

- Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai năm 2012. Luận văn Thạc sĩ y học: Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Jan Walter et al** (2018). Healthcare-associated pneumonia in acute care hospitals in European Union/European Economic Area countries: an analysis of data from a point prevalence survey, 2011 to 2012. Euro Surveill. European Centre for Disease Prevention and Control. 2018;23(32):1700843.
6. **Frank A. Scannapieco, et al** (2012). Modest reduction in risk for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients receiving mechanical ventilation following topical oral chlorhexidine. Journal of Evidence Based Dental Practice, 12(2), 103-106.
7. **Rafael Zaragoza et al** (2020). Update of the treatment of nosocomial pneumonia in the ICU. Critical Care, 24, 1-13.

KẾT QUẢ KHÂU NỐI GÂN GẤP NGÓN TAY THÌ ĐẦU TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BÀN TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Mạnh Bảo¹, Trần Chiến¹, Nguyễn Việt Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả khâu nối gân gấp ngón tay thì đầu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu, theo dõi dọc, thực hiện trên 63 bệnh nhân có vết thương đứt gân gấp ngón tay được phẫu thuật khâu nối gân thì đầu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2024. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật tối thiểu 3 tháng theo tiêu chí Strickland. **Kết quả:** Nghiên cứu có 63 bệnh nhân, với 118 ngón tay bị đứt gân. Trong đó 81% là nam và 19% là nữ. Vùng II có tần suất bị thương cao nhất (chiếm 51,7% số ngón). Tất cả bệnh nhân đều liền vết mổ kỳ đầu. Không có bệnh nhân nào nhiễm trùng vết mổ. Có 1 bệnh nhân (chiếm 1,6%) bị đứt lại gân. Kết quả chung sau phẫu thuật theo Strickland: có 33,9% số ngón tay đạt kết quả tốt, 40,7% đạt khá, 20,3% đạt trung bình và 5,1% đạt kém. Các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực tới kết quả bao gồm: Tổn thương vùng II và vùng IV theo phân loại của Verdan, thời gian từ khi bị thương đến khi phẫu thuật trên 12 giờ, tổn thương gãy xương hoặc trật khớp kèm theo, tình trạng vết thương phần mềm nhảm nhẽ. **Kết luận:** Vết thương đứt gân gấp bàn tay được khâu nối sớm thì đầu bằng kỹ thuật bốn sợi trục cho kết quả tốt, đảm bảo mỗi nối vững chắc cho quá trình tập luyện sớm sau mổ. Vùng tổn thương, tổn thương phối hợp, tình trạng vết thương phần mềm là các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.

Từ khóa: Gân gấp; phẫu thuật bàn tay; sợi trục.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF PRIMARY FLEXOR TENDON REPAIR OF THE HAND AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of primary

flexor tendon repair of the hand at 108 Military Central Hospital and assess factors influencing the outcomes. **Subjects and methods:** This study conducted a retrospective and prospective descriptive analysis with a longitudinal follow-up of 63 patients with flexor tendon injuries who underwent tendon repair at 108 Military Central Hospital from January 2021 to March 2024. Outcomes were evaluated at least 3 months post-surgery using the Strickland criteria. **Results:** The study included 63 patients with 118 fingers having tendon injuries. Among these, 81% were male and 19% were female. The most frequently injured zone was Zone II, accounting for 51.7% of the fingers. All patients had primary wound closure, with no infections reported. One patient (1.6%) experienced tendon rupture after the initial surgery. Postoperative outcomes, assessed using the Strickland criteria, were as follows: 33.9% of fingers had excellent results, 40.7% had good results, 20.3% had fair results, and 5.1% had poor results. Negative factors affecting outcomes included injuries in Zones II and IV according to the Verdan classification, delays exceeding 12 hours between injury and surgery, accompanying fractures or dislocations, and the condition of the soft tissue wound. **Conclusion:** Early primary repair of flexor tendon injuries using a four-strand technique yields good results, ensuring a stable repair for early postoperative rehabilitation. Factors such as the injury zone, associated injuries, and the condition of the soft tissue wound significantly impact surgical outcomes. **Keywords:** Flexor tendons; hand surgery; core sutures.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong hầu hết các hoạt động sinh hoạt và lao động. Do đó các thương tổn ở bàn tay luôn được các chuyên gia y tế đặc biệt quan tâm. Mục tiêu điều trị là tạo mỗi nối chắc chắn, cho phép tập luyện chủ động sớm để gân trượt tốt, hạn chế hình thành bám dính và phục hồi chức năng chuyên động. Kết quả sau khi sửa chữa gân gấp đã được cải thiện đáng kể trong 60 năm qua với sự hiểu biết tốt hơn về giải phẫu, sinh học của gân và những tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật và

