

ANALGESIC EFFICACY OF RECTUS SHEATH BLOCK WITH LEVOBUPIVACAINE IN UPPER MIDLINE LAPAROTOMY

Bui Thi Ngoc Han^{1*}, Nguyen Quoc Kinh^{3,4}, Nguyen Duc Lam^{2,6}, Pham Thi Lan^{1,5}

¹Faculty of Anesthesiology and Intensive Care, Thai Nguyen National Hospital -
479 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Department of Anesthesiology and Resuscitation, Hanoi Medical University -
1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam

⁴Department of Anesthesiology and Resuscitation, University of Medicine and Pharmacy,
Vietnam National University, Hanoi - VNU Urban Area, Hoa Lac Commune, Hanoi City, Vietnam

⁵Department of Anesthesiology and Resuscitation, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy -
284, Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

⁶Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 14/10/2025

Revised: 29/10/2025; Accepted: 04/12/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the analgesic efficacy of ultrasound-guided rectus sheath block using 0.375% Levobupivacaine in patients undergoing upper midline laparotomy.

Subjects and methods: A randomized controlled clinical trial was conducted on 60 patients, divided into two groups. Group A received general anesthesia combined with ultrasound-guided rectus sheath block using 0.375% Levobupivacaine. Group B received general anesthesia alone without rectus sheath block. Anesthesia was maintained in both groups with a BIS target of 40-70. Pain was monitored intraoperatively using the ANI, when the patient has ANI < 50, the patient will be supplemented with Fentanyl 1 µg/kg. Intraoperative ANI values and total Fentanyl consumption were recorded.

Results: The mean intraoperative Fentanyl requirement was significantly lower in group A than in group B (98.33 ± 6.98 mcg vs. 140.0 ± 7.35 mcg; $p < 0.01$). ANI values were more stable and significantly higher in group A at all time points, particularly at skin incision and wound closure ($p < 0.01$).

Conclusion: Ultrasound-assisted rectus abdominis myositis reduces pain levels and Fentanyl consumption during surgery.

Keywords: Midline laparotomy, Levobupivacaine, rectus sheath block, ANI.

*Corresponding author

Email: buingochan291113@gmail.com Phone: (+84) 962878030 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3990

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TRONG PHẪU THUẬT MỞ BỤNG ĐƯỜNG TRẮNG GIỮA TRÊN RỐN CỦA PHONG BẾ BAO CƠ THẲNG BỤNG BẰNG LEVOBUPIVACAIN

Bùi Thị Ngọc Hân^{1*}, Nguyễn Quốc Kính^{3,4}, Nguyễn Đức Lam^{2,6}, Phạm Thị Lan^{1,5}

¹Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên -

479 Lương Ngọc Quyến, P. Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bộ môn Gây mê Hồi sức, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

⁴Bộ môn Gây mê Hồi sức, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội -

Khu đô thị Đại học Quốc gia Hà Nội, xã Hòa Lạc, Tp. Hà Nội, Việt Nam

⁵Bộ môn Gây mê Hồi sức, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên -

284, đường Lương Ngọc Quyến, P. Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

⁶Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 14/10/2025

Ngày sửa: 29/10/2025; Ngày đăng: 04/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật đường trắng giữa trên rốn của phong bế bao cơ thẳng bụng bằng Levobupivacain 0,375% dưới hướng dẫn siêu âm.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 60 bệnh nhân chia làm hai nhóm. Nhóm A gây mê toàn thân và được gây tê bao cơ thẳng bụng bằng Levobupivacain 0,375%; nhóm B gây mê toàn thân và không gây tê bao cơ thẳng bụng. Cả hai nhóm đều được duy trì mê với BIS trong khoảng 40-60, đau trong mổ được theo dõi bằng ANI, khi bệnh nhân có ANI < 50 sẽ được bổ sung Fentanyl 1 µg/kg. Các thông số về ANI và Fentanyl trong phẫu thuật đều được ghi chép lại.

