

quả, đặc biệt trong trường hợp đau thần kinh hỗn hợp [7], [8].

Nghiên cứu ghi nhận không có biến chứng nghiêm trọng. Các tác dụng phụ nhẹ (đau tăng thoáng qua, tụ máu nhỏ) gặp ở 10% bệnh nhân, tương tự tỉ lệ báo cáo trong y văn (Lyftogt 2007 [2]). Dextrose là dung dịch sinh học, không độc tế bào, dễ phân giải và có thể sử dụng an toàn cả ở người cao tuổi. Điều này làm nổi bật ưu điểm an toàn – dễ chấp nhận – có thể lặp lại so với thuốc giảm đau kinh điển.

Hiệu quả giảm đau và cải thiện giấc ngủ cho thấy Prolotherapy không chỉ tác động vào cảm giác đau mà còn vào khía cạnh chức năng – chất lượng sống của người bệnh. Đặc biệt, việc cải thiện PSQI chứng minh tác dụng gián tiếp của việc giảm đau lên giấc ngủ và sức khỏe tinh thần – yếu tố quan trọng trong phục hồi toàn diện bệnh nhân PHN [8].

Nghiên cứu còn một số hạn chế, bao gồm cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi chỉ 12 tuần nên chưa đánh giá được khả năng duy trì hiệu quả lâu dài; việc thiếu thiết kế mù đôi và nhóm tiêm giả được khiến nguy cơ xuất hiện hiệu ứng kỳ vọng vẫn tồn tại; đồng thời, nghiên cứu cũng chưa khảo sát các chỉ số sinh học hoặc hình ảnh học như siêu âm thần kinh hay đo dẫn truyền thần kinh để củng cố bằng chứng về cơ chế tái tạo mô. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu can thiệp đầu tiên tại Việt Nam đánh giá Prolotherapy trong điều trị PHN, cung cấp dữ liệu nền tảng cho các nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm sau này.

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp Prolotherapy bằng dung dịch Dextrose 10% cho thấy hiệu quả giảm đau, cải thiện chất lượng giấc ngủ và mức độ hài lòng ở người bệnh đau thần kinh sau Zona, với độ an toàn cao và ít tác dụng phụ. Đây là phương pháp tiềm năng, có thể xem như lựa chọn điều trị hỗ trợ hoặc thay thế cho PHN kháng trị thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson RW, Rice ASC. Clinical practice. Postherpetic neuralgia. *N Engl J Med*. 2014;371:1526–1533.
2. Lyftogt J. Subcutaneous prolotherapy for peripheral neuropathic pain. *Pain Med*. 2007;8(4):403–408.
3. Rabago D, Patterson JJ. Prolotherapy: mechanisms of action in pain management. *Clin Med Insights Arthritis Musculoskelet Disord*. 2017;10:1–11.
4. Hauser RA, et al. A review of prolotherapy for chronic musculoskeletal pain. *Pain Physician*. 2011;14:E379–E395.
5. Ostad M, et al. Dextrose prolotherapy for refractory postherpetic neuralgia: a pilot study. *J Pain Res*. 2019;12:1231–1238.
6. Yelland MJ, et al. Prolotherapy injections for chronic pain: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2009;43:471–477.
7. Kim SR, et al. Mechanisms of Dextrose-induced tissue regeneration and analgesia. *Ann Rehabil Med*. 2021;45(2):93–104.
8. Choi E, et al. Long-term outcomes of prolotherapy for chronic peripheral neuropathic pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2022;47:589–597.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA KỸ THUẬT DIỆT HẠCH GIAO CẨM DƯỚI CẮT LỚP VI TÍNH TRONG KIỂM SOÁT ĐAU

Mai Thị Kim Khuyên*, Đinh Gia Khánh*, Phạm Minh Chi*,
Đinh Phú Quý*, Trần Bá Tú**, Trần Thị Thuỳ Linh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau của kỹ thuật diệt hạch giao cảm dưới cắt lớp vi tính (CLVT) ở bệnh nhân ung thư vùng tầng trên mạc treo đại tràng ngang và tiểu khung. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp tiến cứu và hồi cứu được thực hiện trên 47 bệnh nhân (45 trường hợp diệt hạch đám rối thần tạng và 2 trường

