

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ XUYÊN CƠ VUÔNG THẮT LƯNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Đức Nam¹, Phan Tôn Ngọc Vũ¹,
Dương Trung Hiếu¹, Lê Hồng Chính¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Ngày nay, gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực thấp không còn được xem là tiêu chuẩn vàng để giảm đau cho phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng, thì các kỹ thuật gây tê vùng dần được xem như phương pháp giảm đau thay thế. Kỹ thuật gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng là một kỹ thuật mới, có nhiều ưu điểm phù hợp để giảm đau cho phẫu thuật này như thời gian giảm đau kéo dài, khả năng lan đến khoang cạnh cột sống giúp giảm đau tạng hiệu quả. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng phụ không mong muốn của phương pháp gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng đối với phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có nhóm chứng, thực hiện trên 60 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng từ tháng 10/2021 đến 01/2024 và chia làm 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng. Kết cục chính là tổng liều morphine tiêu thụ trong 48 giờ sau mổ. Đánh giá đau bằng thang điểm VAS khi nghỉ ngơi và vận động, cũng như ghi nhận các tác dụng phụ. **Kết quả:** Tổng liều morphine tiêu thụ trong 48 giờ đầu sau mổ nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($16,5 \pm 7,08\text{mg}$ so với $20,5 \pm 9,43\text{mg}$; $p=0,05$). Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi và vận động tại các thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ và 48 giờ sau mổ của 2 nhóm tương đương nhau ($p > 0,05$). Tỷ lệ buồn nôn và nôn của nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa so nhóm chứng (10% so với 36,7%, $p=0,03$). Không ghi nhận các tác dụng phụ khác như ngộ độc thuốc tê, suy hô hấp, an thần ở cả 2 nhóm. **Kết luận:** Mặc dù phương pháp gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng giúp giảm 19,5% lượng morphine tiêu thụ trong 48 giờ, nghiên cứu chưa chứng minh được tỷ lệ giảm đau này có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả giảm đau của kỹ thuật gây tê này cần thực hiện thêm những nghiên cứu khác trước khi được áp dụng trên lâm sàng. **Từ khóa:** Gây tê vùng, gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng, phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng, giảm đau đa mô thức.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF PAIN REDUCTION WITH TRANSMUSCULAR QUADRATUS LUMBAR ANESTHESIA IN LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tôn Ngọc Vũ

Email: vu.ptn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

Background: Currently, lower thoracic epidural anesthesia is no longer considered the gold standard for perioperative analgesia in laparoscopic colorectal surgery. Regional anesthesia approaches are considered as alternative pain relief options. The transmuscular quadratus lumborum block, in particular, exhibits theoretical advantages conducive to efficacious pain relief after laparoscopic colorectal surgery, including prolonged analgesic duration and the potential to extend into the paravertebral space, thereby mitigating visceral pain. **Objective:** To assess the analgesic effectiveness and side effects associated with the transmuscular quadratus lumborum block after laparoscopic colorectal resection surgery. **Subjects and Methods:** A randomized, controlled clinical trial was conducted on 60 patients undergoing laparoscopic colorectal surgery between 10/2021 and 01/2024. The participants were divided into two groups: the intervention group and the control group. The primary outcome was the cumulative dose of morphine consumed within the initial 48 hours post-surgery. Pain levels were evaluated using the Visual Analog Scale (VAS) during periods of rest and movement, as well as recorded documentation of adverse effects. **Results:** Although the total morphine consumption within the first 48 hours postoperatively was lower in the intervention group compared to the control group, this difference did not attain statistical significance ($16.5 \pm 7.08\text{mg}$ versus $20.5 \pm 9.43\text{mg}$; $p=0.05$). VAS pain scores during both rest and movement at 1 hour, 2 hours, 4 hours, 6 hours, 12 hours, 24 hours, and 48 hours postoperatively were similar between the two groups ($p>0.05$). The incidence of nausea and vomiting in the intervention group was significantly lower than in the control group (10% versus 36.7%, $p=0.03$). No other adverse effects, such as local anesthetic toxicity, respiratory depression, or sedation, were observed in either group. **Conclusion:** Despite the transmuscular quadratus lumborum block contributing to a 19% reduction in morphine consumption over 48 hours, our study has not conclusively demonstrated the statistical significance of this pain reduction ratio. Further investigation is necessary to assess the pain relief efficacy of this technique before its clinical application in the future. **Keywords:** Regional anesthesia, transmuscular quadratus lumborum block, laparoscopic colorectal surgery, multimodal analgesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực thấp không còn được xem là tiêu chuẩn vàng để giảm đau cho phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng, thì các phương pháp gây tê thành bụng như gây tê mặt phẳng cơ ngang

