

ULTRASOUND-GUIDED SUPRAINGUINAL FASCIA ILIACA BLOCK WITH ROPIVACAINE FOR HIP REPLACEMENT SURGERY

Tran Thi Nuong, Dao Thi Kim Dung*, Pham Thi Van Anh,
Nguyen Duc Thien, Ngo Van Thao, Nguyen Thi Huong

*Center for Anesthesia and Surgical Intensive Care, Viet Duc University Hospital -
40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 07/07/2025

Revised: 29/08/2025; Accepted: 13/09/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the analgesic effect of ultrasound-guided supra-inguinal fascial iliaca block with Ropivacaine for hip replacement surgery. At the same time, we review some undesirable effects of this method.

Subjects and methods: A descriptive study was conducted on 30 patients with indications for hip replacement surgery, ASA I-III, at Viet Duc University Hospital from February 2024 to December 2024. Patients were anesthetized above the supra-inguinal fascial iliaca block under ultrasound guidance, bolused with 20 ml of 0.25% Ropivacaine, then maintained with 0.1% Ropivacaine via an autobolus intermittent pump every 6 hours, 20 ml each time.

Results: The average anesthesia technique time was 11.43 ± 5.5 mins. The pain relief effect was good with VAS scores < 4 at most study times, both at rest and during movement. No cases of side effects such as hypotension, respiratory failure, vomiting, nausea, urinary retention or local anesthetic toxicity were recorded. There was mild quadriceps weakness (average Bromage score 1.13 ± 0.35).

Conclusion: The method of ultrasound-guided supra-inguinal fascial iliaca block, using Ropivacaine with a programmed autobolus intermittent mode, has good analgesic effect on patients after hip replacement surgery. This method is safe, does not affect hemodynamics and respiration, has few side effects, and allows for a reduction in the dose of anesthetic.

Keywords: Supra-inguinal fascial iliaca block, hip replacement, postoperative pain relief, Ropivacaine, ultrasound.

*Corresponding author

Email: kimdung.vietduc@gmail.com **Phone:** (+84) 913566468 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3217**

GÂY TÊ KHOANG MẠC CHẬU TRÊN DÂY CHẰNG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM BẰNG ROPIVACAIN CHO PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG

Trần Thị Nường, Đào Thị Kim Dung*, Phạm Thị Vân Anh,
Nguyễn Đức Thiện, Ngô Văn Thảo, Nguyễn Thị Hương

Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức -
40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/07/2025

Chỉnh sửa ngày: 29/08/2025; Ngày duyệt đăng: 13/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê khoang mạc chậu đường trên dây chằng bụng dưới hướng dẫn của siêu âm bằng Ropivacain cho phẫu thuật thay khớp háng; đồng thời nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phương pháp này.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 30 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng, phân loại ASA I-III, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 2/2024 đến tháng 12/2024. Bệnh nhân được gây tê khoang mạc chậu đường trên dây chằng bụng dưới hướng dẫn siêu âm, bolus 20 ml Ropivacain 0,25%, sau đó duy trì bằng Ropivacain 0,1% qua bơm tự động ngắt quãng 6 giờ/lần, mỗi lần 20 ml.

Kết quả: Thời gian thực hiện kỹ thuật gây tê trung bình là $11,43 \pm 5,5$ phút. Hiệu quả giảm đau tốt với điểm VAS luôn dưới 4 ở hầu hết các thời điểm nghiên cứu cả khi nghỉ và khi vận động. Không ghi nhận trường hợp nào có tác dụng phụ như tụt huyết áp, suy hô hấp, nôn, buồn nôn, bí tiểu hay ngộ độc thuốc tê. Có tình trạng yếu cơ tứ đầu đùi mức độ nhẹ (điểm Bromage trung bình $1,13 \pm 0,35$).

Kết luận: Phương pháp gây tê khoang mạc chậu đường trên dây chằng bụng dưới hướng dẫn siêu âm, sử dụng Ropivacain với chế độ bơm ngắt quãng theo chương trình có hiệu quả giảm đau tốt trên bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng. Phương pháp này an toàn, không ảnh hưởng đến huyết động và hô hấp, ít tác dụng phụ.

Từ khóa: Gây tê khoang mạc chậu, thay khớp háng, giảm đau sau mổ, Ropivacain, siêu âm.