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

quy trình phục hồi chức năng[7]. Tuy nhiên vẫn còn những tranh cãi, các kỹ thuật khâu nối và trị liệu vẫn đang phát triển. Vì vậy, việc nghiên cứu, tổng kết các phác đồ xử trí vết thương gân gấp ngón tay để tìm ra sự thống nhất trong quản lý và các phương pháp tối ưu, đồng thời tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị là điều cần thiết. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả khâu nối gân gấp ngón tay thì đầu trong điều trị vết thương bàn tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108" nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả khâu nối gân gấp ngón tay thì đầu và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 63 bệnh nhân bị vết thương đứt gân gấp ngón tay được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2024, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Những bệnh nhân bị vết thương đứt gân gấp ngón tay được phẫu thuật khâu nối gân trong 24 giờ đầu tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đứt rời hoặc đứt gần rời các ngón tay; bệnh nhân có chỉ định ghép gân; bệnh nhân liệt, có dị tật ở bàn tay tổn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, theo dõi dọc. Thời gian nghiên cứu hồi cứu từ tháng 01/2021 - 08/2023, thời gian tiến cứu từ tháng 09/2023 - 03/2024.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới tính, nguyên nhân, bên tay tổn thương, ngón tổn thương, vùng tổn thương, tình trạng vết thương phần mềm, tổn thương phối hợp, thời gian từ khi bị thương đến khi phẫu thuật, biến chứng sau mổ, kết quả xa sau phẫu thuật.

- Phương pháp điều trị: Kỹ thuật nối gân thường được sử dụng là Double Kessler (bốn sợi trục). Chế độ tập luyện dựa theo quy trình tập vận động thụ động - chủ động một phần sớm từ ngày thứ 2 sau mổ.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật tối thiểu 3 tháng theo Strickland:

Tính biên độ hoạt động thực của ngón (%):

+ Đối với các ngón dài: tổng phạm vi chuyển động chủ động của khớp liên đốt gần và liên đốt xa so với tay bên lành hoặc 175°.

+ Đối với ngón cái: tổng phạm vi chuyển động của khớp liên đốt và khớp bàn ngón so với tay bên lành hoặc 140°.

+ Phân loại kết quả: Tốt (85-100%), Khá

(70-84%), Trung bình (50-69%), Kém (<50%).

***Xử lý và phân tích số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 25.0 theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu có 63 bệnh nhân, với 118 ngón tay bị đứt gân. Trong đó 81% là nam và 19% là nữ. Độ tuổi chủ yếu trong độ tuổi lao động (88,9%). Nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm tỷ lệ cao nhất (36 bệnh nhân chiếm 57,1%), tiếp đến là tai nạn sinh hoạt có 24 bệnh nhân (38,1%) và tai nạn giao thông có 3 bệnh nhân (4,8%). Vùng II có tần suất bị thương cao nhất (chiếm 51,7% số ngón). Vùng IV có tỷ lệ bị thương thấp nhất chiếm 3,4% số ngón. Tần suất tay trái gặp nhiều nhất 29/46 bệnh nhân (chiếm 52,4%), 29 bệnh nhân bị tổn thương bên tay phải (chiếm 46%) và chỉ có 1 bệnh nhân bị thương cả 2 tay (chiếm 1,6%). Ngón III có tần suất bị thương cao nhất chiếm 26,3%. Ngón I có tỷ lệ bị thương thấp nhất chiếm 11,9%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả gần và biến chứng dứt lại gân sau mổ:

- Tất cả vết mổ liền tốt kỳ đầu. Không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ.

- Có 1 bệnh nhân bị đứt lại gân ở 1 ngón tay sau mổ (chiếm 1,6% số bệnh nhân và 0,8% số ngón)

Bảng 1. Kết quả sau phẫu thuật tối thiểu 3 tháng theo tiêu chí Strickland

Kết quả phẫu thuật	Số ngón tay	Tỷ lệ (%)
Tốt	40	33,9
Khá	48	40,7
Trung bình	24	20,3
Kém	6	5,1
Tổng	118	100

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật cho thấy 33,9% ngón tay đạt kết quả tốt, 40,7% đạt khá, 20,3% đạt trung bình và 5,1% đạt kém.

