgery, Lippincott company, Philadelphia.
2. **Hung T., Chang W., Vlantis A. C., et al.** (2007). Patient satisfaction after closed reduction of nasal fractures. Arch Facial Plast Surg, 9(1): 40-3.
3. **Jang Y. J., Wang J. H., Lee B. J.** (2008). Classification of the deviated nose and its treatment. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 134(3): 311-5.
4. **Jang Y. J.** (2014). Deviated Nose. Rhinoplasty and Septoplasty, Koonja: 437-86.
5. **Rhee J. S., Weaver E. M., Park S. S., et al.** (2010). Clinical consensus statement: Diagnosis and management of nasal valve compromise. Otolaryngol Head Neck Surg, 143(1): 48-59.
6. **Suh M. W., Jin H. R., Kim J. H.** (2008). Computed tomography versus nasal endoscopy for the measurement of the internal nasal valve angle in Asians. Acta Otolaryngol, 128(6): 675-9.
7. **Pham TT, Lester E, Grigorian A, Roditi RE, Nahmias JT.** National Analysis of Risk Factors for Nasal Fractures and Associated Injuries in Trauma. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2019 Sep;12(3):221-227. doi: 10.1055/s-0039-1677724. Epub 2019 Jan 22. PMID: 31428247; PMCID: PMC6697477.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ KHOANG MẠC CHẬU LIÊN TỤC BẰNG BUPIVACAIN SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG

Nguyễn Trung Kiên¹, Nguyễn Tiến Đức²,
Nguyễn Quang Huy¹, Lê Sỹ Tiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng không mong muốn của gây tê khoang mạc chậu liên tục bằng bupivacain sau phẫu thuật thay khớp háng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu phân tích 71 bệnh nhân

được phẫu thuật thay khớp háng, được giảm đau sau mổ bằng gây tê khoang mạc chậu từ 01/03/2021 đến 31/03/2022. **Kết quả:** Nhịp thở và SpO₂ tại các thời điểm sau phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$) so với thời điểm trước phẫu thuật. 32,4% bệnh nhân có dị cảm. Liệt vận động xuất hiện ở 12,7% bệnh nhân nhưng đa số là Bromage 1. Sức cơ tứ đầu đùi giảm nhiều ở thời điểm T5 và hồi phục ở thời điểm T6. Không gặp bệnh nhân nào có dấu hiệu ngộ độc thuốc tê. **Kết luận:** Gây tê khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm sử dụng bupivacain sau phẫu thuật thay khớp háng là kỹ thuật an toàn, các tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, thoáng qua.

Từ khóa: thay khớp háng, gây tê khoang mạc chậu, tác dụng không mong muốn.

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Quận 11 - Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sỹ Tiến

Email: lesytien1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

SUMMARY**TO ASSESSMENT THE UNWANTED EFFECTS OF FASCIA ILIAC COMPARTMENT BLOCK BY CONTINUOUS INFUSION WITH BUPIVACAINE AFTER HIP REPLACEMENT**

Objective: To assess adverse effects of fascia iliac compartment block by continuous infusion bupivacaine after hip replacement. **Methods:** A prospective descriptive study analyzed 71 patients who underwent hip replacement surgery and received postoperative pain relief through fascia iliaca compartment block from March 1, 2021, to March 31, 2022. **Results:** Respiratory rate and SpO₂ were significant statistical difference between times before and after surgery. 32.4% patients had paraesthesia, 12.7% patients were paralytic and most of them were Bromage 1. Strength of quadricep decreased in T5 time and recovered in T6 time. There was no signs of local anesthetic systemic toxicity occurred. **Conclusions:** Fascia iliac compartment block under guided by ultrasound with bupivacaine after hip replacement surgery was safe and unwanted effects were low and transient. **Keywords:** Hip replacement, fascia iliac compartment block, unwanted effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng (TKH) bán phần hoặc toàn phần đã trở nên rất phổ biến tại các bệnh viện trong cả nước, kiểm soát tốt đau sau phẫu thuật góp phần tăng cường hồi phục sau mổ. Gây tê khoang mạc chậu dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật đơn giản, hiệu quả giảm đau tốt, tránh được các tác dụng không mong muốn của opioid đường tĩnh mạch hoặc biến chứng của gây tê ngoài màng cứng như nhiễm khuẩn, yếu cơ chi dưới... Nghiên cứu phân tích cộng gộp từ năm 2018 của Steenberg J và cộng sự về tác dụng của phong bế khoang mạc chậu ở bệnh nhân gây xương hông cho thấy rất ít tác dụng phụ. Tỷ lệ tử vong tại chỗ tiêm là biến chứng thường gặp với tỷ lệ 1,7%. Các biến chứng nghiêm trọng hơn gồm thủng bàng quang đã được mô tả trong các báo cáo trường hợp riêng lẻ nhưng cực kỳ hiếm. Có rất ít tài liệu về tỷ lệ biến chứng liên quan cụ thể đến kỹ thuật phong bế khoang mạc chậu tiếp cận trên nếp lằn bẹn.

