

**V. KẾT LUẬN**

- Ở nhóm bệnh nhân tử vong số lượng tiểu cầu và chỉ số PT% có xu hướng giảm dần, thời gian APTTs kéo dài qua các thời điểm nghiên cứu và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống tại thời điểm ngày thứ 5 (T5), ngày thứ 7 (T7).

- Ở nhóm bệnh nhân tử vong số điểm DIC > 5 ở tất cả các thời điểm nghiên cứu và khác biệt rõ rệt so với nhóm sống tại thời điểm T7.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Shankar-Hari M. et al.** Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016, Vol 315, page 775-787
2. **Nguyễn Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện TW Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021, Tập 498, số 1, Tr 149-152.
3. **Iba T. et al.** Advance in the Management of Sepsis-Induced Coagulopathy and Disseminated Intravascular Coagulation. *Journal of Clinical Medicine*. 2019, Vol 8, page 728.
4. **Thiều Thị Trúc Quyên.** Giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SOFA trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022, tập 520, số Chuyên đề, Tr 3-10.
5. **Đỗ Mạnh Hùng.** Khảo sát sự biến đổi một số chỉ số đông máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022, tập 515, số 1, Tr 175-180.
6. **Li, Qian, et al.** "Hydrogen attenuates endotoxin-induced lung injury by activating thioredoxin 1 and decreasing tissue factor expression." *Frontiers in Immunology* 12 (2021): 625957
7. **Koyama, Kansuke, et al.** "Combination of thrombin-antithrombin complex, plasminogen activator inhibitor-1, and protein C activity for early identification of severe coagulopathy in initial phase of sepsis: a prospective observational study." *Critical care* 18 (2014): 1-11.
8. **Jiang L. et al.** Prognostic values of procalcitonin and platelet in the patient with urosepsis. 2021, Vol 100, page e26555.

## HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT CẮT TRỊ TRONG NGÀY DƯỚI GÂY TÊ TẠI CHỖ

Võ Nguyên Trung<sup>1,2</sup>, Hà Mạnh Tuấn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quốc Vinh<sup>1,2</sup>,  
Lê Việt Tùng<sup>2</sup>, Nguyễn Tấn Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Thương<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Bệnh trĩ là bệnh lý vùng hậu môn lành tính, không gây tử vong nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện nay, phẫu thuật cắt trĩ vẫn được xem là phương pháp điều trị triệt để nhất trong các trường hợp bệnh trĩ độ III, độ IV hoặc có biến chứng tắc mạch. Trong xu thế phát triển phẫu thuật trong ngày, nhằm phục vụ nhu cầu của người bệnh và giảm tải về chi phí y tế, việc phát triển phẫu thuật cắt trĩ trong ngày dưới gây tê tại chỗ trở nên cấp thiết. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, thực hiện trên với 55 người bệnh được phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ, và 48 người bệnh được phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tùy sống tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 từ 1/2018 đến 12/2022. **Kết quả:** Không có sự khác biệt về điểm đau sau mổ theo thang điểm NRS và mức độ hài lòng giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, biến chứng bí tiểu sau mổ được ghi nhận ở nhóm gây tê

tùy sống với tỉ lệ 6,3%, trái ngược với không có trường hợp nào trong nhóm gây tê tại chỗ ( $p=0,01$ ). Thời gian mổ, thời gian nằm viện chung và thời gian nằm viện sau mổ dài hơn đáng kể ở nhóm gây tê tùy sống ( $p<0,001$ ). Tổng chi phí khi ra viện của người bệnh nhóm gây tê tại chỗ thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm gây tê tùy sống ( $7.685.055 \pm 2.122.364$  VND so với  $9.108.330 \pm 2.267.286$  VND,  $p=0,001$ , kiểm định t-test). **Kết luận:** Cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ không có biến chứng sau mổ, có thời gian nằm viện ngắn hơn, và chi phí y tế thấp hơn so với gây tê tùy sống. Phương pháp gây tê tại chỗ phối hợp với thuốc an thần đường tĩnh mạch cho thấy tính khả thi trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** Cắt trĩ, hiệu quả, hài lòng, chi phí, gây tê tùy sống, gây tê tại chỗ.

