

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG VÀ SAU PHÚC MẠC LẤY THẬN GHÉP Ở NGƯỜI HIẾN SỐNG

Nguyễn Thị Phụng¹, Phạm Văn Đông², Võ Văn Hiến^{3,*}

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu hiệu quả giảm đau đa mô thức trên người tình nguyện khỏe mạnh sau phẫu thuật lấy thận ghép bằng phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) trong hoặc sau phúc mạc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 người tình nguyện hiến thận (TNHT) sau phẫu thuật được sử dụng phương pháp giảm đau đa mô thức theo phác đồ chung bao gồm các thuốc paracetamol, nefopam và fentanyl đường tĩnh mạch bệnh nhân (BN) tự điều khiển (patient-controlled analgesia - PCA). Hiệu quả giảm đau được đánh giá thông qua thang điểm nhìn hình đồng dạng (visual analog scale - VAS); tổng lượng fentanyl tiêu thụ qua PCA. **Kết quả:** Tại thời điểm sau rút nội khí quản (NKQ), số người TNHT có điểm đau VAS < 4 (VAS = 2 hoặc 3) là 45 (80,36%) và VAS ≥ 4 (VAS = 4 hoặc 5) là 11 (19,64%); tại các thời điểm sau mổ từ H₀ - H₂₄: 100% người TNHT có VAS < 4; điểm đau VAS cao nhất tại thời điểm H₀ và H₁; không có sự khác biệt về điểm đau VAS giữa nhóm PTNS trong và ngoài phúc mạc (p > 0,05). Lượng fentanyl trung bình tiêu thụ qua PCA và tổng lượng fentanyl tiêu thụ trung bình để giảm đau trong 24 giờ là 60,2mcg và 288,9mcg. Người TNHT nhóm PTNS trong phúc mạc cần giảm đau bổ sung nhiều hơn so với nhóm sau phúc mạc đặc biệt tại thời điểm H₁ (10,3mcg so với 21,8mcg) và H₂ (23,9mcg so với 35mcg) (p > 0,05). **Kết luận:** Phương pháp giảm đau đa mô thức sử dụng paracetamol, nefopam và fentanyl PCA đường tĩnh mạch BN tự điều khiển có hiệu quả giảm đau tốt, là một lựa chọn ưu việt trong thực hành lâm sàng, giúp kiểm soát cơn đau ở người TNHT sau PTNS lấy thận ghép một cách hiệu quả.

Từ khóa: Giảm đau đa mô thức; Giảm đau bệnh nhân tự điều khiển (PCA); Phẫu thuật nội soi lấy thận ghép.

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

³Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Võ Văn Hiến (vanhien103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/5/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 20/7/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i6.384>

EFFICACY OF MULTIMODAL ANALGESIA IN LIVING KIDNEY DONORS AFTER INTRAPERITONEAL OR RETROPERITONEAL ENDOSCOPIC NEPHRECTOMY

Abstract

Objectives: To study the analgesic effect on living donors undergoing intra- or retroperitoneal laparoscopic nephrectomy. **Methods:** A descriptive cross-sectional study on 52 donors who were given multimodal analgesia postoperatively following the same process, including paracetamol, nefopam, and fentanyl PCA (patient-controlled analgesia), and were evaluated for pain level through the VAS (Visual Analog Scale); the amount of fentanyl consumed via PCA. **Results:** At the time of extubation, 45 (80.36%) kidney donors had VAS < 4; 11 donors (19.64%) had VAS $\geq$ 4. 100% of donors had VAS < 4 at the postoperative time points ($H_0 - H_{24}$). There was no difference between the two groups' VAS scores at the moment of extubation and at the postoperative time points ($p > 0.05$); the average amount of consumed fentanyl for postoperative pain relief within 24 hours via PCA and total were 60.2 and 228.9mcg, respectively. Donors operated on by the intraperitoneal laparoscopic nephrectomy needed more fentanyl than the remaining donors, especially at H_1 (10.3mcg vs. 21.8mcg) and H_2 (23.9mcg vs. 35mcg) ($p > 0.05$). **Conclusion:** The multimodal analgesia method, including intravenous paracetamol, nefopam, and fentanyl PCA has good efficacy and is a superior choice in clinical practice, assisting donors in controlling the pain after intraperitoneal or retroperitoneal laparoscopic nephrectomy effectively, safely, and with few complications.