Kết quả: Lượng Fentanyl bổ sung trong mổ của nhóm A thấp hơn nhóm B (nhóm A: $98,33 \pm 6,98$ mcg; nhóm B: $140,0 \pm 7,35$ mcg; $p < 0,01$); ANI các thì trong phẫu thuật, đặc biệt là thì rạch da và đóng vết mổ ở nhóm A ổn định và cao hơn hẳn nhóm B với $p < 0,01$.

Kết luận: Gây tê bao cơ thẳng bụng dưới siêu âm có tác dụng giảm mức độ đau và lượng Fentanyl tiêu thụ trong phẫu thuật.

Từ khóa: Đường trắng giữa, Levobupivacain, gây tê bao cơ thẳng bụng, ANI.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, chương trình phục hồi sau phẫu thuật tăng cường đã trở thành một chiến lược chăm sóc toàn diện, được ứng dụng rộng rãi trong phẫu thuật hiện đại nhằm giảm biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Một trong những yếu tố then chốt góp phần vào thành công của phục hồi sau phẫu thuật tăng cường chính là kiểm soát đau hiệu quả trong và sau mổ [1].

Trong các phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật mở bụng đường trắng giữa trên rốn, người bệnh thường trải qua mức độ đau cao do đặc điểm vết mổ dài và tổn thương sâu mô cơ thành bụng. Việc kiểm soát đau hiệu quả ngay từ giai đoạn trong mổ có vai

trò quan trọng trong duy trì huyết động ổn định, giảm nhu cầu sử dụng Opioid, từ đó hạn chế các tác dụng phụ như buồn nôn, nôn, suy hô hấp, táo bón và nguy cơ lệ thuộc thuốc [2]. Tuy nhiên, các phương pháp kiểm soát đau truyền thống như giảm đau ngoài màng cứng hay sử dụng Opioid toàn thân đều tồn tại những hạn chế nhất định như chống chỉ định, nguy cơ biến chứng hoặc độc tính toàn thân [3].

Vì vậy, các kỹ thuật gây tê vùng ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả hơn ngày càng được chú trọng. Trong số đó, gây tê bao cơ thẳng bụng (rectus sheath block - RSB) là một kỹ thuật dưới hướng dẫn siêu âm, có khả năng phong bế các nhánh trước của thần kinh gian sườn T7-T12, mang lại hiệu quả giảm đau tốt

*Tác giả liên hệ

Email: buingochan291113@gmail.com Điện thoại: (+84) 962878030 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3990

cho vùng rạch giữa bụng. Kỹ thuật này đặc biệt phù hợp trong các phẫu thuật mở bụng giữa, khi được thực hiện trước lúc rạch da [4].

Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu hiện nay mới chỉ tập trung đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ của RSB, trong khi dữ liệu về hiệu quả giảm đau trong mổ, nhất là trong bối cảnh bệnh nhân Việt Nam, còn rất hạn chế.

Levobupivacain, là đồng phân tách quang (S-enantiomer) của Bupivacain racemic, có hiệu quả gây tê tương đương nhưng an toàn hơn trên tim mạch và thần kinh trung ương. Thuốc có thời gian tác dụng kéo dài, khả năng khuếch tán tốt và ít độc tính, Levobupivacaine là một chất thay thế tốt cho Bupivacaine và so với Ropivacaine, Levobupivacaine cung cấp thời gian giảm đau lâu hơn đáng kể [5].

Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau trong mổ của kỹ thuật phong bế RSB bằng Levobupivacain 0,375% trong phẫu thuật mở bụng đường trắng giữa trên rốn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh đồng ý tham gia và ký văn bản chấp thuận, phân loại thể trạng ASA I-III, tuổi từ 18-65, BMI từ 18-24 kg/m², cân nặng $\geq$ 50 kg, phẫu thuật chương trình mở bụng đường trắng giữa trên rốn, chức năng gan, thận bình thường.

