

- học Cộng đồng. 2024; 65(CĐ 7 - NCKH). <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1324>
7. **Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade S.** Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS ONE*. 2017; 12(10); e0185781
 8. **Shanafelt TD, Balch CM, Beachamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag J.** Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery*. 2010; 251(6): 995-1000.
 9. **Welp A, Meier LL, Manser T.** Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Frontiers in psychology*. 2015; 5: 1573.
 10. **Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomitis L, Mallen CD, Helliwell T.** Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. (2022); 100(6): 385

GÂY TÊ VÙNG HIỆN ĐẠI: SỰ THAY ĐỔI TỪ PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN TRỰC TIẾP ĐẾN GÂY TÊ MẶT PHẪNG CÂN MẠC

Lương Toàn Hoàng Long¹, Nguyễn Quang Tuyền¹, Huỳnh Văn Bình¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gây tê vùng đã có những bước tiến đáng kể trong những năm gần đây, với xu hướng chuyển dịch từ kỹ thuật phong bế thần kinh trực tiếp sang các phương pháp gây tê mặt phẳng cân mạc. Sự thay đổi này phản ánh hiểu biết ngày càng sâu sắc về giải phẫu, sự phát triển của siêu âm và chiến lược giảm đau đa mô thức, giảm sử dụng opioid. **Phương pháp:** Bài tổng quan này trình bày những cập nhật trong gây tê vùng, tập trung so sánh giữa phong bế thần kinh trực tiếp và kỹ thuật gây tê mặt phẳng cân mạc. Nội dung bao gồm các yếu tố giải phẫu, vai trò của siêu âm và máy kích thích thần kinh, các khía cạnh an toàn và ứng dụng lâm sàng. **Kết quả:** Phong bế thần kinh trực tiếp vẫn giữ vai trò quan trọng trong giảm đau, đặc biệt khi thực hiện dưới hướng dẫn kép bằng siêu âm và máy kích thích thần kinh. Trong khi đó, gây tê mặt phẳng cân mạc ngày càng được ưu tiên nhờ khả năng lan rộng, kỹ thuật đơn giản, mức độ an toàn cao và hiệu quả tốt trong các phẫu thuật ngực, bụng và chỉnh hình. Các chiến lược như đặt catheter truyền liên tục hoặc dùng thuốc tê dạng liposome giúp kéo dài tác dụng giảm đau, dù hiệu quả có thể không ổn định và nguy cơ ngộ độc thuốc tê toàn thân vẫn cần được lưu ý và cá thể hóa cho từng bệnh nhân. **Kết luận:** Gây tê vùng đang trải qua sự chuyển dịch trong tiếp cận: kỹ thuật truyền thống vẫn có giá trị, nhưng các phong bế mặt phẳng cân mạc ngày càng nổi bật. Sự phát triển của công nghệ hình ảnh, dược lý và trí tuệ nhân tạo hứa hẹn nâng cao độ chính xác và cá thể hóa trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: gây tê vùng, gây tê thần kinh trực tiếp, gây tê mặt phẳng cân mạc

SUMMARY

MODERN REGIONAL ANESTHESIA: TRANSITIONING FROM DIRECT NERVE

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Lương Toàn Hoàng Long

Email: lnghoanglong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 15.12.2025

APPROACHES TO FASCIAL PLANE BLOCKS

Background: Regional anesthesia has evolved significantly in recent years, with a notable shift from direct nerve approaches to fascial plane blocks. This transformation reflects improved anatomical understanding, advances in ultrasound guidance, and a growing emphasis on multimodal, opioid-sparing analgesia. **Methods:** This narrative review presents updated insights into regional anesthesia, focusing on the distinctions between direct nerve and fascial plane blocks. Key elements discussed include anatomical considerations, the role of ultrasound and nerve stimulation, safety aspects, and clinical applications. **Results:** Direct nerve blocks remain an important component of analgesia, especially when performed with dual guidance using ultrasound and nerve stimulation. Meanwhile, fascial plane blocks are increasingly favored due to their wide spread of local anesthetic, technical simplicity, high safety profile, and good effectiveness in thoracic, abdominal, and orthopedic surgeries. Strategies such as continuous catheter infusion or the use of liposomal local anesthetics can prolong analgesic duration, although their effectiveness may be variable and the risk of systemic local anesthetic toxicity requires careful consideration and individualization for each patient. **Conclusions:** Regional anesthesia is undergoing a shift in practice: traditional techniques remain valuable, but fascial plane blocks are becoming more prominent. Advances in imaging technology, pharmacology, and artificial intelligence are expected to further enhance precision and personalization in clinical practice. **Keywords:** regional anesthesia, direct nerve block, fascial plane block

