

giữa răng mang mào và răng đối chứng trong giai đoạn quan sát, trong khi đó viêm nướu thường xuyên hơn ở răng mang mào trong giai đoạn này. Độ sâu túi trung bình tăng nhẹ được ghi nhận ở răng hàm trong khi độ sâu túi trung bình đối với răng đối chứng vẫn ở mức cũ trong suốt 15 năm. Nghiên cứu của Kim và cs (2021) cũng cho thấy sự thay đổi các chỉ số nha chu theo chiều hướng xấu, đặc biệt liên quan giữa số lượng mào răng, bệnh nha chu tăng lên khi số lượng phục hình mào răng tăng lên [4]. Tình trạng viêm nướu, chảy máu nướu cao hơn giữa răng mang phục hình và răng thật cũng được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu khác nhau [9], cho thấy sự gia tăng nguy cơ viêm nướu quanh răng trụ.

## V. KẾT LUẬN

Phục hình mào răng sứ kim loại có chất lượng tốt về mặt thẩm mỹ, giải phẫu, đường hoàn tất. Tình trạng nha chu có thể bị ảnh hưởng, đặc biệt là tình trạng viêm nướu ở răng trụ mang mào răng. Trong khi đó, độ sâu túi nha chu không có sự ảnh hưởng đáng kể.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiên Thủy Trúc, (2006)**, "Chất lượng điều trị phục hình cố định sau 5 năm thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh".
2. **California Dental Association Quality Evaluation for Dental Care, (1977)**, "Quality

evaluation for dental care : guidelines for the assessment of clinical quality and professional performance".

3. **Glantz P O, Ryge G, Jendresen M D, et al, (1984)**, "Quality of extensive fixed prosthodontics after five years", J Prosthet Dent, 52 (4), pp. 475-479.
4. **Kim Y J, Lee J Y, Ku Y, et al, (2021)**, "Association between the Number of Prosthetic Crowns and Periodontitis: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNANES VII) from 2016-2018", Int J Environ Res Public Health, 18 (11).
5. **Kosyfaki P, del Pilar Pinilla Martín M, Strub J R, (2010)**, "Relationship between crowns and the periodontium: a literature update", Quintessence Int, 41 (2), pp. 109-126.
6. **Overmeer J, Narby B, Hjalmarsson L, et al, (2016)**, "A retrospective multicenter study comparing metal-ceramic and composite single crowns performed in public general dentistry: 5-year results", Acta Biomater Odontol Scand, 2 (1), pp. 43-48.
7. **Reitemeier B, Hänsel K, Range U, et al, (2019)**, "Prospective study on metal ceramic crowns in private practice settings: 20-year results", Clin Oral Investig, 23 (4), pp. 1823-1828.
8. **Suárez M J, Lozano J F, Paz Salido M, et al, (2004)**, "Three-year clinical evaluation of In-Ceram Zirconia posterior FPDs", Int J Prosthodont, 17 (1), pp. 35-38.
9. **Valderhaug J, Ellingsen J E, Jokstad A, (1993)**, "Oral hygiene, periodontal conditions and carious lesions in patients treated with dental bridges. A 15-year clinical and radiographic follow-up study", J Clin Periodontol, 20 (7), pp. 482-489.

## TÁC DỤNG CỦA LEVOBUPIVACAIN PHỐI HỢP FENTANYL TRONG GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY SAU PHẪU THUẬT

Nguyễn Xuân Tiến<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Thạch<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Toàn<sup>2</sup>, Tống Đức Minh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng vô cảm, ức chế vận động, giảm đau sau phẫu thuật của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay bằng levobupivacain phối hợp fentanyl. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có nhóm chứng trên 100 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật từ 1/3 dưới cánh tay đến ngón tay dưới gây tê ĐRTKCT tại Bệnh viện quân y 175 từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau ở nhóm I thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm II. Thời gian tác dụng ức chế cảm giác đau và giảm đau sau phẫu

thuật ở nhóm I cao hơn có ý nghĩa so với nhóm II. Thời gian tiềm tàng ức chế vận động ở nhóm I thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II. Thời gian tác dụng ức chế vận động ở nhóm I cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm II. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm I là 90%, cao hơn ở nhóm II (88%). Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Chưa rõ sự liên quan giữa tuổi, giới, tình trạng ASA với thời gian ức chế cảm giác, thời gian ức chế vận động. **Kết luận:** Hiệu quả vô cảm, ức chế vận động và giảm đau của nhóm phối hợp levobupivacain-adrenalin-fentanyl cao hơn nhóm chỉ sử dụng đơn thuần levobupivacain-adrenalin.