Keywords: Multimodal analgesia; Patient-controlled analgesia (PCA); Endoscopic nephrectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lấy thận ghép từ người cho sống và ghép cho các BN suy thận giai đoạn cuối đã được chứng minh là an toàn và có hiệu quả vượt trội do mức độ xâm lấn tối thiểu, giảm thời gian nằm viện và thời gian phục hồi hoàn toàn sau phẫu thuật [1]. Mặc

dù PTNS đã được chứng minh gây đau ít hơn so với mổ mở nhưng thực tế cho thấy người TNHT được phẫu thuật nội soi cắt thận vẫn phải chịu những cơn đau đáng kể sau phẫu thuật, đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật và cần phải điều trị bằng opioid. Có nhiều phương pháp để giảm đau sau PTNS

lấy thận ghép được áp dụng như sử dụng các thuốc giảm đau non-steroid, opioid đường tĩnh mạch, gây tê ngoài màng cứng truyền liên tục hoặc có kết hợp BN tự điều khiển. Hiện nay, các bác sỹ có xu hướng phối hợp nhiều biện pháp để tăng cường hiệu quả giảm đau đồng thời giảm thiểu các tác dụng phụ của mỗi phương pháp nói trên. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp giảm đau đa mô thức, là phương pháp sử dụng nhiều loại thuốc giảm đau có tính chất dược lý khác nhau tác động vào các thụ thể khác nhau dọc theo con đường giảm đau với mục tiêu cải thiện khả năng giảm đau đồng thời giảm các tác dụng phụ liên quan đến từng loại thuốc đó [2]. Hiện nay, ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu đề cập đến nội dung này; vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá hiệu quả giảm đau đa mô thức sau PTNS lấy thận ghép ở người TNHT.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

52 người TNHT được PTNS lấy thận hiến tại Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 02/2021 - 7/2022.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Người TNHT đáp ứng đủ các tiêu chuẩn

người cho thận được quy định tại Quy trình kỹ thuật ghép thận từ người cho sống (Ban hành kèm theo Quyết định số 43/2006/QĐ-BYT ngày 29/12/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế) [3].

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Người TNHT có chống chỉ định về phương pháp vô cảm và giảm đau được sử dụng trong phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Các bước tiến hành:*

- Bước 1: Chọn người TNHT vào nhóm nghiên cứu: Người TNHT trước phẫu thuật được nghiên cứu viên tư vấn phương pháp giảm đau định liều tự sử dụng, lợi ích và các tác dụng phụ không mong muốn có thể xảy ra. Người TNHT đồng ý và ký vào bản cam kết tham gia nghiên cứu.

Để so sánh và phân tích sâu hơn về tính chất, mức độ đau sau mổ của 2 phương pháp mổ đang áp dụng cho PTNS lấy thận ghép, sau khi PTV chỉ định phương pháp phẫu thuật, nhóm nghiên cứu phân nhóm người TNHT thành 2 nhóm: Nhóm PTNS lấy thận trong phúc mạc ($n = 28$) và nhóm PTNS lấy thận ngoài phúc mạc ($n = 28$). Việc chọn mẫu của 2 nhóm nghiên cứu thực hiện theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện (lấy đủ 28 người TNHT cho mỗi nhóm thì dừng lại).

- Bước 2: Gây mê, phẫu thuật lấy thận tại phòng mổ.

Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên, lắp monitor theo dõi các thông số chức năng sống cơ bản. Tất cả người TNHT được gây mê nội khí quản theo phác đồ thống nhất: Khởi mê: propofol 1,5 - 2,5 mg/kg; fentanyl 2 - 5 mg/kg; rocuronium 1 mg/kg, đặt nội khí quản và thông khí cơ học tần số 12 lần/phút, Vt: 6 - 8 mL/kg. Duy trì mê cân bằng với sevoflurane, fentanyl, rocuronium. Trước khi đóng da 30 phút, truyền tĩnh mạch chậm paracetamol 1 g/100mL, nefopam 20mg pha trong 100mL natriclorua 0,9% truyền tĩnh mạch chậm. Hóa giải dẫn cơ bằng sugammadex 2 mg/kg khi TOF = 2. Người TNHT được chuyển đến theo dõi tại phòng hồi tỉnh, rút nội khí quản khi đủ tiêu chuẩn.