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê vùng là kỹ thuật sử dụng thuốc tê để ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh tại một dây thần kinh, đám rối hoặc mặt phẳng giải phẫu nhằm tạo vô cảm cho vùng ngoại vi tương ứng. Kỹ thuật này được ứng dụng rộng rãi trong phẫu thuật chi, kiểm soát đau sau mổ và điều trị đau mạn tính, với nhiều ưu điểm so với gây mê toàn diện như không cần kiểm soát đường thở, giảm

liều thuốc toàn thân, rút ngắn thời gian hồi phục và cải thiện chất lượng giảm đau¹.

Gây tê vùng có thể được dùng độc lập hoặc phối hợp với gây mê toàn diện để tối ưu hiệu quả vô cảm và giảm đau. Bài tổng quan này tập trung trình bày sự chuyển đổi từ phong bế thần kinh trực tiếp sang các kỹ thuật gây tê mặt phẳng cân mạc – một xu hướng đang mở rộng nhờ thao tác đơn giản, mức độ an toàn cao và khả năng giảm đau đa mô thức. Mục tiêu của bài viết là phân tích cơ sở giải phẫu, tiến bộ công nghệ và các bằng chứng lâm sàng hỗ trợ cho sự chuyển dịch này, đồng thời đánh giá chỉ định, hiệu quả và những thách thức trong chuẩn hóa kỹ thuật và bảo đảm an toàn. Các câu hỏi trọng tâm bao gồm sự khác biệt giữa hai nhóm kỹ thuật, các yếu tố thúc đẩy thay đổi thực hành, vai trò bổ sung hay thay thế của gây tê mặt phẳng cân mạc đối với phong bế thần kinh truyền thống, và những yêu cầu cần hoàn thiện để nâng cao chất lượng và tính cá thể hóa trong chăm sóc giảm đau hiện đại.

II. PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN TRỰC TIẾP THẦN KINH

Phương pháp tiếp cận trực tiếp thần kinh được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, có hoặc không có kèm theo máy kích thích thần kinh, nhằm xác định các cấu trúc giải phẫu, vị trí kim để tiêm một lượng thuốc tê xung quanh một hoặc một nhóm thần kinh. Một số kỹ thuật gây tê thần kinh ngoại biên theo phương pháp này bao gồm¹⁻³:

- Gây tê thần kinh chi trên: gây tê đám rối cánh tay ngã gian cơ bậc thang, trên đòn, dưới đòn hoặc nách; gây tê các sợi thần kinh giữa, trụ, quay ở các vị trí khuỷu hoặc cổ tay.
- Gây tê thần kinh chi dưới: gây tê đám rối thắt lưng, gây tê thần kinh đùi, gây tê thần kinh bịt, gây tê thần kinh tọa, gây tê thần kinh hiển tại ống cơ khép, và gây tê các sợi thần kinh ở cổ chân.
- Gây tê da đầu.
- Gây tê đám rối cổ nông và đám rối cổ sâu.
- Gây tê thần kinh vùng thân: gây tê thần kinh liên sườn, gây tê thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị, gây tê thần kinh thẹn, gây tê cạnh cổ tử cung

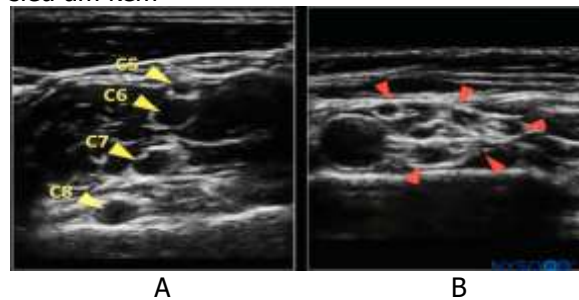
Gây tê tiếp cận trực tiếp thần kinh đã phát triển từ dựa trên mốc giải phẫu đến máy kích thích thần kinh và dưới hướng dẫn siêu âm. Máy kích thích thần kinh ngày nay được xem như cảm biến an toàn, công cụ xác nhận giải phẫu chức năng, và phương tiện hỗ trợ đào tạo. Việc kết hợp máy kích thích thần kinh và siêu âm – được gọi là hướng dẫn kép (dual guidance) –

đặc biệt có ý nghĩa trong gây tê khó hoặc trong đào tạo, nhằm tối ưu hóa an toàn mà không làm tăng rủi ro.

