

MÔ TẢ ĐAU SAU MỔ VÀ BIẾN CỐ HẬU PHẪU Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TRĨ ĐƯỢC GÂY TÊ THẦN KINH THẬN TRONG PHÁC ĐỒ GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC

Dương Phương Chinh^{1,2}, Philippe Macaire^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Huyền¹
Trần Thị Thu Hiền^{1,2}, Bùi Thị Huyền¹, Lê Thị Tuyết¹
Vương Thị Bảo Yến¹, Nguyễn Trọng Sỹ¹, Quách Thị Huyền¹
Trần Thị Xuân¹, Mai Văn Hiếu¹ và Quách Minh Chính^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Viện Khoa học Sức khỏe, Đại học VinUni

Đau sau phẫu thuật trĩ thường có cường độ cao và ảnh hưởng đến quá trình hồi phục. Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 70 bệnh nhân phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025 nhằm mô tả mức độ đau sau mổ khi áp dụng gây tê thần kinh thận trong phác đồ giảm đau đa mô thức. Tất cả bệnh nhân được gây tê dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp máy kích thích thần kinh ngay sau phẫu thuật. Điểm đau Visual Analog Scale (VAS) tại các thời điểm 0 giờ, 6 giờ, 24 giờ và 48 giờ sau mổ đều dưới 4. Đau hồi quy (rebound pain) cần giảm đau cứu hộ (rescue analgesia) ghi nhận ở 32,9% bệnh nhân, với thời gian trung bình là sau gây tê thần kinh thận $11,04 \pm 6,19$ giờ. Bí tiểu sau mổ gặp ở 35,7% bệnh nhân, buồn nôn hoặc nôn 1,4%. Thời gian nằm viện trung bình $2,14 \pm 1,2$ ngày, mức độ hài lòng của bệnh nhân cao ($9,23 \pm 0,7$). Kết quả ghi nhận mức độ đau sau mổ thấp, đồng thời không gia tăng đáng kể các biến cố ở bệnh nhân được áp dụng gây tê thần kinh thận trong phác đồ giảm đau đa mô thức.

Từ khóa: Gây tê thần kinh thận, phẫu thuật trĩ, đau sau mổ, giảm đau đa mô thức, gây tê vùng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là một trong những rối loạn lành tính thường gặp của vùng hậu môn – trực tràng, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống.¹ Cho đến nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cần thiết đối với các trường hợp nặng hoặc có biến chứng.

Đau sau phẫu thuật trĩ thường có cường độ cao, ảnh hưởng đến khả năng vận động, ăn uống và sinh hoạt hàng ngày. Theo nghiên cứu của Gerbershagen và cộng sự, điểm đau trung bình sau các phẫu thuật trĩ dao động từ 4,5 – 6,0, kèm theo nhu cầu opioid đáng kể.² Kiểm

soát đau không đầy đủ không chỉ làm tăng khó chịu và kéo dài thời gian nằm viện mà còn làm gia tăng nguy cơ các tác dụng phụ liên quan đến opioid, bao gồm buồn nôn, nôn, bí tiểu và táo bón.

Trong bối cảnh này, các kỹ thuật giảm đau khu trú nhắm vào thần kinh thận – thần kinh chi phối cảm giác vùng hậu môn – trực tràng – đã được chứng minh giúp kiểm soát đau hiệu quả, giảm nhu cầu opioid và hạn chế tác dụng phụ liên quan. Từ năm 2017, hướng dẫn dựa trên bằng chứng của PROSPECT (Procedure-Specific Postoperative Pain Management) khuyến cáo áp dụng kỹ thuật này trong phác đồ giảm đau sau mổ trĩ.³

Tại Việt Nam, gây tê thần kinh thận chưa được áp dụng rộng rãi và còn hạn chế về dữ liệu trong nước; đến nay mới chỉ có một nghiên

Tác giả liên hệ: Quách Minh Chính

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Email: v.chinhqm@vinmec.com

Ngày nhận: 14/03/2026

Ngày được chấp nhận: 16/04/2026

cứu của Vũ Hoàng Phương và cộng sự bước đầu ghi nhận hiệu quả của phương pháp này.⁴

Tại cơ sở chúng tôi, gây tê thần kinh thẹn đã được triển khai thường quy trong thực hành lâm sàng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả mức độ đau sau mổ, mức độ hài lòng và các biến cố khi áp dụng kỹ thuật này trong phác đồ giảm đau đa mô thức ở bệnh nhân phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán trĩ có chỉ định phẫu thuật.

