

kém (≥ 31 dB) giảm từ 13,3% còn 6,7%. Vì trước phẫu thuật trung bình giá trị ABG chỉ có 18.62 ± 10.40 dB nên sau phẫu thuật giữ được ở mức 16.67 ± 9.43 dB đã đạt mức kết quả tốt. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Holt J.J (85% ABG ≤ 20 dB).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở thượng nhĩ có bảo tồn chuỗi xương con là phẫu thuật can thiệp tối thiểu và vùng bệnh tích thượng nhĩ ngoài, đảm bảo lấy triệt để bệnh tích đồng thời bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu của hệ truyền âm góp phần duy trì và cải thiện sức nghe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Austin D.F.** Chronic ear disease. Disease of Nose, Throat, Ear, Head and Neck.
2. **Hồ Lê Hoài Nhân** (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở thượng nhĩ - sào bào đường xuyên ống tai trong viêm tai giữa mạn tính khu trú. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Ngọc Hoàng Long**, (2022). Nghiên cứu về giải phẫu vùng eo nhĩ và ứng dụng trong điều trị viêm tai giữa mạn tính lỗ màng chũm. Luận

- án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Bae M.R., Kang W.S., và Chung J.W.** (2019). Comparison of the Clinical Results of Attic Cholesteatoma Treatment: Endoscopic Versus Microscopic Ear Surgery. Clin Exp Otorhinolaryngol, 12(2), 156–162.
 5. **Lê Hồng Anh** (2002). Nghiên cứu hình thái lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm thượng nhĩ. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
 6. **Võ Tân** (1991). Tai Mũi Họng thực hành. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
 7. **Cao Minh Thành** (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm tai giữa mạn tính tổn thương xương con và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình xương con. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
 8. **Nguyễn Thị Diệp Anh** (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiết cận xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm. Luận văn Tiến Sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 9. **Nguyễn Thị Tố Uyên** (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiết cận xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm. Luận văn Tiến Sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 10. **Cao Minh Thành** (2012). Đánh giá kết quả tạo hình xương thượng nhĩ. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, tập 7 số 2, tr 112-116.

KẾT QUẢ VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU BẰNG GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG ĐOẠN CÙNG Ở BỆNH NHÂN SAU MỔ CẮT TRĨ LONGO NĂM 2024

Phạm Xuân Hùng¹, Nguyễn Thị Nga¹, Trần Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt trĩ là nguyên nhân gây đau sau mổ từ trung bình đến nặng. Các phương pháp giảm đau thường áp dụng sau mổ cắt trĩ (đường toàn thân, đường tủy sống, ngoài màng cứng) thường hiệu quả giảm đau không đầy đủ và nhiều tác dụng không mong muốn. Gây tê mặt phẳng cột sống đoạn cùng (ESP cùng) là một kỹ thuật mới được giới thiệu và cho thấy nhiều hứa hẹn trong các thủ thuật phẫu thuật khác nhau. **Mục tiêu:** Thử nghiệm lâm sàng mô tả hàng loạt ca bệnh nhằm đánh giá tác dụng giảm đau của gây tê ESP cùng và các tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật cắt trĩ Longo. **Phương pháp:** 30 bệnh nhân chỉ định gây tê tủy sống để phẫu thuật cắt trĩ Longo. Sau mổ được gây tê ESP cùng dưới hướng dẫn siêu âm và giảm đau đa mô thức. Thang điểm đau (VAS) đánh giá ở trạng thái nghỉ ngơi và vận