**SUMMARY**

### EFFECTS OF AMBULATORY HEMORRHOIDECTOMY UNDER LOCAL ANESTHESIA

**Background:** Hemorrhoids are a benign anal disease that is not fatal but greatly affects the quality of life of patients. Currently, hemorrhoidectomy is still considered the most thorough treatment for grade III and grade IV hemorrhoids or those with thromboembolic complications. With the trend towards developing day surgery to serve patients' needs and reduce medical costs, it has become urgent to develop hemorrhoidectomy during the day under local

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2

Chịu trách nhiệm chính: Võ Nguyên Trung

Email: nguyentrung27@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023

anesthesia. **Methods:** A retrospective cohort study was performed on 55 patients who underwent hemorrhoidectomy under local anesthesia and 48 patients who underwent hemorrhoidectomy under spinal anesthesia at the Department of General Surgerv, University Medical Center Ho Chi Minh City - Branch 2, between January 2018 to December 2022. **Results:** There was no difference in pain score according to the NRS scale and satisfaction level between the two study groups. However, postoperative urinary retention complications were recorded in the spinal anesthesia group at a rate of 6.3%, in contrast to none in the local anesthesia group ( $p=0.01$ ). The operative time, overall hospital stay, and postoperative hospital stay were significantly longer in the spinal anesthesia group ( $p<0.001$ ). The total hospital discharge costs of patients in the local anesthesia group were significantly lower than those in the spinal anesthesia group ( $7,685,055 \pm 2,122,364$  VND compared to  $9,108,330 \pm 2,267,286$  VND,  $p=0.001$ , t-test). **Conclusions:** Hemorrhoidectomy under local anesthesia has no postoperative complications, shorter hospital stay, and lower medical costs than spinal anesthesia. The method of local anesthesia combined with intravenous sedation has shown feasibility in clinical practice.

**Keywords:** Hemorrhoidectomy, effectiveness, satisfaction, cost, spinal anesthesia, local anesthesia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là bệnh lý vùng hậu môn lành tính, không gây tử vong nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện nay, có rất nhiều phương pháp điều trị bệnh trĩ như sử dụng thuốc làm bền thành mạch, đốt laser, thắt dây thun, chích xơ, cắt trĩ, phẫu thuật Longo. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt trĩ vẫn được xem là phương pháp điều trị triệt để nhất trong các trường hợp bệnh trĩ độ III, độ IV hoặc có biến chứng tắc mạch. Trong các phương pháp cắt trĩ, phương pháp cắt trĩ Milligan - Morgan thường được các phẫu thuật viên sử dụng rộng rãi. Phẫu thuật này thường được thực hiện dưới gây tê tủy sống; tuy nhiên, gây tê tủy sống là một thủ thuật xâm lấn và có thể có biến chứng. Nhiều nghiên cứu cho thấy gây tê tủy sống có thể gây ra vài biến chứng sau mổ như bí tiểu, buồn nôn, chóng mặt hoặc biến chứng tim mạch [1]. Ngoài ra, sau phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tủy sống người bệnh phải ở lại bệnh viện ít nhất một đêm để theo dõi cho đến khi hồi phục vận động hoàn toàn bình thường. Sử dụng gây tê tại chỗ trong phẫu thuật cắt trĩ có thể khắc phục những hạn chế của gây tê tủy sống. Tuy nhiên, phương pháp này đến nay vẫn chưa được thực hiện rộng rãi do sự e ngại của người bệnh và của cả phẫu thuật viên về vấn đề đau xảy ra khi tiêm thuốc gây tê qua lớp da nhạy cảm vùng hậu môn và khả năng dẫn cơ vòng trong khi mổ.

Trong xu thế phát triển phẫu thuật trong ngày, nhằm phục vụ nhu cầu của người bệnh và giảm tải về chi phí y tế, việc phát triển phẫu thuật cắt trĩ trong ngày dưới gây tê tại chỗ trở nên cấp thiết. Cho đến nay, đã có một số nghiên cứu báo cáo kết quả của phẫu thuật cắt trĩ trong ngày dưới gây tê tại chỗ [2]. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu sử dụng hỗn hợp lidocaine và bupivacain và chưa khảo sát khía cạnh chi phí y tế. Đã có vài nghiên cứu báo cáo trường hợp bupivacaine gây độc tính trên tim [1]. Chính vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt trĩ Milligan-Morgan dưới gây tê tại chỗ bằng lidocaine phối hợp tiêm tĩnh mạch thuốc an thần, và so sánh với phương pháp gây tê tủy sống kinh điển.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh được mổ cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ hoặc gây tê tủy sống tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 2 từ 1/2018 đến 12/2022.

