

thời điểm 12 tháng là: 66.13%, thời điểm 24 tháng là 20.97%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu E4599, PFS, OS ở nhóm điều trị Bevacizumab kết hợp Paclitaxel-Carboplatin là 6,2 và 12,3 tháng, nghiên cứu SAil là 8,3 và 18,9 tháng⁴, JO19907 là 6,9 và > 22 tháng⁵, còn trong nghiên cứu AVF0757 là 7.4 và 17,7 tháng⁶.

Hạ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 38,6%, hạ huyết sắc tố là 62,9%, hạ tiểu cầu 14,5%, tăng men gan là 11,3%, rụng tóc là 82,3%, hệ thần kinh ngoại biên 40,3% , đau cơ khớp gặp 35,5%, tăng huyết áp 4,8%. Hầu hết tác dụng phụ ở độ I-II, ít gặp độ III-IV. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Chính Đại, Phạm Cẩm Phương, hạ bạch cầu hạt là 35,3%, hạ huyết sắc tố là 35,3%, rụng tóc là 70,6%, thần kinh ngoại biên 41,1%, đau cơ khớp là 37,2%⁷.

V. KẾT LUẬN

Điều trị Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab bước 1 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, không có đột biến EGFR mang lại tỷ lệ đáp ứng, kiểm soát bệnh cao (đáp ứng một phần đạt 35,5%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 79%), cải thiện PFS, OS (trung vị lần lượt là 7 tháng và 15 tháng), các độc tính ở mức độ nhẹ có thể dung nạp được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ohe Y OY, Kubota K, et al.** Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan. *Ann Oncol* 2007; 18:317-323.
2. **Sandler A, Gray R, Perry MC, et al.** Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* Dec 14 2006;355(24):2542-50. doi:10.1056/NEJMoa061884
3. **Dương NT.** Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ Gemcitabine- Cisplatin tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Đại học Y Hà Nội. 2016;
4. **Chun-Ming Tsai, et al.** Safety and efficacy of first-line bevacizumab with chemotherapy in Asian patients with advanced nonsquamous NSCLC: results from the phase IV MO19390 (SAil) study
5. **Niho S, Kunitoh H, Nokihara H, et al.** Randomized phase II study of first-line carboplatin-paclitaxel with or without bevacizumab in Japanese patients with advanced non-squamous non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer.* Jun 2012;76(3):362-7
6. **Johnson DH, Fehrenbacher L, Novotny WF, et al.** Randomized phase II trial comparing bevacizumab plus carboplatin and paclitaxel with carboplatin and paclitaxel alone in previously untreated locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* Jun 1 2004; 22(11):2184-91.
7. **Lê Chính Đại PCP.** Đánh giá độc tính của phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trong điều trị ung thư phổi tế bào biểu mô tuyến giai đoạn IV chưa di căn não tại Bệnh viện Bạch Mai. *Y học Việt Nam* 2. 2015:201-207.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÔ CẢM CHO PHẪU THUẬT CHI TRÊN CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNNG TAY ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Bùi Minh Hồng¹, Bùi Văn Hải¹, Nguyễn Đức Lam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả thực hiện gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn của siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Với 30 bệnh nhân phẫu thuật chi trên từ cánh tay đến bàn tay, không có chống chỉ định của gây tê đám rối thần kinh cánh tay, ASA I,II. Tuổi từ 16 đến 70 tại Bệnh

viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 2/2020 đến 9/2020. Bệnh nhân được gây tê đám rối thần kinh đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm. Mỗi bệnh nhân được tiêm 30 ml lidocain 1% và 150mcg adrenaline, sau đó đánh giá ức chế cảm giác và vận động theo thang điểm Hollmen, ghi nhận dấu dị cảm, thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác, vận động, thời gian ức chế cảm giác, vận động, tỉ lệ thành công và biến chứng xảy ra. **Kết quả:** Thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác trung bình 5,00±1,23 phút, thời gian chờ tác dụng ức chế vận động trung bình là 16,55±2,58 phút, thời gian ức chế cảm giác trung bình là 135,46±12,54 phút, thời gian ức chế vận động trung bình là 146,33±14,41 phút, tỉ lệ thành công: 90% tốt, 10% khá, không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm. Không có biến chứng đáng tiếc nào xảy ra, chỉ có một trường hợp vỡ bao