- Đã thực hiện phẫu thuật trĩ theo phương pháp tiêu chuẩn tại bệnh viện (bao gồm các kỹ thuật mổ: cắt trĩ kinh điển, khâu treo triệt mạch trĩ và phẫu thuật Longo).

- Được thực hiện gây tê tùy sống để mổ và gây tê thần kinh thẹn giảm đau sau mổ như một phần của chiến lược giảm đau đa mô thức.

- Có dữ liệu đầy đủ về điểm đau sau mổ, sử dụng thuốc giảm đau và thời gian hồi phục.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý thần kinh, rối loạn đông máu hoặc bệnh toàn thân nặng làm ảnh hưởng đến đau sau mổ.

- Bệnh nhân có bệnh lý đau mạn tính ngoài vùng hậu môn.

- Bệnh nhân sử dụng opioid mạn tính trước mổ.

- Bệnh nhân phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.

- Bệnh nhân rối loạn nhận thức không thể đánh giá đau chính xác.

- Bệnh nhân không tuân thủ theo dõi sau mổ, dữ liệu thiếu hoặc không đầy đủ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

mô tả, không nhóm chứng được lấy từ 1/1/2025 đến hết ngày 31/12/2025.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu. Cỡ mẫu bao gồm 70 trường hợp phẫu thuật trĩ được thực hiện trong năm 2025 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

Quy trình gây tê giảm đau cho phẫu thuật trĩ áp dụng tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tùy sống với bupivacaine 0,5% (4 – 5 mg) sử dụng kim bút chì 27G, đạt mức phong bế cảm giác đến T12.

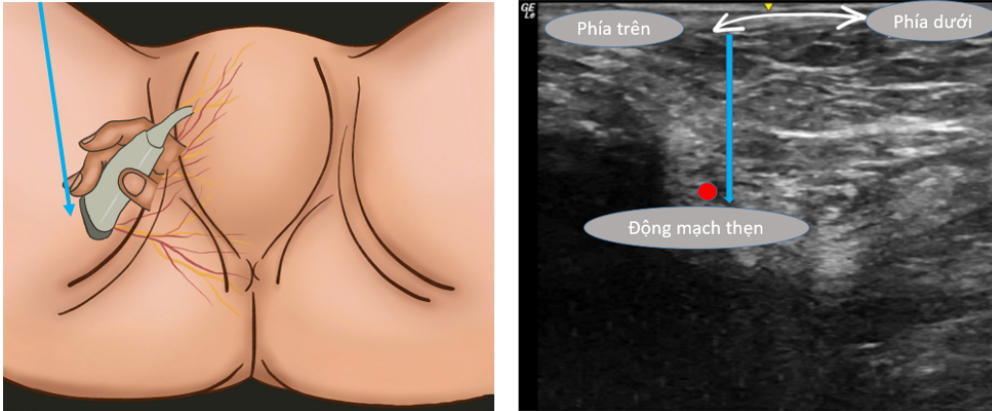
Ngay sau phẫu thuật, gây tê thần kinh thẹn thực hiện thường quy như một phần của chiến lược giảm đau đa mô thức. Tại trung tâm, tất cả các bác sĩ đều được đào tạo thành thạo thực hiện kỹ thuật này. Có hai cách tiếp cận: đường tầng sinh môn và đường hông, lựa chọn dựa trên kinh nghiệm và thói quen thực hành của bác sĩ gây mê. Thuốc tê sử dụng là ropivacaine 0,5%. Chất bổ trợ dexamethasone được sử dụng với liều 2 mg mỗi bên, pha cùng thuốc tê trước khi tiêm. Giảm đau sau mổ được thực hiện kết hợp thuốc uống và điều trị tại chỗ. Thuốc uống gồm paracetamol 15 mg/kg mỗi 6 giờ (tối đa 1 g/lần, 4 g/24 giờ) và etoricoxib 60 – 90 mg, dùng 1 lần/ngày bắt đầu sau mổ 6 giờ nếu không có chống chỉ định. Đồng thời, bệnh nhân được bôi một lượng nhỏ gel chứa lidocaine 2% lên vùng da quanh hậu môn, 2 – 4 lần/ngày, đặc biệt sau khi đi cầu và vệ sinh, nhằm hỗ trợ giảm đau tại chỗ.