Về bản chất, gây tê (phong bế) khoang mạc chậu là phong bế đám rối thắt lưng phía trước trong đó thuốc tê được tiêm sâu vào mạc chậu với mục đích phong bế dây thần kinh đùi, dây thần kinh đùi bì ngoài và có thể cả thần kinh bịt. Vì vậy, phong bế khoang mạc chậu chủ yếu cung cấp giảm đau cho phẫu thuật khớp háng và xương đùi. Gây tê khoang mạc chậu được Dalens và cộng sự mô tả năm 1989 nhưng vẫn chưa có nhiều nghiên cứu ở Việt Nam về tác dụng không mong muốn. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện

nhằm mục tiêu: *Đánh giá tác dụng không mong muốn của gây tê khoang mạc chậu liên tục bằng bupivacaine sau phẫu thuật thay khớp háng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 71 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng dưới gây tê tuỷ sống tại Bệnh viện Quận 11, thành phố Hồ Chí Minh từ 01/03/2021 đến 31/03/2022, được giảm đau sau mổ bằng gây tê khoang mạc chậu liên tục dưới hướng dẫn siêu âm.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Trên 18 tuổi.
+ Người bệnh và thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Phân loại ASA 1 đến ASA 3.

+ Không có tiền sử thiếu hụt chức năng thần kinh trước đây.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có chống chỉ định gây tê vùng: dị ứng với thuốc tê, nhiễm trùng tại chỗ chọc kim, rối loạn đông máu hoặc đang điều trị bằng các thuốc chống đông.

+ Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bẹn cùng bên hoặc bất thường về thần kinh cơ cùng bên, thoát vị bẹn.

+ Bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc giảm đau kéo dài trên 30 ngày.

+ Bệnh nhân có rối loạn nhận thức, không thể đánh giá mức độ đau.

+ BMI \geq 35.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới, phân độ ASA, bệnh lý kết hợp, phân loại bệnh khớp háng.

+ Nhịp tim (lần/phút) tại các thời điểm T0, T1, T2, T3, T4, T5, T6.

+ Huyết áp tâm thu (HATT) (mmHg) tại các thời điểm T0, T1, T2, T3, T4, T5, T6.

+ Nhịp thở (lần/phút) tại các thời điểm T0, T1, T2, T3, T4, T5, T6.

+ Chỉ số SPO₂ tại các thời điểm T0, T1, T2, T3, T4, T5, T6.

+ Biến chứng liên quan đến kỹ thuật và thuốc tê: Dị cảm, Liệt vận động theo phân độ Bromage.

+ Biến chứng liên quan dùng opioid.

+ Sức cơ tứ đầu đùi.

- Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 bằng các thuật toán phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1: Đặc điểm chung

Chi tiêu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Dưới 40	9	12,7
40-59	19	26,8
60-80	38	53,3
Trên 80	5	7,2
Giới tính: nam/nữ	30/71	42,3/57,7
Bệnh lý nền		
Tăng huyết áp	30	42,3
Đái tháo đường	13	18,3
Bệnh tim mạch	5	7
Bệnh hô hấp	5	7
Rối loạn nhận thức	1	1,4
Bệnh lý khác	12	16,9
Phân loại ASA		
ASA I	19	26,8
ASA II	47	66,2
ASA III	5	7
Bệnh lý khớp háng		
Gãy cổ xương đùi	42	59,2
Hoại tử chỏm xương đùi	22	31,0
Hoại tử khớp háng	2	2,8
Thoái hóa khớp háng	5	7,0

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân là nữ, chiếm 57,7%. Tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 bệnh lý đi kèm phổ biến nhất, chiếm tỉ lệ lần lượt là 42,3% và 18,3%. Đa số các trường hợp có phân loại ASA II (47), chiếm tỉ lệ 66,2%. Gãy cổ xương đùi chiếm tỉ lệ cao nhất, kể đến là hoại tử chỏm xương đùi.