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Trường Đại học Y Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Hồng

Email: drhong88gmhs@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

thần kinh vì bơm áp lực quá mạnh. **Kết luận:** Gây tê đậm rồi thần kinh đường cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm tỉ lệ thành công cao chiếm 90% tốt, 10% khá. Tỉ lệ này cao hơn kỹ thuật kích thích thần kinh cơ, giảm thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác và vận động, tăng thời gian ức chế cảm giác và vận động, liều lượng thuốc tê cần dùng thấp. Không gặp các tai biến và tác dụng không mong muốn nặng nề trong nghiên cứu này.

Từ khóa: biến chứng, gây tê đậm rồi thần kinh đường liên cơ bậc thang, kích thích thần kinh, hướng dẫn siêu âm, phẫu thuật chi trên

SUMMARY

EVALUATION THE ANESTHESIA EFFECT FOR UPPER LIMB SURGERY OF BRACHIAL PLEXUS BLOCKAGE UNDER UNTRASOUND GUIDANCE

Objective: To evaluate the effectiveness of initial implementation of ultrasound-guided brachial plexus blockage. **Subjects and methods:** In 30 patients undergoing upper limb surgery from arm to hand with ASA I, II, aged from 16 to 70 at Phu Tho Provincial General hospital from 2/2020 to 9/2020. The ultrasound-guided interscalene brachial plexus was performed with 30 ml of 1% lidocaine mixed with adrenaline 150mcg. The sensory and motor evaluated by Hollmen score, including paresthesia, the onset and duration of sensory, motor blockage, the success rate and complications were noted. **Result:** The mean onset of sensory and motor blockage were $5.00 \pm 1,23$ mins, $16,55 \pm 2,58$ mins. Mean duration of sensory and motor blockage were 135.46 ± 12.54 mins, $146,33 \pm 14,41$ mins. The success rate was 90% good, 10% quite good, no failures and major complication occurred in the study group. One case has broken nerve sheath because of too strong pump. **Conclusion:** The ultrasound-guided interscalene brachial plexus blockage lead to a high success rate (90% good, 10% quite good), a short onset and a long duration of sensory and motor blockage with the use of low volume of local anesthetic.

Keywords: Complication, Interscalene brachial plexus block. Nerve stimulator, Ultrasound-guided, Upper limb surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê vùng dưới hướng dẫn của siêu âm là một phương pháp tương đối mới. Tuy nhiên do tầm quan trọng của nó nên đã phát triển nhanh chóng. Phương pháp này được mô tả năm 1978 nhưng mãi cho đến năm 1990 mới được thực hiện. Có nhiều nghiên cứu về gây tê vùng dưới hướng dẫn của siêu âm, trong đó gây tê đậm rồi thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang, trên xương đòn, dưới xương đòn hay đường nách để phẫu thuật chi trên dưới hướng dẫn của siêu âm là khá phổ biến. Gần đây một số nghiên cứu về hiệu quả của siêu âm đối với lấy đường chuyên tĩnh mạch trung tâm hay tê thần kinh ngoại biên như thần kinh đùi, thần kinh hông[1],[2]. Với

những ưu điểm của siêu âm và giới hạn của kỹ thuật kích thích thần kinh cơ, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ chúng tôi áp dụng phương pháp này nhằm tăng tỉ lệ thành công, hiệu quả, an toàn và giảm tai biến. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của gây tê đậm rồi thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm và đánh giá các biến chứng của gây tê đậm rồi thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

30 bệnh nhân phẫu thuật chi trên từ cánh tay đến bàn tay được gây tê đậm rồi thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm, thực hiện tại khoa Gây mê hồi sức bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 2/2020 – 9/2020.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Các bệnh nhân phẫu thuật chi trên từ cánh tay đến bàn tay, tuổi từ 15 trở lên, ASA I,II, không có chống chỉ định của gây tê đậm rồi thần kinh cánh tay, đồng ý gây tê và hợp tác với thầy thuốc.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đa chấn thương, chấn thương sọ não, tràn dịch, tràn khí màng phổi, tiền sử cắt phổi, sốc mất máu, chấn thương ngực bụng kèm theo, bệnh nhân khó khăn về giao tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

