

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC VINH**



BÙI ANH VINH

BÁO CÁO THỰC TẬP TỐT NGHIỆP

NGÀNH SINH HỌC THỰC NGHIỆM

Nghệ An, 2025

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC VINH**



BÙI ANH VINH

BÁO CÁO THỰC TẬP TỐT NGHIỆP

NGÀNH SINH HỌC THỰC NGHIỆM

Địa điểm thực tập: Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

**Người hướng dẫn khoa học: TS. Nguyễn Đức Vương
TS. Nguyễn Thị Thảo**

Nghệ An, 2025

LỜI CẢM ƠN

Để có được kết quả học tập như hiện nay, lời đầu tiên tôi xin chân thành cảm ơn các thầy cô thuộc ngành Sinh học - Khoa Sư phạm, Trường đại học Vinh, đặc biệt là PGS.TS. Nguyễn Thị Giang An đã luôn động viên, thúc dục và hỗ trợ tôi rất nhiều trong quá trình học tập.

Tôi xin trân trọng cảm ơn thầy TS.BS. Nguyễn Huy Toàn – Phó Khoa Ngoại Tổng Hợp 2 đã hướng dẫn tận tình trong lựa chọn đề tài và chỉ bảo, giúp đỡ, tạo điều kiện cho tôi học tập và thu thập số liệu đề tài nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn PGS.TS. Nguyễn Thị Giang An – Phó trưởng khoa Sinh học - Trường đại học Vinh đã hướng dẫn tôi hoàn thành báo cáo thực tập tốt nghiệp này. Cô đã luôn tận tình hướng dẫn, giúp tôi viết luận văn đúng quy cách và tạo điều kiện cho tôi trong quá trình nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn PGS.TS.BS. Nguyễn Văn Hương - Giám đốc Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An đã định hướng tên đề án, tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất cho tôi được đi học tập và làm việc tại bệnh viện trong thời gian học.

Tôi xin cảm ơn các anh chị đang công tác và làm việc tại khoa Gây mê - Hồi sức, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An đã tận tình hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong quá trình thu thập số liệu.

Cuối cùng, tôi xin gửi tình cảm yêu thương và lòng biết ơn tới gia đình đã luôn quan tâm, động viên và tạo mọi điều kiện cho tôi trong quá trình học tập vừa qua. Mặc dù đã rất cố gắng, song đề tài này không tránh khỏi những mặt còn hạn chế, rất mong nhận được sự góp ý của các quý thầy cô trong hội đồng, để tôi rút kinh nghiệm trong quá trình nghiên cứu sau này.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Nghệ An, tháng 10 năm 2025

Học viên

Bùi Anh Vinh

Mục lục

PHẦN 1. GIỚI THIỆU VỀ ĐƠN VỊ THỰC TẬP	1
1.1. Đặc điểm chung	1
1.2. Chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện	2
1.2.1. Cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh	3
1.2.2. Đào tạo cán bộ y tế	4
1.2.3. Nghiên cứu khoa học về y học	4
1.2.4. Chỉ đạo tuyến dưới về chuyên môn, kỹ thuật.....	4
1.2.5. Phòng bệnh	4
1.2.6. Hợp tác quốc tế.....	5
1.2.7. Quản lý kinh tế trong Bệnh viện	5
PHẦN 2. KẾT QUẢ THỰC TẬP	6
2.1. Về chuyên môn	6
2.2. Kết quả thực tập	6
2.2.3. Đặc điểm phẫu thuật	Error! Bookmark not defined.
2.2.4. Đặc điểm lâm sàng.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.5. Công tác chăm sóc điều dưỡng	Error! Bookmark not defined.
2.2.7. Diễn biến sau phẫu thuật.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.8. Khả năng vận động	Error! Bookmark not defined.
2.2.9. Sự hài lòng của người bệnh	Error! Bookmark not defined.
2.2.10. Đánh giá kết quả gần.....	Error! Bookmark not defined.
PHẦN 3. BÀI HỌC KINH NGHIỆM	6
3.1. Bài học kinh nghiệm về việc vận dụng kiến thức đã học.....	29
3.2. Bài học kinh nghiệm về việc triển khai đề tài, dự án, quy trình, thiết kế và học hỏi kiến thức thực tế từ đơn vị thực tập	29
3.3. Bài học kinh nghiệm về việc rèn luyện kỹ năng, phẩm chất nghề nghiệp	30
3.4. Kiến nghị với nhà trường để cải tiến học phần thực tập tốt nghiệp	30
3.5. Nhật ký làm việc tại cơ sở thực tập.....	Error! Bookmark not defined.

