

3. **Trần Song Giang, và cộng sự** (2023), "So sánh đặc điểm điện sinh lý học tim ở người bệnh hội chứng Wolff-Parkinson-White có cơn rung nhĩ và không có cơn rung nhĩ", Tạp chí Sinh lý học Việt Nam, 27 (2). 36-44.
4. **Lê Sỹ Hiệu, Trần Song Giang** (2022), "Đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý học tim ở bệnh nhân hội chứng Wolff - Parkinson - White có cơn rung nhĩ", Tạp chí Y học Việt Nam, 509 (2). tr. 192-196.
5. **Chu Dũng Sĩ** (2018), Nghiên cứu giá trị điện tâm đồ bề mặt trong chẩn đoán định khu đường dẫn truyền phụ ở bệnh nhân có hội chứng Wolff - Parkinson - White điển hình, Luận án Tiến sĩ, Học viện Quân Y, Hà Nội.
6. **Phạm Trường Sơn, Phạm Văn Chính** (2022), "Kết quả thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng tần số radio ở các bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2018 đến năm 2020", Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, 17 (1). 1-7.
7. **A. Baranchuk, Krishnan D., Miranda-Arboleda A. F.** (2022), "Accessory pathway location algorithms: Planning invasive procedures in the electrophysiology laboratory", Kardiol. Pol., 80 (1). pp. 3-4.
8. **Hình N. V., Bach D. H., Son P. T.** (2023), "Results of risk stratification and accessory pathway ablation in patients with asymptomatic Wolff - Parkinson - White pattern at 108 Military Central Hospital", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, 17. 1-7.
9. **Zhao L., Li R., Bai L., et al.** (2022), "Successful radiofrequency catheter ablation of Wolff-Parkinson-White syndrome in a patient with dextrocardia: A case report", Front. Cardiovasc. Med., 9. pp. 1006435.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MÔ CỦA PHONG BỀ MẶT PHẪNG GIỮA CƠ LIÊN SƯỜN VÀ CƠ TRÁM TRONG PHẪU THUẬT CẮT PHỔI CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ

Phạm Việt Anh¹, Nguyễn Quốc Kính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ cắt phổi có nội soi hỗ trợ bằng phương pháp phong bề mặt phẳng giữa cơ liên sườn và cơ trâm với Levobupivacain 0,25% 20ml. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được thực hiện trên 60 bệnh nhân có chỉ định cắt thùy phổi/phần thùy phổi có nội soi hỗ trợ từ tháng 12/2024 đến 7/2025 tại Bệnh viện K. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm 1 (có phong bề RIPB và sử dụng IV-PCA) và nhóm 2 (IV-PCA đơn thuần). Các chỉ số theo dõi gồm VAS khi nghỉ, vận động, ho và nhu cầu sử dụng morphin sau phẫu thuật. **Kết quả:** Hiệu quả giảm đau ở Nhóm 1 tốt hơn đáng kể: Điểm VAS ở Nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở hầu hết các thời điểm đánh giá khi nghỉ, vận động và ho ($p < 0.05$). Tổng liều morphin tiêu thụ Nhóm 1 sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể trong 24 giờ (4.0 ± 2.4 mg vs 23.7 ± 9.2 mg, $p < 0.001$) và 48 giờ (13.6 ± 3.8 mg vs 36.8 ± 11.7 mg, $p < 0.001$). Thời gian đến khi cần liều morphin cứu hộ đầu tiên ở Nhóm 1 lâu hơn rất nhiều (12.2 ± 5.5 giờ vs 0.3 ± 0.2 giờ, $p < 0.001$). **Kết luận:** Phong bề mặt phẳng giữa cơ liên sườn và cơ trâm là một kỹ thuật giảm đau hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân cắt phổi có nội soi hỗ trợ. Kỹ thuật này giúp giảm đáng kể mức tiêu thụ morphin, cải thiện chất lượng giảm đau và an toàn, ít tác dụng phụ. Phương pháp này đem tới cho các bác sĩ gây mê một lựa chọn bổ sung trong giảm đau đa mô thức chu

phẫu. **Từ khóa:** Rhomboid Intercostal Plane Block, phẫu thuật cắt phổi, VATS, giảm đau