1. MỞ ĐẦU

Hiện nay số lượng bệnh nhân thay khớp háng tăng nhanh trên thế giới. Tại Mỹ, mỗi năm có khoảng hơn 300.000 ca thay khớp háng; tại châu Âu, các quốc gia như Đức, Pháp, Anh cũng ghi nhận số lượng lớn bệnh nhân thay khớp háng với hơn hàng ngàn ca mỗi năm [1]. Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 13.000 ca thay khớp háng mỗi năm. Độ tuổi thay khớp háng thông thường khoảng trên 65 tuổi. Tuy nhiên với sự tiến bộ và phát triển của y học, tỷ lệ bệnh nhân 45-65 tuổi ngày càng gia tăng. Phẫu thuật thay khớp háng được chỉ định cho các trường hợp: viêm khớp thoái hóa (osteoarthritis), viêm khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis), gãy cổ xương đùi, trong đó thay khớp háng do bệnh lý thoái hóa khớp chiếm đa số [2].

Cùng với sự phát triển của phẫu thuật, có nhiều phương pháp giảm đau được áp dụng trên bệnh nhân thay khớp háng như: gây tê ngoài màng cứng, gây tê đám rối thắt lưng, gây tê mặt phẳng cơ vuông thắt lưng, gây tê bao khớp... Gây tê khoang mạc chậu (fascia iliaca nerve block) được đề cập lần đầu tiên vào năm 1989 bởi Dalen và cộng sự như là một kỹ thuật thay thế gây tê 3 trong 1 ở trẻ em. Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của gây tê khoang mạc chậu trên bệnh nhân phẫu thuật chi dưới nói chung và thay khớp háng nói riêng. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về lĩnh vực này, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về phương pháp gây tê khoang mạc chậu đường trên dây chằng bụng (suprainguinal fascia iliaca nerve block) và sử dụng

*Tác giả liên hệ

Email: kimdung.vietduc@gmail.com Điện thoại: (+84) 913566468 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3217>

bơm tự động ngắt quãng theo chương trình cài đặt. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả giảm đau của gây tê khoang mạc chậu trên dây chằng bẹn dưới hướng dẫn siêu âm của Ropivacain 0,25% ngay sau mổ và duy trì Ropivacain 0,1% bằng bơm tự động ngắt quãng theo chương trình cho phẫu thuật thay khớp háng;*

2. *Nhận xét một số tác dụng không mong muốn khi gây tê khoang mạc chậu theo phương pháp này.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, có ASA I-III.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu; bệnh nhân có chống chỉ định của gây tê (nhiễm trùng vị trí gây tê, rối loạn đông máu nặng); bệnh nhân dị ứng với thuốc gây tê; bệnh nhân có tai biến hoặc biến chứng trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 30 bệnh nhân.

- Địa điểm: Trung tâm Gây mê và Hồi sức Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

- Thời gian: năm 2023-2024.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân sau mổ thay khớp háng được chuyển ra phòng hồi tỉnh để tiến hành gây tê khoang mạc chậu.

- Xác định điểm giữa gai chậu trước trên và thần kinh đùi. Sát khuẩn, trái toan vô khuẩn. Dùng đầu dò siêu âm linear đặt vuông góc với dây chằng bẹn tại vị trí đánh dấu. Xác định các mốc giải phẫu quan trọng trên siêu âm, từ ngoài vào trong bao gồm: cơ may, cơ chậu, mạc chậu, cơ chéo bụng trong, cơ ngang bụng, động mạch mũ chậu sâu, gai chậu trước trên. Chọc kim vào khoang mạc chậu điểm sát phía ngoài cơ may và cơ chậu, tiêm 1-5 ml nước muối sinh lý để xác định đúng khoang mạc chậu. Sau đó luồn catheter vào khoang mạc chậu. Đầu catheter đặt ngang hoặc sâu hơn động mạch mũ chậu sâu.

- Bolus 20 ml thuốc tê Ropivacain 0,25% thể tích 20 ml vào khoang mạc chậu. Tê thấm vết mổ với Ropivacain 0,5%.

- Pha thuốc Ropivacain nồng độ 0,1%, cài đặt chế độ bolus tự động ngắt quãng 6 giờ/lần, mỗi lần 20 ml thuốc tê.

