

Sự thay đổi nồng độ huyết thanh các marker khối u sau điều trị

Sau điều trị các bệnh nhân UTBMTBG, nồng độ trung bình trong huyết thanh của các marker AFP, AFP-L3 và PIVKA-II trong máu giảm một cách có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ đáp ứng của AFP là 66%, của AFP-L3 là 60%, của PIVKA-II là 80% và của bộ ba marker là 40%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray Freddie, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram et al** (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA: a cancer journal for clinicians, 68(6), 394-424.

2. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan"

3. **Hana Park và Jun Yong Park** (2013), "Clinical Significance of AFP and PIVKA-II Responses for Monitoring Treatment Outcomes and Predicting Prognosis in Patients with Hepatocellular Carcinoma", BioMed Research International, 1-6.

4. **Atsushi Nanashima, Naota Taura, Takafumi Abo and et al** (2011), "Tumor Marker Levels Before and After Curative Treatment of Hepatocellular Carcinoma as Predictors of Patient Survival", Digestive Diseases and Sciences, 56(10), 3086-3100.

5. **Đào Việt Hằng** (2016), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u".

6. **Vũ Mạnh Duy** (2017), "Khảo sát nồng độ PIVKA-II trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan có AFP ≤ 20 ng/mL tại Bệnh viện Bạch Mai, Đại học Y Hà Nội".

7. **Sang Joon Park, Jae Young Jang, Soung Won Jeong and et al** (2017), "Usefulness of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II, and their combinations in diagnosing hepatocellular carcinoma", Medicine, 96(11), e5811.

8. **Lê Văn Don** (2016), "Nghiên cứu giá trị xét nghiệm PIVKA -II, panel PIVKA -II kết hợp với AFP trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan". Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHONG BÉ CƠ RĂNG TRƯỚC DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM BẰNG ROPIVACAIN PHỐI HỢP VỚI DEXAMETHASONE CHO PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ

BÙI THỊ THU TRANG¹, NGUYỄN QUỐC KÍNH², TRẦN ĐỨC THỌ³

¹Bệnh viện E; ²Bệnh viện Việt Đức; ³Bệnh viện K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau và các tác dụng không mong muốn của phương pháp phong bế mặt phẳng cơ răng trước trên các BN phẫu thuật ung thư vú bằng Ropivacain phối hợp với Dexamethasone.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 105 bệnh nhân ung thư vú thực được phẫu thuật lấy u tại Bệnh viện K từ 10/2020 đến 3/2021. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, bệnh nhân (BN) được theo dõi và đánh giá kết quả trong mổ đến 48 giờ sau mổ.

Kết quả: Tổng liều Fentanyl dùng trong mổ của nhóm các BN có gây tê là $0,15 \pm 0,01$ ít hơn đáng kể so với nhóm không làm thủ thuật là

$0,21 \pm 0,04$ với $p < 0,01$. Điểm VAS trung bình khi nghỉ/vận động tại các thời điểm sau mổ của nhóm không gây tê cao hơn nhiều so với nhóm có gây tê. Gây tê SAP cũng làm giảm đáng kể tỷ lệ BN phải dùng morphin giảm đau sau mổ và giảm tổng liều morphin trong vòng 48 giờ sau mổ. Hiệu quả giảm đau của nhóm gây tê bằng Ropivacain đơn thuần kéo dài trung bình $9,40 \pm 2,75$ giờ sau mổ, ngắn hơn so với nhóm gây tê bằng hỗn hợp ropivacain phối hợp dexamethasone $31,0 \pm 7,49$ giờ. Không quan sát thấy sự thay đổi về huyết động, không xảy ra các tác dụng không mong muốn và biến chứng ở các mức độ.

Kết luận: phong bế mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn của siêu âm là một kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, an toàn, mang lại hiệu quả giảm đau tốt cho các BN phẫu thuật ung thư vú. Khi cho thêm Dexamethasone vào hỗn hợp thuốc tê làm kéo dài thời gian giảm đau đáng kể.

Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Thu Trang

Email: skyscracter@gmail.com

Ngày nhận: 10/6/2021

Ngày phản biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 13/7/2021

Từ khoá: phong bế mặt phẳng cơ răng trước, phẫu thuật ung thư vú, ropivacain, dexamethasone

SUMMARY

THE EFFICACY OF ULTRASOUND-GUIDED SERRATUS ANTERIOR PLANE BLOCK IN ANALGESIA FOR ONCOLOGIC BREAST SURGERY

Objective: evaluate the effectiveness and side effects of ultrasound-guided serratus anterior plane block using the combination of Ropivacain and Dexamethasone for pain management after oncologic breast surgery

Subjects and method: This randomized controlled study was conducted on 105 adult females undergoing oncologic breast surgery at K Hospital from Oct 2020 to March 2021. Before general anesthesia, patients were randomly allocated to conventional analgesia (control group, n=35), 2 study groups include single-injection serratus block with either Ropivacain 0.2% 30mL (A group, n=35) or Ropivacain 0.2% 30ml plus Dexamethasone 8mg (D group, n=35). Total intraoperative fentanyl consumption, first 48-hour total morphine consumption (primary outcome), pain scores at 1, 3, 6, 12, 24, 36 and 48 hours, time-to-first opioid rescue analgesia, and adverse effects were recorded.

Results: Total intraoperative Fentanyl consumption was greater in the control group (0.21 ± 0.04 to 0.15 ± 0.01 ; $p < 0.01$). Pain scores in the study group were significantly lower throughout the follow-up period. Control group subjects needed earlier morphine rescue, had a higher risk of rescue dose requirement and greater median 48 hours opioid dose. The effect of pain relieve last significantly longer in D group (31.0 ± 7.49 hours to 9.40 ± 2.75 hours). No significant changes in heart rate or blood pressure were observed in all groups. There were no complications or adverse effects occurred.

Conclusion: Ultrasound-guided SAPB is a simple, safe technique obtains great analgesia effects ideal for oncologic breast surgery. Adding Dexamethasone as an adjuvant to local anesthetics prolong the duration of SABP significantly.

Keywords: serratus anterior plane block, breast surgery, ropivacaine, dexamethasone

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất ở nữ giới trên thế giới, và phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính^[1]. Phẫu thuật ung thư vú có mức độ đau từ vừa đến nặng, nếu không được giảm đau thích hợp có thể tiến triển thành đau mạn tính với tỉ lệ 25% đến 60%^[2].

Mặc dù các thuốc giảm đau thông thường đường uống hoặc tĩnh mạch được sử dụng rộng rãi nhưng hiệu quả kém hơn và nhiều tác dụng

phụ toàn thân hơn gây tê vùng. Trước đây thì gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực (TEA) được coi là tiêu chuẩn vàng cho giảm đau trong phẫu thuật vùng ngực. Nhưng gần đây nhiều nghiên cứu chỉ ra các tác dụng không mong muốn cũng như sự nguy hiểm của gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực^[3]. Vì vậy các phương pháp gây tê vùng khác đã được nghiên cứu và phát triển và gần đây nhất là gây tê mặt phẳng cơ răng trước (SAPB).

Kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm được Blanco mô tả lần đầu tiên năm 2013. Đây là một thủ thuật giảm đau dễ thực hiện, tỉ lệ thành công cao, ít tai biến và biến chứng^[4]. Thêm nữa, khi phối hợp thêm dexamethasone vào thuốc tê khi gây tê vùng giúp kéo dài thời gian tác dụng của thuốc tê, hạn chế việc phải đặt catheter truyền thuốc giảm đau liên tục^[5,6].

Tại Việt Nam giảm đau sau mổ ung thư vú nói riêng và phần mềm vùng ngực nói chung chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy nhóm chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau cũng như các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn của siêu âm bằng Ropivacain và Dexamethasone cho các bệnh nhân phẫu thuật ung thư vú.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có nhóm chứng trên 105 BN phẫu thuật ung thư vú tại Bệnh viện K Tân Triều từ tháng 10/2020 đến tháng 3/2021. Các BN được chia thành 3 nhóm với 35 BN mỗi nhóm, nhóm chứng là các BN không thực hiện thủ thuật SAPB, 2 nhóm nghiên cứu được gây tê SAPB bằng 30ml ropivacain 0,2% (nhóm A) hoặc 30ml hỗn hợp ropivacain 0,2% và 8mg dexamethasone (nhóm D).

