

3. Curtiaud A., Iba T., Angles-Cano E., et al. (2025), "Biomarkers of sepsis-induced coagulopathy: diagnostic insights and potential therapeutic implications", *Annals of intensive care*, 15 (1), pp. 12.
4. Gris J. C., Cochery-Nouvellon E., Bouvier S., et al. (2018), "Clinical value of automated fibrin generation markers in patients with septic shock: a SepsisCoag ancillary study", *British Journal of Haematology*, 183 (4), pp. 636-647.
5. Iba T., Helms J., Connors J. M., et al. (2023), "The pathophysiology, diagnosis, and management of sepsis-associated disseminated intravascular coagulation", *Journal of Intensive Care*, 11(1), pp. 24.
6. Loan N. T. T., Công N. Đ., Đăng N. Q., et al. (2025), "khảo sát rối loạn đông máu ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết theo thang điểm SIC", *Tạp chí Sức khỏe và Lão hóa*, 1 (2), pp. 107-112.
7. Nguyễn T. M. P., Đỗ N. S., Trần T. K. M. (2021), "vai trò của Fibrinmonomer hòa tan trong chẩn đoán đông máu nội quản rải rác ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Trung tâm Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 509(2).
8. Saito S., Uchino S., Hayakawa M., et al. (2019), "Epidemiology of disseminated intravascular coagulation in sepsis and validation of scoring systems", *Journal of critical care*, 50, pp. 23-30.
9. Singh N., Pati H. P., Tyagi S., et al. (2017), "Evaluation of the diagnostic performance of fibrin monomer in comparison to d-dimer in patients with overt and nonovert disseminated intravascular coagulation", *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 23 (5), pp. 460-465.
10. Toh J. M., Ken-Dror G., Downey C., et al. (2013), "The clinical utility of fibrin-related biomarkers in sepsis", *Blood Coagulation & Fibrinolysis*, 24 (8), pp. 839-843.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÔ CẢM TRONG PHẪU THUẬT CẰNG BÀN CHÂN CỦA PHƯƠNG PHÁP PHONG BẾ PHỐI HỢP THẦN KINH ĐÙI VÀ THẦN KINH HÔNG TO DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Đoàn Ngọc Thiệu<sup>1,2</sup>, Phạm Quang Minh<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả vô cảm trong phẫu thuật cẳng bàn chân của phương pháp phong bế phối hợp thần kinh đùi và thần kinh hông to dưới hướng dẫn siêu âm so với gây tê tủy sống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng trên 60 BN có chỉ định phẫu thuật cẳng bàn chân từ tháng 01/2025 – 06/2025 tại Bệnh viện TWQĐ 108. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở nhóm TTS là  $50.57 \pm 14.38$ , nhóm TTK là  $62.83 \pm 19.39$ . BN phần lớn là ASA II, nhóm TTS với 83.3% và nhóm TTK là 80%. Thời gian thực hiện kỹ thuật và thời gian khởi phát ức chế cảm giác ở nhóm TTS thấp hơn lần lượt là  $3.6 \pm 0.89$  phút và  $4.97 \pm 0.72$  phút trong khi ở nhóm TTK lần lượt là  $6.8 \pm 0.85$  phút và  $17.4 \pm 1.1$  phút. Cả hai nhóm đều không có sự thay đổi đáng kể về hô hấp, tuy nhiên nhóm TTS có xu hướng tăng tần số mạch, giảm huyết áp trung bình nhiều hơn ngay sau thời điểm thực hiện vô cảm. Ở nhóm TTK không có sự thay đổi đáng kể nào về mạch và huyết áp. Nhóm TTS ghi nhận một số tác dụng không mong muốn như ngứa, rét run, bí tiểu, đau đầu trong khi ở nhóm TTK không ghi nhận tác dụng không mong muốn này. **Kết luận:** Phong bế phối hợp TK đùi và TK hông to dưới hướng dẫn siêu âm cho phẫu thuật cẳng bàn chân có

hiệu quả vô cảm tốt, thời gian giảm đau kéo dài, không gây ảnh hưởng lên hô hấp và huyết động, ít tác dụng phụ. **Từ khóa:** thần kinh đùi, thần kinh hông to, phẫu thuật cẳng bàn chân.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE EFFICACY OF ANESTHESIA FOR ANKLE AND FOOT SURGERY COMBINED FEMORAL AND SCIATIC NERVE BLOCK UNDER ULTRASOUND GUIDANCE

