

## Kết quả giảm đau bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm ở bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Nguyễn Quang Lợi<sup>1\*</sup>, Phạm Xuân Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thành<sup>1</sup>, Đỗ Đức Chiến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Nga<sup>1</sup>, Nguyễn Bảo Trân<sup>1</sup>, Lê Phi Đại<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

### \*Tác giả liên hệ

Nguyễn Quang Lợi  
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
Điện thoại: 0964145847  
Email: nqlloi@hpmu.edu.vn

### Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 19/03/2025  
Ngày phản biện: 21/03/2025  
Ngày duyệt bài: 23/04/2025

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả giảm đau bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm ở bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, 30 bệnh nhân được gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm bằng Levobupivacain 0,5% trong phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** Thời gian giảm đau hiệu quả trung bình là  $9,1 \pm 1,7$  giờ. Trung bình điểm VAS trong 24 giờ của các bệnh nhân trong nghiên cứu đều ở mức  $< 3$  tại 4 trạng thái đánh giá khác nhau (khi nghỉ, khi vận động cổ, khi nuốt, khi phát âm). Tỷ lệ rất hài lòng, hài lòng lần lượt là 53,3% và 46,7%, không có bệnh nhân nào không hài lòng. Phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm ít ảnh hưởng đến bệnh nhân và ghi nhận 1 số tác dụng không mong muốn với tỷ lệ thấp như: buồn nôn nhẹ (10%), khàn tiếng (3,3%). **Kết luận:** Phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên là phương pháp gây tê có hiệu quả tốt để giảm đau cho phẫu thuật cắt tuyến giáp, làm giảm nhu cầu sử dụng các thuốc giảm đau toàn thân sau mổ và đem lại sự hài lòng cho người bệnh. Thời gian giảm đau hiệu quả trung bình là  $9,1 \pm 1,7$  giờ. Phương pháp này ít gây ra các tác dụng không mong muốn và biến chứng.

**Từ khóa:** Gây tê vùng, gây tê đám rối thần kinh cổ nông, phẫu thuật cắt tuyến giáp, giảm đau đa mô thức.

### Describe the results of pain relief following thyroidectomy using bilateral superficial cervical plexus block under ultrasound guidance at Hai Phong Medical University Hospital

**ABSTRACT: Objective:** To describe the results of pain relief using the bilateral superficial cervical plexus block under ultrasound guidance in patients undergoing thyroid surgery at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from August 2024 to April 2025. **Subjects and Methods:** A prospective study was conducted on 30 patients who received bilateral superficial cervical plexus block under ultrasound

guidance using 0.5% Levobupivacaine during thyroid surgery at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from August 2024 to April 2025. **Results:** The average effective pain relief duration was  $9.1 \pm 1.7$  hours. The average VAS score within 24 hours for patients in the study was below 3 in four different assessment states (at rest, during neck movement, while swallowing, and during phonation). The rates of very satisfied and satisfied patients were 53.3% and 46.7%, respectively, with no patients reporting dissatisfaction. The method of bilateral superficial cervical plexus block under ultrasound guidance did not affect the patients' heart rate, blood pressure, or SpO2 levels, and a few mild adverse effects were noted at low rates, such as mild nausea (10%) and hoarseness (3.3%). **Conclusion:** The method of bilateral superficial cervical plexus block is an effective analgesic technique for pain relief in thyroidectomy, reducing the need for systemic analgesics postoperatively and providing patient satisfaction. The average effective pain relief duration was  $9.1 \pm 1.7$  hours. These side effects are not dangerous to patients and resolve spontaneously once the anesthetic wears off.

**Keywords:** regional anesthesia, bilateral superficial cervical plexus block, thyroidectomy, multimodal analgesia.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt tuyến giáp là một can thiệp ngoại khoa phổ biến để điều trị cho nhiều bệnh lý tuyến giáp, các phẫu thuật này là nguyên nhân gây đau ở mức độ nhẹ đến trung bình. Hậu quả của đau sẽ ảnh hưởng đến khả năng hồi phục sức khỏe, khả năng nuốt, vận động cổ, biến chứng sau mổ cũng như tâm lý và thời gian nằm viện. Một trong những giải pháp hiện nay để giảm đau trong và sau phẫu thuật tuyến giáp cũng như để giảm thiểu đáng kể các tác dụng không mong muốn khi sử dụng các thuốc giảm đau đường toàn thân là có thể tiến hành giảm đau bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông (ĐRTKCN). Tại Việt Nam, việc gây tê ĐRTKCN thường dùng kỹ thuật gây tê dựa vào mốc giải phẫu. Tuy nhiên, việc gây tê ĐRTKCN dưới hướng dẫn siêu âm lại có nhiều ưu điểm vượt trội so với kỹ thuật dựa vào mốc giải phẫu như: Khả năng quan sát trực tiếp các dây thần kinh và các cấu trúc giải phẫu lân cận. Đồng thời, cho phép quan sát trực quan sự

chuyển động của kim gây tê và sự lan tỏa của thuốc, do đó làm cho quy trình an toàn và hiệu quả hơn so với kỹ thuật xác định dựa vào mốc giải phẫu. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả kết quả giảm đau bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm ở bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân tuổi từ 18 - 65 tuổi, ASA I-II, có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp, đồng ý thực hiện thủ thuật và hợp tác với thầy thuốc, đã được khám gây mê và chấp nhận phương pháp gây tê, đồng ý tham gia nghiên cứu, loại trừ các bệnh nhân có chống chỉ định gây tê ĐRTKCN (có tiền sử dị ứng thuốc tê, nhiễm trùng da vùng gây tê, đang điều trị rối loạn đông máu, hạn chế vận động cột sống cổ, có bệnh lý cấp tính)

### Địa điểm và thời gian nghiên cứu

*Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe*

Khoa Gây mê hồi sức và Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025.

