

APPLICATION OF MULTIMODAL ANALGESIA INCLUDING CONTINUOUS TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK IN KIDNEY TRANSPLANTATION AT MILITARY HOSPITAL 175

Pham Thi Thanh Van*, Phung Van Viet*, Nguyen Luu Phuong Thuy*, Nguyen Thi Ha Nhi*, Giang Thi Thu Ha*

**Department of Anesthesiology and Resuscitation – Military Hospital 175-786 Nguyen Kiem, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 23/01/2026

Revised: 12/03/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACTS

Objective: To evaluate the postoperative analgesic outcomes of a multimodal analgesic regimen including continuous transversus abdominis plane (TAP) block in kidney transplant recipients at Military Hospital 175.

Subjects and Methods: This prospective case series with longitudinal follow-up was conducted on 76 patients undergoing kidney transplantation at Military Hospital 175 from July 2023 to September 2025. Postoperatively, patients received a multimodal analgesic regimen consisting of continuous patient-controlled transversus abdominis plane (TAP) block, intravenous nefopam infusion, scheduled paracetamol and rescue morphine when required. Pain outcomes were assessed using the visual analogue scale (VAS) at extubation and at multiple time points within 72 hours postoperatively, along with PCA usage, time to first PCA demand, and other postoperative variables.

Results: Among 76 patients (50 males and 26 females), the mean surgical duration was 127.7 ± 17.8 minutes, and the mean incision length was 12.5 ± 2.3 cm. Two hours after extubation, 98.7 % of patients had VAS < 4. On the first postoperative day, 91% reported mild pain (VAS < 4), while 7 patients (9%) experienced moderate pain (VAS 4–6). At subsequent time points, the proportion of patients with VAS < 4 remained high (>95%). The incidence of adverse effects was low.

Conclusion: A multimodal analgesic regimen including continuous patient-controlled TAP block was associated with effective postoperative pain control after kidney transplantation, with reduced opioid requirements. Earlier return of gastrointestinal function, and a reduced risk of respiratory complications.

Keywords: bupivacaine, multimodal analgesia, kidney transplantation, TAP block, postoperative analgesia.

*Corresponding author

Email: van.k41@gmail.com Phone: (+84) 986780750 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5572



ỨNG DỤNG PHÁC ĐỒ GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC CÓ TÊ MẶT PHẪNG CƠ NGANG BỤNG LIÊN TỤC SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Phạm Thị Thanh Vân*, Phùng Văn Việt*, Nguyễn Lưu Phương Thúy*, Nguyễn Thị Hà Nhi*, Giang Thị Thu Hà*

*Khoa Gây mê hồi sức – Bệnh viện Quân Y 175-786 Nguyễn Kiệm, phường Hạnh Thông, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/03/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả giảm đau sau mổ của phác đồ giảm đau đa mô thức có tê mặt phẳng cơ ngang bụng liên tục ở người bệnh ghép thận tại Bệnh viện Quân Y 175.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu theo dõi dọc trên 76 người bệnh được phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 07/2023 đến tháng 09/2025. Sau mổ, người bệnh được sử dụng phương pháp giảm đau theo phác đồ chung bao gồm TAP Block do người bệnh tự kiểm soát kết hợp với nefopam truyền tĩnh mạch liên tục, paracetamol định kỳ và morphin cứu hộ khi cần. Kết quả giảm đau được đánh giá thông qua thang điểm VAS tại thời điểm rút ống nội khí quản và theo dõi trong 72 giờ, số lần bấm PCA, thời gian bấm PCA đầu tiên, các biến số hậu phẫu.