Kỹ thuật gây tê cụ thể như sau:

Tiếp cận đường tầng sinh môn với tư thế sản khoa. Sử dụng đầu dò siêu âm linear (8 – 12 MHz) và kim gây tê thần kinh dài 5 cm. Đặt đầu dò trên ụ ngồi, di chuyển vào trong để xác định

bó mạch thần kinh thẹn; động mạch thẹn được nhận diện bằng Doppler. Kim được đưa vào theo kỹ thuật out-of-plane dưới hướng dẫn siêu âm, hướng từ ngoài vào trong, tiến đến cạnh động mạch thẹn. Máy kích thích thần kinh được cài đặt với cường độ khởi điểm 3 mA, giảm dần

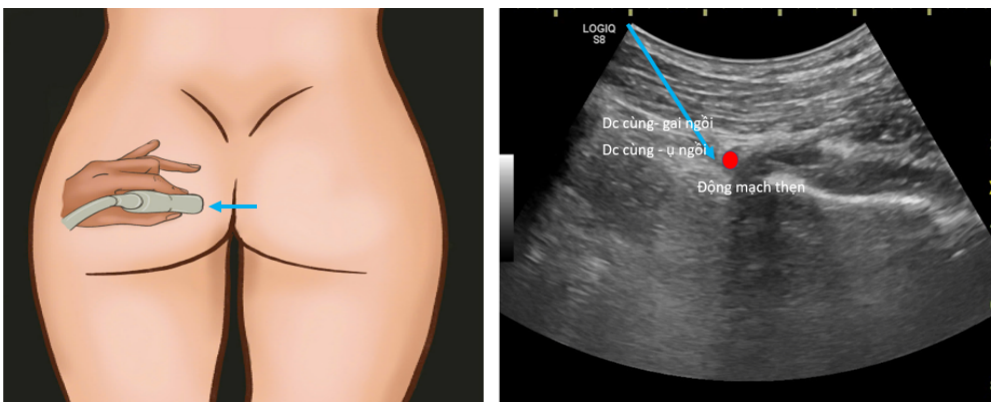
xuống 0,3 – 0,5 mA cho đến khi còn đáp ứng co cơ đáy chậu. Tiến hành hút kiểm tra âm tính, sau đó tiêm 10 mL thuốc tê mỗi bên. Trong quá trình tiêm, theo dõi sự lan tỏa của thuốc trên siêu âm và hút kiểm tra lại sau mỗi 3 – 5 mL để tránh tiêm vào mạch máu.



Hình 1. Gây tê thần kinh thẹn đường tầng sinh môn (mũi tên xanh: hướng kim)

Tiếp cận đường mông với tư thế nằm sấp hoặc nghiêng sấp. Sử dụng đầu dò siêu âm cong (5 – 6 MHz) và kim gây tê thần kinh dài 10 cm. Đặt đầu dò tại vùng gai chậu sau trên, sau đó di chuyển từ trên xuống dưới lần lượt qua khuyết ngồi lớn, gai ngồi đến khuyết ngồi bé nhằm xác định hai dây chằng cùng–gai ngồi và cùng–ụ ngồi. Động mạch thẹn được xác định bằng Doppler trong mặt phẳng giữa hai dây chằng này. Kim được

đưa vào dưới hướng dẫn siêu âm theo kỹ thuật in plane hướng từ trong ra ngoài, nhằm hạn chế nguy cơ tổn thương thần kinh ngồi. Sau khi đầu kim được xác nhận nằm cạnh động mạch thẹn, tiến hành hút kiểm tra âm tính. Tiêm thử một lượng nhỏ dung dịch glucose để xác nhận sự lan tỏa đúng trong khoang giữa hai dây chằng trên siêu âm. Sau đó, tiêm 5 mL thuốc tê mỗi bên, đồng thời theo dõi sự lan tỏa của thuốc và hút kiểm tra lại trong quá trình tiêm.



Hình 2. Gây tê thần kinh thẹn đường mông (Dc: dây chằng, mũi tên xanh: hướng kim)

Mức độ đau sau phẫu thuật được đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale: 0–10) bởi điều dưỡng gây mê đã được đào tạo, tại các thời điểm 0 giờ (tại hồi tỉnh), 6 giờ, 24 giờ và 48 giờ sau mổ, hoặc bất cứ khi nào người bệnh báo đau với điểm VAS > 3. Dữ liệu lâm sàng và điểm đau được ghi nhận theo mẫu theo dõi chuẩn của khoa và được nhập vào hệ thống dữ liệu chung trong ngày, đảm bảo tính đầy đủ và chính xác của thông tin thu thập.