### **Thiết kế nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu tiền cứu, mô tả 1 loạt ca bệnh

### **Chọn mẫu nghiên cứu**

30 bệnh nhân theo phương pháp thuận tiện

### **Biến số nghiên cứu**

*Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:* Tuổi, giới tính, BMI, phân loại ASA, phân loại Mallampati, tính chất, mức độ bấu giáp, phương pháp phẫu thuật, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật, thời gian khởi phát tác dụng gây tê.

*Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật:* Điểm VAS khi nghỉ, điểm VAS khi vận động cổ, điểm VAS khi nuốt, điểm VAS khi phát âm, số bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau ketorolac giải cứu, các tác dụng không mong muốn và biến chứng.

### **Phương pháp thu thập thông tin**

- Bệnh nhân được khám tiền mê và chuẩn bị trước mổ: đo chiều cao, cân nặng, đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân, đánh giá kết quả cận lâm sàng, giải thích kỹ cho bệnh nhân, người thân về phương pháp gây mê và gây tê giảm đau, hướng dẫn bệnh nhân cách tự đánh giá về sự mất cảm giác sau khi gây tê và các mức độ đau qua thang điểm VAS, xác định một số đặc điểm lâm sàng liên quan đến gây tê ĐRTKCN (Phân loại giới tính, tuổi, ASA, Malampatti, Mức độ bấu giáp).

- Tiến hành kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm theo một quy trình thống nhất trong bệnh viện, gồm:  
+ Đặt điện cực theo dõi điện tim ở đạo trình chuẩn DII  
+ Lấy mạch, huyết áp, nhịp thở, đo SpO<sub>2</sub>, ghi chép số liệu vào phiếu theo dõi bệnh nhân

+ Tiền mê bằng midazolam 2mg, tiêm tĩnh mạch

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu và cổ quay về phía đối diện với bên gây tê, cổ hơi ngửa để cơ ức đòn chũm nổi rõ, người gây tê đứng bên phía gây tê.

+ Tiến hành: Đặt đầu dò tại điểm giữa cơ ức đòn chũm, đi ra phía ngoài để quan sát bờ ngoài cơ này. Xác định hình ảnh thần kinh tai lớn (nhánh của đám rối cổ nông) xuất hiện có cấu trúc giảm âm và chạy vòng xung quanh cơ ức đòn chũm. Sau đó quan sát thấy hình ảnh đám rối cổ nông là tập hợp các nốt mờ giảm âm, ngay phía bờ dưới cơ ức đòn chũm. Đưa kim gây tê hướng vào vị trí đám rối, hút thử bơm nếu không có máu thì tiến hành tiêm 8 ml Levobupivacain 0,5%. Tiếp theo, chuyển sang gây tê ĐRTKCN bên đối diện.

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản và phẫu thuật cắt tuyến giáp theo quy trình thống nhất của bệnh viện. Theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, tần số thở liên tục 5 phút/lần bằng Monitor trong suốt phẫu thuật.

- Sau phẫu thuật, tại phòng hậu phẫu theo dõi các chỉ số: VAS, mạch, huyết áp, ngay khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn (H0). Thời gian nghiên cứu 24 giờ, tính từ thời điểm bệnh nhân rút ống NKQ, tỉnh táo hoàn toàn, có thể đánh giá thang điểm VAS qua các thời điểm (H1, H2, H4, H6, H8, H12, H16, H20, H24) tương ứng với thời gian sau H0 (1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 16 giờ, 20 giờ, 24 giờ).

### **Xử lý và phân tích số liệu**

Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm Microsoft Excel 2019, SPSS 22.0

### **Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, sự đồng thuận của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

*Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu*

**Bảng 1.** Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 30)

| Tuổi (năm)                      | Giới         |           | Chiều cao (cm)                  | Cân nặng (kg)                   | BMI (kg/m <sup>2</sup> )        |
|---------------------------------|--------------|-----------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|                                 | Nam          | Nữ        |                                 |                                 |                                 |
| $\bar{X} \pm SD$<br>(Min – Max) | (n, %)       | (n, %)    | $\bar{X} \pm SD$<br>(Min – Max) | $\bar{X} \pm SD$<br>(Min – Max) | $\bar{X} \pm SD$<br>(Min – Max) |
| 46,7 ± 12<br>(25 – 65)          | 24<br>(80,0) | 6<br>(20) | 157,7 ± 6,1<br>(150 – 172)      | 57,5 ± 6,2<br>(47 – 70)         | 23,1 ± 2,5<br>(18,4 ± 28,9)     |

- Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 46,7 ± 12, BN nhiều tuổi nhất là 65 tuổi, BN ít tuổi nhất là 25 tuổi.