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm cơ bản về BN và phẫu thuật được trình bày ở bảng 1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, thể trạng, tình trạng sức khỏe và đặc điểm phẫu thuật giữa 3 nhóm bệnh nhân.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

	Nhóm chứng	Nhóm A	Nhóm D	
Tuổi	49,66 ±12,02	51,03 ± 12,59	52,77 ± 10,68	
BMI	22,36± 2,73	21,86 ±1,95	22,08 ±2,4	
ASA	I	77,1%	62,9%	85,7%
	II	17,1%	28,6%	14,3%
	III	5,7%	8,6%	0

Thời gian PT (phút)		75,43 ±8,35	76 ±9,53	78 ±10,01
Cách thức PT	Bảo tồn	40%	28,6%	34,3%
	Triệt căn	60%	71,4%	65,7%
Vùng phẫu thuật chính	Phía trong	14,3%	5,7%	17,1%
	Phía ngoài	25,7%	20%	17,1%
	Giữa	0	2,9%	0%
	Toàn bộ	60%	71,4%	65,7%

Thời gian làm thủ thuật trung bình là 7,69 ± 2,33 phút từ lúc bắt đầu đặt đầu dò đến khi tiêm xong thuốc tê. Số lần chọc kim trung bình là 1,1 ± 0,3 lần. Mặt phẳng cơ răng trước nằm tương đối nông so với mặt da, vì vậy không khó khăn trong quá trình xác định các mốc gây tê và chọc kim tê, kể cả với những BN thừa cân và béo phì. Tuy nhiên đối với những BN gầy (BMI < 18,5) vì có thành ngực mỏng, các lớp cân cơ mỏng nằm sát nhau và ít tổ chức liên kết giữa các lớp nên khó khăn trong việc đưa đầu kim vào chính xác lớp cần gây tê và tách lớp khi gây tê, kéo dài thời gian làm thủ thuật.

Những BN được tiến hành phẫu thuật triệt luôn kèm theo lấy hạch nách. Vùng nách và mặt trong cánh tay do nhánh bì cánh tay trong tách ra từ đám rối thần kinh cánh tay chi phối. Khi đưa thuốc tê vào mặt phẳng cơ răng trước, một số BN được gây tê cảm thấy có cảm giác vô cảm vùng nách và mặt trong cánh tay ở các mức độ khác nhau. Sau mổ thì các BN được PT triệt căn ở nhóm A và nhóm D đau vùng nách ở mức độ ít hơn so với nhóm chứng. Tuy nhiên có nghiên cứu khác chỉ ra trong trường hợp này thì PECs tỏ ra có ưu thế hơn SABP khi có thể vô cảm cho vùng nách tốt hơn^[7].

Vị trí mổ cũng có liên quan chặt chẽ đến hiệu quả giảm đau của phương pháp. Đường mổ của ung thư vú không cố định mà có thể thay đổi tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật và vị trí u. Những BN có vị trí u nằm ở phía trong đường giữa vú thì đường mổ và diện phẫu tích lấy u cũng nằm phía trong, không thuộc diện vô cảm của SABP nên hiệu quả giảm đau trong và sau mổ cũng kém hơn. Trong nghiên cứu của Faraj W. Abdallah và cộng sự so sánh hiệu quả giảm đau của SABP với PECs cho phẫu thuật ung thư vú cho thấy mặc dù hiệu quả giảm đau chung của 2 phương pháp là như nhau nhưng PECs tỏ ra ưu việt hơn trong những trường hợp vùng mổ nằm phía trong đường giữa vú^[8]. Vì vậy nên cân nhắc lựa chọn PECs ngực thay vì SABP cho những đối tượng BN này.

Tỉ lệ thành công của phương pháp 98,6%. Trong các BN làm thủ thuật có 1 trường hợp thất bại là trường hợp BN đã được phẫu thuật ung thư vú cách 6 năm, hiện tại tái phát xâm lấn thành ngực. Trong quá trình gây tê thấy

thuốc lan kém. Sau khi gây tê đánh giá diện vô cảm hẹp, trong mổ cần phải bolus thêm Fentanyl và điểm VAS tại thời điểm H1 là 4 điểm, cần giải cứu đau bằng Morphin.