hợp diệt hạch đám rối hạ vị) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2019 đến tháng 12/2024. Mức độ đau được đánh giá bằng thang điểm VAS và BPI trước và sau can thiệp, đồng thời ghi nhận các biến cố bất lợi liên quan đến thủ thuật. **Kết quả:** Ở nhóm diệt hạch đám rối thần tạng, điểm đau trung bình theo thang VAS trước can thiệp là $7,0 \pm 1,1$. Sau 2 tuần, 37/45 bệnh nhân (82,2%) đạt mức giảm $\geq 50\%$ điểm VAS. Đường tiếp cận trước được sử dụng chủ yếu. Biến chứng thường gặp nhất là tiêu chảy thoáng qua (37,8%); một trường hợp ghi nhận nhồi máu não. Ở nhóm diệt hạch đám rối hạ vị, điểm VAS trung bình trước can thiệp là $8,0 \pm 0,8$ và giảm khoảng 50% sau thủ thuật; cả hai bệnh nhân đều được thực hiện qua đường sau, một trường hợp có tổn thương thần kinh hông to thoáng qua, hồi phục hoàn toàn sau 2 tháng. **Kết luận:** Diệt hạch giao cảm dưới

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Gia Khánh

Email: Dinggiakhanhvhqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2026

Ngày duyệt bài: 17.3.2026

CLVT bằng cồn tuyệt đối là phương pháp an toàn và hiệu quả trong kiểm soát đau do ung thư giai đoạn tiến xa, giúp cải thiện đáng kể chất lượng sống với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được. **Từ khóa:** Đau do ung thư; diệt hạch đám rối thân tạng; diệt hạch đám rối hạ vị; cắt lớp vi tính; giảm đau can thiệp.

ABSTRACT

PRELIMINARY RESULTS OF CT-GUIDED SYMPATHETIC PLEXUS NEUROLYSIS FOR PAIN MANAGEMENT

Objective: This study aimed to evaluate the analgesic efficacy of computed tomography (CT)-guided sympathetic plexus neurolysis in patients with malignancies involving the supramesocolic abdominal organs and pelvic viscera. **Materials and Methods:** A combined prospective and retrospective descriptive study was conducted on 47 patients (45 undergoing celiac plexus neurolysis and 2 undergoing superior hypogastric plexus neurolysis) at the 108 Military Central Hospital between June 2019 and December 2024. Pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS) and BPI before and after the procedure, and all procedure-related adverse events were documented. **Results:** In the celiac plexus group, the mean pre-procedural VAS score was 7.0 ± 1.1 . After two weeks, 37 of 45 patients (82.2%) achieved a $\geq 50\%$ reduction in VAS score. The anterior approach was the most frequently used. The most common adverse event was transient diarrhea (37.8%), while one case of cerebral infarction was recorded. In the superior hypogastric plexus group, the mean baseline VAS score was 8.0 ± 0.8 and decreased by approximately 50% after the procedure. Both procedures were performed via the posterior approach; one patient experienced transient sciatic nerve injury that resolved within two months. **Conclusion:** CT-guided sympathetic plexus neurolysis using absolute alcohol is a safe and effective interventional technique for managing cancer-related pain in patients with advanced disease, providing significant pain relief with an acceptable complication rate. **Keywords:** Cancer pain; celiac plexus neurolysis; superior hypogastric plexus neurolysis; computed tomography guidance; interventional pain management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ gần đây, ung thư đã trở thành một trong những gánh nặng y tế công cộng nghiêm trọng nhất trên toàn cầu. Theo số liệu của Tổ chức Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC) – GLOBOCAN 2020, mỗi năm thế giới ghi nhận hơn 19 triệu ca ung thư mới và trên 10 triệu trường hợp tử vong, trong đó khu vực châu Á chiếm gần một nửa tổng số ca mắc [1]. Sự gia tăng nhanh chóng này không chỉ phản ánh xu hướng già hóa dân số mà còn cho thấy những thách thức trong dự phòng, phát hiện sớm và điều trị bệnh.

Đau do ung thư là một trong những triệu chứng phổ biến nhất, ảnh hưởng trực tiếp đến thể chất, tâm lý và chất lượng sống của người bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 50% bệnh nhân xuất hiện đau ngay tại thời điểm chẩn đoán, và tỷ lệ này tăng lên tới 65–85% ở giai đoạn tiến triển [2]. Cơ đau kéo dài không được kiểm soát hiệu quả có thể dẫn đến mất ngủ, trầm cảm, suy kiệt, giảm tuân thủ điều trị và thậm chí làm tăng nguy cơ tử vong.