- Tiêu chuẩn loại trừ: dị ứng, chống chỉ định với bất kỳ thuốc nào sử dụng trong nghiên cứu, rối loạn tâm thần hoặc khó khăn trong giao tiếp, sử dụng thường xuyên các thuốc giảm đau và Opioid trước mổ.

- Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu: bệnh nhân cần thở máy (> 2 giờ) sau phẫu thuật, xuất hiện các biến chứng trong mổ, gây tê RSB thất bại, bệnh nhân không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 11/2024 đến tháng 8/2025 tại Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

2.3.2. Cỡ mẫu

60 bệnh nhân chia đều ngẫu nhiên, kín mù đơn thành 2 nhóm (nhóm A và nhóm B, mỗi nhóm 30 bệnh nhân), người đánh giá không biết nhóm can thiệp.

2.3.4. Phương pháp tiến hành

- Tại phòng mổ:

+ Gắn các phương tiện theo dõi trước khi khởi mê: điện cực theo dõi điện tim, độ bão hòa oxy, bằng huyết áp không xâm lấn.

+ Đặt đường truyền tĩnh mạch kim lùn G18.

+ Thở oxy 4 lít/phút.

+ Nhóm A (nhóm RSB): thực hiện kỹ thuật gây tê RSB tiêm 1 liều duy nhất qua hướng dẫn siêu âm trước khi khởi mê. Thuốc tê: Levobupivacaine 0,375%, thể tích 0,6 ml/kg chia đều 2 bên.

+ Kiểm tra phong bế vùng bụng bằng phương pháp Pin-prick (sử dụng phương pháp kim đầu tù) kích thích trên da vùng phẫu thuật của bệnh nhân, hỏi bệnh nhân về cảm giác sau 10 phút thì tiến hành khởi mê. Nếu sau 10 phút mà không giảm cảm giác thì loại ra khỏi nghiên cứu.

+ Nhóm B (nhóm chứng): không gây tê RSB và tiến hành khởi mê như bình thường.

- Khởi mê:

+ Thở oxy 8 lít/phút, FiO₂ 100% trong 2 phút.

+ Tiêm Fentanyl 2-3 mcg/kg và Propofol 1,5-2,5 mg/kg tĩnh mạch chậm.

+ Thông khí bằng bóp bóng với oxy 100% khi bệnh nhân ngừng thở.

+ Tiêm Esmeron 1 mg/kg tĩnh mạch.

+ Đặt nội khí quản và kiểm tra vị trí ống nội khí quản bằng ống nghe.

+ Nối ống nội khí quản với máy mê và cố định ống nội khí quản.

- Duy trì mê:

+ Sử dụng khí mê Sevoflurane nồng độ 2-3% FiO₂ 40%, thở máy thể tích VCV, với thể tích khí lưu thông 6-8 ml/kg. Duy trì độ mê với BIS từ 40-60.

+ Trong quá trình phẫu thuật, bệnh nhân được nhắc lại Fentanyl 1 µg/kg khi ANI < 50. Tổng lượng Fentanyl, ANI trong phẫu thuật đều được ghi chép lại.

- Thoát mê:

+ Ngừng bổ sung Fentanyl trước kết thúc mổ 20 phút, ngừng Rocuronium trước kết thúc mổ 45 phút. Ngừng sử dụng thuốc mê bốc hơi.

+ Giải giãn cơ: dùng Neostigmine phối hợp Atropin.