- Bệnh nhân nam tỷ lệ ít hơn bệnh nhân nữ (20% và 80%)

- Chiều cao trung bình của mẫu nghiên cứu là 157,7 ± 6,1 cm, Cân nặng trung bình là 57,5 ± 6,2 kg, BMI trung bình là 23,1 ± 2,5 kg/m<sup>2</sup>

*Tính chất và mức độ bướu giáp*

**Bảng 2.** Tính chất và mức độ bướu giáp

| Tính chất, mức độ U tuyến giáp | Nhóm nghiên cứu (n = 30) |         |
|--------------------------------|--------------------------|---------|
|                                | Số BN                    | Tỷ lệ % |
| Ung thư tuyến giáp             | 21                       | 70,0    |
| Bướu giáp đa nhân              | 8                        | 26,7    |
| Basedow                        | 1                        | 3,3     |
| Bướu giáp độ I                 | 16                       | 53,3    |
| Bướu giáp độ II                | 8                        | 26,7    |
| Bướu giáp độ III               | 5                        | 16,7    |
| Bướu giáp độ IV                | 1                        | 3,3     |

- Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là ung thư tuyến giáp, chiếm tỷ lệ 70%, ngoài ra, đối tượng có bướu giáp đa nhân và basedow lần lượt là 26,7% và 3,3%.

- Về mức độ bướu giáp, có tới 16/30 đối tượng nghiên cứu có bướu giáp độ I, chiếm tỷ lệ 53,3%, còn lại bướu giáp độ II, III, IV chiếm tỷ lệ lần lượt là 26,7%, 16,7%, 3,3%.

*Phương pháp phẫu thuật*

**Bảng 3.** Phương pháp phẫu thuật

| Phương pháp phẫu thuật  | Nhóm nghiên cứu<br>(n = 30) |         |
|-------------------------|-----------------------------|---------|
|                         | Số BN                       | Tỉ lệ % |
| Cắt toàn bộ tuyến giáp  | 16                          | 53,3    |
| Cắt một thùy tuyến giáp | 14                          | 46,7    |

Trong tổng số 30 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 16 đối tượng tiến hành phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, chiếm tỉ lệ 53,3%, trong khi có 14 đối tượng phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp, chiếm tỉ lệ 46,7%.

*Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau gây tê ĐRTKCN hai bên bằng levobupivacain 0,5%*

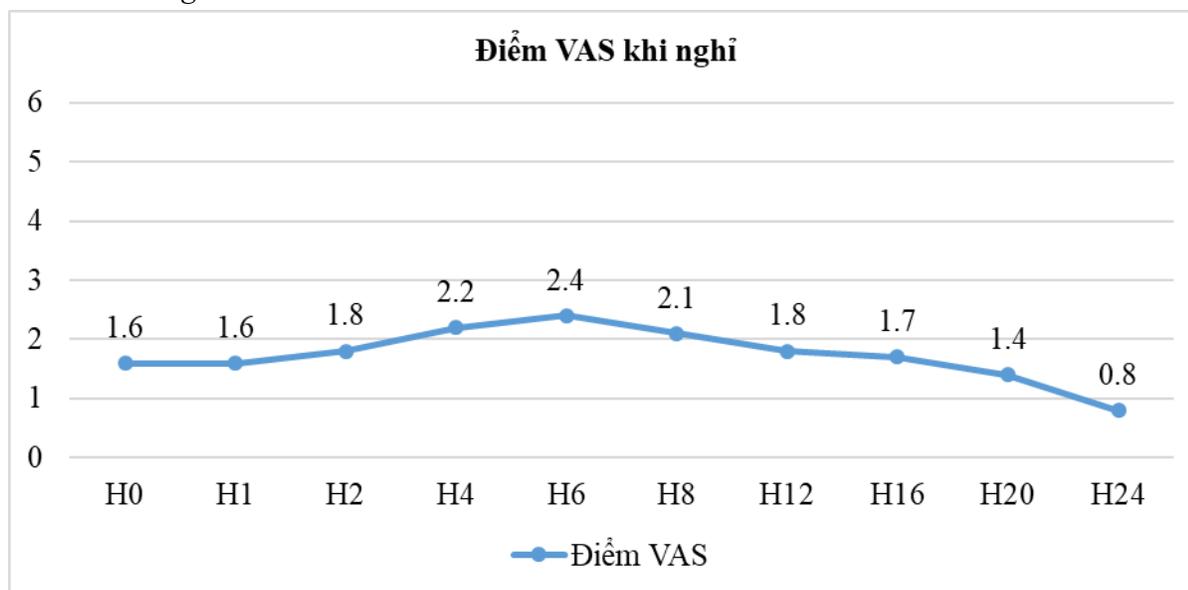
**Bảng 4.** Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau

| Thời gian (phút) | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%)  | ( $\bar{X} \pm SD$ ) |
|------------------|--------------|------------|----------------------|
| 8-10             | 5            | 16,7       | 13,8 ± 2,8           |
| 11-15            | 19           | 63,3       |                      |
| 16-19            | 6            | 20,0       |                      |
| > 20             | 0            | 0          |                      |
| <b>Tổng</b>      | <b>30</b>    | <b>100</b> |                      |

Thời gian tác dụng của thuốc tê trung bình là  $13,8 \pm 2,8$  phút. Trong đó, thời gian khởi phát tác dụng của thuốc tê đa số trong khoảng 11-15 phút chiếm 63,3% và trong khoảng 16-19 phút chiếm 20%, thời gian ngắn nhất trong khoảng 8-10 phút chiếm 16,7%, không có trường hợp nào có thời gian khởi phát tác dụng thuốc tê trên 20 phút.