Thông tin chung

1. Tên đơn vị thực tập: Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An; Địa chỉ: Km5, Đại lộ Lê Nin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An; Điện thoại: 0886.234.222;
Website: <https://bvnghean.vn>
2. Tên bộ phận thực tập: Khoa Chấn thương- Chỉnh hình
3. Địa chỉ thực tập: Km5, Đại lộ Lê nin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An
4. Các nhiệm vụ thực tập
5. Thời gian thực tập: Từ ngày 29/11/2024 đến ngày 01/03/2025.
6. Người hướng dẫn thực tập:
 - 6.1. Tại Cơ sở thực tập: TS. Nguyễn Huy Toàn
 - 6.2. Tại Trường Đại học Vinh: PGS.TS. Nguyễn Thị Giang An

PHẦN 1. GIỚI THIỆU VỀ ĐƠN VỊ THỰC TẬP

1.1. Đặc điểm chung

- Cơ cấu tổ chức Đảng: Tổ chức Đảng hoạt động theo mô hình Đảng bộ cấp cơ sở, có cấu trúc đồng nhất với tổ chức bộ máy chuyên môn của Bệnh viện, gồm 46 chi bộ trực thuộc Đảng bộ Bệnh viện với tổng số 501 đảng viên.

- Cơ cấu tổ chức đoàn thể:

+ Công đoàn Bệnh viện gồm 51 Công đoàn bộ phận trực thuộc với tổng số đoàn viên 1652 đoàn viên.

+ Đoàn TNCS Hồ Chí Minh Bệnh viện gồm có 18 Liên Chi Đoàn trực thuộc với tổng số đoàn viên 539 đoàn viên.

+ Hội Cựu chiến binh Bệnh viện tổng số hội viên 09 hội viên.

- Cơ cấu tổ chức, bộ máy: Tính đến thời điểm hiện tại Bệnh viện có tất cả 60 khoa, phòng, trung tâm bao gồm:

+ Ban Giám đốc và 07 phòng chức năng;

+ 09 khoa Cận lâm sàng;

+ 36 khoa Lâm sàng; (có 03 khoa trực thuộc Trung tâm tim mạch; 02 khoa trực thuộc Trung tâm Bệnh nhiệt đới)

+ 07 trung tâm: Trung tâm tim mạch (gồm 03 khoa Phẫu thuật tim mạch lồng ngực, Nội tim mạch 1 và Nội tim mạch 2), Trung tâm đột quỵ, Trung tâm dịch vụ tổng hợp, Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Trung tâm Bệnh nhiệt đới (gồm 02 khoa Vi rút ký sinh trùng, Nhiễm khuẩn tổng hợp); Trung tâm xét nghiệm; Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến.

- Quy mô nhân lực:

Tổng số công chức, viên chức và người lao động hiện có mặt làm việc tại Bệnh viện có đến thời điểm hiện tại (tháng 9 năm 2025) là 1824 người thể hiện ở Bảng 1.1.

Bảng 11.. Quy mô nhân lực bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An đến tháng 9 năm 2025

Nhóm nhân lực	Tổng số	Trình độ/Chức danh chi tiết
Viên chức	1.492	
– Bác sĩ	507	PGS: 01; TS: 13; CKII: 59; CKI: 83; ThS: 108; BSNT: 23; BS: 220
– Điều dưỡng	667	Sau ĐH: 19; ĐH: 205; CĐ: 438; TH: 5

– Hộ sinh	55	ĐH: 02; CĐ: 53
– Dược	45	CKII: 01; CKI: 06; ThS: 04; DS ĐH: 14; DS CĐ: 20
– Kỹ thuật viên y	100	Sau ĐH: 08; ĐH: 45; CĐ: 47
– Chuyên môn y tế khác	119	ThS: 15; ĐH: 95; CĐ & TH: 9
Hợp đồng lao động	332	
– Nội viện	85	
– Chuyên gia	01	
– Giảng viên ĐH Y Vinh	02	Tham gia KCB và giảng dạy
– Trung tâm dịch vụ	118	
– Hợp đồng kinh tế khác	126	Cây cảnh, vệ sinh, vệ sĩ...

Sinh viên của các Trường đại học, cao đẳng đến học lâm sàng tại bệnh viện; học viên từ các Bệnh viện khác; giáo viên tại Trường Đại học Y khoa Vinh được cử làm việc tại Bệnh viện.

- Về quy mô giường bệnh, hiện nay, Bệnh viện có 2000 giường. Lưu lượng bệnh nhân khám giao động từ 1300 – 1600 người/ngày; bệnh nhân điều trị nội trú luôn ở mức từ 2300 - 2500 người/ngày.