- Bước 3: Tại phòng hồi tỉnh: Tất cả người TNHT sau mổ được sử dụng thống nhất phác đồ giảm đau đa mô thức đường tĩnh mạch bao gồm các thuốc paracetamol, nefopam và PCA fentanyl theo phác đồ như sau:

Paracetamol 1g/100mL, truyền tĩnh mạch trong 20 phút, cách nhau mỗi 8 giờ, bắt đầu 8 giờ sau liều đầu trong phòng mổ.

Nefopam 20mg pha trong 100mL natriclorua 0,9% truyền tĩnh mạch trong 20 phút, cách mỗi 8 giờ, bắt đầu 8 giờ sau liều đầu trong phòng mổ.

Khi đã rút ống nội khí quản và thức tỉnh, thực hiện được y lệnh:

Sử dụng bơm tiêm PCA AutoMed - 3400: Dung dịch giảm đau gồm: 500 mcg fentanyl với dung dịch natriclorua 0,9% vừa đủ 100mL (nồng độ Fentanyl 5 mcg/mL). Cài đặt máy PCA với liều nền 1 mL/giờ (5 mcg/giờ), liều bolus 10 mcg (2mL), thời gian khóa 10 phút. Nếu thang điểm VAS ≥ 4 , người TNHT được chuẩn độ fentanyl: tiêm tĩnh mạch 25 mcg fentanyl sau mỗi 5 phút cho đến khi đạt VAS < 4 . Nếu thang điểm VAS < 4 thì không tiến hành chuẩn độ, khởi động hệ thống PCA fentanyl tĩnh mạch.

Thu thập và phân tích dữ liệu: Người TNHT được theo dõi tại hậu phẫu và ghi vào phiếu thu thập các số liệu về chức năng sống, mức độ đau khi nghỉ ngơi theo thang điểm VAS, tổng lượng fentanyl tiêu thụ trong 24 giờ đầu sau mổ. Các thời điểm đánh giá được xác định cụ thể như sau: Sau khi rút ống NKQ (chưa khởi động PCA); H₀ (Thời điểm bắt đầu khởi động PCA); H₁ (Sau khi khởi động PCA 1 giờ); H₂ (Sau khi khởi động PCA 2 giờ); H₆ (Sau khi khởi động PCA 6 giờ); H₁₂ (Sau khi khởi

động PCA 12 giờ); H₁₈ (Sau khi khởi động PCA 18 giờ); H₂₄ (Sau khi khởi động PCA 24 giờ).

Thang điểm VAS và cách đánh giá: Thang điểm VAS là thang điểm “Nhìn” dùng để đo mức độ đau của cơ thể bằng cách đo phản ứng tâm lý thông qua thị giác. Thang có điểm từ 1 (không đau) - 10 (đau dữ dội). Trong đánh giá đau, điểm VAS < 4 được gọi là giảm đau có hiệu quả; VAS ≥ 4 được coi là giảm đau chưa hiệu quả, BN cần được dùng thêm thuốc điều trị đau [4, 5].

* *Xử lý số liệu:* Các số liệu được xử lý thống kê và phân tích bằng phần

mềm SPSS 20. Các biến định lượng được thống kê dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$); các biến định tính dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Phép kiểm T-student khi so sánh sự khác biệt trung bình của hai biến định lượng; phép kiểm Chi bình phương để so sánh sự khác biệt của các biến định tính.

3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học và được chấp thuận nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh (Quyết định số 48/PHPN-HĐ ngày 12/4/2021).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm người TNHT trong nghiên cứu.

