

Do đặc điểm sinh học riêng biệt của UTBMV Amidan có HPV+, các liệu pháp nhắm mục tiêu và liệu pháp miễn dịch đã trở thành một lĩnh vực được quan tâm đặc biệt. Điều quan trọng là UTBMV Amidan thường được phát hiện ở giai đoạn tiến triển do thiếu triệu chứng ở giai đoạn đầu; do đó, cần phải xác định và xác nhận các dấu ấn sinh học chẩn đoán có thể để hỗ trợ phát hiện sớm hơn, đặc biệt là có dương tính với HPV nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 167 bệnh nhân UTBMV Amidan từ 2018-2022, chúng tôi đã phát hiện 83 trường hợp dương tính với HPV chiếm tỉ lệ 49,7%. Giải trình tự gen phát hiện năm chủng HR - HPV16, 18, 58 và LR - HPV44, 26 chiếm tỉ lệ lần lượt là 78,3%, 2,4%, 1,2% và 16,9%, 1,2%.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc UTBMV Amidan có HPV+ (88,9%) lớn hơn bệnh nhân nam (45%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ HPV+ cao nhất ở giai đoạn III (64,7%) và giảm đi ở giai đoạn IV, với số lượng HPV- nhiều nhất (48/81) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố giai đoạn bệnh giữa nhóm HPV+ và HPV- ($p < 0,05$).

Ngoài xác định các chủng, tỷ lệ nhiễm của HPV lưu hành trong UTBMV Amidan, các yếu tố nguy cơ tích lũy như hút thuốc, uống rượu bia cần được nghiên cứu bổ sung để cung cấp thêm thông tin trong việc chẩn đoán sớm và tiên lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lorenzoni V, Chaturvedi AK, Vignat J, Laversanne M, Bray F, Vaccarella S. The Current Burden of Oropharyngeal Cancer: A

Global Assessment Based on GLOBOCAN 2020. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol. 2022;31(11):2054-2062.

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus-associated cancers - United States, 2004-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012;61:258-261.
3. Golusinski P, Corry J, Poorten VV, et al. De-escalation studies in HPV-positive oropharyngeal cancer: How should we proceed? Oral Oncol. 2021;123:105620.
4. Liên NT, Chú NV, Anh PLT, Đạt TT, Việt NH. Sự phân bố các chủng Human Papillomavirus (HPV) trong ung thư vòm mũi họng. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2022;149(1):42-49.
5. Shenker RF, May NH, Waltonen JD, et al. Comparing Outcomes for Patients with Human Papillomavirus (HPV) Type 16 versus Other High-Risk HPV Types in Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. Head Neck Pathol. 2021;15(3):866-874.
6. Le HHL, Bi X, Ishizaki A, et al. Human papillomavirus infection in male patients with STI-related symptoms in Hanoi, Vietnam. J Med Virol. 2016;88(6):1059-1066.
7. Mehanna H, Beech T, Nicholson T, et al. Prevalence of human papillomavirus in oropharyngeal and nonoropharyngeal head and neck cancer--systematic review and meta-analysis of trends by time and region. Head Neck. 2013;35(5):747-755.
8. Tawe L, Grover S, Narasimhamurthy M, et al. Molecular detection of human papillomavirus (HPV) in highly fragmented DNA from cervical cancer biopsies using double-nested PCR. MethodsX. 2018;5:569-578.
9. Thavaraj S, Stokes A, Guerra E, et al. Evaluation of human papillomavirus testing for squamous cell carcinoma of the tonsil in clinical practice. J Clin Pathol. 2011;64(4):308-312.
10. Gaete S, Auguste A, Bhakkan B, et al. Frequent high-risk HPV co-infections excluding types 16 or 18 in cervical neoplasia in Guadeloupe. BMC Cancer. 2021;21(1):281.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙNG PHỔI CỦA BUPIVACAIN PHỐI HỢP DEXAMETHASON SO VỚI BUPIVACIN ĐƠN THUẦN TRONG GÂY TÊ CƠ DỰNG SỐNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật nội soi cắt thủng phổi của gây tê cơ dựng sống