*** Các tiêu chí đánh giá**

- Trọng lượng cơ thể, tuổi, giới, chiều cao, ASA.
- Các loại phẫu thuật
- Dấu hiệu dị cảm
- Đánh giá thời gian chờ đợi tác dụng ức chế cảm giác, vận động theo thang điểm Hollmen.

Ức chế cảm giác:

- + Mức 1: Châm kim có cảm giác bình thường
- + Mức 2: Châm kim có cảm giác rõ ràng tại một điểm nhưng yếu hơn bên đối diện
- + Mức 3: Châm kim có cảm giác như sờ mó
- + Mức 4: Châm kim nhưng cảm giác không biết gì

Ức chế vận động

- + Mức 1: Vận động cơ bình thường
- + Mức 2: Vận động cơ yếu nhẹ
- + Mức 3: Vận động cơ yếu
- + Mức 4: Mất vận động cơ

Sau khi bơm thuốc bệnh nhân được test ức chế cảm giác bằng cách châm kim đầu tù lên tay phẫu thuật. Test ức chế vận động dựa vào sự vận động của ngón cái: dạng, duỗi, đối ngón cái,

gấp khuỷu, gấp và ngửa cẳng tay.

Đánh giá thời gian chờ tác dụng ức chế vận động, cảm giác được thực hiện mỗi phút sau khi bơm thuốc. Thời gian bắt đầu ức chế cảm giác và vận động được tính ở mức 2 của thang điểm Hollmen.

Đánh giá thời gian phẫu thuật tính từ lúc rạch da đến khâu da.

Đánh giá thời gian ức chế cảm giác tính từ lúc bơm thuốc tê xong đến khi bệnh nhân đau trở lại.

Đánh giá thời gian ức chế vận động tính từ lúc sau khi bơm thuốc tê xong đến khi bệnh nhân cơ trở lại.

Chất lượng giảm đau: Căn cứ vào cảm giác chủ quan của bệnh nhân qua từng thì phẫu thuật trên cơ sở đánh giá mức độ vô cảm của Bromage:

- Tốt: bệnh nhân hoàn toàn không có cảm giác đau trong các thì phẫu thuật
- Khá: bệnh nhân có cảm giác đau nhẹ ở một số thì phẫu thuật nhưng chịu đựng được do tê chưa hoàn toàn

- Trung bình: tê không hoàn toàn, phải dùng thuốc giảm đau

- Kém: bệnh nhân đau nhiều không chịu đựng được phải chuyển đổi phương pháp khác

Theo dõi mạch, huyết áp, hô hấp trước trong và sau khi gây tê

Lấy ý kiến đánh giá của bệnh nhân: rất hài lòng, hài lòng, không hài lòng.

Theo dõi các biến chứng xảy ra trong mổ và 24 giờ sau mổ.

2.3. Cách tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chi trên từ cánh tay đến bàn tay, bao gồm cả mổ chườm trình và cấp cứu.

- Bệnh nhân nằm ngửa, quay đầu về bên đối diện 45 độ, sát trùng da và chuẩn bị đầu dò.

Cách tiến hành:

- + Bước 1: Đầu dò sau khi được bọc bởi bao đầu dò vô khuẩn, đầu dò được đặt ngay bờ trên xương đòn để xác định động mạch dưới đòn theo mặt cắt ngang, lúc này đám rối cánh tay nằm trên ngoài của động mạch

- + Bước 2: Di chuyển đầu dò lên trên về hướng sụn giáp theo đường đi của đám rối thần kinh cho đến rãnh liên cơ bậc thang, đám rối được xác định bởi giới hạn phía trước là cơ ức đòn chũm và cơ bậc thang bó trước, phía sau là cơ bậc thang bó giữa.