+ Rút nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh táo, tự thở tốt và có thể há miệng, nhắc đầu lên trong vòng 5 giây, mạch và huyết áp ổn định.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua; các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích về quy trình, mục đích của nghiên cứu và các thông tin về bệnh nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học

Phân bố	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 30)	p
Tuổi (năm)			
$\bar{X} \pm SD$	53,53 $\pm$ 2,05	51,37 $\pm$ 2,26	> 0,05
Min-max	21-65	21-64	
Giới			
Nam (%)	60,0	56,7	> 0,05
Nữ (%)	40,0	43,3	> 0,05
BMI (kg/m ²)			
$\bar{X} \pm SD$	20,67 $\pm$ 0,34	21,11 $\pm$ 0,36	> 0,05
Min-max	18,5-24	19,2-24	
Cân nặng (kg)			
$\bar{X} \pm SD$	56,63 $\pm$ 1,09	55,51 $\pm$ 1,26	> 0,05
Min-max	50-70	50-76	
ASA			
I (%)	16,7	20,0	> 0,05
II (%)	73,3	66,7	> 0,05
III (%)	10,0	13,3	> 0,05

Các đặc điểm chung về tuổi, giới, cân nặng, BMI và ASA của 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

Phân bố	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 30)	p
Chiều dài vết mổ (cm)			

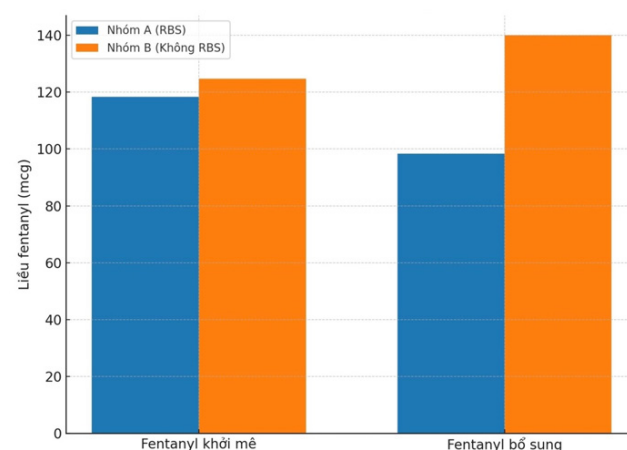
$\bar{X} \pm SD$	14,37 ± 0,33	15,23 ± 0,34	> 0,05
Min-max	11-17	12-17	
Loại phẫu thuật (%)			
Tiêu hóa	55,0	50,0	> 0,05
Gan mật	23,3	26,7	> 0,05
Khác	21,7	23,3	> 0,05

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về chiều dài vết mổ của nhóm A (14,37 $\pm$ 0,33 cm) so với nhóm B (15,23 $\pm$ 0,34 cm) với $p > 0,05$. Loại phẫu thuật chủ yếu là tiêu hóa (55% ở nhóm A, 50% ở nhóm B), gan mật (23,3% và 26,7%), và các loại khác.

3.2. Hiệu quả giảm đau

Bảng 3. Liều Fentanyl trong mổ

Phân bố	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 30)	p
Fentanyl khởi mê (mcg)			
$\bar{X} \pm SD$	118,33 ± 4,07	124,67 ± 4,25	> 0,05
Min-max	100-150	100-160	
Fentanyl bổ sung (mcg)			
$\bar{X} \pm SD$	98,33 ± 6,98	140,0 ± 7,35	< 0,01
Min-max	50-150	50-200	

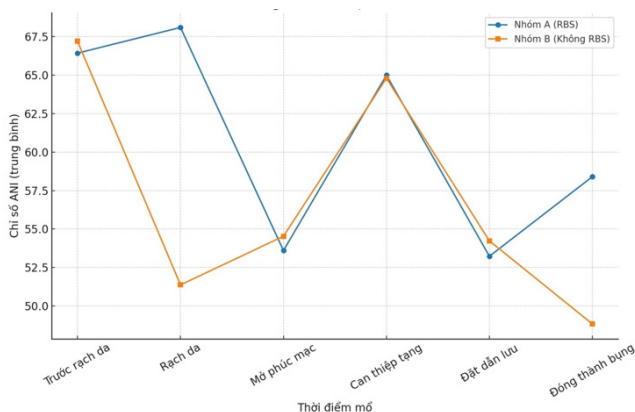


Biểu đồ 1. So sánh liều Fentanyl sử dụng trong mổ giữa nhóm A và nhóm B

Liều Fentanyl khởi mê giữa hai nhóm tương đối tương đương, không khác biệt thống kê ($p > 0,05$). Liều Fentanyl bổ sung trong mổ ở nhóm B cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm A ($p < 0,01$), thể hiện hiệu quả giảm nhu cầu Opioid của nhóm được phong bế RSB.

