

# ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP PHONG BẾ THẦN KINH HIỀN TRONG ỐNG CƠ KHÉP PHỐI HỢP VỚI TÊ THẨM GIỮA ĐỘNG MẠCH KHOEO VÀ BAO KHỚP GỐI BẰNG ANAROPIN 0,2% GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP GỐI

Luu Quang Thùy<sup>1</sup>, Trịnh Thu Huyền<sup>1,2</sup>, Vũ Hoàng Phương<sup>2</sup>,

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp phong bế ống cơ khép phối hợp với IPACK với phong bế ống cơ khép đơn thuần trong giảm đau sau mổ nội soi khớp gối. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên và có đối chứng; 60 bệnh nhân phẫu thuật nội soi khớp gối được chia thành bằng bốc thăm ngẫu nhiên: Nhóm OCK: BN được giảm đau sau mổ bằng phong bế ống cơ khép đơn thuần; Nhóm IPACK: bệnh nhân được giảm đau bằng phong bế ống cơ khép phối hợp với IPACK. Theo dõi bệnh nhân trong vòng 48 giờ sau mổ, số liệu được mã hoá và xử lý theo các phương pháp thống kê. **Kết quả nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có điểm Bromage là 0-1, không có bệnh nhân nào có điểm 2 hoặc 3. Nhóm OCK là  $0,07 \pm 0,25$ , nhóm IPACK là  $0,06 \pm 0,25$ . Nhóm OCK có tỷ lệ nôn và buồn nôn cao hơn so với nhóm IPACK (6,7% so với 3,3%). Không có bệnh nào gặp phải các biến chứng như chọc vào mạch máu, tổn thương thần kinh hay sưng nề vùng chọc, tụ máu dưới da, không có bệnh nhân nào ngộ độc thuốc tê. **Kết luận:** Phương pháp phong bế ống cơ khép phối hợp với IPACK trong giảm đau sau mổ nội soi khớp gối là một phương pháp an toàn, ít tác dụng không mong muốn

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi khớp gối, IPACK, thần kinh hiền, ống cơ khép

## SUMMARY

### ASSESSING ADVERSE EFFECTS OF SAPHENOUS NERVE BLOCK AT THE ADDUCTOR CANAL COMBINED WITH INTERSPACE BETWEEN THE POPLITEAL ARTERY AND CAPSULE OF THE KNEE BLOCK BY ANAROPIN 0.2% FOR PAIN RELIEF AFTER KNEE ARTHROSCOPY

**Objective:** To assess some adverse effects of the saphenous nerve block at the adductor canal combined with interspace between the popliteal artery and capsule of the knee (IPACK) block for pain relief after knee arthroscopy surgery. **Methods:** Clinical intervention study, randomized controlled trial; 60 patients undergoing arthroscopic knee surgery were divided into 2 group by random numbers. OCK group:

Patients had postoperative pain relief by adductor blockade alone; IPACK group: patients were relieved by adductor canal block in combination with IPACK. Follow-up patients within 48 hours after surgery, data are coded and processed according to statistical methods. **Results:** All patients in our study had a Bromage score of 0-1, none of the patients had a score of 2 or 3. The OCK group was  $0.07 \pm 0.25$ , the IPACK group was  $0.06 \pm 0.25$ . The OCK group had a higher rate of vomiting and nausea than the IPACK group (6.7% vs 3.3%). No patients encountered complications such as vascular puncture, nerve damage or swelling of the puncture site, subcutaneous hematoma, and local anesthetic toxicity. **Conclusion:** The adductor canal block combined with IPACK in pain relief after knee arthroscopic surgery is a safe method with few adverse effects.