**Từ khóa:** levobupivacain-fentanyl, gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS OF LEVOBUPIVACAIN COMBINED FENTANYL IN AXILLARY PLEXUS BLOCK POSTOPERATION

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of analgesia, motor inhibition, and postoperative

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

<sup>2</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Tiến

Email: drtien175@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.7.2022

Ngày duyệt bài: 8.8.2022

analgesia of axillary plexus anesthesia with levobupivacaine in combination with fentanyl. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study with a control group on 100 patients with indications for surgery from the lower third of the arm to the lower finger under anesthesia of the axillary plexus at Military Hospital 175 from January 2021 to May 2022. **Results:** The potential duration of pain inhibition in group I was significantly lower than in group II. The duration of pain suppression and postoperative analgesia in group I were significantly higher than in group II. The potential duration of motor inhibition was significantly lower in group I than in group II. The duration of the motor blockade effect in group I was statistically significantly higher than in group II. The rate of good anesthesia quality in group I was 90%, higher than in group II (88%). The difference has not been statistically significant. The relationship between age, gender, ASA status and the time of sensory inhibition, the time of motor inhibition was unknown. **Conclusion:** The effect of analgesia, motor inhibition and pain relief of the levobupivacaine-adrenalin-fentanyl group was higher than that of the group using levobupivacaine-adrenalin alone.

**Keywords:** levobupivacaine-fentanyl, axillary plexus block.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách đưa thuốc tê hoặc hỗn hợp thuốc tê vào bao ĐRTKCT. Hiện nay, gây tê ĐRTKCT là phương pháp vô cảm thường được sử dụng trong các trường hợp phẫu thuật chi trên. Để gây tê ĐRTKCT người ta thường phối hợp thuốc tê với một số thuốc khác như adrenalin, dexmedetomidin, dexamethason, fentanyl [1]. Hiện nay trên thế giới đã có một số nghiên cứu sử dụng levobupivacaine phối hợp với fentanyl để

gây tê ĐRTKCT cho phẫu thuật chi trên, tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều công bố, do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá tác dụng vô cảm, ức chế vận động, giảm đau sau phẫu thuật của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay bằng levobupivacaine phối hợp fentanyl".

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 100 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật từ 1/3 dưới cánh tay đến ngón tay dưới gây tê ĐRTKCT tại Bệnh viện quân y 175 từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2022, gồm 02 nhóm gây tê ĐRTKCT bằng hỗn hợp levobupivacaine-adrenalin-fentanyl (nhóm LAF) hoặc levobupivacaine adrenalin (nhóm LA).

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có nhóm chứng.

#### Nội dung nghiên cứu:

- Ức chế cảm giác đau:
  - + Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau (tính bằng phút).
  - + Thời gian ức chế cảm giác đau (tính bằng phút).
  - + Thời gian giảm đau sau phẫu thuật.
- Ức chế vận động:
  - + Thời gian tiềm tàng ức chế vận động (tính bằng phút).
  - + Thời gian ức chế vận động (tính bằng phút).
- Chất lượng vô cảm.

**3. Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 2. Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau, thời gian tác dụng ức chế cảm giác đau và thời gian giảm đau sau phẫu thuật**