bụng, gây tê bao cơ thẳng bụng dần được cân nhắc như là phương án giảm đau thay thế. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy những mặt hạn chế của các kỹ thuật kể trên, như: chỉ giảm đau thành bụng, không có hiệu quả giảm đau tạng và thời gian tác dụng ngắn.¹ Bên cạnh đó, phẫu thuật nội soi ngày nay có vết mổ thành bụng ngắn nên mức độ đau thành bụng ít. Tuy vậy, đáp ứng viêm gây ra do bơm hơi ổ bụng hay thao tác phẫu thuật vẫn gây đau các tạng và cần sử dụng lượng lớn opioid sau mổ.² Về mặt lý thuyết, gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng (transmuscular quadratus lumborum-TQL) cải thiện hầu hết các nhược điểm của gây tê TAP như: thời gian giảm đau kéo dài hơn, có khả năng lan đến khoang cạnh cột sống, qua đó tác dụng lên rễ trước thần kinh giúp giảm đau tạng.²

Năm 2013, kỹ thuật TQL được báo cáo lần đầu bởi tác giả Borglum, điểm nổi bật của kỹ thuật này là khả năng lan rộng của thuốc tê và thời gian tác dụng kéo dài. Những nghiên cứu về phương pháp TQL đa phần đều chứng minh hiệu quả giảm đau trong các phẫu thuật về sản khoa, tiết niệu hay chỉnh hình. Tuy vậy, trên thế giới và Việt Nam hiện có rất ít nghiên cứu về TQL cho đối tượng người bệnh phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng. Vì thế chúng tôi giả thiết rằng phương pháp TQL cung cấp hiệu quả giảm đau tốt hơn cho đối tượng người bệnh phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng khi so sánh với người bệnh chỉ sử dụng PCA morphine đơn thuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng chương trình tại khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đại học Y Dược từ tháng 10/2021 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn chọn vào gồm các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng, độ tuổi từ 18 trở lên, phân loại ASA I – III, có BMI ≥ 18. Tiêu chuẩn loại trừ gồm những bệnh nhân không có khả năng hợp tác, rối loạn ý thức, tiền căn dị ứng với các thuốc liên quan đến nghiên cứu, rối loạn chức năng gan, thận.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có nhóm chứng và không mù.

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức so sánh 2 giá trị trung bình:

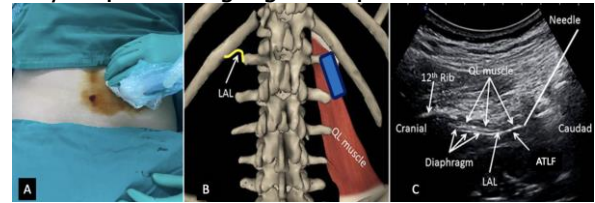
$$n = \frac{2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Theo nghiên cứu của tác giả Jian He, tổng liều morphine tiêu thụ trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật trong nhóm gây tê TQL là 29mg và độ lệch

chuẩn σ là 11,1.³ Với mong muốn giảm được 35% tổng liều morphine trong 48 giờ, chúng tôi lựa chọn 30 người bệnh cho mỗi nhóm.