- + Bước 3: Đưa kim vào trung tâm của đám rối sau khi xuyên qua bao thần kinh

- + Bước 4: Bơm thuốc tê và theo dõi quá trình

thuốc tê đi vào bao làm giãn rộng bao thần kinh.

2.4. Xử lý số liệu: các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi, chiều cao, cân nặng của bệnh nhân

Đặc điểm	Trung bình	Tối thiểu	Tối đa
Tuổi	38.55±22.34	16	70
Chiều cao	158.63±9.56	145	172
Cân nặng	59.35±12.55	42	78

Nhận xét: Trong nghiên cứu tuổi trung bình của bệnh nhân là 38.55±22.34 tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. Chiều cao trung bình là 158.63±9.56 cm, thấp nhất là 145 cm, cao nhất là 172 cm. Cân nặng trung bình là 59.35±12.55 kg, thấp nhất là 42 kg, cao nhất là 78 kg.

3.2. Phân loại phẫu thuật

Bảng 2. Loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân	%
Gãy xương cánh tay	6	20
Gãy liên lồi cầu	5	16,7
Gãy xương quay	4	13,3
Gãy xương trụ	3	10
Gãy cả xương quay, xương trụ	3	10
Gãy xương bàn ngón tay	2	6,7
Tháo phươg tiện xương cẳng tay	6	20
Gãy xương bàn ngón	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều loại phẫu thuật, nhiều nhất là gãy xương cánh tay và tháo phươg tiện kết hợp xương mỗi loại chiếm 20%, thấp nhất là gãy xương bàn ngón chiếm 3,3%.

3.3. Dấu dị cảm

Bảng 3. Tỷ lệ dị cảm của bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng bệnh nhân	%
Dị cảm	6	20
Không dị cảm	24	80

Nhận xét: có 80% bệnh nhân không có dị cảm

3.4. Thời gian tác dụng gây tê và thời gian phẫu thuật

Bảng 4. Thời gian chờ tác dụng ức chế

Thời gian (phút)	Trung bình	Tối thiểu	Tối đa
Thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác	5,00±1,23	3	9
Thời gian chờ tác dụng ức chế vận động	16,55±2,58	11	23
Thời gian ức chế cảm giác	135,46±12,54	85	146

Thời gian ức chế vận động	146,33±14,41	115	185
Thời gian phẫu thuật	78±32,3	40	135

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác trung bình là 5,00±1,23 phút, thấp nhất là 3 phút, cao nhất là 11 phút. Thời gian chờ tác dụng ức chế vận động trung bình là 16,55±2,58 phút, thấp nhất là 11 phút, cao nhất là 23 phút. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thời gian ức chế cảm giác thấp nhất là 85 phút, cao nhất là 146 phút, trung bình là 135,46±12,54 phút. Thời gian ức chế vận động thấp nhất là 115 phút, cao nhất là 185 phút, trung bình là 146,33±14,41 phút. Đa số các ca phẫu thuật có thời gian ngắn, trung bình là 78±32,3 phút, ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 135 phút.

3.5. Tai biến

Bảng 5. Tai biến

Loại tai biến	Số lượng	%
Tổn thương thần kinh	0	0
Chọc vào mạch máu	0	0
Hội chứng claude-Benard-Horner	0	0
Tràn khí màng phổi	0	0
Vỡ bao thần kinh	1	3,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân chiếm 3,3% xảy ra tai biến vỡ bao thần kinh.

3.6. Chất lượng giảm đau

Bảng 6. Chất lượng giảm đau

Đặc điểm	Số lượng bệnh nhân	%
Tốt	27	90
Khá	3	10
Trung bình	0	0
kém	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi không có ca nào có chất lượng giảm đau trung bình và kém, đa số là đạt chất lượng tốt, chỉ có bốn trường hợp đạt chất lượng khá.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác và vận động. Trong nhóm nghiên cứu 30 bệnh nhân của chúng tôi thì thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác trung bình là 5,00±1,23 phút, thời gian này tương đương với Vincent W.S. Chan, Anahi Perlas và cs là 5,40 ± 1,80 phút (sử dụng máy siêu âm để gây tê đám rối thần kinh cánh tay), thấp hơn so với các tác giả sử dụng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay bằng máy kích thích thần kinh cơ như: tác giả Ali Movafegh, Mehran Razazian và cs là: 11 ± 4 phút[3], I. H. Mir và A. Hamid là 10 ± 5 phút, Ali Movafegh, Behrang Nouralishahi và cs là 10 ± 3 phút [4], A.Casati, F.Vinciguerra và cs là 7,5 phút[5], Michael Felfernig, Marion Weintraud

