

các biến chứng, di chứng cho trẻ.

Vị trí bỏng vùng tay chân 153 (76,1%), ngực lưng 109 (54,2%), đầu mặt cổ 71 (35,5%), sinh dục và tầng sinh môn 45 (22,4%). Bỏng vùng tay chân chiếm tỷ lệ cao phù hợp với tính hiếu động ở trẻ em, hay dùng tay lấy đồ vật để trên bàn, dùng chân chạy nhảy leo trèo và phù hợp với cơ chế bảo vệ tự nhiên của cơ thể khi gặp tai nạn sẽ dùng tay chân tránh nguy hiểm. Tuy nhiên bỏng đầu mặt và tầng sinh môn có tỷ lệ cao, bỏng các vùng này ảnh hưởng trên tâm lý, thẩm mỹ cũng như dễ có các biến chứng nhiễm khuẩn, hay ảnh hưởng lên đường thở.

## V. KẾT LUẬN

Bỏng là tai nạn thường gặp ở trẻ nhỏ, trẻ nam, chủ yếu bỏng nước nóng và lửa do sinh hoạt trong gia đình. 68,2% có diện tích bỏng dưới 10% và bỏng chủ yếu độ II - III.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Hải, Nguyễn Thị Thu Hoài (2020), "Đánh giá kết quả điều trị bỏng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ tháng 7/2013 đến tháng

6/2014", Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 4(1), tr. 52-57.

2. Nguyễn Việt Lương (2009), "Tình hình bỏng tại Việt Nam trong 3 năm (2005–2007)", Tạp chí Y học thực hành, tr. 9-13.
3. Morgan, Michael, et al. (2018), "Burn pain: a systematic and critical review of epidemiology, pathophysiology, and treatment", Pain medicine, 19(4), pp. 708-734.
4. Alnababtah, Khalid, Khan, Salim, and Ashford, Robert (2016), "Socio-demographic factors and the prevalence of burns in children: an overview of the literature", Paediatrics international child health, 36(1), pp. 45-51.
5. Armstrong, Megan, et al. (2020), "Epidemiology and trend of US pediatric burn hospitalizations, 2003–2016", Burns, pp. 1-10.
6. Broadis, Emily, Chokotho, Tilinde, and Borgstein, Eric (2017), "Paediatric burn and scald management in a low resource setting: A reference guide and review", African Journal of Emergency Medicine, 7, pp. 27-31.
7. Nguyen, Nhu Lam, et al. (2002), "The importance of immediate cooling—a case series of childhood burns in Vietnam", Burns, 28(2), pp. 173-176.
8. Smolle, Christian, et al. (2017), "Recent trends in burn epidemiology worldwide: a systematic review", Burns, 43(2), pp. 249-257.

# CẢM GIÁC ĐAU DỘI NGƯỢC CỦA PHƯƠNG PHÁP PHONG BẾ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY TRUYỀN LIÊN TỤC QUA CATHETERSO VỚI PHƯƠNG PHÁP TIÊM 1 LẦN DUY NHẤT SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI

Vũ Hoàng Phương<sup>1,2</sup>, Trần Hữu Hiếu<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu so sánh tỉ lệ đau dội ngược sau mổ của phương pháp phong bế đám rối thần kinh cánh tay tiêm 1 lần duy nhất so với phương pháp phong bế truyền liên tục qua catheter sau mổ ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai. 60 bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai theo chương trình được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm phong bế đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn của siêu âm: 1 nhóm được tiêm thuốc tê một liều duy nhất và 1 nhóm truyền thuốc tê liên tục qua tại Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2021. Thời gian xuất hiện và tỉ lệ đau dội ngược, mức độ đau khi nghỉ và khi vận động, và số lượng morphin tiêu thụ được ghi lại trong 72 giờ sau mổ. Có 4/30 bệnh nhân ở nhóm tiêm thuốc tê một liều

duy nhất gặp đau dội ngược (13,33%) và cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm truyền liên tục qua catheter. Lượng morphin sử dụng trung bình ở nhóm truyền liên tục thấp hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp phong bế đám rối thần kinh cánh tay truyền liên tục qua catheter có hiệu quả làm giảm tỉ lệ đau dội ngược sau mổ ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai.