Bảng 2. Liên quan giữa kết quả phẫu thuật và tình trạng vết thương phần mềm

Vết thương	Kết quả		Tổng	
	Tốt + Khá	Trung bình + Kém		
Sắc gợn	Số ngón	46	6	52
	Tỷ lệ (%)	88,5	11,5	100
Nham nhở	Số ngón	42	24	66
	Tỷ lệ (%)	63,6	36,4	100
Tổng	Số ngón	88	30	118
	Tỷ lệ (%)	74,6	25,4	100

Nhận xét: Các ngón tay có vết thương phần mềm sắc gợn có kết quả tốt và khá cao hơn so với các ngón tay có vết thương phần mềm nham

nhờ (88,5% so với 63,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả phẫu thuật và thời gian từ khi bị thương đến khi phẫu thuật

Thời gian		Kết quả		Tổng
		Tốt + Khá	Trung bình + Kém	
<12h	Số ngón	75	19	94
	Tỷ lệ (%)	79,8	20,2	100
12-24h	Số ngón	13	11	24
	Tỷ lệ (%)	54,2	45,8	100
Tổng	Số ngón	88	30	118
	Tỷ lệ (%)	74,6	25,4	100

Nhận xét: Tỷ lệ tốt và khá ở nhóm được phẫu thuật trước 12 giờ từ khi bị thương cao hơn so với nhóm được phẫu thuật sau 12 giờ (79,8% so với 54,2%) ($p < 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa kết quả phẫu thuật và vùng tổn thương

Vùng tổn thương		Kết quả		Tổng
		Tốt + Khá	Trung bình + Kém	
Vùng I	Số ngón	4	1	5
	Tỷ lệ (%)	80,0	20,0	100
Vùng II	Số ngón	41	20	61
	Tỷ lệ (%)	67,2	32,8	100
Vùng III	Số ngón	17	2	19
	Tỷ lệ (%)	89,5	10,5	100
Vùng IV	Số ngón	1	3	4
	Tỷ lệ (%)	25	75	100
Vùng V	Số ngón	25	4	29
	Tỷ lệ (%)	86,2	13,8	100
Tổng	Số ngón	88	30	118
	Tỷ lệ (%)	74,6	25,4	100

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật vùng II, IV kém hơn vùng I, III, V ($p < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan giữa kết quả phẫu thuật và tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp		Kết quả		Tổng
		Tốt + Khá	Trung bình + Kém	
Gãy xương, trật khớp	Số ngón	4	17	21
	Tỷ lệ (%)	19	81	100
Tổn thương mạch máu, thần kinh	Số ngón	23	3	26
	Tỷ lệ (%)	88,5	11,5	100
Gãy xương, trật khớp + Tổn thương mạch máu, thần kinh	Số ngón	0	4	4
	Tỷ lệ (%)	0	100	100
Không tổn thương phối hợp	Số ngón	61	6	67
	Tỷ lệ (%)	91	9	100

Tổng	Số ngón	88	30	118
	Tỷ lệ (%)	74,6	25,4	100

Nhận xét: Các ngón tay liên quan đến tổn thương xương khớp có kết quả kém hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là nam giới trong độ tuổi lao động phù hợp với các nghiên cứu trước đó [1] [4] [6]. Nam giới thường tham gia các công việc tiếp xúc với các vật dụng là nguyên nhân hàng đầu gây thương tích ở bàn tay như mảnh tôn, kính, máy cắt, máy cưa, dao,...

Tất cả 63 bệnh nhân trong nghiên cứu đều liền vết mổ kì đầu, không có bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn vết mổ. Kết quả này tương đương với kết quả của Nguyễn Anh Tú [2]. Theo Phạm Thị Thanh Hiền [3], có 5 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (7,7%). Ngoài các biện pháp đảm bảo vô trùng trong quy trình phẫu thuật, chúng tôi cho rằng cách tiếp cận với vết thương bàn tay rất quan trọng để hạn chế tối đa nguy cơ nhiễm trùng, bao gồm dùng kháng sinh sớm, tưới rửa vết thương bằng dung dịch sát khuẩn và nhiều nước muối sinh lý, cắt lọc tổ chức dập nát, loại bỏ dị vật tại vết thương.