### Đánh giá giảm đau sau phẫu thuật

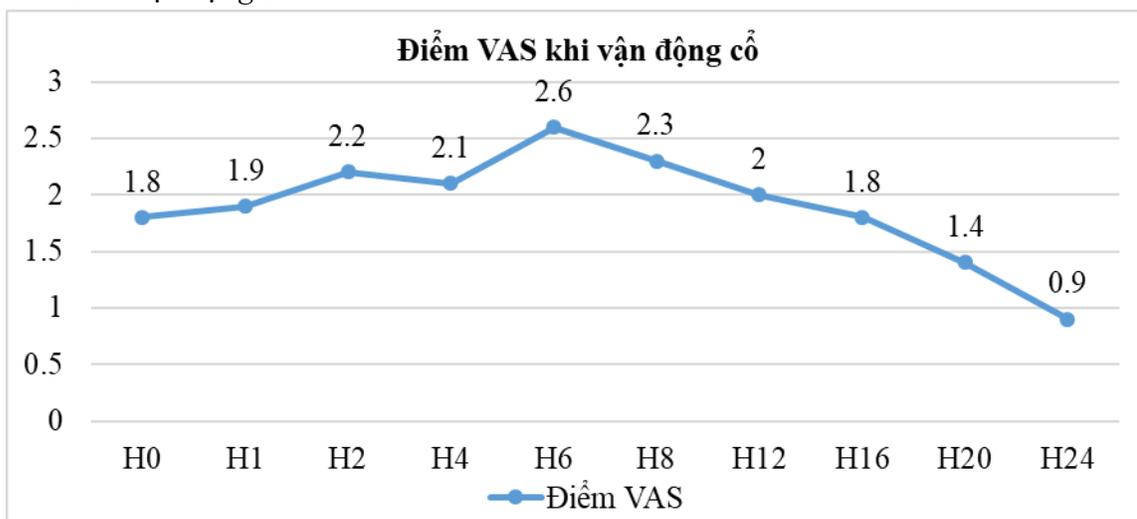
*Điểm VAS khi nghỉ*



**Biểu đồ 1.** Điểm VAS khi nghỉ

Điểm VAS khi nghỉ tại đa số các thời điểm nghiên cứu đều dưới 3 điểm.

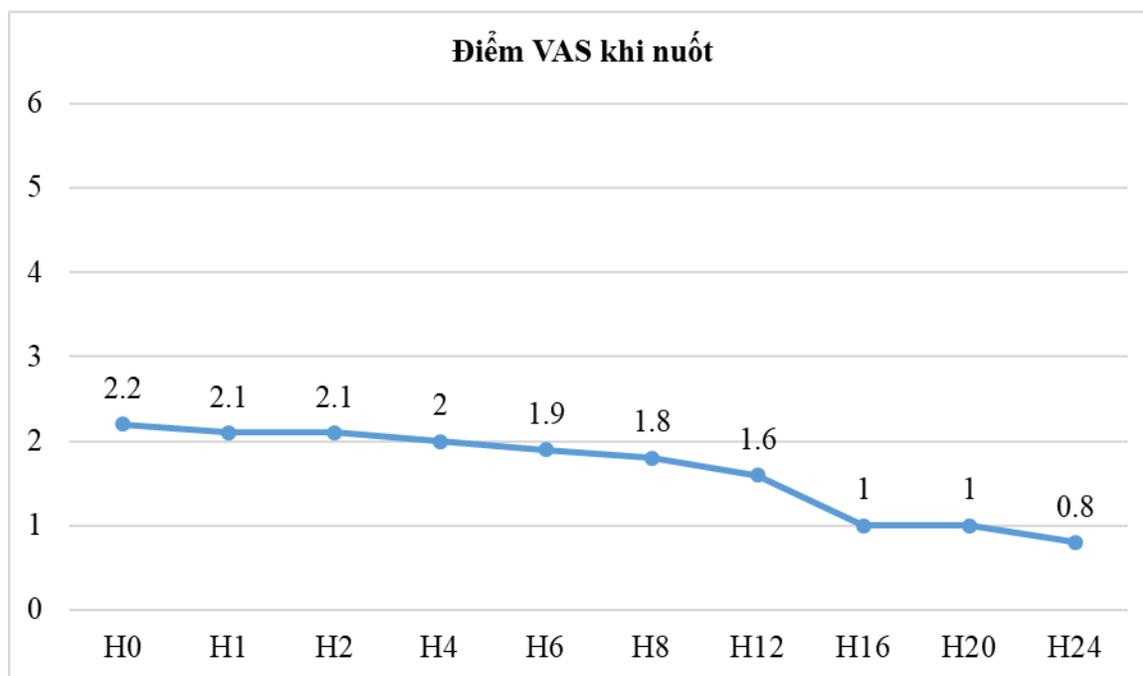
### Điểm VAS khi vận động cổ



**Biểu đồ 2.** Điểm VAS khi vận động cổ

Điểm VAS khi vận động cổ tại mọi thời điểm nghiên cứu đều dưới 3.

