

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG HAI BÊN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM Ở NGƯỜI BỆNH CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

Lưu Xuân Võ^{1,✉}, Nguyễn Duy Khánh¹, Nguyễn Thị Hạnh Thúy¹
Trần Thanh Hùng¹, Nguyễn Thanh Huyền¹, Lê Văn Tiến¹
Nguyễn Thị Linh¹, Nguyễn Lương Bằng¹, Vũ Hoàng Phương^{1,2}
Phạm Quang Minh^{1,2}, Nguyễn Hữu Tú^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau trong và sau mổ của gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên dưới hướng dẫn của siêu âm cho người bệnh cắt túi mật nội soi. Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, mù đơn trên 80 người bệnh được cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6/2025 đến tháng 10/2025. Người bệnh được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm là nhóm được gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên và gây tê chân lỗ trocar. Các biến số nghiên cứu bao gồm liều opioid trong và sau mổ, điểm đau VAS khi vận động, nghỉ ngơi, tỉ lệ nôn, buồn nôn sau mổ, tần số tim, huyết áp trước trong và sau mổ. Kết quả cho thấy ở nhóm được gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên sử dụng fentanyl trong mổ ít hơn (147,50mcg với 236,25mcg), tiêu thụ morphin sau mổ ít hơn (0,58mg so với 1,53mg), điểm VAS trung bình khi vận động và nghỉ ngơi sau mổ thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm gây tê chân lỗ trocar.

Từ khóa: Giảm đau, gây tê cơ vuông thắt lưng, hướng dẫn siêu âm, cắt túi mật nội soi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi ngày càng trở thành phương pháp được sử dụng thường quy thay cho phẫu thuật mở trước đây do có nhiều ưu điểm vượt trội như mau lành vết thương, ít đau hơn, giảm thời gian nằm viện và ít nguy cơ tắc ruột sau phẫu thuật và có thể cân nhắc ra viện trong ngày.¹ Tuy nhiên, đau sau phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung và cắt túi mật nói riêng hiện nay chưa được quan tâm đúng mức dù mức độ đau so với phương pháp phẫu thuật mở truyền thống là ít hơn. Nghiên cứu của Hayun Lee và cộng sự năm 2024 ở Anh trên người bệnh sau phẫu thuật cắt túi mật

nội soi 12 tháng cho thấy tỉ lệ đau mạn tính là 29% (54/189), và 63% (34/54) người bệnh là do kiểm soát đau chưa tốt sau phẫu thuật, số người bệnh đau thành bụng là 54% (29/54), đau tạng là 46% (25/54).² Trên thế giới hiện đã có nhiều các nghiên cứu về giảm đau cho phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung và cắt túi mật nói riêng với nhiều phương pháp như QLB, ESPB, TAPB, tê thẩm chân lỗ trocar...^{3,4} Các nghiên cứu cho thấy rằng gây tê cơ vuông thắt lưng thì có hiệu quả giảm đau rõ rệt so với việc dùng giảm đau tĩnh mạch đơn thuần hay tê thẩm tại chân trocar, thậm chí ở một số nghiên cứu còn cho thấy hiệu quả giảm đau tương đương ESPB và bằng hoặc tốt hơn so với TAPB.^{5,6} Ở Việt Nam hiện nay, dù đã có một số các nghiên cứu về giảm đau cho người bệnh cắt túi mật nội soi như Bùi Tiến Hưng và cộng sự tiến hành điện châm cho người bệnh, hay Trần Tuấn Anh

Tác giả liên hệ: Lưu Xuân Võ

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: luuxuanvo@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 22/10/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

sử dụng lidocain truyền tĩnh mạch nhưng chưa có các nghiên cứu về hiệu quả của gây tê vùng đặc biệt là QLB, ESPB, TAPB.⁷ Hiện nay trên thế giới tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) đang được triển khai rộng rãi, một trong các biện pháp đó là giảm liều opioid trong và sau phẫu thuật để hạn chế các tác dụng không mong muốn của opioid như nôn, buồn nôn, tăng đau mạn tính sau phẫu thuật, đồng thời sử dụng giảm đau đa mô thức kết hợp các phương pháp gây tê vùng và giảm đau tĩnh mạch để giúp người bệnh có thể ngồi dậy và vận động sớm. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau trong, sau mổ và một số tác dụng không mong muốn của gây tê cơ vuông thất lưng (quadratus lumborum block - QLB) hai bên dưới hướng dẫn siêu âm cho người bệnh cắt túi mật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu 80 người bệnh được tiến hành cắt túi mật nội soi từ tháng 6/2025 - 10/2025 với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được tiến hành cắt túi mật nội soi theo chương trình.