Kết quả: Nghiên cứu trên 76 người bệnh trong đó có 50 nam, 26 nữ, thời gian phẫu thuật $127,7 \pm 17,8$ phút, đường rạch da vết mổ dài $12,5 \pm 2,3$ cm. Sau 2 giờ rút ống nội khí quản 98,7 % người bệnh có điểm VAS < 4, ngày đầu tiên sau mổ khi người bệnh ở khoa phòng, tỷ lệ đau nhẹ (VAS < 4 điểm) chiếm tỷ lệ cao 91 %. Trong khi 7 người bệnh (9%) có đau mức độ trung bình (VAS 4 – 6 điểm). Các ngày sau, tỷ lệ người bệnh có VAS < 4 duy trì ở mức cao (> 95%). Tỷ lệ gặp các tác dụng ngoại ý thấp.

Kết luận: Phác đồ giảm đau đa mô thức có sử dụng tê mặt phẳng cơ ngang bụng liên tục do người bệnh tự kiểm soát cho thấy kết quả giảm đau khả quan sau phẫu thuật ghép thận và giảm nhu cầu sử dụng opioid, góp phần thúc đẩy hồi phục chức năng tiêu hóa sớm và hạn chế nguy cơ hô hấp.

Từ khóa: bupivacain, giảm đau đa mô thức, ghép thận, TAP Block, giảm đau sau mổ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật ghép thận là một trong các phương pháp điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối, giúp cải thiện chất lượng sống và giảm gánh nặng điều trị thay thế thận. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật thường có mức độ đau nhiều sau mổ [1]. Kiểm soát đau hiệu quả không chỉ giúp người bệnh sớm vận động, cải thiện chức năng hô hấp, tuần hoàn, mà còn góp phần bảo tồn chức năng thận ghép nhờ giảm đáp ứng stress phẫu thuật. Trong thực hành lâm sàng, việc sử dụng opioids đường tĩnh mạch có những hạn chế như ức chế hô hấp, buồn nôn, bí tiểu, ngứa và việc sử dụng NSAIDs không được khuyến cáo vì độc tính trên thận [2], không phù hợp với người bệnh ghép thận. Trong bối cảnh đó, gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (transversus abdominis plane – TAP Block) là một kỹ thuật giảm đau vùng đơn giản, an toàn và hiệu quả đối với các phẫu thuật vùng bụng dưới. TAP-Block có tác dụng phong bế cảm giác thành bụng từ T6 đến L1, giúp kiểm soát đau vết mổ tốt mà ít ảnh hưởng huyết động và hô hấp. Những năm gần đây, sự kết hợp TAP-Block liên tục qua catheter, kèm bơm giảm đau tự kiểm soát bởi bệnh nhân (patient-controlled analgesia – PCA), cho phép duy trì tác dụng giảm đau ổn

định, đồng thời cá thể hóa theo nhu cầu người bệnh. Một số nghiên cứu quốc tế cho thấy TAP-Block liên tục có thể giảm nhu cầu opioid, cải thiện điểm đau và hạn chế tác dụng phụ so với phác đồ truyền thống. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc ứng dụng phương pháp này trong ghép thận còn mới mẻ, số liệu còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau của TAP-Block liên tục do bệnh nhân tự kiểm soát sau phẫu thuật ghép thận.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn: Các người bệnh suy thận giai đoạn cuối được phẫu thuật ghép thận vào hố chậu phải. Người bệnh đã được thông qua hội đồng chuyên môn, được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 175 trong thời gian nghiên cứu. Người bệnh được giải thích đầy đủ và đồng ý hợp tác nghiên cứu. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh được phẫu thuật ghép thận được giảm đau sau mổ bằng các phương pháp khác hoặc người bệnh sau phẫu thuật ghép thận phải phẫu thuật lại trong vòng 72 giờ.

*Tác giả liên hệ

Email: van.k41@gmail.com Điện thoại: (+84) 986780750 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5572

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu theo dõi dọc.

2.3.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 07/2023 đến tháng 9/2025 tại Bệnh viện Quân Y 175.

2.3.2. Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ ca liên tiếp trong giai đoạn nghiên cứu.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu:

Người bệnh được gây mê và phẫu thuật ghép thận hiến vào hố chậu phải theo phác đồ của Bệnh viện Quân Y 175.