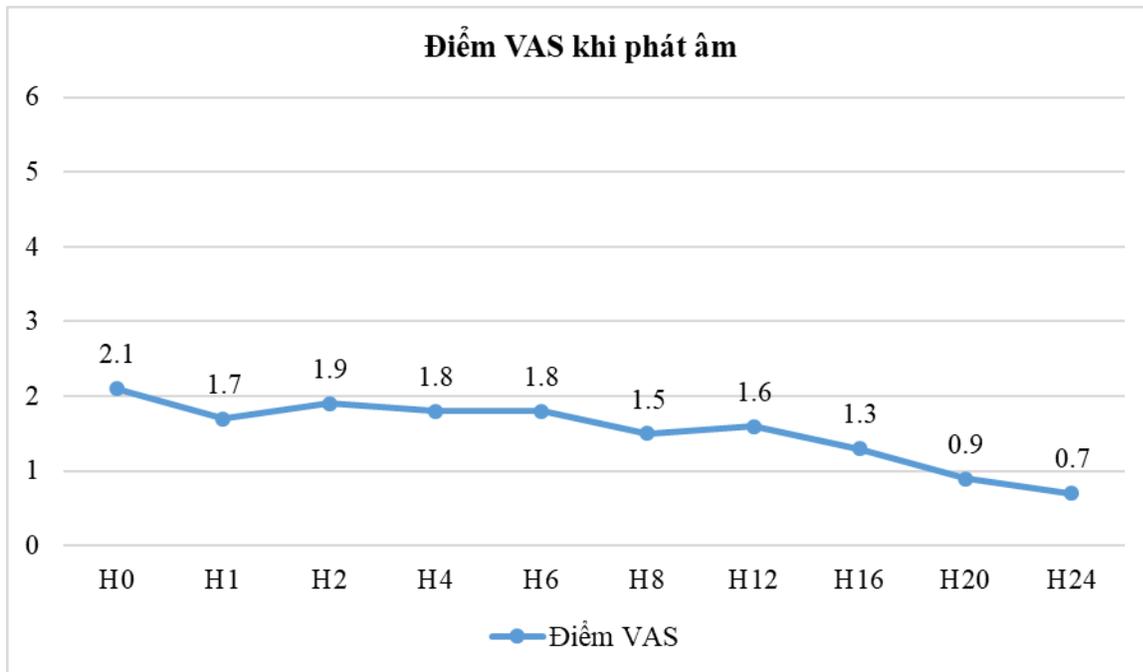
### Điểm VAS khi nuốt



**Biểu đồ 3.** Điểm VAS khi nuốt

Điểm VAS khi nuốt có xu hướng giảm theo thời gian từ H0 đến H24. Nhìn chung điểm VAS khi nuốt ở mẫu nghiên cứu đều dưới 3 điểm.

### Điểm VAS khi phát âm



**Biểu đồ 4.** Điểm VAS khi phát âm

Điểm VAS khi phát âm có xu hướng giảm theo thời gian từ H0 đến H24. Nhìn chung điểm VAS khi phát âm ở mẫu nghiên cứu đều dưới 3 điểm.

Số bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau ketorolac giải cứu

**Bảng 5.** Số bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau ketorolac giải cứu

|                      | Số BN | Tỉ lệ % |
|----------------------|-------|---------|
| <b>Có sử dụng</b>    | 4     | 13,3    |
| <b>Không sử dụng</b> | 26    | 86,7    |

Tổng số bệnh nhân phải dùng thêm thuốc ketorolac để giảm đau thêm trong mẫu nghiên cứu là 4 trường hợp, chiếm tỉ lệ 13,3%.

+

Thời gian giảm đau hiệu quả của gâ y tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm

**Bảng 6.** Thời gian giảm đau hiệu quả

| Thời gian (giờ) | Số lượng  | Tỉ lệ (%)  | ( $\bar{X} \pm SD$ ) |
|-----------------|-----------|------------|----------------------|
| <b>4 - 6</b>    | 1         | 3,3        |                      |
| <b>6 - 8</b>    | 4         | 13,4       |                      |
| <b>8 - 10</b>   | 16        | 53,3       | 9,1 ± 1,7            |
| <b>10 - 12</b>  | 7         | 23,3       |                      |
| <b>&gt; 12</b>  | 2         | 6,7        |                      |
| <b>Tổng</b>     | <b>30</b> | <b>100</b> |                      |

Thời gian giảm đau hiệu quả trung bình là  $9,1 \pm 1,7$  giờ, chủ yếu từ 8 đến 10 giờ (53,3%) và 10-12 giờ (23,3%).

### Tác dụng không mong muốn và biến chứng của gây tê ĐRTKCN hai bên dưới hướng dẫn siêu âm

*Bảng 7. Các TDKMM và biến chứng*

| TDKMM                      | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%)  |
|----------------------------|--------------|------------|
| Không                      | 26           | 86,7       |
| Buồn nôn                   | 3            | 10         |
| Nôn                        | 0            | 0          |
| Đau đầu                    | 0            | 0          |
| Tiêm vào mạch máu          | 0            | 0          |
| Tiêm vào ống sống          | 0            | 0          |
| Khàn tiếng                 | 1            | 3,3        |
| Khó thở                    | 0            | 0          |
| HC Claude- Bernard- Horner | 0            | 0          |
| <b>Tổng</b>                | <b>30</b>    | <b>100</b> |

Trong 60 lần gây tê trên 30 bệnh nhân: có 3 bệnh nhân (10%) có cảm giác buồn nôn nhẹ, cảm giác lợm giọng và 1 bệnh nhân (3,3%) khàn tiếng sau gây tê 10 phút, không phải điều trị gì, giọng nói bình thường trở lại sau phẫu thuật.