SUMMARY

POSTOPERATIVE ANALGESIC EFFICACY OF RHOMBOID INTERCOSTAL PLANE BLOCK IN VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR PULMONARY RESECTION

Objective: Evaluation of Postoperative Analgesic Efficacy of Rhomboid Intercostal Plane Block (RIPB) with 20ml of 0.25% Levobupivacaine in Patients Undergoing Video-Assisted Thoracoscopic (VATS) Pulmonary Resection. **Subjects and Methods:** A randomized controlled clinical study was conducted on 60 patients indicated for video-assisted lobectomy/segmentectomy from December 2024 to July 2025 at K Tan Trieu Hospital. Patients were divided into two groups: Group 1 (with RIPB block and IV-PCA) and Group 2 (only IV-PCA). Monitored parameters included VAS scores at rest, during movement, coughing, and postoperative morphine requirements. **Results:** Pain relief efficacy in Group 1 was significantly superior: VAS scores in Group 1 were statistically significantly lower at most evaluation time points during rest, movement, and coughing ($p < 0.05$). Total postoperative morphine consumption in Group 1 was significantly lower at 24 hours (4.0 ± 2.4 mg vs 23.7 ± 9.2 mg, $p < 0.001$) and 48 hours (13.6 ± 3.8 mg vs 36.8 ± 11.7 mg, $p < 0.001$). The time to the first rescue morphine dose in Group 1 was markedly longer (12.2 ± 5.5 hours vs 0.3 ± 0.2 hours, $p < 0.001$). **Conclusion:** The rhomboid intercostal plane block is an effective and safe pain relief technique for patients undergoing video-assisted lung resection. This method significantly reduces morphine consumption, improves the quality of pain relief, and is safe with minimal side effects. It provides

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Việt Anh

Email: phamvietanh245@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025

anesthesiologists with an additional option for multimodal perioperative pain management.

Keywords: Rhomboid Intercostal Plane Block, lung resection surgery, VATS, pain relief

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lồng ngực đặc biệt là cắt nhu mô phổi vì các bệnh lý u lành tính hoặc ác tính, là một trong những loại phẫu thuật gây đau đớn nhiều cho bệnh nhân. Cơn đau cấp tính sau mổ không chỉ gây khó chịu, ảnh hưởng tiêu cực đến trải nghiệm của người bệnh mà còn là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến hàng loạt các biến chứng nghiêm trọng đặc biệt là về hô hấp, tim mạch¹, và gây ra hội chứng đau mạn tính sau mổ².

Chiến lược giảm đau đa mô thức từ đó đã ra đời và trở thành tiêu chuẩn mới trong giảm đau sau mổ. Trong chiến lược giảm đau đa phương thức cho phẫu thuật lồng ngực, các kỹ thuật gây tê vùng đóng vai trò trung tâm. Gây tê ngoài màng cứng lồng ngực từ lâu đã được coi là "tiêu chuẩn vàng" nhờ hiệu quả giảm đau tuyệt vời³. Tuy nhiên, đây là một kỹ thuật tiềm ẩn những nguy cơ biến chứng nguy hiểm như tụ máu ngoài màng cứng, tổn thương thần kinh, tụt huyết áp do phong bế giao cảm hai bên. Gây tê cạnh sống (Paravertebral Block - PVB) cũng là một lựa chọn hiệu quả, nhưng vẫn có nguy cơ gây tràn khí màng phổi và cũng tương đối khó thực hiện⁴.

Một kỷ nguyên mới mở ra với sự ra đời của các kỹ thuật gây tê mặt phẳng dưới siêu âm Phong bế mặt phẳng giữa cơ liên sườn và cơ trám (Rhomboid Intercostal Plane Block - RIPB) là kỹ thuật mới được Elsharkawy và cộng sự mô tả lần đầu vào năm 2016⁵. Kỹ thuật này bao gồm việc tiêm thuốc tê vào mặt phẳng sâu giữa cơ trám và cơ liên sườn, cho phép thuốc lan tỏa vào các khoang liên sườn, từ đó phong bế các nhánh bụng của dây thần kinh đốt sống và các dây thần kinh liên sườn.