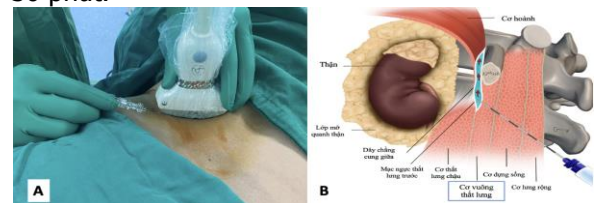
Các bước thực hiện. Tất cả các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm bằng phương pháp tạo số ngẫu nhiên trong Excel, sử dụng hàm RAND và lệnh Sort A→Z để có các số ngẫu nhiên tương ứng với số thứ tự của đối tượng trong nghiên cứu. Chọn số lẻ cho nhóm can thiệp và số chẵn cho nhóm chứng. Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được bác sĩ gây mê khám tiền mê, giải thích phương pháp can thiệp cũng như tai biến, biến chứng có thể xảy ra. Sau khi đồng thuận, người bệnh được ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

Trước phẫu thuật 30 phút, người bệnh vào phòng thủ thuật để thực hiện gây tê TQL dưới theo dõi gây mê tiêu chuẩn. Áp dụng kỹ thuật gây tê TQL dưới sườn, người bệnh được cho nằm sấp. Bác sĩ gây mê mang găng tay phẫu thuật, sát khuẩn vô trùng vùng lưng 2 bên. Sử dụng đầu dò cong, tần số thấp 2 - 6 MHz, được bao camera. Đầu dò được đặt dọc theo trục cột sống, cách mỏm gai đốt sống 6-8cm về phía bên. Xác định mỏm chậu, tiếp đó trượt đầu dò lên trên, xác định vị trí xương sườn 12 và cơ vuông thắt lưng. Sau khi xác định được các cấu trúc trên, xoay đầu dò phía đầu vào trong, cho đến khi thấy được mỏm ngang L1 hoặc L2.



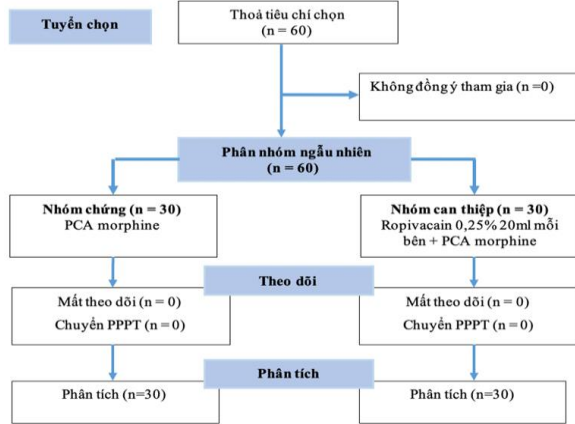
Hình 1. Xác định vị trí gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng

Gây tê tại chỗ vị trí đâm kim. Sử dụng kỹ thuật đi kim in-plane, điều chỉnh đầu kim nằm giữa 2 lớp: phía sau là cơ vuông thắt lưng, phía trước là cơ thắt lưng chậu hay dây chằng cung bên. Tiến hành bơm 20mL thuốc tê ropivacain nồng độ 0,25%. Thực hiện tương tự cho bên còn lại. Theo dõi sinh hiệu, tri giác người bệnh trong 30 phút.



Hình 2. Kỹ thuật gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng dưới sườn

Cả 2 nhóm đều được tiến hành gây mê nội khí quản theo phác đồ của bệnh viện Đại học Y Dược. Về giảm đau nền, tất cả người bệnh được giảm đau bằng paracetamol 1 g mỗi 8 giờ, nefopam 20 mg mỗi 8 giờ kết hợp với PCA morphine. Kết thúc cuộc mổ, bệnh nhân được hóa giải dẫn cơ bằng sugammadex 2 mg/kg và phòng ngừa nôn bằng ondasetron 4mg.