### 2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Người bệnh có trĩ độ III hoặc độ IV, thực hiện phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan-Morgan dưới gây tê tại chỗ và gây tê tủy sống, và được phẫu thuật bởi cùng 1 phẫu thuật viên.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông và thuốc điều trị bệnh lý rối loạn tâm thần; người bệnh có kèm theo bệnh lý khác vùng hậu môn trực tràng như nứt hậu môn, rò; người bệnh có tiền sử đã phẫu thuật vùng hậu môn trước đó.

**2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.** Có tất cả 103 người bệnh được chẩn đoán trĩ độ III hoặc độ IV. Trong đó được phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ với 55 người bệnh, và 48 người bệnh được phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tủy sống.

**2.5. Các biến số trong nghiên cứu.** Mức độ đau sau mổ: Vào lần tái khám 1 tuần sau mổ, người bệnh sẽ được hỏi mức độ đau sau mổ theo thang điểm Numerical rating scale (NRS) vào các thời điểm: đêm ngày mổ, ngày thứ nhất sau mổ và ngày thứ hai sau mổ. Trên thang điểm NRS mức độ đau được chia từ 0-10, người bệnh được hướng dẫn chọn số phù hợp, trong đó 0 là không đau và 10 là cực kỳ đau không chịu nổi. Người bệnh được chia làm 4 nhóm: không đau (0), đau ít (1-3), đau vừa (4-6), đau nhiều (7-10).

Mức độ hài lòng của người bệnh: Vào lần tái khám 4 tuần sau mổ, người bệnh được hỏi mức độ hài lòng về cuộc mổ theo thang điểm Numerical rating scale (NRS). Trên thang điểm NRS mức độ hài lòng được chia từ 0-10, trong đó 0 là không hài lòng và 10 là rất hài lòng.

**2.6. Phân tích dữ liệu.** Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (mean  $\pm$  SD) và biến số định lượng có phân bố không chuẩn được mô tả bằng trung vị (khoảng tứ phân vị) (median (IQR)).

Sự tương quan giữa các biến số định tính được khảo sát bằng phép kiểm Chi-bình phương, Fisher và giữa các biến định lượng bằng

phép kiểm t-test, Mann-Whitney. Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

**2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 166/HĐĐĐ-ĐHYD.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian 59 tháng, chúng tôi ghi nhận 103 trường hợp cắt trĩ được lấy vào trong nghiên cứu và được chia thành hai nhóm: nhóm gây tê tại chỗ với 55 người bệnh và nhóm gây tê tùy sống với 48 người bệnh.

**Bảng 1: So sánh đặc điểm nền của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Gây tê tại chỗ (n= 55)	Gây tê tùy sống (n= 48)	p
<b>Tuổi</b>	42,6 $\pm$ 12,9	39,4 $\pm$ 14,2	0,233 <sup>c</sup>
<b>Giới tính:</b> Nam	19 (34,6)	20 (41,7)	0,457 <sup>a</sup>
Nữ	36 (65,4)	28 (58,3)	
<b>BMI:</b> <18.5 kg/m <sup>2</sup>	5 (9,1)	3 (6,3)	0,335 <sup>b</sup>
18.5 - 22.9 kg/m <sup>2</sup>	24 (43,6)	28 (58,3)	
$\geq 23$ kg/m <sup>2</sup>	26 (47,3)	17 (35,4)	
<b>Đau:</b> Có	23 (41,8)	27 (56,3)	0,144 <sup>a</sup>
Không	32 (58,2)	21 (43,8)	
<b>Chảy máu:</b> Có	31 (56,4)	34 (70,8)	0,129 <sup>a</sup>
Không	24 (43,6)	14 (29,2)	
<b>Tắc mạch:</b> Có	16 (29,1)	8 (16,7)	0,137 <sup>a</sup>
Không	39 (70,9)	40 (83,3)	
<b>Số búi trĩ cắt</b>	2,49 $\pm$ 1,02	2,40 $\pm$ 0,84	0,609 <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Kiểm định Chi bình phương; <sup>b</sup> Kiểm định Fisher; <sup>c</sup> Kiểm định T-test chuyển đổi phương pháp vô cảm.