Tuy nhiên, do là một kỹ thuật mới, các dữ liệu lâm sàng về hiệu quả và tính an toàn của RIPB tại Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ cắt phổi có nội soi hỗ trợ bằng phương pháp phong bế mặt phẳng giữa cơ liên sườn và cơ trám với Levobupivacain 0,25% 20ml.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được thực hiện trên 60 bệnh nhân có chỉ định cắt thùy phổi/phân thùy phổi có nội soi hỗ trợ từ tháng 12/2024 đến 7/2025 tại Bệnh viện K.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ

16 tuổi, ASA I–III, có chỉ định mổ cắt phổi có nội soi hỗ trợ, mổ theo chương trình và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có đau mạn tính/dùng thuốc họ opioid trước mổ, rối loạn tâm thần, mẫn cảm với thuốc tê trong nghiên cứu, bất thường về cột sống.

2.1.3. Tiêu chuẩn rút khỏi nghiên cứu: Bệnh nhân có tai biến trong phẫu thuật, thở máy sau mổ kéo dài, mổ lại vì bất kỳ lý do gì.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

- Địa điểm: Khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức – Bệnh viện K.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025.

2.2.2. Cỡ mẫu. 60 bệnh nhân chia thành hai nhóm (n=30) ngẫu nhiên

Nhóm 1: Gây tê RIPB sau mổ bằng 20ml Levobupivacain 0,25% + PCA tĩnh mạch.

Nhóm 2: PCA tĩnh mạch đơn thuần.

2.2.3. Trình tự tiến hành

Chuẩn bị trước mổ: Tất cả bệnh nhân được thăm khám tiền mê, giải thích về quy trình nghiên cứu, về thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale) và cách sử dụng máy PCA.

Tại phòng mổ:

* Quy trình gây mê chuẩn hóa cho cả 2 nhóm. Khởi mê bằng fentanyl 2 mcg/kg, propofol 2-2,5 mg/kg, giãn cơ rocuronium 0,6-0,8 mg/kg. Đặt nội khí quản 2 nồng, duy trì mê bằng sevoflurane, thông khí một phổi được tiến hành trong quá trình phẫu thuật.

* Thoát mê: - Ngừng bổ sung fentanyl trước kết thúc mổ 20 phút, rocuronium trước kết thúc mổ 30 phút. Ngừng sử dụng thuốc mê bốc hơi.

- Rút ống nội khí quản khi đủ điều kiện.

Thực hiện gây tê RIPB đối với BN nhóm 1:

- Bệnh nhân sau khi đóng ngực được tiến hành gây tê ở tư thế nằm nghiêng. Sử dụng máy siêu âm có đầu dò thẳng, đặt dọc đầu dưới của bờ trong xương bả vai ngang mức móm gai đốt sống T5. Xác định các cấu trúc giải phẫu: cơ thang, cơ trám lớn, cơ liên sườn và các xương sườn.

- Sử dụng kỹ thuật "in-plane", một kim gây tê vùng 22G, dài 50mm được đưa từ hướng trên xuống dưới, xuyên qua cơ thang và cơ trám. Đầu kim được đặt vào mặt phẳng giữa cơ trám và cơ liên sườn ngoài.

- Sau khi hút kiểm tra không có máu hoặc khí, 20ml levobupivacain 0.25% được tiêm từ từ vào mặt phẳng này. Sự lan tỏa của thuốc tê được quan sát trực tiếp trên màn hình siêu âm.

2.3. Chỉ tiêu đánh giá

- Điểm đau theo thang VAS được đánh giá sau khi rút ống tại 9 thời điểm trong ba tình huống: lúc nghỉ ngơi, khi vận động (giơ tay bên mổ) và khi ho.

- Tổng liều morphin tiêu thụ được khi nhận tại các thời điểm 24 giờ và 48 giờ sau mổ.

- Thời gian từ khi BN tỉnh lại tới khi cần dùng liều morphin giải cứu đầu tiên.

- Số lần bệnh nhân yêu cầu morphin nhưng không được đáp ứng.