3.2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của gây tê khoang mạc chậu liên tục bằng bupivacain

Bảng 3.2. Nhịp tim (lần/phút) theo thời gian

Thời điểm	$\bar{X} \pm SD$	Giá trị min - max	Giá trị p (so với T0)
T0	84,3 ± 13	53 - 121	(x)
T1	82,7 ± 13,2	58 - 113	0,13
T2	84,4 ± 12,8	57 - 116	0,93
T3	83,9 ± 11,6	58 - 112	0,73
T4	84,3 ± 9,8	60 - 100	0,99
T5	83,7 ± 10	66 - 110	0,7
T6	82,4 ± 7,9	68 - 100	0,19

Kiểm định T-test

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có nhịp tim trung bình trong khoảng 82 - 85 lần/phút

Nhịp tim tại các thời điểm sau phẫu thuật không khác biệt ($p > 0,05$) so với thời điểm trước phẫu thuật.

Bảng 3.3. HATT (mmHg) theo thời gian

Thời điểm	$\bar{X} \pm SD$	Giá trị min - max	Giá trị p (so với T0)
T0	141,5 ± 16,4	110 - 180	(x)
T1	124,4 ± 17	95 - 160	< 0,001
T2	122 ± 14,7	95 - 160	< 0,001
T3	125,1 ± 14,1	90 - 160	< 0,001
T4	124,7 ± 14,81	100 - 160	< 0,001
T5	123,9 ± 12,3	100 - 160	< 0,001
T6	123,6 ± 10,9	100 - 160	< 0,001

Kiểm định T-test

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có HATT ít dao động trong suốt thời gian sau phẫu thuật và đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với thời điểm T0.

Bảng 3.4. Nhịp thở (lần/phút) theo thời gian

Thời điểm	$\bar{X} \pm SD$	Giá trị min - max	Giá trị p (so với T0)
T0	17,5 ± 1,7	14 - 20	(x)
T1	17,7 ± 1,5	14 - 20	0,44
T2	17,9 ± 1,4	16 - 20	0,09
T3	17,6 ± 1,4	16 - 20	0,77
T4	17,9 ± 1,4	16 - 20	0,13
T5	17,7 ± 1,5	16 - 20	0,4
T6	17,8 ± 1,6	14 - 20	0,23

Kiểm định T-test

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có nhịp thở trung bình ổn định trong khoảng 17 - 18 lần/phút. Nhịp thở tại các thời điểm sau phẫu thuật không khác biệt ($p > 0,05$) so với thời điểm trước phẫu thuật.

Bảng 3.5. Chỉ số SpO₂ (%) theo thời gian

Thời điểm	$\bar{X} \pm SD$	Giá trị min - max	Giá trị p (so với T0)
T0	98,1 ± 1,3	94 - 100	(x)
T1	98,2 ± 0,9	96 - 100	0,68
T2	98 ± 1,1	95 - 100	0,84
T3	97,9 ± 1	95 - 100	0,3
T4	97,9 ± 1	95 - 100	0,21
T5	97,8 ± 0,9	95 - 100	0,16
T6	98 ± 0,9	95 - 99	0,46

Kiểm định T-test

Nhận xét: Chỉ số SpO₂ tại các thời điểm sau phẫu thuật không khác biệt ($p > 0,05$) so với thời điểm trước phẫu thuật.