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương

Email: huongmaimen@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

Nguyễn Thị Hương^{1,2}, Phạm Quang Minh²

dưới hướng dẫn siêu âm bằng bupivacaine 0,25% đơn thuần với bupivacaine 0,25% phối hợp dexamethason 4mg. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng. Tiến hành gây tê cơ dựng sống để giảm đau sau phẫu thuật nội soi cắt thủng phổi cho 70 bệnh nhân, chia làm hai nhóm: gây tê bằng 30ml bupivacain 0,25% (nhóm I) và gây tê bằng 30 ml bupivacain 0,25% phối hợp dexamethason 4mg (nhóm II). Đánh giá hiệu quả giảm đau thông qua các chỉ số điểm đau VAS khi nghỉ ngơi/vận động, liều lượng morphin tiêu thụ. Kết quả: Điểm VAS trung

bình khi nghỉ ngơi/vận động của nhóm II tại các thời điểm từ 12 đến 20 giờ sau gây tê ESP thấp hơn nhóm I, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian yêu cầu liều morphin đầu tiên của các bệnh nhân nhóm I ngắn hơn nhóm II: $10,21 \pm 1,17$ so với $14,44 \pm 2,01$ giờ; $p < 0,01$. Tổng liều morphin sử dụng trong 24 và 48 giờ đầu của các bệnh nhân nhóm I nhiều hơn nhóm II: $21,54 \pm 4,02$ mg/ $36,67 \pm 4,14$ mg so với $13,26 \pm 2,64$ mg/ $22,36 \pm 5,62$ mg; $p < 0,01$. **Kết luận:** Gây tê ESP bằng bupivacain phối hợp dexamethason có hiệu quả giảm đau kéo dài và tốt hơn gây tê ESP bằng bupivacain đơn thuần trong phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, gây tê cơ dựng sống, bupivacain, dexamethason

SUMMARY

COMPARISON OF POSTOPERATIVE ANALGESIC EFFICACY BETWEEN BUPIVACAINE WITH DEXAMETHASONE VERSUS BUPIVACAINE ALONE ULTRASOUND GUIDED ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK FOR THORACOSCOPIC LOBECTOMY

Objective: To compare the effect of 0,25% bupivacaine alone versus 0,25% bupivacaine combined with 4mg dexamethasone in ultrasound-guided erector spinae plane block in video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) lobectomy. **Methods:** RCT study, Erector spinae plane block was performed for postoperative analgesia in 70 patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) lobectomy, divided into two groups: Group I received 30ml of 0,25% bupivacaine, and Group II received 30ml of 0,25% bupivacaine combined with 4mg dexamethasone. Pain relief efficacy was evaluated using VAS pain scores at rest/movement, and morphine consumption. **Results:** Mean VAS scores at rest/movement in Group II were significantly lower than Group I from 12 to 20 hours post-ESP anesthesia ($p < 0,05$). Time to first morphine requirement was shorter in Group I compared to Group II: $10,21 \pm 1,17$ vs $14,44 \pm 2,01$ hours ($p < 0,01$). Total morphine consumption at 24 and 48 hours was higher in Group I than Group II: $21,54 \pm 4,02$ mg/ $36,67 \pm 4,14$ mg so với $13,26 \pm 2,64$ mg/ $22,36 \pm 5,62$ mg; $p < 0,01$. **Conclusion:** Bupivacaine-dexamethasone ESP block demonstrates enhanced pain control versus bupivacaine alone in video-assisted thoracoscopic lobectomy. **Keywords:** ESP, bupivacaine, dexamethasone, video-assisted thoracoscopic lobectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cho các bệnh nhân cắt thùy phổi ngày càng trở nên phổ biến¹, tuy nhiên vẫn có đường rạch ngang qua da và cơ liên sườn, sau phẫu thuật cần có dẫn lưu khoang màng phổi, gây đau nhiều cho bệnh nhân (BN). Giảm đau tốt sau phẫu thuật là yếu tố quan trọng giúp BN rút được ống nội khí quản sớm, tập thở và vận động sớm, giảm nguy cơ viêm phổi, nguy cơ chảy máu và các biến chứng khác sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện².