Hình 3. Lưu đồ nghiên cứu

PCA morphine đường tĩnh mạch được cài đặt và giao cho bệnh nhân tự kiểm soát khi tri giác hồi phục hoàn toàn, thông số cài đặt: liều tải 3 mg, liều bolus 1 mg, thời gian khóa 10 phút, tối đa 20 mg trong 4 giờ, không liều nền. Tất cả người bệnh được theo dõi 24 giờ tại phòng hồi tỉnh, ghi nhận các thông số về sinh hiệu, điểm đau VAS khi nghỉ, vận động, lượng morphine sử

dụng thông qua máy PCA và các tác dụng phụ của morphine.

Biến số. Biến số nghiên cứu chính đánh giá hiệu quả giảm đau là tổng lượng morphine tiêu thụ trong 48 giờ sau mổ, được ghi nhận qua hệ thống PCA. Các biến số khác như điểm đau VAS khi nghỉ ngơi, vận động hay tác dụng phụ như tỷ lệ suy hô hấp, ngộ độc thuốc tê, buồn nôn, nôn ói hay ngứa được theo dõi tại từng thời điểm sau mổ.

Phương pháp phân tích số liệu: Tất cả các số liệu được thu thập sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê R 4.3.1. Biến số có phân phối chuẩn được trình bày bằng số trung bình ± độ lệch chuẩn và được so sánh bằng kiểm định student t-test. Biến số không có phân phối chuẩn được trình bày bằng số trung vị, khoảng tứ phân vị và được so sánh bằng phép kiểm định Mann-Whitney. So sánh tỷ lệ bằng kiểm định Chi bình phương (χ^2). Giá trị $p < 0.05$ là có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95%.

Y đức. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh bệnh viện Đại Học Y Dược thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2021 đến tháng 01/2024, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu trên 60 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi đại tràng tại Bệnh viện Đại học Y Dược. Sau đây là kết quả chúng tôi ghi nhận được.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân, gây mê và phẫu thuật của nghiên cứu

| Tên biến | Nhóm C (n =30) | Nhóm QL (n=30) | Giá trị p |
|-------------------------------------|----------------|----------------|-----------|
| Tuổi (năm) | 60 ± 12,8 | 60,1 ± 10,6 | 0,73 |
| ≥ 65 (n,%) | 12 (40) | 12 (40) | 1 |
| Nam (n,%) | 13 (43,3) | 19 (63,3) | 0,19 |
| BMI (kg/m²) | 22,6 ± 3,39 | 23,5 ± 3,02 | 0,26 |
| Phân loại ASA (n,%) | | | |
| I | 1 (3,33) | 4 (13,3) | 0,39 |
| II | 19 (63,4) | 16 (53,4) | |
| III | 10 (33,3) | 10 (33,3) | |
| Thời gian gây mê (phút) | 186 ± 38,5 | 187 ± 42,6 | 0,88 |
| Thời gian phẫu thuật (phút) | 164 ± 38,2 | 166 ± 41,4 | 0,88 |
| Phương pháp phẫu thuật (n,%) | | | |
| 1. Cắt đại tràng trái | 4 (13,3) | 4 (13,3) | 0,79 |
| 2. Cắt đại tràng phải | 8 (26,7) | 5 (16,7) | |
| 3. Cắt đoạn đại trực tràng | 2 (6,67) | 3 (10) | |
| 4. Cắt trước | 16 (53,3) | 18 (60) | |
| Vị trí đường rạch da (n,%) | | | |
| 1. Dọc giữa, trên dưới rốn | 16 (53,3) | 13 (43,3) | 0,76 |
| 2. Dọc giữa, dưới rốn | 3 (10) | 4 (13,4) | |
| 3. Đường ngang, trên vệ | 11 (36,7) | 13 (43,3) | |
| Chiều dài đường rạch da | 7,6 ± 1,89 | 8,03 ± 2,48 | 0,45 |
| Giải phẫu bệnh ác tính (n,%) | 28 (93,3) | 29 (96,6) | 1 |