- Cơ sở vật chất: Bệnh viện đóng trên diện tích đất rộng lớn, được UBND tỉnh Nghệ An giao quản lý và sử dụng tổng diện tích là 74.848 m². Tổng diện tích sàn xây dựng: 77.450 m², diện tích xây dựng các hạng mục công trình là 30.212 m² được chia thành 33 khối nhà nghiệp vụ khác nhau. Số giường bệnh kế hoạch được giao đến năm 2024 của Bệnh viện là 2.000 giường, số giường thực kê là 2662 giường.

- Trang thiết bị: Bệnh viện có gần 1000 trang thiết bị y tế chuyên sâu, trong đó có nhiều trang thiết bị công nghệ cao và hiện đại.

1.2. Chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là Bệnh viện Đa khoa hạng I, tuyến cuối cùng về khám, chữa bệnh đa khoa trên địa bàn tỉnh Nghệ An đồng thời tuyến cuối khám, chữa bệnh về chuyên ngành Nội khoa, Ngoại khoa và Sản phụ khoa của khu vực Bắc trung bộ. Chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện là tham mưu cho ngành Y tế xây dựng chiến lược phát triển các chuyên ngành thuộc lĩnh vực khám chữa bệnh trên toàn tỉnh và khu vực; Trực tiếp triển

khai thực hiện cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân trong tỉnh, các tỉnh trong khu vực và nước bạn Lào; đào tạo cán bộ y tế; nghiên cứu khoa học về y học; chỉ đạo tuyến dưới về chuyên môn, kỹ thuật; tham gia công tác phòng bệnh; hợp tác quốc tế; là cơ sở đào tạo thực hành cho một số các Trường Đại học uy tín và cao đẳng Y – Dược trong cả nước. Cụ thể như sau

1.2.1. Cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh

Đối với nhiệm vụ này, bệnh viện thực hiện:

- Tiếp nhận tất cả các trường hợp người bệnh từ ngoài vào hoặc từ các Bệnh viện khác chuyển đến để cấp cứu, khám, chữa bệnh nội trú và ngoại trú.

- Tổ chức khám và chứng nhận sức khoẻ theo quy định của Nhà nước.

- Có trách nhiệm giải quyết hầu hết các ca bệnh trong tỉnh.

- Tổ chức khám giám định sức khoẻ, khám giám định pháp y khi hội đồng giám định y khoa tỉnh, thành phố hoặc cơ quan bảo vệ pháp luật trưng cầu.

- Chuyển người bệnh lên tuyến trên khi Bệnh viện không đủ khả năng giải quyết

Trong đó, bệnh viện hoàn chỉnh với các chuyên khoa, gồm:

+ Hệ nội có 24 chuyên khoa bao gồm: Khám bệnh; Cấp cứu; Phẫu thuật gây mê hồi sức; Hồi sức tích cực nội khoa; Hồi sức tích cực ngoại khoa; Hồi sức tích cực chống độc; Nội A – Lão khoa; Nhi – Sơ sinh; Nội tiêu hoá; Nội hô hấp; Nội tiết – Đái tháo đường; Nội thận – Tiết niệu – Lọc máu; Huyết học lâm sàng; Tim mạch 1; tim mạch 2; Cơ – Xương – Khớp; Thần kinh; Nhiễm khuẩn tổng hợp; Virut ký sinh trùng; Da liễu; Y học cổ truyền; Phục hồi chức năng; Đột quy; Dinh dưỡng;

+ Hệ ngoại có 12 chuyên khoa bao gồm: Ngoại tổng hợp; Ngoại tiêu hoá; Ngoại thận tiết niệu; Ngoại chấn thương – Chỉnh hình; Bỏng; Phẫu thuật thẩm mỹ, Ngoại Tim mạch – Lòng ngực; Phẫu thuật thần kinh – Cột sống; Phụ sản; Mắt; Răng – Hàm – Mặt; Tai – Mũi – Họng; Hỗ trợ sinh sản.

+ Hệ cận lâm sàng (9 khoa) bao gồm: Thăm dò chức năng; Xquang; Vi sinh; Huyết học; Hoá sinh; Giải phẫu bệnh; Kiểm soát nhiễm khuẩn; Dược; Di truyền và Sinh học phân tử.