- Kết hợp giảm đau Paracetamol 8 giờ/lần.

2.4. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành theo quy định về đạo đức nghiên cứu của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 30)

Đặc điểm bệnh nhân		Giá trị	
Tuổi (năm)		56,37 ± 12,17	
Chiều cao (cm)		162,9 ± 6,46	
Cân nặng (kg)		58 ± 8	
BMI (kg/m ²)		21,9 ± 2,2	
Giới tính	Nam	25	83,3
	Nữ	5	16,7
Phân bố ASA	ASA I-II	28	93,3
	ASA III	2	6,7
Đặc điểm phẫu thuật	Thay khớp háng toàn bộ	27	90,0
	Thay khớp háng bán phần	3	10,0

Đa số bệnh nhân ở độ tuổi trung niên (56,37 ± 12,17 tuổi); BMI 21,9 ± 2,2 kg/m²; đa phần là nam giới (83,3%); ASA I-II chiếm đa số với 93,3%; phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ chiếm 90%.

3.2. Đặc điểm kỹ thuật gây tê

Bảng 2. Các thông số kỹ thuật gây tê khoang mạc chậu

Thông số kỹ thuật		Giá trị
Thời gian gây tê	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	11,43 ± 5,5
	Min-max (phút)	5-20
Số lần chọc kim	$\bar{X} \pm SD$ (lần)	1,4 ± 0,7
	Min-max (lần)	1-3
Chiều dài trung bình của catheter	$\bar{X} \pm SD$ (cm)	6,43 ± 0,5
	Min-max (cm)	5-7
Liều thuốc gây tê Ropivacain trung bình ngày 1 (mg)		160
Liều thuốc gây tê Ropivacain trung bình ngày 2, 3 (mg)		80

Thời gian gây tê trung bình ngắn ($11,43 \pm 5,5$ phút), thấp nhất 5 phút và cao nhất 20 phút. Số lần học kim $1,4 \pm 0,7$, cao nhất là 3 lần chọc. Chiều dài trung bình của catheter là $6,43 \pm 0,5$ cm, thấp nhất là 5 cm, cao nhất là 7 cm. Liều lượng thuốc gây tê ngày thứ nhất là 160 mg, ngày thứ 2 và 3 là 80 mg.

Bảng 3. Hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê khoang mạc chậu

Thời điểm		Giá trị
Điểm đau khi nghỉ (VAS tĩnh)	T3	$0,93 \pm 0,69$
	T6	$1,63 \pm 0,49$
	T12	$2,2 \pm 0,6$
	T24	$2,23 \pm 0,5$
	T48	$2,27 \pm 0,45$
	T72	$1,67 \pm 0,5$
Điểm đau khi vận động	T3	$1,73 \pm 0,45$
	T6	$2,1 \pm 0,3$
	T12	$2,37 \pm 0,49$
	T24	$3,1 \pm 0,52$
	T48	$3,13 \pm 0,57$
	T72	$2,2 \pm 0,4$

Khi nghỉ, thời điểm sau mổ 3 giờ có điểm VAS thấp nhất ($0,93 \pm 0,69$).

Thời điểm sau mổ 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ bệnh nhân đau nhẹ với VAS < 3.

3.3. Tác dụng không mong muốn và biến chứng

- Mức độ ức chế vận động sau gây tê: điểm Bromage trung bình $1,13 \pm 0,35$ (nhỏ nhất 1 điểm, lớn nhất 2 điểm).

- Tác dụng không mong muốn: không có bệnh nhân nào có tác dụng phụ như nôn buồn nôn, ngứa, suy hô hấp, tụt huyết áp, bí đại hoặc ngộ độc thuốc tê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tác dụng giảm đau