Đau hồi quy (rebound pain) là hiện tượng đau tăng lên rõ rệt (VAS tăng > 2) sau khi tác dụng của gây tê vùng hoặc phong bế thần kinh kết thúc. Mỗi bệnh nhân chỉ được ghi nhận một lần đối với biến ‘đau hồi quy’, tại thời điểm xuất hiện đầu tiên. Khi điểm đau VAS > 3, bệnh nhân được chỉ định giảm đau cứu hộ bằng thuốc giảm đau cứu hộ (nefopam hoặc ultracet nếu có chống chỉ định với nefopam). Trong trường hợp đau không đáp ứng hoặc bệnh nhân không dung nạp hoặc không muốn sử dụng thêm thuốc, có thể xem xét gây tê lại thần kinh then, với điều kiện đảm bảo tổng liều thuốc tê không vượt quá liều tối đa khuyến cáo theo cân nặng. Mục tiêu kiểm soát đau là đưa điểm VAS xuống dưới 3 trong vòng 1 giờ kể từ thời điểm ghi nhận đau.

Đánh giá tác dụng không mong muốn và an toàn kĩ thuật: Các tác dụng không mong muốn như nôn, buồn nôn, bí tiểu (bệnh nhân không tự đi tiểu được, cần phải đặt thông tiểu), ngã, ngộ độc thuốc tê (nếu có) được ghi nhận trong mẫu theo dõi và hồ sơ điện tử.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân được ghi nhận bởi điều dưỡng gây mê giảm đau thông qua phiếu khảo sát trước khi ra viện, sử dụng thang điểm từ 0 đến 10 (10 là mức độ hài lòng cao nhất).

Bệnh nhân được ra viện khi tình trạng sinh tồn ổn định, đau được kiểm soát bằng thuốc

giảm đau thông thường với VAS < 3, vết mổ không chảy máu hoặc nhiễm trùng, có thể đi vệ sinh được và có khả năng tự chăm sóc hậu môn theo hướng dẫn, đồng thời nắm được chế độ ăn và các dấu hiệu cảnh báo cần tái khám.

Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập hồi cứu dựa trên bảng theo dõi chuẩn của trung tâm và trên bệnh án điện tử. Dữ liệu bao gồm thông tin nhân khẩu, đặc điểm phẫu thuật, phương pháp gây tê, điểm đau theo VAS, và các thuốc giảm đau sử dụng, tác dụng phụ, mức độ hài lòng và thời gian nằm viện. Toàn bộ dữ liệu được nhập đầy đủ và kiểm tra tính hợp lệ trước khi phân tích.

Xử lý và phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20. Điểm đau trung bình tại các thời điểm nghiên cứu được thể hiện bằng biểu đồ đường. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD), biến định tính được trình bày bằng tần suất (%).

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả, sử dụng dữ liệu từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đã được điều trị theo phác đồ chuẩn tại Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City và không có bất kỳ can thiệp bổ sung nào cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Lãnh đạo Trung tâm và được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Công ty CP Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec - Trường Đại học VinUni, số 149/2026/CN/HĐĐĐ VMEC. Việc thu thập và xử lý dữ liệu tuân thủ nguyên tắc ẩn danh và bảo mật thông tin cá nhân của bệnh nhân.

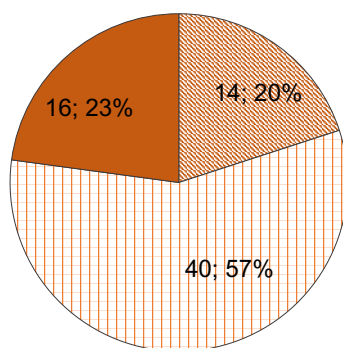
III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung

Kỹ thuật gây tê thần kinh then chủ yếu được thực hiện qua đường mông (70%), so với đường tăng sinh môn (30%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 70)

Đặc điểm	Kết quả
<i>Giới tính, n (%)</i>	
Nam	40 (57,14%)
Nữ	30 (42,86%)
Tuổi, $\bar{x} \pm SD$ (min - max)	44,73 \pm 12,7 (26 - 75)
Chiều cao (cm), $\bar{x} \pm SD$ (min - max)	162,69 \pm 7,16 (150 - 180)
Cân nặng (kg), $\bar{x} \pm SD$ (min - max)	60,40 \pm 9,10 (43 - 87,8)
BMI (kg/m ²), $\bar{x} \pm SD$ (min - max)	22,71 \pm 2,59 (17,72- 28,47)
<i>Đường tiếp cận gây tê thần kinh thẹn, n (%)</i>	
Đường tầng sinh môn	21 (30%)
Đường mông	49 (70%)



■ Cát trí kinh điển □ Khâu treo và triệt mạch trĩ ■ Cát trí Longo

Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là khâu treo và triệt mạch trĩ: 40 ca chiếm 57%. Cát trí kinh điển chỉ có 14 ca, chiếm 20%.

