

Nghiên cứu hiệu quả giảm đau của gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm sau phẫu thuật cắt vú do ung thư

Hoàng Vũ Khánh Hải^{1*}, Hồ Khả Cảnh¹, Trần Xuân Thịnh¹,
Nguyễn Văn Minh¹, Trần Thị Thu Lành¹, Lê Văn Tâm¹

(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước (PECS II) là một phương pháp gây tê vùng mang lại hiệu quả giảm đau cho các phẫu thuật vùng ngực trước và bên. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả, biến chứng và các tác dụng không mong muốn của gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước trong giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật cắt vú toàn bộ do ung thư kèm nạo hạch nách. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, ngẫu nhiên, có so sánh, 69 bệnh nhân có tình trạng sức khỏe ASA I, II có chỉ định cắt vú toàn bộ kèm nạo hạch nách do ung thư, có hoặc không có tái tạo tức thì được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm Para-PECS được giảm đau bằng gây tê PECS II với levobupivacain 0,25% (tổng 30 ml: 20 ml giữa cơ ngực bé và cơ răng trước, 10 ml giữa cơ ngực lớn và cơ ngực bé) sau phẫu thuật, phối hợp với paracetamol 1g truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. Nhóm Para-Diclo được giảm đau bằng diclofenac 75 mg tĩnh mạch mỗi 12 giờ và paracetamol 1g truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ. Theo dõi, đánh giá VAS khi nghỉ và vận động, tỷ lệ điểm VAS ≤ 3 , thời gian yêu cầu morphin đầu tiên, tổng lượng morphin giải cứu, mức độ hạn chế vận động, chất lượng hồi phục, các biến chứng và tác dụng không mong muốn ở các thời điểm 0, 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18, 24 giờ sau phẫu thuật. Khảo sát tỷ lệ hội chứng đau sau phẫu thuật cắt vú sau 6 tháng. **Kết quả:** VAS nghỉ và vận động của nhóm Para-PECS ở thời điểm 0, 2, 4, 6, 8 giờ thấp hơn nhóm Para-Diclo, tỷ lệ BN phải giải cứu morphin sau phẫu thuật ở nhóm Para-Diclo là 29,4%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Para-PECS là 2,9%, thời gian yêu cầu giải cứu morphin đầu tiên ở nhóm Para-Diclo là $1,53 \pm 1,48$ giờ sớm hơn có ý nghĩa so với nhóm Para-PECS là $6,00 \pm 0,0$ giờ ($p < 0,05$). VAS nghỉ và vận động từ thời điểm 12 giờ sau phẫu thuật. Có 9 BN ở nhóm Para-Diclo hạn chế vận động khớp vai và cánh tay mức độ trung bình ở thời điểm ngay sau PT, cao hơn có ý nghĩa so với không có BN nào ở nhóm Para-PECS ($p < 0,05$). Chất lượng hồi phục đánh giá theo thang điểm QoR-15 tại thời điểm 12 giờ đầu sau phẫu thuật ở nhóm Para-PECS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Para-Diclo ($p < 0,05$), tại thời điểm 24 giờ sau PT tương tự nhau ở hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Có 7/63 trường hợp (11,1%) có hội chứng đau sau PT cắt vú toàn bộ. Trong đó, nhóm Para-PECS có 3/32 trường hợp (9,4%), nhóm Para-Diclo có 4/31 trường hợp (12,9%). Tỷ lệ đau mạn tính thấp hơn ở nhóm Para-PECS nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Gây tê PECS II là khả thi và hiệu quả như là thành phần của giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật cắt vú do ung thư.

Từ khóa: phẫu thuật cắt vú do ung thư, gây tê PECS II, hội chứng đau sau phẫu thuật cắt vú.

