

và trong vòng 12 tiếng từ khi triệu chứng khởi phát (chiếm 62%).

- Yếu tố nguy cơ tim mạch chủ yếu là hút thuốc lá (chiếm 84%).

- Bệnh nhân được can thiệp chủ yếu qua đường động mạch quay (92%) với tỉ lệ 56% có sử dụng thủ thuật huyết khối. Phần lớn bệnh nhân có tổn thương 1 nhánh mạch vành, chủ yếu là nhánh động mạch liên thất trước (LAD).

- Sau can thiệp, hầu hết các nhánh mạch vành can thiệp có dòng chảy tốt TIMI 3 và 96% bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng và tất cả bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng khi ra viện.

- Trong quá trình theo dõi 3 tháng sau ra viện chỉ có 1 bệnh nhân (2%) suy tim tái nhập viện và 1 bệnh nhân (2%) tái can thiệp mạch vành. Các ca này đều có tình trạng suy tim nặng trước can thiệp, tổn thương ba thân mạch vành chưa tái thông toàn bộ các nhánh và dòng chảy không tối ưu sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô ĐK, Nguyễn HL, Trần TAT, Lê TT.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;503(2):84-89.

2. **Alexander T, Kumbhani DJ, Subban V, Sundar H, Nallamothu BK, Mulasari AS.** Acute ST-elevation myocardial infarction in the young compared with older patients in the Tamil Nadu STEMI Program. Heart Lung Circ. 2021;30(12):1876-1882.

3. **Belle L, Cayla G, Cottin Y, et al.** French Registry on Acute ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction 2015 (FAST-MI 2015): design and baseline data. Arch Cardiovasc Dis. 2017;110(6-7):366-378.

4. **Gao H, Wang Y, Shen A, Chen H, Li H.** Acute myocardial infarction in young men under 50 years of age: clinical characteristics, treatment, and long-term prognosis. Int J Gen Med. 2021;14:9321-9331.

5. **Gershlick AH, Khan JN, Kelly DJ, et al.** Randomized trial of complete versus lesion-only revascularization in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for STEMI and multivessel disease: the CvLPRIT trial. J Am Coll Cardiol. 2015;65(10):963-972.

6. **Gulati R, Behfar A, Narula J, et al.** Acute myocardial infarction in young individuals. Mayo Clin Proc. 2020;95(1):136-156.

7. **Sun Y, Xu J, He Z, Cheng X, Jiang T.** Clinical features of ST-segment elevation myocardial infarction in young Chinese patients. Cardiol J. 2023;30(4):627-635.

8. **Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al.** Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2022;145(8):e153-e639.

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VỀ HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG TRONG GIẢM ĐAU SAU MỔ Ở BỆNH NHÂN GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Vũ Tuấn Việt^{1,2}, Quách Minh Chính^{1,2}, Đặng Vũ Anh¹,
Ngô Lương Nghĩa¹, Lê Anh Tuấn¹, Phan Thùy Chi^{1,2},
Nguyễn Ngọc Quang^{1,2}, Lê Văn Thành^{1,3}, Đào Đức Dũng^{1,2},
Lê Văn Bình^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Kiểm soát đau hiệu quả sau ghép gan là điều cần thiết nhưng gặp nhiều thách thức do được động học thay đổi và tình trạng rối loạn đông máu thường gặp ở bệnh nhân sau ghép. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (Erector Spinae Plane: ESP) liên tục