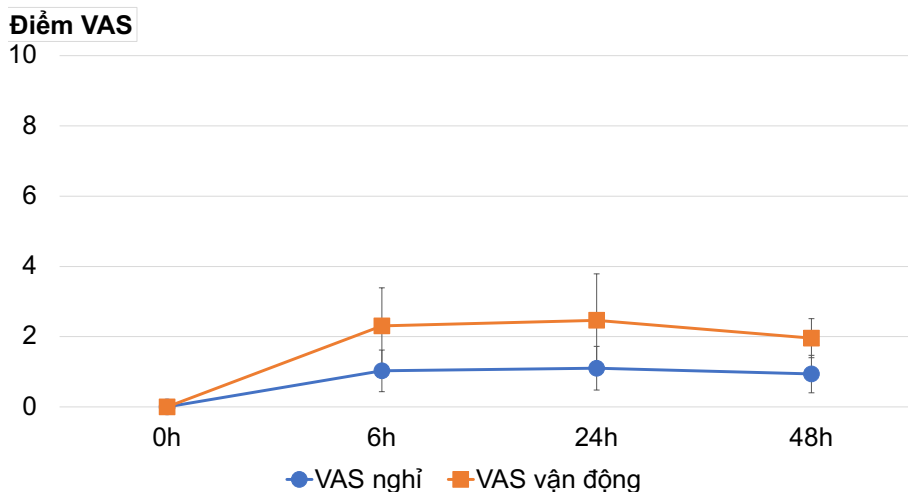
2. Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật

Tại mọi thời điểm, điểm VAS trung bình đều < 4. Đau tăng dần sau mổ, đạt đỉnh trong 24 giờ đầu rồi giảm dần.

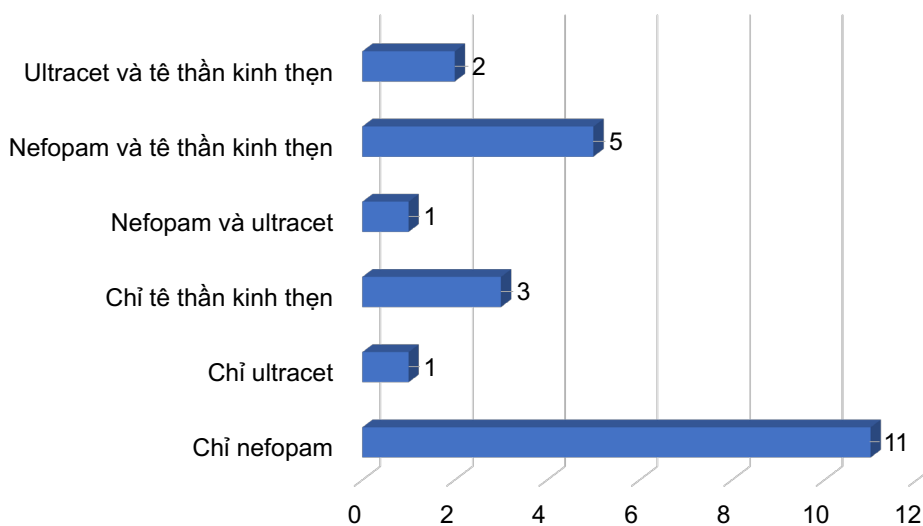
Tỷ lệ bệnh nhân có đau hồi quy với điểm

VAS > 3 và tỷ lệ bệnh nhân cần giảm đau cứu hộ là 23/70 (32,9%). Trong các phương pháp giảm đau cứu hộ, nefopam đơn độc kiểm soát đau ở 11 ca. Chỉ có 4 ca cần dùng ultracet. Có 8 ca cần phong bế lại thần kinh thẹn.

Thời gian trung bình từ khi gây tê thần kinh thẹn đến thời điểm cần thêm phương pháp giảm đau cứu hộ là 11,04 \pm 6,19 (min- max: 4 - 22) giờ.