Tối ưu hình ảnh cấu trúc thần kinh và kim gây tê. Hình ảnh thần kinh trên siêu âm thường được nhận diện bằng cấu trúc tròn, tăng âm nhẹ trên mặt cắt ngang. Do đa số phong bế thần kinh thực hiện ở chi, đầu dò thường đặt vuông góc với trục thần kinh để tối ưu hóa hình ảnh. Sau khi xác định dây thần kinh và các cấu trúc liên quan, kim có thể được đưa theo hai kỹ thuật: trong mặt phẳng (quan sát toàn bộ thân và mũi kim) hoặc ngoài mặt phẳng (chỉ thấy chấm hồi âm). Kỹ thuật trong mặt phẳng giúp kiểm soát vị trí kim tốt hơn nhưng đòi hỏi giữ kim đúng trục siêu âm; trong khi kỹ thuật ngoài mặt phẳng dễ thực hiện hơn nhưng khó xác định hình mũi kim.

Một số biện pháp giúp tối ưu hóa hình ảnh kim gồm: sử dụng góc tiếp cận nông để kim song song đầu dò; nghiêng hoặc xoay đầu dò; chọn kim có độ phản hồi âm tốt; dùng phần mềm nhận diện kim; hoặc sử dụng nước hỗ trợ quan sát mũi kim. Điều chỉnh vị trí giường và máy siêu âm cũng giúp duy trì thao tác thuận lợi⁴.

Việc khảo sát siêu âm trước thủ thuật giúp lựa chọn đường đi kim tối ưu, xác định cấu trúc nguy cơ như mạch máu và màng phổi để tăng an toàn. Ngoài ra, các hệ thống hỗ trợ như bộ dẫn hướng kim gắn đầu dò, dẫn hướng laser, hoặc công nghệ định vị kim dựa trên hình ảnh hợp nhất đa góc (spatial compound imaging) có thể cải thiện khả năng quan sát kim, đặc biệt trong các trường hợp góc kim dốc hoặc hình ảnh siêu âm kém



Hình 1. A: Hình ảnh thần kinh ở đoạn gần – đám rối cánh tay ngã gian cơ bậc thang. B: Hình ảnh thần kinh ở đoạn xa – đám rối cánh tay ngã trên đòn

[Nguồn: NYSORA – Introduction to Ultrasound-Guided Regional Anesthesia⁵]

Tổn thương thần kinh sau gây tê. Yếu tố tiên lượng chính của tổn thương thần kinh ngoại biên là mức độ nghiêm trọng của tổn thương và mức độ nguyên vẹn của các sợi trục. Mức độ tổn

thương thường được phân loại dựa trên mức độ gián đoạn của sợi trục. Các tổn thương sợi trục ở vị trí gần nghiêm trọng hơn so với tổn thương ở vị trí xa vì khả năng hồi phục chức năng có xu hướng tỉ lệ nghịch với khoảng cách giữa vị trí tổn thương sợi trục và mô đích thường được phân loại tổn thương thần kinh dựa trên phân loại của Seddon⁶ và Sunderland⁷ (Bảng 1).

Bảng 1. Phân loại tổn thương thần kinh theo Seddon và Sunderland^{6,7}

Seddon	Sunderland	Tổn thương	Tiền lượng
Neuropraxia	1	Tổn thương bao myelin. Chậm hoặc mất dẫn truyền thần kinh.	Tốt
Axonotmesis	2	Đứt sợi trục nhưng lớp nội mô thần kinh còn nguyên vẹn. Mất dẫn truyền thần kinh.	Trung bình
Neurotmesis	3	Đứt sợi trục và lớp nội mô thần kinh. Lớp bao bó sợi còn nguyên vẹn. Mất dẫn truyền thần kinh.	Xấu
	4	Đứt sợi trục, lớp nội mô thần kinh và bao bó sợi thần kinh. Lớp bao ngoài dây thần kinh còn nguyên vẹn. Mất dẫn truyền thần kinh.	
	5	Đứt hoàn toàn sợi thần kinh. Mất dẫn truyền thần kinh.	