Effectiveness of ultrasound-guided pectoralis and serratus plane nerve block after mastectomy due to cancer

Hoang Vu Khanh Hai^{1*}, Ho Kha Canh¹, Tran Xuan Thinh¹,
Nguyen Van Minh¹, Tran Thi Thu Lanh¹, Le Van Tam¹

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objectives: Pectoralis nerve block is a form of regional anesthesia that offers effective pain relief for anterior and lateral chest surgery. This study aim to evaluate the effectiveness, complications and side effect of PECS II anesthesia as a part of multimodal pain management after total mastectomy with axillary lymph node dissection. **Methods:** This is controlled, cross-sectional study involved 69 patients with health status classified as ASA I, II all scheduled for total mastectomy with axillary lymph node dissection, with or without reconstruction. Patient were randomly divided into 2 groups. The Para-PECS group received pain relief with PECS II anesthesia with levobupivacaine 0.25% (30 ml total: 20 ml between pectoralis minor and

Tác giả liên hệ: Hoàng Vũ Khánh Hải. Email: hoangvukhanhhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 10/8/2024; Ngày đồng ý đăng: 10/9/2024; Ngày xuất bản: 25/9/2024

DOI: 10.34071/jmp.2024.5.20

serratus anterior muscles, 10 ml between pectoralis major and pectoralis minor) after surgery, combined with paracetamol 1g IV every 8 hours. The Para-Diclo group received diclofenac 75 mg IV every 12 hours and paracetamol 1g IV every 8 hours. Monitor and evaluate VAS at rest and movement, time to request first dose of morphine, total amount of rescue morphine level of movement limitation, complications and side effects at time points 0, 1, 2, 4, 6, 8, 12, 18, 24 hours after surgery. Additionally, the rate of post-mastectomy pain syndrome was surveyed after 6 months. **Results:** VAS at rest and movement of the Para-PECS group at 0, 2, 4, 6, 8 hours was lower than Para-Diclo group, the incidence of patients requiring rescue morphine after surgery in the Para-Diclo group was 28.6%, significantly higher than in the Para-PECS group was 2.9%, the time to first request for rescue morphine in the Para-Diclo group was 1.53 ± 1.48 hours, significantly earlier than the Para-PECS group which was 6.00 ± 0.0 hours ($p < 0.05$). Resting VAS, and movement from 12 hours after surgery. There were 9 patients in the Para-Diclo group offer moderate shoulder and arm mobility limitations immediately after surgery in the Para-Diclo group, significantly higher than no patients in the Para-PECS group ($p < 0.05$). Recovery quality assessed on the QoR-15 scale at the first 12 hours after surgery in the Para-PECS group was statistically significantly higher than the Para-Diclo group ($p < 0.05$), at 24 hours after surgery were similar in two groups ($p > 0.05$). There were 7/63 cases (11.1%) with post mastectomy pain syndrome. Among them, the Para-PECS group had 3/32 cases (9.4%), the Para-Diclo group had 4/31 cases (12.9%). The incidence of PMPS was lower in the Para-PECS group but not statistically significant ($p > 0.05$). **Conclusions:** PECS II anesthesia is feasible and effective as a component of multimodal analgesia after mastectomy.

Keywords: mastectomy due to cancer, PECS II block, postmastectomy pain syndrome.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú đã vượt qua ung thư phổi trở thành bệnh lý ung thư được chẩn đoán nhiều nhất, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 5 và được dự đoán sẽ ngày càng gia tăng [1], [2]. Phụ nữ trải qua phẫu thuật cắt vú do ung thư, ngoài chịu các nguy cơ về biến chứng sau phẫu thuật còn chịu sang chấn về mặt tâm lý khi mất đi một phần vẻ đẹp của cơ thể. Phẫu thuật này có mức đau cấp tính sau phẫu thuật từ trung bình đến nặng. Do đó, nếu không giảm đau cấp tính tốt, sẽ làm tăng sử dụng opioid, tăng thời gian nằm viện, giảm chất lượng hồi phục, và đau mạn tính sau phẫu thuật. Đau mức độ nặng sau phẫu thuật có liên quan đến sự xuất hiện của hội chứng đau sau phẫu thuật cắt vú. Điều này làm tăng thêm gánh nặng tâm lý vốn đã bị ảnh hưởng và tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống [3], [4].

Ngày nay, giảm đau đa mô thức được áp dụng ngày càng nhiều để kiểm soát đau sau phẫu thuật cắt vú. Cùng với sự áp dụng rộng rãi của siêu âm trong những năm gần đây, nhiều mặt phẳng cân cơ đã được sử dụng để gây tê. Trong đó, vào năm 2012, Blanco và cộng sự đã mô tả kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước là một kỹ thuật mới được cải tiến từ kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ ngực, có thể dùng để giảm đau sau phẫu thuật cắt vú. Đây là một kỹ thuật đơn giản, có thể thực hiện với mức độ an thần ít hoặc không cần an thần cho những bệnh nhân thực hiện phẫu thuật ở thành ngực trước, nhất là phẫu thuật ở tuyến vú [5]. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là nghiên cứu hiệu quả giảm đau của gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ

răng trước dưới hướng dẫn siêu âm sau phẫu thuật cắt vú do ung thư.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 69 bệnh nhân có chỉ định cắt vú toàn bộ kèm nạo hạch nách do ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trong thời gian từ tháng 5/2022 đến tháng 10/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: tuổi ≥ 18 , có tình trạng sức khỏe ASA I – III, phẫu thuật cắt vú toàn bộ kèm nạo hạch nách bằng gây mê toàn thân, tình nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: tiền sử rối loạn tâm thần, tiền sử đau mạn tính, nhiễm trùng tại da vùng gây tê, rối loạn đông máu, tiền sử dị ứng thuốc tê, suy gan nặng, từ chối tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu: có biến chứng nặng trong quá trình PT như phản vệ độ 3, co thắt phế quản nặng, ngừng tuần hoàn hô hấp, ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, ngẫu nhiên, có so sánh.

2.2.2. Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện với 69 bệnh nhân, chia 35 bệnh nhân nhóm Para-PECS và 34 bệnh nhân nhóm Para-Diclo.

2.3. Cách tiến hành

2.3.1. Thực hiện nghiên cứu

Các BN có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu, được thăm khám và giải thích đầy đủ, đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu được bốc thăm ngẫu nhiên để chọn vào 1 trong 2 nhóm.

- Nhóm Para-Diclo: Paracetamol 1 g truyền tĩnh mạch trước khi thoát mê 30 phút và sau mỗi 8 giờ kết hợp với diclofenac 75 mg TM chậm mỗi 12 giờ.

- Nhóm Para-PECS: Paracetamol 1 g truyền tĩnh mạch trước khi thoát mê 30 phút và sau mỗi 8 giờ kết hợp với gây tê PECS II bằng levobupivacain 0,25% 10 ml giữa cơ ngực lớn và cơ ngực bé và 20ml giữa cơ ngực bé và cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm trước khi thoát mê.

Trường hợp BN còn đau ($VAS > 3$), “giảm đau giải cứu” bằng 3 mg morphin tiêm tĩnh mạch, lặp lại sau 5 phút nếu cần đến khi $VAS \leq 3$.

Theo dõi BN và ghi nhận các thông số trong phiếu nghiên cứu.

2.3.2. Phương pháp đánh giá

Đánh giá và ghi nhận điểm VAS khi nghỉ và khi vận động, mức độ hạn chế vận động, mức độ hài lòng và chất lượng hồi phục theo thang điểm QoR-15 trong 24 giờ đầu sau PT. Các thời điểm đánh giá bao gồm:

- H0: ngay sau khi thoát mê, khi BN có thể hiểu và thực hiện theo các y lệnh đơn giản.

- H1, H2, H4, H6, H8, H12, H18, H24: cách thời điểm H0 tương ứng 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ.

3.2. Điểm VAS khi nghỉ ngơi

Bảng 1. Điểm VAS khi nghỉ ngơi

Thời điểm	Nhóm	Nhóm Para-Diclo (n = 34)	Nhóm Para-PECS (n = 35)	p
H0		2,06 ± 0,8	1,26 ± 0,6	< 0,05
H1		2,09 ± 0,8	1,11 ± 0,5	< 0,05
H2		1,91 ± 0,7	0,89 ± 0,5	< 0,05
H4		1,89 ± 0,7	0,97 ± 0,6	< 0,05
H6		1,86 ± 0,4	1,31 ± 0,8	< 0,05
H8		1,83 ± 0,4	1,40 ± 0,6	< 0,05
H12		1,77 ± 0,4	1,49 ± 0,6	> 0,05
H18		1,74 ± 0,5	1,40 ± 0,5	> 0,05
H24		1,63 ± 0,6	1,04 ± 0,6	> 0,05

Điểm VAS cao nhất tại thời điểm ngay sau PT với điểm trung bình là 2,06 ± 0,8 ở nhóm Para-Diclo và 1,49 ± 0,6 ở nhóm Para-PECS.

Điểm đau tối đa trong 24 giờ đầu khi nghỉ ngơi ở nhóm Para-Diclo là 5 điểm và ở nhóm Para-PECS là 4 điểm.