**Keywords:** Knee arthroscopy surgery, IPACK, saphenous nerve, adductor canal

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mức độ đau của các phẫu thuật chỉnh hình khớp gối được phân độ đau vừa đến đau nặng. Để giảm đau sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình khớp gối nói chung và phẫu thuật nội soi khớp gối nói riêng, đã có nhiều phương pháp được nghiên cứu như giảm đau toàn thân qua đường tĩnh mạch, gây tê ngoài màng cứng (NMC) liên tục, gây tê tủy sống (TS) và gây tê thần kinh (TK) ngoại vi<sup>1</sup>. Gây tê ống cơ khép (OCK) cho thấy là có tác dụng tốt trong giảm đau sau mổ mà không ảnh hưởng đến vận động khớp gối do trong OCK có chứa TK hiền là nhánh chi phối cảm giác lớn nhất của TK đùi xuống đầu gối<sup>1</sup>. Tuy nhiên việc gây tê đơn độc thần kinh hiền trong ống cơ khép đôi khi không giảm đau hoàn toàn cho phẫu thuật nội soi khớp gối đặc biệt là đau vùng mặt sau gối. Có đến 40% các trường hợp các nhánh bì sau của thần kinh đùi chi phối cảm giác da, gân mặt sau không đi qua ống cơ khép. Trong khi đó các nhánh trước của nó chi phối cảm giác cho vùng giữa và trước gối cũng không thuộc ống cơ khép. Tê thẩm giữa động mạch khoeo và bao khớp gối (IPACK) lần đầu tiên được thực hiện và phát triển bởi bác sỹ tiến sỹ Sanjay Sinha vào năm 2012 dưới hướng dẫn của siêu âm để giảm đau cho mặt sau của gối sau thay khớp gối bằng cách phong bế các nhánh khớp của dây thần

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

kinh chày, mạc chung và dây thần kinh bị trong vùng da đùi. IPACK tỏ ra có hiệu quả rõ rệt trong giảm đau sau mổ thay khớp gối toàn bộ và cả trong trường hợp mổ tái tạo dây chằng khớp gối ACL khi phối hợp với phong bế ống cơ khép<sup>2,3</sup>. Tuy nhiên, ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về IPACK. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp phong bế thần kinh hiển trong ống cơ khép phối hợp với tê thẩm giữa động mạch khoeo và bao khớp gối bằng anaropin 0,2% giảm đau sau phẫu thuật nội soi khớp gối".

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

**2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Tuổi  $\geq 18$  tuổi. ASA I-II-III ( theo phân loại của Hiệp Hội gây mê Hoa Kỳ), bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi khớp gối, mổ theo chương trình.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- a. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Gây mê hồi sức Ngoại khoa và Viện chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
- b. Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu lấy mẫu thuận tiện
- c. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 18.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

| Phân bố                     | Nhóm             | OCK               | IPACK           | p      |
|-----------------------------|------------------|-------------------|-----------------|--------|
|                             |                  |                   |                 |        |
| Tuổi (năm)                  | $\bar{X} \pm SD$ | 35.5 $\pm$ 8.02   | 31.2 $\pm$ 8.8  | >0.05  |
|                             | Min-Max          | 21-54             | 19 - 45         |        |
| Chiều cao (cm)              | $\bar{X} \pm SD$ | 166 $\pm$ 6.03    | 167 $\pm$ 5.31  | >0.05  |
|                             | Min-Max          | 154 - 175         | 155-178         |        |
| Cân nặng (kg)               | $\bar{X} \pm SD$ | 63.2 $\pm$ 8.09   | 64.4 $\pm$ 5.40 | >0.05  |
|                             | Min-Max          | 49-80             | 54-74           |        |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> )    | $\bar{X} \pm SD$ | 22.8 $\pm$ 2.06   | 23.2 $\pm$ 1.32 | >0.05  |
| ASA                         | I                | 19(63.3%)         | 23(76.7%)       | >0.05  |
|                             | II               | 11(36.7%)         | 7(23.3%)        |        |
| Giới (n-%)                  | Nam              | 80%               | 83.3%           | >0.05  |
|                             | Nữ               | 20%               | 16.7%           |        |
| Thời gian phẫu thuật (phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 57.33 $\pm$ 10.81 | 55.17 $\pm$ 9.6 | >0,05  |
|                             | Min-Max          | 40-80             | 40-75           |        |
| Liều bupivacain (mg)        | $\bar{X} \pm SD$ | 6.7 $\pm$ 0.65    | 6.87 $\pm$ 0.51 | p>0,05 |
|                             | Min-Max          | 5-8               | 5-8             |        |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, cân nặng, chiều cao, BMI, giới, ASA, thời gian phẫu thuật cũng như liều bupivacaine giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đều có phân loại ASA là I và II. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( p > 0,05).