Để cải thiện kiểm soát đau trong chăm sóc giảm nhẹ, bên cạnh điều trị nội khoa bằng bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), nhiều kỹ thuật giảm đau can thiệp đã được phát triển và ứng dụng rộng rãi. Trong đó, kỹ thuật diệt hạch giao cảm dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CT-guided sympathetic plexus neurolysis) đã chứng minh là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong việc phong tỏa đường dẫn truyền cảm giác đau, đặc biệt ở bệnh nhân ung thư tụy, dạ dày, gan, hoặc các cơ quan vùng tiểu khung [3, 4]

Tại Việt Nam, kỹ thuật này đã được triển khai tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với các biến thể như diệt hạch đám rối thân tạng, đám rối hạ vị trên và dưới, cho thấy kết quả bước đầu khả quan trong kiểm soát đau mạn tính do ung thư. Tuy nhiên, số liệu trong nước về hiệu quả và biến chứng của phương pháp này còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật diệt hạch giao cảm dưới cắt lớp vi tính trong kiểm soát đau ở bệnh nhân ung thư.”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng gồm 45 bệnh nhân đau do ung thư tăng trên mạc treo đại tràng ngang, 2 bệnh nhân ung thư vùng chậu từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 12 năm 2024 tại bệnh viện TƯQĐ 108

Tiêu chuẩn lựa chọn

Diệt hạch đám rối thân tạng (Coeliac plexus block - CPB) chỉ định cho bệnh nhân đau khu trú do ung thư ở tăng trên mạc treo đại tràng ngang, diệt hạch đám rối hạ vị chỉ định cho đau khu trú do ung thư vùng chậu, tiểu khung, có điểm VAS và BPI ≥ 6 , thất bại với các phương pháp kiểm soát đau tiêu chuẩn

Tiêu chuẩn loại trừ

Tiền căn tuyệt đối diệt hạch các đám rối không lựa chọn các trường hợp rối loạn đông máu, có nhiễm trùng trong ổ bụng hoặc nhiễm trùng huyết, tắc ruột [3].

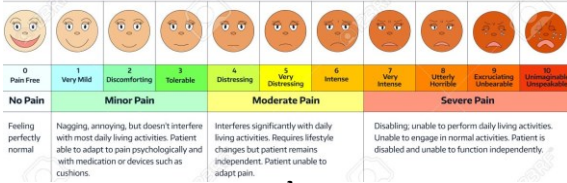
2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu có kết hợp hồi cứu. Thời gian từ tháng 6 năm 2019 đến

tháng 12 năm 2024 tại bệnh viện TƯQĐ 108. Các tiêu chuẩn, chỉ tiêu nghiên cứu gồm:

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS và Bảng điểm đau rút gọn (Brief Pain Inventory)

COMPARATIVE PAIN SCALE CHART (Pain Assessment Tool)



Hình 1: Thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale) dùng để đánh giá mức độ đau chủ quan của người bệnh, với điểm số từ 0 (không đau) đến 10 (đau dữ dội nhất có thể tưởng tượng)

Hiệu quả tốt: Giảm đau hoàn toàn hoặc cải thiện đáng kể ít nhất một tháng hoặc cho đến khi chết.

Hiệu quả trung bình: Cải thiện, giảm đau hoàn toàn của thời gian rất ngắn (< một tuần) hoặc có cải thiện nhưng vẫn cần thuốc để giảm đau.

Hiệu quả kém: Không giảm đau hoặc cải thiện rất nhẹ.

Tác dụng tốt: chênh lệch VAS trước sau can thiệp 24h > 4 điểm.

Tác dụng trung bình: chênh lệch VAS trước sau can thiệp 24h từ 2 - 4 điểm.

Không có tác dụng: chênh lệch VAS trước sau can thiệp 24h VAS < 2 điểm

FORM 3.2 Brief Pain Inventory

Date: / / Time: _____

Name: Last First Middle Initial

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?
1. Yes 2. No

2) On the diagram shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.