- Tuổi ≥ 18 tuổi.
- ASA I-III.
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm túi mật cấp.
- Phẫu thuật nội soi chuyển mổ.
- Phẫu thuật vùng bụng nhiều lần.
- Tiền sử nghiện rượu.
- Đau mạn tính vùng bụng.
- Bệnh lý nội khoa chưa ổn định: suy tim cấp, viêm phổi...

- Tiền sử dị ứng với các thuốc gây tê.

- Người bệnh không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, mù đơn đối với người bệnh.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2025-10/2025 tại trung tâm Gây mê Hồi sức và Quản lý đau - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức cho nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times 2 \times \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Trong đó:

+ Với mức sai số có ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$.

+ Với sai số loại 2 là β thì $\text{power} = 1 - \beta = 0,8$ thì $Z = 0,84$.

Theo nghiên cứu của Ashraf Nabil Saleh và cộng sự năm 2025 trên 70 người bệnh mổ cắt túi mật nội soi so sánh phương pháp giảm đau bằng QLB và tê thẩm tại lỗ trocar thì $\mu_1 = 4$, $\mu_2 = 3$ với $\sigma = 2$ thì tính được cỡ mẫu cho mỗi nhóm là 32 người bệnh, chúng tôi cộng thêm tỉ lệ mất mẫu là 10% thì số người bệnh cho mỗi nhóm ít nhất là 36 người bệnh, thực tế chúng tôi đã nghiên cứu được 40 người bệnh mỗi nhóm:⁸

- Nhóm C: 40 người bệnh được gây tê thẩm tại lỗ trocar bằng ropivacain 0,33%, mỗi 5ml/1 lỗ trocar (tổng 3 lỗ).

- Nhóm Q: 40 người bệnh được gây tê cơ vuông thất lưng 2 bên dưới hướng dẫn của siêu âm với thuốc ropivacin nồng độ 0,33% và thể tích 15 ml mỗi bên.

Người bệnh được chia nhóm ngẫu nhiên theo phần mềm tại <https://www.randomizer.org/>.

Quy trình nghiên cứu

Tất cả người bệnh sẽ được tiến hành khám trước gây mê tại phòng khám mê trước phẫu thuật từ ≥ 7 ngày. Các bác sĩ gây mê sẽ khám và khai thác tiền sử người bệnh, các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm để điều trị ổn định các bệnh lý đã có hoặc mới phát hiện, nếu tình trạng nội khoa chưa đủ điều kiện thì sẽ tiếp tục được điều trị ổn định, những thuốc cần ngừng trước phẫu thuật sẽ được hội chẩn các chuyên khoa để có phác đồ phù hợp. Bác sĩ gây mê sẽ khám và giải thích các phương pháp vô cảm cũng như phương pháp giảm đau có thể sử dụng cho người bệnh sau phẫu thuật.

Trước phẫu thuật một ngày, các người bệnh sẽ được gọi nhập viện, các bác sĩ gây mê khám và đánh giá lại người bệnh trước phẫu thuật, giải thích cụ thể về nghiên cứu.

Ngày phẫu thuật, người bệnh được đưa lên khu phẫu thuật - nhà A5 (thuộc Trung tâm Gây mê Hồi sức và Quản lý đau), bác sĩ gây mê sẽ tiến hành bốc thăm chọn ngẫu nhiên người bệnh bằng trang web <https://www.randomizer.org/> vào nhóm can thiệp sử dụng giảm đau cơ vuông thắt lưng (nhóm Q) và nhóm chứng sử dụng tê thẩm lỗ trocar (nhóm C). Người bệnh được gây mê toàn thân với liều fentanyl liều 2 mcg/kg, propofol 2 mg/kg, rocuronium 0,8 mg/kg, đặt nội khí quản khi đủ điều kiện, người bệnh được duy trì mê bằng sevofluran với MAC 0,8 - 1%.