Trong nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ thực hiện thành công cuộc mổ là 100% các trường hợp ở cả hai nhóm được thực hiện thành công phẫu thuật cắt trĩ dưới phương pháp vô cảm được chỉ định từ ban đầu. Không có trường hợp nào phải

Thời gian hồi phục sau mổ: Số ngày trung bình để trở lại sinh hoạt bình thường ở nhóm gây tê tại chỗ là 7, trong khi ở nhóm gây tê tùy sống là 7. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 2: So sánh mức độ đau sau mổ của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Gây tê tại chỗ (n= 55)	Gây tê tùy sống (n= 48)	p
<b>Mức độ đau vào đêm ngày mổ</b>	4,95 $\pm$ 3,14	5,65 $\pm$ 2,99	0,251 <sup>c</sup>
Ít	27 (49,1)	18 (37,5)	0,452 <sup>b</sup>
Vừa	4 (7,3)	3 (6,3)	
Nhiều	24 (43,6)	27 (56,2)	
<b>Mức độ đau vào ngày 1 sau mổ</b>	4,36 $\pm$ 2,97	4,92 $\pm$ 3,04	0,354 <sup>c</sup>
Ít	30 (54,6)	24 (50,0)	0,362 <sup>a</sup>
Vừa	7 (12,7)	3 (6,3)	
Nhiều	18 (32,7)	21 (43,7)	
<b>Mức độ đau vào ngày 2 sau mổ</b>	4,13 $\pm$ 2,89	4,67 $\pm$ 3,05	0,359 <sup>c</sup>
Ít	31 (56,4)	26 (54,2)	0,286 <sup>a</sup>
Vừa	8 (14,5)	3 (6,3)	
Nhiều	16 (29,1)	19 (39,5)	

<sup>a</sup> Kiểm định Chi bình phương; <sup>b</sup> Kiểm định Fisher; <sup>c</sup> Kiểm định T-test

Phân tích mức độ đau sau mổ ở cả hai nhóm bằng cách sử dụng NRS cho thấy điểm đau tại các thời điểm đêm ngày mổ, ngày thứ nhất và

ngày thứ hai sau mổ ở nhóm gây tê tại chỗ lần lượt là 4,95  $\pm$  3,14, 4,36  $\pm$  2,97, 4,13  $\pm$  2,89; trong khi đó, điểm đau ở nhóm gây tê tùy sống

lần lượt là  $5,65 \pm 2,99$ ,  $4,92 \pm 3,04$ ,  $4,67 \pm 3,05$ . Điểm đau trung bình ở nhóm gây tê tại chỗ có khuynh hướng nhỏ hơn nhóm gây tê tủy sống ở cả 3 thời điểm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) (Bảng 2). Số người bệnh bị đau ít vào đêm ngày mổ ở nhóm gây tê tại chỗ có khuynh hướng nhiều hơn nhóm gây tê tủy sống với tỉ lệ tương ứng 49,1% và 37,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa

thống kê.

Đánh giá các biến chứng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng bí tiểu sau mổ được ghi nhận ở nhóm gây tê tủy sống với tỉ lệ 6,3%, trái ngược với không có trường hợp nào trong nhóm gây tê tại chỗ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với phép kiểm Fisher ( $p = 0,01$ ). Chúng tôi không ghi nhận biến chứng sau mổ khác ở cả hai nhóm.

**Bảng 3: So sánh thời gian mổ và thời gian nằm viện của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Gây tê tại chỗ (n= 55)	Gây tê tủy sống (n= 48)	P
Thời gian mổ (phút)	25 (15 - 30)	30 (30 - 45)	<0,001 <sup>d</sup>
Thời gian nằm viện chung (giờ)	7 (6 - 8)	24 (23,5 - 24,5)	<0,001 <sup>d</sup>
Thời gian nằm viện sau mổ (giờ)	2 (2 - 2)	19,5 (17 - 21)	<0,001 <sup>d</sup>

<sup>d</sup> Kiểm định Mann-Whitney

Đánh giá thời gian mổ và thời gian nằm viện giữa hai nhóm, chúng tôi thấy rằng thời gian mổ, thời gian nằm viện chung và thời gian nằm viện sau mổ dài hơn đáng kể ở nhóm gây tê tủy sống ( $p < 0,001$ ) (Bảng 3). Không có trường hợp nào phải nhập viện lại ở cả hai nhóm.