trong kiểm soát đau sau mổ cho bệnh nhân ghép gan. Mười bốn bệnh nhân được thực hiện ghép gan tại bệnh viện Vinmec Times City (VMTC) giai đoạn tháng 01/2024 đến tháng 05/2025 được gây tê ESP hai bên với ropivacain truyền liên tục qua catheter. Điểm đau được ghi nhận khi nghỉ và khi vận động từ ngày hậu phẫu thứ 0 đến ngày thứ 3. Các thông số khác được theo dõi bao gồm nồng độ ropivacain trong huyết tương, các vấn đề kỹ thuật liên quan đến catheter, và mức độ hài lòng của người bệnh thông qua thang điểm QoR15. Điểm đau trung vị khi nghỉ duy trì ở mức rất thấp (0,5–0,8), trong khi điểm đau khi vận động đạt đỉnh vào ngày hậu phẫu thứ nhất (trung vị 2,0) và ổn định sau đó. Bảy bệnh nhân cần điều chỉnh phác đồ giảm đau (tăng nồng độ ropivacain hoặc rút ngắn khoảng cách liều). Chỉ 01 bệnh nhân phải sử dụng morphin liều cứu do tắc catheter. 13 bệnh nhân còn lại được xét nghiệm đều có nồng độ ropivacain trong

¹Bệnh viện Vinmec Times City

²Đại học VinUni, Trường khoa học sức khỏe

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Quách Minh Chính

Email: v.chinhqm@vinmec.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

máu dưới ngưỡng độc (trung bình $0,012 \pm 0,003$ mg/L). Mức độ hài lòng rất cao, với 50% bệnh nhân đạt điểm QR15 tối đa và điểm trung vị là 150 [IQR: 136–150]. Những kết quả này cho thấy gây tê ESP liên tục là một phương pháp giảm đau hậu phẫu hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân ghép gan, đồng thời là lựa chọn thay thế giá trị cho các kỹ thuật giảm đau thần kinh trung ương hoặc bằng opioid toàn thân.

Từ khóa: Ghép gan; Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống; Đau sau mổ; Gây tê vùng; Hài lòng người bệnh.

SUMMARY

INITIAL EVALUATION OF EFFICACY AND SAFETY OF ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK FOR POSTOPERATIVE ANALGESIA IN LIVER TRANSPLANT RECIPIENTS

Effective pain management after liver transplantation is essential but challenging due to altered pharmacokinetics and the presence of coagulopathy. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of continuous erector spinae plane (ESP) block for postoperative analgesia in liver transplant recipients. Fourteen patients undergoing liver transplantation received bilateral ESP blocks with ropivacaine administered via continuous infusion through catheters. Pain scores were recorded at rest and during movement from postoperative day (POD) 0 to POD3. Additional parameters included ropivacaine plasma concentrations, block-related technical issues, and patient satisfaction assessed by the QoR15 scale. Median pain scores at rest remained consistently low (0.5–0.8), while pain during movement peaked at POD1 (median 2.0) and stabilized thereafter. In seven cases, adjustments to the analgesic regimen were necessary, involving increased ropivacaine concentration or shortened dosing intervals. Only one patient required rescue morphine due to catheter malfunction. Ropivacaine plasma levels remained below toxicity thresholds in all 13 patients tested (mean 0.012 ± 0.003 mg/L). Patient satisfaction was high, with 50% of patients achieving a perfect QoR15 score and a median score of 150 [IQR: 136–150]. These findings suggest that continuous ESP block is an effective and safe method for postoperative pain control in liver transplant recipients, offering a valuable alternative to neuraxial or systemic opioid-based techniques. **Keywords:** Liver transplantation; Erector spinae plane block; Postoperative pain; Regional anesthesia; Patient satisfaction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phẫu thuật phức tạp với mức độ xâm lấn cao, thường kéo dài từ 8-12 giờ và để lại đau hậu phẫu nghiêm trọng do đường mổ bụng lớn và bóc tách nhiều tạng. Kiểm soát đau hiệu quả sau ghép gan không chỉ cải thiện chất lượng điều trị mà còn ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả lâm sàng, giúp giảm biến chứng hô hấp, rút ngắn thời gian nằm viện và tăng sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân.¹ Tuy nhiên, quản lý đau tối ưu cho nhóm bệnh nhân này vẫn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng hiện nay.