**3.2. Tác dụng không mong muốn và biến chứng**

**Bảng 3.2. Tác dụng không mong muốn**

| Đặc điểm      | Nhóm | OCK   |       | IPACK |       | p     |
|---------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
|               |      | Số BN | Tỷ lệ | Số BN | Tỷ lệ |       |
| Buồn nôn/ Nôn |      | 2     | 6.67  | 1     | 3.33  | >0.05 |
| Ngứa          |      | 1     | 3,33  | 1     | 3,33  | >0.05 |
| Suy hô hấp    |      | 0     | 0     | 0     | 0     | >0.05 |
| Tụt huyết áp  |      | 1     | 3.33  | 2     | 6.67  | >0.05 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nôn và buồn nôn ở cả 2 nhóm đều thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chỉ có 1 bệnh nhân than phiền bị ngứa nhưng mức độ không nghiêm trọng và không cần can thiệp. Không có bệnh nhân bị suy hô hấp ở cả 2 nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ tụt huyết áp phải dùng thuốc co mạch cũng rất thấp dưới <7% ở cả 2 nhóm và không có bệnh nhân nào bị tụt huyết áp nghiêm trọng.

**Bảng 3.3. Mức độ ức chế vận động sau gây tê**

| Phân bố      | Nhóm             | OCK             | IPACK           | p     |
|--------------|------------------|-----------------|-----------------|-------|
|              |                  | (n=30)          | (n=30)          |       |
| Điểm Bromage | $\bar{X} \pm SD$ | 0,07 $\pm$ 0,25 | 0,06 $\pm$ 0,25 | >0,05 |
|              | Min-Max          | 0 - 1           | 0 - 1           |       |

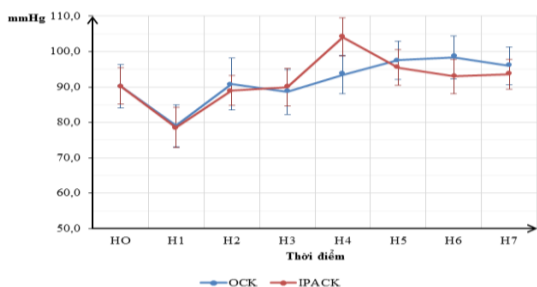
**Nhận xét:** Cả 2 nhóm đều có điểm Bromage trong khoảng 0 đến 1, không có bệnh nhân nào có điểm 2 hoặc 3. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

**Bảng 3.4. Biến chứng**

| Đặc điểm              | Nhóm | OCK   |       | IPACK |       | P     |
|-----------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                       |      | Số BN | Tỷ lệ | Số BN | Tỷ lệ |       |
| Chọc vào mạch máu     |      | 0     | 0     | 0     | 0     | >0.05 |
| Chọc vào thần kinh    |      | 0     | 0     | 0     | 0     | >0.05 |
| Ngộ độc thuốc tê      |      | 0     | 0     | 0     | 0     | >0.05 |
| Sưng nề vùng chọc kim |      | 0     | 0     | 0     | 0     | >0.05 |

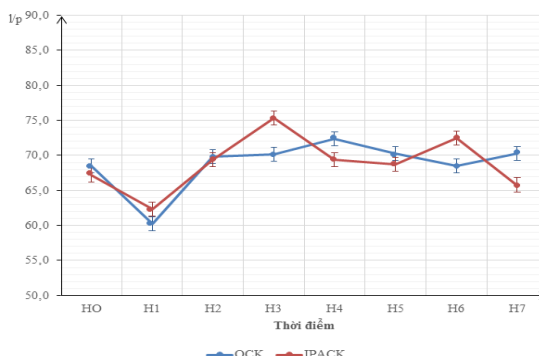
**Nhận xét:** Không có bệnh nhân nào gặp các biến chứng của gây tê như chọc vào mạch máu, tổn thương thần kinh hay ngộ độc thuốc tê. Chưa ghi nhận trường hợp gây tê thất bại hay sưng nề vùng chọc trên các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi.

**3.3. Sự thay đổi về hô hấp và tuần hoàn**



**Biểu đồ 3.1 Thay đổi huyết áp trung bình ở 2 nhóm**

**Nhận xét:** Huyết áp trung bình của hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu tương đương nhau, không có sự khác biệt. Không có bệnh nhân nào bị tụt huyết áp nghiêm trọng trong tất cả các bệnh nhân nghiên cứu.



**Biểu đồ 3.2 Thay đổi nhịp tim của 2 nhóm**

**Nhận xét:** Nhịp tim trung bình của hai nhóm không có sự khác biệt tại các thời điểm nghiên cứu. Không có bệnh nhân nào bị mạch chậm cần can thiệp trong 60 bệnh nhân.