Bảng 3.6. Biến chứng liên quan đến kỹ thuật và thuốc tê

Biến cố	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Dị cảm khi chọc kim	23	32,4
Liệt vận động	Bromage 1	8
	Bromage 2	1

Nhận xét: 32,4% bệnh nhân có dị cảm khi chọc kim. Liệt vận động xuất hiện 12,7% bệnh nhân nhưng đa số là Bromage 1. Không ghi nhận

dấu hiệu ngộ độc thuốc tê toàn thân

Bảng 3.7. Biến chứng liên quan đến opioid

Biến cố	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)	
Buồn nôn, nôn	Nhẹ	2	2,8
	Vừa	0	0
	Nặng	1	1,4

Nhận xét: 4,2% trường hợp có buồn nôn, nôn

Bảng 3.8. Sức cơ tứ đầu đùi

Sức cơ TĐĐ	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)	Tổng (%)	
T5	3/5	15	21,1	100
	4/5	42	59,2	
	5/5	14	19,7	
Trung bình 4 ± 0,6				
T6	3/5	0	0	100
	4/5	45	63,4	
	5/5	26	36,6	
Trung bình 4,4 ± 0,5				

Nhận xét: Sức cơ tứ đầu đùi giảm ở thời điểm 48 giờ sau phẫu thuật (T5) và hồi phục sau khi rút catheter FICB 24 giờ (T6 – 72 giờ sau phẫu thuật).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Theo kết quả bảng 1 cho thấy nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình 62,2 ± 15,3 tuổi, thấp nhất là 20 và cao nhất là 92 tuổi. Độ tuổi này tương đương với nghiên cứu của tác giả Kamil Bober [1] (tuổi trung bình 62,9). Tỷ lệ nữ chiếm 57,7% tương tự kết quả của Trịnh Tấn Thìn [2], Yanhui Ma [3] và Kumaran Rasappan [4]. Nam gặp nhiều hơn nữ có thể có liên quan đến công việc nặng do đó khớp háng chịu lực tác động lớn hơn trong các trường hợp thoái hóa khớp háng. Ngoài ra, thói quen uống rượu bia khi tham gia giao thông cũng làm tăng khả năng tiêu chỏm xương đùi hoặc gãy cổ xương đùi do tai nạn.

Tỉ lệ bệnh nhân có ít nhất 01 tiền căn bệnh lý nội khoa trong nhóm nghiên cứu là 56,3%. Các bệnh lý nền thường gặp nhất là tăng huyết áp 42,3%, đái tháo đường 18,3%. Tất cả các bệnh lý nội khoa đều được điều trị ổn định trước khi phẫu thuật. Dựa vào tiền căn bệnh lý nội khoa kết hợp với thói quen hút thuốc lá, uống rượu thường xuyên, chỉ số BMI... chúng tôi tiến hành phân loại ASA. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tỉ lệ phân loại ASA I, II, III lần lượt là 26,8%, 66,2% và 7%. Chỉ số ASA có khác biệt rất lớn giữa các nghiên cứu. Điều này phụ thuộc hoàn toàn vào tiêu chuẩn chọn bệnh của từng tác giả. Các nghiên cứu có tỉ lệ ASA II trội hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là của các tác giả Ashraf Abdelmawgoud (số bệnh nhân có

ASA I, II, III tương ứng là 3, 12, 4) [5].

Nhóm nghiên cứu có chẩn đoán gãy cổ xương đùi chiếm tỉ lệ cao nhất 59,2%, kể đến là hoại tử chỏm xương đùi với 31%. Kết quả của nghiên cứu khác với tác giả Kamil Bober có 97 – 98% bệnh nhân bị viêm xương khớp tiên phát [1].

4.2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của gây tê khoang mạc chậu liên tục bằng bupivacain. Giá trị trung bình của các chỉ số nhịp tim, nhịp thở, SpO₂ đều ổn định và nằm trong giới hạn bình thường tại tất cả các thời điểm khảo sát cũng như không có sự khác biệt giữa trước và sau phẫu thuật.

Chúng tôi ghi nhận HATT sau phẫu thuật thấp hơn trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê. Điều này do tác dụng giảm đau tốt nên giảm các yếu tố kích thích. Lượng máu mất trong phẫu thuật không lớn và bệnh nhân được truyền đủ dịch nên ảnh hưởng của mất máu lên HA sau mổ là không nhiều. Không ghi nhận trường hợp tụt HA nào trong thời kỳ sau mổ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ashraf Abdelmawgoud và Shaimaa F. Mostafa: các bệnh nhân nhóm FICB liên tục cũng có sự ổn định về nhịp tim và huyết áp trung bình trong tất cả các thời điểm sau phẫu thuật cũng như không ghi nhận trường hợp nhịp tim chậm hay tụt HA nào [5,6].