Trước khi phẫu thuật kết thúc khoảng 30 phút, người bệnh được truyền tĩnh mạch paracetamol 1g/100ml kết hợp với nefopam 20mg truyền tĩnh mạch, ondansetron 4mg tiêm tĩnh mạch chậm. Cuối mổ, sau khi khâu da xong mũi cuối cùng vẫn còn duy trì thuốc mê hô hấp, người bệnh được thực hiện đặt catheter mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP-Block) dưới hướng dẫn của siêu âm tại vị trí đường rạch giữa bên phải, cố định chắc chắn, lưu catheter 72 giờ sau mổ và được sử dụng liều đầu tiên là bupivacain 0,25% 50 mg và dexamethasone 4,4mg trong 20 ml. TAP-Block được thực hiện bởi 2 bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm ≥ 5 năm về gây tê vùng, đã được đào tạo siêu âm.

Sau khi rút NKQ, người bệnh được đánh giá thang điểm VAS, được kết nối với một máy PCA có chứa thuốc giảm đau được cài đặt ban đầu với liều nền là 0,175% bupivacain 5ml/giờ, bolus 3,5 mg/lần (#2ml/lần), thời gian khoá 30 phút. Tổng liều bupivacain không vượt quá 2mg/kg/24 giờ. Đánh giá thang điểm đau VAS tại các thời điểm sau rút NKQ, 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ, 72 giờ sau mổ. Máy giảm đau PCA có tay cầm có nút bấm để khi người bệnh nhấn vào nút đó máy sẽ tiêm một lượng thuốc giảm đau nhất định vào cơ thể. Người bệnh được hướng dẫn bấm PCA khi VAS ≥ 3 khi nghỉ hoặc VAS ≥ 4 khi vận động, số lần bấm PCA hợp lệ được ghi nhận (loại trừ các lần bấm trong thời gian khoá).

Giảm đau sau mổ: nefopam 4 mg/giờ truyền tĩnh mạch qua bơm tiêm điện. Paracetamol 1 g/100ml truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ (tính từ liều trong mổ). Liều morphin cứu hộ: 2 mg morphin tiêm tĩnh mạch chậm khi thang điểm VAS > 4 khi nghỉ sau khi đã sử dụng PCA nhưng không hiệu quả.

2.3.4. Các biến số theo dõi: Đặc điểm dân số nghiên cứu: tuổi, giới, BMI, thời gian phẫu thuật. Đánh giá đau theo thang điểm VAS tại thời điểm: ngay sau khi rút NKQ, tại các thời điểm 1, 2, 4, 6, 12, 24, 48, 72 giờ sau khi rút NKQ. Số lần bấm PCA, Thời gian bấm PCA đầu tiên từ lúc kết nối với máy, số lần sử dụng morphin cứu hộ. Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau như: mạch nhanh, nôn, buồn nôn, ngứa, ức chế hô hấp. Đánh giá các biến số hậu phẫu như: thời gian trung tiện, rút dẫn lưu hố thận, rút dẫn lưu nước tiểu và thời gian nằm viện. Xử lý số liệu và phân tích bằng phần mềm R.

Đánh giá mức độ đau sau mổ: chúng tôi đánh giá bằng thang điểm VAS với 5 mức độ. Mô tả bằng lời nói.