+ Thực hiện thường quy 12.491 kỹ thuật của các phân tuyến trong quá trình khám chữa bệnh, Bệnh viện có gần 1000 trang thiết bị y tế chuyên sâu, trong đó có nhiều trang thiết bị công nghệ cao và hiện đại như: hệ thống cộng hưởng từ 3.0 có ứng dụng trí tuệ nhân tạo, 3 hệ thống cắt lớp vi tính, 2 hệ thống chụp mạch DSA, nhiều hệ thống X.Quang kỹ thuật số, hệ thống nội soi, siêu âm tổng quát và chuyên sâu... các hệ thống máy xét nghiệm bao gồm: hệ

thông giải trình tự gen, hệ thống xét nghiệm tự động miễn dịch, hệ thống lập sơ đồ nhiễm sắc thể bán tự động, máy lai phân tử FISH, hệ thống máy điện di gen, máy huyết học tự động, máy phân tích huyết học tự động, 02 hệ thống xét nghiệm tự động, máy sinh hóa tự động, máy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ tự động Biomereux... Các thiết bị y tế hiện đại: hệ thống ghép tế bào gốc, 02 hệ thống chụp và can thiệp mạch, 01 hệ thống điện sinh lý cơ tim, 142 hệ thống máy thở, 02 hệ thống ECMO, máy hạ thân nhiệt chỉ huy... bên cạnh đó Bệnh viện có 18 phòng mổ được trang bị đầy đủ hiện đại (03 phòng mổ ghép tạng, 11 hệ thống phẫu thuật nội soi, cùng nhiều trang thiết bị phẫu thuật khác...) để triển khai phẫu thuật tim mạch, sọ não, thần kinh mạch máu, phẫu thuật tạo hình... đáp ứng đủ về yêu cầu chuyên môn và tiêu chuẩn của Bệnh viện hạng 1 hoàn chỉnh tiến tới trở thành Bệnh viện hạng đặc biệt.

1.2.2. Đào tạo cán bộ y tế

- Bệnh viện là cơ sở thực hành đào tạo cán bộ y tế ở bậc trên đại học, đại học và trung học.
- Tổ chức đào tạo liên tục cho các thành viên trong Bệnh viện, khu vực và tuyển dưới để nâng cao trình độ chuyên môn.

1.2.3. Nghiên cứu khoa học về y học

- Tổ chức nghiên cứu, hợp tác nghiên cứu các đề tài y học và ứng dụng những tiến bộ kỹ thuật y học ở cấp Nhà nước, cấp Bộ hoặc cấp Cơ sở, chú trọng nghiên cứu về y học cổ truyền kết hợp với y học hiện đại và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc
- Nghiên cứu triển khai dịch tễ học cộng đồng trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu lựa chọn ưu tiên thích hợp trong địa bàn tỉnh, thành phố và các ngành.
- Kết hợp với Bệnh viện tuyến trên và các Bệnh viện chuyên khoa đầu ngành để phát triển kỹ thuật của Bệnh viện.

1.2.4. Chỉ đạo tuyển dưới về chuyên môn, kỹ thuật

- Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện việc chỉ đạo các Bệnh viện tuyến dưới, Bệnh viện thuộc các tỉnh trong khu vực phát triển kỹ thuật chuyên môn nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị.
- Kết hợp với Bệnh viện tuyến dưới, Bệnh viện thuộc các tỉnh trong khu vực thực hiện các chương trình về chăm sóc sức khỏe ban đầu trong địa bàn tỉnh, thành phố và các ngành.

1.2.5. Phòng bệnh

- Tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho cộng đồng

- Phối hợp với các cơ sở y tế dự phòng thường xuyên thực hiện nhiệm vụ phòng bệnh, phòng dịch.

1.2.6. Hợp tác quốc tế

- Hợp tác với các tổ chức hoặc cá nhân ở ngoài nước theo đúng quy định của nhà nước.

- Tăng cường chuyển giao kỹ thuật, hợp tác y tế đối với Bệnh viện đa khoa tỉnh Xiêng Khoảng cộng hòa dân chủ nhân dân (CHDCND) Lào.

1.2.7. Quản lý kinh tế trong Bệnh viện

- Có kế hoạch sử dụng hiệu quả cao ngân sách Nhà nước cấp. Thực hiện nghiêm chỉnh các quy định của Nhà nước về thu, chi tài chính, từng bước thực hiện hạch toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

- Tạo thêm nguồn kinh phí từ các dịch vụ y tế: Viện phí, bảo hiểm y tế, đầu tư của nước ngoài và các tổ chức kinh tế khác.

PHẦN 2. KẾT QUẢ THỰC TẬP

Trong thời gian thực tập tại bệnh viện, em đã có cơ hội tiếp cận thực tế công tác chăm sóc và điều trị bệnh nhân, qua đó tích lũy được nhiều kinh nghiệm quý báu. Quá trình thực tập giúp em củng cố vững chắc những kiến thức lý thuyết đã học, rèn luyện các kỹ năng nghề nghiệp của người điều dưỡng, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi để em thu thập, xử lý và phân tích số liệu phục vụ cho đề tài tốt nghiệp. Kết quả thực tập không chỉ phản ánh sự tiến bộ về chuyên môn và kỹ năng thực hành, mà còn thể hiện mối liên hệ chặt chẽ giữa học tập, thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học trong đề tài.