Trước đây, gây tê ngoài màng cứng được coi là tiêu chuẩn vàng để giảm đau sau mổ lồng ngực, tuy nhiên kỹ thuật này khó, có nhiều nguy cơ và nếu có tai biến để lại hậu quả nghiêm trọng. Kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn siêu âm được Forero & cộng sự chứng minh là đạt hiệu quả giảm đau tốt cho phẫu thuật nội soi lồng ngực. Đối với tiến bộ về phẫu thuật, thời gian phẫu thuật ngày càng được cải thiện ít kéo dài và dẫn lưu khoang màng phổi thường được rút sớm, chúng tôi hướng tới phương pháp giảm đau hiệu quả, ít nguy cơ, tác dụng đủ kéo dài sau mổ mà không cần lưu catheter. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, dexamethason khi phối hợp với thuốc tê có tác dụng kéo dài thời gian giảm đau sau mổ ở nhiều loại gây tê vùng khác nhau³, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi của gây tê cơ dựng sống dưới hướng dẫn siêu âm bằng bupivacaine 0,25% đơn thuần với bupivacaine 0,25% phối hợp dexamethason 4mg"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tuổi từ 18 trở lên, ASA I – II
- Có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi theo kế hoạch

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có chấn thương cột sống ngực cấp hoặc nhiễm trùng vùng cột sống ngực.

- Suy tuyến thượng thận.

- Mắc các bệnh tâm thần, khó khăn trong giao tiếp

- Dị ứng với bupivacain, dexamethasone

2.2. Quy trình gây tê mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn SA và gây mê hồi sức

2.2.1. Chuẩn bị BN

- Khám gây mê trước mổ để lựa chọn những BN có đủ tiêu chuẩn

- Giải thích rõ về kỹ thuật tiến hành, lợi và bất lợi của phương pháp giảm đau

- Hướng dẫn BN cách tự đánh giá về mức độ đau qua thang điểm VAS, máy PCA

- Bốc thăm ngẫu nhiên bệnh nhân vào một trong 2 nhóm

2.2.2. Tiến hành gây tê mặt phẳng cơ dựng sống đoạn ngực trước khi gây mê

- BN được lặp theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂, lập đường truyền tĩnh mạch

- BN ở tư thế nằm sấp

- Dùng đầu dò phẳng đa tần 10-15 MHz, xác định vị trí các đốt sống từ T3-T8

- Sát khuẩn vùng chọc kim, trải toan vô khuẩn có lỗ, bọc đầu dò siêu âm bằng túi nilon vô khuẩn

- Đặt đầu dò ở vị trí đốt sống ngực ở đoạn T4/T5, xác định từ ngoài vào trong các cấu trúc

- Xác định khối cơ dựng sống

- Tiến hành gây tê: đưa kim tiếp xúc vào mặt phẳng giữa khối cơ dựng sống và mòm ngang. Đầu kim nằm trong khối cơ dựng sống và phía ngoài đỉnh của gai ngang

- Hút và bơm thử 2ml dung dịch NaCl 0,9% kiểm tra độ lan tỏa của dung dịch phía sau khối cơ dựng sống

- Bơm 30ml bupivacain 0,25% (nhóm I)/ 30ml bupivacain 0,25%+4mg dexamethasone (nhóm II) vào mặt phẳng giữa cơ dựng sống và gai ngang cột sống ngực

- Kiểm tra phong bế vùng cột sống ngực bằng chân đầu dò từ sau 20 phút

2.2.3. Vô cảm trong mổ

- Khởi mê: Fentanyl 2mcg/kg, propofol 2-3mg/kg, rocuronium 0,6mg/kg. Đặt ống NKQ 2 nòng thông khí nhân tạo, kiểm tra cô lập phổi

- Duy trì mê bằng Sevofluran

- Theo dõi Monitoring trong quá trình gây mê

- Sử dụng fentanyl trong phẫu thuật nếu BN có triệu chứng đau: bolus 50mcg, có thể nhắc lại nếu triệu chứng đau không giảm dù duy trì mê đủ sâu