Điểm VAS trung bình khi nghỉ đều < 3 ở nhóm

Khảo sát tỷ lệ hội chứng đau sau PT cắt vú sau PT 6 tháng bằng hình thức phỏng vấn qua điện thoại.

Đánh giá biến chứng của gây tê PECS II.

2.3.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: số liệu sẽ được xử lý và phân tích bởi phần mềm SPSS® (Statistical Package for Social Sciences, Inc., Chicago) phiên bản 22.0.

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 69 bệnh nhân phẫu thuật cắt vú kèm nạo hạch nách do ung thư từ tháng 5/2022 đến tháng 10/2023 tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình là 52,2 ± 13,1 tuổi, chiều cao trung bình là 153,6 ± 5,9 cm, cân nặng trung bình là 52,1 ± 6,8 kg, nữ giới chiếm đa số (94,3%), có 4/69 bệnh nhân nam mắc ung thư vú (5,7%). Bệnh nhân chủ yếu thuộc ASA I (78,3%), không có bệnh nhân nào thuộc ASA III.

Vị trí khối u chủ yếu nằm ở ¼ trên ngoài (48,6%), những vị trí còn lại chiếm tỷ lệ tương đương nhau. Phần lớn BN đều ở giai đoạn sớm (I, II), chiếm tỷ lệ 84,0%. Có 11/69 BN được PT ở giai đoạn III, chiếm tỷ lệ 15,9%.

Para-Diclo và < 2 ở nhóm Para-PECS ở tất cả các thời điểm. Khác biệt điểm VAS khi nghỉ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở các thời điểm 0 giờ, 1 giờ, 2 giờ, 6 giờ, 8 giờ. Điểm VAS khi nghỉ ngơi tương tự giữa hai nhóm ở thời điểm 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ ($p > 0,05$).

3.3. Điểm VAS khi vận động

Bảng 2. Điểm VAS khi vận động

Thời điểm	Nhóm	Nhóm Para-Diclo (n = 34)	Nhóm Para-PECS (n = 35)	p
H0		3,17 ± 0,7	2,40 ± 0,6	< 0,05
H1		3,14 ± 0,7	2,37 ± 0,7	< 0,05
H2		3,09 ± 0,7	2,14 ± 0,5	< 0,05
H4		2,97 ± 0,6	2,20 ± 0,5	< 0,05
H6		2,86 ± 0,4	2,40 ± 0,7	< 0,05
H8		2,97± 0,2	2,43 ± 0,6	< 0,05
H12		2,89 ± 0,3	2,49 ± 0,5	> 0,05
H18		2,86 ± 0,4	2,34 ± 0,6	> 0,05
H24		2,71 ± 0,6	2,49 ± 0,6	> 0,05

Điểm VAS vận động cao nhất tại thời điểm ngay sau PT với điểm trung bình là 3,17 ± 0,7 ở nhóm Para-Diclo và 2,40 ± 0,55 ở nhóm Para-PECS.

Điểm đau tối đa trong 24 giờ đầu khi vận động ở nhóm Para-Diclo là 6 điểm và ở nhóm Para-PECS là 5 điểm.

Điểm VAS trung bình khi nghỉ đều < 4 ở nhóm Para-Diclo và < 3 ở nhóm Para-PECS ở tất cả các thời điểm. Khác biệt điểm VAS khi nghỉ có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) ở các thời điểm 0 giờ, 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ. Khác biệt về điểm đau không có ý nghĩa giữa hai nhóm ở thời điểm 12 giờ, 18 giờ, 24 giờ.

3.4. Điểm VAS nhỏ hơn hoặc bằng 3 điểm

Bảng 3. Điểm VAS ≤ 3

Tỷ lệ điểm VAS ≤ 3 (%)	Nhóm Para-Diclo (n = 35)	Nhóm Para-PECS (n = 35)	p
VAS nghỉ	65,7	97,1	< 0,05
VAS vận động	60,0	94,3	< 0,05

Tỷ lệ BN có điểm VAS ≤ 3 ở nhóm Para-PECS là 97,1%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Para-Diclo là 71,4% (p < 0,05).