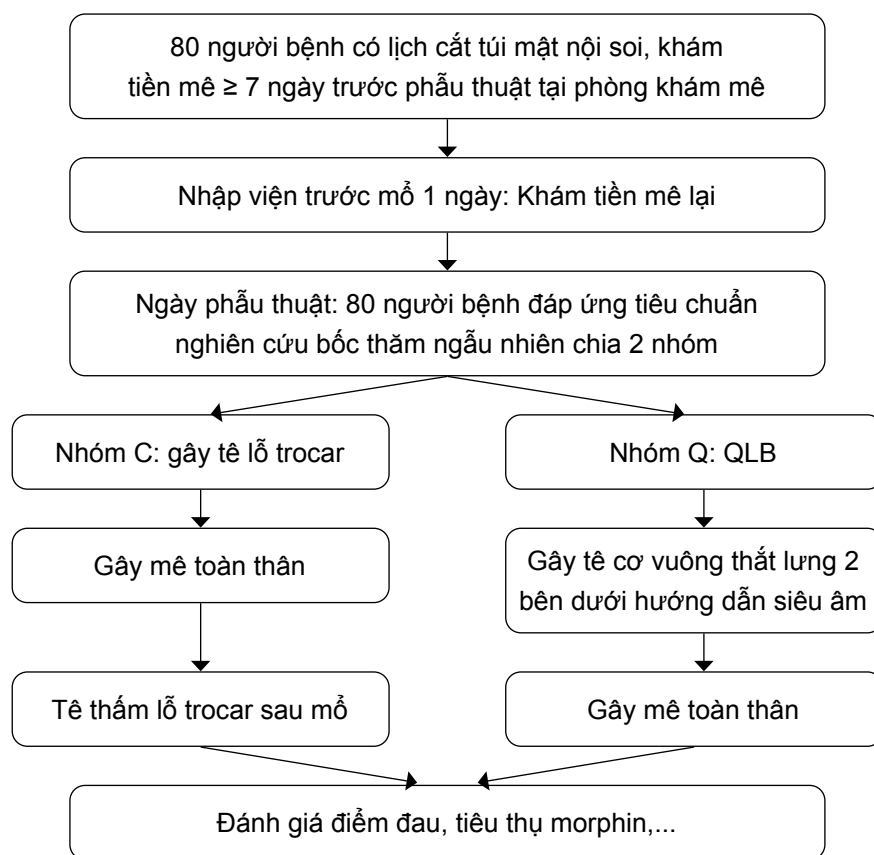


Hình 1. Tư thế và hình ảnh cơ vuông thắt lưng trên siêu âm

Người bệnh nhóm Q sẽ được tiến hành làm giảm đau cơ vuông thắt lưng (QLB) dưới hướng dẫn siêu âm trước khi gây mê, kỹ thuật này được thực hiện bởi bác sĩ gây mê có kinh nghiệm về gây tê vùng. Người bệnh được đặt ở vị trí nằm nghiêng, đầu gối cong, đầu gối được đặt thẳng đứng dọc trên mào chậu (hình 1), kim gây tê được đưa vào mặt phẳng từ cạnh sau của đầu gối cong qua QL theo hướng trước giữa, thuốc tê sau đó được tiêm vào khoang phía sau cơ vuông thắt lưng.

Các trường hợp nhóm C sẽ được nhắc lại fentanyl trước khi rạch da với liều 1mcg/kg và

được gây tê thẩm tại chân 3 lỗ trocar bởi phẫu thuật viên khi kết thúc cuộc mổ. Người bệnh được ngừng thuốc mê khi khâu xong mũi khâu cuối cùng, sau đó chuyển người bệnh ra hồi tỉnh theo dõi và rút ống nội khí quản tại đó. Cả 2 nhóm sẽ được truyền giảm đau tĩnh mạch với liều paracetamol 1g và ketorolac 30mg ngay sau khi đóng da và sau đó sẽ truyền mỗi 8 giờ với liều nhắc lại. Những trường hợp đau nhiều sau mổ cần thêm giảm đau sẽ được chuẩn độ morphin 1 - 2 mg/lần, tùy theo mức độ đau. Tất cả các người bệnh sẽ được giữ lại theo dõi và điều trị tại bệnh phòng Trung tâm Gây mê Hồi sức và Quản lý đau.