Tổn thương thần kinh có thể xảy ra do nhiều cơ chế khác nhau, bao gồm cơ chế cơ học khi thần kinh bị chèn ép, kéo căng, rách hoặc bị tiêm thuốc trực tiếp vào trong; cơ chế mạch máu khi các mạch nuôi bị tổn thương dẫn đến thiếu máu cục bộ hoặc giảm tưới máu lan tỏa; cơ chế hóa học khi thuốc tê hoặc các thuốc hỗ trợ gây độc trực tiếp lên mô thần kinh; và cơ chế viêm khi phản ứng viêm tại vùng phẫu thuật hoặc từ các vị trí khác lan tới, đặc biệt trong bối cảnh bệnh lý thần kinh do chèn ép vốn có⁸.

III. GÂY TÊ CÁC MẶT PHẪNG CÂN MẠC

Gây tê các mặt phẳng cân mạc ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhờ thao tác đơn giản, an toàn và hiệu quả giảm đau tốt, đặc biệt trong bối cảnh nhu cầu hạn chế opioid ngày càng tăng. Khác với gây tê thần kinh trực tiếp, kỹ thuật này tiêm thuốc tê vào khoang giữa hai lớp cân cơ, nơi thuốc lan truyền theo các mặt phẳng mô mềm để phong bế nhiều nhánh thần kinh cảm

giác. Những tiến bộ trong hiểu biết về cấu trúc vi thể cân mạc – gồm nguyên bào sợi, fasciocytes, myofibroblasts, telocytes cùng chất nền ngoại bào giàu collagen và hyaluronan – đã góp phần giải thích sự lan truyền thuốc tê và đáp ứng khác nhau giữa các cá thể. Hyaluronan giữ vai trò quan trọng trong duy trì độ trượt giữa các lớp cân và hỗ trợ khuếch tán thuốc. Thành phần mô, độ dày cân, nồng độ hyaluronan và đặc điểm giải phẫu từng vùng ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả gây tê.

Sau khi tiêm, thuốc tê có thể lưu lại trong mặt phẳng cân, khuếch tán vào cơ lân cận hoặc hấp thu vào hệ tuần hoàn. Hai cơ chế lan chính là dòng chảy khối phụ thuộc áp lực tiêm và khuếch tán thụ động qua chất nền. Đặc điểm của cân mạc (aponeurotic hay epimysial), yếu tố người bệnh (tuổi, béo phì, sẹo mổ) và tư thế đều có thể ảnh hưởng đến kết quả phong bế. Để tối ưu hiệu quả, người thực hiện cần định vị chính xác mặt phẳng phù hợp, lựa chọn liều – thể tích thuốc hợp lý và cá thể hóa kỹ thuật theo từng bệnh nhân.

Sự phát triển của siêu âm thời gian thực đóng vai trò quyết định giúp nhận diện rõ các lớp cơ – cân, hướng kim chính xác và quan sát trực tiếp sự lan tỏa của thuốc tê. Điều này làm tăng độ an toàn và giảm biến chứng. Các công nghệ nâng cao như siêu âm 3D, theo dõi huỳnh quang, MRI thần kinh hay thiết bị hỗ trợ định vị kim đang tiếp tục được nghiên cứu nhằm cải thiện độ chính xác của kỹ thuật.

Xu hướng hiện nay là phối hợp nhiều loại gây tê mặt phẳng hoặc kết hợp với gây tê thần kinh để tăng hiệu quả giảm đau mà vẫn bảo tồn vận động. Ví dụ, trong phẫu thuật khớp gối, kết hợp iPACK và phong bế ống cơ khép mang lại hiệu quả giảm đau toàn diện mà không gây yếu cơ tứ đầu. Trong phẫu thuật ngực và bụng, ESP block được ưu tiên nhờ thao tác đơn giản, độ an toàn cao và khả năng lan dọc nhiều khoang thần kinh.

Ngoài tiêm một lần, đặt catheter truyền thuốc liên tục trong mặt phẳng cân (như ESP, TAP, cơ vuông thắt lưng) ngày càng phổ biến, mang lại hiệu quả giảm đau ổn định và thuận lợi hơn so với catheter ngoài màng cứng. Bupivacaine liposome cũng được nghiên cứu nhằm kéo dài thời gian tác dụng sau một lần tiêm, dù chi phí và tính nhất quán của bằng chứng còn hạn chế. Dexamethasone được dùng như thuốc hỗ trợ nhưng cơ chế và lợi ích kéo dài giảm đau vẫn cần được làm rõ thêm.