- Thoát mê: Bệnh nhân được rút ống NKQ khi đạt tiêu chuẩn

2.2.4. Giảm đau 48h sau mổ

- Sau khi BN được thoát mê, đánh giá mức độ đau (điểm VAS)

- Sau đó, cả 2 nhóm BN đều được lặp PCA morphin theo phác đồ. Theo dõi các thông số: mạch, huyết áp, tần số thở, SpO₂, điểm đau VAS (khi nghỉ ngơi và lúc vận động), các tác dụng không mong muốn (TDKMM), lượng thuốc và nhu cầu bổ sung các thuốc giảm đau.

2.2.5. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

- Thời gian nghiên cứu: 01/2025- 07/2025

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phổi TW

- Cỡ mẫu: 35 bệnh nhân mỗi nhóm

+ Nhóm I: Nhóm bupivacain, n1=35, bệnh nhân được gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP Block) bằng 75mg bupivacain 0,25%

+ Nhóm II: Nhóm bupivacain + dexamethasone, n2=35, bệnh nhân được gây tê mặt phẳng cơ dựng sống bằng hỗn hợp 75mg bupivacain 0,25% và 4mg dexamethasone

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập được nhập vào máy vi tính và được xử

lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 26.0

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài.

Nghiên cứu được tiến hành khi thông qua hội đồng chấm đề cương, hội đồng đạo đức của Bệnh Viện Phổi Trung Ương và trường Đại học Y Hà Nội

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

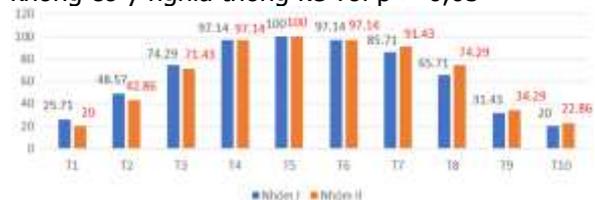
Bảng 1. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống

Đặc điểm	Nhóm I n = 35	Nhóm II n = 35	P
Khoảng cách từ da đến mặt phẳng ESP (cm)	3,43±0,72 (2,5 – 4,5)	3,39±0,59 (2,5 – 4)	>0,05
Thời gian thực hiện (phút)	14,49±1,74 (12 – 18)	14,71±1,53 (11 – 18)	>0,05
Thời gian onset (phút)	8,1±1,25 (6 – 11)	7,96±1,45 (6 – 11)	>0,05

Nhận xét: - Khoảng cách từ da đến mặt phẳng ESP của các BN từ 2,5-4 cm; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05

- Thời gian trung bình thực hiện gây tê ESP là 14,49 phút ở nhóm I và 14,71 phút ở nhóm II, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05

- Thời gian khởi phát tác dụng sau gây tê ESP dao động từ 6 đến 11 phút, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05



Biểu đồ 1. Phong bế cảm giác sau gây tê ESP T5 20 phút

Nhận xét: - Mức giảm cảm giác cao nhất thành bụng trước bên ở đốt da T1, thấp nhất ở đốt T10

- Phần lớn (> 65%) BN có giảm cảm giác ở đốt da T3 đến T8. Khoảng 30% BN gây tê đạt phong bế từ đốt da T2 đến T9

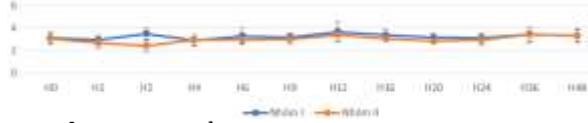


Biểu đồ 2. Điểm VAS trung bình khi nghỉ ngơi

Nhận xét: - Tại thời điểm ban đầu (H0): điểm VAS trung bình của các BN khi nghỉ ngơi giữa hai nhóm tương đương, không có sự khác biệt với p > 0,05

- Nhìn chung, tại các thời điểm nghiên cứu, điểm VAS trung bình khi nghỉ ngơi của các BN ở nhóm I cao hơn nhóm II, sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$ tại thời điểm từ 12 đến 20h sau gây tê ESP