Về chuyên môn

- Hiểu rõ quy trình chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật có áp dụng phương pháp gây tê ngoài màng cứng, đặc biệt trong giai đoạn hồi tỉnh và những giờ đầu sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, mức độ giảm đau, tình trạng vết mổ, phát hiện sớm các biến chứng liên quan đến gây tê như tụt huyết áp, bí tiểu, buồn nôn, chóng mặt...

- Thực hành thành thạo các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản trong chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật: thay băng, tiêm thuốc giảm đau, theo dõi và ghi nhận chính xác mức độ đau theo thang điểm, kiểm tra hệ thống dẫn lưu và đánh giá hiệu quả của phương pháp giảm đau ngoài màng cứng.

- Tham gia hỗ trợ bác sĩ trong việc theo dõi, điều chỉnh liều lượng thuốc gây tê, hướng dẫn bệnh nhân tập thở, tập vận động sớm nhằm giảm đau, tăng tuần hoàn và rút ngắn thời gian hồi phục sau mổ.

- Biết cách tư vấn, trấn an và động viên tinh thần cho bệnh nhân, phối hợp chặt chẽ với người nhà trong việc theo dõi tình trạng đau, giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị và yên tâm trong quá trình hồi phục sau phẫu thuật.

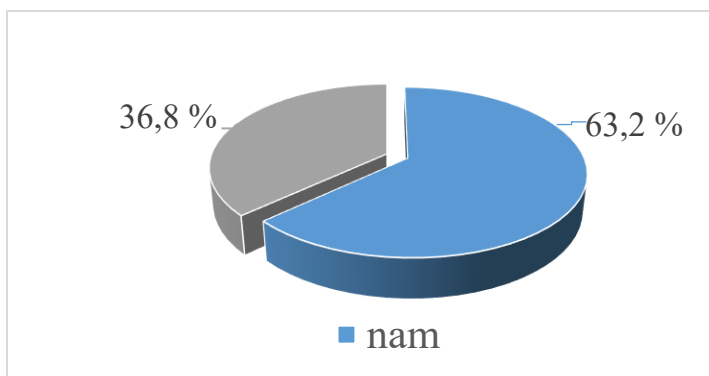
3.1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 106 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để gây tê NMC giảm đau sau mổ bụng và chỉnh hình chi dưới.

Nghiên cứu này được thực hiện tại khoa Phẫu thuật gây mê và hồi sức bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 03 năm 2025 đến hết tháng 10 năm 2025.

Chúng tôi đưa ra kết quả và bàn luận sau:

3.1.1. Giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới

Nghiên cứu ghi nhận nữ giới chiếm 63,2%, nam giới chiếm 36,8%. Tỷ lệ này phản ánh thực tế lâm sàng, khi các phẫu thuật ổ bụng và thay khớp háng – chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu – thường gặp nhiều ở nữ giới cao tuổi. Sự chênh lệch này có thể liên quan đến đặc điểm bệnh lý phổ biến ở nữ giới lớn tuổi, như thoái hóa khớp, gãy xương do loãng xương hoặc bệnh lý ổ bụng cần phẫu thuật. Đây cũng là nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước. Nguyễn Thị Mão (2002) ghi nhận nữ giới chiếm ưu thế trong nhóm bệnh nhân mổ chi dưới có sử dụng phương pháp gây tê ngoài màng cứng [26]. Nguyễn Trung Kiên và cộng sự (2012) cũng báo cáo tỷ lệ nữ cao hơn khi nghiên cứu hiệu quả giảm đau ngoài màng cứng ở bệnh nhân cao tuổi sau mổ bụng trên [30]. Tại Bệnh viện Việt Đức, Hằng và Thùy (2022) ghi nhận nữ giới chiếm tới 65,8% bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật này sau mổ vùng bụng [12].

Các nghiên cứu quốc tế cho kết quả tương tự. Celleno và Capogna (1988) đánh giá giảm đau ngoài màng cứng trong sản khoa cho thấy kỹ thuật này thường được sử dụng trên bệnh nhân nữ, với hiệu quả cao và ít biến chứng [60]. Cooper và cộng sự (1993) cũng ghi nhận tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế trong nhóm bệnh nhân mổ bụng sử dụng gây tê ngoài màng cứng [61].

Tuy có sự khác biệt về tỷ lệ giới tính, nhưng không ghi nhận sự chênh lệch đáng kể giữa nam và nữ về hiệu quả giảm đau hay tỷ lệ tác dụng không mong muốn. Điều này cho thấy giới tính không phải là yếu tố quyết định đến kết quả lâm sàng khi kỹ thuật được thực hiện đúng quy trình và theo dõi đầy đủ.