Bảng 2. Một số kỹ thuật gây tê mặt phẳng cân mạc^{9,10}

Kỹ thuật	Mặt phẳng giải phẫu và thần kinh đích	Ứng dụng phẫu thuật chính
Gây tê qua các lớp cân bụng	Giữa cơ chéo trong và cơ ngang bụng, đám rối trước (T6–L1)	Đường mổ ở bụng như mổ lấy thai, thoát vị, phẫu thuật phụ khoa
Gây tê cơ vuông thắt lưng	Giữa các lớp cơ vùng cơ vuông thắt lưng, lan T7–L1 ± hệ giao cảm	Mổ bụng lớn (mở/nội soi), mổ khớp háng, mổ lấy thai, giảm đau kéo dài
Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ngực)	Dưới cơ dựng gai, nông hơn mòm ngang, phong bế nhánh lưng nhiều tầng, có thể lan ra nhánh bụng	Mổ ngực (nội soi, mổ mở), giảm đau gãy xương sườn, mổ vú, mổ cột sống, mổ bụng ngực thấp, đau ngực mạn
Gây tê PECS I	Giữa cơ ngực lớn và nhỏ, phong bế thần kinh ngực trong và ngoài	Đau cơ ngực, mổ vú nhỏ, đặt máy tạo nhịp, công tiêm truyền.
Gây tê PECS II	Giữa cơ ngực nhỏ và cơ răng trước, phong bế các nhánh gian sườn (T2–T6), liên sườn–cánh tay, thần kinh ngực dài	Mổ vú (cắt bỏ, tái tạo), nạo hạch nách, u thành ngực, thường phối hợp với PECS I
Gây tê mặt phẳng cơ răng trước	Trên hoặc dưới cơ răng trước tại vùng nách giữa (T2–T9)	Mổ vú (thay thế PECS), mổ ngực thành trước bên, gãy sườn, dẫn lưu màng phổi
Gây tê bao cơ thẳng bụng	Giữa cơ thẳng bụng và bao sau cơ thẳng bụng (T7–T12)	Đường mổ bụng giữa trên và/hoặc dưới rốn
Gây tê mạc chậu	Dưới mạc chậu, gần nếp bẹn (thần kinh đùi, thần kinh bì đùi ngoài, thần kinh bịt)	Gãy cổ xương đùi, mổ khớp háng/gối, dùng giảm đau trong cấp cứu hoặc sau phẫu thuật
Gây tê nhóm thần kinh quanh bao khớp (PENG block)	Giữa cơ thắt lưng chậu và bờ trên chậu (nhánh khớp của thần kinh đùi và thần kinh bịt phụ)	Đau khớp háng, mổ khớp háng như thay khớp háng, nội soi khớp háng. Giảm đau bảo tồn vận động
Gây tê ống cơ khép	Thần kinh hiển trong ống cơ khép	Mổ thay khớp gối. Giảm đau vùng trước gối mà vẫn giữ vận động cơ tứ đầu đùi
Gây tê iPACK	Giữa động mạch khoeo và bao sau khớp gối (các nhánh thần kinh chày)	Mổ thay khớp gối, tái tạo dây chằng chéo sau. Bảo tồn vận động (không gây liệt bàn chân)
Gây tê mặt phẳng vùng mông (Gluteal fascial plane block)	Giữa cơ mông lớn và mông bé (thần kinh mông trên)	Mổ khớp háng (tiếp cận lối sau), các thủ thuật vùng mông
Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (thắt lưng)	Mức L2–L4 tại mòm ngang	Giảm đau sau mổ cột sống thắt lưng, các phẫu thuật vùng bụng, thay khớp háng (bảng chứng hiện tại còn hạn chế)
Khác	Các biến thể nhỏ khác như gây tê mặt phẳng gian sườn	Các chỉ định đặc biệt, đang được nghiên cứu thêm về hiệu quả