Tình trạng hiện tại của kiểm soát đau sau

ghép gan chủ yếu dựa vào các thuốc giảm đau toàn thân, trong đó opioid được sử dụng như thuốc chính. Tuy nhiên opioid gây ra các tác dụng phụ như ức chế hô hấp, buồn nôn, nôn, chậm nhu động ruột và nguy cơ phụ thuộc.² Paracetamol, mặc dù được coi là an toàn ở người bình thường, lại gây độc tính gan nghiêm trọng ở bệnh nhân có tổn thương gan, đặc biệt nguy hiểm trong giai đoạn hậu phẫu ghép gan khi chức năng gan mới chưa ổn định. Các thuốc chống viêm không steroid cũng bị hạn chế sử dụng do tăng nguy cơ chảy máu ở nhóm bệnh nhân thường có rối loạn đông máu.

Các phương pháp gây tê vùng truyền thống như gây tê ngoài màng cứng hay gây tê tủy sống, mặc dù có hiệu quả giảm đau tốt, nhưng thường bị chống chỉ định ở bệnh nhân ghép gan do bệnh nhân thường có biến loạn đông máu chu phẫu nghiêm trọng. Hầu hết bệnh nhân ghép gan đều có giảm tiểu cầu, rối loạn yếu tố đông máu và suy chức năng tổng hợp gan, làm tăng đáng kể nguy cơ tụ máu ngoài màng cứng, một biến chứng có thể gây tàn phế vĩnh viễn.

Trong những năm gần đây, gây tê mặt phẳng cơ dựng sống đã được phát triển như một kỹ thuật gây tê vùng mới với ưu điểm vượt trội về mặt an toàn. Kỹ thuật này được thực hiện ở vị trí xa các cấu trúc thần kinh trung ương và mạch máu lớn, do đó có nguy cơ biến chứng thấp hơn đáng kể so với các phương pháp gây tê trực thần kinh.³ Các nghiên cứu ban đầu trên thế giới đã chứng minh hiệu quả của kỹ thuật này trong nhiều loại phẫu thuật khác nhau, từ phẫu thuật ngực, bụng đến phẫu thuật cột sống.^{4,5} Tuy nhiên, việc ứng dụng cụ thể cho bệnh nhân ghép gan vẫn còn hạn chế và cần được nghiên cứu đánh giá một cách có hệ thống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau và tính an toàn của kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ dựng sống bằng catheter truyền liên tục so với phương pháp giảm đau thông thường ở bệnh nhân ghép gan, nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cho việc áp dụng rộng rãi kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu được tiến hành tại khoa Gây Mê Giảm Đau Bệnh viện Vinmec Times City, trong khoảng thời gian từ 01 / 2024 đến tháng 05 / 2025. Bệnh nhân được lựa chọn là bệnh nhân ghép gan, có khả năng hợp tác- giao tiếp. Nghiên cứu loại trừ các trường hợp không có khả năng hợp tác để đánh giá điểm đau, dị ứng với thuốc tê, từ chối tham gia vào nghiên cứu, hoặc không lấy đủ số liệu. Mục tiêu chính của nghiên

cứu là đánh giá hiệu quả và tính an toàn khi sử dụng liệu truyền lặp lại nhiều lần của thuốc tê qua catheter mặt phẳng cơ dựng sống.

Quy trình kỹ thuật ESP áp dụng tại VMTC. Hai catheter được đặt trước mổ tại phòng mổ sau khi bệnh nhân đã được gây mê tại khoang mặt phẳng cơ dựng sống mức T6 dưới hướng dẫn siêu âm. ESP catheter được sử dụng liên tục từ trong mổ cho đến sau mổ. Bệnh nhân được sử dụng ropivacain 0,2% truyền theo phác đồ sau: Bên phải autobolus 10–16 ml mỗi 6 giờ tùy theo chiều cao bệnh nhân. Bên trái: autobolus 8–12 ml mỗi 6 giờ. Sau mổ, ngoài catheter ESP, tất cả bệnh nhân được kiểm soát đau theo phác đồ giảm đau đa mô thức bao gồm:

- Paracetamol liều thấp (10 mg/kg mỗi 6 giờ)
 - Nefopam 100 mg/24h nếu không có chống chỉ định
 - Không sử dụng NSAIDs do lo ngại về nguy cơ chảy máu và độc tính trên thận
- Xử lý khi đau không kiểm soát được với quy trình thông thường
- Nếu điểm VAS ≥ 4 , nồng độ ropivacain tăng lên 0,3%
 - Nếu xuất hiện đau "cuối liều", khoảng cách giữa các lần autobolus giảm từ 6 giờ xuống 5 giờ
 - Nếu vẫn không hiệu quả, kiểm tra lại vị trí catheter
 - Nếu catheter không hiệu quả, mới sử dụng morphin liều cứu

Chỉ số nghiên cứu:

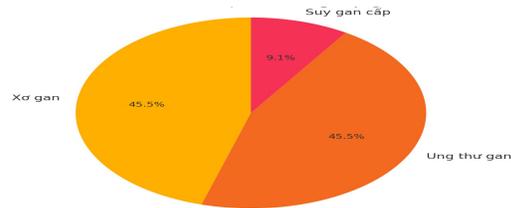
- Điểm đau VAS mỗi ngày trong 3 ngày đầu sau mổ (lúc nghỉ và lúc vận động)
- Tổng liều morphin sử dụng (nếu có)
- Mức độ hài lòng của bệnh nhân
- Nồng độ ropivacain huyết tương sau 48 giờ
- Biến chứng liên quan đến thuốc tê hoặc kỹ thuật gây tê

Phân tích số liệu: Các dữ liệu được tổng hợp và phân tích mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR). Việc xử lý được thực hiện bằng phần mềm SPSS 16.0

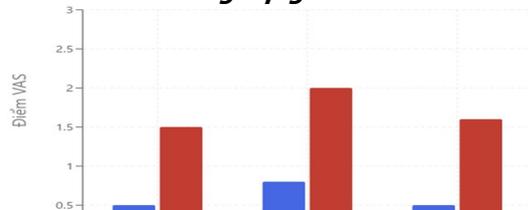
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2025 tại khoa Gây Mê Giảm Đau bệnh viện Vinmec Times City có 14 Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nhóm nghiên cứu. Các nhóm nguyên nhân dẫn đến ghép gan được trình bày trong biểu đồ 1.

Đau khi nghỉ duy trì ở mức rất thấp (0.5–0.8), không thay đổi đáng kể qua các ngày. Đau khi vận động cao hơn, đạt đỉnh vào ngày thứ 1 (2.0) rồi giảm dần về mức ổn định từ ngày thứ hai.



Biểu đồ 1: Nguyên nhân dẫn đến chỉ định ghép gan



Biểu đồ 2: Tình trạng đau hậu phẫu của bệnh nhân

Trong quá trình sử dụng ESP block, 4 bệnh nhân cần được tăng nồng độ ropivacain lên 0,3%, và 5 bệnh nhân cần rút ngắn khoảng cách liều xuống 5 giờ. Trong số này, 2 bệnh nhân cần đồng thời cả hai can thiệp. Ngoài ra, có 2 bệnh nhân cần kiểm tra lại catheter và 1 bệnh nhân phải đặt lại catheter do vị trí lệch khỏi vị trí ban đầu. Chỉ có 01 bệnh nhân duy nhất cần sử dụng morphin liều cứu.



Biểu đồ 3: Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm QoR 15

Điểm hài lòng QoR15 được ghi nhận ở mức cao, với 7/14 bệnh nhân (50%) đạt điểm tối đa (150 điểm). Trung vị điểm QoR15 là 150, và khoảng tứ phân vị là [136–150], phản ánh mức độ hài lòng cao và đồng đều của bệnh nhân về kiểm soát đau và chăm sóc sau mổ.