động trong 24 giờ được sử dụng làm thước đo kết quả chính. Các thước đo kết quả phụ là liều fentanyl tích lũy, số lượng bệnh nhân cần dùng thuốc giảm đau cấp cứu sau phẫu thuật và chất lượng phục hồi QoR-15 chất lượng phục hồi. Ngoài ra so sánh các tác dụng không mong muốn của 2 nhóm trên: buồn nôn và nôn, bí tiểu, ngứa. **Kết quả:** Điểm VAS trung bình của nhóm gây tê ESP cùng tại các thời điểm trong 24 giờ đầu luôn thấp hơn 4. Ít bệnh nhân trong nhóm đối chứng cần giảm đau cấp cứu. Liều dùng fentanyl sau 24 giờ đầu tiên sau phẫu thuật ở nhóm gây tê ESP cùng thấp. Hơn nữa, QoR-15 ở nhóm gây tê ESP cùng cao. **Kết luận:** Gây tê ESP cùng là một phương pháp hiệu quả để kiểm soát đau sau phẫu thuật cắt trĩ Longo, giảm nhu cầu dùng opioid và cải thiện khả năng phục hồi của bệnh nhân. **Từ khóa:** cắt trĩ Longo, thang điểm VAS, QoR-15T, gây tê mặt phẳng cơ dựng sống cùng, tác dụng không mong muốn

SUMMARY

RESULTS AND ADVERSE EFFECTS OF PAIN RELIEF BY CONSTRUCTING THE SACRAMENTAL VERTEBRATE PLANE ANESTHESIA IN PATIENTS AFTER LONGO HEMORRHOIDECTOMY IN 2024

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Hùng

Email: pxhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Background: Hemorrhoidectomy is a cause of moderate to severe postoperative pain. Commonly used analgesics after hemorrhoidectomy (systemic, spinal, epidural) are often inadequate in providing pain relief and have many adverse effects. Sacral spinal plane block (ESP) is a newly introduced technique that has shown promise in various surgical procedures.

Objective: A clinical trial describing a series of cases aimed to evaluate the analgesic effect of sacral ESP and adverse effects after Longo hemorrhoidectomy.

Subjects and Methods: Thirty patients underwent spinal anesthesia for Longo hemorrhoidectomy. Postoperatively, ESP anesthesia was performed under ultrasound guidance and multimodal analgesia. Visual analog scale (VAS) pain score at rest and at 24 hours of activity was used as the primary outcome measure. Secondary outcome measures were cumulative fentanyl dose, number of patients requiring postoperative rescue analgesia, and QoR-15 quality of recovery. In addition, adverse events were compared between the two groups: nausea and vomiting, urinary retention, and itching. **Results:** The mean VAS scores of the ESP group at all time points in the first 24 hours were always lower than 4. Few patients in the control group required emergency analgesia. Fentanyl dosage in the first 24 hours after surgery was low in the ESP group. Furthermore, QoR-15 in the ESP group was high. **Conclusion:** ESP anesthesia is also an effective method for pain control after Longo hemorrhoidectomy, reducing opioid requirements and improving patient recovery. **Keywords:** Longo hemorrhoidectomy, VAS score, QoR-15T, erector spinae plane anesthesia, adverse effects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật cắt trĩ là một mối quan tâm lớn của bệnh nhân, trên 80% bệnh nhân bị đau từ trung bình đến nặng. Mức độ đau tăng cao này làm tăng nguy cơ biến chứng: xẹp phổi, huyết khối, thiếu máu cơ tim, bí tiểu và táo bón [1]. Hai vấn đề chính chưa được giải quyết sau phẫu thuật là đau sau phẫu thuật và bí tiểu. Ngoài việc cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân, việc kiểm soát cơn đau còn làm giảm tình trạng bí tiểu và táo bón, đặc biệt là trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật [2]. Nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng, ngay cả khi điều trị bằng thuốc giảm đau, 20% đến 40% bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt trĩ vẫn bị đau nặng sau phẫu thuật [3]. Các loại thuốc giảm đau toàn thân thường được sử dụng: thuốc chống viêm không steroid (NSAID), acetaminophen và opioid, mức độ giảm đau không đầy đủ và có nhiều tác dụng không mong muốn: chóng mặt, buồn nôn, nôn, táo bón. Với phong bế thần kinh then hai bên có tác dụng giảm đau sau phẫu thuật có ý nghĩa, nhưng có thách thức về kỹ thuật [4], có nguy cơ biến chứng: hình thành khối máu tụ, tổn thương dây thần kinh ngồi và có thể thủng trực tràng [5].