3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **worst** in the past 24 hours.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine Completely interferes

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **least** in the past 24 hours.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine Completely interferes

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the **average**.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine Completely interferes

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have **right now**.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine Completely interferes

7) What treatments or medications are you receiving for your pain? _____

8) In the Past 24 hours, how much **relief** have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
No relief Completely relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has **interfered** with you:

A. General activity
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

B. Mood
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

C. Walking ability
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

E. Relations with other people
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

F. Sleep
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

Hình 2: Thang điểm đau rút gọn BPI (Brief Pain Inventory – Short Form) dùng để

đánh giá mức độ đau và mức độ ảnh hưởng của đau đến các hoạt động sinh hoạt hằng ngày trong 24 giờ qua.

Các bước tiến hành

Chuẩn bị dụng cụ: Hệ thống máy chụp CLVT, robot Maxio, bộ sãng- gạc vô trùng, thuốc tê Lidocain 2% x 5-6 ống. Kim Chiba (Nhật Bản) 25G dài 20cm

Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân và gia đình được giải thích về kỹ thuật và những tai biến, biến chứng có thể xảy ra

Tiến hành kỹ thuật

Bệnh nhân nằm yên trên bàn CLVT, được chụp CLVT qua vị trí đám rối cần can thiệp, gửi ảnh vào robot Maxio, lập trình hướng và chiều sâu của kim dưới robot. Đưa kim Chiba 25G vào vị trí đám rối. Block test bằng 10ml Lidocain 2% pha 2ml thuốc cản quang. Block test dương tính (khi bệnh nhân đỡ đau) thì tiến hành bơm chậm 20-30ml còn tuyệt đối 99,5 độ. Chụp lại CLVT và đánh giá điểm đau VAS, BPI sau can thiệp. Xử lý các biến chứng nếu có. Theo dõi bệnh nhân tại viện trong 24h.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi trung bình và giới

Đặc điểm		Số lượng (n=47)
Giới tính	Nam	21
	Nữ	26
Tuổi trung bình (năm)		58,5 ± 9,5

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Số lượng từng loại bệnh lý

Bệnh lý	Số lượng
Ung thư tụy	25
Ung thư thực quản	6
Ung thư gan	5
Ung thư dạ dày	5
Hạch di căn từ ung thư dạ dày, tụy	4
Ung thư trực tràng tái phát	1
Ung thư cổ tử cung di căn hạch ổ bụng	1

Bảng 3: Điểm VAS trước can thiệp (n=47)

Điểm VAS	Số bệnh nhân (n=47)
6	17
7	21
8	8
9	1
10	0

Nhận xét: Có 38/47 bệnh nhân có điểm VAS 6-7 điểm, là thang điểm đau nặng bắt đầu

ảnh hưởng đến sinh hoạt, bệnh nhân có thể phải sử dụng giảm đau gây nghiện. 1 trường hợp điểm VAS 9 đau rất nặng. Trong nhóm diệt hạch đám rối hạ vị có 2 bệnh nhân điểm VAS 7-8

Bảng 4: Điểm đau BPI trung bình trước điều trị (n=47)

Chỉ tiêu đánh giá	Điểm trung bình
Cường độ đau trung bình 24h	7,1 ± 1,7
Ảnh hưởng của đau đến các hoạt động chung	7,5 ± 2,1
Ảnh hưởng của đau đến tâm trạng, tâm lý	8,2 ± 1,8
Ảnh hưởng của đau đến khả năng đi lại	5,5 ± 1,5
Ảnh hưởng của đau đến công việc thường ngày	8,3 ± 2,5
Ảnh hưởng của đau đến mối quan hệ xã hội	7,5 ± 1,8
Ảnh hưởng của đau đến giấc ngủ	6,2 ± 2,0
Ảnh hưởng của đau đến các sở thích trong cuộc sống	7,4 ± 2,5

Nhận xét: Điểm đau BPI cho thấy đau ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân diệt hạch đám rối dương

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5: Điểm VAS sau 24h

Bệnh lý	Số lượng	Hiệu quả giảm đau sau 24h		
		Số lượng có điểm VAS giảm > 4 điểm	Số lượng có điểm VAS giảm 2-4 điểm	Số lượng có điểm VAS giảm < 2 điểm
Ung thư tụy	25	7	13	5
Ung thư thực quản	6	0	4	2
Ung thư gan	5	1	3	1
Ung thư dạ dày	5	1	4	0
Hạch di căn ung thư dạ dày, tụy	4	0	3	1
Hạch di căn ung thư cổ tử cung	1	0	1	0
Ung thư trực tràng trái phát tại chỗ	1	0	1	0
Tổng	47	9	29	9