Bảng 4. ANI trong mổ

Giai đoạn	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 30)	p
Trước rạch da			
$\bar{X} \pm SD$	66,43 ± 0,77	67,20 ± 0,56	> 0,05
Min-max	60-76	60-72	
Rạch da			
$\bar{X} \pm SD$	68,10 ± 0,87	51,37 ± 1,02	< 0,01
Min-max	60-78	49-65	
Mở phúc mạc			
$\bar{X} \pm SD$	53,60 ± 1,38	54,53 ± 1,69	> 0,05
Min-max	45-68	46-73	
Can thiệp vào các tạng			
$\bar{X} \pm SD$	65,00 ± 0,98	64,80 ± 0,68	> 0,05
Min-max	54-70	56-72	
Đặt dẫn lưu			
$\bar{X} \pm SD$	53,23 ± 0,92	54,23 ± 0,85	> 0,05
Min-max	48-68	47-69	
Đóng thành bụng			
$\bar{X} \pm SD$	58,40 ± 0,64	48,83 ± 0,25	< 0,01
Min-max	52-65	46-52	

**Biểu đồ 2. Diễn biến ANI tại các giai đoạn trong phẫu thuật**

Nhóm A duy trì ANI ổn định và cao hơn rõ rệt ở hai thì quan trọng: rạch da và đóng thành bụng. Nhóm B có mức ANI giảm mạnh ở thì rạch da và thấp hơn rõ rệt ở thì đóng thành bụng.

Bảng 5. Thời gian rút ống nội khí quản

Đặc điểm	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 30)	p
Thời gian phẫu thuật (phút)			
$\bar{X} \pm SD$	132 $\pm$ 3,97	129 $\pm$ 3,85	> 0,05
Min-max	100-150	90-150	
Thời gian rút ống nội khí quản (phút)			
$\bar{X} \pm SD$	7,70 $\pm$ 0,32	8,17 $\pm$ 0,37	> 0,05
Min-max	5-10	5-12	

Nhìn chung, thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm có sự tương đồng ($p > 0,05$) và thời gian rút ống nội khí quản ở nhóm A ngắn hơn so với nhóm B, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, hai nhóm bệnh nhân (nhóm A và nhóm B) được thiết kế để so sánh hiệu quả của hai phương pháp can thiệp trong gây mê, do đó việc đảm bảo tính tương đồng về đặc điểm nhân khẩu học và phẫu thuật là điều cần thiết nhằm giảm thiểu sai số gây nhiễu và tăng độ tin cậy của kết quả.

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Các đặc điểm dân số học và thể trạng của bệnh nhân ở hai nhóm được phân tích nhằm đảm bảo tính đồng nhất của mẫu trước khi so sánh các chỉ tiêu lâm sàng liên quan đến gây mê và giảm đau. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi, cân nặng, BMI, giới tính cũng như phân độ ASA ($p > 0,05$). Đây là cơ sở quan trọng khẳng định tính so sánh được giữa hai nhóm nghiên cứu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân ở nhóm A là 53,53 $\pm$ 2,05 và nhóm B là 51,37 $\pm$ 2,26, phân bố trong khoảng 21-65 tuổi. Sự tương đồng về độ tuổi giúp loại trừ ảnh hưởng của yếu tố tuổi lên được động học và dược lực học của thuốc mê cũng như ngưỡng đáp ứng đau.