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) được

mô tả bởi Ferero (2018), là phương pháp gây tê mặt phẳng liên cân được thực hiện ở mức ngực trên để giảm đau do bệnh lý thần kinh [6]. Sau đó, gây tê ESP được áp dụng giảm đau cho các phẫu thuật lồng ngực (cắt bỏ vú, phẫu thuật nội soi lồng ngực và phẫu thuật tim). Một số nghiên cứu gần đây về gây tê ESP cũng đã chứng minh tính hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật vùng sinh dục và hậu môn, cơ chế do kiểm soát cơn đau rễ thần kinh ở mức L5-S1.

Chúng tôi là thực hiện gây tê ESP cùng sau phẫu thuật cắt trĩ Longo nhằm các mục tiêu sau:

1. Nhận xét kết quả giảm đau sau mổ cắt trĩ Longo của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống đoạn cùng tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2024

2. Mô tả tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống đoạn cùng ở đối tượng trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Nghiên cứu đã nhận được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức nghiên cứu lâm sàng tại Bệnh viện đại học Y Hải Phòng. Được sự đồng ý của tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Tổng số 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trĩ Longo đã đưa vào nhóm nghiên cứu. Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân: độ tuổi trên 18 và tình trạng ASA từ 1 đến 2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 18 tuổi, đang mang thai, đang điều trị bằng thuốc chống đông và bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc gây tê đều bị loại khỏi nghiên cứu.

Các bệnh nhân được theo dõi tiêu chuẩn trong phẫu thuật: điện tâm đồ, theo dõi huyết áp không xâm lấn và đo độ bão hòa oxy ngoại vi. Truyền dịch Ringerlactat tốc độ 15 mL/kg/h. Bệnh nhân được gây tê tùy sống cho phẫu thuật, ở tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng. Vị trí gây tê tùy sống ở L3-L4 hoặc L4-L5 với 6 mg bupivacain hydrochloride 0,5%.

Sau phẫu thuật cắt trĩ Longo, các bệnh nhân được gây tê ESP cùng với đầu dò siêu âm tuyến tính tần số cao (Mindray D10, China) quét mặt phẳng cắt ngang, xác định mỏm gai L5, di chuyển xuống dưới thấy các mỏm xương cùng S1 và S2. Sau đó, xoay đầu dò theo mặt phẳng đứng dọc cách mỏm xương cùng S2 khoảng 3-4 cm để quan sát mỏm giữa xương cùng, kim gây tê 80 mm cỡ 21 (Stimuplex^(R) B-Braun, Đức) đưa vào trong mặt phẳng cân một góc 30°-40° theo hướng từ đầu đến chân, khi kim chạm vào đến mỏm giữa xương cùng, bơm với 2-3 mL NaCl 0,9% xác định đúng vị trí đầu kim (thấy hình

ảnh của nhịp thở khi bơm nước), tiêm 20 mL Levobupivacain 0,25% vào trong mắt phẳng cơ dựng sống và mào giữa xương cùng. Thủ thuật tương tự được thực hiện ở phía đối diện. Các bệnh nhân sau đó được chuyển đến phòng điều trị. Tại phòng điều trị duy trì bằng giảm đau da mô thức paracetamol 1g x 8h/lần và voltaren 100mg đặt hậu môn.

Mỗi bệnh nhân được đánh giá thang điểm VAS khi nghỉ (VAS-N) và VAS khi vận động (VAS-VĐ): 0 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 12 và 24 giờ sau gây tê ESP. Khi điểm VAS ≥ 4 , fentanyl tĩnh mạch (0,05 mg) được dùng làm thuốc giảm đau cấp cứu. Đánh giá các tác dụng không mong muốn: Bí tiểu theo các mức độ (0 = không, 1 = nhẹ, 2 = trung bình, 3 = nặng) để đánh giá mức độ bí tiểu các thời điểm.

Mức độ nghiêm trọng của buồn nôn được bệnh nhân đánh giá theo thang điểm 4 (không, nhẹ, trung bình và nặng).