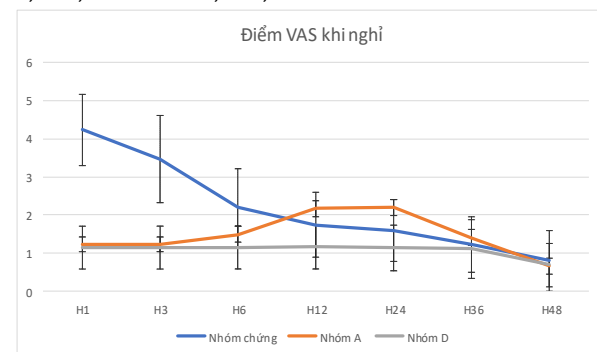
Hiệu quả vô cảm

Sau khi làm thủ thuật 30 phút, tất cả các BN đều có cảm giác vô cảm ở các mức độ khác nhau với 92,9% BN thấy vô cảm ở mức độ cao. Các BN đều có cảm giác vô cảm từ T2 đến T8, vùng nách và 1/3 trên mặt trong cánh tay. Đây cũng là vùng phẫu thuật chính.

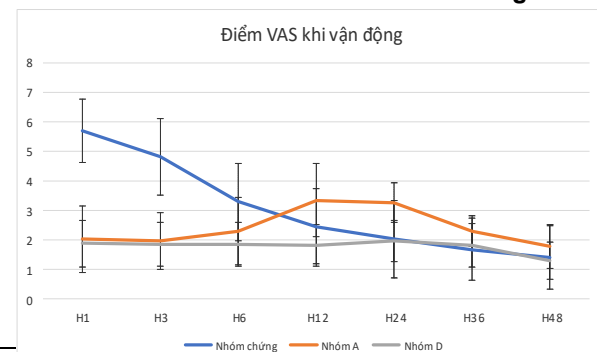
Khi Blanco lần đầu thực hiện phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước trên các tình nguyện viên thì thấy có sự tê bì mất cảm giác trong khoảng từ T2 đến T9 kèm theo yếu động tác bất chéo cánh tay^[4].

Tổng liều Fentanyl dùng trong mổ của nhóm các BN được làm thủ thuật SABP là 0,15 ± 0,01 ít hơn đáng kể so với nhóm không làm thủ thuật là 0,21 ± 0,04 với p < 0,01. Ở thời điểm tại phòng hồi tỉnh, sau khi BN đã được rút ống NKQ và hoàn toàn tỉnh táo, điểm VAS khi nghỉ/vận động trung bình của nhóm I lần lượt là 4,23 ± 0,94/5,71 ± 1,07 cao hơn so với 2 nhóm làm thủ thuật lần lượt là 1,23 ± 0,77/2,03 ± 1,12 và 1,14 ± 0,55/1,89 ± 0,79 (p < 0,01).

Tương tự trong nghiên cứu của Guido Mazzinari thu được tổng liều Fentanyl trong mổ ở nhóm không gây tê mặt phẳng cơ răng trước là 0,225 mg, cao hơn so với nhóm có gây tê là 0,155mg. Điểm VAS khi nghỉ/vận động của nhóm SABP thấp hơn nhiều so với nhóm không gây tê, tại thời điểm 1 giờ sau mổ là 4,2/5,7 so với 1,9/3,2, thời điểm 6 giờ là 3,8/5,3 so với 1,3/2,8 42^[9]



Biểu đồ 1: Diên biến điểm VAS khi nghỉ



Biểu đồ 2: Diễn biến điểm VAS khi vận động

Diễn biến điểm VAS trong 48 giờ sau mổ của 3 nhóm được biểu diễn ở biểu đồ 1 và 2 nhận thấy nhóm D các BN có điểm VAS trung bình thấp và ổn định trong suốt thời gian nghiên cứu.

Bảng 2: Đặc điểm sử dụng morphin sau mổ

Nhóm Liệu morphin	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	P
Tổng liều 24h (mg) Min-max	6,66 ± 3,79 (0 - 12)	2,06 ± 2,6 (0 - 8)	0	<0,01
Tổng liều 48h(mg) Min-max	10,77 ± 6,61 (8 - 21)	3,86 ± 4,63 (0-13)	0,29 ± 0,96 (0 - 4)	<0,01
Thời gian từ sau mổ đến khi dùng liều đầu tiên (giờ)	3,52 ± 1,76 (1 - 8)	9,40 ± 2,75 (4 - 13)	31,0 ± 7,49 (27 - 36)	<0,01
Tỉ lệ BN dùng morphin	80%	42,9%	8,6 %	<0,01

SAPB cũng làm giảm tỉ lệ BN cần giải cứu đau bằng morphin, kéo dài thời gian trung bình từ sau mổ cho đến khi cần giải cứu đau và giảm tổng liều morphin trong vòng 48 giờ đầu sau mổ. Ở nhóm III không có BN nào phải dùng morphin giảm đau trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.