**Objective:** To compare the anesthetic efficacy of ultrasound-guided combined femoral and sciatic nerve block with spinal anesthesia in low leg and foot surgery. **Subjects and Methods:** A prospective, randomized controlled trial was conducted on 60 patients undergoing ankle and foot surgery from January 2025 to June 2025 at 108 Military Central Hospital. **Results:** The mean age in the spinal anesthesia (SA) group was  $50.57 \pm 14.38$  years, whereas in the peripheral nerve block (PNB) group it was  $62.83 \pm 19.39$  years. Most patients were ASA II, accounting for 83.3% in the SA group and 80% in the PNB group. The procedure time and sensory block onset were shorter in the SA group ( $3.6 \pm 0.89$  minutes and  $4.97 \pm 0.72$  minutes, respectively) compared with the PNB group ( $6.8 \pm 0.85$  minutes and  $17.4 \pm 1.1$  minutes, respectively). Respiratory parameters remained stable in both groups; however, the SA group showed a trend toward increased heart rate and decreased mean arterial pressure immediately after anesthesia, while no significant hemodynamic changes were observed in the PNB group. Adverse effects such as pruritus, shivering, urinary retention, and headache were noted in the SA

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: phamquangminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

group, but not in the PNB group. **Conclusion:** Ultrasound-guided combined femoral and sciatic nerve block provides effective anesthesia for ankle and foot surgery, with prolonged analgesia, stable respiratory and hemodynamic profiles, and fewer adverse effects compared with spinal anesthesia. **Keywords:** femoral and sciatic nerve block, low leg and foot surgery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chi dưới chiếm tỉ lệ lớn trong số các loại phẫu thuật nói chung. Vô cảm cho phẫu thuật chi dưới chủ yếu là gây tê tủy sống (TTS) và gây mê toàn thân. Phương pháp gây TTS có nhiều ưu điểm với kỹ thuật đơn giản dễ thực hiện, ít gây ra biến chứng về hô hấp. Tuy nhiên, gây TTS vẫn là kỹ thuật xâm lấn vào trục thần kinh trung ương, có thể gây ức chế chuỗi hạch giao cảm cạnh sống làm biến đổi huyết động sâu sắc, có nguy cơ chảy máu màng cứng gây chèn ép tủy. Đặc biệt khi gây TTS trên những bệnh nhân (BN) cao tuổi, nhiều bệnh phối hợp: suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường... hoặc nhóm BN có sử dụng thuốc chống đông kéo dài chưa được điều chỉnh phù hợp.

Ngày nay, với sự hỗ trợ của máy siêu âm, máy kích thích thần kinh đã giúp các nhà gây mê hồi sức có thêm những cách tiếp cận BN tốt hơn; ngoài hiệu quả giúp vô cảm tốt cho phẫu thuật, gây tê vùng còn có những lợi ích lớn khi ít làm thay đổi về huyết động và hô hấp, giúp giảm đau sau phẫu thuật tốt hơn và kéo dài.

Trên thế giới phương pháp gây tê TK ngoại vi đã được áp dụng ở nhiều quốc gia, tuy nhiên chủ yếu gây tê cho giảm đau sau mổ. Những năm gần đây việc áp dụng phong bế TK ngoại vi chi dưới cho phẫu thuật đã được thực hiện xong còn chưa phổ biến rộng rãi. Ở Việt Nam, phương pháp này còn là một đề tài mới, chưa có nhiều nghiên cứu. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đánh giá hiệu quả vô cảm trong phẫu thuật cẳng bàn chân của phương pháp phong bế phối hợp thần kinh đùi và thần kinh hông to dưới hướng dẫn siêu âm"*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các BN trên 18 tuổi, phẫu thuật theo kế hoạch, phân loại ASA I- II, có chỉ định phẫu thuật cẳng bàn chân từ tháng 01/2025 – 06/2025 tại Bệnh viện TWQĐ 108. BN bị loại khỏi nghiên cứu gồm: BN có tiền sử đau chi dưới mạn tính, khó giao tiếp, chấn thương sọ não phối hợp, tổn thương tủy sống hoặc các dây TK chi phối chi dưới, dị ứng – mẫn cảm với thuốc gây tê, rối loạn đông chảy máu, thất bại về kỹ thuật, không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng.