3.1.2. Tuổi, chiều cao, cân nặng

Bảng 3.1. Tuổi, chiều cao, cân nặng

	Nam $\bar{X} \pm SD$	Nữ $\bar{X} \pm SD$	Chung $\bar{X} \pm SD$	P
Tuổi (năm)	64,12±17,99	66,51±16,78	65±17,51	p>0,05
Chiều cao (cm)	162,36±5,58	153,97±4,67	159,27±6,63	p<0,05
Cân nặng (kg)	56,09±5,85	50,95±7,02	54,20±6,75	p<0,05

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân được áp dụng gây tê ngoài màng cứng là 65 ± 17,51 tuổi. Sự chênh lệch nhẹ giữa hai giới (nam: 64,12 ± 17,99; nữ: 66,51 ± 16,78) không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), tuy nhiên phản ánh rõ đặc điểm dân số thường gặp tại các khoa gây mê hồi sức, khi phần lớn bệnh nhân là người cao tuổi, có bệnh lý nền mạn tính và cần can thiệp phẫu thuật lớn. Báo cáo tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, nhóm ≥60 tuổi chiếm 68,2% trong số các ca sử dụng gây tê ngoài màng cứng trong mổ bụng [17]. Việc lựa chọn kỹ thuật này cho nhóm tuổi cao nhằm hạn chế sử dụng opioid toàn thân và kiểm soát đau hiệu quả hơn ở những đối tượng vốn có ngưỡng chịu đau thấp và nguy cơ cao với biến chứng sau mổ.

Về chiều cao và cân nặng, kết quả nghiên cứu cho thấy nam giới có chiều cao trung bình là 162,36 ± 5,58 cm, nặng 56,09 ± 5,85 kg; trong khi nữ giới thấp và nhẹ hơn đáng kể (153,97 ± 4,67 cm; 50,95 ± 7,02 kg), sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Mặc dù đây là khác biệt sinh học bình thường giữa hai giới, song lại có ảnh hưởng đáng kể trong thực hành gây tê. Nghiên cứu của Lê Văn Chung và Nguyễn Văn Chùng (2011) nhấn mạnh: việc phối hợp gây tê ngoài màng cứng – tùy sống ở bệnh nhân cao tuổi cần điều chỉnh thể tích thuốc theo chiều cao và cân nặng, vì thể trạng nhỏ dễ gây lan tê quá mức, tụt huyết áp hoặc ức chế thần kinh không mong muốn [19].

Nguyễn Văn Chùng và cộng sự (2018) đã ghi nhận rằng bệnh nhân có thể trạng thấp nhỏ có nguy cơ cao hơn gặp biến chứng sau gây tê ngoài màng cứng kéo dài, đặc biệt khi liều lượng và tốc độ truyền không được hiệu chỉnh dựa trên thông số nhân trắc [32]. Theo Nguyễn

Thị Thanh Huyền và Lê Hoàng (2020) khi khảo sát mức độ đau sau mổ cũng chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân có chiều cao dưới 155 cm có tỷ lệ đáp ứng giảm đau không đồng đều, dẫn đến nhu cầu sử dụng thuốc bổ sung nhiều hơn [27].

Bromage (1965) từ lâu chỉ ra mối liên hệ giữa đặc điểm nhân trắc học và hiệu quả phong bế thần kinh, nhấn mạnh rằng chiều cao, cân nặng và đặc biệt là độ thoái hóa cột sống theo tuổi ảnh hưởng rõ đến tốc độ lan tê và thời gian tác dụng [69]. Theo mô hình kiểm soát đau đa mô thức của Kehlet và Dahl (2003), nhân trắc học là một trong các yếu tố bắt buộc phải cá thể hóa trong điều chỉnh phác đồ hậu phẫu, nếu muốn đạt hiệu quả tối ưu mà vẫn đảm bảo an toàn cho bệnh nhân cao tuổi hoặc thể trạng yếu [62].

Các chỉ số tuổi, chiều cao và cân nặng không chỉ mang giá trị mô tả mà còn là căn cứ lâm sàng quan trọng để bác sĩ gây mê điều chỉnh kỹ thuật, lựa chọn thuốc và kiểm soát lan tê phù hợp từng bệnh nhân. Bỏ qua các yếu tố này sẽ dễ dẫn đến quá liều, lan tê không mong muốn hoặc giảm hiệu quả kiểm soát đau – đặc biệt ở nhóm đối tượng cao tuổi, thấp bé hoặc có bệnh nền nặng.