Đánh giá chi phí y tế sau mổ cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ, trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tổng chi phí khi ra viện của người bệnh nhóm gây tê tại chỗ thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm gây tê tủy sống ( $7.685.055 \pm 2.122.364$  VND so với  $9.108.330 \pm 2.267.286$  VND,  $p=0,001$ , kiểm định t-test).

Mức độ hài lòng của người bệnh sau mổ đánh giá trên thang điểm NRS để đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh vào thời điểm 4 tuần sau mổ, chúng tôi ghi nhận điểm hài lòng trung bình về cuộc mổ ở nhóm gây tê tại chỗ là  $9,15 \pm 1,28$ , trong khi đó điểm hài lòng trung bình ở nhóm gây tê tủy sống là  $9,09 \pm 1,26$ . Tuy điểm hài lòng ở nhóm gây tê tại chỗ có khuynh hướng cao hơn nhóm gây tê tủy sống, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,8$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ không những khả thi mà còn an toàn. Ở nhóm gây tê tại chỗ, không trường hợp nào ghi nhận biến chứng sau mổ, trong khi đó nhóm gây tê tủy sống có 3 trường hợp (6,3%) bị bí tiểu sau mổ cần phải đặt ống thông bàng quang. Không có biến chứng nào khác được ghi nhận ở cả hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của chúng tôi cũng gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Argov, trong đó tỉ lệ bí tiểu sau cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ chỉ 0,4% và không trường hợp nào chảy máu sau mổ phải can thiệp mổ lại [3].

Nghiên cứu Bansal cho thấy 36% trường hợp bí tiểu, 24% đau đầu và 16% bị hạ huyết áp sau cắt trĩ dưới gây tê tủy sống [4]. Anannamcharoen cũng cho thấy tỉ lệ bí tiểu ở nhóm gây tê tủy sống (30,3%) cao hơn so với nhóm gây tê tại chỗ (8,8%) [5]. Sự khác nhau về tỉ lệ biến chứng sau gây tê tủy sống có thể do khác nhau về kỹ thuật mổ, đặc điểm người bệnh, chăm sóc sau mổ.

Chúng tôi so sánh mức độ đau sau mổ bằng thang đo NRS tại các thời điểm đêm ngày mổ, ngày thứ nhất và ngày thứ hai sau mổ. Chúng tôi nhận thấy nhóm gây tê tại chỗ có xu hướng điểm đau sau mổ thấp hơn so với gây tê tủy sống, kéo dài trong suốt thời gian 2 ngày sau phẫu thuật, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Mặc dù vậy, có một điểm thú vị trong nghiên cứu của chúng tôi là sau mổ nhóm gây tê tủy sống được tiêm bắp thuốc giảm đau trong khi đó nhóm gây tê tại chỗ chỉ sử dụng thuốc giảm đau đường uống. Trong một nghiên cứu tương tự, Bansal và cộng sự so sánh phẫu thuật cắt trĩ dưới gây tê tủy sống và gây tê tại chỗ và cho thấy điểm đau sau mổ ở cả hai nhóm tương đương nhau, ngoại trừ ở thời điểm 6 giờ sau mổ [4].

Sự hài lòng của người bệnh được chúng tôi đánh giá vào thời điểm 4 tuần sau mổ theo thang điểm NRS. Chúng tôi ghi nhận nhóm gây tê tại chỗ có khuynh hướng hài lòng hơn so với nhóm gây tê tủy sống mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sự hài lòng của người bệnh nhóm gây tê tại chỗ có lẽ liên quan đến việc xuất viện trong ngày, thời gian nằm viện ngắn, và chi phí y tế thấp. Xét về thời gian nằm viện, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm gây tê tại chỗ có thời gian nằm viện chung và nằm viện sau mổ ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm gây tê tủy sống. Kết quả này tương đồng

với các nghiên cứu khác cũng cho thấy nhóm cắt trĩ dưới gây tê tùy sống có thời gian nằm viện sau mổ dài hơn so với nhóm gây tê tại chỗ [4]. Thời gian nằm viện ngắn đã góp phần làm giảm chi phí y tế cho người bệnh. Thật vậy, nhóm gây tê tùy sống trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng chi phí nằm viện cao hơn hẳn so với nhóm gây tê tại chỗ. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu khác cho thấy nhóm cắt trĩ được thực hiện dưới gây tê tại chỗ có chi phí nằm viện thấp hơn nhiều so với gây tê tùy sống [6].