### Mức độ hài lòng với phương pháp giảm đau

*Bảng 8. Mức độ hài lòng với phương pháp giảm đau*

|                | Số BN | Tỉ lệ |
|----------------|-------|-------|
| Rất hài lòng   | 16    | 53,3  |
| Hài lòng       | 14    | 46,7  |
| Không hài lòng | 0     | 0     |

Tỉ lệ rất hài lòng, hài lòng và không hài lòng trong mẫu nghiên cứu lần lượt là 53,3% và 46,7%. Không có bệnh nhân nào là không hài lòng với phương pháp giảm đau.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

*Tuổi:* Độ tuổi của bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu từ 18 đến 65 tuổi, trong đó độ tuổi trung bình của hai nhóm là  $46,7 \pm 12$ , chủ yếu các bệnh nhân trong độ tuổi trung niên. Theo nghiên cứu của Lê Quang Hưng<sup>[9]</sup> có khoảng tuổi từ 28-67 tuổi, trung bình là  $46,87 \pm 10,43$  tuổi. Kết quả này cũng tương đương với độ tuổi

trong nghiên cứu của Sun Yeul Lee<sup>[11]</sup> là  $46,3 \pm 9,5$  tuổi.

*Giới:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 24/30 bệnh nhân là nữ giới, chiếm tỉ lệ 80,0%. So sánh tỉ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi với một số nghiên cứu khác trong nước và thế giới, theo tác giả Nguyễn Hải Hà Trang<sup>[6]</sup>, tỉ lệ nữ chiếm đa số 91,18%, Trương Như Khánh<sup>[7]</sup>. Tỉ lệ nữ chiếm 91,7%. Còn theo Glover R. và cộng sự<sup>[8]</sup> tỉ lệ này là nữ chiếm

79,8%, nam 20,2%. Nhìn chung, các tác giả đều cho rằng tỉ lệ u tuyến giáp gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới.

*Chiều cao, cân nặng, BMI:* Chiều cao trung bình của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là  $157,7 \pm 6,1$  cm (150-172). Cân nặng trung bình là  $57,5 \pm 6,2$  kg (47-70). Chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là  $23,1 \pm 2,5$  kg/m<sup>2</sup> (18,4-28,9). Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân béo phì, bệnh nhân thừa cân chiếm tỉ lệ nhỏ.

*Tính chất, mức độ bướu giáp, phương pháp phẫu thuật:* Kết quả từ bảng 2, đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là ung thư tuyến giáp, chiếm tỉ lệ 70,0%, ngoài ra, đối tượng có bướu giáp đa nhân và basedow lần lượt là 26,7% và 3,3%. Về mức độ bướu giáp, có tới 16/30 đối tượng nghiên cứu có bướu giáp độ I, chiếm tỉ lệ 53,3%, còn lại bướu giáp độ II, III, IV chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,7%, 16,7%, 3,3%. Về phương pháp phẫu thuật (bảng 3), trong tổng số 30 đối tượng tham gia nghiên cứu, có tới 16 đối tượng tiến hành phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, chiếm tỉ lệ 53,3%.

*Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau của gâu tê ĐRTKCN hai bên bằng Levobupivacain 0,5%*

Thời gian khởi phát tác dụng của thuốc tê được đánh giá bằng phương pháp châm kim trên da và được tính từ khi sự cảm nhận của bệnh nhân đạt ở mức độ 3 hoặc 4 theo cách phân độ của Vester - Andersen T và cộng sự. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian khởi phát tác dụng của thuốc tê levobupivacain 0,5% trung bình là  $13,8 \pm 2,8$  phút; đa số là trong khoảng 11-15 phút chiếm tỉ lệ 63,3% và 16-19 phút chiếm tỉ lệ 20%. Thời gian khởi phát tác dụng ngắn nhất là 8-10 phút chiếm tỉ lệ 16,7% và không có trường hợp nào trên 20 phút. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Đắc Tiệp

[15] là  $13,64 \pm 0,94$  phút. Như vậy, sau khi gâu tê cần chờ khoảng 10-15 phút mới có thể bắt đầu tiến hành gâu mê cho bệnh nhân.

### **Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật**

*Điểm VAS sau phẫu thuật:* Trung bình điểm VAS trong 24 giờ của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở mức < 3 tại 4 trạng thái đánh giá khác nhau. Theo nghiên cứu của Gozal [2], mức độ đau trung bình ước tính trên thang điểm VAS ở những bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tuyến giáp là 6,9, còn trong nghiên cứu của Sonner và cộng sự [3], đánh giá VAS luôn ở mức > 4 trong những giờ đầu sau phẫu thuật. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Sun Yeul Lee [11], Trương Như Khánh [7] cũng chỉ ra mức đau VAS khi nghỉ ngơi là > 4 ở thời điểm 30 phút sau phẫu thuật. Điều này có thể giải thích do tác dụng vượt trội của phương pháp gâu tê ĐRTKCN hơn là việc chỉ sử dụng đơn thuần giảm đau toàn thân đường tĩnh mạch.

*Thuốc giảm đau giải cứu Ketorolac:* Từ bảng 5, tổng số bệnh nhân phải dùng thuốc giảm đau giải cứu là 4 trường hợp, chiếm tỷ lệ là 13,3%. Kết quả này tương tự với kết quả của Danh Đức Thuận [4] khi tỉ lệ dùng giảm đau giải cứu ở nhóm gâu tê ĐRTKCN là 14%, còn nhóm chứng là 82%. Điều này chứng tỏ, việc sử dụng đơn thuần giảm đau tĩnh mạch paracetamol 1g/100 ml ở một số bệnh nhân là không đủ, ở những bệnh nhân này cần sử dụng thêm 1 loại thuốc giảm đau khác để đảm bảo hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật.