Các thông số sau được ghi lại trong 24 giờ đầu tiên: điểm VAS tại mỗi thời điểm; tổng lượng fentanyl tiêu thụ sau phẫu thuật; yêu cầu giảm đau cứu hộ; tỷ lệ buồn nôn và nôn, tỷ lệ bí tiểu và các biến chứng liên quan đến gây tê ESP cùng.

Chất lượng phục hồi (Quality of recovery-QoR) là thước đo tình trạng sức khỏe của bệnh nhân sau phẫu thuật. Nó bao gồm 5 vấn đề của sức khỏe: đau, sự thoải mái về thể chất, sự độc lập về thể chất, hỗ trợ tâm lý, sức khỏe tinh thần và trạng thái cảm xúc. Thang đo QoR-15 là một bảng câu hỏi được phát triển bởi Stark và cộng sự năm 2013 nhằm đo lường chất lượng phục hồi sau phẫu thuật và gây mê. Thang đo này là phiên bản rút gọn của thang đo QoR - 40 đã được sử dụng rộng rãi và xác nhận như là thước đo chất lượng phục hồi sau phẫu thuật Bộ công cụ QoR-15 có đặc tính tương đương như QoR-40, nhưng khả thi hơn khi sử dụng. Thời gian cần thiết để hoàn thành điểm QoR-15 là khoảng 2,6 phút so với QoR-40 là 10 phút. Tại Việt Nam, phiên bản tiếng Việt QoR=15 được chuẩn hóa bởi tác giả Nguyễn Thị Thu Trang với độ tin cậy của thang đo là 0,09 [7].

Bộ công cụ QoR-15 gồm 15 câu hỏi, đánh giá trên 5 lĩnh vực mục và chỉ định điểm từ 0 đến 150, Chất lượng phục hồi được phân làm 4 mức độ: Rất tốt (điểm QoR từ 136-150), , Rất tốt (điểm QoR từ 136-150), Tốt (điểm QoR từ 122-135), Trung bình (điểm QoR từ 90-121), Kém (điểm QoR từ 0-89)

Phân tích thống kê được thực hiện bằng chương trình SPSS 21.0. Thống kê mô tả của dữ liệu số và phân loại thu được trong nghiên cứu đã được phân tích. Các tham số số được biểu thị

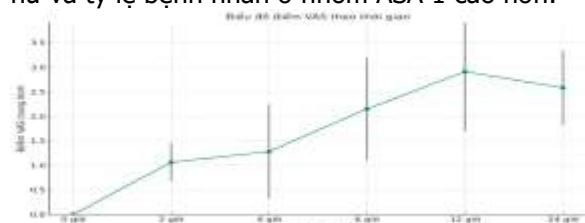
dưới dạng trung bình $\pm$ SD hoặc trung bình (tối thiểu - tối đa)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

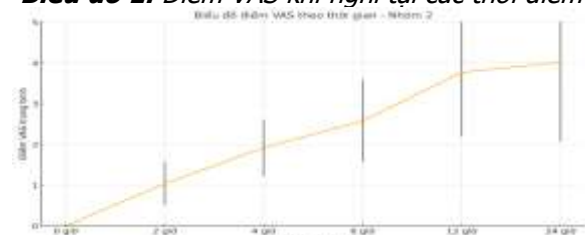
Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Tuổi (năm)	42,18 $\pm$ 14,81
Chiều cao (cm)	169,27 $\pm$ 3,45
Trọng lượng (kg)	63,35 $\pm$ 10,58
BMI (kg/m²)	25,52 $\pm$ 3,14
Thời gian phẫu thuật (phút)	27,11 $\pm$ 10,98
Giới tính	
Nữ giới	12 (40%)
Nam giới	18 (60%)
ASA	
ASA 1	19 (63,3%)
ASA 2	11 (36,7%)

Đặc điểm về dịch tễ học: tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 42,18 $\pm$ 14,81, nam nhiều hơn nữ và tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm ASA 1 cao hơn.