Hình 1. Thước đo thang điểm VAS



Hình 2. Tiến hành giảm đau bằng tê TAP-Block

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Biến số		Nhóm người bệnh (n = 76)	
		Số người bệnh	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	50	65,8
	Nữ	26	34,2
Tuổi		42,5 $\pm$ 11,4	
BMI		20,5 $\pm$ 1,5	
Thời gian phẫu thuật (phút)		127,7 $\pm$ 17,8	
Độ dài đường rạch da (cm)		12,5 $\pm$ 2,3	

*Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Bảng 2. Chất lượng giảm đau tại các thời điểm nghiên cứu

Thời gian		Chất lượng giảm đau			
		Tốt (VAS < 4)		Không tốt (VAS > 4)	
		N	%	N	%
Giờ	G0	76	100	0	0
	G1	76	100	0	0
	G2	75	98,7	1	1,3
	G4	74	97,4	2	2,6
	G6	74	97,4	2	2,6
	G12	73	96,1	3	3,9
	G24	69	91	7	9
	G48	72	94,7	4	5,3
	G72	75	98,7	1	1,3

Nhận xét: Chất lượng giảm đau được duy trì tốt suốt 72 giờ sau rút NKQ. Cụ thể, sau 2 giờ rút nội khí quản, 98,7 % số người bệnh có VAS < 4. Ngày đầu tiên, tỷ lệ người bệnh có VAS < 4 là 91% nhưng vẫn còn 7 trường hợp có VAS > 4. Các ngày sau tỷ lệ người bệnh có VAS < 4 cải thiện với G48 (94,7%) và G72 (98,7%).

Bảng 3. Các biến số về sử dụng giảm đau sau mổ

Biến số	PCA theo dõi trong 72 giờ
Thời điểm bấm PCA đầu tiên (giờ)	Trung vị 8,3 giờ [5,4 – 13,8]
Tổng số lần bấm PCA (lần)	Trung vị 20,5 lần [15,3 – 27,4]
Số NB dùng morphin cứu hộ**	15,0 (20%)
Số lần dùng morphin cứu hộ (lần)	Trung vị: 3 lần [2 – 6]

*Trung vị [khoảng tứ phân vị]

**Số người bệnh (tỉ lệ %)

Nhận xét: Thời gian bấm PCA đầu tiên trung vị là 8,3 giờ [5,4 – 13,8] cho thấy nhu cầu giảm đau bổ sung xuất hiện tương đối muộn sau mổ. Tổng số lần bấm PCA trong 72 giờ là 20,5 lần [15,3 – 27,4] phản ánh mức độ sử dụng giảm đau bổ sung ở mức trung bình. Có 15 người bệnh (20%) cần morphin cứu hộ.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	N = 76	
	N	%
Mạch nhanh	10	13,2
Buồn nôn/nôn	15	19,7
Ngứa	8	10,5
Ức chế hô hấp	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ gặp các tác dụng không mong muốn: buồn nôn (19,7%), mạch nhanh (13,2%) và ngứa (10,5%) và không ghi nhận trường hợp nào có ức chế hô hấp.

Bảng 5. Các biến số về theo dõi hậu phẫu

Biến số	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Có trung tiện	1	2	1,05 ± 0,13
Rút dẫn lưu hố thận	3	7	4,71 ± 0,92
Rút dẫn lưu nước tiểu	5	7	6,63 ± 0,82
Thời gian nằm viện	14	35	18,23 ± 2,43

*Trung bình ± độ lệch chuẩn

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 18,23 ± 2,43 ngày.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật ghép thận cho thấy hiệu quả tốt cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, giúp giảm gánh nặng điều trị thay thế thận. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật thường có mức độ đau nhiều sau mổ [1,2]. Thứ nhất, phẫu thuật ghép thận hố chậu phải là một phẫu thuật chuyên khoa đòi hỏi bóc tách mô tạo hình hố thận để tạo điều kiện cho thận ghép có khoang chứa. Thứ hai đường mổ ngoài da là đường mổ lớn (> 10 cm) ở hố chậu phải kéo dài từ dưới rốn dọc theo bờ ngoài cơ thẳng bụng đến khớp mu. Chính vì