**Từ khóa:** đau dội ngược, đám rối thần kinh cánh tay, nội soi khớp vai, truyền liên tục qua catheter, một liều duy nhất

## SUMMARY

### REBOUND PAIN OF THE BRACHIAL PLEXUS BLOCK WITH A CATHETER CONTINUOUS INFUSION VERSUS SINGLE-SHOT BLOCK IN PATIENTS UNDERGOING ARTHROSCOPIC SHOULDER SURGERY

The aim of the study was to compare the rate of postoperative rebound pain of a single injection brachial plexus block method compared with a continuous catheter infusion block method in patients undergoing arthroscopic shoulder surgery. 60 patients with selective shoulder arthroscopy surgery were

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Phương

Email: vuhoangphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

randomly divided into 2 groups of brachial plexus blockade under ultrasound guidance: 1 group received a single dose of local anesthetic and 1 group with a catheter continuously infusion at the Center for Anesthesiology and Surgical Intensive Care – Viet Duc Hospital from April to August 2021. Time of occurrence and rate of rebound pain, pain severity at rest and the amount of morphine consumed was recorded 72 hours after surgery. There were 4/30 patients in the single shot group experienced rebound pain (13.33%) and statistically significantly higher than the continuous catheter infusion group ( $p < 0,05$ ). The average amount of morphine used in the continuous infusion group was statistically significantly lower with  $p < 0.05$ . Our study showed that continuous catheter-guided brachial plexus block was effective in reducing the incidence of postoperative rebound pain in shoulder arthroscopy patients.

**Keywords:** rebound pain, brachial plexus block, shoulder arthroscopy, continuous catheter infusion, single dose

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đau sau phẫu thuật khớp vai có liên quan chặt chẽ với sự hài lòng của bệnh nhân. Rất nhiều phương pháp kiểm soát đau hiện nay có sẵn, mỗi phương pháp đều có những nhược điểm khác nhau. Giảm đau bằng thuốc uống ít xâm lấn nhất nhưng không đặc hiệu với vị trí đau và cũng có các tác dụng phụ như buồn nôn, táo bón và ngứa. Phong bế đám rối thần kinh cánh tay không chỉ cung cấp khả năng vô cảm trong phẫu thuật và kiểm soát cơn đau mà còn là phương pháp giảm đau hiệu quả sau mổ phẫu thuật khớp vai<sup>1</sup>. Mặc dù gây tê vùng có hiệu quả trong việc kiểm soát cơn đau cấp tính trong giai đoạn hậu phẫu, một hiện tượng được gọi là "cơn đau dội ngược" đã được chứng minh là có thể xảy ra sau khi tác dụng phong bế thần kinh bị hết tác dụng. "Hiện tượng đau dội ngược" này xảy ra khoảng 12–24 giờ sau khi phẫu thuật và ảnh hưởng của nó chưa được nghiên cứu trong phẫu thuật nội soi khớp vai<sup>2, 3</sup>. Bệnh nhân sẽ cảm thấy triệu chứng đau tăng lên đáng kể so với những bệnh nhân không phong bế thần kinh khoảng 12–24 giờ sau phẫu thuật. Cảm giác đau dội ngược có thể được kiểm soát bằng cách sử dụng thuốc giảm đau morphin sớm nhưng có thể gây khó chịu đáng kể cho bệnh nhân nếu không được nhận biết và điều trị kịp thời. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng việc truyền liên tục các thuốc tê qua catheter có hiệu quả trong việc kiểm soát cơn đau kéo dài<sup>4</sup>.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài với giả thuyết là truyền liên tục thuốc tê qua catheter sẽ liên quan đến giảm tỉ lệ đau dội ngược và lượng morphin tiêu thụ sau mổ ở

bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân có độ tuổi 18 - 80, có chỉ định phẫu thuật nội soi khớp vai theo chương trình tại Trung tâm Gây mê và hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 4 - 8 năm 2021. Bệnh nhân bị loại trừ ra khỏi nghiên cứu bao gồm: nhiễm trùng tại vùng chọc kim, dị ứng thuốc tê, rối loạn đông máu, người bệnh rối loạn tâm thần khó khăn giao tiếp, bệnh nhân hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu, có tai biến hoặc biến chứng về phẫu thuật trong quá trình sau mổ.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