và cs 8,2 phút. Điều này là rất lý tưởng vì rút ngắn thời gian chờ phẫu thuật mà vẫn đảm bảo ức chế cảm giác đau. Với thời gian chờ tác dụng ức chế vận động trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,55±2,58 phút gần tương đương với Vincent W. S. Chan, Anahi Perlas và cs là 16,70±5,50 phút. Nhưng thấp hơn Ali Movafegh, Mehran Razarian và cs là 22±8 phút[3]. Như vậy so với các tác giả khác thì phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn của siêu âm trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác và vận động tương đương.

4.2. Thời gian ức chế cảm giác và vận động.

Thời gian ức chế cảm giác trong nhóm nghiên cứu chúng tôi là 135,46±12,54 phút dài hơn so với tác giả I.H.Mir, A.Hamid và cs là 101±35 phút, Ali Movafegh, Mehran Razazian và cs là 98±33 phút[3], Ali Movafegh, Behrang Nouralishahi và cs 68±7 phút[4]. Thời gian ức chế vận động là 146,33±14,41 phút cao hơn so với tác giả I.H.Mir, A.Hamid và cs là 125±30 phút, Ali Movafegh, Mehran Razazian và cộng sự 130±31 phút[3], Ali Movafegh, Behrang Nouralishahi và cs 89±79 phút[4]. Như vậy thời gian ức chế cảm giác và vận động trong nhóm chúng tôi cao hơn các tác giả trên. Có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít (30 bệnh nhân) nên có sự khác biệt này. Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu thêm để kết quả nghiên cứu có giá trị hơn.

4.3. Tỷ lệ thành công. Hiệu quả giảm đau trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đánh giá theo Bromage thì mức độ tốt 90%, khá 10%. So sánh với các tác giả khác như Kapral S, Greher M và cs là 99%, Hopkin P.M 95%[2]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thành công tương đương một số tác giả nước ngoài. Điều này chứng tỏ gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới siêu âm là phương pháp khá lý tưởng.

4.4. Thể tích thuốc tê. Tỷ lệ thành công hơn 90% trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với thể tích 30ml Một số tác giả khác dùng thể tích thấp như Ali Movafegh, Behrang Nouralishahi và cs là 1ml/1 thần kinh [4], Hugh M.Smith, Christopher M. Duncan và cộng sự là 5ml (dưới hướng dẫn của siêu âm). Chúng tôi sẽ nghiên cứu phương pháp gây tê sử dụng liều thấp trong những nghiên cứu tiếp theo.

4.5. Tỷ lệ tai biến. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 30 bệnh nhân không có tai biến nào đáng tiếc xảy ra, chỉ có 1 trường hợp bị vỡ bao thần kinh do bơm với áp lực quá mạnh. Với Stephane R. William, Philippe Chouinard và cs,