thế, mức độ đau sau phẫu thuật từ trung bình đến nhiều đòi hỏi phải kiểm soát đau sau mổ hiệu quả. Ngoài ra việc lựa chọn biện pháp giảm đau còn gặp nhiều thách thức do lo ngại về dược động học và dược lực học thay đổi liên quan đến quá trình bệnh lý, rối loạn đông máu đi kèm và/hoặc nguy cơ hạ huyết áp liên quan đến các chiến lược kiểm soát đau ảnh hưởng đến tưới máu mô ghép. Việc kiểm soát cơn đau không đầy đủ sau phẫu thuật đến ghép thận có liên quan đến kích động, mê sảng, chậm hồi phục và kéo dài thời gian nằm viện [3]. Do đó tại Bệnh viện Quân Y 175 chúng tôi thực hiện giảm đau đa mô thức để kiểm soát đau sau phẫu thuật ghép thận. Bao gồm gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP-Block) liên tục do người bệnh tự điều khiển phối hợp với truyền nefopam tĩnh mạch sau mổ, đồng thời sử dụng paracetamol định kỳ, có sử dụng liều morphine cứu hộ khi người bệnh được đánh giá có VAS > 4. Cách thức thực hiện: đặt catheter mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP-Block) dưới hướng dẫn của siêu âm và được sử dụng liều đầu tiên là bupivacain 0,25% 50 mg và dexamethasone 4,4mg trong 20 ml, được kết nối với một máy PCA có chứa thuốc giảm đau được cài đặt ban đầu với liều nền là 0,175% bupivacain 5 ml/giờ, bolus 3,5 mg/lần, thời gian khoá 30 phút, tổng liều bupivacain không vượt quá 2mg/kg/24 giờ. Máy giảm đau PCA có một tay cầm có nút bấm để khi người bệnh nhấn vào nút đó máy sẽ tiêm một lượng thuốc giảm đau nhất định vào cơ thể. Giảm đau sau mổ: nefopam 4mg/giờ truyền tĩnh mạch qua bơm tiêm điện. Paracetamol 1g/100ml truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ (tính từ liều trong mổ). Liều morphin cứu hộ: 2 mg morphin tiêm tĩnh mạch chậm khi thang điểm VAS > 4 mà các phương pháp điều trị đau khác không hiệu quả. Tác dụng của bupivacaine 0,25 % tại mặt phẳng cơ ngang bụng là phong bế cảm giác của các dây thần kinh gian sườn và thất lưng đi qua giữa lớp cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng, nhờ đó giảm đau vùng thành bụng từ T6 đến L1, bao phủ hết vùng da bụng dưới trong phẫu thuật ghép thận. Kết quả của chúng tôi thấy chất lượng giảm đau được duy trì tốt suốt 72 giờ sau rút NKQ. Cụ thể, sau 2 giờ rút nội khí quản, 98,7 % số người bệnh có VAS < 4. Ngày đầu tiên, tỷ lệ người bệnh có VAS < 4 là 91% nhưng vẫn còn 9 trường hợp có VAS > 4. Các ngày sau tỷ lệ người bệnh có VAS < 4 cải thiện với G48 (94,7%) và G72 (98,7%). Thời gian bấm PCA đầu tiên trung vị là 8,3 giờ [5,4 – 13,8] cho thấy nhu cầu giảm đau bổ sung xuất hiện tương đối muộn sau mổ. Tổng số lần bấm PCA trong 72 giờ là 20,5 lần [15,3 – 27,4] phản ánh mức độ sử dụng giảm đau bổ sung ở mức trung bình. Có 15 người bệnh (20%) cần morphin cứu hộ. Những kết quả này cho thấy phác đồ giảm đau đang áp dụng có khả năng kiểm soát đau hiệu quả trong giai đoạn hậu phẫu, phù hợp với nguyên lý của giảm đau đa mô thức là tác động đồng thời lên nhiều cơ chế đau khác nhau. So sánh với các nghiên cứu trước đây, kết quả của chúng tôi có xu hướng tương đồng về kiểm soát đau và giảm nhu cầu opioid. Lưu ý, đây là so sánh gián tiếp giữa các nghiên cứu với thiết kế và dân số khác nhau, không rút ra kết luận nhân quả, việc trích dẫn các nghiên cứu này chỉ nhằm đặt kết quả của chúng tôi trong bối cảnh y văn hiện đại, không phải để khẳng định tính tương đương. Cụ thể, trong một nghiên cứu hồi cứu của Farag [4] cho thấy nhu cầu morphin trung bình sau