Đặc điểm chung	Nhóm chung (n = 56)	Sau PM (n = 28)	Trong PM (n = 28)	p
Tuổi trung bình (năm)	45,5 ± 9,2 (28 - 67)	41,8 ± 8 (28 - 58)	49,2 ± 10 (30 - 67)	> 0,05
Cân nặng trung bình (kg)	59,05 ± 7,3 (45 - 80)	59,2 ± 7 (49 - 76)	58,9 ± 8 (45 - 80)	> 0,05
Không hút thuốc lá	28 (100%)	28 (100%)	28 (100%)	> 0,05
Không say tàu xe	28 (100%)	28 (100%)	28 (100%)	> 0,05

Bảng 2. Các đặc điểm liên quan đến gây mê.

Đặc điểm	Nhóm chung (n = 56)	Sau PM (n = 28)	Trong PM (n = 28)	p	
ASA	I	33 (59,9%)	16 (57,1%)	17 (60,7%)	> 0,05
	II	23 (41,1%)	12 (42,9%)	11 (39,3%)	> 0,05
TG phẫu thuật trung bình (phút) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	200 $\pm$ 39,15 (120 - 280)	200 $\pm$ 39,56 (120 - 260)	200 $\pm$ 38,75 (140 - 280)		> 0,05
Lượng thuốc tiêu thụ trong quá trình gây mê					
Propofol (mg) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	127 $\pm$ 26,13 (70 - 200)	130 $\pm$ 25,76 (100 - 200)	124 $\pm$ 28,54 (70 - 200)		> 0,05
Fentanyl (mcg) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	232,5 $\pm$ 36,23 (150 - 300)	228 $\pm$ 37,14 (150 - 300)	237 $\pm$ 35,12 (200 - 300)		> 0,05
Rocuronium (mg) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	92,34 $\pm$ 23,54 (60 - 150)	94,12 $\pm$ 24,34 (60 - 170)	90,56 $\pm$ 23,12 (60 - 150)		> 0,05
Sugamedex (mg) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	100 $\pm$ 0	100 $\pm$ 0	100 $\pm$ 0		> 0,05
Thời gian rút NKQ (phút) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	21,75 $\pm$ 6,1 (10 - 35)	21,4 $\pm$ 6,2 (10 - 30)	22,1 $\pm$ 6,1 (10 - 35)		> 0,05

Bảng 3. Điểm VAS sau rút NKQ.

Điểm VAS	Nhóm chung (n = 56) n (%)	Sau PM (n = 28) n (%)	Trong PM (n = 28) n (%)	p
2	1 (1,79%)	1 (3,57%)	0 (0%)	> 0,05
3	44 (78,57%)	24 (85,71%)	20 (71,43%)	
4	7 (12,50%)	1 (3,57%)	6 (21,43%)	
5	4 (7,14%)	2 (7,14%)	2 (7,14%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
$\bar{X} \pm SD$	3,37 $\pm$ 0,6	3,14 $\pm$ 0,6	3,36 $\pm$ 0,6	> 0,05

Sau rút NKQ, số người TNHT có điểm VAS < 4 là 45 (80,36%); số người có điểm VAS $\geq$ 4 là 11 (19,64%). Hai nhóm PTNS trong và sau phúc mạc không có sự khác biệt về điểm đau VAS tại thời điểm này ($p > 0,05$).

Bảng 4. Điểm VAS tại các thời điểm sau mổ.

Thời điểm	Điểm VAS	Nhóm chung (n = 56)		Sau PM (n = 28)		Trong PM (n = 28)		p
		n	%	n	%	n	%	
H ₀	2	3	5,4%	1	3,6%	2	7,1%	> 0,05
	3	53	94,6%	27	96,4%	26	92,9%	
H ₁	2	10	17,9%	4	14,3%	6	21,4%	> 0,05
	3	46	82,1%	24	85,7%	22	78,6%	
H ₂	2	13	23,2%	4	14%	9	32%	> 0,05
	3	43	76,8%	24	86%	19	68%	
H ₆	2	13	23,2%	4	14%	9	32%	> 0,05
	3	43	76,8%	24	86%	19	68%	
H ₁₂	2	39	69,6%	16	57%	23	82%	> 0,05
	3	17	30,4%	12	48%	5	18%	
H ₁₈	2	33	58,9%	13	46%	20	71%	> 0,05
	3	23	41,1%	15	54%	8	29%	
H ₂₄	2	25	44,6%	10	39%	15	54%	> 0,05
	3	31	55,4%	18	61%	13	46%	

Điểm VAS của tất cả các BN sau phẫu thuật đều < 4; sự khác biệt về điểm VAS giữa 2 nhóm trong và ngoài phúc mạc không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Lượng fentanyl tiêu thụ thêm qua sử dụng PCA và tổng lượng fentanyl sử dụng (mcg).