Sau phẫu thuật tối thiểu 3 tháng, bệnh nhân được thăm khám và đánh giá kết quả theo tiêu chí Strickland cho thấy kết quả tốt và khá chiếm 74,6% số ngón tay (33,9% tốt và 40,7% khá), 20,3% số ngón tay có kết quả trung bình và 5,1% có kết quả kém. Theo Nguyễn Minh Dương (2016) đánh giá kết quả bước đầu nổi gân gấp bàn tay theo tiêu chí Strickland kết quả tốt chiếm 17,95%, khá chiếm 38,46%, trung bình chiếm 26,64% và có tới 17,95% trường hợp có kết quả kém [1]. Tác giả Vikrant Ranjan (2023) có kết quả tốt và khá chiếm 77,78%, kết quả trung bình chiếm 15,55% và kết quả kém 6,67% [6]. Nhìn chung kết quả được cải thiện theo trình tự thời gian chứng tỏ việc phát triển về phương pháp điều trị đang đi đúng hướng, có những cải thiện rõ rệt.

Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật ($p < 0,05$) bao gồm: Vùng tổn thương, thời gian từ khi bị thương đến khi phẫu thuật, tổn thương phối hợp, tình trạng vết thương phần mềm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các ngón vùng II và IV có kết quả kém hơn vùng I, III, V. Theo Qiyu Jia và cộng sự [4], chấn thương gân vùng II là yếu tố làm tăng nguy cơ dính gân. Vùng II là vùng có cấu trúc giải phẫu phức tạp, gồm 2 gân gấp nông và gân gấp sâu nằm trong một ống xương sợi hẹp, dễ dính. Vùng IV là vùng trong ống cổ tay, tổn thương gân vùng này

hiếm khi là đơn thuần mà thường kết hợp với tổn thương mạch máu thần kinh đi kèm, tổn thương các thành phần trong ống cổ tay làm tăng nguy cơ dính gân.

Về thời gian từ khi bị thương đến khi phẫu thuật, trong nhóm nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân được phẫu thuật sớm trước 12 giờ có kết quả điều trị tốt hơn so với những trường hợp phẫu thuật muộn. Theo Qiyu Jia và cộng sự[4], thời gian chờ từ khi bị thương đến khi phẫu thuật >12 giờ là yếu tố làm tăng nguy cơ dính gân. Tác giả giải thích điều này là do sự chậm trễ phẫu thuật gây ra tình trạng thiếu máu cục bộ kéo dài của gân, sự xâm lấn của mô viêm vào gân và các mô xung quanh, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và sự co rút của đầu gân đứt, dẫn đến tăng sức căng lên gân và tạo ra khoảng trống hình thành xung quanh gân. Những khoảng trống này đóng vai trò là nơi sinh sôi của các mô viêm, gây phù nề ở các đầu gân đứt và cuối cùng dẫn đến sự hình thành các vết dính trong giai đoạn nguyên bào sợi của quá trình lành gân.

Các bệnh nhân liên quan tới tổn thương gãy xương, trật khớp trong nghiên cứu có kết quả kém hơn. Theo Phạm Thị Thanh Hiền[3], những trường hợp có tổn thương xương phối hợp có kết quả điều trị kém hơn so với các trường hợp không có tổn thương xương phối hợp. Gãy xương thường xảy ra với cơ chế chấn thương lớn, tổ chức phần mềm và đầu gân tổn thương nhiều, làm tăng nguy cơ hình thành dính. Hơn nữa, bệnh nhân gãy xương thường đau nhiều hơn, tập luyện sau mổ kém hơn.

Các bệnh nhân vết thương phần mềm nham nhỡ có tỷ lệ kết quả trung bình và kém cao hơn các bệnh nhân vết thương sắc gọn. Phạm Thị Thanh Hiền[3] cũng cho kết luận tương tự. Nghiên cứu của Starnes và cộng sự[8] chỉ ra nhóm bệnh nhân có vết thương nham nhỡ do cưa cắt có tổng phạm vi chuyển động chủ động và thụ động của các ngón tay ít hơn đáng kể so với nhóm vết thương sắc gọn. Do các tổn thương đung dập, đè nát sẽ làm tổn thương nhiều vi mạch, gây thiếu máu cục bộ, ảnh hưởng đến dinh dưỡng nuôi gân làm chậm liền gân, làm tăng phù nề gân, dễ hình thành tổ chức xơ dính.