Bảng 6: Điểm VAS sau 2 tháng

Bệnh lý	Số lượng	Hiệu quả giảm đau sau 2 tháng		
		Tốt (VAS giảm > 4 điểm)	Trung bình (VAS giảm 2-4 điểm)	Kém (VAS giảm < 2 điểm)
Ung thư tụy	25	7	10	8
Ung thư thực quản	6	0	3	3
Ung thư gan, đường mật	5	1	4	0
Ung thư dạ dày	5	1	4	0
Hạch di căn ung thư dạ dày, tụy	4	0	3	1
Hạch di căn ung thư cổ tử cung	1	0	1	0
Ung thư trực tràng trái phát tại chỗ	1	0	1	0
Tổng	47	9	26	12

Nhận xét: Hiệu quả giảm đau ở mức trung bình sau 2 tháng chiếm 26 /47 trường hợp. 9 trường hợp giảm đau rất tốt và 12 trường hợp điểm VAS giảm < 2 điểm không được như kỳ vọng

Bảng 7: Điểm BPI sau 2 tháng

Chỉ tiêu đánh giá	Điểm trung bình	Giảm so với trước can thiệp %
Cường độ đau trung bình 24h	4 ± 1,8	45
Ảnh hưởng của đau đến các hoạt động chung	4,5 ± 2,4	40
Ảnh hưởng của đau đến tâm trạng, tâm lý	5,5 ± 1,9	33
Ảnh hưởng của đau đến khả năng đi lại	2,5 ± 1,7	55
Ảnh hưởng của đau đến công việc thường ngày	3,3 ± 2,8	60
Ảnh hưởng của đau đến mối quan hệ xã hội	4,1 ± 1,9	45
Ảnh hưởng của đau đến giấc ngủ	3,5 ± 2,0	44
Ảnh hưởng của đau đến các sở thích trong cuộc sống	4,5 ± 2,6	40

Bảng 8: Tác dụng không mong muốn sau tiêm còn diệt hạch đám rối (n=47)

STT	Triệu chứng	Số lượng
1	Tiêu chảy	17
2	Hội chứng ngộ độc rượu cấp	6
3	Buồn nôn	5
4	Tụt huyết áp	1
5	Nhồi máu não	1
6	Tổn thương thần kinh chi dưới	1

Nhận xét: Tác dụng phụ hay gặp nhất là tiêu chảy, gặp ở 17/45 trường hợp, được xử trí bằng truyền dịch và thường hết sau 24 giờ, có 1 trường hợp tiêu chảy kéo dài 4 ngày, nguyên nhân tiêu chảy do hủy thần kinh giao cảm gây tăng nhu động ruột. Hội chứng ngộ độc rượu cấp do một phần còn tuyệt đối ngấm sớm vào hệ mạch máu. Nhồi máu não gặp 1 trường hợp với triệu chứng nặng nề, cấp tính. Tổn thương thần kinh chi dưới gây đau buốt dọc theo rễ L5, S1, phải điều trị kéo dài bằng giảm đau thần kinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm diệt hạch đám rối thân tạng (Coeliac plexus block - CPB), bệnh lý ung thư tụy chiếm tỷ lệ cao nhất 25/ 45 bệnh nhân, tiếp đến là ung thư thực quản, dạ dày. Theo báo cáo của Nguyễn Thị Thu Thủy 2014, ung thư tụy cũng chiếm tỷ lệ cao nhất [1].

Về điểm VAS và điểm đau BPI trước can thiệp diệt hạch đám rối, lựa chọn các bệnh nhân đau do ung thư hoặc hạch di căn chèn ép đám rối thân tạng, đám rối hạ vị có thang điểm VAS và điểm BPI từ 6 đến 9 (rất đau đến đau dữ dội), các bệnh nhân có VAS < 6 có thể được điều trị nội khoa và theo dõi thêm, bệnh nhân có điểm VAS 10 khó hợp tác để can thiệp

4.2. Về kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy kỹ thuật diệt hạch đám rối thân tạng (Celiac Plexus Block – CPB) và đám rối hạ vị (Superior Hypogastric Plexus Block – SHPB) mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt ở bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xa. Cụ thể, trong nhóm 45 bệnh nhân được thực hiện CPB, có 9 trường hợp (20,0%) đạt hiệu quả giảm đau tốt (giảm > 5 điểm VAS), 24 trường hợp (53,3%) đạt mức giảm đau trung bình, và 12 trường hợp (26,7%) cải thiện ít (≤ 2 điểm VAS). Hai bệnh nhân được thực hiện SHPB giảm được 3–4 điểm VAS sau can thiệp.