\*Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng cắt ngang mô tả

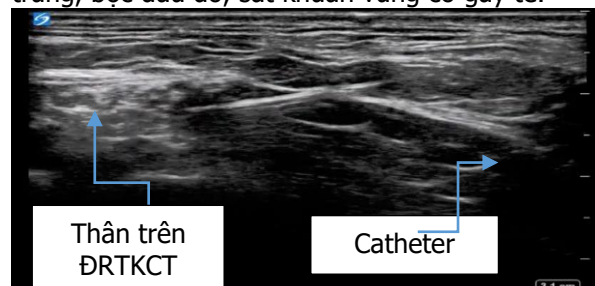
\*Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập trong khoảng thời gian nghiên cứu. 60 bệnh nhân được thực hiện phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn siêu âm, được chia làm 2 nhóm: 1 nhóm với 30 bệnh nhân tiêm 1 lần duy nhất (nhóm Single shot – nhóm S) và 1 nhóm với 30 bệnh nhân được đặt catheter truyền thuốc tê liên tục (nhóm catheter – nhóm C).

\* Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Chuẩn bị BN và phương tiện gây tê: BN được thăm khám trước mổ, giải thích về kỹ thuật gây tê, các biến chứng có thể xảy ra và ký giấy đồng ý tham gia nghiên cứu; được hướng dẫn cách đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS; máy siêu âm với đầu dò phẳng có tần 5 - 12 MHz của hãng Sonosite M-turbo C, kim gây tê thần kinh B-Braun, thuốc tê Ropivacain 0,5% (Astra Zeneca) và thuốc cấp cứu.

\*Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn siêu âm:

- Bệnh nhân ở tư thế nằm, nghiêng đầu về phía đối diện. Thả thuốc rửa tay, đeo găng vô trùng, bọc đầu dò, sát khuẩn vùng cổ gây tê.



**Hình 1.** Hình ảnh thân trên ĐRTKCT và catheter

- Đặt đầu dò theo hướng nằm ngang, phía ngoài sụn nhẫn ngang mức C6. Xác định động mạch cảnh, cơ ức đòn chũm. Di chuyển đầu dò

ra sau, xác định cơ bậc thang trước và giữa, rãnh giữa 2 cơ bậc thang. Nghiêng đầu dò để tìm các rễ C5, C6 và đi theo đường đi của rễ C5 & 6 để xác định thân trên ĐRTKCT.

+ Hướng đầu kim gây tê vào vị trí thân trên ĐRTKCT (ngay phía trên chỗ tách ra của TK trên vai).

+ Hút thử xem kim có vào mạch máu không sau đó bơm liều test 1-2 ml NaCl 0,9 % để xác định đầu kim đã vào bao ĐRTK:

a) Nhóm tê 1 lần duy nhất: tiến hành tiêm thuốc tê 10ml ropivacain 0,5% và hút thử kiểm tra sau mỗi lần bơm 5 ml thuốc tê.

b) Nhóm truyền liên tục qua catheter: tiến hành luồn catheter vào vị trí thân trên của đám rối thần kinh cánh tay, dùng siêu âm kiểm tra vị trí đầu catheter và sau đó dùng liều test 1-2 ml NaCl 0,9 % để xác định thuốc tê qua vị trí đầu catheter đã lan đến thân trên của đám rối thần kinh cánh tay hay chưa. Khâu cố định catheter sau khi đã xác định đầu catheter nằm đúng vị trí. Tiến hành tiêm thuốc tê 10ml ropivacain 0,5% và hút thử kiểm tra sau mỗi lần bơm 5 ml thuốc tê. Sau mổ, bệnh nhân được bắt đầu truyền thuốc tê Anaropin 0,2% qua catheter với tốc độ 5ml/H.

+ Đánh giá cảm giác được thực hiện 3 phút/1 lần trong tối đa 30 phút. Phong tỏa cảm giác được đánh giá theo 3 mức độ cảm giác vùng cơ delta: độ 2 - cảm giác bình thường, độ 1 - giảm cảm giác và độ 0 - mất cảm giác. Thời gian bắt đầu phong bế cảm giác được xác định là thời

gian từ khi kết thúc kĩ thuật gây tê đến thời điểm kiểm tra cảm giác da của vùng cơ delta ở mức 0 điểm. Gây tê thành công được đánh giá là bệnh nhân không có cảm giác kim châm ở vùng cơ delta trước 30 phút sau khi gây tê (cảm giác 0 điểm).

**\*Tiêu chí đánh giá đau dội ngược sau mổ:**

- Tỷ lệ BN gặp đau dội ngược sau mổ

- Điểm đau VAS khi nghỉ tại các thời điểm.

- Lượng morphin tiêu thụ trong 72h sau mổ.