Gây tê mặt phẳng cân mạc nhìn chung là kỹ thuật an toàn nhờ đường đi kim xa các bó mạch thần kinh lớn, giúp giảm nguy cơ tổn thương cấu trúc quan trọng và vẫn mang lại hiệu quả giảm đau tốt. Tuy vậy, do vùng cân mạc chứa nhiều mao mạch nhỏ và khả năng hấp thu mạnh, người bệnh có thể đối mặt với nguy cơ ngộ độc thuốc tê toàn thân cao hơn, đặc biệt ở người cao tuổi với khả năng chuyển hóa thuốc giảm. Các yếu tố nguy cơ như khối lượng cơ thấp, bệnh tim mạch, suy gan, rối loạn chuyển hóa hoặc bệnh lý hệ thần kinh trung ương đều có thể làm tăng khả năng xảy ra biến chứng. Vì vậy, việc lựa chọn liều và kỹ thuật cần được cá thể hóa theo độ tuổi, thể trạng và vị trí gây tê.

Hướng phát triển trong gây tê mặt phẳng cân mạc. Trong những năm gần đây, gây tê mặt phẳng cân mạc đã trở thành một phần quan trọng trong chiến lược giảm đau đa mô thức và được củng cố bằng nhiều nghiên cứu lâm sàng có thiết kế tốt, phân tích gộp và các ứng dụng trí tuệ nhân tạo. Sự phát triển của công nghệ hình ảnh, đặc biệt là AI, đang mở ra hướng tiếp cận mới trong việc tự động nhận diện cấu trúc giải phẫu, phân tích hình ảnh siêu âm và hỗ trợ thao tác theo thời gian thực. Học sâu và học máy cho phép hệ thống nhận diện mặt phẳng cân, vị trí kim và gợi ý hướng thao tác, giúp cải thiện độ chính xác, dù vẫn tồn tại rào cản pháp lý và kỹ thuật.

Một số hạn chế của gây tê mặt phẳng cân mạc vẫn cần được tiếp tục nghiên cứu, như hiệu quả lâm sàng chưa ổn định do phụ thuộc vào góc kim, tốc độ tiêm và kỹ năng siêu âm, hay sự khác biệt về tốc độ hấp thu thuốc tê giữa các mặt phẳng giàu mạch máu. Ngoài ra, chưa có sự thống nhất về tiêu chuẩn đánh giá thành công và khả năng khuếch tán thuốc tê có thể bị ảnh hưởng bởi hyaluronan trong khoang cân, khiến hiệu quả gây tê đôi khi biến thiên và khó dự đoán.

Tóm lại, dựa trên các nghiên cứu hiện nay, chúng ta có thể tạm đưa ra các mức độ khuyến cáo được phân loại theo Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) (Bảng 3)

Bảng 3. Mức độ khuyến cáo theo Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)

Chủ đề thực hành	Mức chứng cứ	Mức khuyến cáo
Sử dụng siêu âm trong gây tê thần kinh ngoại biên	Cấp độ 1b (meta-analysis RCTs)	Mức A
Kết hợp siêu âm và máy kích thích thần kinh (dual guidance)	Cấp độ 2a-2b (RCTs riêng lẻ, phân tích quan sát tốt)	Mức B
Gây tê mặt phẳng cân mạc trong giảm đau sau mổ	Cấp độ 2a (RCTs từng phần)	Mức B
Đặt catheter truyền thuốc liên tục trong mặt phẳng cân mạc	Cấp độ 2b-3 (nghiên cứu quan sát)	Mức C
Ứng dụng AI hỗ trợ siêu âm	Cấp độ 4 (nghiên cứu bước đầu, ý kiến chuyên gia)	Mức D
Dùng thuốc tê dạng liposome hoặc dexamethasone kéo dài tác dụng	Cấp độ 2b-3 (có hệ thống nhưng chưa nhất quán)	Mức C

Diễn giải mức khuyến cáo:

Mức A: Có thể khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng cao và nhất quán.

Mức B: Có thể khuyến cáo sử dụng trong lâm sàng thông thường, cần thêm bằng chứng bổ sung để củng cố.

Mức C: Cân nhắc trong một số trường hợp cụ thể; dựa vào thực hành hiện hành và dữ liệu hạn chế.

Mức D: Chỉ nên xem là hướng phát triển tiềm năng, không đủ bằng chứng để khuyến nghị chung.