Sơ đồ nghiên cứu**Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu****Phân tích và xử lý số liệu**

- Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

- Kiểm định sự khác biệt về giá trị giữa các nhóm: dùng kiểm định T- test trong trường hợp mẫu phân phối chuẩn sự khác nhau có nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$. Kiểm định Wilcoxon trong trường hợp mẫu phân phối không chuẩn, sự khác nhau có nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$. Kiểm định ANOVA dùng trong trường hợp kiểm định sự ảnh hưởng của biến nguyên nhân

định tính lên biến kết quả định lượng.

So sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin trong nghiên cứu được thu thập một cách trung thực và khách quan. Mọi thông tin của bệnh nhân trong nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng chuyên môn của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trước khi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh

Đặc điểm	Nhóm Q (n = 40)	Nhóm C (n = 40)	p	
Nam giới	12 (30%)	18 (45%)	> 0,05	
Tăng huyết áp	4 (10%)	7 (17,5)	> 0,05	
Đái tháo đường (%)	2 (5%)	4 (10%)	> 0,05	
COPD (%)	1 (2,5%)	0 (0%)	> 0,05	
ASA (%)	I	34 (85%)	31 (77,5%)	> 0,05
	II	6 (15%)	9 (22,5%)	> 0,05
Tuổi (năm) (± SD) (min - max)	45,75 ± 13,05 (20 - 76)	48,75 ± 15,22 (23 - 80)	> 0,05	
BMI (kg/m²) (± SD)	23,02 ± 3,24	22,43 ± 2,19	> 0,05	
HATT nền trước mổ(mmHg)	125,43 ± 9,21	127,48 ± 12,84	> 0,05	
HATTr nền trước mổ (mmHg)	76,60 ± 8,00	79,80 ± 9,34	> 0,05	
Tần số tim trước mổ (lần/phút)	81,84 ± 10,20	80,63 ± 11,73	> 0,05	
Creatinin trước mổ (mcmol/l)	65,83 ± 15,27	67,33 ± 13,99	> 0,05	

Tuổi, giới tính, BMI, bệnh nền tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, nồng độ creatinin trước mổ, tần số tim, huyết áp nền trước mổ ở hai nhóm là khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

2. Thời gian gây mê, phẫu thuật và thuốc sử dụng trong và sau gây mê

Bảng 2. Thời gian gây mê, phẫu thuật và thuốc sử dụng

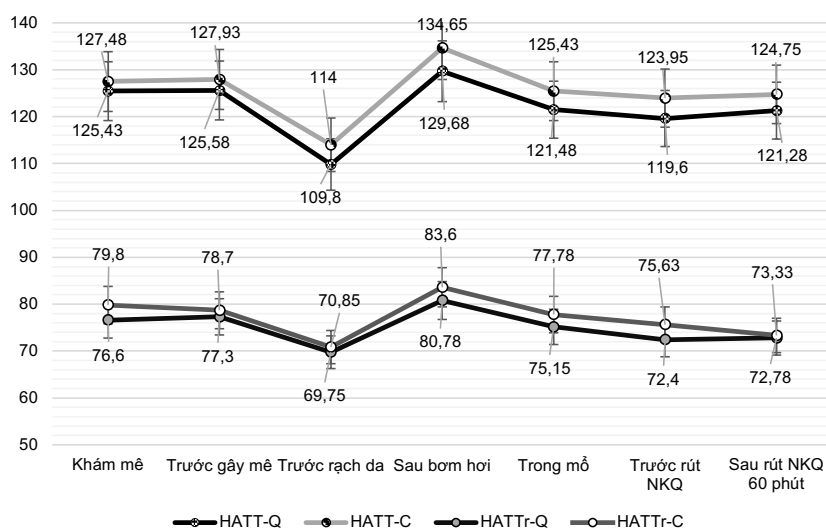
Đặc điểm	Nhóm Q (n = 40)	Nhóm C (n = 40)	p
Fentanyl (mcg) (± SD) (min - max)	147,50 ± 42,29 (100 - 250)	236,25 ± 35,78 (150 - 300)	< 0,05*
Rocuronium (mg) (± SD) (min - max)	42,93 ± 10,91 (30 - 100)	43,13 ± 8,45 (30 - 85)	> 0,05
Propofol (mg) (± SD) (min - max)	98,50 ± 25,37 (40 - 150)	104,25 ± 26,30 (50 - 150)	> 0,05
Morphin (mg) (± SD) (min - max)	0,58 ± 1,13 (0 - 4)	1,53 ± 1,41 (0 - 4)	< 0,05*
Thời gian gây mê (phút) (± SD) (min - max)	74,75 ± 15,19 (50 - 110)	81,38 ± 17,76 (50 - 120)	> 0,05