Ngộ độc thuốc tê (LAST) là mối quan tâm hàng đầu của các nhà gây mê trong gây tê vùng. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào đột ngột thay đổi tri giác, nhịp tim hay HA trong suốt quá trình nghiên cứu. 32,4% bệnh nhân có dị cảm nhưng tất cả đều tập trung ở vùng đùi, không xuất hiện dị cảm quanh miệng. Mặt khác, liều bupivacain mà chúng tôi sử dụng trong 24 giờ thấp hơn ngưỡng an toàn cho phép là 175mg. Về mặt kỹ thuật, như đã trình bày ở trên, FICB có vị trí tiếp cận nằm xa các mạch máu lớn nên khả năng tiêm thuốc tê trực tiếp vào mạch máu rất thấp. Hơn nữa trong quá trình thực hiện, chúng tôi luôn kiểm tra bằng cách hút ngược để đảm bảo catheter không nằm trong mạch máu. Từ những dữ kiện trên, có thể kết luận không có biến chứng ngộ độc thuốc tê trên 71 bệnh nhân FICB liên tục trong nghiên cứu này. Kết quả này phù hợp với các tác giả Trịnh Tấn Thìn [2], Ashraf Abdelmawgoud [5]. Tất cả đều khẳng định không có trường hợp ngộ độc thuốc tê trong nghiên cứu của mình.

Dị cảm xuất hiện ở 32,4% trường hợp nhưng tất cả chỉ là tê nhẹ mặt trước hoặc mặt ngoài đùi khi chọc kim, là triệu chứng có thể gặp trong FICB. Liệt vận động chỉ được ghi nhận trên

12,7% bệnh nhân nhưng đa số ở mức độ nhẹ với Bromage 1 điểm. Tác giả Trịnh Tấn Thìn không ghi nhận trường hợp dị cảm hay ngã khi thực hiện FICB liên tục cho 30 bệnh nhân [2]. Trong khi đó, có 2 bệnh nhân yếu vận động và 1 bệnh nhân gặp vấn đề về cử động trong nhóm 33 FICB liên tục của tác giả Kumaran Rasappan [4]. Tóm lại, liệt vận động chỉ xuất hiện số ít trường hợp và thường ở mức độ nhẹ.

Do chỉ có 6 bệnh nhân phải dùng thêm tramadol giải cứu trong đó đa số dùng liều tổng 100mg nên các tác dụng không mong muốn liên quan đến tramadol cũng ít gặp. Chúng tôi không ghi nhận có trường hợp thay đổi tri giác, ngứa, suy hô hấp, thay đổi nhận thức. Trong nhóm nghiên cứu chỉ có 3 trường hợp nôn hoặc buồn nôn chiếm tỉ lệ 4,2%. Các dấu hiệu này không kèm theo dấu hiệu vị kim loại ở miệng, tê môi hoặc thay đổi ý thức.

Tỉ lệ tác dụng không mong muốn phụ thuộc vào lượng opioid dùng thêm trong các nghiên cứu. Tỉ lệ bệnh nhân có nôn hoặc buồn nôn của các tác giả nước ngoài như sau: Ashraf Abdelmawgoud có 3 trường hợp (tỉ lệ 15%) [5], Shaimaa F. Mostafa có 3 trường hợp (10%) [6] và cao nhất là tác giả Yanhui Ma với tỉ lệ lên đến 25% [3]. Tác giả Yanhui Ma sử dụng duy nhất fentanyl phối hợp với FICB liên tục để giảm đau nên tỉ lệ tác dụng phụ cao tuy nhiên không xuất hiện tình trạng suy hô hấp hay an thần quá mức. Theo tác giả Shaimaa F. Mostafa [6] ghi nhận tình trạng an thần nhẹ ở giai đoạn đầu sau mổ do cả 2 đều sử dụng phương pháp vô cảm là gây mê tổng quát. Trái lại, tác giả Hongling Nie không ghi nhận trường hợp nôn, buồn nôn hay ngứa nào trong nhóm FICB liên tục [7]. Từ đó có thể thấy rằng gây tê khoang mạc chậu liên tục nếu được phối hợp thêm với thuốc giảm đau toàn thân sẽ đạt hiệu quả rất tốt, giảm liều opioid giải cứu xuống rất thấp, qua đó làm giảm tác dụng phụ của opioid đến mức tối thiểu.