- Ngoài ra các yếu tố về đặc điểm chung của bệnh nhân, yếu tố thời gian gây mê, phẫu thuật, rút ống NKQ, tác dụng không mong muốn cũng như biến động huyết động khi gây tê cũng được đánh giá trong nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng SPSS 26.0; kiểm định t-test, Mann-Whitney, Chi-squared. Ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung****Bảng 3.1. Đặc điểm liên quan đến bệnh nhân**

Nhóm		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Đặc điểm				
Giới (n-%)	Nam	18 (60%)	22 (73.3%)	>0.05
	Nữ	12 (40%)	8 (26.7%)	
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	60.9 $\pm$ 7.8 (40 - 73)	58.9 $\pm$ 9.3 (35 - 76)	>0.05
Chiều cao (cm)	$\bar{X} \pm SD$	160.3 $\pm$ 5.8	162.5 $\pm$ 6.4	>0.05
Cân nặng (kg)	$\bar{X} \pm SD$	56.6 $\pm$ 9.1	56.9 $\pm$ 7.8	>0.05
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	22.0 $\pm$ 3.1	24.5 $\pm$ 2.1	>0.05
ASA	I	11 (36.7%)	16 (53.3%)	>0.05
	II	18 (60%)	13 (43.3%)	
	III	1 (3.3%)	1 (3.3%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, phân loại ASA.

Bảng 3.2. Thời gian gây mê, phẫu thuật

Nhóm		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Thời gian (phút)				
Thời gian gây mê	$\bar{X} \pm SD$ (Min- Max)	115.5 $\pm$ 19.7 (75 - 170)	119.6 $\pm$ 23.6 (90 - 185)	>0.05
Phẫu thuật	$\bar{X} \pm SD$ (Min- Max)	98.8 $\pm$ 19.8 (62 - 155)	102.0 $\pm$ 23.3 (70 - 170)	>0.05
Thông khí 1 phổi	$\bar{X} \pm SD$ (Min- Max)	81.6 $\pm$ 19.4 (45 - 132)	83.4 $\pm$ 22.5 (50 - 150)	>0.05
Thời gian rút NKQ	$\bar{X} \pm SD$ (Min- Max)	14.7 $\pm$ 3.9 (7.1 - 23.2)	17.0 $\pm$ 4.1 (9.2 - 25.0)	<0.05

Nhận xét: Thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật và thời gian thông khí một phổi ở hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể ($p > 0.05$). Tuy nhiên, thời gian rút nội khí quản ở Nhóm 1 (14.7 $\pm$ 3.9 phút) ngắn hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với Nhóm 2 (17.0 $\pm$ 4.1 phút) ($p < 0.05$).

Bảng 3.3. Propofol, fentanyl và rocuronium tiêu thụ

Nhóm		Nhóm 1 ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm 2 ($\bar{X} \pm SD$)	p
Lượng thuốc tiêu thụ				
Tổng liều propofol (mg)		107.7 $\pm$ 27.4	114.7 $\pm$ 26.0	>0.05
Tổng liều fentanyl (mcg)		190.0 $\pm$ 7.7	188.3 $\pm$ 6.4	>0.05
Tổng liều rocuronium (mg)		77.7 $\pm$ 12.8	88.3 $\pm$ 14.6	<0.05

Nhận xét: Tổng liều propofol và fentanyl tiêu thụ trong mổ giữa hai nhóm không có sự khác biệt nhiều ($p > 0.05$). Tổng liều thuốc giãn cơ rocuronium sử dụng ở Nhóm 1 (77.7 $\pm$ 12.8 mg) thấp hơn so với Nhóm 2 (88.3 $\pm$ 14.6 mg) ($p < 0.05$).

Bảng 3.4. Liều morphin dùng trong vòng 48 giờ sau phẫu thuật

Nhóm		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Liều morphin				
Tổng liều 24h (mg)	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	4.0 $\pm$ 2.4 (0 - 11)	23.7 $\pm$ 9.2 (8 - 45)	<0.001
Tổng liều 48h (mg)	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	13.6 $\pm$ 3.8 (6 - 24)	36.8 $\pm$ 11.7 (15-62)	<0.001
Thời gian từ sau mổ đến liều morphin giải cứu đầu tiên (giờ)	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	12.2 $\pm$ 5.5 (2.0-26.1)	0.3 $\pm$ 0.2 (0.05-0.95)	<0.001
Số lần yêu cầu morphin không được đáp ứng	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	1.2 $\pm$ 1.3 (0 - 5)	3.1 $\pm$ 1.9 (0 - 7)	<0.01