Thời điểm	Thuốc giảm đau	Nhóm chung (n = 56)	Sau PM (n = 28)	Trong PM (n = 28)	p
H ₀	Fentanyl tiêu thụ thêm (mcg)	0	0	0	
	Tổng tiêu thụ fentanyl (mcg)	12,9 ± 3,0	9,8 ± 3,0	16 ± 3,0	> 0,05
H ₁	Fentanyl tiêu thụ thêm (mcg)	16,1 ± 1,4	10,3 ± 1,4	21,8 ± 1,5	< 0,05
	Tổng tiêu thụ fentanyl (mcg)	29,2 ± 4,2	20,8 ± 4,3	37,6 ± 4,2	< 0,05
H ₂	Fentanyl tiêu thụ thêm (mcg)	29,5 ± 12	23,9 ± 12	35 ± 13	< 0,05
	Tổng tiêu thụ fentanyl (mcg)	58,7 ± 29,8	44,5 ± 29,6	72,9 ± 30	< 0,05
H ₆	Fentanyl tiêu thụ thêm (mcg)	48,9 ± 14,5	45,4 ± 13,1	52,3 ± 18,2	> 0,05
	Tổng tiêu thụ fentanyl (mcg)	107,3 ± 42,5	89,2 ± 41,3	125,3 ± 44,2	< 0,05
H ₁₂	Fentanyl tiêu thụ thêm (mcg)	58,9 ± 19,2	57,3 ± 20,2	60,5 ± 18,4	> 0,05
	Tổng tiêu thụ fentanyl (mcg)	168 ± 59,4	147,5 ± 56,6	188,4 ± 61,4	< 0,05
H ₁₈	Fentanyl tiêu thụ thêm (mcg)	61,1 ± 20,2	58,14 ± 24,12	64,0 ± 18,5	> 0,05
	Tổng tiêu thụ fentanyl (mcg)	229,0 ± 77,3	205,4 ± 76,2	252,6 ± 78,1	< 0,05
H ₂₄	Fentanyl tiêu thụ thêm (mcg)	60,2 ± 20,2	58,13 ± 23,23	62,2 ± 18,2	> 0,05
	Tổng tiêu thụ fentanyl (mcg)	288,9 ± 97,0	263,3 ± 97,1	314,5 ± 96,2	> 0,05

Tất cả các BN sau phẫu thuật đều phải dùng thêm fentanyl để giảm đau. Tổng lượng thuốc fentanyl phải dùng thêm có sự khác biệt giữa hai nhóm trong và ngoài phúc mạc tại các thời điểm H1, H2, H6, H12 và H18 ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

Tương tự như các nghiên cứu về chống đau khác trong phẫu thuật, chúng tôi đánh giá hiệu quả giảm đau đa mô thức được áp dụng trên người TNHT sau phẫu thuật lấy thận ghép dựa trên hai tiêu chí là điểm đau theo

thang điểm VAS (từ 0 - 10) và lượng fentanyl tiêu thụ thêm qua PCA [4, 5]. Theo kết quả tại bảng 3, điểm VAS trung bình của tất cả người TNHT ngay sau rút NKQ (thời điểm chưa khởi động PCA) là $3,25 \pm 0,6$; trong đó số người TNHT có điểm đau VAS < 4