Đặc điểm	Nhóm Q (n = 40)	Nhóm C (n = 40)	p
Thời gian mổ (phút) (± SD) (min - max)	47,38 ± 14,09 (30 - 75)	50,50 ± 14,71 (30 - 85)	> 0,05

Thời gian gây mê, thời gian mổ, liều lượng các thuốc rocuronium và propofol là khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Liều lượng opioids: fentanyl trong mổ và morphin sau mổ sử dụng thấp hơn ở nhóm được gây

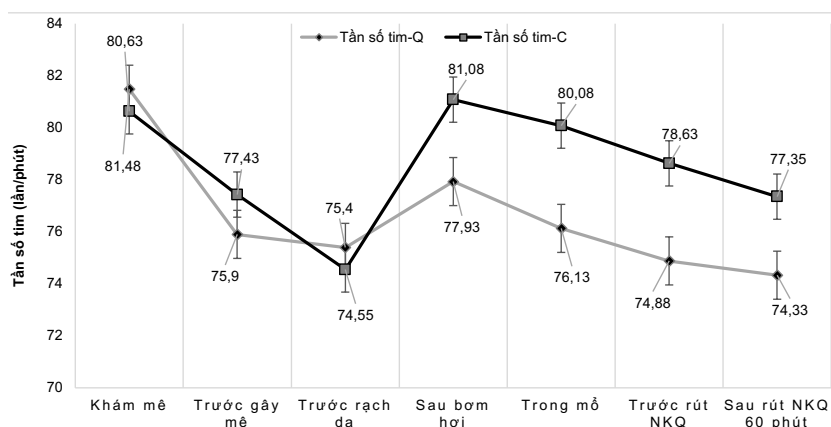
tê cơ vuông thắt lưng hai bên dưới hướng dẫn siêu âm.

3. Huyết áp, tần số tim tại các thời điểm trước, trong và sau gây mê



Biểu đồ 1. Huyết áp tại các thời điểm nghiên cứu

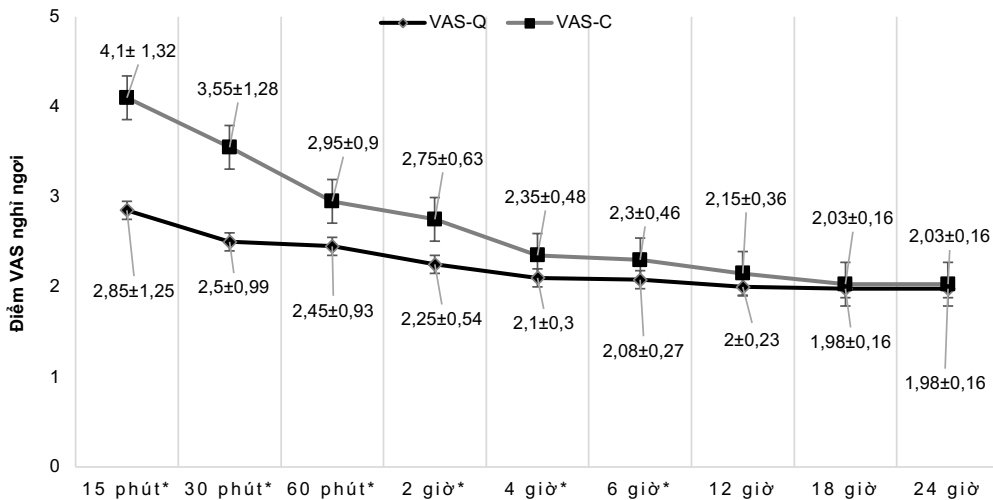
Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trung bình tại các thời điểm nghiên cứu là khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.