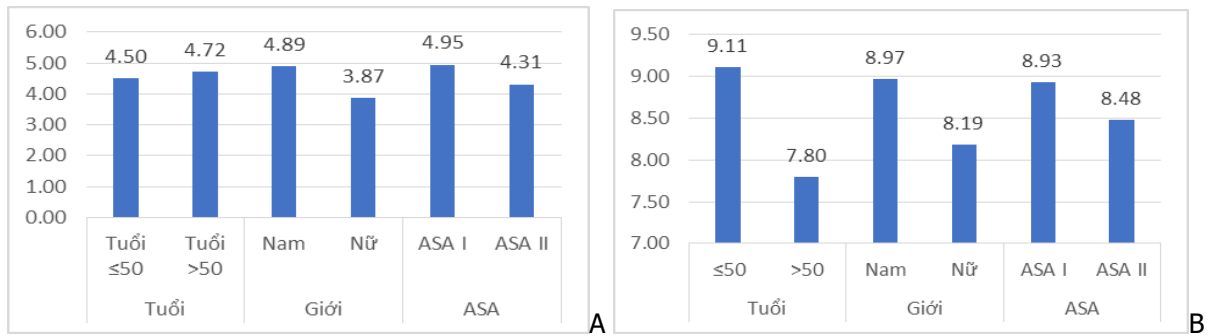
	Nhóm LAF X ± SD Min - Max	Nhóm LA X ± SD Min - Max	p
Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau (phút)	4,58±1,96 2-10	8,72±4,29 4-20	<0,001
Thời gian tác dụng ức chế cảm giác đau (phút)	698,28 ±157,59 412-1158	606,86±207,67 243-1185	0,015
Thời gian giảm đau sau phẫu thuật (phút)	718,34 ± 184,84 351-1355	590,84 ± 221,96 325-1215	0,002

**Nhận xét.** Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau ở nhóm I và nhóm II lần lượt là 4,58±1,96 và 8,72±4,29. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,001.

Thời gian tác dụng ức chế cảm giác đau ở nhóm I và nhóm II lần lượt là 698,28 ±157,59 và

606,86±207,67. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p=0,015.

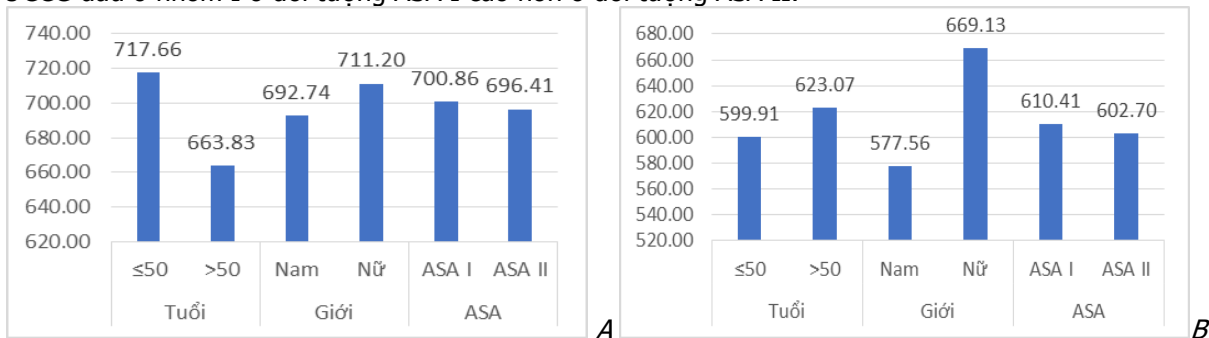
Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở nhóm I (718,34 ± 184,84) cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm II (590,84 ± 221,96), p=0,002.



**Biểu đồ 1.** Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau ở nhóm I (A), II (B) theo tuổi, giới và ASA

**Nhận xét:** Trong nhóm I, thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác (UCCG) đau ở người ≤50 tuổi cao hơn so với ở người >50 tuổi. Thời gian tiềm tàng UCCG đau ở nam cao hơn ở nữ. Thời gian tiềm tàng UCCG đau ở đối tượng ASA I cao hơn ở đối tượng ASA II.