Biểu đồ 1. Điểm VAS khi nghỉ tại các thời điểm



Biểu đồ 2. Điểm VAS vận động tại các thời điểm

So với thời gian nghỉ ngơi, giá trị VAS ở giờ thứ 6 được nhận thấy là cao hơn khi vận động tích cực (IQR: 2 [0-8] so với 2 [0-7] và mức trung bình: 16,53. Tương tự, giá trị VAS ở giờ thứ 12

Bảng 2: Giảm đau cứu hộ

Sử dụng fentanyl giảm đau cứu hộ	
Có	2 (6,7%)
Không	28 (93,3%)
Tổng lượng fentanyl (mcg)	75,83 $\pm$ 5,52

Có 02 bệnh nhân (6,7%) cần giảm đau cấp cứu

Tổng lượng fentanyl yêu cầu là 75,83 $\pm$ 5,52mcg

Bảng 3: Các tác dụng không mong muốn và QoR-15

	Buồn nôn	Nôn	Bí tiểu
Tác dụng không mong muốn	1 (3,3%)	0	2 (6,7%)
QoR-15	140 [127-145]		

Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn và bí tiểu thấp
Điểm QoR-15T cao hơn được ghi nhận ở các bệnh nhân 140 [127–145]

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này nhằm đánh giá của gây tê ESP đoạn cùng đối với đau sau phẫu thuật, sử dụng thuốc giảm đau và chất lượng phục hồi của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trĩ Longo. Các giá trị này cho thấy gây tê ESP đoạn cùng sau phẫu thuật cắt trĩ Longo dẫn đến giảm đau sau phẫu thuật có ý nghĩa ở bệnh nhân. Hơn nữa, nhóm gây tê ESP cùng cho thấy nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau giảm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.

Do tình trạng đau có ý nghĩa sau phẫu thuật thường gặp liên quan đến thủ tục phẫu thuật thông thường này, việc đảm bảo kiểm soát cơn đau hiệu quả vẫn là điều tối quan trọng [8]. Đau sau phẫu thuật cắt trĩ thường nặng nhất trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật và sau đó có xu hướng giảm dần, bắt đầu từ ngày hậu phẫu thứ hai trở đi. Mặc dù là một kỹ thuật được giới thiệu gần đây, việc sử dụng gây tê ESP đoạn cùng đã được công nhận rộng rãi và được áp dụng để kiểm soát đau sau phẫu thuật trong nhiều phẫu thuật khác nhau. Gây tê ESP đoạn cùng là một bản sửa đổi gần đây của kỹ thuật được Tulgar và cộng sự mô tả ban đầu vào năm 2019 để phẫu thuật u nang u ngội nhằm vào các nhánh sau của dây thần kinh xương cùng. Tulgar và cộng sự nhấn mạnh việc kết hợp gây tê ESP cùng hai bên như một thành phần không thể thiếu của phương pháp tiếp cận đa phương thức để kiểm soát đau sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của mình, các nhà nghiên cứu đã thực hiện phương pháp tiếp cận song phương với tổng lượng 40 mL thuốc tê trong khoảng không gian nằm giữa các cơ dựng cứng cột sống và mào giữ xương cùng. Kết quả bệnh nhân gây tê ESP cùng có điểm VAS dưới 3/10 trong 13 giờ đầu sau phẫu thuật [9]. Trong báo cáo của Roy và cộng sự gây tê ESP cùng hai bên để giảm đau cho 10 bệnh nhân phẫu thuật vùng hậu môn: cắt trĩ, cắt bỏ lỗ rò, nút hậu môn. Kết quả cho thấy, gây tê ESP cùng giảm đau tốt sau mổ trong mô hình giảm đau đa mô thức [9]