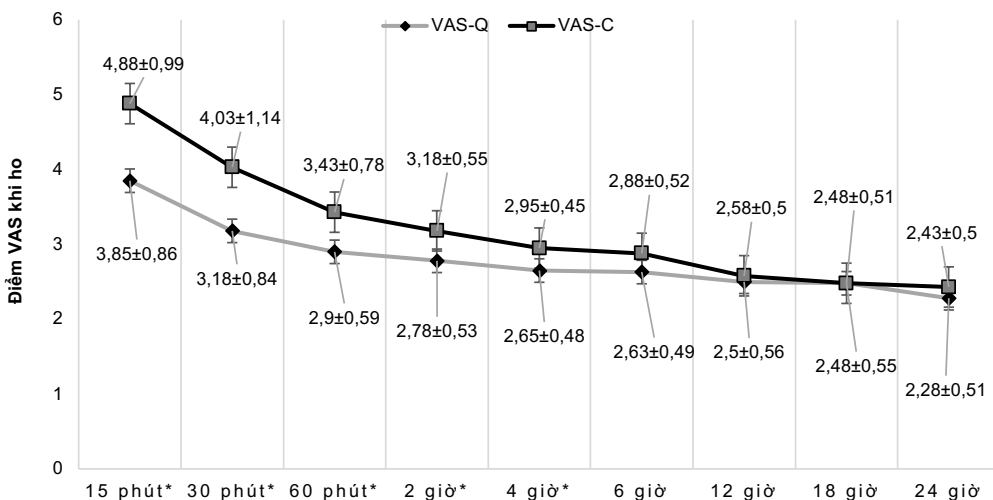
Biểu đồ 2. Tần số tim tại các thời điểm nghiên cứu

Tần số tim tại các thời điểm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

4. Điểm đau VAS tại các thời điểm sau mổ



Biểu đồ 3. Điểm VAS khi nghỉ ngơi sau mổ



Biểu đồ 4. Điểm VAS khi vận động (ho) sau mổ

Điểm VAS khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ khi nghỉ ngơi và vận động trong 6 giờ đầu tiên sau mổ, ở những giờ sau sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

5. Một số tác dụng không mong muốn

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào nôn hoặc ngộ độc thuốc tê sau mổ. Tỷ lệ người bệnh nôn ở nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng là thấp hơn 4 trường hợp (10%) so với 10 trường hợp (25%) ở nhóm gây

tê lỗ trocar, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Vấn đề đau sau phẫu thuật hiện nay đã được quan tâm nhiều hơn, tuy nhiên các vấn đề đau sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi còn chưa được quan tâm nhiều. Giảm đau tốt sẽ giúp người bệnh sớm hồi phục, vận động sớm, giảm thời gian và chi phí nằm viện, làm tăng hài

lòng của người bệnh. Đau sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi thì có 2 nguyên nhân là đau tạng và đau thành, việc quản lý đau không tốt sẽ dẫn đến tình trạng đau mạn tính, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau này.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 80 người bệnh được tiến hành cắt túi mật nội soi được chia làm 2 nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng 2 bên dưới hướng dẫn siêu âm và gây tê thẩm lỗ trocar. Kết quả cho thấy ở hai nhóm các đặc điểm lâm sàng và lâm sàng trước mổ là khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì ở hai nhóm thì kết quả cho thấy ở nhóm làm QLB 2 bên trước mổ và nhóm tê thẩm lỗ trocar thì các thay đổi về tần số tim và huyết áp trong và sau mổ là khác biệt không có ý nghĩa thống kê, trong khi đó tổng liều Fentanyl sử dụng trong mổ ở nhóm làm QLB 2 bên là ít hơn có ý nghĩa thống kê với liều trung bình 147,50mcg so với 236,25mcg ở nhóm tê thẩm lỗ trocar sau phẫu thuật. Kết quả này cho thấy việc giảm đau bằng QLB trước mổ có hiệu quả giảm đau tương đương với việc sử dụng opioid nhắc lại thường quy trước khi rạch ra trong các phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Hiệu quả giảm liều Opioid trong phẫu thuật của QLB cũng đã được nói đến trong nghiên cứu của Jingwei Dai (2024) ở 122 người bệnh được tiến hành phẫu thuật vùng bụng dưới hoặc tiểu khung.⁹