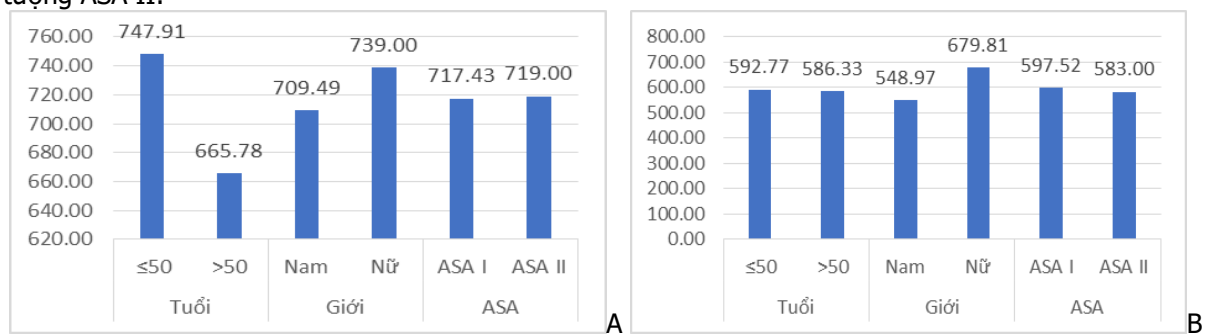
Trong nhóm II, thời gian tiềm tàng UCCG đau ở nhóm I ở người ≤50 tuổi cao hơn ở người >50 tuổi. Thời gian tiềm tàng UCCG đau ở nhóm I ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Thời gian tiềm tàng UCCG đau ở nhóm I ở đối tượng ASA I cao hơn ở đối tượng ASA II.



**Biểu đồ 2.** Thời gian ức chế cảm giác đau ở nhóm I (A), II (B) theo tuổi, giới và ASA

**Nhận xét:** Trong nhóm I, thời gian UCCG đau ở người ≤50 tuổi thấp hơn so với ở người >50 tuổi. Thời gian UCCG đau ở nam thấp hơn ở nữ. Thời gian UCCG đau ở đối tượng ASA I cao hơn ở đối tượng ASA II.

Trong nhóm II, thời gian UCCG đau ở người ≤50 tuổi cao hơn ở người >50 tuổi. Thời gian UCCG đau ở nam thấp hơn ở nữ. Thời gian tiềm tàng UCCG đau ở nhóm I ở đối tượng ASA I cao hơn ở đối tượng ASA II.



**Biểu đồ 3.** Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở nhóm I (A), nhóm II (B) theo tuổi, giới và ASA

**Nhận xét:** Trong nhóm I, thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở người ≤50 tuổi cao hơn ở người >50 tuổi. Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở nam thấp hơn ở nữ. Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở đối tượng ASA I xấp xỉ ở đối tượng ASA II.

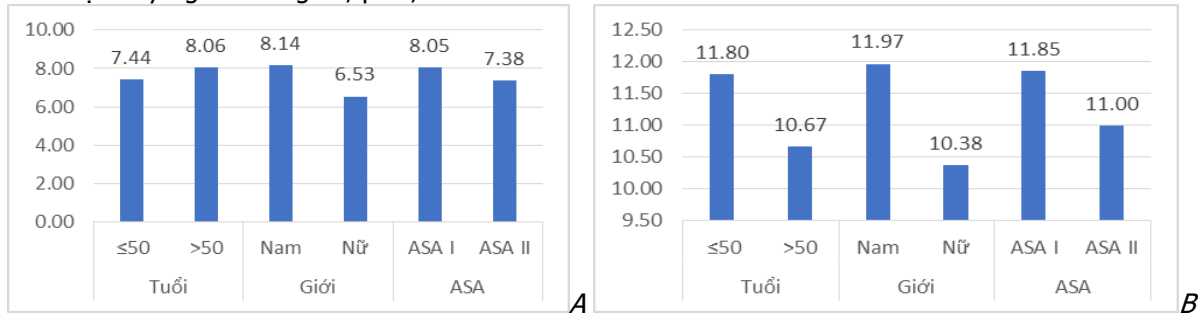
Trong nhóm II, thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở người ≤50 tuổi cao hơn không nhiều so với ở người >50 tuổi. Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở nam thấp hơn ở nữ. Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở đối tượng ASA I cao hơn không nhiều so với ở đối tượng ASA II.