Chúng tôi ghi nhận vài điểm còn hạn chế trong nghiên cứu. Thứ nhất, nghiên cứu không được phân bố ngẫu nhiên do theo quy trình của bệnh viện, việc lựa chọn phương pháp vô cảm là do người bệnh quyết định sau khi đã được tư vấn. Tuy nhiên, chúng tôi không thấy có sự khác biệt về đặc điểm cơ bản giữa hai nhóm. Thứ hai, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và điều này có thể làm cho một số sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Thứ ba, việc hỏi thông tin 1 tuần sau thủ thuật về mức độ đau sau mổ có thể dẫn đến sai lệch nhớ lại. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi bước đầu đã cho thấy gây tê quanh hậu môn bằng lidocaine phối hợp với thuốc an thần đường tĩnh mạch là một kỹ thuật mới có tính hiệu quả và khả thi, không có biến chứng sau mổ, tạo sự tiện lợi cho người bệnh, và giảm chi phí y tế; kết quả này góp phần tạo nên điểm mạnh của nghiên cứu này.

## V. KẾT LUẬN

Cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ bằng lidocaine phối hợp với thuốc an thần đường tĩnh mạch an toàn và hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng

tôi, cắt trĩ dưới gây tê tại chỗ không có biến chứng sau mổ, có thời gian nằm viện ngắn hơn, và chi phí y tế thấp hơn so với gây tê tùy sống. Phương pháp gây tê tại chỗ phối hợp với thuốc an thần đường tĩnh mạch có thể được xem xét thay thế cho gây tê tùy sống trong một số trường hợp. Nghiên cứu này cũng cho thấy tính khả thi của phẫu thuật cắt trĩ trong ngày dưới gây tê tại chỗ phối hợp với thuốc an thần đường tĩnh mạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ryu HY, Kim JY, Lim HK, et al.** Bupivacaine induced cardiac toxicity mimicking an acute non-ST segment elevation myocardial infarction. *Yonsei Med J.* 2007;48(2):331-336. doi: 10.3349/ymj.2007.48.2.331.
2. **Argov S, Levandovsky O. Radical,** ambulatory hemorrhoidectomy under local anesthesia. *The American Journal of Surgery.* 2001;182(1):69-72. doi:10.1016/S0002-9610(01)00649-3.
3. **Argov S, Levandovsky O, Yarhi D.** Milligan-Morgan hemorrhoidectomy under local anesthesia — an old operation that stood the test of time: A single-team experience with 2,280 operations. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(7):981-985. doi: 10.1007/s00384-012-1426-6.
4. **Bansal H, Jenaw RK, Mandia R, Yadav R.** How to do Open Hemorrhoidectomy Under Local Anesthesia and its Comparison with Spinal Anesthesia. *Indian J Surg.* 2012;74(4):330-333. doi:10.1007/s12262-012-0438-3.
5. **Anannamcharoen S, Cheeranont P, Boonyasudon C.** Local perianal nerve block versus spinal block for closed hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai.*
6. **Lacerda-Filho A, Cunha-Melo JR.** Outpatient haemorrhoidectomy under local anaesthesia. *Eur J Surg.* 1997;163(12):935-940.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN PEMPHIGUS TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Phạm Ngân Giang<sup>1</sup>, Lê Hữu Doanh<sup>1</sup>, Trần Thị Lý<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Bệnh pemphigus có tỷ lệ tử vong là 5-15% trong tổng số ca mắc, với căn nguyên gây tử vong thường gặp là nhiễm trùng. Bệnh cần được phát hiện sớm, điều trị kịp thời, nhằm giảm thiểu tỷ lệ di chứng và tử

vong. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân pemphigus tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, năm 2021-2022. Có 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là  $54,3 \pm 13,4$ . Nhóm 50-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (61,9%). Bệnh nhân được phân loại là mắc bệnh ở mức độ trung bình chiếm 61,9%. Tỷ lệ đồng mắc bệnh tim mạch và đái tháo đường tương đối cao (31% và 11,9%). Tỷ lệ bệnh nhân có tăng nồng độ IgE và bạch cầu ái toan tương ứng là 16,7% và 9,5%. **Từ khóa:** Pemphigus, lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh đồng mắc

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngân Giang

Email: giangsoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023