Nhận xét: Tổng liều morphin tiêu thụ trong 24 giờ đầu tiên ở Nhóm 1 (4.0 $\pm$ 2.4 mg) thấp

hơn nhiều so với Nhóm 2 (23.7 ± 9.2 mg) ($p < 0.001$). Tương tự tổng liều morphin trong 48 giờ ở Nhóm 1 (13.6 ± 3.8 mg) cũng thấp hơn rất nhiều so với Nhóm 2 (36.8 ± 11.7 mg) ($p < 0.001$). Thời gian từ sau mổ đến khi cần dùng liều morphin cứu hộ đầu tiên ở Nhóm 1 (12.2 ± 5.5 giờ) dài hơn nhiều so với Nhóm 2 (0.3 ± 0.2 giờ) ($p < 0.001$). Số lần bệnh nhân yêu cầu morphin không được đáp ứng (do trong thời gian khóa) ở Nhóm 1 (1.2 ± 1.3 lần) cũng ít hơn so với Nhóm 2 (3.1 ± 1.9 lần) ($p < 0.01$).

Bảng 3.5. Điểm VAS khi nghỉ

Thời gian	Nhóm 1	Nhóm 2	p
H0	2.40 ± 1.19	4.00 ± 0.74	<0.001
H1	1.67 ± 0.92	3.63 ± 0.89	<0.001
H2	1.70 ± 0.65	3.03 ± 0.89	<0.001
H4	1.20 ± 0.80	2.60 ± 0.72	<0.001
H8	1.47 ± 0.78	2.47 ± 0.63	<0.001
H12	1.53 ± 0.78	2.53 ± 0.78	<0.001
H24	1.67 ± 0.76	2.43 ± 0.57	<0.001
H36	1.30 ± 0.80	2.33 ± 0.76	<0.001
H48	1.40 ± 0.97	2.30 ± 0.79	<0.001

Nhận xét: Tại tất cả các thời điểm đánh giá từ H0 đến H48, điểm VAS trung bình của Nhóm 1 luôn thấp hơn đáng kể so với Nhóm 2 ($p < 0.001$ cho tất cả các thời điểm).

Bảng 3.6. Điểm VAS khi vận động

Thời gian	Nhóm 1	Nhóm 2	p
H0	2.93 ± 0.74	4.30 ± 0.60	<0.001
H1	2.37 ± 0.56	3.77 ± 0.57	<0.001
H2	1.87 ± 0.63	3.37 ± 0.56	<0.001
H4	1.73 ± 0.98	2.67 ± 0.71	<0.001
H8	1.5 ± 0.90	2.70 ± 0.70	<0.001
H12	1.7 ± 0.60	2.80 ± 0.61	<0.001
H24	2.17 ± 0.65	2.73 ± 0.58	<0.01
H36	2.23 ± 0.57	2.60 ± 0.68	<0.05
H48	1.80 ± 0.67	2.53 ± 0.57	<0.001

Nhận xét: Tương tự như khi nghỉ, điểm VAS khi vận động ở Nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với Nhóm 2 ở tất cả các thời điểm khảo sát ($p < 0.05$).

Bảng 3.7. Điểm VAS khi ho

Thời gian	Nhóm 1	Nhóm 2	p
H0	3.63 ± 0.77	4.67 ± 0.84	<0.001
H1	3.13 ± 0.68	4.20 ± 0.76	<0.001
H2	2.93 ± 0.87	3.53 ± 0.82	<0.01
H4	2.57 ± 0.68	3.23 ± 0.86	<0.001
H8	2.33 ± 0.76	3.00 ± 0.70	<0.01
H12	2.43 ± 0.63	3.00 ± 0.87	<0.01
H24	2.73 ± 0.64	3.03 ± 0.72	>0.05
H36	2.60 ± 0.72	2.87 ± 0.73	>0.05
H48	2.43 ± 0.50	2.93 ± 0.58	<0.01

Nhận xét: Điểm VAS khi ho của Nhóm 1 cũng thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê ở

hầu hết các thời điểm từ H0 đến H12 và tại H48 ($p < 0.01$).