Biểu đồ 2. Diễn biến điểm đau VAS khi nghỉ và khi vận động sau phẫu thuật theo thời gian (trung bình ± độ lệch chuẩn (SD))



Biểu đồ 3. Phân bố các phương pháp giảm đau cứu hộ được sử dụng

3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 2. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Nôn, buồn nôn	1	1,4 %
Bí tiểu	25	35,7%
Ngộ độc thuốc tê	0	0 %
Ngã	0	0%

4. Thời gian nằm viện và mức độ hài lòng của người bệnh

Thời gian nằm viện trung bình: $2,14 \pm 1,2$ (min- max: 1 - 7) ngày.

Điểm hài lòng trung bình: $9,23 \pm 0,7$ (min-max: 8 - 10).

IV. BÀN LUẬN

Các khuyến cáo mới nhất của PROSPECT cho thấy gây tê thần kinh thẹn đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát đau sau phẫu thuật trĩ, với mức độ chứng cứ cao và được khuyến nghị áp dụng trong thực hành lâm sàng.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đau VAS ở hầu hết các thời điểm đánh giá đều dưới 4, cho thấy hiệu quả kiểm soát đau sau mổ tốt. Phân tích diễn biến điểm đau cho thấy tại thời điểm 0 giờ sau phẫu thuật, điểm VAS gần như bằng 0, có thể do tác dụng còn lại của gây tê tủy sống; tuy nhiên đến khoảng 6 giờ sau mổ, điểm VAS bắt đầu tăng lên nhưng vẫn duy trì ở mức thấp. Điều này gợi ý gây tê thần kinh thẹn góp phần duy trì hiệu quả giảm đau trong giai đoạn hậu phẫu sớm, đặc biệt sau khi tác dụng của phương pháp vô cảm chính đã hết.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các bằng chứng trước đây. Phân tích gộp của Xia S cho thấy gây tê thần kinh thẹn giúp giảm đáng kể điểm đau trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.⁵ Các thử nghiệm của Di Giuseppe M và Alrefaey AK, Imbelloni LE cũng ghi nhận điểm đau thấp hơn và nhu cầu thuốc giảm đau bổ sung giảm ở nhóm được phong bế.⁶⁻⁸

Đau hồi quy (rebound pain) sau khi hết tác dụng phong bế thần kinh là hiện tượng thường gặp trong các kỹ thuật gây tê vùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 23/70 bệnh nhân (32,9%) xuất hiện đau hồi quy với điểm VAS > 3 và cần sử dụng giảm đau cứu hộ. Tỷ lệ này thấp hơn hầu hết các nghiên cứu trước đó, dao động từ 40 – 61,7%.⁹⁻¹¹ Nguyên nhân có thể là do tại cơ sở của chúng tôi đã áp dụng chiến

lược giảm đau đa mô thức đầy đủ trước khi tác dụng phong bế kết thúc, dung chất bổ trợ dexamethasone, đặc điểm phẫu thuật không thuộc nhóm có mức độ đau hậu phẫu cao như chấn thương chỉnh hình, và phương pháp phẫu thuật chỉ có 20% là cắt trĩ kinh điển, vốn là loại có mức độ đau hậu phẫu cao nhất.

Thời gian trung bình từ khi gây tê thần kinh thẹn đến thời điểm cần bổ sung giảm đau cứu hộ là $11,04 \pm 6,19$ (min - max: 4 - 22) giờ, tương ứng với thời điểm tác dụng của gây tê thần kinh thẹn một liều bắt đầu giảm dần. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây về đau hồi quy sau phong bế thần kinh ngoại vi, trong đó cơn đau thường xuất hiện trong khoảng 12 – 24 giờ và nhiều bệnh nhân cần can thiệp giảm đau bổ sung.^{11,12}

Đáng chú ý, trong phần lớn các trường hợp, đau hồi quy vẫn được kiểm soát hiệu quả bằng nefopam, và chỉ có 4 bệnh nhân cần sử dụng thêm ultracet (acetaminophen phối hợp tramadol) tại một thời điểm duy nhất khi cơn đau xuất hiện, mà không cần duy trì kéo dài. Ngoài ra, ở một số trường hợp, nhắc lại mũi gây tê thần kinh thẹn cũng được thực hiện nhằm tăng cường hiệu quả giảm đau. Những kết quả này cho thấy, mức độ đau nhìn chung vẫn được kiểm soát tốt bằng các biện pháp giảm đau bổ trợ thích hợp.