Trong nhóm nghiên cứu có 01 trường hợp đứt lại gân (chiếm 1,6% số bệnh nhân). Tương đương với kết quả của Zhang Jun Pan và cộng sự[5], tỷ lệ đứt gân ở nhóm phẫu thuật 4 hoặc 6 sợi trục với tập vận động chủ động sớm là 1,5%. Bệnh nhân đứt lại gân trong nghiên cứu của chúng tôi đã không tuân thủ hướng dẫn tập luyện sau mổ, bệnh nhân tháo nẹp vào tuần thứ 3 sau mổ và tập vận động quá mức làm căng

giãn và đứt mỗi nối. Chúng tôi cho rằng việc không tuân thủ chế độ tập luyện là nguyên nhân quan trọng dẫn đến biến chứng đứt lại gân. Do vậy, ngoài kỹ thuật khâu nối gân tốt, bệnh nhân cần được giải thích về tầm quan trọng của phục hồi chức năng sau mổ và được hướng dẫn cẩn thận trước khi về nhà.

V. KẾT LUẬN

Qua 63 bệnh nhân với 118 ngón tay được nối gân gấp thì đầu cho thấy: Tất cả bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, không có bệnh nhân nào nhiễm trùng vết mổ, biến chứng đứt lại gân có 1 bệnh nhân chiếm (1,6%). Kết quả xa (theo tiêu chí Strickland) có 33,9% ngón tay đạt tốt, 40,7% đạt khá, 20,3% đạt trung bình và 5,1% đạt kém.

Vết thương đứt gân gấp bàn tay nên được khâu nối sớm thì đầu bằng kỹ thuật bốn sợi trục cho kết quả tốt, đảm bảo mỗi nối vững chắc cho quá trình tập luyện sớm sau mổ. Tình trạng vết thương phần mềm nham nhỡ, tổn thương vùng II, IV (theo phân loại của Verdan), tổn thương gãy xương hoặc trật khớp kèm theo là các đặc điểm lâm sàng ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả mà bác sĩ lâm sàng cần lưu ý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Dương, Đào Thị Mỹ Hiền và Nguyễn Thị Tâm** (2016), "Kết quả bước đầu phẫu thuật nối gân gấp bàn tay tại bệnh viện thống nhất từ 2013-2015", Y Học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 20(6), tr. 61-65.
2. **Nguyễn Anh Tú** (2015), "Đánh giá kết quả điều trị vết thương đứt gân gấp ngón tay vùng II tại bệnh viện quân y 103", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Học viện Quân y.
3. **Phạm Thị Thanh Hiền, Nguyễn Vũ Hoàng & Nguyễn Thanh Tùng** (2022), "Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối kỳ đầu gân gấp vùng II trong điều trị vết thương bàn tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam. 508(2).
4. **Jia, Q. và các cộng sự.** (2023), "Risk factors associated with tendon adhesions after hand tendon repair", Front Surg. 10, tr. 1121892.
5. **Pan, Z. J. và các cộng sự.** (2020), "Outcomes of 200 digital flexor tendon repairs using updated protocols and 30 repairs using an old protocol: experience over 7 years", J Hand Surg Eur Vol. 45(1), tr. 56-63.
6. **Ranjan, V. và các cộng sự.** (2023), "The Outcomes of Flexor Tendon Injury Repair of the Hand: A Clinico-Epidemiological Study", Cureus. 15(1), tr. e33912.
7. **Sasor, S. E. và Chung, K. C.** (2023), "Surgical Considerations for Flexor Tendon Repair: Timing and Choice of Repair Technique and Rehabilitation", Hand Clin. 39(2), tr. 151-163.
8. **Starnes, T., Saunders, R. J. và Means, K. R., Jr.** (2012), "Clinical outcomes of zone II flexor tendon repair depending on mechanism of injury", J Hand Surg Am. 37(12), tr. 2532-40.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI CỦA LEVOBUPIVACAINE 0,375% PHỐI HỢP DEXAMETHASONE 4MG HOẶC 8MG TRONG GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Tô Thị Lan Hương¹, Nguyễn Đức Lam^{2,3},
Mai Trọng Hưng³, Nguyễn Công Hùng⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu có mục tiêu so sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lấy thai của Levobupivacaine 0,375% phối hợp Dexamethasone 4 mg hoặc Dexamethasone 8 mg trong gây tê cơ vuông thắt lưng (QLB) liều duy nhất dưới hướng dẫn siêu âm. Từ tháng 12/2023 đến tháng 04/2024, thiết kế tiến cứu can thiệp lâm sàng được thực hiện trên nhóm phụ nữ 18 - 50 tuổi, phân độ ASA II, cân nặng ≥ 50 kg, có đường mổ ngang trên vệ, và được gây tê tùy sống để phẫu thuật lấy thai với kỹ thuật QBL sau mổ lấy thai. Bệnh nhân được chia thành một nhóm được giảm đau sau mổ sử dụng QLB bằng Dexamethasone 4 mg phối hợp Levobupivacaine (LD4) và một nhóm được giảm đau sau mổ sử dụng QLB bằng Dexamethasone 8 mg phối hợp Levobupivacaine (LD8). Có xu hướng giảm tần số tim trung bình ở thời điểm H48 so với thời điểm H0 ở cả nhóm LD4 và nhóm LD8. Tần số tim trung bình giữa nhóm LD4 và nhóm LD8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm H12 và H18 ($p < 0,05$). Huyết áp trung bình có xu hướng giảm ở thời điểm H48 so với thời điểm H0 ở cả nhóm LD4 và nhóm LD8. Tần số tim trung bình giữa nhóm LD4 và nhóm LD8 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời điểm H12 và H18 ($p < 0,05$). Điểm đau VAS trung bình khi nghỉ ngơi và vận động có xu hướng giảm ở thời điểm sau phẫu thuật so với thời điểm H0 ở cả nhóm LD4 và nhóm LD8. Sự khác biệt về điểm VAS nghỉ ngơi và vận động ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lấy thai của QBL giữa nhóm Levobupivacaine 0,375% phối hợp Dexamethasone liều 4 mg với nhóm Levobupivacaine 0,375% phối hợp Dexamethasone liều 8 mg là tương đương nhau. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng và không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật.