Bảng 3.8. Tác dụng không mong muốn

Nhóm	Nhóm 1	Nhóm 2	p
TDKMM	Số BN (n-%)	Số BN (n-%)	
Buồn nôn/Nôn	1 (3.3%)	3 (10%)	>0.05
Ngứa	0	0	
Bí đại	2 (6.7%)	2 (6.7%)	
Run	0	0	

Nhận xét: Tỷ lệ tác dụng không mong muốn trong 48 giờ sau mổ rất thấp ở cả hai nhóm ($p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm 1 là 60.90 ± 7.8 và nhóm 2 là 58.93 ± 9.3 . Cân nặng trung bình ở nhóm 1 là 56.6 ± 9.1 kg và nhóm 2 là 56.9 ± 7.8 kg. Chỉ số BMI tương ứng là 22.0 ± 3.1 và 24.5 ± 2.1 . Các giá trị p đều > 0.05 cho thấy sự khác biệt không đáng kể giữa hai nhóm, từ đó giúp loại trừ ảnh hưởng của thể trạng, tuổi tác đến được động học của thuốc mê và cảm nhận đau sau mổ.

Thời gian gây mê ở nhóm 1 là 115.5 ± 19.7 phút, trong khi nhóm 2 là 119.06 ± 23.6 phút, thời gian phẫu thuật trung bình lần lượt là 98.8 ± 19.8 phút và 102.0 ± 23.3 phút, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thời gian rút nội khí quản ở nhóm 1 ngắn hơn một chút với nhóm 2 (14.7 ± 3.9 phút vs 17.0 ± 4.1 phút). Điều này có thể giải thích bởi lượng rocuronium tiêu thụ trong mổ của nhóm 1 ít hơn, BMI trung bình cũng thấp hơn, từ đó yêu cầu về thuốc giãn cơ để duy trì điều kiện lý tưởng cho phẫu thuật có thể thấp hơn nhóm 2.

4.2. Hiệu quả giảm đau sau mổ. Chất lượng giảm đau được thể hiện rõ qua điểm VAS. Tại tất cả các thời điểm và trong mọi tình huống (nghỉ, vận động, ho), nhóm RIPB đều có điểm đau thấp hơn đáng kể. Đặc biệt, hiệu quả giảm đau khi vận động và ho (giảm đau động) là cực kỳ quan trọng. Bằng cách giảm đau hiệu quả trong các hoạt động này, RIPB giúp bệnh nhân có thể hợp tác tốt hơn với các bài tập vật lý trị liệu hô hấp, ho khạc hiệu quả để tổng xuất đờm dãi, từ đó giảm nguy cơ xẹp phổi và viêm phổi – những biến chứng thường gặp và nguy hiểm nhất sau loại phẫu thuật này¹.

Ngoài ra nghiên cứu cho thấy khả năng tiết kiệm morphin một cách ấn tượng khi có phong bế RIPB. Lượng morphin tiêu thụ ở nhóm RIPB trong 24 giờ đầu chỉ bằng khoảng 17% so với nhóm chứng (4.0 mg vs 23.7 mg). Hiệu quả này

vẫn duy trì ở thời điểm 48 giờ, với lượng morphin tiêu thụ chỉ bằng 37% (13.6 mg vs 36.8 mg). Đây là một mức giảm cực kỳ có ý nghĩa, không chỉ về mặt thống kê mà còn về mặt lâm sàng. Việc giảm thiểu sử dụng opioid giúp hạn chế hàng loạt tác dụng phụ của nó, từ đó thúc đẩy quá trình phục hồi sớm. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Onishi (2020) và Chen (2022), trong đó nhóm RIPB cũng cho thấy mức tiêu thụ fentanyl sau mổ thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng trong phẫu thuật vú và phẫu thuật VATS^{6,7}.

Thời gian đến khi cần liều morphin giải cứu đầu tiên ở nhóm RIPB kéo dài hơn 12 giờ, trong khi nhóm chứng cần giảm đau gần như ngay lập tức sau khi tỉnh. Điều này cho thấy RIPB cung cấp một nền giảm đau ổn định và kéo dài, giúp bệnh nhân trải qua giai đoạn hậu phẫu sớm một cách nhẹ nhàng hơn⁵.