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì điểm VAS khi nghỉ ngơi và vận động là thấp hơn có ý nghĩa thống kê trong 6 giờ đầu, những giờ sau trong 24 giờ đầu sau mổ kết quả khác biệt không có ý nghĩa thống kê dù điểm VAS ở nhóm được làm QLB 2 bên nhìn chung là thấp hơn. Điều này liên quan đến tác dụng của ropivacain với thời gian tác dụng là 2 - 6 giờ. Nhu cầu sử dụng morphin sau mổ ở nhóm được tiến hành QLB 2 bên cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê với liều morphin là 0,58 mg/người bệnh so với 1,53 mg/

người bệnh ở nhóm gây tê thẩm lỗ trocar. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ashraf Nabil Saleh (2025) trên 70 người bệnh được chia làm 2 nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng 2 bên dưới hướng dẫn siêu âm và gây tê thẩm lỗ trocar khi QLB cho hiệu quả giảm đau trong 6 giờ đầu tiên ngay sau mổ và tổng liều morphin cũng thấp hơn ở nhóm tiến hành QLB.⁸ Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì liều morphin sử dụng sau mổ thấp hơn, kết quả ở nghiên cứu của tác giả Ashraf Nabil Saleh với tổng liều lần lượt là 9,11mg và 15,4mg, điều này có thể liên quan đến thể trạng của người bệnh cũng như thói quen sử dụng opioid ở một số nước. Hiệu quả giảm đau của các phương pháp gây tê vùng cũng đã được đề cập đến trong một nghiên cứu tổng quan trên 84 nghiên cứu của Alessandro De Cassai (2023) cho thấy các phương pháp này có hiệu quả giảm đau rõ rệt trong vòng 12 - 24 giờ sau mổ, giảm tổng liều morphin tiêu thụ sau mổ.⁴

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào ngộ độc thuốc tê hay nôn sau mổ, tỉ lệ buồn nôn ở nhóm gây tê chân trocar cao hơn so với nhóm được tiến hành QLB 2 bên dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể liên quan với lượng morphin sử dụng nhiều hơn ở nhóm gây trên chân lỗ trocar so với nhóm tiến hành QLB 2 bên. Một nghiên cứu của Haidy Salah Mansour (2024) trên 90 người bệnh được chia làm 3 nhóm thì kết quả cho thấy ở 2 nhóm sử dụng QLB bằng bupivacaine có hoặc không kết hợp dexamethasone thì đều cho kết quả điểm VAS thấp hơn, giảm tiêu thụ morphin và giảm tỉ lệ buồn nôn, nôn trong vòng 24 giờ so với nhóm chứng.¹⁰

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy một số điểm khác biệt của gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên so với tê thẩm lỗ trocar tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi với những hạn chế cỡ mẫu còn nhỏ chưa thể chia thành các

dưới nhóm theo giới tính hay BMI, đồng thời việc tiến hành gây tê QLB trước khi gây mê để mổ cũng khiến người bệnh đau và lo lắng, làm giảm sự hài lòng của người bệnh. Trong mổ chúng tôi cũng đánh giá đau theo các đánh giá dựa theo giá trị truyền thống mà không có các chỉ số đánh giá đau (ví dụ: ANI...) làm giảm đi tính khách quan của nghiên cứu.

Hiện nay, với xu hướng tăng cường hồi phục sau mổ ngày càng rộng rãi, hướng tới chất lượng của người bệnh sau mổ, việc giảm đau cấp tính và tránh đau mạn tính, giảm nôn buồn nôn sau mổ ngày càng được chú trọng, do đó các biện pháp gây tê vùng ngày càng được quan tâm và tiến hành cho người bệnh. Các biện pháp gây tê vùng trong đó có gây tê cơ vuông thắt lưng được tiến hành ngày càng nhiều.

V. KẾT LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì nhóm người bệnh cắt túi mật nội soi được tiến hành gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên dưới hướng dẫn của siêu âm trước mổ bằng ropivacain 0,33% - 15ml mỗi bên có hiệu quả giảm nhu cầu trong mổ và sau mổ và có hiệu quả giảm đau có ý nghĩa thống kê trong 6 giờ đầu so với gây tê thẩm chân lỗ trocar. Tác dụng không mong muốn ở nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng là ít hơn dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, được tiến hành trong thời gian ngắn tại một trung tâm nên cần nhiều hơn các nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm và so sánh với các biện pháp giảm đau khác để có thể đánh giá được hiệu quả của gây tê cơ vuông thắt lưng đối với người bệnh cắt túi mật nội soi.