Tỷ lệ giảm đau tốt và trung bình trong nghiên cứu này tương đương 73,3%, nằm trong khoảng dao động 50–90% được báo cáo trong y văn quốc tế. Nghiên cứu của Wong và cộng sự (2004) trên 100 bệnh nhân ung thư tụy ghi nhận rằng CPB giúp giảm đau hiệu quả và cải thiện chất lượng sống so với điều trị giảm đau toàn thân đơn thuần. Tương tự, Ischia và cộng sự (1983) báo cáo hiệu quả giảm đau ngay lập tức ở 70–80% bệnh nhân và duy trì ở 60–75% cho đến khi tử vong [3]. Các kết quả trên khẳng định vai trò của diệt hạch giao cảm như một phương pháp giảm đau can thiệp đáng tin cậy cho bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn.

Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng kém (26,7%), chủ yếu do hai nguyên nhân chính. Thứ nhất, yếu tố kỹ thuật can thiệp có thể ảnh hưởng đến phạm vi khuếch tán của cồn tuyệt đối. Vị trí đầu kim cần được đặt chính xác ở vùng trước gốc động mạch thân tạng, giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ bụng để đảm bảo dung dịch lan tỏa tối ưu quanh đám rối giao cảm. Thứ hai, giai đoạn tiến triển của khối u đóng vai trò quyết định: các khối u giai đoạn muộn hoặc có xâm lấn lan rộng thường gây chèn ép, xơ hóa hoặc phá hủy cấu trúc đám rối, làm giảm hiệu quả phong bế. Rykowski và Hilgier (2000) nhận thấy CPB đạt hiệu quả cao nhất ở các u đầu tụy, trong khi các khối u thân – đuôi tụy hoặc khối u di căn lan rộng có tỷ lệ đáp ứng thấp hơn đáng kể [5]

Một số trường hợp giảm đau chưa đạt yêu cầu được điều trị bổ sung bằng thuốc giảm đau theo bậc thang WHO và được xem xét thực hiện tiêm còn diệt hạch lần hai. Theo Đỗ Thị Thu Thủy và cộng sự (2014), liều lượng cồn tuyệt đối tối ưu khoảng 20–30 ml cho mỗi bên, giúp gia tăng hiệu quả phong bế mà không làm tăng đáng kể biến chứng [1]

Về tác dụng không mong muốn, tỷ lệ biến chứng nhìn chung ở mức chấp nhận được. Tiêu chảy và hội chứng ngộ độc rượu cấp là các biến chứng phổ biến nhất, chiếm khoảng 50% trường hợp. Nguyên nhân tiêu chảy là do mất điều hòa giao cảm ruột, thường chỉ kéo dài 24–72 giờ và đáp ứng tốt với điều trị bù dịch, thuốc chống nhu động hoặc Smecta. Buồn nôn gặp ở 11% bệnh nhân, xử trí hiệu quả bằng Primperan đường uống. Một trường hợp (2,2%) tụt huyết áp và rối loạn ý thức sau can thiệp được chẩn đoán là nhồi máu não cấp hai bên bán cầu. Trường hợp này nhiều khả năng liên quan đến ngộ độc cồn tuyệt

đổi, tụt huyết áp do giãn mạch phổi hợp tình trạng tăng đông trên nền ung thư giai đoạn cuối – một biến cố hiếm gặp nhưng cần được cảnh giác và theo dõi sát sau thủ thuật [1, 5]

Ngoài ra, trong nhóm SHPB, một bệnh nhân có biểu hiện đau buốt lan dọc chi dưới sau tiêm cồn, được xác định là tổn thương thoáng qua dây thần kinh hông to. Bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng giảm đau thần kinh kết hợp vật lý trị liệu và hồi phục hoàn toàn sau 8 tuần. Biến chứng này cho thấy việc kiểm soát hướng đi và phạm vi khuếch tán của cồn là yếu tố then chốt nhằm tránh lan vào cấu trúc thần kinh hoặc cơ quan lân cận.