3.5. Mức độ hạn chế vận động

Bảng 4. Mức độ hạn chế vận động

Thời điểm	Mức độ hạn chế vận động khớp vai và cánh tay	Nhóm Para-Diclo n (%)	Nhóm Para-PECS n (%)	p
H0	Không	21 (61,7%)	27 (77,1%)	< 0,05
	Nhẹ	4 (11,8%)	8 (22,9%)	> 0,05
	Vừa	9 (26,5%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-
H1	Không	20 (58,8%)	29 (82,9%)	< 0,05
	Nhẹ	11 (32,4%)	6 (17,1%)	> 0,05
	Vừa	3 (8,8%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-
H2	Không	23 (67,6%)	29 (82,9%)	< 0,05
	Nhẹ	9 (26,5%)	6 (17,1%)	> 0,05
	Vừa	2 (5,0%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-

H4	Không	26 (76,5%)	30 (85,7%)	< 0,05
	Nhẹ	7 (20,6%)	5 (14,3%)	> 0,05
	Vừa	1 (2,9%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-
H6	Không	27 (79,4%)	32 (91,4%)	< 0,05
	Nhẹ	7 (20,6%)	2 (5,7%)	> 0,05
	Vừa	0 (0%)	1 (2,9%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-
H8	Không	30 (88,2%)	28 (80%)	> 0,05
	Nhẹ	4 (11,8%)	7 (20%)	> 0,05
	Vừa	0 (0%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-
H12	Không	30 (88,2%)	27 (77,1%)	> 0,05
	Nhẹ	4 (11,4%)	8 (22,9%)	> 0,05
	Vừa	0 (0%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-
H18	Không	30 (88,2%)	28 (80%)	> 0,05
	Nhẹ	4 (11,4%)	7 (20%)	> 0,05
	Vừa	0 (0%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-
H24	Không	32 (94,1%)	30 (85,7%)	> 0,05
	Nhẹ	2 (6,2%)	5 (14,3%)	-
	Vừa	0 (0%)	0 (0%)	-
	Nặng	0 (0%)	0 (0%)	-

Không có BN nào ở cả hai nhóm ở tất cả các thời điểm hạn chế vận động khớp vai mức độ nặng. Hầu hết BN có tầm vận động khớp vai đầy đủ ở tất cả các thời điểm. Có 9 BN ở nhóm Para-Diclo hạn chế vận động khớp vai và cánh tay mức độ trung bình ở thời điểm ngay sau PT ở nhóm Para-Diclo, cao hơn có ý nghĩa so với không có BN nào ở nhóm Para-PECS ($p < 0,05$).

Từ thời điểm 8 giờ sau PT, không có BN nào hạn chế vận động khớp vai và cánh tay mức độ trung bình ở cả hai nhóm ($p > 0,05$).

3.5. Morphin giảm đau giải cứu

Bảng 5. Morphin giảm đau giải cứu

Đặc điểm		Nhóm Para-Diclo (n = 34)		Nhóm Para-PECS (n = 35)		p
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Giảm đau giải cứu	Có	10	29,4	1	2,9	< 0,05
	Không	24	70,6	34	97,1	

Tỷ lệ BN phải giải cứu morphin sau PT ở nhóm Para-Diclo là 29,4%, cao hơn nhóm Para-PECS là 2,9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tất cả các BN chỉ cần giải cứu morphin 1 lần với liều 3mg.

Bảng 6. Thời gian bắt đầu giảm đau giải cứu bằng morphin

Thời gian (giờ)	Nhóm Para-Diclo (n = 10)	Nhóm Para-PECS (n = 1)	p
± SD	1,53 ± 1,48	6,00 ± 0,0	< 0,05
Thời gian ngắn nhất	0	6	
Thời gian dài nhất	4	6	

Có 11 BN cần giảm đau giải cứu bằng morphin, thời gian bắt đầu giải cứu morphin ở nhóm Para-Diclo là $1,53 \pm 1,48$ giờ và ở nhóm Para-PECS là $6,00 \pm 0,0$ giờ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Thời gian cần bổ sung morphin giải cứu chủ yếu trong vòng 6 giờ đầu sau phẫu thuật.

3.6. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 7. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng	Nhóm Para-Diclo (n = 34)		Nhóm Para-PECS (n = 35)		p
	Số BN (n)	Tỷ lệ %	Số BN (n)	Tỷ lệ %	
Chất lượng rất tốt, rất hài lòng	12	35,3	27	77,1	< 0,05
Chất lượng tốt, hài lòng	22	64,7	8	22,9	> 0,05
Chất lượng khá, hài lòng vừa	0	0	0	0	-
Chất lượng trung bình, không than phiền	0	0	0	0	-
Chất lượng kém, không hài lòng	0	0	0	0	-

Tất cả các BN trong nghiên cứu đều hài lòng với kết quả giảm đau. Tỷ lệ BN rất hài lòng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm Para-PECS ($p < 0,05$).