**Bảng 2. Thời gian tiềm tàng ức chế vận động và thời gian tác dụng ức chế vận động**

	Nhóm LAF		Nhóm LA		p
	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max	
Thời gian tiềm tàng ức chế vận động (phút)	7,66 ± 3,15	3-19	11,46 ± 3,58	7-22	<0,001
Thời gian tác dụng ức chế vận động (phút)	844,20 ± 234,18	110-1458	684,70 ± 236,49	260-1334	0,001

**Nhận xét:** Thời gian tiềm tàng ức chế vận động (ƯCVD) ở nhóm I (7,66 ± 3,15) thấp hơn ở nhóm II (11,46 ± 3,58). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,001.

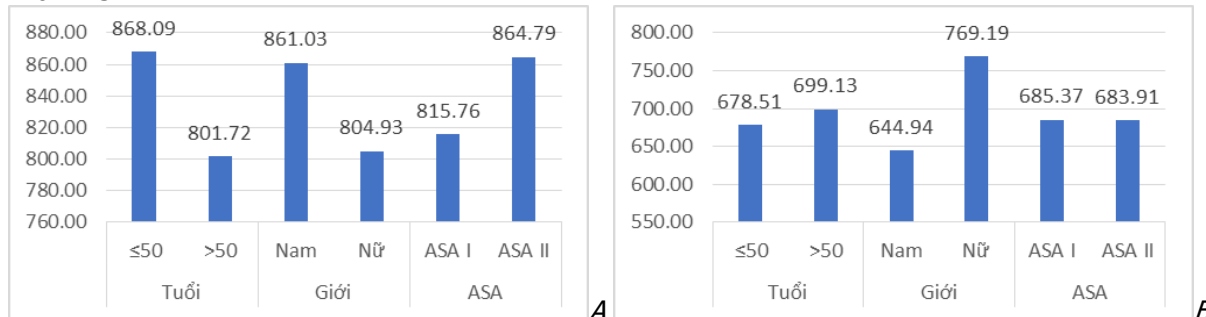
Thời gian tác dụng ƯCVD ở nhóm I (844,20 ± 234,18) cao hơn ở nhóm II (684,70 ± 236,49). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p=0,001.



**Biểu đồ 4. Thời gian tiềm tàng ức chế vận động ở nhóm I (A), II (B) theo tuổi, giới, ASA (phút)**

**Nhận xét:** Trong nhóm I, thời gian tiềm tàng ƯCVD ở nhóm tuổi >50 thấp hơn ở nhóm tuổi ≤50. Thời gian tiềm tàng ƯCVD ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Thời gian tiềm tàng ƯCVD ở nhóm ASA I cao hơn ở nhóm ASA II.

Trong nhóm II, thời gian tiềm tàng ƯCVD ở nhóm tuổi >50 cao hơn ở nhóm tuổi ≤50. Thời gian tiềm tàng ƯCVD ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Thời gian tiềm tàng ƯCVD ở nhóm ASA I cao hơn ở nhóm ASA II.



**Biểu đồ 5. Thời gian ức chế vận động ở nhóm I (A), II (B) theo tuổi, giới, ASA (phút)**

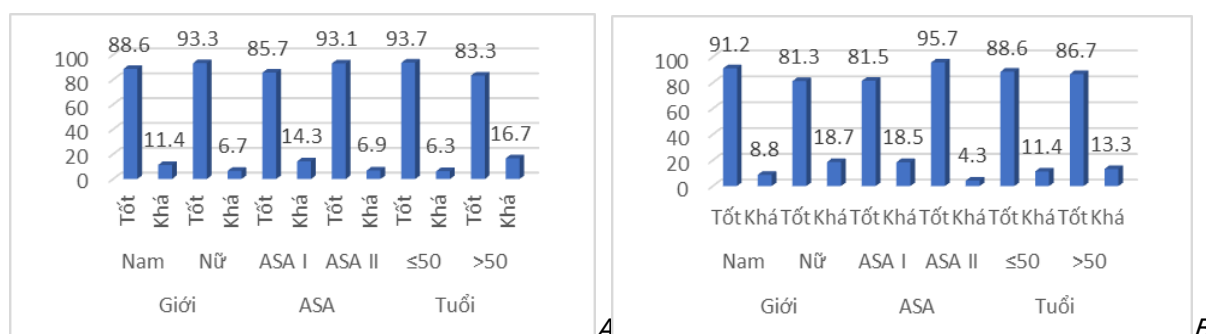
**Nhận xét:** Trong nhóm I, thời gian ƯCVD ở nhóm tuổi >50 thấp hơn ở nhóm tuổi ≤50. Thời gian ƯCVD ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Thời gian ƯCVD ở nhóm ASA I thấp hơn ở nhóm ASA II.