Tổng thể, kết quả của nghiên cứu này phù hợp với xu hướng chung trong y văn quốc tế, củng cố giá trị của kỹ thuật diệt hạch giao cảm dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính như một phương pháp giảm đau can thiệp hiệu quả, đặc biệt trong ung thư tụy và các bệnh lý ác tính vùng bụng – tiểu khung. Tuy nhiên, để khẳng định chắc chắn hơn hiệu quả dài hạn và mức độ an toàn, cần có các nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật diệt hạch đám rối thần tạng và đám rối hạ vị dưới cắt lớp vi tính cho thấy hiệu quả

giảm đau rõ rệt và an toàn ở bệnh nhân ung thư vùng bụng và tiểu khung giai đoạn tiến xa. Phương pháp này giúp cải thiện chất lượng sống, giảm nhu cầu sử dụng opioid và có tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là tiêu chảy thoáng qua. Trường hợp đột quy não sau can thiệp là hiếm gặp nhưng cần được nghiên cứu sâu hơn. Kỹ thuật này xứng đáng được triển khai rộng rãi trong chăm sóc giảm nhẹ và cần các nghiên cứu đa trung tâm, có nhóm đối chứng để xác định hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thùy, Đ.T.T.**, *Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp diệt hạch đám rối thần tạng bằng tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính*. Luận văn thạc sỹ y học – ĐH Y khoa Hà Nội, 2014: p. 29–56.
2. **Jain, D., Sood, Coeliac plexus blockade and neurolysis: an overview**. Indian journal of anaesthesia, 2006: p. 169–177.
3. **Ischia, S., et al.**, *A new approach to the neurolytic block of the coeliac plexus: the transaortic technique*. Pain, 1983. **16**(4): p. 333–341.
4. **de Leon-Casasola, O.A., E. Kent, and M.J. Lema**, *Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer*. Pain, 1993. **54**(2): p. 145–151.
5. **Rykowski, J.J. and M. Hilgier**, *Efficacy of neurolytic celiac plexus block in varying locations of pancreatic cancer: influence on pain relief*. Anesthesiology, 2000. **92**(2): p. 347–54.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN XÂM LẤN ĐẦU TUY, TÁ TRÀNG, CUỐNG GAN

Thái Nguyên Hưng¹, Phan Văn Cường²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả với 2 mục tiêu: 1. Mô tả các đặc điểm chung của bệnh nhân mắc tiến triển xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan. 2. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTDD tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan. Từ 2020-2025 có 40 BN: Nam 33 BN (82,5%); Nữ 7 BN (17,5%); Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Tuổi TB 63,08±1,73 T. Tiền sử loét DD-TT 47,5%; TS mắc các bệnh phổi hợp 72,5%. Các đặc điểm lâm sàng: Đau bụng 100%; Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 62,5% (ỉa phân đen); Hẹp môn vị (HMOV) 85,0%; gầy sút 82,5% khám thấy

khối U 27,5%. 100% là UTDD 1/3 dưới dạ dày: UTDD môn vị 25,0%; UTDD hang môn vị 52,5%; UTDD hang vị 7,5%; UTDD hang vị -thân vị 15,0%. Kết quả nội soi dạ dày (NSDD): Kích thước khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0% (24/40 BN), Hẹp môn vị 42,5%. Chụp CLVT ổ bụng chẩn đoán UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng, cuống gan trước mổ 6/40 BN (15,0%). Kết quả sinh thiết: Adenocarcinome (AC) kém biệt hóa (KBH) 19/40 BN (47,5%); AC biệt hóa vừa (BHV) 11/40 BN (27,5%); Tế bào (TB) nhân 8/40 BN (20,0%); TB nhầy 2/40 BN (5,0%). **Kết luận: 1. Đặc điểm chung:** Tuổi TB 63,08±1,73; Nam 82,5%; Nữ 17,5%; Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Tiền sử loét DD-TT 47,5%, TS mắc các bệnh phổi hợp 72,5%. **2. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán:** Đau bụng 100%; ỉa phân đen 62,5%; Hẹp môn vị 85,0%; gầy sút 82,5%; khám thấy khối U 27,5%. UTDD 1/3 dưới dạ dày chiếm 100%: UTDD môn vị 25,0%; UTDD hang môn vị 52,5%; UT hang vị 7,5%; UTDD hang vị -thân vị 15,0%. Kích thước khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0%; Hẹp môn vị 42,5%. CLVT ổ bụng chẩn đoán

¹Bệnh viện K

²Bộ môn ngoại, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026

Ngày duyệt bài: 18.3.2026