BMI trung bình ở cả hai nhóm đều nằm trong giới hạn bình thường (nhóm A: 20,67 $\pm$ 0,34 kg/m²; nhóm B: 21,11 $\pm$ 0,36 kg/m²) và cân nặng tương đương nhau giữa hai nhóm (nhóm A: 56,63 $\pm$ 1,09 kg; nhóm B: 55,51 $\pm$ 1,26 kg; $p > 0,05$). Điều này cho thấy thể

trạng chung của bệnh nhân tương đối ổn định, không có tình trạng béo phì hoặc suy dinh dưỡng - hai yếu tố có thể làm thay đổi chuyển hóa thuốc hoặc mức độ đáp ứng với các biện pháp giảm đau.

Về phân độ ASA, nhóm ASA II chiếm tỷ lệ chủ yếu ở cả hai nhóm (73,3% ở nhóm A và 66,7% ở nhóm B), phù hợp với nhóm bệnh nhân phẫu thuật chương trình có bệnh lý nội khoa mức độ nhẹ đến trung bình. Phân bố ASA tương đồng cũng góp phần đảm bảo sự đồng nhất về mức độ nguy cơ gây mê hồi sức giữa hai nhóm.

Ngoài ra, tỷ lệ giới tính được phân bố cân đối giữa hai nhóm, cho thấy quy trình chọn mẫu đảm bảo tính ngẫu nhiên và đại diện, từ đó tăng cường độ tin cậy cho các phân tích so sánh tiếp theo.

4.2. Đặc điểm phẫu thuật

Cả hai nhóm có chiều dài vết mổ và thời gian phẫu thuật tương đương nhau, điều này cho thấy tác động từ loại phẫu thuật và mức độ xâm lấn đến đáp ứng đau và nhu cầu thuốc giảm đau là tương đương.

Loại phẫu thuật chủ yếu là các phẫu thuật thuộc lĩnh vực tiêu hóa và gan mật, trong đó nhóm tiêu hóa chiếm đa số, còn lại là các phẫu thuật khác như lách, tụy... Sự phân bố loại phẫu thuật giữa hai nhóm không có khác biệt rõ rệt, qua đó loại trừ khả năng ảnh hưởng từ đặc điểm phẫu thuật đến các kết quả gây mê và hậu phẫu.

4.3. Hiệu quả giảm đau trong mổ

ANI ở nhóm RSB cao hơn đáng kể tại thì rạch da ($68,10 \pm 0,87$ so với $51,37 \pm 1,02$, $p < 0,01$) và thì đóng thành bụng ($58,40 \pm 0,64$ so với $48,83 \pm 0,25$, $p < 0,01$), phản ánh khả năng giảm đau của phương pháp RSB trong các giai đoạn gây kích thích mạnh của phẫu thuật. Cho đến nay, chưa có báo cáo nào trên y văn ghi nhận mối liên quan giữa ANI và hiệu quả của RSB. Tuy nhiên, nghiên cứu của Teng W.N chỉ ra rằng ANI < 50 có mối tương quan chặt chẽ với nhu cầu bổ sung Opioid, qua đó chứng minh ANI là công cụ khách quan hữu ích trong đánh giá hiệu quả giảm đau của các kỹ thuật gây tê vùng khác như phong bế cơ ngực lớn trong phẫu thuật tuyến vú [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lượng Fentanyl bổ sung trung bình ở nhóm A thấp hơn đáng kể so với nhóm B có ý nghĩa thống kê ($98,33 \pm 6,98 \mu\text{g}$ so với $140,00 \pm 7,35 \mu\text{g}$, $p < 0,01$). Điều này chứng tỏ phương pháp RSB với Levobupivacain có hiệu quả giảm đau tốt, giúp giảm nhu cầu Opioid trong phẫu thuật. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Siripruekpong S và cộng sự, thực hiện phong bế RSB dưới hướng dẫn siêu âm bằng Bupivacain 0,25% trên phẫu thuật nội soi cắt buồng trứng kết quả cho thấy liều Fentanyl sử dụng trong phẫu thuật của nhóm RSB thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng ($111,7 \pm 24,6 \mu\text{g}$ so với $129,4 \pm 35,6 \mu\text{g}$, $p = 0,022$) [6]. Ngoài