Cỡ mẫu: Áp dụng lấy mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên 60 BN chia thành 2 nhóm. Mỗi nhóm 30 BN được chọn ngẫu nhiên.

Nhóm I: BN được vô cảm bằng phương pháp gây tê TK đùi và TK hông khoeo dưới hướng dẫn siêu âm bằng thuốc tê: Bupivacain 0,25% vừa đủ 15ml cho mỗi dây TK.

Nhóm II: BN được vô cảm bằng phương pháp gây TTS với hỗn hợp: Marcain Heavy Spinal 0,5% liều 0,1 – 0,15mg/kg + Fentanyl liều 0,03mg.

### Các bước tiến hành nghiên cứu:

Chuẩn bị BN và phương tiện: BN được khám, giải thích về phương pháp vô cảm, các nguy cơ trước phẫu thuật ít nhất 1 ngày để BN hiểu và yên tâm tham gia nghiên cứu. Hướng dẫn BN tự đánh giá về mất cảm giác sau gây tê, mức độ đau qua thang điểm VAS. Chuẩn bị đầy đủ thuốc tê, thuốc hồi sức cấp cứu, các dụng cụ cho cấp cứu cũng như các phương tiện cho việc thực hiện thủ thuật vô cảm. Máy siêu âm với đầu dò có tần số 10 – 15MHz.

Phong bế TK đùi: Bác sĩ rửa tay, mặc áo đi găng vô trùng. Sát khuẩn vùng chọc kim, trải toan vô khuẩn có lỗ. Dùng đầu dò siêu âm thẳng, tần số 10-15MHz đặt tại vùng nếp gấp bẹn. Xác định động mạch đùi, cơ may, cơ thắt lưng chậu, mạc đùi, mạc chậu. TK đùi nằm trong tam giác phía ngoài động mạch đùi, phía trước cơ thắt lưng chậu và phía sau mạc chậu. Tiến hành chọc kim dưới mặt phẳng siêu âm. Hút và bơm 1-2ml NaCl 0,9% kiểm tra sự lan tỏa dung dịch quanh TK đùi. Bơm thuốc tê, kiểm tra sự lan tỏa của thuốc dưới siêu âm. Đánh giá sự phong bế TK đùi của thuốc.

Phong bế TK hông to: BN nằm nghiêng sang bên không đau. Bác sĩ chuẩn bị như gây tê TK đùi. Xác định: động mạch khoeo. Nhận biết TK chày và TK mác chung nằm ở ngoài và sau động mạch khoeo. Di chuyển đầu dò lên trên để xác định chỗ chia của TK hông to. Chọc kim dưới mặt phẳng siêu âm. Hút và bơm 1-2ml NaCl 0,9%, kiểm tra sự lan tỏa của dung dịch quanh TK hông to. Bơm thuốc tê, kiểm tra sự lan tỏa của thuốc dưới siêu âm.

Kỹ thuật gây TTS: BN sau khi được giải thích, chuẩn bị tư thế. Bác sĩ gây mê thực hiện gây TTS tại vị trí đã lên kế hoạch theo phác đồ gây TTS.

Tiêu chí đánh giá: Thời gian thực hiện thủ thuật vô cảm. Thời gian phẫu thuật. Đánh giá hiệu quả ức chế cảm giác và giảm đau: Thời gian khởi phát ức chế cảm giác, vận động của TK đùi, TK hông to theo phân độ của Vester – Andersen.

Mức độ ức chế vận động chi dưới theo thang điểm Bromage. Đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS. Đánh giá chất lượng vô cảm theo phân độ Martin. Các thời điểm đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi gồm:

T0: Trước gây tê. T1: Sau gây tê 5 phút. T2: Sau gây tê 15 phút. T3: Sau gây tê 30 phút. T4: Sau gây tê 1 giờ. T5: Sau gây tê 2 giờ. T6: Sau gây tê 3 giờ.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu nghiên cứu sẽ được phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê y học: Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ (%). Để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính dùng test khi bình phương. Để so sánh sự khác biệt giữa các giá trị trung bình dùng test t-student,  $p < 0.05$  được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Chúng tôi cam kết thực hiện nghiên cứu theo đúng quy định Trường Đại học Y Hà Nội. Chúng tôi chỉ tiến hành khi BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Các số liệu thu thập của nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích khoa học, các thông tin liên quan tới BN được giữ bí mật. Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện TWQĐ 108, nơi có đầy đủ các điều kiện cần thiết để thực hiện các kỹ thuật gây mê hồi sức cũng như chăm sóc theo dõi BN sau mổ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Một số đặc điểm chung