3.7. Chất lượng hồi phục sau phẫu thuật

Bảng 8. Điểm QoR-15 sau phẫu thuật

Điểm QoR-15	Nhóm Para-Diclo (n = 34)	Nhóm Para-PECS (n = 35)	p
12 giờ	123,8, $\pm$ 3,3	133,0 $\pm$ 4,0	< 0,05
24 giờ	128,0 $\pm$ 3,5	129,1 $\pm$ 4,1	> 0,05

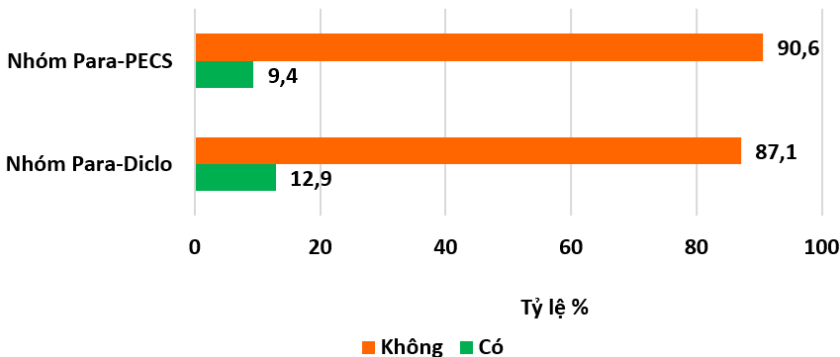
Điểm QoR-15 tại thời điểm 12 giờ đầu sau phẫu thuật ở nhóm Para-PECS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Para-Diclo ($p < 0,05$).

Điểm QoR-15 tại thời điểm 24 giờ sau PT tương tự nhau ở hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.8. Biến chứng trong và sau gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có các biến chứng tức thì liên quan đến quá trình gây tê PECS II như: tụ máu, tràn khí màng phổi và ngộ độc thuốc tê, nhiễm trùng vết phẫu thuật.

3.9. Hội chứng đau sau phẫu thuật cắt vú



Biểu đồ 1. Hội chứng đau sau phẫu thuật cắt vú

Có 7/63 trường hợp (11,1%) có hội chứng đau sau PT cắt vú. Trong đó, nhóm Para-PECS có 3/32 trường hợp (9,4%) với biểu hiện có cảm giác đau ở vùng ngực. Nhóm Para-Diclo có 4/31 trường hợp (12,9%) với 3 trường hợp có cảm giác đau ở vùng ngực và 1 trường hợp đau ở vùng nách. Tỷ lệ hội chứng đau sau PT cắt vú thấp hơn ở nhóm Para-PECS nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $52,2 \pm 13,1$ tuổi, chiều cao trung bình là $153,6 \pm 5,9$ cm, cân nặng trung bình là $52,1 \pm 6,8$ kg. Kết quả này phù hợp với đặc điểm nhân trắc học của người Việt Nam [6], [7] và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Điểm VAS trung bình khi nghỉ đều dưới < 3 và VAS vận động đều < 4 ở tất cả các thời điểm trong vòng 24 giờ đầu sau PT ở cả hai nhóm.

Điểm VAS khi nghỉ của nhóm Para-PECS thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Para-Diclo ở các thời điểm 0 giờ, 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ sau PT ($p < 0,05$), và tương tự giữa hai nhóm ở thời điểm 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ ($p > 0,05$). Điểm VAS vận động của nhóm Para-PECS thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Para-Diclo ở các thời điểm 0 giờ, 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ sau PT ($p < 0,05$), và tương tự giữa hai nhóm ở thời điểm 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ. Trong nghiên cứu của tác giả Pandey [8], 60 BN được chia thành hai nhóm, BN ở nhóm P (nhóm gây tê PECS II) được gây mê toàn thân kết hợp với gây tê PECS II, BN ở nhóm C (nhóm đối chứng) chỉ được gây mê toàn thân đơn thuần. Kết quả cho thấy, điểm VAS khi nghỉ thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm P so với nhóm C ở thời điểm 0,5 giờ, 1 giờ, 2 giờ và 4 giờ sau PT ($p < 0,05$). Điểm VAS khi nghỉ tương tự nhau ở 2 nhóm ở thời điểm 6 giờ, 12 giờ và 24 giờ sau PT. Điểm VAS khi vận động ở nhóm P thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm C ở thời điểm 0,5 giờ, 1 giờ, 2 giờ và 4 giờ sau PT. Điểm VAS vận động tương tự nhau giữa hai nhóm ở thời điểm 6 giờ, 12 giờ và 24 giờ. Thời gian giảm đau hiệu quả của gây tê PECS II kéo dài hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (kéo dài trung bình khoảng 8 giờ) do BN của chúng tôi được gây tê sau PT, trong khi các nghiên cứu khác đều được thực hiện trước PT. Do đó, hiệu quả giảm đau trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu khác và phù hợp với được động học của levobupivacain.