Về mặt an toàn, 13/14 bệnh nhân được định lượng nồng độ ropivacain trong huyết tương. Tất cả các trường hợp này đều có nồng độ dưới ngưỡng độc, với nồng độ trung bình (Cmean) là $0,012 \pm 0,003$ mg/L. Không có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu có các biến chứng như nhiễm trùng, tụ máu tại chỗ tiêm, hoặc tổn thương thần kinh.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng gây

tê mặt phẳng cơ dựng sống là một phương pháp giảm đau hiệu quả và an toàn trong giai đoạn hậu phẫu sớm cho bệnh nhân ghép gan. Mức độ đau khi nghỉ duy trì ở mức rất thấp (trung vị từ 0,5 đến 0,8), trong khi điểm đau khi vận động chỉ dao động quanh mức trung bình (1,5–2,0), không vượt ngưỡng để cần phải sử dụng thêm thuốc ở phần lớn các thời điểm.

Trong một nghiên cứu kéo dài 10 năm trên 685 bệnh nhân ghép gan, Hausken và cộng sự (2021) nhận thấy ngoài màng cứng đoạn ngực giúp giảm điểm đau trung bình trong 5 ngày đầu sau mổ (1,4 so với 1,8; $P = 0,008$).⁸ Assefi và cộng sự (2023) thực hiện một nghiên cứu trước-sau trên 210 bệnh nhân ghép gan, cho thấy nhóm được gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng có mức tiêu thụ morphin trong 48 giờ đầu sau mổ thấp hơn đáng kể (trung vị 50 mg so với 74 mg; $P < 0,001$).² De Pietri và cộng sự (2006) so sánh hiệu quả của morphin tủy sống với ngoài màng cứng ngực trong phẫu thuật cắt gan, cho thấy ITM có thời gian yêu cầu thuốc giảm đau đầu tiên ngắn hơn ($12 \pm 10,3$ giờ so với $25 \pm 18,5$ giờ; $P < 0,05$).⁵ Các kết quả này đều cho thấy, bệnh nhân sử dụng các phương án giảm đau bằng gây tê khác trong ghép gan đều có điểm đau trên ngưỡng cần phải sử dụng morphin trong thời gian điều trị. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có một bệnh nhân cần phải sử dụng morphin là bệnh nhân tắc catheter, cho thấy hiệu quả rõ ràng của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống trong phẫu thuật ghép gan.

Sự hài lòng của người bệnh (đánh giá qua thang điểm QoR15) với 7/ 14 bệnh nhân đạt 150/ 150 điểm, các bệnh nhân còn lại đều có QoR 15 trên 130. Cho thấy, chất lượng chung của điều trị và giảm đau nói riêng đều đạt được kì vọng của người bệnh.

Về mặt an toàn, dù không có biểu hiện của ngộ độc thuốc tê trên lâm sàng. Chúng tôi vẫn tiến hành định lượng nồng độ ropivacain trong huyết tương ở 13/14 bệnh nhân. Kết quả cho thấy tất cả đều nằm dưới ngưỡng độc tính, với nồng độ trung bình chỉ $0,012 \pm 0,003$ mg/L. Điều này cho thấy rằng ngay cả trong bối cảnh bệnh nhân suy gan – vốn có nguy cơ tích lũy thuốc tê – việc sử dụng ESP block với liều lặp lại vẫn an toàn về mặt huyết động và độc tính hệ thần kinh trung ương. Ngay kể cả ở những bệnh nhân cần tăng liều thuốc (0,3% so với 0,2%) và tăng tần suất sử dụng (mỗi 5h thay vì mỗi 6h) chúng tôi cũng không ghi nhận các có nồng độ thuốc tê trong máu cao hơn ngưỡng gây độc.