Biểu đồ 3. Điểm VAS trung bình khi vận động

Nhận xét: - Tại thời điểm ban đầu (H0): điểm VAS trung bình khi vận động của các BN giữa hai nhóm tương đương, không có sự khác biệt với $p > 0,05$

- Tại các thời điểm nghiên cứu, điểm VAS trung bình khi vận động của các BN ở nhóm I cao hơn nhóm II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ tại thời điểm 12 đến 20h sau gây tê ESP

Bảng 2. Lượng morphin tiêu thụ

Đặc điểm	Nhóm I n = 35	Nhóm II n = 35	P
Thời gian yêu cầu morphin lần đầu	10,21 ± 1,17	14,44 ± 2,01	<0,01
Lượng morphin 24 giờ	21,54 ± 4,02	13,26 ± 2,64	<0,01
Lượng morphin 48 giờ	36,67 ± 4,14	22,36 ± 5,62	<0,01

Nhận xét: - Thời gian yêu cầu sử dụng liều morphin đầu tiên của các BN nhóm I sớm hơn nhóm II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Lượng morphin tiêu thụ trong 24 giờ và 48 giờ của các BN ở nhóm I cao hơn nhóm II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn

TDKMM	Nhóm I n = 35	Nhóm II n = 35	P
Chọc vào mạch máu	0	0	>0,05
Chọc vào thần kinh	0	0	
Ngộ độc thuốc tê	0	0	
Bí tiểu	0	0	
Ngứa	3	2	
Nôn, buồn nôn	4	2	
Bất thường tại chỗ tê	0	0	

Nhận xét: - Có 4 BN ở nhóm I và 2 BN ở nhóm II có biểu hiện nôn, buồn nôn sau phẫu thuật. Triệu chứng ngứa xuất hiện ở 3 BN nhóm I và 2 BN nhóm II, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện các biến chứng nguy hiểm như ngộ độc thuốc tê, chọc vào thần kinh

IV. BÀN LUẬN

Khoảng cách từ da đến mặt phẳng cơ dựng sống được đo dưới hình ảnh siêu âm trung bình của các BN nhóm I là $3,43 \pm 0,72$ cm; nhóm II là $3,39 \pm 0,59$ cm; sự khác biệt không có ý nghĩa

thống kê với $p > 0,05$. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thủy và cộng sự trên 35 BN, khoảng cách trung bình da- mòm ngang trên siêu âm ở mức T₆-T₉ là $2,25 \pm 0,60$ cm⁶. Kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Thủy do cùng thực hiện trên đối tượng tại cùng một khu vực địa lý và cùng chủng tộc. Thời gian thực hiện kỹ thuật ESP cho các BN nhóm I là $14,49 \pm 1,74$ phút; nhóm II là $14,71 \pm 1,53$ phút; trong đó thời gian ngắn nhất là 11 phút và dài nhất là 18 phút, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời gian thực hiện kỹ thuật này chấp nhận được để tránh làm gián đoạn giữa các cuộc phẫu thuật. Thời gian sau khi gây tê ESP đến khi có tác dụng phong bế cảm giác ở các BN nhóm I là $8,1 \pm 1,25$ phút; nhóm II là $7,96 \pm 1,45$ phút; thời gian nhanh nhất là 6 phút và dài nhất là 11 phút, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

Chúng tôi đánh giá phong bế cảm giác ở thành trước bên cơ thể BN để đánh giá mức độ lan của thuốc tê: hầu hết các bệnh nhân đạt phong bế ngang mức T₃ – T₈, khoảng 30% các BN đạt phong bế mức từ đốt da T₂ – T₉, mức phong bế cao nhất ở đốt da T₁ và thấp nhất ở đốt da T₁₀, không có sự khác biệt về mức độ lan của thuốc tê giữa hai nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Theo tác giả Paolo Scimia và cộng sự⁷, gây tê ESP ngang mức T₅ cho phẫu thuật nội soi lồng ngực, đánh giá mức phong bế cảm giác sau phẫu thuật tốt ngang mức từ T₂ đến T₁₀. Nghiên cứu của Choi và cộng sự đã cho thấy thuốc tăng lan vào khoang cạnh sống khi tăng thể tích thuốc tiêm vào mặt phẳng cơ dựng sống⁸