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Ban giám

đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trung tâm Gây mê hồi sức và Quản lý đau đã tạo điều kiện cho tôi tiến hành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bandey S, Singh V. Comparison between IV paracetamol and tramadol for postoperative analgesia in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2016; 10(8): UC05. doi: 10.7860/JCDR/2016/21021.8274.
2. Lee H, Askar A, Makanji D, et al. The incidence of post cholecystectomy pain (PCP) syndrome at 12 months following laparoscopic cholecystectomy: a prospective evaluation in 200 patients. *Scandinavian Journal of Pain*. 2024; 24(1): 20230067. doi.org/10.1515/sjpain-2023-0067.
3. Niraj G, Kelkar A, Jeyapalan I, et al. Comparison of analgesic efficacy of subcostal transversus abdominis plane blocks with epidural analgesia following upper abdominal surgery. *Anaesthesia*. 2011; 66(6): 465-471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2011.06700.x>.
4. De Cassai A, Sella N, Geraldini F, et al. Single-shot regional anesthesia for laparoscopic cholecystectomies: a systematic review and network meta-analysis. *Korean journal of anesthesiology*. 2023; 76(1): 34-46. <https://doi.org/10.4097/kja.22366>.
5. Fargaly OS, Boules ML, Hamed MA, Aleem Abbas MA, Shawky MA. Lateral Quadratus Lumborum Block versus Transversus Abdominis Plane Block in Laparoscopic Surgery: A Randomized Controlled Study. *Anesthesiology Research and Practice*. 2022; 2022(1): 9201795. doi:10.1155/2022/9201795.
6. Brandão VG, Silva GN, Perez MV, Lewandrowski KU, Fiorelli RK. Effect of Quadratus Lumborum Block on Pain and Stress Response after Video Laparoscopic

Surgeries: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Personalized Medicine*. 2023; 13(4). doi:10.3390/jpm13040586.

7. Trần Tuấn Anh, Trịnh Văn Đồng. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của truyền tĩnh mạch lidocaine trong gây mê cắt túi mật nội soi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 546(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v546i1.12553>.

8. Abdelrahman AS, Aly MMA, Ageel MA, Elsayy AGS, Mahmoud ME, Hilal AM. Enhanced Postoperative Pain Management: A Comparative Analysis of Ultrasound-Guided Quadratus Lumborum Block Versus Intraperitoneal and Periportal Bupivacaine Infiltration Following Laparoscopic Cholecystectomy: A Randomized Double-Blind Study. *Anesthesiology and Pain Medicine*.

Anesthesiology and Pain Medicine. 2025; 15(2): e159545. doi: 10.5812/aapm-159545.

9. Dai J, Li S, Weng Q, Long J, Wu D. Opioid-free anesthesia with ultrasound-guided quadratus lumborum block in the supine position for lower abdominal or pelvic surgery: a randomized controlled trial. *Scientific reports*. 2024; 14(1): 4652. doi: 10.1038/s41598-024-55370-5.

10. Mansour HS, Ali NS, Abdel Rahman MA. The effect of dexamethasone as an adjuvant in quadratus lumborum block to improves analgesia after laparoscopic cholecystectomy: Controlled randomized study. *Egyptian Journal of Anaesthesia*. 2024; 40(1): 135-142. <https://doi.org/10.1080/11101849.2024.2322902>.

Summary

THE ANALGESIC EFFICACY OF BILATERAL ULTRASOUND - GUIDED QUADRATUS LUMBORUM BLOCK IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

This study aimed to evaluate the analgesic efficacy of bilateral ultrasound-guided quadratus lumborum block (QLB) for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. This was a single-blind, controlled intervention study on 80 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy at Hanoi Medical University Hospital from June 2025 to October 2025. The patients were randomly divided into two groups: the bilateral quadratus lumborum block group and the trocar site infiltration group. The study variables included intraoperative and postoperative opioid consumption, VAS pain scores while in action and at rest, the incidence of postoperative nausea and vomiting (PONV), and heart rate and blood pressure before, during, and after surgery. The results showed that the group receiving bilateral quadratus lumborum block used less intraoperative fentanyl (147.50mcg vs. 236.25mcg), had less postoperative morphine consumption (0.58mg vs. 1.53mg), and had significantly lower mean postoperative VAS scores during movement and at rest ($p < 0.05$) compared to the group receiving trocar site infiltration.

Keywords: Analgesia, ultrasound - guided quadratus lumborum block, ultrasound guidance, laparoscopic cholecystectomy.