**Bảng 3.5 Tần số thở và SpO2 tại các thời điểm nghiên cứu**

| Thời điểm | Thông số         | OCK ( $\bar{x} \pm SD$ ) | IPACK ( $\bar{x} \pm SD$ ) | p     |
|-----------|------------------|--------------------------|----------------------------|-------|
| H0        | SPO <sub>2</sub> | 98,23±0,76               | 98,22±0,69                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 16,73±1,85               | 17,22±2,67                 | >0,05 |
| H1        | SPO <sub>2</sub> | 99,03±1,15               | 98,45±0,76                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 18,6±2,04                | 17,8±1,69                  | >0,05 |
| H2        | SPO <sub>2</sub> | 98,73±1,76               | 98,27±1,65                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 17,27±1,63               | 17,46±2,34                 | >0,05 |
| H3        | SPO <sub>2</sub> | 97,57±1,45               | 97,48±1,28                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 17,42±1,56               | 17,57±1,86                 | >0,05 |
| H4        | SPO <sub>2</sub> | 97,65±1,56               | 97,68±1,56                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 17,43±1,62               | 17,15±1,47                 | >0,05 |
| H5        | SPO <sub>2</sub> | 98,05±1,28               | 98,56±1,23                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 17,34±2,15               | 17,48±2,05                 | >0,05 |
| H6        | SPO <sub>2</sub> | 97,63±1,57               | 97,55±1,68                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 16,87±1,69               | 16,78±1,63                 | >0,05 |
| H7        | SPO <sub>2</sub> | 97,78±1,44               | 97,58±1,50                 | >0,05 |
|           | Tần số thở       | 16,65±1,76               | 16,89±1,78                 | >0,05 |

**Nhận xét:** Độ bão hòa oxy và nhịp thở của bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu tại các thời điểm đều trong giới hạn bình thường, không có bệnh nhân nào bị suy hô hấp cần can thiệp cấp cứu đường thở, khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.**

Tuổi trung bình của hai nhóm nghiên cứu của chúng tôi là như nhau, không có sự khác biệt: nhóm OCK có tuổi trung bình là 35.5 ± 8.02, nhóm IPACK là 31.2±8.8, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Vũ Hà Ngân<sup>4</sup> 32,6 ± 8,3.

Cân nặng trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu không có sự khác biệt giữa hai nhóm: nhóm OCK là  $63.2 \pm 8.09$  kg và nhóm IPACK là  $63.2 \pm 8.09$  kg. Chiều cao trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $166 \pm 5,65$ cm. trong đó, các bệnh nhân trong nhóm OCK là  $166 \pm 6.03$ cm, nhóm IPACK là  $167 \pm 5.31$ cm. Chỉ số khối cơ thể (BMI) của các bệnh nhân trong nghiên cứu là như nhau ở hai nhóm: nhóm OCK có BMI trung bình là:  $22.8 \pm 2.06$ , còn nhóm IPACK là  $22.8 \pm 2.06$ . Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tình trạng sức khỏe tốt, được phân loại chủ yếu là ASA I và II, không có bệnh nhân nào được xếp loại ASA III. Tỷ lệ các bệnh nhân ASA I và ASA II là như nhau ở cả hai nhóm: nhóm OCK có tỷ lệ bệnh nhân ASA I là 63,3%, còn nhóm IPACK là 76,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Vũ Hà Ngân<sup>4</sup>.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm OCK là  $57.33 \pm 10.81$  phút, còn của nhóm IPACK là  $57.33 \pm 10.81$ . Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Liều Bupivacain dùng trong hai nhóm nghiên cứu là như nhau:  $6.7 \pm 0.65$  mg ở nhóm OCK và  $6.87 \pm 0.51$ mg ở nhóm IPACK. Bệnh nhân dùng liều nhỏ nhất là 5mg và cao nhất là 8mg.

**4.2. Tác dụng không mong muốn.** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có điểm Bromage là 0-1, không có bệnh nhân nào có điểm 2 hoặc 3. Nhóm OCK là  $0,07 \pm 0,25$ , nhóm IPACK là  $0,06 \pm 0,25$ . Không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Chỉ có 1 đến 2 bệnh nhân có điểm Bromage là 1. Bệnh nhân có điểm Bromage lớn sẽ gây khó khăn trong quá trình tập luyện sớm sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với nhóm phong bế thần kinh hông to của tác giả Nguyễn Vũ Hà Ngân<sup>4</sup>. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hoàng, gây tê ống chóp giúp bảo toàn đáng kể tầm vận động đuôi khớp gối so với gây tê thần kinh đùi tại tất cả các thời điểm nghiên cứu<sup>5</sup>.