**Bảng 3.1: Đặc điểm chung của BN**

| Phân bố        |         | Nhóm TTS (n=30) | Nhóm TTK (n=30) |
|----------------|---------|-----------------|-----------------|
| Tuổi (năm)     | X±SD    | 50.57±14.38     | 62.83±19.39     |
|                | Min-Max | 24-89           | 18-95           |
| Chiều cao (cm) | X±SD    | 165.63±5.43     | 162.63±7.27     |
|                | Min-Max | 153-175         | 145-178         |
| Cân nặng (kg)  | X±SD    | 65.5±9.8        | 57.7±10.39      |
|                | Min-Max | 45-80           | 40-88           |
| ASA            | I       | 5 (16,7%)       | 6 (20%)         |
|                | II      | 25 (83,3%)      | 24 (80%)        |

**Nhận xét:** Ở nhóm TTS tuổi trung bình là 50.57±14.38; trong khi tuổi trung bình ở nhóm TTK là 62.83±19.39. Về chiều cao ở 2 nhóm nghiên cứu tương đối đồng đều, ở nhóm TTS là 165.63±5.43cm và nhóm TTK là 162.63±7.27cm. Cân nặng ở nhóm TTS trung bình là 65.5±9.8 trong khi cân nặng nhóm TTK chỉ là 57.7±10.39. Cả hai nhóm BN chủ yếu là ASA II.

#### 3.2. Đặc điểm vô cảm

##### 3.2.1. Đặc điểm vô cảm

**Bảng 3.2: Đặc điểm vô cảm**

| Thời gian                  | Nhóm TTS  | Nhóm TTK | P     |
|----------------------------|-----------|----------|-------|
| Thời gian thực hiện (phút) | 3.6±0.89  | 6.8±0.85 | 0,001 |
| Thời gian khởi phát (phút) | 4.97±0.72 | 17.4±1.1 | 0,001 |

**Nhận xét:** Thời gian thực hiện vô cảm và thời gian khởi phát ở nhóm TTS ngắn hơn đáng kể so với nhóm TTK ( $p < 0.001$ ). Cụ thể, nhóm TTS chỉ mất trung bình 3.6 phút để thực hiện và 4.97 phút để khởi phát, trong khi nhóm TTK là 6.8 và 17.4 phút tương ứng.

#### 3.2.2. Hiệu quả giảm đau

**Bảng 3.3: Điểm đau VAS**

| Thời điểm | Nhóm TTS  | Nhóm TTK  | P     |
|-----------|-----------|-----------|-------|
| T0        | 1.27±1.11 | 1.5±0.86  | 0.368 |
| T1        | 0.1±0.31  | 1.23±0.68 | 0.001 |
| T2        | 0±0       | 0.33±0.48 | 0.001 |
| T3        | 0±0       | 0±0       | -     |
| T4        | 0±0       | 0±0       | -     |
| T5        | 0.1±0.31  | 0±0       | 0.083 |
| T6        | 1.1±1.18  | 0±0       | 0.001 |

**Nhận xét:** Điểm VAS cho thấy hiệu quả giảm đau khác biệt rõ giữa hai nhóm tại một số thời điểm. Ở thời điểm T1, nhóm TTS có điểm đau thấp hơn rõ rệt so với nhóm TTK ( $p = 0.001$ ). Tuy nhiên, từ T2 đến T4 điểm đau ở cả nhóm TTS và nhóm TTK đều có xu hướng về mức 0. Tại thời điểm T6, điểm đau VAS ở nhóm TTS có xu hướng cao hơn ở nhóm TTK với  $p = 0.001$ .