Điểm VAS ngày thứ nhất sau mổ

Sau mổ 3 giờ hầu như các bệnh nhân đều không có cảm giác đau khi nghỉ và khi vận động với điểm VAS lần lượt là $0,93 \pm 0,69$ và $1,73 \pm 0,45$. Điều này có thể là do bệnh nhân còn tồn dư một phần thuốc gây tê tủy sống; thêm vào đó, chúng tôi bolus vào catheter 20 ml thuốc tê Anaropine 0,25%. Như vậy chúng ta đã phong bế được thần kinh đùi, thần kinh bì đùi ngoài và có thể cả thần kinh bịt. Chúng tôi nhận thấy rằng nếu không tê thẩm vết mổ thì ở thời điểm này

bệnh nhân đã bắt đầu có cảm giác rát vết mổ. Thời điểm 6 giờ sau mổ, điểm VAS tăng nhẹ với VAS lúc nghỉ là $1,63 \pm 0,49$ và VAS lúc vận động là $2,1 \pm 0,3$, tại thời điểm này thuốc gây tê tủy sống đã hoàn toàn hết tác dụng. Tuy nhiên, thuốc gây tê vào khoang mạc chậu và tê thẩm cho bệnh nhân sau mổ vẫn còn có tác dụng, kèm theo thuốc giảm đau tĩnh mạch Paracetamol nữa nên bệnh nhân chỉ có cảm giác đau nhẹ. Tương tự như ở thời điểm 12 giờ, ở thời điểm 24 giờ sau mổ điểm VAS lúc nghỉ và điểm VAS lúc vận động lần lượt là $2,23 \pm 0,5$ và $3,1 \pm 0,52$. Như vậy ở thời điểm này điểm VAS lúc vận động đã tăng lên ở mức trung bình. Điều này có thể lý giải là do lúc này đã chuyển sang gây tê với nồng độ thuốc 0,1%, kèm theo bệnh nhân bắt đầu tập vận động nên điểm đau tăng lên, tuy nhiên vẫn ở trong giới hạn cho phép.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khác với nghiên cứu của Phạm Bá Tuân (2020). Trong nghiên cứu của Phạm Bá Tuân, điểm VAS cao nhất ở thời điểm sau mổ với VAS > 4, sau khi bolus vào khoang mạc chậu thì điểm VAS giảm xuống dưới 4, tuy nhiên vẫn cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Điều này có thể giải thích là do chúng tôi có tê thẩm vào vết mổ, và chúng tôi gây tê đường trên dây chằng bẹn. Trên thế giới nghiên cứu của Bansal K và cộng sự (2022) cho thấy đường trên dây chằng bẹn cho hiệu quả giảm đau vượt trội hơn [4]. Thêm vào đó bơm bolus ngắt quãng sẽ làm cho thuốc tê lan rộng vào khoang mạc chậu nên có thể phong bế được nhiều thần kinh hơn.

Điểm VAS ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau mổ

Điểm VAS ngày thứ 2 lúc nghỉ là $2,27 \pm 0,45$ và lúc vận động là $3,13 \pm 0,57$. Như vậy lúc vận động điểm VAS tăng lên, tuy nhiên đau ở mức độ trung bình. Điểm VAS lúc nghỉ ở ngày thứ 3 là $1,67 \pm 0,5$ và lúc vận động là $2,2 \pm 0,4$.

Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Phạm Bá Tuân [3]: ngày thứ 2 và ngày thứ 3 VAS < 3, chứng tỏ bệnh nhân đau ở mức độ trung bình, ngày thứ 3 bệnh nhân đau nhẹ. Ở thời điểm này bệnh nhân có thể tập đi lại được với sự trợ giúp. Có sự tương đồng nhau về kết quả nghiên cứu ở thời điểm này là do giai đoạn này thuốc tê thẩm vết mổ đã hết tác dụng, bệnh nhân cũng không còn cảm giác rát vết mổ nhiều như ở ngày thứ nhất sau mổ. Trong giai đoạn này, chúng tôi vẫn kết hợp với Paracetamol để giảm đau thêm cho bệnh nhân vì ngoài các dây thần kinh mà chúng ta đã phong bế được thì còn có các dây thần kinh từ phía sau là các nhánh xuất phát từ thần kinh hông to và thần kinh dưới sườn.

Về hiệu quả giảm đau của phương pháp này, với đường mổ phía sau chúng tôi nhận thấy rằng phần chi phối vết mổ không thuộc phạm vi chi phối của thần kinh bì đùi ngoài, vì thế chúng tôi lựa chọn tê thẩm vết mổ với Ropivacain 0,5%. Với nồng độ này, bệnh nhân có thể giảm đau được 24 giờ đầu tiên.