(VAS = 2 hoặc 3) là 80,36% và VAS $\geq$ 4 (VAS = 4 hoặc 5) là 19,64%. Điều này chứng tỏ mặc dù được tiến hành dưới PTNS với mức độ can thiệp tối thiểu, được dùng các thuốc giảm đau trong mổ và 30 phút trước khi kết thúc cuộc mổ (paracetamol và nefopam) nhưng đã có một tỷ lệ người TNHT xuất hiện đau ngay sau khi rút ống NKQ và cần phải sử dụng thêm thuốc giảm đau opioid. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng tại thời điểm này, giữa hai nhóm PTNS trong và sau phúc mạc không có sự khác biệt về mức độ đau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về hiệu quả và mức độ đau sau mổ của người TNHT tại các thời điểm sau mổ từ H₀ - H₂₄ được đánh giá thông qua điểm đau VAS (Bảng 4) cho thấy 100% các trường hợp người TNHT có điểm đau VAS = 2 hoặc 3. Điều này chứng tỏ hiệu quả giảm đau rất tốt của phương pháp giảm đau đa mô thức cho người TNHT sau PTNS. Nghiên cứu của Ewan Mc Nicol xem xét các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng về giảm đau tĩnh mạch liên tục có kiểm soát của BN so với giảm đau opioid thông thường để điều trị đau sau phẫu thuật. Các phân tích tổng hợp được thực hiện về các kết quả bao gồm hiệu quả giảm đau được đánh giá bằng thang điểm VAS, mức tiêu thụ thuốc giảm đau, sự hài lòng của BN, thời gian nằm viện và các tác dụng phụ. Kết quả

ghi nhận 55 nghiên cứu với 2023 BN sử dụng PCA và 1838 BN thuộc nhóm đối chứng. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng PCA cung cấp khả năng kiểm soát cơn đau tốt hơn và sự hài lòng của BN hơn so với giảm đau thông thường theo đường tiêm 'khi cần thiết' [6].

Nghiên cứu của Savran-Karadeniz M đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của 40 BN cắt thận nội soi qua phúc mạc và sau phúc mạc. BN được truyền liên tục hỗn hợp dung dịch 0,1% bupivacain và 1 μ g/mL fentanyl tốc độ 5 mL/h qua đường ngoài màng cứng. Kết quả ghi nhận điểm số VAS khi nằm yên sau mổ 30 phút, 2 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ không khác biệt giữa hai nhóm. Cả hai nhóm, điểm VAS cao nhất được ghi nhận vào thời điểm 0 và 1 giờ sau khi phẫu thuật, sau đó mức độ đau giảm dần và có cảm giác dễ chịu hơn từ giờ thứ 18 ở cả hai nhóm [7].

Như trong phần trình bày ở trên, nghiên cứu của chúng tôi so sánh điểm đau VAS tại các thời điểm sau mổ giữa hai nhóm PTNS sau và trong phúc mạc, ghi nhận hiệu quả giảm đau rất tốt trong nhóm nghiên cứu chung và không có sự khác biệt về mức độ điểm đau VAS giữa hai nhóm nghiên cứu. Để so sánh và đánh giá sâu hơn giữa hai nhóm, chúng tôi theo dõi thêm lượng fentanyl được tiêu thụ thêm và

tổng liều fentanyl được sử dụng tại các thời điểm sau mổ. Ngoài lượng paracetamol và nefopam được sử dụng như nhau ở tất cả người TNHT, theo kết quả tại bảng 5 thì lượng fentanyl phải bổ sung trung bình trong 24 giờ cho người TNHT sau mổ nội soi lấy thận là 288,9mcg. Tại thời điểm H_0 , không có trường hợp nào sử dụng thêm liều fentanyl giảm đau, do đây là thời điểm sớm ngay sau giai đoạn chuẩn độ, các trường hợp có đau đã được bổ sung liều fentanyl cấp cứu trước đó. Tại các thời điểm H_1 , H_2 có sự khác biệt rõ rệt về lượng fentanyl sử dụng qua PCA, trong nhóm PTNS sau phúc mạc sử dụng ít hơn đáng kể so với trong phúc mạc ($p < 0,05$). Tại thời điểm H_6 , H_{12} , H_{18} lượng fentanyl qua PCA tiêu thụ trong nhóm PT sau phúc mạc ít hơn so với nhóm PT trong phúc mạc; tuy nhiên, sự khác biệt này không có nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên do lượng fentanyl bổ sung thêm tại thời điểm H_1 , H_2 giữa hai nhóm có sự khác biệt nên tổng lượng fentanyl qua PCA tính từ khi bắt đầu trong nhóm PTNS sau phúc mạc vẫn thấp hơn PTNS trong phúc mạc ($p < 0,05$). Có thể là do PTNS trong phúc mạc lấy thận ghép có mức độ xâm lấn nhiều hơn, ảnh hưởng đến nhiều tạng trong ổ bụng nên sau mổ người TNHT thường có mức độ đau cao hơn so với PTNS sau phúc mạc [1,7].