Nhóm của Guido.M thu được kết quả tổng liều morphin 24 giờ của nhóm SAPB với ropivacain là 18,5mg và của nhóm không gây tê là 30mg^[9].

Ở nhóm III, điểm VAS tại thời điểm 12 và 24 giờ có tăng so với thời điểm H1 nhưng luôn ở mức dưới 2 và thấp hơn đáng kể khi so sánh với nhóm I và nhóm II. Thời gian trung bình từ sau mổ cho đến khi cần giải cứu đau bằng Morphine của nhóm A cũng ngắn hơn nhiều so với nhóm D. Trong nhóm II có 15 BN cần dùng morphin giảm đau sau mổ và tất cả các BN này đều dùng liều morphin đầu tiên trong vòng 24 giờ sau mổ. Trong nhóm 3 chỉ có 3 BN cần dùng morphin giảm đau sau mổ và không có BN nào dùng morphin trong vòng 24 giờ đầu sau mổ. Điều này chứng tỏ pha thêm dexamethasone vào dung dịch thuốc tê có tác dụng giảm đau ổn định và kéo dài hơn so với sử dụng thuốc tê đơn thuần.

Nhóm nghiên cứu của Vinod Kumar trên các BN phẫu thuật ung thư vú triệt căn đánh giá tác dụng giảm đau của SABP bằng ropivacain 0,375% có/không kèm 8mg Dexamethasone.

Nhóm gây tê bằng ropivacain + dexamethasone có điểm NRS ổn định theo thời gian thì điểm NRS của nhóm còn lại có xu hướng tăng dần. Và tại các thời điểm 6 giờ, 12 và 24 giờ sau mổ, mức độ đau của các BN được gây tê bằng ropivacain đơn thuần cao hơn rõ rệt so với nhóm có kèm thêm Dexamethasone. Có 33% số BN nhóm SAPB không Dexamethasone cần giải cứu đau trong vòng 24 giờ sau mổ, nhiều hơn so với nhóm SAPB có Dexamethasone là 10%. Thời gian từ sau mổ cho đến khi bắt đầu đau cũng ngắn hơn ở nhóm SAPB không dexamethasone^[10]

Tác dụng không mong muốn

Bảng 3: Các tác dụng không mong muốn

Nhóm TDKMM	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	p
	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)	
Buồn nôn/ Nôn	12 (34,3%)	6 (17,1%)	7 (20%)	<0,01
Ngứa	1 (2,9%)	1 (2,9%)	0	
Bí đái	1 (2,9%)	0	0	
Chóng mặt	13 (36,7%)	5 (14,3%)	6 (17,1%)	

Không có BN nào có các triệu chứng không mong muốn nặng như khó thở, hạ huyết áp, chậm nhịp tim. Trong 2 nhóm làm thủ thuật không có hiện tượng chọc vào dây thần kinh hay mạch máu, không xảy ra các biến chứng nặng như chọc vào màng phổi hoặc ngộ độc thuốc tê.

Theo giải phẫu thì mặt phẳng cơ răng trước là một khoang ảo không có dây thần kinh hoặc mạch máu lớn nào đi qua nên khả năng chọc trúng dây thần kinh hoặc mạch máu rất thấp. Hơn nữa chúng tôi lựa chọn đi ở mặt phẳng phía trên cơ răng trước là vị trí nông, cách màng phổi, xương sườn và bó mạch thần kinh liên sườn một lớp cơ răng trước nên không có khả năng chọc kim sâu vào màng phổi hay bó mạch thần kinh liên sườn. Vị trí này cũng làm thuốc lan tốt hơn và kéo dài hiệu quả gây tê^[4,11]. Hơn nữa mặt phẳng cơ răng trước là khoang nghèo mạch máu nên khi gây tê thuốc cũng ngấm rất ít vào hệ tuần hoàn, từ đó giảm nguy cơ ngộ độc thuốc tê. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra kể cả khi dùng thuốc tê có độ đậm đặc cao như ropivacain 0,5% hoặc 0,75%^[12] hay tiêm với thể tích lớn lên đến 40ml cũng không thấy xuất hiện các triệu chứng hạ huyết áp, chậm nhịp tim hoặc ngộ độc thuốc tê^[7].

KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp giảm đau hiệu quả, dễ thực hiện cho các phẫu

thuật ung thư vú. Tỷ lệ gây tê thành công đạt 98% và điểm VAS trong vòng 48 giờ sau mổ thấp hơn đáng kể so với nhóm PCA morphin. Dexamethasone có hiệu quả kéo dài tác dụng giảm đau của thuốc tê lên trung bình 31 giờ sau phẫu thuật.

Phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước có ít tác dụng không mong muốn hơn đáng kể hơn so với phương pháp IV PCA morphin. Khipha thêm Dexamethasone vào dung dịch thuốc tê không làm tăng tỉ lệ xuất hiện các tác dụng không mong muốn và biến chứng của phương pháp gây tê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thuấn** (2014), *Đại cương về ung thư vú*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Andersen K.G. và Kehlet H.** (2011). Persistent Pain After Breast Cancer Treatment: A Critical Review of Risk Factors and Strategies for Prevention. *J Pain*, 12(7), 725–746.
3. **Bartakke D.A.A. và Varma D.M.K.** (2019). Analgesia for Breast Surgery — A Brief Overview. 7.
4. **Blanco R., Parras T., McDonnell J.G., et al.** (2013). Serratus plane block: a novel ultrasound-guided thoracic wall nerve block. *Anaesthesia*, 68(11), 1107–1113.
5. **Huynh T.M., Marret E., và Bonnet F.** (2015). Combination of dexamethasone and local anaesthetic solution in peripheral nerve blocks: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Anaesthesiol EJA*, 32(11), 751–758.

6. **Holte K., Werner M.U., Lacouture P.G. and et al.** (2002). Dexamethasone Prolongs Local Analgesia after Subcutaneous Infiltration of Bupivacaine Microcapsules in Human Volunteers. *Anesthesiology*, 96(6), 1331–1335.

7. **Kunigo T., Murouchi T., Yamamoto S. and et al.** (2017). Injection Volume and Anesthetic Effect in Serratus Plane Block. *Reg Anesth Pain Med*, 42(6), 737–740.

8. **Abdallah F.W., MacLean D., Madjdpour C. and et al.** (2017). Pectoralis and Serratus Fascial Plane Blocks Each Provide Early Analgesic Benefits Following Ambulatory Breast Cancer Surgery: A Retrospective Propensity-Matched Cohort Study. *Anesth Analg*, 125(1), 294–302.

9. **Mazzinari G., Rovira L., Casasempere A. and et al.** (2019). Interfascial block at the serratus muscle plane versus conventional analgesia in breast surgery: a randomized controlled trial. *Reg Anesth Pain Med*, 44(1), 52–58.

10. **Kumar V., Sirohiya P., Gupta N. and et al.** (2020). Effect of adding dexamethasone to ropivacaine for ultrasound-guided serratus anterior plane block in patients undergoing modified radical mastectomy: A preliminary trial. *Indian J Anaesth*, 64(12), 1032–1037.

11. **Tighe S.Q.M. và Karmakar M.K.** (2013). Serratus plane block: do we need to learn another technique for thoracic wall blockade?. *Anaesthesia*, 68(11), 1103–1106.

12. **Huang L., Zheng L., Wu B. and et al.** (2020). Effects of Ropivacaine Concentration on Analgesia After Ultrasound-Guided Serratus Anterior Plane Block: A Randomized Double-Blind Trial. *J Pain Res*, 13, 57–64.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TẦNG MÔ TĂNG BẰNG GÂY TÊ THẦN KINH THẸN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

NGUYỄN KHÁNH DUY¹, VŨ HOÀNG PHƯƠNG²
¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh
²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ tầng sinh môn bằng gây tê thần kinh thẹn dưới hướng dẫn của siêu âm. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê thần kinh thẹn

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khánh Duy
Email: drkhanhdu@gmail.com
Ngày nhận: 10/6/2021
Ngày phản biện: 08/7/2021
Ngày duyệt bài: 13/7/2021

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Với 60 bệnh nhân có chỉ định mổ tầng sinh môn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2021

Nhóm I: Tiến hành gây tê thần kinh thẹn để giảm đau sau mổ với liều Anaropin 0,25 % 10ml cho 2 bên dưới hướng dẫn của siêu âm.

Nhóm II: giảm đau bằng thuốc paracetamol 1g/ lần. Giải cứu bằng ketorolac 30mg khi VAS trên 4 điểm sau truyền Paracetamol.

Đánh giá qua 7 thời điểm trong thời gian nằm viện bằng thang điểm VAS, mức tiêu thụ