phẫu thuật 48 giờ với TAP-Block truyền liên tục là 50 mg [28 - 90]mg, và điểm đau trung bình VAS trong 48 giờ là 2,49 [1,93, 3,06] và tác giả kết luận sử dụng giảm đau TAP-Block liên tục có hiệu quả trong việc giảm nhu cầu morphin của người bệnh sau phẫu thuật ghép thận. Năm 2025, tác giả Ojha [5] đã so sánh hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê liên tục mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP-Block) với phương pháp gây tê ngoài màng cứng liên tục để giảm đau ở người bệnh ghép thận đưa ra được bằng chứng cho thấy không có sự khác biệt đáng kể nào giữa điểm trung bình của thang đánh giá đau NRS khi nghỉ và khi ho tại tất cả các thời điểm nghiên cứu ($p > 0,05$) và mức tiêu thụ fentanyl trung bình ở 2 nhóm trong 24 sau phẫu thuật tương tự nhau lần lượt là 695 ± 78 mcg và 685 ± 76 mcg, tương tự không có sự khác biệt đáng kể nào được ghi nhận về các thông số huyết động và mức độ hài lòng của người bệnh ($p > 0,05$). Các nghiên cứu này cung cấp bằng chứng chứng minh lợi ích duy trì giảm đau tốt, đặc biệt khi kết hợp PCA hoặc truyền liên tục giảm đau qua catheter. Như vậy, chiến lược giảm đau đa mô thức với TAP block liên tục và nefopam trong nghiên cứu này cho thấy hiệu quả rõ rệt, hạn chế được tình trạng đau trung bình–nặng trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Mặc dù tất cả bệnh nhân đều được đặt catheter TAP block và dùng PCA bupivacain, vẫn có 15 người bệnh (20%) cần sử dụng morphin cứu hộ. Tuy nhiên, tỉ lệ này ở mức thấp, và số lần trung vị phải dùng morphin chỉ khoảng trung vị 3 lần [2 - 6]. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung của các nghiên cứu về giảm opioid chu phẫu. Trong nghiên cứu hiện tại, mức sử dụng opioid thấp có ý nghĩa quan trọng, vì bệnh nhân ghép thận vốn có nguy cơ suy giảm chức năng thận và dễ tích lũy chất chuyển hóa của morphin.

Tỉ lệ tác dụng phụ thấp: Buồn nôn/nôn gập ở 19,7% người bệnh, phù hợp với các báo cáo quốc tế (dao động 15–30% khi sử dụng opioid bổ sung). Tình trạng ngứa (10,5%) và mạch nhanh (13,2%) đều ở mức nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến tiến trình hồi phục. Đáng chú ý, không có trường hợp nào ghi nhận ức chế hô hấp, biến chứng nặng thường lo ngại khi dùng opioid. Điều này khẳng định rằng phác đồ giảm đau đa mô thức với TAP block và nefopam đã giúp hạn chế tối đa nguy cơ này. Người bệnh có phục hồi nhu động ruột sớm, trung tiện trung bình sau $1,05 \pm 0,13$ ngày, phản ánh ưu thế của giảm đau vùng trong việc duy trì nhu động tiêu hóa. Thời gian rút dẫn lưu hố thận ($4,71 \pm 0,92$ ngày) và rút sonde tiểu ($6,63 \pm 0,82$ ngày) ở mức phù hợp với quy trình chăm sóc sau ghép thận tại nhiều trung tâm. Thời gian nằm viện trung bình $18,23 \pm 2,43$ ngày có thể xem là tương đối dài so với các báo cáo quốc tế (thường 10–14 ngày). Tuy nhiên, điều này có thể giải thích bởi đặc thù bệnh nhân tại Việt Nam cần được theo dõi chặt chẽ hơn, cũng như các yếu tố hành chính và khả năng tự chăm sóc sau xuất viện.