Trong nhóm II, thời gian ƯCVD ở nhóm tuổi >50 cao hơn ở nhóm tuổi ≤50. Thời gian ƯCVD ở nam giới thấp hơn ở nữ giới. Thời gian ƯCVD ở nhóm ASA I xấp xỉ ở nhóm ASA II.

**Bảng 3. Chất lượng vô cảm trong phẫu thuật**

	Nhóm LAF		Nhóm LA		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Tốt	45	90,00	44	88,00	0,749
Khá	5	10,00	6	12,00	
Trung bình	0	0,00	0	0,00	
Kém	0	0,00	0	0,00	

**Nhận xét:** Trong cả hai nhóm, không có trường hợp nào có chất lượng vô cảm trung bình và kém. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm I là 90%, cao hơn ở nhóm II (88%). Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.



**Biểu đồ 6.** Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt, khá trong nhóm I (A), II (B) theo giới, ASA, tuổi (%)

**Nhận xét:** Trong nhóm I, tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nam thấp hơn ở nữ. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm ASA I thấp hơn ở nhóm ASA II. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm >50 thấp hơn nhóm tuổi còn lại.

Trong nhóm II, tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nam cao hơn ở nữ. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm ASA I thấp hơn ở nhóm ASA II. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm >50 thấp hơn nhóm tuổi còn lại.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, thời gian tiềm tàng UCCG đau ở nhóm I và nhóm II lần lượt là  $4,58 \pm 1,96$  và  $8,72 \pm 4,29$ . Sự khác biệt có ý nghĩa,  $p < 0,001$ . Thời gian tác dụng UCCG đau ở nhóm I và nhóm II lần lượt là  $698,28 \pm 157,59$  và  $606,86 \pm 207,67$ . Sự khác biệt có ý nghĩa,  $p = 0,015$ . Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở nhóm I ( $718,34 \pm 184,84$ ) cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm II ( $590,84 \pm 221,96$ ),  $p = 0,002$ .

Trong nghiên cứu của MD Allene và cs (2020), kết quả cũng cho thấy giá trị thời gian tiềm tàng UCCG ở nhóm dùng thêm Fentanyl ( $14,75 \pm 1,09$  phút) ngắn so với nhóm không dùng Fentanyl ( $20,14 \pm 1,50$  phút),  $p < 0,001$  [2]. Nguyễn Văn Trí, thời gian khởi phát UCVD của nhóm I là  $7,95 \pm 1,05$  phút [3]. Thời gian này ngắn hơn thời gian tiềm tàng UCCG trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nhóm I của Nguyễn Văn Trí, không dùng Fentanyl. Thuốc tê ngấm vào thần kinh càng nhiều và càng nhanh thì càng rút ngắn thời gian khởi phát UCVD.

Thời gian UCCG đau ở nhóm I trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với thời gian này trong nhóm bệnh nhân I ở nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí và cs. Nguyễn Văn Trí và cs ghi nhận: Thời gian UCCG của nhóm I (gây tê ĐTTKCT bằng levobupivacain 0,5%, adrenalin 1/200.000 dưới hướng dẫn siêu âm) là  $481,38 \pm 16,66$  phút, nhóm II (gây tê ĐTTKCT bằng levobupivacain 0,5%, adrenalin 1/200.000 dưới

máy kích thích thần kinh cơ) là  $319,22 \pm 143,14$  phút, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$  [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Hala Mahmoud và cs (2020) cũng nhận thấy phối hợp fentanyl với levobupivacain rút ngắn thời gian tiềm tàng UCCG đau, kéo dài giảm đau sau phẫu thuật và giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật [4]. Mengesha Dessie Allene và cs (2020) [5] cũng đã kết luận fentanyl với bupivacain rút ngắn thời gian tiềm tàng và kéo dài thời gian UCCG so với sử dụng bupivacaine đơn thuần.