Các đặc điểm nền của người bệnh cũng như các đặc điểm về gây mê, phẫu thuật của 2 nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 2. Tổng lượng fentanyl tiêu thụ trong mổ

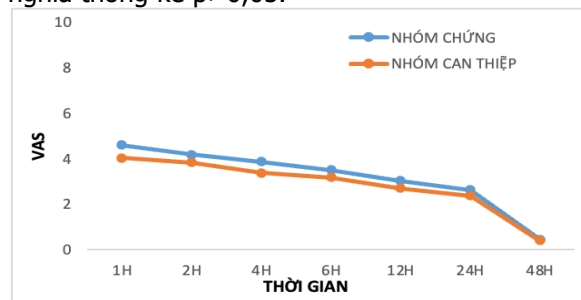
| Tên biến | Nhóm C (n=30) | Nhóm QL (n=30) | p |
|--------------------------------------|---------------|----------------|-------|
| Tổng liều fentanyl (μg) | 228 \pm 52 | 220 \pm 48,4 | 0,523 |

Lượng fentanil tiêu thụ trong mổ ở cả 2 nhóm là tương đương nhau $p > 0,05$

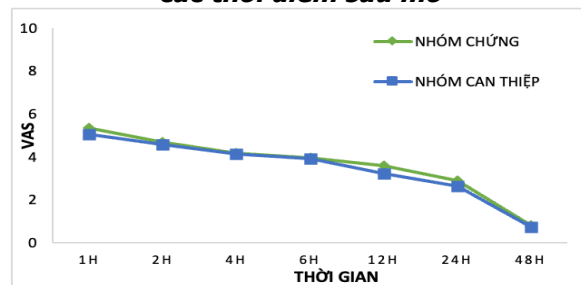
Bảng 3. Tổng lượng morphine tiêu thụ tại các thời điểm sau mổ

| Lượng morphine tiêu thụ | Nhóm C (n=30) | Nhóm QL (n=30) | p |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| Giờ thứ 6 | 8,93 \pm 3,66 | 7,2 \pm 3,37 | 0,061 |
| Giờ thứ 12 | 13 \pm 5,65 | 10,5 \pm 4,73 | 0,072 |
| Giờ thứ 24 | 17 \pm 6,72 | 13,8 \pm 5,85 | 0,054 |
| Giờ thứ 48 | 20,5 \pm 8,54 | 16,5 \pm 7,21 | 0,057 |

Tổng liều morphine tiêu thụ ở nhóm TQL luôn thấp hơn nhóm chứng tại mọi thời điểm sau mổ. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.



Biểu đồ 1. Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi tại các thời điểm sau mổ



Biểu đồ 2. Điểm đau VAS khi vận động tại các thời điểm sau mổ

Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi và vận động không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm sau mổ giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 4. Tỷ lệ tác dụng phụ trong nghiên cứu

| Tên biến | Nhóm C (n=30) | Nhóm QL (n=30) | p |
|-------------------------|---------------|----------------|-------|
| Buồn nôn, nôn ói (n, %) | 11 (36,7) | 3 (10) | 0,033 |
| Ngứa (n, %) | 2 (6,67) | 2 (6,67) | 1 |

Nhóm can thiệp có tỷ lệ buồn nôn, nôn ói thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,033 < 0,05$. Không ghi nhận trường hợp nào bị ngộ độc thuốc tê, suy hô hấp, an thần, tê chân.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh khi áp dụng kỹ thuật gây tê TQL giảm được 19,5% lượng morphine tiêu thụ trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật nội soi đại trực tràng ($16,5 \pm 7,21\text{mg}$ so với $20,5 \pm 8,54\text{mg}$). Tuy nhiên, tỷ lệ này không có ý nghĩa mang tính thống kê với $p = 0,057$. Kết quả này của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu gần đây về kỹ thuật gây tê TQL đối với loại phẫu thuật ổ bụng này.^{4,5} Trong nghiên cứu của tác giả Coppens, lượng morphine tiêu thụ trong 24 giờ đầu sau mổ là tương đương nhau giữa 2 nhóm.⁵ Tuy nhiên tác giả Coppens áp dụng kỹ thuật gây tê TQL cổ điển tại vị trí cạnh mào chậu L4. Kỹ thuật này đã được chứng minh có khả năng tác dụng ở vị trí thấp hơn (T10-L4) so với kỹ thuật gây tê TQL dưới sườn mà chúng tôi áp dụng (T6-L2).