\* Định nghĩa đau dội ngược sau mổ: được mô tả là một cơn đau rất dữ dội (có điểm VAS tăng từ mức ban đầu lên mức 7-8 điểm) xảy ra do tăng mức nhạy cảm trở lại sau khi phong bế thần kinh ngoại biên hết tác dụng.

**3. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Các biến định lượng dùng thuật toán t -student. Các biến định tính:  $\chi^2$  hoặc Fisher (nếu > 10% số ô bảng 2 x 2 có tần suất lý thuyết < 5). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua hội đồng nghiên cứu khoa học của Bộ môn Gây mê hồi sức và hội đồng đánh giá đề cương nghiên cứu của trường Đại học Y Hà Nội, ban lãnh đạo Trung tâm Gây mê và hồi sức ngoại khoa – bệnh viện Việt Đức. Hồ sơ và các thông tin liên quan chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không tiết lộ cho bất kì đối tượng không liên quan nào khác.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Một số đặc điểm chung

**Bảng 1. Phân bố đặc điểm chung**

Nhóm		Nhóm C (n=30)	Nhóm S (n=30)	p
Phân bố Tuổi (năm)	$\bar{x} \pm SD$	49,95 ± 10,07	50,56 ± 9,03	> 0,05
	Min-Max	26 - 71	20 - 73	
Chiều cao (m)	$\bar{x} \pm SD$	162,1 ± 7,78	163,2 ± 7,75	
	Min-Max	145 - 173	147 - 177	
Cân nặng (kg)	$\bar{x} \pm SD$	58,77 ± 7,56	59,97 ± 8,62	
	Min-Max	45 - 73	40 - 75	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	$\bar{x} \pm SD$	22,09 ± 2,09	22,45 ± 2,34	
	Min-Max	17,63 - 25,4	17,78 - 26,91	

Tuổi, cân nặng, chiều cao trung bình giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### 2. Loại phẫu thuật khớp vai:

**Bảng 2. Phân bố loại phẫu thuật**

Loại phẫu thuật	Nhóm	Nhóm C		Nhóm S		p
		n	%	n	%	
Tạo hình khớp vai		2	6,7%	2	6,5%	>0,05
Tổn thương chóp xoay		14	46,7%	15	48,4%	
Trật khớp vai		4	13,3%	4	12,8%	
Hẹp khoang móm cùng vai		7	23,4%	8	25,8%	
Loại khác		3	10%	2	6,5%	
<b>Tổng</b>		<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm đa số là phẫu thuật liên quan đến chóp xoay chiếm tỉ lệ gần 50% ở 2 nhóm, sau đó đến tổn thương hẹp mỏm cùng vai (hơn 20%).

**3. Tỉ lệ đau dội ngược sau mổ:** Ở nhóm S, nghiên cứu chúng tôi gặp ở 4/30 bệnh nhân có hiện tượng đau dội ngược, chiếm tỉ lệ 13,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm C (không gặp trường hợp nào), với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3. Điểm đau VAS khi nghỉ trong 72h sau mổ**

Thời gian	Thông số	Nhóm C (n=30)	Nhóm S (n=30)	p
Tnền	$\bar{x} \pm SD$	1,9 ± 0,83	1,92 ± 0,79	>0,05
	Min - Max	1 - 3	1 - 4	
T2	$\bar{x} \pm SD$	1,46 ± 0,6	1,56 ± 0,72	>0,05
	Min - Max	0 - 2	0 - 2	
T4	$\bar{x} \pm SD$	1,92 ± 0,72	1,87 ± 0,56	>0,05
	Min - Max	0 - 3	0 - 3	
T6	$\bar{x} \pm SD$	2,68 ± 0,67	2,66 ± 0,81	>0,05
	Min - Max	0 - 4	0 - 4	
T8	$\bar{x} \pm SD$	3,45 ± 0,67	3,43 ± 0,81	>0,05
	Min - Max	1 - 4	1 - 4	
T12	$\bar{x} \pm SD$	1,87 ± 0,98	2,33 ± 0,88	>0,05
	Min - Max	1 - 4	1 - 5	
T16	$\bar{x} \pm SD$	1,96 ± 0,57	3,2 ± 0,58	<0,05*
	Min - Max	1 - 4	1 - 5	
T20	$\bar{x} \pm SD$	2,02 ± 0,65	3,5 ± 0,54	<0,05*
	Min - Max	1 - 5	1 - 6	
T24	$\bar{x} \pm SD$	2,16 ± 0,77	3,4 ± 0,67	<0,05*
	Min - Max	1 - 5	1 - 7	
T36	$\bar{x} \pm SD$	2,05 ± 0,72	3,23 ± 0,72	<0,05*
	Min - Max	0 - 5	0 - 7	
T48	$\bar{x} \pm SD$	1,92 ± 0,68	2,8 ± 0,89	<0,05*
	Min - Max	0 - 5	0 - 7	
T72	$\bar{x} \pm SD$	1,79 ± 1,1	2,31 ± 0,89	>0,05
	Min - Max	0 - 4	0 - 6	