Thời gian tiềm tàng UCCG đau ở người  $\leq 50$  tuổi cao hơn ở người  $> 50$  tuổi ở cả 2 nhóm. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí và cs, nhóm I có sự tương quan nghịch giữa tuổi và thời gian khởi phát UCCG với hệ số tương quan là  $r = -0,68$  và nhóm II là  $r = -0,63$ , đây là mối tương quan nghịch rất chặt chẽ [3]. Nghiên cứu của Pavicic Saric và cs ghi nhận thời gian khởi phát tác dụng UCCG ngắn hơn ở nhóm bệnh nhân già. Sự khác biệt về thời gian khởi phát UCCG giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [6].

Thời gian tiềm tàng UCVD ở nhóm I ( $7,66 \pm 3,15$ ) thấp hơn ở nhóm II ( $11,46 \pm 3,58$ ). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,001$ . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,001$ . Nghiên cứu của Allene (2020) cũng ghi nhận thời gian tiềm tàng ức chế vận động ngắn hơn ( $18,6 \pm 1,86$  phút) ở nhóm dùng thêm Fentanyl so với cả nhóm dùng thêm Tramadol ( $22,5 \pm 1,75$ ) và nhóm chỉ dùng bupivacaine ( $25 \pm 1,50$  phút),  $p < 0,001$  [2]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu đã thực hiện ở Thổ Nhĩ Kỳ, trong đó khởi cảm giác khởi phát ở nhóm Fentanyl là  $11 \pm 5,47$  phút, nhóm Tramadol là  $15 \pm 5,08$  phút và ở nhóm đối chứng là  $18 \pm 6,14$  phút  $p < 0,001$  [7].

Thời gian tác dụng UCVD ở nhóm I ( $844,20 \pm 234,18$ ) cao hơn ở nhóm II ( $684,70 \pm 236,49$ ). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p = 0,001$ . Thời

gian tác dụng ỨCVĐ của chúng tôi cũng cao hơn so với thời gian ỨCVĐ trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí và cs. Trong nghiên cứu của mình, tác giả không sử dụng fentanyl trong gây tê ĐRTKCT. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí và cs (2020) cho thấy: Thời gian ỨCVĐ ở nhóm I là  $412,97 \pm 107,32$  phút, nhóm II là  $205,88 \pm 48,96$  phút, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa,  $p < 0,05$  [3]. Nghiên cứu của Allene (2020) cũng ghi nhận thời gian ỨCVĐ ở nhóm dùng phối hợp thêm fentanyl dài hơn nhóm chỉ dùng bupivacaine [2].

Chúng tôi tiếp tục đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian ỨCVĐ: Thời gian ỨCVĐ ở nhóm tuổi  $>50$  thấp hơn ở nhóm tuổi  $\leq 50$  trong nhóm nghiên cứu I. Trong khi đó ở nhóm II, Thời gian ỨCVĐ ở nhóm tuổi  $>50$  cao hơn ở nhóm tuổi  $\leq 50$ . Sự mâu thuẫn giữa 2 nhóm nghiên cứu có thể là liên quan đến sự khác biệt về tỉ lệ giới tính trong mỗi nhóm. Do đó, không thể loại trừ hoàn toàn bất kỳ ảnh hưởng nào của giới tính đến thời gian gây mê vì hiện nay người ta đã xác định rõ rằng có sự khác biệt về giới tính trong nhận thức về cảm giác đau và nhạy cảm với thuốc giảm đau.

Trong cả hai nhóm, không có trường hợp nào có chất lượng vô cảm trung bình và kém. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm I là 90%, cao hơn ở nhóm II (88%). Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của Phạm Văn Quỳnh và cs (2014) về hiệu quả gây tê đường gian cơ bậc thang bằng lidocain phối hợp với dexamethasone. Kết quả cho thấy: Chất lượng vô cảm trong phẫu thuật: Chất lượng vô cảm ở nhóm 1 đạt tốt là 92,5%, trung bình là 5%; trong khi đó chất lượng vô cảm tốt ở nhóm 2 là 100% [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Nhân (2020) ghi nhận tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt lên tới 100%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [10]. Đối tượng nghiên cứu của tác giả chủ yếu là người có tình trạng ASA I (chiếm 90%).