Tỷ lệ bệnh nhân bị nôn và buồn nôn ở cả 2 nhóm là rất thấp và không phải can thiệp gì. Nôn và buồn nôn là tác dụng không mong muốn thường gặp trên các bệnh nhân sử dụng opioid đường tĩnh mạch. Nhóm OCK có tỷ lệ nôn và buồn nôn cao hơn so với nhóm IPACK (6,7% so với 3,3%). Điều này có liên quan đến lượng morphin sử dụng nhiều hơn ở nhóm IPACK so với nhóm OCK. Tuy nhiên tỷ lệ này rất thấp và sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Hà Ngân<sup>4</sup> trên nhóm bệnh nhân được

gây tê thần kinh đùi liên tục phối hợp với tê thần kinh hông to. Ngứa cũng là một trong các tác dụng không mong muốn khi sử dụng opioid với tỷ lệ khoảng 2% đến 10%. Tác dụng gây ngứa của morphin có thể liên quan đến cơ chế giải phóng histamin. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp bệnh nhân có biểu hiện ngứa ở mỗi nhóm, không có sự khác biệt nào.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân gặp phải các biến chứng như chọc vào mạch máu, tổn thương thần kinh hay sưng nề vùng chọc, tụ máu dưới da. Nhờ việc sử dụng máy siêu âm trong quá trình gây tê, các cấu trúc giải phẫu như thần kinh mạch máu nhìn khá rõ, cũng như quan sát được sự lan tỏa của thuốc tê khi bơm thuốc.

Cả 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu, không có bệnh nhân nào bị ngộ độc thuốc tê dù nhóm IPACK sử dụng nhiều thuốc tê hơn. Lượng thuốc tê chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu tối đa là 35 ml Ropivacain 0,2% tương đương 70 mg. Với cân nặng trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 63,8kg có thể dùng tới 180mg (3mg/kg). Do vậy liều thuốc mà chúng tôi sử dụng thấp hơn nhiều liều cho phép, giúp hạn chế biến chứng ngộ độc thuốc tê có thể gặp phải.

#### 4.3 Sự thay đổi về hô hấp và tuần hoàn.

Độ bão hòa oxy và nhịp thở của bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu tại các thời điểm đều trong giới hạn bình thường, không có bệnh nhân nào bị suy hô hấp cần can thiệp cấp cứu đường thở. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê. Tần số thở thấp nhất là 12 l/p và cao nhất là 19l/p. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào bệnh nhân thở chậm hoặc thở quá nhanh. Độ bão hòa oxy trung bình ở các thời điểm nghiên cứu của cả hai nhóm là 98,3%, không có trường hợp nào có  $SpO_2 < 92\%$ , cần phải can thiệp hỗ trợ hô hấp.

Nhịp tim và huyết áp trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Không có bệnh nhân nào bị mạch chậm dưới 50, có bệnh nhân tụt huyết áp sau gây tê tùy sống, tuy nhiên mức tụt không nghiêm trọng. Do hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chú ý bù dịch trước gây tê nên đảm bảo được các thông số huyết động.

#### V. KẾT LUẬN

Các thông số về hô hấp, tuần hoàn tại các thời điểm nghiên cứu ở hai nhóm trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt.

Tỉ lệ nôn, buồn nôn và ngứa ở hai nhóm là

như nhau, không có bệnh nhân nào biểu hiện triệu chứng quá trầm trọng và không cần can thiệp

Trong tất cả các bệnh nhân nghiên cứu, không có trường hợp nào bị ngộ độc thuốc tê hay chọc vào thần kinh, tụ máu nơi chọc.

Vậy phong bế thần kinh hiển trong ống cơ khớp phối hợp với tê thẩm giữa động mạch khoeo và bao khớp gối dưới hướng dẫn của siêu âm cho phẫu thuật nội soi khớp gối rất an toàn và đạt hiệu quả cao

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paul JE, Arya A, Hurlburt L, et al.** Femoral Nerve Block Improves Analgesia Outcomes after Total Knee Arthroplasty: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesthesiology*. 2010;113(5):1144-1162. Doi:10.1097/ALN.0b013e3181f4b18.