Tác giả Chauhan (2018) thực hiện một nghiên cứu hồi cứu ngẫu nhiên có đối chứng ở 50 người TNHT cũng ghi nhận kết quả tương tự với nhóm PTNS sau PM có nhu cầu giảm đau ít hơn (186 - 51,07mcg so với 254 - 62,7mcg, $p = 0,000$) và thời gian hậu phẫu ngắn hơn (7 - 3 ngày so với 10,7 - 3,3 ngày, $p = 0,00$). Từ đó cho thấy rằng cách tiếp cận sau PM làm giảm đáng kể cơn đau sau phẫu thuật và nhanh chóng phục hồi khi so sánh với cách tiếp cận trong PM những người hiến thận được phẫu thuật nội soi cắt thận [8].

KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau đa mô thức sử dụng các thuốc giảm đau bao gồm paracetamol, nefopam và fentanyl đường tĩnh mạch BN tự điều khiển có hiệu quả giảm đau tốt, là một lựa chọn ưu việt trong thực hành lâm sàng, giúp bác sĩ gây mê kiểm soát đau ở người TNHT sau PTNS trong hoặc sau phúc mạc lấy thận ghép một cách hiệu quả, ít biến chứng.

Lời cảm ơn: Xin trân trọng cảm ơn Đảng uỷ, Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Nghiên cứu khoa học, Khoa Dược - Bệnh viện Chợ Rẫy; PGS.TS. Thái Minh Sâm cùng tập thể anh, chị, em nhân viên Khoa Gây mê Hồi sức và khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy đã giúp đỡ chúng tôi tận tình trong quá trình thực

hiện đề tài. Chúng tôi xin cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu. Xin cảm ơn đối tượng nghiên cứu là những người tình nguyện hiến thận đã tham gia đầy đủ quy trình nghiên cứu, gián tiếp đóng góp thành công của nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Quý Thuận. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận để ghép trên người cho sống tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Luận án Tiến sĩ y học*. 2012. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

2. Hinthar A, Nakoneshny SC, Chandarana SP, Matthews TW, Hart R, Schrag C, Matthews J, McKenzie CD, Fick GH, Dort JC. Efficacy of Multimodal Analgesia for Postoperative Pain Management in Head and Neck Cancer Patients. *Cancers (Basel)*. 2021; 13(6): 1266. DOI:10.3390/cancers13061266. PMID: 33809273; PMCID: PMC7999688.

3. Bộ y tế. Quy trình kỹ thuật ghép thận từ người cho sống (Ban hành kèm theo Quyết định số 43 /2006/QĐ-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

4. Nguyễn Toàn Thắng. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng và tác dụng không mong muốn của Fentanyl, Morphin, Morphin-Ketamin tĩnh mạch theo phương pháp BN tự

kiểm soát. *Luận án Tiến sĩ y học*. 2016. Đại học Y Hà Nội.

5. DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, Stiff JL. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesth Analg*. 1998; 86(1): 102-106. DOI:10.1097/0000539-199801000-00020. PMID: 9428860.

6. McNicol ED, Ferguson MC, Hudcova J. Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 6: CD003348. DOI: 10.1002/14651858.CD003348.pub3.

7. Savran-Karadeniz M, Kisa I, Salviz EA, et al. Can surgical approach affect postoperative analgesic requirements following laparoscopic nephrectomy: Transperitoneal versus retroperitoneal? A prospective clinical study. *Arch Esp Urol*. 2017; 70(6): 603-611.

8. Neelam Chauhan, Deepesh Benjamin Kenwar, Navdeep Singh, Sarbpreet Singh, Ashish Sharma, Kunal Kapoor, and Sandeep Kumar. Retroperitoneal Single Port Versus Transperitoneal Multiport Donor Nephrectomy: A Prospective Randomized Control Trial. *Journal of Endourology*. 2018; 32(6): 496-501. <http://doi.org/10.1089/end.2017.0829>.