Chúng tôi phân loại tỉ lệ điểm VAS dưới hoặc bằng 3 điểm để khảo sát hiệu quả có ý nghĩa của các phương pháp. Để khảo sát giảm đau, sử dụng thang điểm VAS từ 0 - 10 điểm, điểm VAS > 3 là mức điểm đau trung bình ảnh hưởng có ý nghĩa về các hoạt động thông thường, tâm trạng, khả năng đi bộ và ngủ của BN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10/35 BN (28,6%) ở nhóm Para-Diclo phải giải cứu bằng morphin, cao hơn so với nhóm Para-PECS là 1/35 (2,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Tất cả các BN cần giải cứu morphin đều chỉ cần 1 lần giải cứu duy nhất với liều 3,0 mg.

Tuy nhiên khi phân tích thời điểm bắt đầu đau nhiều và cần giải cứu morphin thì chúng tôi ghi nhận thời gian trung bình ở nhóm Para-Diclo là $1,53 \pm 1,5$ giờ trong khi đó, BN ở nhóm Para-PECS cần giải cứu morphin ở thời điểm 6 giờ sau PT, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Điều này cũng phù hợp với thời gian kéo dài giảm đau của levobupivacain liều tiêm một lần duy nhất vào khoảng 6 - 12 giờ. Trong thời gian khi thuốc tê còn tác dụng thì hầu như BN không cần giải cứu morphin, trong khi đó các BN ở nhóm Para-Diclo cần phải giải cứu sớm hơn.

Thời điểm yêu cầu giảm đau đầu tiên ở nhóm Para-Diclo trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,5 giờ dài hơn có ý nghĩa khi so với kết quả của tác giả Thomas là $27,17 \pm 18,08$ phút ($p < 0,05$). Kết quả này do trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm Para-Diclo có dùng thêm paracetamol và diclofenac so với nghiên cứu của Thomas chỉ gây mê đơn thuần. Tiếp tục so sánh thời điểm yêu cầu giảm đau đầu tiên ở nhóm Para-PECS, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là 6 giờ, tương tự như kết quả của tác giả Thomas là $5,9 \pm 2,3$ giờ ($p > 0,05$) [9].

Đa số BN đánh giá phương pháp giảm đau có chất lượng tốt và hài lòng, với tỷ lệ ở nhóm Para-Diclo và nhóm tê lần lượt là 73,3% và 76,7%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có 3 BN ở nhóm Para-PECS rất hài lòng với phương pháp gây tê PECS II, nhóm Para-Diclo không có BN nào rất hài lòng. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Versyck, BN được giảm đau bằng gây tê PECS II có mức độ hài lòng khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng [10]. Tuy nhiên, có nhiều BN ở nhóm gây tê PECS hài lòng và rất hài lòng hơn khi so với nhóm đối chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm QoR-15 12 giờ sau PT ở nhóm Para-PECS là $133,0 \pm 4,0$ điểm, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Para-Diclo là $123,8 \pm 3,3$ điểm ($p < 0,05$). Điểm QoR-15 24 giờ sau PT tương tự nhau ở cả hai nhóm lần lượt là $128,0 \pm 3,5$ điểm ở nhóm Para-Diclo và $129,1 \pm 4,1$ điểm ở nhóm Para-PECS ($p > 0,05$). Theo nghiên cứu của tác giả Nair, gây tê PECS làm tăng điểm QoR-15 lên thêm 10,8 điểm so với nhóm không gây tê, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ BN hội chứng đau sau PT cắt vú đánh giá sau 6 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm Para-PECS là 9,4% và ở nhóm Para-Diclo là 12,9%. Tỷ lệ hội chứng đau sau PT cắt vú thấp hơn ở nhóm Para-PECS tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của tác giả De Cassai, tỷ lệ hội chứng đau sau PT cắt vú là

9,5% ở nhóm gây tê thấp hơn so với 18,8% ở nhóm đối chứng, tuy nhiên khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [11].