*Thời gian giảm đau hiệu quả:* Thời gian giảm đau hiệu quả trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $9,1 \pm 1,7$  giờ, chủ yếu từ 8 đến 10 giờ (53,3%) và 10-12 giờ (23,3%). Kết quả này của chúng tôi cũng có sự khác biệt so với một số tác giả khác. Tác giả Ngô Đức Danh [17], ghi nhận thời gian giảm đau hiệu quả trung bình đối với việc tiêm 10 ml ropivacain 0,5% mỗi

*Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe*

bên là  $586,6 \pm 102,7$  phút; còn tác giả Karthikeyan và cộng sự<sup>[19]</sup> ghi nhận thời gian giảm đau hiệu quả khi tiêm 10 ml bupivacain 0,25% vào mỗi bên trung bình là 7,2 giờ. Sở dĩ có sự khác biệt như vậy bởi việc sử dụng liều lượng, nồng độ thuốc và phương pháp gây tê ở mỗi nghiên cứu là khác nhau.

#### **Tác dụng không mong muốn và biến chứng**

Dựa vào kết quả bảng 7 có thể thấy, tỉ lệ buồn nôn nhẹ ở nhóm nghiên cứu chỉ chiếm 10%, Tỉ lệ này cũng khác biệt so với nghiên cứu của Kyung Choi<sup>[20]</sup> ở các bệnh nhân sau phẫu thuật tuyến giáp, tỉ lệ bệnh nhân buồn nôn và nôn sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ từ 60-80%. Đối với các bệnh nhân chỉ buồn nôn nhẹ (cảm giác lợm giọng), chúng tôi không xử trí gì và bệnh nhân tự hết khi nghỉ ngơi một thời gian.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân khàn tiếng sau khi gây tê khoảng 10 phút, ngoài ra không có triệu chứng gì khác, chúng tôi tiếp tục theo dõi bệnh nhân trong 30 phút và phẫu thuật khi bệnh nhân không có sự thay đổi đặc biệt về các dấu hiệu sinh tồn. Sau phẫu thuật 2 giờ, đánh giá giọng nói của bệnh nhân trở về bình thường.

Các trường hợp còn lại, không ghi nhận tác dụng không mong muốn hoặc các biến chứng khác. Tỉ lệ này của chúng tôi khác biệt so với một số nghiên cứu khác. Shih<sup>[21]</sup> và cộng sự báo cáo có 1 trường hợp liệt cơ hoành tạm thời. Tatijana<sup>[22]</sup> báo cáo có 5 trường hợp bị hội chứng Claude Bernard Horner; Huỳnh Hữu Nghĩa<sup>[23]</sup> báo cáo có 4 trường hợp co thắt thanh quản trong mổ. Có sự khác biệt này có thể do kĩ thuật thực hiện ở các nghiên cứu trên. Các tác giả sử dụng phương pháp gây tê đám rối cổ nông với kĩ thuật tiêm 3 điểm hoặc 2 điểm. Trong khi đó, nghiên cứu của Dieudone<sup>[24]</sup> sử dụng kĩ thuật gây tê dưới hướng dẫn siêu âm ngoài các trường hợp buồn nôn và nôn thì không ghi nhận bất kì tai biến nào khác. Nghiên

cứu của chúng tôi cũng có kết quả gần tương tự.

#### **Mức độ hài lòng của bệnh nhân**

Xét về mức độ hài lòng của bệnh nhân về phương pháp giảm đau, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ rất hài lòng, hài lòng lần lượt là 53,3% và 46,7%. Không có bệnh nhân nào là không hài lòng với phương pháp giảm đau. Mặc dù, việc gây tê có thể gây tâm lý lo lắng, sợ hãi khi chọc kim. Tuy nhiên, chúng tôi khắc phục bằng cách tư vấn, giải thích cho bệnh nhân về phương pháp giảm đau. Kết quả có thể thấy bệnh nhân ghi nhận và đánh giá cao phương pháp này sau thời gian phẫu thuật và quá trình theo dõi giảm đau.

### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân được gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm trong phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- 1, Phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên là phương pháp gây tê có hiệu quả tốt để giảm đau cho phẫu thuật cắt tuyến giáp, làm giảm nhu cầu sử dụng các thuốc giảm đau toàn thân sau mổ và đem lại sự hài lòng cho người bệnh. Thời gian giảm đau hiệu quả trung bình là  $9,1 \pm 1,7$  giờ.
- 2, Gây tê đám rối thần kinh cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm ít gây ra các tác dụng không mong muốn và biến chứng: nôn nhẹ (3,3%), khàn tiếng (3,3%). Các tác dụng phụ này không gây nguy hiểm cho người bệnh, tự mất khi thuốc tê hết tác dụng.