2. **Hishiyama S, Ishiyama T, Asano N, Kotoda M, Ikemoto K, Matsukawa T.** [Femoral Nerve Block for Total Knee Arthroplasty]. *Masui*. 2014;63(8):872-876.
3. **Armanious SH.** Adductor Canal Block versus Femoral Nerve Block in Unicompartmental Knee Arthroplasty: A Randomized, Double Blind, Prospective, Comparative Study. *Published Online 2020*:8.
4. **Nguyễn Vũ Hà Ngân.** Đánh Giá Hiệu Quả Giảm Đau Sau Phẫu Thuật Nội Soi Khớp Gối Của Phương Pháp Gây Tê Thần Kinh Đùi và Thần Kinh Hông to Dưới Hướng Dẫn Của Siêu Âm. 2017.
5. **Phương VH, Hoàng NV.** Ảnh Hưởng Trên Sức Mạnh Cơ Tứ Đầu Đùi Của Phương Pháp Giảm Đau Gây Tê Ống Cơ Khớp Liên Tục ở Bệnh Nhân Mổ Nội Soi Khớp Gối. *Published Online 2020*:8.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ XÂM LẤN CƠ THẮT NGOÀI HẬU MÔN TRONG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TẦNG SINH MÔN

Lê Thanh Dũng<sup>1,2</sup>, Vũ Thị Hằng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện với mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn (LNMTC TSM) và đánh giá mức độ xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn của CHT trong LNMTC TSM. Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán LNMTC TSM trước và sau phẫu thuật và chẩn đoán xác định trên mô bệnh học là LNMTC TSM, được chụp CHT tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2019 đến 8/2022. Tổng số 26 BN, tuổi trung bình là 33,38 tuổi. Kích thước trung bình là 24,69 mm. Trên CHT: 90% tăng tín hiệu trên T1W, 73% tăng tín hiệu trên T2W, 100% tăng tín hiệu trên T1 xóa mỡ và T2 xóa mỡ, 96,2% tăng tín hiệu trên Diffusion, 92,8% có ngấm thuốc sau tiêm, 69,2% có tổn thương cơ thắt ngoài, 19,2% có kèm theo LNMTC trong tiểu khung. Độ nhạy của CHT trong chẩn đoán LNMTC TSM là 88,5%. Chỉ số đồng thuận của CHT và phẫu thuật trong chẩn đoán LNMTC TSM là 0,623 với  $p = 0.001$ . Vai trò của CHT trong việc đánh giá xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn có độ nhạy là 84,2%, độ đặc hiệu 71,4%. **Từ khóa:** Lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn, cộng hưởng từ lạc nội mạc tử cung.

**Danh mục từ viết tắt:** CHT: Cộng hưởng từ; LNMTC TSM: lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn; BN: Bệnh nhân; TSM: tầng sinh môn.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSTIC PERINEAL ENDOMETRIOSIS

The study aimed to describe clinical features, magnetic resonance imaging (MRI) of perineal endometriosis (PE) and evaluation of the invasion to the external anal sphincter of MRI in PE. We performed a cross-sectional descriptive study of PE patients who took 1.5T MRI at Viet Duc Friendship Hospital from 7/2019 to 7/2022. Total of 26 patients, the average age was 33.38. The mean size of the lesion was 24.69 mm. On MRI: 90% hyperintensity on T1W, 73% hyperintensity on T2W, 100% hyperintensity on T1fatsat and T2 fatsat, 96.2% hyperintensity on Diffusion, 92.8% with enhancement after injection, 69.2% with anal external sphincter involvement, 19.2% with concurrent pelvic endometriosis. The sensitivity of MRI in the diagnosis of PE is 88.5%. The consensus index of MRI and surgery in diagnosing PE is 0.623. MRI in the assessment of invasion of the external anal sphincter has a sensitivity of 84.2% and a specificity of 71.4%.

**Keywords:** perineal endometriosis, perineal endometriosis MRI

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý liên quan đến sự hiện diện của các tuyến nội mạc tử cung và mô đệm có chức năng ở bên ngoài buồng tử cung.<sup>1</sup> Lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn là do tế bào nội mạc tử cung dừng lại tại vết rạch TSM khi đẻ, phát triển dần và to lên,

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường đại học Y dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023