Bí tiểu là tác dụng phụ thường gặp sau mổ trĩ và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nguy cơ như lượng dịch truyền, thời gian phẫu thuật, loại phẫu thuật và phương pháp vô cảm, trong đó gây tê tủy sống được xem là yếu tố liên quan quan trọng.¹³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 25/70 bệnh nhân (35,7%) xuất hiện bí tiểu sau mổ. Tỷ lệ này tương đương với báo cáo của Yu-Hua Lin và cộng sự, ghi nhận 32,8% bệnh nhân bị bí tiểu sau phẫu thuật trĩ, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Dae Lim Jee, trong đó tỷ lệ này lên tới 46,1%.^{13,14}

Một số nghiên cứu gần đây cho thấy gây tê

thần kinh thẹn có thể góp phần làm giảm tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Alrefarey và cộng sự, trên 70 bệnh nhân phẫu thuật trĩ dưới gây mê toàn thân, nhóm được thực hiện gây tê thần kinh thẹn có tỷ lệ bí tiểu thấp hơn đáng kể so với nhóm không thực hiện (14% so với 40%, $p < 0,05$).⁷ Tuy nhiên, cần lưu ý rằng, trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được phẫu thuật dưới gây tê tùy sống, do đó bí tiểu sau mổ có thể chủ yếu liên quan đến tác động của phương pháp này. Nôn hoặc buồn nôn chỉ ghi nhận ở 1 bệnh nhân (1,4%), và không ghi nhận trường hợp ngộ độc thuốc tê hoặc ngã sau phẫu thuật. Nhìn chung, các biến chứng quan sát được chủ yếu ở mức độ nhẹ và nằm trong phạm vi thường gặp của phẫu thuật trĩ, cho thấy tính an toàn của phương pháp giảm đau và chiến lược chăm sóc hậu phẫu được áp dụng.

Thời gian nằm viện trung bình: $2,14 \pm 1,2$ (min - max: 1 - 7) ngày. Kết quả này phù hợp với thời gian trung bình trong các nghiên cứu trước đó.¹⁵

Mức độ hài lòng của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao, với điểm trung $9,23 \pm 0,7$ (min-max: 8 - 10), phản ánh hiệu quả kiểm soát đau và chất lượng chăm sóc hậu phẫu. Kết quả này tương đối cao so với nghiên cứu của Tempel và cộng sự trên 226 bệnh nhân thực hiện khâu treo – triệt mạch trĩ, với điểm hài lòng trung bình $8,5 \pm 0,7$.¹⁶

Hạn chế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ và không có nhóm đối chứng. Đặc điểm bệnh nhân đa dạng, bao gồm nhiều kỹ thuật phẫu thuật khác nhau, trong đó tỷ lệ mổ cắt trĩ kinh điển thấp, và thời gian theo dõi hậu phẫu còn ngắn. Chưa thu thập một vài thông số về tuần hoàn hô hấp trong mổ để khẳng định mạnh hơn về mức độ an toàn. Ngoài ra, do tính chất hồi cứu, nghiên cứu không thu thập được dữ

liệu về tình trạng đau trước mổ, phân độ nặng của trĩ đây là yếu tố có thể ảnh hưởng đến đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật. Do đó, kết quả cần được giải thích thận trọng và có giới hạn trong việc khái quát hóa sang các nhóm bệnh nhân khác.

V. KẾT LUẬN

Gây tê thần kinh thẹn khi áp dụng trong giảm đau đa mô thức sau mổ trĩ cho thấy mức độ đau sau mổ thấp trong giai đoạn hậu phẫu. Mức độ hài lòng của bệnh nhân cao, phản ánh chất lượng chăm sóc và hiệu quả giảm đau. Biến cố chủ yếu nhẹ, phổ biến nhất là bí tiểu, tương tự các báo cáo trước đây. Những kết quả này gợi ý rằng gây tê thần kinh thẹn có thể là một thành phần hữu ích trong quản lý đau sau mổ trĩ, tuy nhiên cần nghiên cứu tiến cứu có đối chứng để khẳng định hiệu quả và tính an toàn.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc thu thập và xử lý số liệu trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

Nghiên cứu này không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào. Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(8):1141-1157; (Quiz) 1058. doi:10.1038/ajg.2014.190
2. Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJM, et al. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology*. 2013;118(4):934-944. doi:10.1

097/ALN.0b013e31828866b3

3. Sammour T, Barazanchi AWH, Hill AG, et al. Evidence-Based Management of Pain After Excisional Haemorrhoidectomy Surgery: A PROSPECT Review Update. *World J Surg.* 2017;41(2):603-614. doi:10.1007/s00268-016-3737-1

4. Hoàng Phương Vũ, Khánh Dư Trần. Phong bế thần kinh thẹn tiêm một lần dưới hướng dẫn siêu âm ở bệnh nhân phẫu thuật cắt trĩ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022; 515(2). DOI: 10.51298/vmj.v515i2.2752.