#### 3.3. Chất lượng vô cảm

**Bảng 3.4: Phân độ chất lượng vô cảm theo Martin**

| Mức độ     | Nhóm TTS  | Nhóm TTK |
|------------|-----------|----------|
| Tốt        | 30 (100%) | 27 (90%) |
| Trung bình | 0         | 3 (10%)  |
| Kém        | 0         | 0        |

**Nhận xét:** Ở nhóm TTS, các BN không có bất cứ cảm giác đau hoặc phản ứng bất thường nào trong quá trình phẫu thuật. Nhóm TTK, có 3BN chiếm 10% số BN còn cảm giác đau nhẹ khi bắt đầu phẫu thuật.

#### 3.4. Thay đổi về tuần hoàn và hô hấp

##### 3.4.1. Thay đổi về tuần hoàn



**Biểu đồ 3.1: Thay đổi về mạch ở 2 nhóm**

**Nhận xét:** Nhóm TTS có sự thay đổi về

mạch đáng kể, biểu hiện rõ trong giai đoạn đầu (T0-T2) sau đó giảm dần và ổn định. Trong khi đó, nhóm TTK biến động nhẹ hơn và mạch duy trì ở mức thấp hơn so với nhóm TTS trong suốt quá trình phẫu thuật.



**Biểu đồ 3.2: Thay đổi về huyết áp trung bình ở 2 nhóm**

**Nhận xét:** Huyết áp trung bình ở nhóm TTK có sự biến động nhẹ và duy trì ổn định trong khoảng thời gian T0 -T6, ở nhóm TTS sự biến động xảy ra nhiều hơn, chủ yếu trong khoảng T0 - T2 và ổn định dần sau đó.

### 3.4.2. Thay đổi về hô hấp

**Bảng 3.5: Thay đổi về hô hấp ở hai nhóm**

|                 | Hô hấp   | X $\pm$ SD       | Min-Max     | P     |
|-----------------|----------|------------------|-------------|-------|
| <b>Nhịp thở</b> | Nhóm TTS | 16 $\pm$ 0.5     | 14.91-17.00 | 0.049 |
|                 | Nhóm TTK | 15.73 $\pm$ 0.53 | 14.55-17.00 |       |
| <b>SPO2</b>     | Nhóm TTS | 97.29 $\pm$ 0.71 | 94.45-98.73 | 0.968 |
|                 | Nhóm TTK | 97.28 $\pm$ 0.39 | 96.36-98.36 |       |

**Nhận xét:** Nhịp thở trung bình của nhóm TTS cao hơn nhẹ so với TTK ( $p = 0.049$ ), tuy nhiên vẫn nằm trong giới hạn bình thường và không có ý nghĩa lâm sàng đáng kể. Độ bão hòa oxy (SpO<sub>2</sub>) ở cả hai nhóm gần như tương đương, không có sự khác biệt ( $p = 0.968$ ).

**Bảng 3.6: Tác dụng không mong muốn**

| Tác dụng không mong muốn | Nhóm TTS    | Nhóm TTK |
|--------------------------|-------------|----------|
| Ngứa                     | 10 (33,33%) | 0        |
| Đau đầu                  | 6 (20%)     | 0        |
| Bí tiểu                  | 4 (13,33%)  | 0        |
| Rét run                  | 6 (20 %)    | 0        |
| Nôn                      | 0           | 0        |

**Nhận xét:** Các tác dụng không mong muốn: Ngứa, đau đầu, bí tiểu, rét run, nôn chỉ xảy ra ở nhóm TTS. Trong khi ở nhóm TTK không có bất cứ BN nào có các tác dụng không mong muốn đó.

## IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm BN nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ BN nam giới chiếm ưu thế với 88,3% ở nhóm TTS và 66,7% ở nhóm TTK. Tương đương với nghiên cứu của Lipsy Bansal và cộng sự [5] lần lượt là 82% và 76%. Tuổi trung bình ở nhóm TTS là 50.57 $\pm$ 14.38 và 62.83 $\pm$ 19.39 với nhóm TTK, trong nghiên cứu của Samar Abd El [3] khi so sánh phong bế TK giữa phương pháp sử dụng máy siêu âm và

phương pháp dùng máy kích thích TK: tuổi trung bình lần lượt là 44.75 $\pm$ 2.96 và 43.8 $\pm$ 2.69.