Tại thời điểm H0, điểm VAS trung bình của các BN khi nghỉ ngơi/vận động tại thời điểm này trong nhóm I là $2,31 \pm 0,47/3,11 \pm 0,47$ và nhóm II là $2,37 \pm 0,6/3,09 \pm 0,56$; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong khoảng thời gian 12 giờ sau gây tê ESP, điểm VAS trung bình khi vận động và nghỉ ngơi của các BN trong hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Tại thời điểm H12, điểm VAS trung bình khi nghỉ ngơi/vận động của các BN trong nhóm I là $2,94 \pm 0,24/3,69 \pm 0,93$ cao hơn nhóm II là $2,37 \pm 0,49/3,4 \pm 0,5$; kết quả này tương tự trong khoảng thời gian sau gây tê ESP từ 12 đến 20 giờ đầu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các thời điểm sau cho đến 48 giờ sau, điểm VAS trung bình khi nghỉ ngơi và khi vận động của BN trong nhóm I có xu hướng cao hơn trong nhóm II, tuy nhiên

sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Amjad Siddique và cộng sự³, tại thời điểm 12 giờ tỷ lệ BN có mức độ đau nhiều ở nhóm gây tê ESP bằng bupivacaine đơn thuần cao hơn rất nhiều so với nhóm gây tê ESP bằng bupivacaine phối hợp với dexamethasone, điểm VAS trung bình của hai nhóm này lần lượt là $3,47 \pm 1,41$ và $0,4 \pm 1,12$. Theo nghiên cứu của tác giả Zhixin Gao và cộng sự⁴, điểm VAS trung bình của BN ở nhóm sử dụng thuốc tê đơn thuần cao hơn nhóm sử dụng thuốc tê phối hợp dexamethason khi gây tê ESP tại thời điểm từ 12 đến 24 giờ sau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thời gian yêu cầu sử dụng liều morphin đầu tiên trong nhóm I là $10,21 \pm 1,17$ giờ ngắn hơn so với các BN trong nhóm II là $14,44 \pm 2,01$ giờ; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tổng lượng morphin tiêu thụ của nhóm II ít hơn đáng kể so với nhóm I với $p < 0,01$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Zhixin Gao và cộng sự⁴, tác giả Tamer EI-Metwally Farahat và cộng sự⁹, tác giả Carloyne Pehora và cộng sự¹⁰.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có BN nào có các triệu chứng không mong muốn nặng như khó thở, tím tái, tụt huyết áp hay nhịp tim chậm hay ngộ độc thuốc tê. Có 4 BN nhóm I (11,43%) và 2 BN nhóm II (5,71%) có biểu hiện nôn, buồn nôn sau phẫu thuật, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ ngứa xuất hiện rất ít với 3 trường hợp ở nhóm I và 2 trường hợp ở nhóm II, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$. Không xảy ra trường hợp nào chọc kim vào mạch máu, thần kinh gây tổn thương mạch máu, dị cảm cho người bệnh, không chọc vào khoang màng phổi gây biến chứng suy hô hấp. Bởi vì, chúng tôi tiến hành kỹ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm, nhìn rõ các cấu trúc các lớp cân cơ, mạch máu, thần kinh và kiểm soát tốt kim gây tê từ đó tránh được các tai biến có thể xảy ra. Trong số các tác dụng không mong muốn được ghi nhận, không có sự khác biệt về tỷ lệ gặp các tác dụng phụ này ở nhóm có sử dụng dexamethasone với nhóm không sử dụng dexamethasone.