Một nhược điểm khác của FICB liên tục là làm yếu cơ tứ đầu đùi, có thể gây hạn chế vận động chi thể góp phần vật lý trị liệu sau phẫu thuật tùy theo nồng độ thuốc tê sử dụng. Chúng tôi đánh giá sức cơ tứ đầu đùi tại 2 thời điểm: 48 giờ sau mổ (lúc bắt đầu tập vật lý trị liệu) và 72 giờ sau mổ (24 giờ sau rút catheter FICB). Tại thời điểm 48 giờ có 80,3% bệnh nhân có yếu cơ nhưng đa số ở mức độ nhẹ (sức cơ 4/5), sức cơ trung bình đạt $4 \pm 0,6$. Tại thời điểm 72 giờ, tỉ lệ yếu cơ giảm còn 63,4% (tất cả đều ở mức 4/5), sức cơ trung bình tăng lên $4,4 \pm 0,6$. Kết quả

này tương tự như nghiên cứu của tác giả Trịnh Tấn Thìn: sức cơ tứ đầu đùi tại thời điểm 48 giờ là $4,1 \pm 0,48$ [2]. Một nghiên cứu hồi cứu của tác giả Jamie-Lee Metesky cho thấy nhóm single FICB chỉ có 5% bệnh nhân có thể bước đi (sau khi chuyển khoa ngoại 2 giờ) so với 89,5% của nhóm chứng [8].

V. KẾT LUẬN

Gây tê khoang mạc chậu liên tục bằng bupivacain sau phẫu thuật thay khớp háng là kỹ thuật an toàn, các tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, thoáng qua. Dị cảm khi chọc kim gặp 32,4%. Không gặp trường hợp nào ngộ độc thuốc tê. Ức chế vận động xuất hiện ở 14,7% trường hợp, đa số ở mức Bromage 1 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kamil Bober, Allen Kadado, Michael Charters, et al.** (2020). Pain Control After Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial Determining Efficacy of Fascia Iliaca Compartment Blocks in the Immediate Postoperative Period. *The Journal of Arthroplasty*; 241-245.
2. **Trịnh Tấn Thìn, Lê Văn Chung** (2020). Đánh giá hiệu quả gây tê khoang cân chậu liên tục giảm đau sau phẫu thuật gãy xương vùng háng. *Y Học Tp Hồ Chí Minh*, 24(3): 205-210.
3. **Yanhui Ma, Jie Wu, Jixiu Xue, et al.** (2018). Ultrasound-guided continuous fascia iliaca compartment block for pre-operative pain control in very elderly patients with hip fracture: A randomized controlled trial. *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE*, 16: 1944-1952.
4. **Kumaran Rasappan, Ivan Tjun Huat Chua, John Boon Lim Tey, et al.** (2020). The continuous infusion fascia iliaca compartment block: a safe and effective analgesic modality in geriatric hip fracture patients. *Orthopaedic and Trauma Surgery*.
5. **Ashraf Abdelmawgoud, Samaa Rashwan** (2012). The analgesic efficacy of continuous fascia iliaca block vs. continuous psoas compartment block after hip surgery: A comparative study. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 28: 183-187.
6. **Shaimaa F. Mostafa, Gehan M. Eid, Rehab S. Elkalla** (2018). Patient-controlled fascia iliaca compartment block versus fentanyl patient-controlled intravenous analgesia in patients undergoing femur fracture surgery. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 34: 9-13.
7. **Nie H., Yang Y. X., Wang Y., et al.** (2015). effects of continuous fascia iliaca compartment blocks for postoperative analgesia in patients with hip fracture. *Pain Res Manag*, 20(4): 210-212.
8. **Jamie-Lee Metesky, Junping Chen, Meg Rosenblatt** (2019). Enhanced recovery after surgery pathway: The use of fascia iliaca blocks causes delayed ambulation after total hip arthroplasty. *World J Anesthesiol*, 8(2): 13-18.

NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH ĐA TẦNG BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Trịnh Vũ Nghĩa¹, Lâm Văn Nút¹

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa tầng (THĐMCDMTĐT) bằng can thiệp nội mạch. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu giả thực nghiệm không nhóm chứng theo kiểu trước và sau can thiệp trên 70 bệnh nhân THĐMCDMTĐT được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tái thông hoàn toàn tổn thương giúp cải thiện huyết động tốt hơn. Tỷ lệ Neutrophil/Lymphocyte cao (>3.5) và không sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước tái thông mạch làm tăng tỷ lệ tử vong/cắt cụt chi chu phẫu. Sử dụng mở hỗ trợ giúp rút ngắn thời gian lành vết thương. Vết thương không lành và triệu chứng Rutherford giai đoạn 6 làm tăng tỷ lệ cắt cụt chi. Suy thận mạn và tuổi trên 75 làm tăng nguy cơ tử vong 2 năm của bệnh nhân. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả trong điều trị THĐMCDMTĐT. Mức độ tái thông tổn thương, tỷ lệ Neutrophil/Lymphocyte, sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu, sử dụng mở hỗ trợ, tình trạng vết thương, suy thận mạn và tuổi cao là những yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING THE TREATMENT OUTCOMES OF MULTILEVEL CHRONIC LOWER LIMB ARTERY STENOSIS AND OCCLUSION USING ENDOVASCULAR INTERVENTION

Objective: To evaluate the factors affecting the treatment outcomes of multilevel chronic lower limb artery occlusion (MLCLAO) by endovascular intervention. **Methods:** Non-controlled before-and-after interventional study on 70 MLCLAO patients treated at Cho Ray Hospital. **Results:** Complete lesion revascularization led to better hemodynamic improvement. High Neutrophil/Lymphocyte ratio (>3.5) and not using antiplatelet drugs before revascularization increased the perioperative mortality/amputation rate. Use of open surgical support shortened wound healing time. Non-healing wounds and Rutherford stage 6 symptoms increased the amputation rate. Chronic kidney disease and age over 75 increased the patient's 2-year mortality risk. **Conclusion:** Endovascular intervention is an effective treatment for MLCLAO. The extent of lesion revascularization, Neutrophil/Lymphocyte ratio, use of antiplatelet drugs, use of open surgical support, wound status, chronic kidney disease, and advanced age are factors that may affect treatment outcomes.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa tầng là giai đoạn tiến triển của bệnh lý động mạch chi dưới với sự xuất hiện cùng lúc của tổn thương trên nhiều tầng giải phẫu. Những trường hợp tắc hẹp ĐM chi dưới mạn tính đa tầng (THĐMCDMTĐT) này thường tới viện vào giai đoạn muộn của bệnh nên phương pháp điều trị phức tạp và tiên lượng xấu hơn nhiều so với những trường hợp chỉ tắc 1 tầng. Việc tái thông mạch đối với tất cả các tổn thương đa tầng thường khó khăn và nhiều khi không thực hiện được do các tổn thương thường phức tạp, xuất hiện trên toàn bộ hệ thống động mạch chi dưới [1]. Trước đây các tổn thương phức tạp, đa tầng thường được tái thông bằng phương pháp mở thì hiện nay đã được thay thế dần bằng các phương pháp ít xâm lấn như can thiệp nội mạch [2]. Tại Việt Nam, can thiệp nội mạch đã bắt đầu phát triển và chứng tỏ được vai trò chủ đạo trong tái thông mạch đối với bệnh tắc hẹp ĐM chi dưới mạn tính đa tầng. Các nghiên cứu về bệnh tắc hẹp ĐM chi dưới mạn tính đa tầng đã bắt đầu xuất hiện, tuy nhiên kết quả điều trị còn khác biệt giữa các trung tâm. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa tầng bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị THĐMCDMTĐT được điều trị tái thông mạch máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM trong thời gian từ tháng 12/2017 đến tháng 9/2019. Phân loại về tổn thương giải phẫu trên phim dựng hình CT mạch máu chi dưới có tắc hoặc hẹp từ 2 tầng trở lên trong 3 tầng chủ chậu, đùi khoeo và dưới gối theo phân loại TASC II [3]

Phương pháp nghiên cứu: chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu giả thực nghiệm không nhóm chứng theo kiểu trước và sau can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng
40-49	0	4	4
50-59	0	4	4
60-69	0	13	13