ra, nghiên cứu của Jeong H.W và cộng sự (2019) đã so sánh hiệu quả giữa thực hiện RSB trước phẫu thuật (pre-RSB) và thực hiện RSB sau phẫu thuật (post-RSB), nhận thấy pre-RSB giảm đáng kể nhu cầu bổ sung thuốc giảm đau sau mổ, ủng hộ hiệu quả của kỹ thuật gây tê trước khi có kích thích đau [8]. Nghiên cứu của Elbahrawy K và cộng sự cũng đã chứng minh rằng RSB dưới hướng dẫn siêu âm giúp giảm đau sau mổ và giảm tiêu thụ Opioid hơn so với gây mê toàn thân đơn thuần [9].

Về thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm không có sự khác biệt nhiều ($132 \pm 3,97$ phút so với $129 \pm 3,85$ phút). Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) nhưng thời gian rút ống nội khí quản ở nhóm A ($7,70 \pm 0,32$ phút) thấp hơn so với nhóm B ($8,17 \pm 0,37$ phút).

5. KẾT LUẬN

Gây tê bao cơ thẳng bụng bằng Levobupivacain giúp giảm nhu cầu sử dụng Opioid trong mổ và duy trì ổn định chỉ số đau (ANI) ở bệnh nhân phẫu thuật mở bụng đường trắng giữa. Đây là kỹ thuật tiềm năng và có thể cân nhắc áp dụng trong các phẫu thuật có mục tiêu giảm sử dụng Opioid trong mổ. Cần có thêm nghiên cứu theo dõi sau mổ và đánh giá biến chứng để khẳng định hiệu quả và độ an toàn lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Fearon K.C.H, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. Clin Nutr, 2005, 24 (3): 466-477.
- [2] Paul A.K, Smith C.M, Rahmatullah M et al. Opioid analgesia and Opioid-Induced adverse effects: A review. Pharmaceuticals (Basel), 2021, 14 (11): 1091.
- [3] Su J, Soliz J.M, Popat K.U, Gebhardt R. Complications of postoperative epidural analgesia for oncologic surgery: A review of 18,895 cases. Clin J Pain, 2019, 35 (7): 589-593.
- [4] Cheng C, Wang J, Cao Y, Gu E, Liu X. Effect of rectus sheath block on postoperative quality of recovery after transabdominal midline gynecological surgery: A randomized controlled trial. J Pain Res, 2024, 17: 2155-2163.
- [5] Bajwa S.J.S, Kaur J. Clinical profile of Levobupivacaine in regional anesthesia: A systematic review. J Anaesthesiol Clin Pharmacol, 2013, 29 (4): 530-539.
- [6] Teng W.N, Lin Y.S, Sung C.S, Tseng L.M, Chang W.K, Ting C.K. Analgesia-nociception index accurately predicts inadequate pectoralis muscle fascia block (PECS) in patients undergoing breast surgery: A prospective observa-

- tional study. J Formos Med Assoc, 2025, 124 (1): 38-43.
- [7] Siripruekpong S, Aphinyankul J, Chanchayanon T, et al. Minimal effective dose of ultrasound-guided rectus sheath block to reduce oral analgesic requirement after ambulatory laparoscopic tubal resection: a randomized controlled superiority trial. Trials, 2022, 23 (1): 1-11.
- [8] Jeong H.W, Kim C.S, Choi K.T, Jeong S.M, Kim D.H, Lee J.H. Preoperative versus postoperative rectus sheath block for acute postoperative pain relief after laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled study. Journal of Clinical Medicine, 2019, 8 (7): 1018.
- [9] Elbahrawy K, El-Deeb A. Rectus sheath block for postoperative analgesia in patients with mesenteric vascular occlusion undergoing laparotomy: A randomized single-blinded study. Anesth Essays Res, 2016, 10 (3): 516-520.