Một số điều chỉnh kỹ thuật được ghi nhận trong nghiên cứu như tăng nồng độ thuốc tê (4

bệnh nhân), rút ngắn khoảng cách liều (5 bệnh nhân), và kiểm tra lại/đặt lại catheter (3 bệnh nhân). Những điều chỉnh này đều nằm trong kiểm soát chủ động và không dẫn đến biến chứng nghiêm trọng. Nghiên cứu không ghi nhận được trường hợp nào có các biến chứng tụ máu, nhiễm trùng liên quan đến catheter.

Ưu điểm của nghiên cứu bao gồm việc theo dõi tiến triển đau chi tiết từng ngày, đánh giá trải nghiệm người bệnh thông qua điểm QoR15, và có định lượng nồng độ thuốc tê trong máu – điều hiếm gặp trong các nghiên cứu lâm sàng về ESP block. Ngoài ra, đây là một trong số rất ít nghiên cứu áp dụng ESP block liên tục bằng catheter trong bối cảnh ghép gan, giúp mở rộng phạm vi ứng dụng thực tiễn của kỹ thuật này.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu không có nhóm chứng nên chưa thể kết luận chính xác mức độ vượt trội của ESP block so với các kỹ thuật khác như gây tê ngoài màng cứng hay truyền opioid hệ thống. Thứ hai, cỡ mẫu tương đối nhỏ (14 bệnh nhân) và không đủ để phân tích sâu ảnh hưởng của từng nhóm bệnh lý nền. Ngoài ra, thời gian theo dõi ngắn (3 ngày hậu phẫu) chưa phản ánh được các vấn đề đau mạn tính hay biến chứng muộn liên quan đến catheter.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy bước đầu ESP block là một kỹ thuật khả thi, hiệu quả và an toàn trong kiểm soát đau sau ghép gan. Việc sử dụng catheter ESP cho phép điều chỉnh cá thể hóa liều thuốc tê theo đáp ứng lâm sàng mà vẫn đảm bảo nồng độ huyết tương trong ngưỡng an toàn. Đây có thể là lựa chọn phù hợp cho các trung tâm ghép gan, đặc biệt trong bối cảnh bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc chống chỉ định với tê ngoài màng cứng.

Hướng nghiên cứu tiếp theo có thể bao gồm thiết kế các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng so sánh ESP block với các phương pháp giảm đau truyền thống, mở rộng cỡ mẫu, và theo dõi dài hạn để đánh giá nguy cơ đau mạn tính và các biến chứng thần kinh muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Adelmann D, Arora H, Pennington MW, et al.** The use of bilateral continuous erector spinae plane blocks for postoperative analgesia after right-sided living donor hepatectomy: A feasibility study. *Clin Transplant.* 2021;35(9):e14413. doi:10.1111/ctr.14413. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34196437/>
- Assefi N, Sadeghi M, Mahdavi A, et al.** The effect of transversus abdominis plane block on postoperative analgesia in liver transplant recipients:

- A before-after study. *Transplant Proc.* 2023; 55(1): 82-86. doi:10.1016/j.transproceed. 2022.10.005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36650028/>
3. **Castellani Nicolini N, Belfiore J, Biancofiore G.** Multimodal Pain Management of Liver Transplantation: What Is New? *OBM Transplantation.* 2023;7(4): 198. doi:10.21926/obm.transplant.2304198. <https://www.lidsen.com/journals/transplantation/transplantation-07-04-198>
 4. **Clarke S, Feeley T, Devitt J, et al.** A retrospective comparison of epidural and intravenous analgesia in liver transplant donors. *Transplant Proc.* 2011;43(10):3727-3730. doi:10.1016/j.transproceed.2011.06.008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21384514/>
 5. **De Pietri L, Siniscalchi A, Reggiani A, et al.** Analgesia after liver resection: a prospective study comparing continuous epidural and intrathecal morphine. *J Clin Anesth.* 2006;18(8):540-545. doi:10.1016/j.jclinane.2006.03.005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16551916/>
 6. **Feltracco P, Carollo C, Barbieri S, et al.** Pain control after liver transplantation surgery. *Transplant Proc.* 2014;46(7): 2300-2307. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.07.023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25242774/>
 7. **Gao Y, Liu L, Cui Y, Zhang J, Wu X.** Postoperative analgesia efficacy of erector spinae plane block in adult abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:934866. doi:10.3389/fmed.2022.934866. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.934866/full>
 8. **Hausken J, Dahl V, Røsok BI, et al.** Thoracic epidural analgesia in liver transplantation: a 10-year cohort study. *Transpl Int.* 2021;34(4):674-684. doi:10.1111/tri.13856. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33437863/>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NẶNG Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đào Hữu Nam¹, Lê Thị Ngọc Thương²,
Tạ Quang Thành³, Phạm Văn Đếm^{2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh tay chân miệng nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, lấy số liệu hồi cứu: từ 01/07/2022 – 30/06/2024. Các trẻ có chẩn đoán bệnh tay chân miệng mức độ nặng Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Kết quả:** 113 trẻ mắc bệnh tay chân miệng, tỷ lệ nam/nữ là 2,1. Nhóm tuổi 12 – 35 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 77%, 100% trẻ có triệu chứng sốt, mụn nước tay chân, giật mình chiếm tỷ lệ 87,6%. Các triệu chứng ít gặp cơn ngưng thở, co giật, tím tái, huyết áp hạ. Cận lâm sàng số lượng bạch cầu nhập viện tăng nhẹ trung bình $13,1 \pm 4,3$ (G/L). Tỷ lệ EV71 (+) chiếm tỷ lệ cao 70,9% trên tổng số các bệnh nhân được làm xét nghiệm. Tỷ lệ PCR EV dương tính cao nhất ở trong phân (53,3%) và dịch họng 40% (14/35). Bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán ban đầu chủ yếu là tay chân miệng nhóm 2b nhóm 1 và 2b nhóm 2. Tỷ lệ chuyển tử độ tử độ 2b nhóm 1 lên 2b nhóm 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (10,6%). Điều trị bệnh nhân chân tay miệng chủ yếu dùng thuốc Phenobarbital uống (95,6%), phenobarbital tiêm 14,2

%, dùng IVIG 35,4%. Có 5,3% bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp. Đa số bệnh nhân khỏi chiếm 96,5%, tỷ lệ di chứng 3,5% không có trường hợp tử vong. Có 3,5% bệnh nhân di chứng liệt mềm, yếu chi. **Kết luận:** Tay chân miệng đa số gặp ở trẻ nam. Triệu chứng lâm sàng chính là sốt, mụn nước tay chân và giật mình. Tỷ lệ PCR EV 71(+) chiếm tỷ lệ cao trong mẫu bệnh phẩm phân và dịch họng. Phát hiện, chẩn đoán, can thiệp điều trị sớm làm giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong tay chân miệng ở trẻ, hạn chế để lại di chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. **Từ khóa:** bệnh tay chân miệng nặng, EV71, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF SEVERE HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, and treatment outcomes of severe hand, foot and mouth disease (HFMD) in children under 5 years of age at the Vietnam National Children's Hospital. **Subjects:** A retrospective case series was conducted from July 1, 2022, to June 30, 2024, involving pediatric patients diagnosed with severe hand, foot and mouth disease (HFMD) admitted to the Vietnam National Children's Hospital. **Results:** A total of 113 pediatric patients were included, with a male-to-female ratio of 2.1:1. The majority (77%) were aged 12–35 months. All presented with fever; the most common clinical features were vesicular exanthema on the hands and feet and myoclonic jerks (87.6%). Less frequent

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Bắc Thăng Long

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Đếm

Email: phamdemhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025