Về hiệu quả giảm đau của kỹ thuật gây tê TQL, chúng tôi cho rằng có một vài lý do làm ảnh hưởng đến hiệu quả của kỹ thuật. Đầu tiên, về phương diện phẫu thuật, những tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật nội soi như bơm hơi dòng thấp và duy trì áp lực thấp giúp giảm đáp ứng viêm của phúc mạc, qua đó giảm lượng morphine tiêu thụ. Thứ hai, khi áp dụng một phác đồ giảm đau đa mô thức tốt có thể giúp giảm đau hiệu quả và loại bỏ dần nhu cầu gây tê thành bụng. Và cuối cùng, những nghiên cứu quan sát trên tử thi có thể không phù hợp với thực hành. Khi thực hiện trên tử thi, kỹ thuật TQL cho thấy thuốc nhuộm có xu hướng lan rộng ra phía trước và lên trên, có thể bao phủ đoạn thân giao cảm ngực từ T4-T12.⁶ Điều này được giải thích do sự khác biệt về áp lực giữa các lớp mạc của xác chết và người sống, hay sự khác nhau về đặc tính, độ nhớt của thuốc nhuộm khi so với thuốc tê, cũng như liều lượng, thể tích thuốc tê được sử dụng trên lâm sàng.

Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi chỉ sử dụng thể tích 20mL ropivacaine với nồng độ 0,25% để gây tê mỗi bên, liều thuốc tê khoảng 100mg hay xấp xỉ 2 mg.kg^{-1} . Đa phần các nghiên cứu trên tử thi được thực hiện với thể tích 30mL dung dịch thuốc nhuộm cho mỗi bên để đánh giá

mức độ lan. Đối với các phẫu thuật chỉ cần gây tê 1 bên cơ vuông thắt lưng, các tác giả có thể sử dụng thuốc tê với thể tích lớn và nồng độ cao hơn. Tác giả Mette Dam sử dụng 30mL ropivacain 0,75% cho phẫu thuật tán sỏi thận qua da, tác giả Ying He lựa chọn thể tích 30mL ropivacain 0,5% với phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận.^{7,8} Đối với nghiên cứu cần gây tê cơ vuông thắt lưng 2 bên, các tác giả cũng sử dụng thể tích 30 ml cho mỗi bên nhưng với nồng độ ropivacain thấp hơn 0,375%, tương đương với liều 3 mg.kg⁻¹, thể tích và nồng độ đều cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.^{4,5} Đây thật sự là liều cao khi sử dụng thuốc gây tê, tuy vậy đối với kỹ thuật gây tê cần mặc thường cần thể tích thuốc tê lớn để tối ưu hoá khả năng tác dụng và lan rộng của thuốc. Cần nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của việc quá liều gây ngộ độc thuốc tê, chúng tôi quyết định lựa chọn liều thuốc tê thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới, điều này có thể ảnh hưởng phần nào đến hiệu quả giảm đau của phương pháp.

Để đảm bảo tính y đức trong nghiên cứu, tránh để người bệnh đau nhiều sau mổ, chúng tôi áp dụng mô hình giảm đau đa mô thức và phác đồ điều trị nền tảng giống nhau ở cả 2 nhóm, nên kết quả điểm đau VAS đều ở mức trung bình đến thấp và mức độ đau có xu hướng giảm dần theo thời gian. Khác biệt điểm đau VAS của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tổng liều fentanyl sử dụng trong mổ ở nhóm can thiệp tương đương so với nhóm chứng, và không có ý nghĩa thống kê (220 μ g và 228 μ g; $p=0,523$). Đa phần hầu hết các nghiên cứu đều không ghi nhận thuốc và liều thuốc giảm đau sử dụng trong mổ.