## V. KẾT LUẬN

Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau ở nhóm I ( $4,58 \pm 1,96$  phút) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm II ( $8,72 \pm 4,29$  phút). Thời gian tác dụng ức chế cảm giác đau ở nhóm I ( $698,28 \pm 157,59$ ) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm II ( $606,86 \pm 207,67$ ). Thời gian giảm đau sau phẫu thuật ở nhóm I ( $718,34 \pm 184,84$ ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II ( $590,84 \pm 221,96$ ).

Thời gian tiềm tàng ức chế vận động ở nhóm I ( $7,66 \pm 3,15$ ) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II ( $11,46 \pm 3,58$ ). Thời gian tác dụng

ức chế vận động ở nhóm I ( $844,20 \pm 234,18$ ) cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm II ( $684,70 \pm 236,49$ ).

Không có trường hợp nào có chất lượng vô cảm trung bình và kém. Tỷ lệ chất lượng vô cảm tốt ở nhóm I là 90%, cao hơn ở nhóm II (88%). Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Chưa rõ sự liên quan giữa tuổi, giới, tình trạng ASA với thời gian ức chế cảm giác, thời gian ức chế vận động.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abo-Elnassr L.M Eissa R.E, Amin S.M.and Mohamed R.M** (2018). The Effect of Adding Dexmedetomidine or Fentanyl to Levobupivacaine for Ultrasound-guided Supraclavicular brachial plexus block in Upper Extremity Surgeries. The Egyptian Journal of Hospital Medicine, 73(2).
2. **Mengesha Dessie Allene, Agmuas Asichale Alimawu, Semagn Mekonen Abate, et al.** (2020). The effectiveness of adding tramadol versus fentanyl as an adjuvant to bupivacaine on brachial plexus block: A double blind, randomized controlled trial. 24: 85-90.
3. **Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Thị Bạch Yến, Nguyễn Văn Quyền, et al.** (2020). Đánh giá một số yếu tố tương quan ảnh hưởng đến gây tê đám rối thần kinh cánh tay trong phẫu thuật chi trên. Tạp chí y học lâm sàng, 60: 23-30.
4. **Fawzy Abbas Hala Mahmoud, Mahmoud Gamal El-Din Youssef et al** (2020). "Comparison between Levobupivacaine Alone and Levobupivacaine with Fentanyl in Extending the Duration and Postoperative Analgesia of Supraclavicular Brachial Plexus Block for Elective Upper Limb Orthopedic Surgeries. The Egyptian Journal of Hospital Medicine, 81(2).
5. **Mengesha Dessie Allene, Agmuas Asichale Alimawu, Semagn Mekonen Abate, et al.** (2020). The effectiveness of adding tramadol versus fentanyl as an adjuvant to bupivacaine on brachial plexus block: A double blind, randomized controlled trial. International Journal of Surgery Open, 24: 85-90.
6. **Jadranka pavičić šarić, jelena zenko, vanja vončina, et al.** (2015). Effects of age on onset time and duration of sensory blockade in ultrasound guided supraclavicular block Abstract 117 (2): 287-290.
7. **Sükran Geze, Hülya Ulusoy, Engin Ertürk, et al.** (2012). Comparison of Local Anesthetic Mixtures with Tramadol or Fentanyl for Axillary Plexus Block in Orthopaedic Upper Extremity Surgery 9(2).
8. **Xavier Paqueron, Gilles Boccara, Mouhssine Bendahou, et al.** (2002). Brachial plexus nerve block exhibits prolonged duration in the elderly 97(5): 1245-1249.
9. **Phạm Văn Quỳnh, Trịnh Xuân Trường, Hoàng Văn Chương, et al.** (2014). Nghiên cứu gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường gian cơ bậc thang bằng Lidocain phối hợp với Dexamethason trong phẫu thuật chi trên Y học thực hành, 905(2): 6-9.
10. **Nguyễn Trung Nhân** (2020), Hiệu quả gây tê đám rối cánh tay đường dưới đòn với Bupivacain liều thấp trong phẫu thuật cẳng tay. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.