**Đặc điểm vô cảm.** Thời gian thực hiện vô cảm ở nhóm TTS (3.6  $\pm$  0.89 phút) ngắn hơn ở nhóm TTK (6.8  $\pm$  0.85 phút), kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Samar Abd El [3] trung bình là 5.91 $\pm$  0.3 phút với nhóm TTK. Thời gian thực hiện phong bế TK lâu hơn do kỹ thuật phức tạp, cần trợ giúp của máy siêu âm; thực hiện phong bế tại hai vị trí nên cần nhiều thời gian. Thời gian để khởi phát ức chế cảm giác căng bàn chân ở nhóm TTS (4.97  $\pm$  0.72 phút) ít hơn ở nhóm TTK (17.4  $\pm$  1.1 phút), thời gian này cao hơn nghiên cứu của Bansal và cộng sự[5] là 13.58  $\pm$  2.6 phút với nhóm TTK. Sự khác biệt có thể do tác giả sử dụng thuốc tê Ropivacain với nồng độ và thể tích cao (20ml Ropivacain 0.5% cho mỗi dây TK).

Với nhóm TTS bệnh nhân có điểm đau VAS thấp (0 – 0.1  $\pm$  0.31) ngay sau thời điểm gây tê, trong khi ở nhóm TTK điểm đau VAS đã giảm tuy nhiên chưa giảm nhiều (0.33  $\pm$  0.48 – 1.23  $\pm$  0.68). Điểm đau VAS có sự khác biệt tại các thời điểm T3 – T6, ở nhóm TTS điểm đau VAS bắt đầu tăng tại T5, trong khi ở nhóm TTK điểm đau VAS chỉ bắt đầu tăng từ T6. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Abdel Naim [1] khi phối hợp gây tê TK đùi và TK hông to cho phẫu thuật mạch máu chi dưới với thời gian ức chế cảm giác kéo dài 11.00  $\pm$  1.1 giờ. Ở nhóm TTS các BN nghiên cứu có chất lượng vô cảm tốt, với nhóm TTK có 3 BN (10%) còn cảm giác đau nhẹ khi bắt đầu phẫu thuật, sau khi cho thuốc an thần các BN đều được phẫu thuật tiếp mà không có khó khăn nào, có thể do thời gian khởi phát ức chế cảm giác của phương pháp TTK chậm hơn so với TTS.

**Thay đổi về tuần hoàn và hô hấp.** Cả nhóm TTS và nhóm TTK đều không có sự thay đổi đáng kể nào về tần số thở và độ bão hòa oxy (SPO2). Huyết động của hai nhóm có sự dao động khác nhau; tại thời điểm T1, T2 mạch có xu hướng tăng, huyết áp trung bình giảm ở nhóm TTS; với nhóm TTK cả mạch, huyết áp trung bình đều có xu hướng giữ ổn định. Từ thời điểm T4 đến T6 cả hai nhóm TTS và TTK đều có xu hướng duy trì huyết động ổn định. Sự ổn định ở nhóm TTK trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Bansal và cộng sự[5]. Trong nghiên cứu của Lee và cộng sự[6] khi so sánh gây TTS và phong bế TK ngoại biên cho phẫu thuật mắt cá và bàn chân cũng cho kết quả tương tự. Một nghiên cứu khác của Yang và cộng sự[4] khi nghiên cứu hiệu quả của gây TTS so với gây TTK ngoại biên cho phẫu

thuật mắt cá chân cũng ghi nhận tỉ lệ tụt huyết áp sau gây tê ở nhóm TTS là 7.5%. Có thể giải thích do phương pháp phong bế TK ngoại biên không tác động trực tiếp lên các hạch giao cảm cạnh sống dẫn đến không gây ảnh hưởng lên huyết động như đối với phương pháp gây TTS.

**Tác dụng không mong muốn.** Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số BN có triệu chứng ngứa, đau đầu, rét run, bí tiểu ở nhóm TTS. Ngứa gặp tỉ lệ cao nhất với 16,7%, đau đầu 10%, rét run chiếm 13,3% cao nhất tại thời điểm T2, bí tiểu với 10% cao nhất tại thời điểm T6. Trong khi đó đối với nhóm phong bế TK ngoại biên không gặp bất kỳ triệu chứng nào kể trên. Triệu chứng ngứa liên quan đến opioid khi gây TTS [2], [7]. Opioid kích thích thụ thể  $\mu$ -opioid ở hệ TK trung ương, đặc biệt là tại vùng thân não, gây ngứa, dù không có phản ứng dị ứng thật sự. Rét run là một tác dụng không mong muốn khá thường gặp khi gây TTS, do tác dụng của thuốc tê làm giãn mạch, giảm nhiệt độ của cơ thể, do đó việc ủ ấm, truyền dịch ấm cho BN trước, trong quá trình phẫu thuật hết sức cần thiết [2]. Bí tiểu liên quan nhiều đến tác dụng phụ của thuốc tê, đặc biệt là nhóm thuốc họ morphin khi gây TTS, thuốc làm tăng trương lực cơ thắt cổ bàng quang và ức chế đám rối cùng gây bí tiểu[8].