5. Xia S, Luo L, Wu W, et al. The role of pudendal nerve block in hemorrhoid surgery: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. *Front Med.* 2023;10:1283512. doi:10.3389/fmed.2023.1283512

6. Di Giuseppe M, Saporito A, La Regina D, et al. Ultrasound-guided pudendal nerve block in patients undergoing open hemorrhoidectomy: a double-blind randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis.* 2020;35(9):1741-1747. doi:10.1007/s00384-020-03630-x

7. Alrefaey AK, Amin SE, Al Amri FS. Ultrasound-guided trans-perineal pudendal nerve block for post-hemorrhoidectomy voiding complications: a prospective randomized double-blinded study. *BMC Anesthesiol.* 2025;25(1):535. doi:10.1186/s12871-025-03458-4

8. Imbelloni LE, Vieira EM, Gouveia MA, et al. Pudendal block with bupivacaine for postoperative pain relief. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(10):1656-1661. doi:10.1007/s10350-007-0216-7

9. Admassie BM, Tegegne BA, Alemu WM, et al. Magnitude and severity of rebound pain after resolution of peripheral nerve block and associated factors among patients undergoes surgery at university of gondar comprehensive

specialized hospital northwest, Ethiopia, 2022. Longitudinal cross-sectional study. *Ann Med Surg.* 2022;84:104915. doi:10.1016/j.amsu.2022.104915

10. Admassie BM, Debas SA, Admass BA. Prevention and management of rebound pain after resolution of regional block: a systematic review. *Ann Med Surg.* 2024;86(8):4732-4737. doi:10.1097/MS9.0000000000002299

11. Barry GS, Bailey JG, Sardinha J, et al. Factors associated with rebound pain after peripheral nerve block for ambulatory surgery. *Br J Anaesth.* 2021;126(4):862-871. doi:10.1016/j.bja.2020.10.035

12. Nobre LV, Cunha GP, Sousa PCCB de, et al. Peripheral nerve block and rebound pain: literature review. *Braz J Anesthesiol.* 2019;69(6):587-593. doi:10.1016/j.bjan.2019.05.001

13. Jee DL, Seo DH, Song SO. Factors Influencing Postoperative Urinary Retention after Hemorrhoidectomy. *Korean J Anesthesiol.* 33(3):491-496. DOI: 10.4097/kjae.1997.33.3.491

14. Lin YH, Liu KW, Chen HP. Haemorrhoidectomy: prevalence and risk factors of urine retention among post recipients. *J Clin Nurs.* 2010;19(19-20):2771-2776. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03178.x

15. Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, et al. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg.* 2002 Mar;137(3):337-40. doi:10.1001/archsurg.137.3.337. PMID: 11888463.

16. Tempel MB, Pearson EG, Page M, et al. Survey of patient satisfaction after Doppler-guided transanal hemorrhoidal dearterialization performed in ambulatory settings. *Tech Coloproctology.* 2014;18(6):607-610. doi:10.1007/s10151-013-1104-x

Summary

POSTOPERATIVE PAIN AND ADVERSE EVENTS IN HEMORRHOID PATIENTS RECEIVING PUDENDAL NERVE BLOCK WITHIN A MULTIMODAL ANALGESIA REGIMEN

Postoperative pain following hemorrhoid surgery is often intense and may affect recovery. This retrospective descriptive study included 70 patients undergoing hemorrhoid surgery at Vinmec Times City International Hospital in 2025, aiming to describe postoperative pain when pudendal nerve block was incorporated into a multimodal analgesia regimen. All patients received ultrasound-guided pudendal nerve block combined with nerve stimulation immediately after surgery. Visual Analog Scale (VAS) scores at 0, 6, 24, and 48 hours postoperatively were all below 4. Rebound pain requiring rescue analgesia occurred in 32.9% of patients, with a mean onset time of 11.04 ± 6.19 hours after the block. 35.7% had postoperative urinary retention, while 1.4% reported nausea or vomiting. The mean length of hospital stay was 2.14 ± 1.2 days, and patient satisfaction was high (9.23 ± 0.7). These findings indicate generally low postoperative pain levels without a notable increase in complications in patients receiving pudendal nerve block as part of a multimodal analgesia regimen.

Keywords: Pudendal nerve block, hemorrhoid surgery, postoperative pain, multimodal analgesia, regional anesthesia.