IV. KẾT LUẬN

Gây tê vùng đang phát triển từ phương pháp

tiếp cận thần kinh trực tiếp sang phong bế mặt phẳng cân mạc, phản ánh sự tiến bộ trong hiểu biết giải phẫu, kỹ thuật hình ảnh và công nghệ hỗ trợ. Kỹ thuật gây tê mặt phẳng cân mạc đơn giản, an toàn, hiệu quả cao và có thể cá thể hóa theo từng người bệnh, phù hợp với xu hướng giảm sử dụng opioid trong kiểm soát đau. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức liên quan đến tính ổn định của hiệu quả, nguy cơ ngộ độc thuốc tê, và cần thêm bằng chứng để chuẩn hóa các kỹ thuật và hướng dẫn lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li J, Lam D, King H, Credaroli E, Harmon E, Vadivelu N.** Novel Regional Anesthesia for Outpatient Surgery. *Curr Pain Headache Rep.* Aug 12019;23(10):69. doi:10.1007/s11916-019-0809-6
2. **Delbos A, Philippe M, Clement C, Olivier R, Coppens S.** Ultrasound-guided ankle block. History revisited. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* Mar 2019;33(1):79-93. doi:10.1016/j.bpa.2019.05.002
3. **Gray AT.** Ultrasound-guided regional anesthesia: current state of the art. *Anesthesiology.* Feb 2006;104(2): 368-73, discussion 5A. doi:10.1097/0000542-200602000-00024
4. **Sites BD, Chan VW, Neal JM, et al.** The American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine and the European Society Of Regional Anaesthesia and Pain Therapy Joint Committee recommendations for education and training in ultrasound-guided regional anesthesia. *Reg Anesth Pain Med.* Jan-Feb 2009;34(1):40-6. doi:10.1097/AAP.0b013e3181926779
5. **Colin JLM, Stephen C.** Analgesic Adjuvants in the Peripheral Nervous System. NYSORA. Accessed 26/07/2023, <https://www.nysora.com/topics/pharmacology/analgesic-adjuvants-peripheral-nervous-system/>
6. **Seddon HJ.** A Classification of Nerve Injuries. *Br Med J.* Aug 29 1942;2(4260):237-9. doi:10.1136/bmj.2.4260.237
7. **Sunderland S.** A classification of peripheral nerve injuries producing loss of function. *Brain.* Dec 1951;74(4): 491-516. doi:10.1093/brain/74.4.491
8. **Farber SJ, Saheb-Al-Zamani M, Zieske L, et al.** Peripheral nerve injury after local anesthetic injection. *Anesth Analg.* Sep 2013;117(3):731-739. doi:10.1213/ANE.0b013e3182a00767
9. **Ahiskalioglu A, Yayik AM, Celik EC, et al.** The Shining Star of the Last Decade in Regional Anesthesia Part-I: Interfascial Plane Blocks for Breast, Thoracic, and Orthopedic Surgery. *Eurasian J Med.* Dec 2022;54(Suppl1):97-105. doi:10.5152/eurasianjmed.2022.22321
10. **Yayik AM, Celik EC, Aydin ME, et al.** The Shining Star of the Last Decade in Regional Anesthesia Part-II: Interfascial Plane Blocks for Cardiac, Abdominal, and Spine Surgery. *Eurasian J Med.* Nov 2 2023;55(Suppl 1):S9-S20. doi:10.5152/eurasianjmed.2023.23015

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VẢY NẾN VÀ VIÊM DA CƠ ĐỊA Ở VIỆT NAM

Phạm Anh Duy¹, Huỳnh Thị Xuân Tâm¹, Châu Văn Trữ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vảy nến và viêm da cơ địa là hai bệnh da viêm mạn tính phổ biến, có cơ chế bệnh sinh phức tạp và biểu hiện lâm sàng đa dạng. Dù từng được xem là hai bệnh lý riêng biệt, các nghiên cứu gần đây cho thấy chúng chia sẻ nhiều đặc điểm về dịch tễ, nguy cơ viêm hệ thống và gánh nặng điều trị. Việc so sánh hai nhóm bệnh nhân giúp nhận diện rõ hơn các yếu tố liên quan mức độ bệnh và hỗ trợ định hướng theo dõi lâm sàng. **Mục tiêu:** Mô tả và so sánh đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân vảy nến và viêm da cơ địa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu TP.HCM từ 02/2025–10/2025. Mẫu được chọn thuận tiện, bắt cặp theo tuổi và giới (1:1). Thu thập các dữ liệu: tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, SCORAD và PASI. **Kết quả:** Hai nhóm bệnh có phân bố tuổi, giới và BMI tương đồng. Hút thuốc và rượu bia gặp nhiều ở nam giới nhưng không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Bệnh nhân vảy nến có thời gian mắc bệnh dài hơn, và mức độ nặng hơn liên quan đến khởi phát sớm, tăng huyết áp và tổn thương móng. Viêm da cơ địa chủ yếu thuộc nhóm nhẹ-trung bình theo SCORAD. **Kết luận:** Hai bệnh có đặc điểm dịch tễ tương tự, khác biệt chủ yếu về diễn tiến lâm sàng và biểu hiện mức độ bệnh. Kết quả góp phần định hướng theo dõi và cá thể hóa điều trị. **Từ khóa:** vảy nến; viêm da cơ địa; dịch tễ; lâm sàng; mức độ bệnh.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PSORIASIS AND ATOPIC DERMATITIS IN VIETNAM