Tất cả BN trong nghiên cứu tại các thời điểm nghiên cứu sau mổ, điểm VAS khi nghỉ trung bình giữa 2 nhóm có khác biệt rõ ở thời điểm 24h, 36h và 48h, với  $p < 0,05$ . Ở nhóm S có những bệnh nhân xuất hiện đau dội ngược với điểm đau VAS lên tới 7 điểm ở cả 3 thời điểm trên.

**4. Tổng lượng morphin tiêu thụ:**

**Bảng 4. Tổng lượng morphin tiêu thụ trong 72h sau mổ**

Morphin (mg)	Nhóm	Nhóm C (n = 30)	Nhóm S (n = 30)	p
Tổng liều 24 giờ	$\bar{x} \pm SD$	5,0 ± 2,89	16,56 ± 3,45	<0,05*
	Min-Max	3,3 - 6,7	5 - 25	
Tổng liều 24-48 giờ	$\bar{x} \pm SD$	5,56 ± 2,88	19,63 ± 2,67	
	Min-Max	3,3 - 6,7	7 - 30	
Tổng liều 48-72 giờ	$\bar{x} \pm SD$	3,32 ± 2,41	12,28 ± 3,56	
	Min-Max	0 - 6,7	5 - 21	
Tổng liều 0 - 72 giờ	$\bar{x} \pm SD$	13,88 ± 5,98	48,47 ± 9,67	
	Min-Max	6,6 - 20,1	19 - 63	

Hầu hết cả 3 ngày sau mổ cho thấy BN trong nhóm tiêm một lần có tổng liều morphin sử dụng đều cao hơn có ý nghĩa thống kê (gấp hơn 3 lần) so với nhóm đặt catheter truyền liên tục, với  $p < 0.05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu đánh giá tỉ lệ đau dội ngược, hiệu quả dự phòng đau dội ngược sau mổ của phương pháp phong bế thần trên ĐRTKCT dưới hướng dẫn siêu âm bằng

truyền liên tục qua catheter so với phương pháp phong bế tiêm một lần duy nhất ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp vai. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy lợi ích của gây tê vùng trong phẫu thuật khớp vai trong việc giảm đau

cấp tính sau mổ và giảm thời gian nằm viện<sup>5</sup>.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 4/30 bệnh nhân xuất hiện đau dội ngược sau mổ ở nhóm phong bế tiêm 1 lần duy nhất (chiếm tỉ lệ 13,3%). Tỉ lệ đau dội ngược ở nhóm truyền liên tục không gặp trường hợp nào và khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới<sup>5,6</sup> mặc dù tỉ lệ này có vẻ thấp hơn so với 1 số nghiên cứu khác. Tổng lượng morphin sử dụng sau phẫu thuật giảm đáng kể và điểm đau VAS trung bình khi nghỉ thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân phong bế ĐRTKCT bằng truyền liên tục qua catheter. Phong bế thần kinh ngoại vi có tác dụng ngăn chặn các tín hiệu đau hướng tâm đi đến hệ thống thần kinh trung ương, do đó làm giảm số lượng tín hiệu đau đến não, giảm số lượng cơn đau mà bệnh nhân phải trải qua và có thể cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân. Trong các nghiên cứu trước đây, "đau dội ngược" xảy ra sau khi phong bế thần kinh ngoại vi tiêm một lần hết tác dụng đã được ghi nhận đầy đủ<sup>7</sup>.