Trong nghiên cứu đối chứng của Aydin M và cộng sự, tiêm 40 ml thuốc tê levobupivacaine 0,25% ESP cùng. Thang điểm VAS sau gây tê ESP cùng, cả khi nghỉ ngơi và vận động đều thấp hơn 4 và nhóm chứng có ý nghĩa về, đặc biệt sau khi tác dụng gây tê tủy sống giảm vào giờ thứ 6 sau phẫu thuật. Những phát hiện của nghiên cứu này nhấn mạnh hiệu quả của gây tê ESP cùng trong việc giảm đau sau phẫu thuật ở

những bệnh nhân được phẫu thuật cắt trĩ. Điểm VAS thấp sau gây tê ESP cùng chứng tỏ lợi ích của việc kết hợp kỹ thuật này vào phương pháp giảm đau đa phương thức [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như Aydin M về thang điểm VAS luôn thấp hơn 4 tại các thời điểm đánh giá

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi đã áp dụng gây tê ESP cùng từ S2 hai bên để kiểm soát đau sau phẫu thuật. Cách tiếp cận này tương tự như nghiên cứu được thực hiện bởi Tulgar và cộng sự [9] và Roy và cộng sự [10], những người cũng thực hiện gây tê ESP cùng hai bên ở cấp độ S2 để kiểm soát đau sau phẫu thuật. Nhờ áp dụng gây tê ESP cùng ở mức S2 hai bên để cắt trĩ, chúng tôi đã đạt được khả năng kiểm soát đau sau phẫu thuật đầy đủ và không có biến chứng nào liên quan đến gây tê ESP cùng được quan sát hoặc báo cáo.

Fentanyl là opioid được sử dụng như hỗ trợ giảm đau, có tác dụng không mong muốn như buồn ngủ, buồn nôn, táo bón và phụ thuộc hoặc nghiện. Do đó, việc giảm sử dụng thuốc cấp cứu fentanyl trong giai đoạn hậu phẫu có thể giúp giảm thiểu tác dụng không mong muốn của chúng.

Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân sử dụng gây tê ESP cùng để giảm đau sau phẫu thuật cần liều fentanyl thấp hơn trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Ngoài ra, thuốc giảm đau cấp cứu chỉ được yêu cầu ở 3 bệnh nhân trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật từ những bệnh nhân đã trải qua gây tê ESP cùng.

Kiểm soát đau sau cắt trĩ Longo hiệu quả trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật giúp nâng cao sự thoải mái cho bệnh nhân, đồng thời giảm thiểu tác dụng bí tiểu. Tỷ lệ bệnh nhân bí tiểu của chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp.

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy điểm QoR-15 cao hơn có ý nghĩa trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật ở nhóm gây tê ESP cùng so với nhóm đối chứng. Phát hiện này chỉ ra rằng những bệnh nhân trải qua gây tê ESP cùng sau phẫu thuật cắt trĩ Longo có chất lượng phục hồi tốt hơn, bao gồm cải thiện sự thoải mái về thể chất, giảm mức độ đau và mức độ hài lòng tổng thể cao hơn với kết quả sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy hiệu quả giảm đau của gây tê ESP cùng ở những bệnh nhân được phẫu thuật cắt trĩ Longo, dễ thực hiện, các tác dụng không mong muốn như buồn nôn và nôn thấp, bí tiểu thấp, hạn chế sử dụng opioid sau mổ và chất lượng phục hồi QoR-15 của bệnh nhân cao ở mức tốt.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.68