Ưu điểm chính là nghiên cứu đã áp dụng phương pháp giảm đau đa mô thức kết hợp TAP-block liên tục và nefopam, cho kết quả khả quan, giảm rõ rệt nhu cầu opioid. Dữ liệu theo dõi nhiều biến số lâm sàng quan

trọng (VAS, PCA, tác dụng phụ, thời gian hồi phục) giúp khẳng định tính an toàn và hiệu quả.

Hạn chế gồm cỡ mẫu chưa quá lớn, thời gian theo dõi chủ yếu tập trung vào 72 giờ đầu và thời gian nằm viện, chưa có đánh giá dài hạn về chất lượng cuộc sống hoặc biến chứng mạn tính. Đối với kiểm định xu hướng theo thời gian: do thiết kế loạt ca không có nhóm chứng, phân tích suy luận so sánh không áp dụng được trong nghiên cứu này. Ngoài ra, nghiên cứu chưa có nhóm chứng so sánh trực tiếp với phương pháp giảm đau truyền thống, nên việc khẳng định ưu thế tuyệt đối của phương pháp giảm đau đa mô thức vẫn cần thêm thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phác đồ giảm đau đa mô thức có sử dụng tê mặt phẳng cơ ngang bụng liên tục cho kết quả giảm đau khả quan ở người bệnh sau ghép thận. Hầu hết các thời điểm theo dõi, tỷ lệ người bệnh có VAS < 4 đạt trên 90%. Nhu cầu sử dụng morphin cứu hộ thấp (20%) và không ghi nhận biến chứng nặng như ức chế hô hấp. Các biến số hậu phẫu (trung tiện, rút dẫn lưu, nằm viện) ở mức chấp nhận được và phù hợp với thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, do không có nhóm đối chứng, nghiên cứu chưa thể xác định vai trò riêng biệt của từng thành phần trong phác đồ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Goyal, Vipin Kumar*; Mandal, Sony1; Nimje, Ganesh Ramaji; Shekharajka, Praveenkumar2; Rana, Pankaj Singh; Mittal, Saurabh. Acute Pain Management after Kidney Transplantation: A Current Review of Literature. Indian Journal of Transplantation 17(4):p 402-409, Oct–Dec 2023. | DOI: 10.4103/ijot.ijot_49_23
- [2] Nguyễn Hữu Tú (2014). Dự phòng và chống đau. Gây mê hồi sức. Nhà xuất bản Y học.
- [3] Sinatra, Raymond, . Pain Medicine, vol. 11, no. 12, December 2010, pp. 1859-1871. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x. Sinatra, Raymond, . Pain Medicine, vol. 11, no. 12, December 2010, pp. 1859-1871. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x.
- [4] Farag E, Guirguis MN, Helou M, Dalton JE, Ngo F, Ghobrial M, O'Hara J, Seif J, Krishnamurthi V, Goldfarb D. Continuous transversus abdominis plane block catheter analgesia for postoperative pain control in renal transplant. J Anesth. 2015 Feb;29(1):4-8. doi: 10.1007/s00540-014-1855-1. Epub 2014 Jun 5. PMID: 24898186; PMCID: PMC4790103.
- [5] Ojha, Hemant; Bhukal, Ishwar; Jayant, Aveek; Singh, Sarbpreet1; Mulla, Reshma; Padhi, Pulak Priyadarshi. Comparison of analgesic efficacy of continuous transversus abdominis plane (TAP) block with continuous epidural analgesia in renal transplant recipients. Saudi Journal of Anaesthesia 19(1):p 45-51, Jan–Mar 2025. | DOI: 10.4103/sja.sja_444_24