Sau khi phong bế ĐRTK hết tác dụng, bệnh nhân thường bị chậm trễ trong việc duy trì mức độ giảm đau khi chuyển sang dùng thuốc giảm đau non steroid, nhất là các thuốc đường uống. Thông thường, bệnh nhân nên bắt đầu dùng thuốc giảm đau 1–2 giờ trước khi hết tác dụng của phong bế ngoại vi và hồi phục cảm giác đau ở khớp vai. Tuy nhiên, bệnh nhân thường miễn cưỡng dùng các thuốc giảm đau khi chưa hết tác dụng phong bế thần kinh. Ngoài ra, thời gian phong bế có thể thay đổi và nó phụ thuộc vào thời gian phẫu thuật, có thể nó hết tác dụng khi bệnh nhân đang ngủ. Do đó, thời điểm bắt đầu sử dụng thuốc giảm đau có thể khó đánh giá và quản lý kịp thời. Kết quả là, bệnh nhân sẽ cảm thấy cảm giác đau tăng lên mạnh hơn—đau dội ngược. Tác giả Barry và cộng sự cũng cho thấy hiện tượng đau dội ngược xảy ra sau khi hết tác dụng phong bế ĐRTK ở bệnh nhân phẫu thuật khớp gối<sup>8</sup>. Điều này tương tự với Goldstein và cộng sự cũng cho thấy hiện tượng đau dội ngược xảy ra từ 12 đến 24 giờ sau phẫu thuật, cần đến 48 giờ để kiểm soát trở lại bình thường<sup>9</sup>. Chúng tôi cho rằng "đau dội ngược" ở nhóm tiêm một lần có thể khiến bệnh nhân bị ám ảnh về cuộc phẫu thuật và dẫn đến nhận thức về cơn đau tăng lên khi theo dõi.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê thần trên của đám rối thần kinh cánh tay với truyền liên tục qua catheter bước đầu cho thấy có thể làm giảm được tỉ lệ đau dội ngược sau phẫu thuật nội soi khớp vai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fredrickson MJ, Krishnan S, Chen CY.** Postoperative analgesia for shoulder surgery: a critical appraisal and review of current techniques. *Anaesthesia*. 2010;65(6):608-624. doi:10.1111/j.1365-2044.2009.06231.x.
- Dada O, Gonzalez Zacarias A, Ongaiqui C, et al.** Does Rebound Pain after Peripheral Nerve Block for Orthopedic Surgery Impact Postoperative Analgesia and Opioid Consumption? A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3257. Published 2019 Sep 5. doi:10.3390/ijerph16183257
- Thillainadesan, T., Lee, C., Mandaleson, A., Hardidge, A., Weinberg, L. & Tan, C. (2019).** Rebound pain after shoulder surgery with interscalene brachial plexus blockade: How often? how bad? *Journal of Pain Management*, 12(2), pp. 147-154.
- Ding DY, Manoli A 3rd, Galos DK, Jain S, Tejwani NC.** Continuous Popliteal Sciatic Nerve Block Versus Single Injection Nerve Block for Ankle Fracture Surgery: A Prospective Randomized Comparative Trial. *J Orthop Trauma*. 2015 Sep;29(9):393-8. doi: 10.1097/BOT.0000000000000374. PMID: 26165259.
- Salviz EA, Xu D, Frulla A, et al.** Continuous Interscalene Block in Patients Having Outpatient Rotator Cuff Repair Surgery: A Prospective Randomized Trial. *Anesth Analg*. 2013;117(6):1485. doi:10.1213/01.ane.0000436607.40643.0a
- Kim JH, Koh HJ, Kim DK, Lee HJ, Kwon KH, Lee KY, Kim YS.** Interscalene brachial plexus bolus block versus patient-controlled interscalene indwelling catheter analgesia for the first 48 hours after arthroscopic rotator cuff repair. *J Shoulder Elbow Surg*. 2018 Jul;27(7):1243-1250. doi: 10.1016/j.jse.2018.02.048. Epub 2018 Mar 29. PMID: 29605659.
- Ganta A, Ding D, Fisher N, Lavery J, Jain S, Tejwani NC.** Continuous Infraclavicular Brachial Block Versus Single-Shot Nerve Block for Distal Radius Surgery: A Prospective Randomized Control Trial. *J Orthop Trauma*. 2018 Jan;32(1):22-26. doi: 10.1097/BOT.0000000000001021. PMID: 29040231.
- Garrett S. Barry, Jonathan G. Bailey, Joel Sardinha, Paul Brousseau, Vishal Uppal,** Factors associated with rebound pain after peripheral nerve block for ambulatory surgery, *British Journal of Anaesthesia*, Volume 126, Issue 4, 2021, p. 862-871,
- Goldstein RY, Montero N, Jain SK, Egol KA, Tejwani NC.** Efficacy of popliteal block in postoperative pain control after ankle fracture fixation. *J Orthop Trauma*. 2012;26:557–62.