Trong phẫu thuật thay khớp háng, chúng tôi nhận thấy rằng thần kinh đùi là nhánh chi phối chính. Thực tế cho thấy điểm VAS của bệnh nhân sau mổ đều dưới 4 lúc vận động và lúc nghỉ.

4.2. Các tác dụng không mong muốn

Ảnh hưởng trên huyết động và hô hấp

Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào có biểu hiện hạ huyết áp, tăng nhịp tim, hoặc suy hô hấp sau gây tê. Đây là phương pháp gây tê tương đối an toàn vì cách xa trực thần kinh. Vì thế hoàn toàn không ảnh hưởng đến huyết động hay hô hấp. Gây tê ngoài màng cứng là một phương pháp rất hiệu quả, tuy nhiên tồn tại nhiều tai biến và phiền nạn sau mổ. Khi lựa chọn phương pháp giảm đau gây tê khoang mạc chậu này, bác sĩ gây mê có thể lựa chọn trên các bệnh nhân lớn tuổi, ASA III. Có thể lựa chọn trên các bệnh nhân có bệnh lý tim mạch như suy tim, bệnh lý mạch vành mà không phải lo ngại nguy cơ tụt huyết áp. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Bá Tuấn (2020) không có bệnh nhân nào bị tụt huyết áp [3]. Xiaoqi Dai và cộng sự (2024) nghiên cứu ảnh hưởng của gây tê khoang mạc chậu lên nhịp tim và huyết áp kết luận gây tê khoang mạc chậu làm giảm sự thay đổi nhịp tim và huyết áp ở người cao tuổi phẫu thuật khớp háng [5].

Mức độ ức chế vận động

Điểm Bromage của nhóm khoang mạc chậu là $1,13 \pm 0,35$ (nhỏ nhất 1 điểm, lớn nhất 2 điểm). Điều này được lý giải là do tác dụng ức chế thần kinh đùi chi phối vận động cơ tứ đầu đùi. Đa số bệnh nhân có thể gấp khớp gối và gấp cổ chân nhưng không thể tự đưa cả chân lên khỏi mặt giường. Những bệnh nhân giảm đau theo phương pháp này đều không thể đi lại ngay do yếu cơ tứ đầu đùi nhưng có thể tập vận động tại giường bệnh.

Liang L và cộng sự (2023) nghiên cứu so sánh về mức độ ức chế vận động sau mổ giữa gây tê khoang mạc chậu với Ropivacain 30 ml 0,33% và PEG block một liều duy nhất, sau đó giảm đau tĩnh mạch, kết quả là sự kết hợp của PENG với các khối LFCN dẫn đến thời gian đi bộ sau phẫu thuật đầu tiên sớm hơn ($19,6 \pm 9,6$ giờ so với $26,5 \pm 8,2$ giờ, $p < 0,01$), mức độ gập hông sau phẫu thuật lớn hơn vào thời điểm 6 giờ, 24 giờ và 48 giờ (tất cả đều có $p < 0,01$) và sức mạnh cơ bắp cao hơn của chi dưới phẫu thuật vào thời điểm 6 giờ sau phẫu thuật ($p = 0,03$) so với S-FICB [6].

Ức chế thần kinh đùi gây hạn chế vận động là một tác dụng thường gặp ở bệnh nhân được gây tê vùng giảm đau. Nó cản trở quá trình tập phục hồi chức năng của bệnh nhân sau mổ, gây tăng nguy cơ huyết khối, loét do tỳ đè và nhiễm trùng. Để hạn chế vấn đề này, chúng tôi chọn Ropivacain là thuốc tê có tác dụng giảm đau tốt, nhưng ít ảnh hưởng đến vận động và đã được nhiều nghiên cứu trên lâm sàng chứng minh.

Tác dụng không mong muốn nôn, buồn nôn

Nghiên cứu của chúng tôi đều không có tỷ lệ nôn và buồn nôn. Đây được coi là 1 trong những ưu điểm của gây tê vùng giảm đau so giảm đau ngoài màng cứng và giảm đau toàn thân đường tĩnh mạch. Nhóm gây tê bằng khoang mạc chậu không dùng opioid để gây tê nên không có tác dụng phụ này. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Bá Tuấn với 7,5% bệnh nhân nôn và buồn nôn ở nhóm giảm đau ngoài màng cứng [3]. Liang L và cộng sự (2023) có 2% bệnh nhân nôn sau mổ, tuy nhiên tác giả này chỉ gây tê 1 liều duy nhất và sau đó sử dụng Tramadol để giảm đau sau mổ [6].