## V. KẾT LUẬN

Phong bế phối hợp TK đùi và TK hông to bằng Bupivacain 0,25% dưới hướng dẫn siêu âm cho phẫu thuật cẳng bàn chân có hiệu quả vô cảm tốt, thời gian giảm đau kéo dài, không gây ảnh hưởng lên hô hấp và huyết động, ít tác dụng phụ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdel Naim, Hala E, et al.** (2016), "Systemic versus perineural dexamethasone as an adjuvant to bupivacaine in combined femoral and sciatic nerve blocks in lower-limb vascular surgeries: a prospective randomized study". 9(4).
2. **Champagne, Katelynn, Fecek, Christopher, and Goldstein, Sheldon** (2020), "Spinal opioids in anesthetic practice".
3. **Hassan, Samar Abd El-Hamid, et al.** (2020), "Combined femoral and sciatic nerve blockade for lower limb surgeries: ultrasound guidance versus nerve stimulation". 26(6), pp. 1057-1065.
4. **Yang, L. L., et al.** (2016), "[Effect comparison of ultrasound-guided lower extremity nerve block and spinal anesthesia in ankle surgery]", Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 96(41), pp. 3337-3341.
5. **Bansal, L., Attri, J. P., and Verma, P.** (2016), "Lower limb surgeries under combined femoral and sciatic nerve block", Anesth Essays Res. 10(3), pp. 432-436.
6. **Lee, M., et al.** (2023), "Comparison of a Peripheral Nerve Block versus Spinal Anesthesia in Foot or Ankle Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis with a Trial Sequential Analysis", J Pers Med. 13(7).
7. **Thụ, Nguyễn** (2015), "Bài giảng gây mê hồi sức tập II", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Tú, Nguyễn Hữu** (2014), Gây mê hồi sức, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

## LIÊN QUAN GIỮA CHỨC NĂNG GAN TRƯỚC GHÉP VÀ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU SỚM SAU GHÉP GAN

Nguyễn Thành Lâm<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Kính<sup>1</sup>, Ngô Đình Trung<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa chức năng gan trước ghép và tình trạng rối loạn đông máu trong tuần đầu sau ghép gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp tiền cứu và hồi cứu, thực hiện trên 144 bệnh nhân ghép gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2025. Các chỉ số chức năng gan trước ghép bao gồm điểm MELD (Model for End-Stage Liver Disease), thang điểm Child-Pugh, thời gian prothrombin (PT), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT),

fibrinogen và số lượng tiểu cầu. Các chỉ số đông máu được theo dõi hằng ngày trong 7 ngày đầu sau ghép.

**Kết quả:** Rối loạn đông máu nặng (RLDM) thường xảy ra trong 3 ngày đầu sau ghép, đặc biệt vào ngày đầu tiên, sau đó giảm dần. Bệnh nhân có điểm MELD, Child-Pugh cao và tiểu cầu thấp trước mổ có nguy cơ RLDM nặng cao hơn ( $p < 0,05$ ). Điểm MELD và Child-Pugh có tương quan nghịch với PT và số lượng tiểu cầu, và tương quan thuận với APTT sau ghép. **Kết luận:** Chức năng gan trước ghép có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ và mức độ rối loạn đông máu sau mổ. Việc đánh giá các chỉ số này giúp phân tầng nguy cơ và lập kế hoạch điều trị sớm để cải thiện kết quả sau ghép. **Từ khóa:** Ghép gan; Chức năng gan; MELD; Child-Pugh; Rối loạn đông máu nặng; PT; APTT; Tiểu cầu.

### SUMMARY

#### ASSOCIATION BETWEEN PRE-TRANSPLANT LIVER FUNCTION AND

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đình Trung

Email: bsngotrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025