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

5.1.1 Hiệu quả giảm đau của gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước

Nhóm Para-PECS có điểm VAS nghỉ và VAS vận động trong vòng 8 giờ đầu sau phẫu thuật thấp hơn, có tỷ lệ điểm VAS ≤ 3 khi nghỉ và khi vận động cao hơn so với nhóm Para-Diclo.

- Tỷ lệ hội chứng đau sau PT cắt vú ở nhóm Para-PECS là 9,4%, ở nhóm Para-Diclo là 12,4%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước phối hợp với paracetamol làm giảm tỷ lệ và mức độ hạn chế vận động của khớp vai và cánh tay trong vòng 4 giờ đầu sau phẫu thuật so với nhóm paracetamol và diclofenac.

- Chất lượng hồi phục 12 giờ sau phẫu thuật ở

nhóm Para-PECS cao hơn so với nhóm Para-Diclo, tương tự nhau giữa hai nhóm ở thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật.

5.1.2. Lượng morphin tiêu thụ và các tác dụng không mong muốn

- Gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước phối hợp paracetamol làm giảm tỷ lệ bệnh nhân cần giảm đau giải cứu bằng morphin, kéo dài thời gian yêu cầu giảm đau giải cứu đầu tiên nhưng không làm giảm liều morphin sử dụng so với nhóm phối hợp paracetamol và diclofenac.

- Không ghi nhận trường hợp tai biến liên quan đến quá trình gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước như tụt máu, thủng màng phổi, ngộ độc thuốc tê, tăng huyết áp, hạ huyết áp, rối loạn nhịp.

5.2. Kiến nghị

Đối với bệnh nhân phẫu thuật cắt vú toàn bộ kèm nạo hạch nách do ung thư vú, chúng tôi kiến nghị thực hiện gây tê mặt phẳng cơ ngực và cơ răng trước thường quy như là một thành phần của giảm đau đa mô thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soerjomataram I., Bray F. (2021), "Planning for tomorrow: Global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070", *Nature Reviews Clinical Oncology*. 18(10), pp. 663-672.
2. WHO (2020), "The Global Cancer Observatory".
3. Afonso A. M., Newman M. I., Seeley N., et al. (2017), "Multimodal Analgesia in Breast Surgical Procedures: Technical and Pharmacological Considerations for Liposomal Bupivacaine Use", *Plastic and reconstructive surgery Global open*, 5(9), p. e1480.
4. Hussain N., Brull R., McCartney C. J. L., et al. (2019), "Pectoralis-II Myofascial Block and Analgesia in Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis", *Anesthesiology*. 131(3), pp. 630-648.
5. Blanco R., Fajardo M., Parras M. T. (2012), "Ultrasound description of Pecs II (modified Pecs I): a novel approach to breast surgery", *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 59(9), pp. 470-5.
6. Worlddata.infor (2023), "Average sizes of men and women".
7. Nguyễn Việt Dũng (2017), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp hóa chất trong ung thư vú có bộ ba thụ thể ER, PR và HER2 âm tính" *Luận án tiến sĩ y học chuyên ngành Gây mê hồi sức, Trường đại học Y Hà Nội*.
8. Neethu M., Pandey R. K., Sharma A., et al. (2018), "Pectoral nerve blocks to improve analgesia after breast cancer surgery: A prospective, randomized and controlled trial", *J Clin Anesth*. 45, pp. 12-17.
9. Thomas M., Philip F. A., Mathew A. P., et al. (2018), "Intraoperative pectoral nerve block (Pec) for breast cancer surgery: A randomized controlled trial", *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 34(3), pp. 318-323.
10. Versyck B., van Geffen G. J., Van Houwe P. (2017), "Prospective double blind randomized placebo-controlled clinical trial of the pectoral nerves (Pecs) block type II", *J Clin Anesth*. 40, pp. 46-50.
11. De Cassai A., Bonanno C., Sandei L., et al. (2019), "PECS II block is associated with lower incidence of chronic pain after breast surgery", *Korean J Pain*. 32(4), pp. 286-291.