3.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.2 Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Công chức, viên chức	7	6,6
Về hưu	14	13,2
Nông dân	41	38,7
Tự do	44	41,5
Tổng	106	100 %

Trong tổng số 106 bệnh nhân, nhóm có nghề nghiệp tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (41,5%), tiếp đến là nông dân (38,7%). Như vậy, có đến 80,2% bệnh nhân thuộc nhóm lao động không ổn định hoặc lao động phổ thông. Tỷ lệ này vượt xa so với nhóm về hưu (13,2%) và công chức, viên chức (6,6%).

Cấu trúc nghề nghiệp trên phản ánh thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế ở các khu vực dân cư lao động phổ thông – đối tượng chiếm đa số tại nhiều bệnh viện tuyến tỉnh. Các nhóm nghề này thường có điều kiện kinh tế hạn chế, mức độ hiểu biết y tế không đồng đều, dẫn đến việc trì hoãn điều trị hoặc nhập viện khi bệnh đã nặng, cần can thiệp phẫu thuật và phương pháp giảm đau chuyên sâu. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thu Chung (2014), bệnh nhân làm nghề nặng hoặc tự do chiếm 70,1% trong nhóm được chỉ định gây tê ngoài màng cứng hậu phẫu chi dưới tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, với tỷ lệ đau dai dẳng sau mổ cao hơn nhóm công chức và viên chức [28].

Ngoài yếu tố kinh tế – xã hội, nghề nghiệp cũng phản ánh mức độ tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Nông dân và người lao động tự do thường làm việc nặng nhọc, tư thế không đúng, ít cơ hội được khám sức khỏe định kỳ, từ đó làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý cần can thiệp phẫu thuật như thoát vị, sa nội tạng, hoặc thoái hóa xương khớp. Các đối tượng này vì vậy trở thành nhóm thường xuyên cần đến kỹ thuật kiểm soát đau có hiệu quả như gây tê ngoài màng cứng.

Đáng chú ý, nhóm công chức và về hưu – tuy chiếm tỷ lệ nhỏ – lại thường được tiếp cận phương pháp điều trị sớm và chủ động hơn. Theo khảo sát của Nguyễn Văn Chung & Nguyễn Thị Mai (2021), các bệnh nhân có nghề nghiệp ổn định như giáo viên, viên chức có xu hướng chấp nhận điều trị nội trú dài ngày và hài lòng hơn với kết quả kiểm soát đau sau mổ [31].

Ở góc độ quốc tế, Palermo (2022) chỉ ra rằng đặc điểm nghề nghiệp có liên hệ chặt chẽ với mức độ hợp tác trong chăm sóc hậu phẫu. Bệnh nhân làm nghề lao động chân tay có nguy cơ thấp hợp tác điều trị, ngưỡng chịu đau kém và dễ bỏ điều trị sớm nếu đau không được kiểm soát tức thì [49]. Cùng với đó, Fillingim và cộng sự (2016) nhấn mạnh rằng nghề nghiệp là một yếu tố gián tiếp ảnh hưởng đến cảm nhận đau thông qua cơ chế thần kinh hành vi và yếu tố tâm lý xã hội đi kèm [44].

Tổng hợp lại, nghề nghiệp là một chỉ số nhân khẩu học có ý nghĩa lâm sàng trong tiên lượng đáp ứng với các biện pháp kiểm soát đau. Trong thực hành, việc khai thác kỹ đặc điểm này có thể giúp cá thể hóa chiến lược giảm đau, lựa chọn kỹ thuật phù hợp, tiên lượng mức độ hợp tác và góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho từng nhóm bệnh nhân.

3.1.4. Phân loại phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.3. Phân loại phương pháp phẫu thuật

STT	Loại bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Gãy xương đùi	25	23,6
2	Thay khớp háng	21	19,8
3	Tiêu hóa- Gan mật	59	55,7
4	Các loại phẫu thuật khác	1	0,9
	Tổng	106	100 %

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân được chỉ định giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật chủ yếu rơi vào hai loại: phẫu thuật tiêu hóa–gan mật (55,7%) và phẫu thuật chỉnh hình vùng hông–đùi gồm gãy xương đùi (23,6%) và thay khớp háng (19,8%). Các loại phẫu thuật khác chỉ chiếm tỷ lệ không đáng kể (0,9%), và không có trường hợp nào thuộc nhóm gãy xương cẳng chân.

Cấu trúc phân loại này phản ánh thực tiễn ứng dụng gây tê ngoài màng cứng tại các bệnh viện đa khoa hạng I, nơi thường thực hiện nhiều ca đại phẫu vùng bụng và chi dưới ở người cao tuổi. Theo Nguyễn Minh Thư (2022), kỹ thuật này được ưu tiên trong các cuộc mổ vùng bụng trên và thay khớp háng ở người cao tuổi vì giúp kiểm soát đau hiệu quả mà không gây ức chế hô hấp hoặc rối loạn ý thức như các thuốc opioid toàn thân [22].