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nygren J, Thacker J, Carli F, et al.**; Enhanced Recovery After Surgery Society. Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations. Clin Nutr. 2012;31:801–16.
3. **Ferrandis C, De Faucal D, Fabreguette J-M, et al.** Efficacy of Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with mucopexy, in the short and long terms for patients with hemorrhoidal disease. Tech Coloproctol. 2020;24:165–71.
3. **Medina-Gallardo A, Curbelo-Peña Y, De Castro X, et al.** Is the severe pain after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy still currently remaining a major postoperative problem despite being one of the oldest surgical techniques described? A case series of 117 consecutive patients. Int J Surg Case Rep. 2017;30:73–5.
4. **Roy R, Agarwal G, Patel A, et al.** Sacral multifidus plane block for post-operative analgesia in perianal procedures. J Clin Anesth. 2020;68:110060.
5. **Rajabi M, Hosseinpour M, Jalalvand F, et al.** Ischiorectal block with bupivacaine for post hemorrhoidectomy pain. Korean J Pain. 2012;25:89–93.
6. **Forero M, Adhikary SD, Lopez H, et al.** The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. Reg Anesth. 2016;41:621–27.
7. **Trang NTT, Thosingha O, Changruangvanich W.** Factor associated with recovery among patient after abdominal surgery. Nursing science Journal of Thailand. 2017;35:4–12.
8. **Simillis C, Thoukididou S, Slesser A, et al.** Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. J Br Surg. 2015;102:1603–18.
9. **Tulgar S, Senturk O, Thomas DT, et al.** A new technique for sensory blockage of posterior branches of sacral nerves: ultrasound guided sacral erector spinae plane block. J Clin Anesth. 2019;57:129–30.
10. **Aydin Mermer, Gurcan Simsek, Hasan Alp Mermer, Yasin Tire, Betül Kozanhan.** Effect of sacral erector spinae plane block on post-hemorrhoidectomy pain: A randomized controlled trial. Medecine.2023,102:37

KẾT QUẢ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN BIẾN ĐỔI TẾ BÀO NỘI MÔ GIÁC MẠC SAU PHẪU THUẬT PHACO TRÊN GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT SỬ DỤNG CHẤT NHẦY KẾT HỢP

Nguyễn Thị Cẩm Vân¹, Bùi Thị Vân Anh²,
Nguyễn Thị Thanh Hương³, Đỗ Tấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự biến đổi tế bào nội mô giác mạc sau phẫu thuật Phaco có phối hợp mở góc tiền phòng hoặc không trên bệnh nhân Glôcôm góc đóng nguyên phát có sử dụng chất nhầy kết dính kết hợp với chất nhầy phân tán tại khoa Glôcôm Bệnh viện Mắt Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân Glôcôm góc đóng nguyên phát kèm đục TTT độ II trở nên có chỉ định phẫu thuật phaco có thể phối hợp mở góc tiền phòng hoặc không. Phương pháp nghiên cứu là tiền cứu có can thiệp lâm sàng. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Glôcôm từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2024 - Bệnh viện Mắt Trung Ương. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 62 mắt của 54 bệnh nhân. Giữa độ cứng của nhãn và tỉ lệ mất TB (CL) có mối liên

quan thấp ($r = 0,02$). Tại thời điểm sau 2 tháng phẫu thuật sự khác biệt của 2 nhóm giữa độ cứng của nhãn và tỉ lệ mất TBNM không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,875$). Giữa độ sâu TP và tỉ lệ mất TBNM có mối liên quan thấp ($r = 0,131$). Tại thời điểm sau 2 tháng phẫu thuật sự khác biệt của 2 nhóm giữa độ sâu TP và mật độ TBNM không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,309$). Giữa nhãn áp và tỉ lệ mất TBNM có mối liên quan thấp ($r = 0,21$). Tại thời điểm sau 2 tháng phẫu thuật sự khác biệt của 2 nhóm giữa độ sâu TP và mật độ TBNM không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,871$). Tỉ lệ mất TBNM sau PT ở nhóm tiền phòng nông và nhãn cứng cao là $7,79 \pm 3,29\%$, nhóm tiền phòng sâu hơn và nhãn cứng thấp là $7,7 \pm 3,75\%$ có ý nghĩa thống kê $p = 0,01$. Tuy nhiên khi so sánh tại cùng 1 thời điểm ở 2 nhóm thì không có sự chênh lệch tỉ lệ mất TBNM $p = 0,935$. **Kết luận:** Khi khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến TBNM sau phẫu thuật không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. Chứng tỏ hiệu quả bảo vệ TBNM đồng đều ở các nhóm khi sử dụng nhầy kết hợp giữa chất nhầy kết dính và phân trong phẫu thuật Phaco hay Phaco kết hợp mở góc tiền phòng trên bệnh nhân Glôcôm góc đóng nguyên phát kèm đục TTT. **Từ khóa:** Glôcôm góc đóng, phaco phối hợp mở góc tiền phòng, soft-shell technique.

¹Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025