4.3. Tác dụng không mong muốn. Việc thực hiện block khác với như tê ngoài màng cứng hay cạnh sống không gây ra bất kỳ thay đổi huyết động đáng kể nào⁴. Điều này làm cho RIPB trở thành lựa chọn tốt cho cả những bệnh nhân có bệnh lý nền tim mạch. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn như buồn nôn, nôn, bí tiểu hay biến chứng gây tê đều rất thấp cho thấy đây là một kỹ thuật an toàn.

V. KẾT LUẬN

Phong bế mặt phẳng giữa cơ liên sườn và cơ trám (RIP block) là một kỹ thuật giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật cắt phổi có nội soi hỗ trợ. Kỹ thuật này cung cấp chất lượng giảm đau tốt so với việc chỉ dùng opioid toàn thân, giúp giảm đáng kể mức tiêu thụ morphin sau mổ.

RIPB là một kỹ thuật an toàn, có tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp. Đây là một kỹ thuật dễ thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm. Nên đưa kỹ thuật phong bế RIP vào giảm đau đa mô thức cùng với các phương pháp gây tê vùng để giảm đau cho phẫu thuật vùng ngực để thúc đẩy quá trình hồi phục sớm cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gerner, P. (2008). Post-thoracotomy pain management problems. *Anesthesiology clinics*, 26(2), 355-367.
2. Bayman, E. O., Parekh, K. R., & Keech, J. (2017). A prospective study of chronic pain after thoracic surgery. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 126(5), 938-951.
3. Joshi, G. P., Bonnet, F., Shah, R., Wilkinson, R. C., Camu, F., Fischer, B.,... & PROSPECT collaboration. (2008). A systematic review of randomized trials evaluating regional techniques for postthoracotomy analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 107(3), 1026-1040.
4. Cook, T. M., Counsell, D., Wildsmith, J. A. W., & Royal College of Anaesthetists. (2009). Major complications of central neuraxial block: report on the Third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. *British journal of anaesthesia*, 102(2), 179-190.
5. Elsharkawy, H., Ince, I., Hamadnalla, H., Drake, B., & El-Boghdady, K. (2016). The rhomboid intercostal and subscapular plane block: a case series. *Canadian Journal of Anesthesia/ Journal canadien d'anesthésie*, 63(10), 1214-1215.
6. Onishi, E., Kamekura, N., & Fujii, H. (2020). Efficacy of rhomboid intercostal and subscapular plane block for video-assisted thoracoscopic surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of clinical anesthesia*, 62, 109709.
7. Chen R, Su S, Shu H. Efficacy and safety of rhomboid intercostal block for analgesia in breast surgery and thoracoscopic surgery: a meta-analysis. *BMC Anesthesiol*. 2022;22(1):71.

KẾT QUẢ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG BÌNH XỊT ĐỊNH LIỀU CÓ BUỒNG ĐỆM BẰNG VIDEO CHO NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 5 TUỔI MẮC HEN PHẾ QUẢN

Dương Thị Thuý^{1,2}, Lê Nguyễn Thanh Nhân³, Trần Thuý Khánh Linh¹

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi đồng 2

³Bệnh viện Nhi đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thuý Khánh Linh

Email: thuykhanhlinhtran@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

Đặt vấn đề: Video hướng dẫn là phương tiện trực quan, dễ tiếp cận, giúp người chăm sóc (NCS) nắm vững kỹ thuật sử dụng bình xịt định liều có buồng đệm (BXĐL-BĐ), từ đó nâng cao hiệu quả kiểm soát hen phế quản (HPQ) ở trẻ. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của hình thức này đối với kiến thức và thực hành của NCS trẻ dưới 5 tuổi mắc HPQ. **Mục tiêu:** So sánh kiến thức và thực hành của NCS trước và sau một tháng tham gia chương trình hướng dẫn qua video về sử dụng BXĐL-BĐ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu lượng giá trước sau trên NCS trẻ HPQ dưới 5 tuổi đến khám tại phòng khám hen - Bệnh viện Nhi