Kapral S, Greher M, Huber G, Willschke H và cs hầu như không có biến chứng, Vincent W. S. Chan, Anahi Perlas và cs có một trường hợp bị hội chứng Horner trong 40 bệnh nhân chiếm 2,5%. Như vậy với gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn siêu âm tỉ lệ tai biến rất thấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hiệu quả vô cảm của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm chúng tôi rút ra kết luận: Đây là phương pháp vô cảm có tỉ lệ thành công cao (tỉ lệ thành công cao chiếm 90% tốt, 10% khá), không gặp biến chứng và tác dụng không mong muốn nặng nề nào, tuy nhiên có hạn chế là kỹ thuật phải được tiến hành ở cơ sở có máy siêu âm có đầu dò chuyên dụng để phát hiện được bó mạch, thần kinh cũng như cần có bác sĩ siêu âm có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. K. Park, M. H. Sung, H. J. Suh et al** (2016). Ultrasound Guided Low Approach Interscalene Brachial Plexus Block for Upper Limb Surgery. Korean J Pain, 29 (1), 18-22.
2. **P. M. Hopkins** (2007). Ultrasound guidance as a gold standard in regional anaesthesia. Br J Anaesth, 98 (3), 299-301.
3. **A. Movafegh, M. Razazian, F. Hajimaohamadi et al** (2006). Dexamethasone added to lidocaine prolongs axillary brachial plexus blockade. Anesth Analg, 102 (1), 263-267.
4. **A. Movafegh, B. Nouralishahi, M. Sadeghi et al** (2009). An ultra-low dose of naloxone added to lidocaine or lidocaine-fentanyl mixture prolongs axillary brachial plexus blockade. Anesth Analg, 109 (5), 1679-1683.
5. **A. Casati, F. Vinciguerra, M. Scarioni et al** (2003). Lidocaine versus ropivacaine for continuous interscalene brachial plexus block after open shoulder surgery. Acta Anaesthesiol Scand, 47 (3), 355-360.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU ĐIỀU TRỊ U CƠ TRƠN TỬ CUNG ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 8 CM CÓ TRIỆU CHỨNG BẰNG NÚT MẠCH QUÁ ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH CÁNH TAY

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Đỗ Tiến Cẩm³, Thân Văn Sỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trong điều trị u cơ trơn tử cung (UCTTC) có đường kính lớn nhất trên 8cm có triệu chứng bằng nút mạch qua đường động mạch cánh tay ở giai đoạn sớm sau nút mạch 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 16 nữ BN (BN), tuổi trung bình là 42,38 ± 8,7, với UCTTC trên 8cm có triệu chứng lâm sàng và được điều trị bằng phương pháp nút mạch qua đường động mạch cánh tay. Các BN được khám lâm sàng, siêu âm tử cung qua đường bụng tại thời điểm trước điều trị, 3 tháng sau nút mạch để đánh giá hiệu quả điều trị về mặt hình ảnh học và triệu chứng lâm sàng. **Kết quả:** Tất cả các BN được nút mạch thành công, không có biến chứng liên quan đến thủ thuật. Sau 3 tháng nút mạch qua đường kính khối u giảm 12,42% (82,38mm so với 94,06mm khi trước điều trị). 93,75% số BN hết triệu chứng rong kinh hoặc giảm đáng kể triệu chứng đau bụng sau 3 tháng được nút mạch. Tỷ lệ hoại tử khối u

sau điều trị trung bình đạt 68,6%, trong đó có 3 BN hoại tử hoàn toàn, 1 BN hoại tử <30% thể tích. **Kết luận:** Điều trị nút mạch với các UCTTC > 8cm qua đường động mạch cánh tay là phương pháp an toàn, đạt hiệu quả, giúp giảm đường kính UCTTC và cải thiện triệu chứng lâm sàng sớm sau nút mạch.

Từ khóa: u cơ trơn tử cung kích thước lớn, nút mạch u cơ trơn tử cung, đường động mạch cánh tay

SUMMARY

EARLY RESULTS OF THE TRANSBRACHIAL APPROACH EMBOLIZATION FOR TREATMENT OF OVER 8CM SYMPTOMATIC UTERINE FIBROMAS

Objectives: To evaluate the early results in treating over 8cm symptomatic uterine leiomyoma with transbrachial approach embolization after 3 months. **Methods:** The study involved 16 female patients (patients), with a mean age of 42.38 ± 8.7 years, having over 8cm symptomatic uterine leiomyoma and treated with transbrachial embolization. Clinical and magnetic resonance imaging features were collected before and three months after embolization. **Results:** All patients were successfully embolized with no procedure-related complications. After three months of embolization, the tumor diameter decreased by 12.42% (82.38mm compared with 94.06mm before treatment). 93.75% of patients stopped menorrhagia symptoms and significantly

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường ĐHYD - ĐHQG Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023