Bí tiểu

Gây tê khoang mạc chậu không gây tác dụng phụ bí đái, đây cũng là một ưu điểm vượt trội so với giảm đau ngoài màng cứng. Gây tê ngoài màng cứng sẽ ức chế các thần kinh chi phối bàng quang (S2-S4), điều này có thể làm giảm cảm giác buồn tiểu, ức chế hoạt động của cơ thắt bàng quang, làm giảm khả năng co bóp của bàng quang. Nghiên cứu của Phạm Bá Tuấn có 10% bệnh nhân bí tiểu ở nhóm giảm đau ngoài màng cứng [3]. Một số tác giả nước ngoài chỉ gây tê một mũi duy nhất vào khoang mạc chậu, sau đó giảm đau PCA Morphin, ở nhóm này có một tỷ lệ bệnh nhân bí tiểu sau mổ. Bệnh nhân không phải đặt sonde bàng quang làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu, bệnh nhân có thể đi lại dễ dàng, không có cảm giác khó chịu khi phải lưu sonde bàng quang vì thế tăng sự hài lòng với phương pháp giảm đau này.

Ngộ độc thuốc tê

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có biểu hiện ngộ độc thuốc tê, do chúng tôi gây tê với nồng độ và liều lượng hợp lý. Nguyên nhân gây ngộ độc thuốc tê thường là do tiêm nhầm vào mạch máu, hấp thu nhanh từ những vùng giàu mạch, liều lượng vượt quá mức an toàn. Trẻ em, người già, người suy giảm chức năng gan, thận, phụ nữ có thai cần giảm liều để tránh nguy cơ ngộ độc thuốc gây tê. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với hầu hết các nghiên cứu trước đây trên thế giới. Điều này chứng tỏ rằng đây là phương pháp vừa an toàn, vừa hiệu quả và dễ thực hiện.

5. KẾT LUẬN

- Phương pháp gây tê khoang mạc chậu có hiệu quả giảm đau trên bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng với điểm VAS < 4 tại hầu hết các thời điểm nghiên cứu.

- Về tác dụng không mong muốn: gây tê khoang mạc chậu theo phương pháp này giảm được liều thuốc tê, vừa tiết kiệm chi phí vừa giảm nguy cơ ngộ độc thuốc tê. Không ảnh hưởng trên hô hấp và huyết động, không phải đặt sonde bàng quang, không nôn

hay buồn nôn. Gây tê theo phương pháp này người bệnh có yếu cơ tứ đầu đùi, tuy nhiên mức độ nhẹ, có thể tập vận động tại giường và đi lại ở ngày thứ 3 sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Knight S.R, Aujla R, Biswas S.P. Total hip arthroplasty - over 100 years of operative history. *Orthop Rev (Pavia)*, Sep 6 2011, 3 (2): e16. doi: 10.4081/or.2011.e16
- [2] Nguyễn Xuân Hưng Thịnh, Dương Đình Toàn. Kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 536 (1): 27-31.
- [3] Nguyễn Bá Tuấn. So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng của gây tê khoang mạc chậu với gây tê ngoài màng cứng. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [4] Bansal K, Sharma N, Singh M.R, Sharma A, Roy R, Sethi S. Comparison of suprainguinal approach with infrainguinal approach of fascia iliaca compartment block for postoperative analgesia. *Indian J Anaesth*, Oct 2022, 66 (Suppl 6): S294-S299. doi: 10.4103/ija.ija_823_21
- [5] Dai X, Xing D, Luo J et al. Fascia iliaca compartment block mitigates the fluctuations in heart rate variability and reduces pain with opioid consumption in elderly individuals with hip fractures: A randomized controlled trial. *Heliyon*, Mar 30 2024, 10 (6): e27375. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e27375
- [6] Liang L, Zhang C, Dai W, He K. Comparison between pericapsular nerve group (PENG) block with lateral femoral cutaneous nerve block and supra-inguinal fascia iliaca compartment block (S-FICB) for total hip arthroplasty: a randomized controlled trial. *J Anesth*, Aug 2023, 37 (4): 503-510. doi: 10.1007/s00540-023-03192-6