Qua kết quả bảng 4 cho thấy, tỉ lệ buồn nôn, nôn ói giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,033$). Chỉ ghi nhận 3 trường hợp buồn nôn, nôn ói trong nhóm can thiệp, so với 11 trường hợp trong nhóm chứng. Buồn nôn, nôn ói là tác dụng phụ thường gặp sau mổ và liên quan đến nhiều yếu tố như đặc điểm dân số, lượng opioid sử dụng sau mổ và phác đồ dự phòng nôn ói. Chúng tôi cho rằng tỉ lệ buồn nôn, nôn ói trong nghiên cứu giảm là do lượng morphine tiêu thụ sau mổ của nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng.

Chúng tôi cũng nhận ra một vài hạn chế trong nghiên cứu của mình như: không đánh giá mức độ gây tê trên thành bụng, mặc dù có kiểm tra trên hình ảnh siêu âm, tuy nhiên hiệu quả thật sự của thuốc tê lên rễ thần kinh chưa được

đánh giá. Bên cạnh đó, số lần người bệnh nỗ lực bấm máy PCA tại các thời điểm chưa được ghi nhận, nên chưa phản ánh đúng mức độ cần giảm đau của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chưa chứng minh được hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê xuyên cơ vuông thắt lưng trong phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng. Trong tương lai, cần có thêm những nghiên cứu khác với quy mô lớn hơn, thiết kế phù hợp hơn để có thể kết luận được hiệu quả giảm đau của kỹ thuật này trước khi quyết định có áp dụng vào lâm sàng hay không. 04/05/2024 6:59:00 CH

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kumar GD, Gnanasekar N, Kurhekar P, Prasad TK.** A Comparative Study of Transversus Abdominis Plane Block versus Quadratus Lumborum Block for Postoperative Analgesia following Lower Abdominal Surgeries: A Prospective Double-blinded Study. *Anesth Essays Res.* 2018;12(4): 919-923. doi: 10.4103/aer.AER_158_18
- Blanco R, Ansari T, Riad W, Shetty N.** Quadratus Lumborum Block Versus Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Pain After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41(6):757-762. doi:10.1097/AAP.0000000000000495
- He J, Zhang L, He WY, et al.** Ultrasound-Guided Transmuscular Quadratus Lumborum Block Reduces Postoperative Pain Intensity in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Pain Res Manag.* 2020;2020:1035182. doi: 10.1155/2020/1035182
- Tanggaard K, Hasselager RP, Hølmich ER, et al.** Anterior quadratus lumborum block does not reduce postoperative opioid consumption following laparoscopic hemicolectomy: a randomized, double-blind, controlled trial in an ERAS setting. *Reg Anesth Pain Med.* 2023;48(1): 7-13. doi:10.1136/rapm-2022-103895
- Coppens S, Somville A, Hoogma DF, et al.** The effect of anterior quadratus lumborum block on morphine consumption in minimally invasive colorectal surgery: a multicentre, double-blind, prospective randomised placebo-controlled trial. *Anaesthesia.* 2024;79(1): 54-62. doi:10.1111/anae.16177
- Elsharkawy H, El-Boghdadly K, Barrington M.** Quadratus Lumborum Block: Anatomical Concepts, Mechanisms, and Techniques. *Anesthesiology.* 2019; 130(2): 322-335. doi:10.1097/ALN.0000000000002524
- Dam M, Hansen CK, Poulsen TD, et al.** Transmuscular quadratus lumborum block for percutaneous nephrolithotomy reduces opioid consumption and speeds ambulation and discharge from hospital: a single centre randomised controlled trial. *Br J Anaesth.* 2019; 123(2):e350-e358. doi:10.1016/j.bja.2019.04.054