Từ khóa: Gây tê cơ vuông thắt lưng; mổ lấy thai; Levobupivacaine; Dexamethasone.

SUMMARY

**EFFICACY OF A SINGLE DOSE OF 0.375%
LEVOBUPIVACAINE COMBINED WITH
EITHER 4 MG OR 8 MG OF DEXAMETHASONE
IN ULTRASOUND-GUIDED QUADRATUS**

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

⁴Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Tô Thị Lan Hương

Email: lanhuongyk2012@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

LUMBORUM BLOCK FOR POSTOPERATIVE ANALGESIA AFTER CESAREAN SECTION

This study aims to compare the postoperative analgesic efficacy of a single dose of 0.375% Levobupivacaine combined with either 4 mg or 8 mg of Dexamethasone in ultrasound-guided Quadratus Lumborum Block (QLB) for cesarean section. From December 2023 to April 2024, a prospective interventional clinical trial was conducted involving women aged 18-50 years, ASA II, weighing ≥ 50 kg, with a transverse abdominal incision, who underwent spinal anesthesia for cesarean section and received postoperative QLB. Patients were randomly assigned to receive postoperative analgesia either with QLB using 4 mg Dexamethasone combined with Levobupivacaine (LD4) or with QLB using 8 mg Dexamethasone combined with Levobupivacaine (LD8). There was a trend towards a decrease in the average heart rate at 48 hours (H48) compared to baseline (H0) in both the LD4 and LD8 groups. Statistically significant differences in average heart rate between the LD4 and LD8 groups were observed at 12 hours (H12) and 18 hours (H18) ($p < 0.05$). Additionally, there was a trend towards a decrease in average blood pressure at H48 compared to H0 in both groups. The average heart rate showed significant statistical differences between LD4 and LD8 groups at H12 and H18 ($p < 0.05$). There was a trend towards a reduction in average Visual Analog Scale (VAS) scores for both rest and movement at postoperative time points compared to H0 in both LD4 and LD8 groups. However, the differences in VAS scores for rest and movement between the two groups were not statistically significant ($p > 0.05$). The analgesic efficacy of 0.375% Levobupivacaine combined with 4 mg or 8 mg of Dexamethasone in postoperative ultrasound-guided QLB for cesarean section is comparable. All patients were satisfied with the analgesia and no postoperative complications were reported. **Keywords:** Quadratus Lumborum Block; Cesarean section; Levobupivacaine; Dexamethasone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê cơ vuông thắt lưng (QBL) được Blanco mô tả lần đầu tiên vào năm 2007 để giảm đau cho các phẫu thuật vùng bụng. Thủ thuật này có thể giảm đau thành bụng và đau tạng, áp dụng được cho người lớn, trẻ nhỏ, phụ nữ mang thai. Một số nghiên cứu sau đó chỉ ra rằng thuốc tê có thể lan từ T5 tới L1 và lan vào khoang cạnh sống do đó có thể dùng phương pháp này để giảm đau trong các phẫu thuật vùng bụng dưới và mổ lấy thai. Việc đặt catheter khi QBL hai bên