V. KẾT LUẬN

Gây tê ESP bằng bupivacain phối hợp dexamethason có hiệu quả giảm đau tốt hơn và kéo dài tác dụng hơn gây tê ESP bằng bupivacain đơn thuần trong phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi: Điểm VAS trung bình khi nghỉ

ngơi/vận động của nhóm II tại các thời điểm từ 12 đến 20 giờ sau gây tê ESP thấp hơn nhóm I, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian yêu cầu liều morphin đầu tiên của các bệnh nhân nhóm I ngắn hơn nhóm II. Tổng liều morphin sử dụng trong 24 và 48 giờ đầu của nhóm I nhiều hơn nhóm II.

Gây tê ESP bằng bupivacain phối hợp dexamethason không xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng như chọc vào khoang màng phổi, ngộ độc thuốc tê. Pha dexamethasone vào dung dịch thuốc tê không làm tăng sự xuất hiện của một số tác dụng không mong muốn như chóng mặt, nôn buồn nôn, ngứa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Furák J, Pécsy B, Ottlakán A, et al.** [Results of the video-assisted thoracic surgery lobectomy at our department in the last five-year periode]. *Magy Sebész.* 2016;69(3):100-104. doi:10.1556/1046.69.2016.3.2
- Wenk M, Schug SA.** Perioperative pain management after thoracotomy. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(1):8-12. doi:10.1097/ACO.0b013e3283414175
- Siddique DA, Sadaf DS, Ahmad DS.** Comparison of Bupivacaine versus Bupivacaine plus Dexamethasone in erector spinae plane block for post-thoracotomy analgesia. *Med J South Punjab MJSP.* 2024;5(01). Accessed August 13, 2025. <https://nja.pastic.gov.pk/MJSP/index.php/mjsp/article/view/6>
- Gao Z, Xiao Y, Wang Q, Li Y.** Comparison of dexmedetomidine and dexamethasone as adjuvant for ropivacaine in ultrasound-guided erector spinae plane block for video-assisted thoracoscopic lobectomy surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Transl Med.* 2019;7(22): 668. doi:10.21037/atm.2019. 10.74
- Ertürk T, Güven BB, Ersoy A.** An analysis on the adjuvant efficacy of intravenous or perineural administered dexamethasone in erector spinae plane block applied to patients who had thoracotomy: a prospective randomized double-blind study. *Anatol Curr Med J.* 2022;4(1):13-18. doi:10.38053/acmj.1013842
- Nguyễn Hồng Thủy, Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Quốc Kính, Nguyễn Xuân Hiền.** Siêu âm đo khoảng cách từ da đến mỏng ngang - màng phổi và chiều dài thực tế kim Tuohy trong gây tê cạnh cột sống ngực. *Học Việt Nam.* 2017;450(2):22-27.
- Scimia P, Basso Ricci E, Droghetti A, Fusco P.** The Ultrasound-Guided Continuous Erector Spinae Plane Block for Postoperative Analgesia in Video-Assisted Thoracoscopic Lobectomy. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42(4):537. doi:10.1097/AAP.0000000000000616
- Choi YJ, Kwon HJ, O J, et al.** Influence of injectate volume on paravertebral spread in erector spinae plane block: An endoscopic and anatomical evaluation. *PLOS ONE.* 2019;14(10): e0224487. doi:10.1371/journal.pone.0224487
- Farahata TEM, EL-Bahnasawya NS, Heikal**

O, Abd El-Mohaimena H. Efficacy of Adding Dexamethasone to Levobupivacaine in Erector Spinae Block for Total Hip Arthroplasty. Egypt J Hosp Med. 2022;87(1):2184-2189. doi:10.21608/ejhm.2022.234280

10. Pehora C, Pearson AM, Kaushal A, Crawford MW, Johnston B. Dexamethasone as an adjuvant to peripheral nerve block. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(11):CD011770. doi:10.1002/14651858.CD011770.pub2

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KÉO DÀI TÁC DỤNG GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG HAI BÊN BẰNG ROPIVACAIN 0,375% PHỐI HỢP DEXAMETHASONE