**Lời cảm ơn:** Nhóm tác giả xin cảm ơn Khoa Gây mê hồi sức, Khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đã hỗ trợ thực hiện nghiên cứu. Một phần kinh phí thực hiện

nghiên cứu được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrieu G, Amrouni H, Robin E, et al. Analgesic efficacy of bilateral superficial cervical plexus block administered before thyroid surgery under general anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 2007; 99(4),561–566.
2. Gozal Y, Shapira SC, Gozal D, Magora F. Bupivacaine wound infiltration in thyroid surgery reduces postoperative pain and opioid demand. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 1994;38(8),813–815.
3. Sonner JM, Hynson JM, Clark O, et al. Nausea and vomiting following thyroid and parathyroid surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*. 1997; 9(5),398–402.
4. Danh Đức Thuận, Nguyễn Cao Cường. Hiệu quả giảm đau của gây tê đám rối cổ nông hai bên bằng bupivacaine 0,5% trong mổ bướu giáp nhân đơn thuần. *Tạp chí y học thực hành*. 2014:387-392
5. Vũ Thanh An, Trần Minh Đạo. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của gây tê đám rối thần kinh cổ nông bằng lidocaine 1% trong mổ bướu giáp đơn thuần tại Bệnh viện 198. *Tạp chí y học thực hành*. 2009;6(4):39-42
6. Nguyễn Hải Hà Trang, Nguyễn Hữu Tú. Đánh giá hiệu quả giải giãn cơ trong mổ bằng sugammadex để phẫu thuật cắt tuyến giáp có sử dụng máy phát hiện tổn thương thần kinh. *Luận văn Thạc sĩ y học*. Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
7. Trương Như Khánh, Đánh giá hiệu quả giảm đau của paracetamol kết hợp ketogestic sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ. *Luận văn Thạc sĩ y học*. Trường Đại học Y Hà Nội. 2019
8. Glover AR, Norlén O, Gundara JS, et al. Use of the nerve integrity monitor during thyroid surgery aids identification of the external branch of the superior laryngeal nerve. *Annals of surgical oncology*. 2015.22 (6), 1768-1773.
9. Lê Quang Hưng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả ứng dụng dao Ligasure trong phẫu thuật u tuyến giáp lạnh tính tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. *Luận văn thạc sĩ y học*. Đại Học Y Hà Nội. 2015
10. Nguyễn Giang Sơn. Nghiên cứu ứng dụng dao siêu âm trong phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị bệnh bướu giáp đa nhân lạnh tính tại Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương. *Luận văn thạc sĩ y học*. Đại học Y Hà Nội. 2013
11. Lee SY, Lee WH, Lee EH, Han KC, Ko YK. The effects of paracetamol, ketorolac, and paracetamol plus morphine on pain control after thyroidectomy. *Korean J Pain*. 2010;23(2):124-30
12. Yang C, Jung SM, Bae YK, Park S-J. The effect of ketorolac and dexamethasone on the incidence of sore throat in women after thyroidectomy: a prospective double-blinded randomized trial. *Korean J Anesthesiol*. 2017;70(1):64.
13. Fregoli L, Materazzi G, Miccoli M, et al. Postoperative pain evaluation after robotic transaxillary thyroidectomy versus conventional thyroidectomy: A prospective study. *J Laparoendosc Adv Surg tech A*. 2017;27(2):146-150
14. Đỗ Thị Thanh Nhân. Nghiên cứu giảm đau và dự phòng buồn nôn sau phẫu thuật tuyến giáp bằng PCA tĩnh mạch fentanyl kết hợp ondasetron. *Luận văn Thạc sĩ y học*. Học viện Quân Y. 2014
15. Trần Đắc Tiệp. Gây tê đám rối thần kinh cổ sâu bằng marcain 0,5% trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ theo đường trước. *Luận văn Thạc sĩ y học*. Học viện Quân Y. 2008
16. Merle JC, Mazoit JX, Desgranges P, et al. A comparison of two techniques for cervical plexus blockade: evaluation of efficacy and systemic toxicity. *Anesth Analg*. 1999;89(6),1366-70
17. Ngô Đức Danh. Nghiên cứu hiệu quả vô cảm của gây tê đám rối thần kinh cổ sâu hai bên bằng ropivacain 0,5% kết hợp gây mê mask thanh quản trong phẫu thuật bướu giáp. *Luận văn Thạc sĩ y học*. Trường Đại học Y Hà Nội. 2017
18. Moussa AA. Bilateral superficial cervical plexus block alone or combined with bilateral deep cervical plexus block for pain management after thyroid surgery. *J Anaesth*. 2006;9(2):45-50.
19. Karthikeyan VS, Sistla SC, Badhe AS, et al. Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Bilateral Superficial Cervical Plexus Block

- in Thyroidectomy. *Pain Pract.* 2013;13(7):539-546.
20. Choi EK, Seo Y, Lim DG, Park S. Postoperative nausea and vomiting after thyroidectomy: a comparison between dexmedetomidine and remifentanyl as part of balanced anesthesia. *Postoper Nausea Vomiting.* 2017;70(3):6.
21. Shih ML, Duh QY, Hsieh CB, et al. Bilateral Superficial Cervical Plexus Block Combined with General Anesthesia Administered in Thyroid Operations. *World J Surg.* 2010;34(10):2338-2343.
22. Intaric TS. A prospective randomized comparison between combined (deep and superficial) and superficial cervical plexus block with levobupivacaine for minimally invasive parathyroidectomy. *Anesthesia & Analgesia.* 2007;105,1160-1163.
23. Huỳnh Hữu Nghĩa. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp đơn thuần độ lớn (IV,V) dưới vô cảm gây tê đám rối cổ. *Luận văn Thạc sĩ y học.* Học viện Quân Y. 2007.
24. Dieudonne N, Gomola A, Bonnichon P, Ozier YM. Prevention of Postoperative Pain After Thyroid Surgery: A Double-Blind Randomized Study of Bilateral Superficial Cervical Plexus Blocks: *Anesth Analg.* 2001 Jun;1538-42.