Background: Psoriasis and atopic dermatitis are two common chronic inflammatory skin diseases with distinct immunological pathways but potentially overlapping epidemiological patterns. Recent evidence has highlighted shared systemic inflammatory risk and disease burden, making comparative characterization valuable for clinical decision-making. **Objective:** To describe and compare epidemiological and clinical features of patients with psoriasis and atopic dermatitis. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted at Ho Chi Minh City Dermatology Hospital from February to October 2025. Patients were recruited by convenience sampling and matched for age and sex at a 1:1 ratio. Data collected

included age, sex, BMI, disease duration, and severity measures (PASI for psoriasis and SCORAD for atopic dermatitis). **Results:** The two groups showed similar age and sex distributions, with most participants being middle-aged. BMI and lifestyle factors such as smoking and alcohol consumption were not significantly different. Psoriasis patients had longer disease duration, and severe PASI scores were associated with early onset, hypertension, and nail involvement. Atopic dermatitis cases were predominantly mild to moderate based on SCORAD. **Conclusion:** Psoriasis and atopic dermatitis share comparable epidemiological characteristics, while clinical differences are mainly reflected in chronicity and severity. Findings may support patient stratification and targeted management strategies.

Keywords: psoriasis; atopic dermatitis; epidemiology; clinical characteristics; disease severity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến và viêm da cơ địa là hai bệnh da viêm mạn tính thường gặp trong thực hành da liễu, với tỉ lệ mắc cao và diễn tiến kéo dài, gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống. Mặc dù cơ chế bệnh sinh khác nhau, cả hai bệnh đều có đặc điểm lâm sàng đa dạng và biểu hiện không đồng nhất giữa các nhóm tuổi, giới tính và thời gian mắc bệnh.

Vảy nến là bệnh lý có tính chất miễn dịch-viêm, ảnh hưởng khoảng 2% dân số chung, với hai đỉnh tuổi khởi phát: trước 40 tuổi (liên quan typ I) và sau 40 tuổi (typ II) [1],[2]. Về mặt lâm sàng, vảy nến biểu hiện chủ yếu dưới dạng mảng mạn tính, kèm tăng sừng, á sừng và xu hướng tiến triển kéo dài. Các yếu tố như tổn thương móng, thời gian mắc bệnh lâu năm hay khởi phát sớm thường liên quan mức độ nặng hơn của bệnh [3]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu hiện tại, trong đó bệnh nhân vảy nến có thời gian mắc bệnh trung vị 13 năm, tuổi khởi phát sớm hơn và điểm PASI cao hơn rõ rệt ở nhóm có tổn thương móng.

Viêm da cơ địa, ngược lại, là bệnh viêm da mạn tính thiên về đáp ứng miễn dịch Th2, với tỉ lệ mắc 10–20% tùy quốc gia [3]. Bệnh khởi phát sớm hơn ở trẻ em, nhưng ở người lớn thường diễn tiến kéo dài, với các biểu hiện đặc trưng như khô da, ngứa, viêm da dạng mạn và lichen hóa. Lâm sàng thay đổi theo tuổi, môi trường và cơ địa dị ứng. Kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy bệnh nhân viêm da cơ địa chủ yếu ở mức độ nhẹ đến vừa, điểm SCORAD trung vị 25,45 và không liên quan mạnh đến các đặc điểm như

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Xuân Tâm

Email: tamhtx@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025