Nguyễn Phương Anh^{1,3}, Phạm Quang Minh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả kéo dài giảm đau sau phẫu thuật lấy thai của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên bằng ropivacain 0,375% có hoặc không phối hợp dexamethasone. **Phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, trong khoảng thời gian từ 12/2024 đến 08/2025, trên 60 sản phụ tuổi từ 18 đến 50, phân độ ASA II, cân nặng ≥ 50 kg, đường mổ ngang trên vệ, được gây tê tuỷ sống để phẫu thuật lấy thai, gây tê cơ vuông thắt lưng sau mổ để giảm đau. Các bệnh nhân (BN) được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 BN: nhóm 1 sử dụng 30ml ropivacain 0,375% phối hợp 8mg dexamethasone (RD), nhóm còn lại sử dụng 30ml ropivacain 0,375% đơn thuần (R). **Kết quả:** Ở nhóm RD, BN bắt đầu cần morphine muộn hơn, và tổng lượng morphine dùng trong 24 giờ ít hơn so với nhóm R. Điểm VAS khi nghỉ ngơi và vận động qua các thời điểm có xu hướng giảm so với thời điểm trước khi gây tê. Đặc biệt VAS tại thời điểm H₁₂ và H₁₈ sau gây tê nhóm RD thấp hơn nhóm R, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tần số tim và huyết áp trung bình ở cả 2 nhóm có xu hướng giảm so với thời điểm H₀, tuy nhiên đều dao động trong giới hạn sinh lý. Các BN đều hài lòng và không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào.

Từ khóa: Mổ lấy thai, gây tê cơ vuông thắt lưng, giảm đau, ropivacain 0,375%, dexamethasone.

SUMMARY

EVALUATE THE PROLONGED ANALGESIC EFFICACY AFTER CESAREAN SECTION OF BILATERAL QUADRATUS LUMBORUM BLOCK (QLB) WITH 0,375% ROPIVACAINE COMBINED WITH DEXAMETHASONE

Objective: This study aims to evaluate the prolonged analgesic efficacy after cesarean section of

bilateral quadratus lumborum block (QLB) with 0,375% ropivacaine with or without dexamethasone. **Methods:** A prospective, randomized, controlled clinical trial was conducted from December 2024 to August 2025. 60 parturients aged 18 – 50 years, ASA II, body weight ≥ 50 kg, with a transverse abdominal incision, who underwent spinal anesthesia for cesarean section and received postoperative QLB. This patients were randomly allocated into two groups (n = 30 each). The RD group received 30ml of ropivacaine combined with 8mg dexamethasone, whereas the R group received 30ml of ropivacaine alone. **Results:** In the RD group, patients required rescue morphine later, and the consumption within the first 24 hours was significantly lower compare with the R group. VAS (Visual Analog Scale) Scores at rest and on movement were reduced after block administration compared with baseline in both groups. However, VAS scores in the RD group were significantly lower than the R group at 12 and 18 hours post-block ($p < 0,05$). Heart rate and mean arterial pressure in both groups shows a downward trend postoperatively but remain within physiological limits. All patients reported satisfaction and no severe were recorded. **Keywords:** cesarean section, quadratus lumborum block, analgesia, ropivacain 0,375%, dexamethasone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật sản khoa thường gặp nhất hiện nay. Kiểm soát đau sau mổ lấy thai có ý nghĩa đặt biệt quan trọng, giúp BN hồi phục sớm, giảm biến chứng liên quan tới phẫu thuật và hậu phẫu, nâng cao sự hài lòng và tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm sóc mẹ và con. Tuy nhiên, các phương pháp giảm đau truyền thống như sử dụng opioid toàn thân hay giảm đau ngoài màng cứng đều có nhiều hạn chế, có thể gây ra nhiều tác dụng không mong muốn hoặc biến chứng nguy hiểm.

Trong bối cảnh đó, QLB nổi lên như một kỹ thuật giảm đau vùng có hiệu quả trong phẫu thuật bụng dưới. Kỹ thuật này cho phép thuốc tê lan rộng trong mạc ngực lưng, ức chế các rễ thần kinh cảm giác vùng bụng, từ đó giảm đau hiệu quả.

Ropivacain là thuốc tê thường được sử dụng trong trong QLB nhờ ưu điểm thời gian tác dụng

¹Bệnh viện E Trung ương

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Anh

Email: nguyennphuonganh.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025