Việc sử dụng gây tê ngoài màng cứng trong nhóm tiêu hóa – gan mật là phù hợp với cơ chế kiểm soát đau theo phân vùng thần kinh. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên (2014) đã chứng minh hiệu quả giảm đau rõ rệt ở bệnh nhân sau phẫu thuật gan mật khi được tự điều khiển bơm truyền hỗn hợp bupivacain–fentanyl qua catheter ngoài màng cứng [29]. Phương pháp này không những giảm đau tốt mà còn làm giảm phản xạ giao cảm, ổn định huyết động trong và sau mổ.

Ở nhóm chỉnh hình, đặc biệt là thay khớp háng, gây tê ngoài màng cứng được lựa chọn nhờ khả năng kiểm soát đau kéo dài sau mổ, hỗ trợ vận động sớm và phục hồi chức năng.

Theo báo cáo của Nguyễn Văn Chùng và cộng sự (2018), phương pháp này giúp duy trì điểm VAS ≤ 3 trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật thay khớp háng, rút ngắn thời gian nằm viện trung bình 1,5 ngày so với dùng morphin đường tĩnh mạch [32].

Bên cạnh đó, ứng dụng gây tê ngoài màng cứng trong các loại phẫu thuật không điển hình như tiết niệu, phụ khoa hoặc lồng ngực vẫn được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu. Tăng Xuân Hải và cộng sự (2022) đã chứng minh hiệu quả của phương pháp này trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, với tỷ lệ đau sau mổ giảm rõ rệt và không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng [35].

Về mặt quốc tế, Kehlet & Dahl (2003) trong khuyến cáo về kiểm soát đau hậu phẫu đã xếp gây tê ngoài màng cứng là lựa chọn hàng đầu trong các cuộc mổ vùng bụng trên, khung chậu và chi dưới – đặc biệt với nhóm bệnh nhân có bệnh lý nền, tuổi cao hoặc cần phục hồi vận động sớm [62]. Điều này củng cố cho thực tiễn lâm sàng tại Việt Nam, khi cấu trúc chỉ định như nghiên cứu trên hoàn toàn phù hợp với xu hướng toàn cầu.

Tóm lại, phân bố loại phẫu thuật trong nghiên cứu phản ánh hợp lý thực tiễn ứng dụng kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh. Kết quả này góp phần khẳng định giá trị thực tiễn của phương pháp trong kiểm soát đau hậu phẫu đa chuyên khoa, đặc biệt ở các nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.

3.1.5. Khoảng cách từ điểm chọc kim trên da đến khoang NMC

Bảng 3.4. Khoảng cách từ điểm chọc kim trên da đến khoang NMC

Độ sâu (cm)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
3-4	80	75,5
4,1- 5	26	24,5
5,1- 6	0	0
Tổng	106	100%

Bảng 3.4 cho thấy đa số bệnh nhân (75,5%) có khoảng cách từ da đến khoang ngoài màng cứng nằm trong khoảng 3–4 cm. Số bệnh nhân có độ sâu từ 4,1–5 cm chiếm 24,5%, và

không có trường hợp nào vượt quá 5 cm. Phân bố này phản ánh tương đối đúng thể trạng người Việt Nam trung niên – cao tuổi, đặc biệt là nữ giới – vốn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu.

Khoảng cách từ da đến khoang ngoài màng cứng (NMC) chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố như chỉ số BMI, độ dày lớp mỡ dưới da, giới tính, tư thế khi tiến hành thủ thuật và vị trí chọc kim. Theo Đặng Văn Hòa (2019), khoảng cách phổ biến ở người Việt trưởng thành là từ 3,5 đến 4,5 cm, với sự khác biệt rõ giữa các nhóm chiều cao và giới tính [14]. Trong nghiên cứu này, chiều cao trung bình của nữ là $153,97 \pm 4,67$ cm, đồng thời cân nặng trung bình là $50,95 \pm 7,02$ kg, điều này lý giải tại sao đa số bệnh nhân có độ sâu chọc kim nằm dưới 4 cm.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chùng và cộng sự (2018) khi khảo sát kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng ở nhóm bệnh nhân mổ ngực, ghi nhận khoảng cách trung bình từ 3,6 đến 4,3 cm và đề xuất hiệu chỉnh liều thuốc gây tê theo thể trạng để hạn chế lan tê ngoài ý muốn [32]. Nguyễn Thu Chung (2014) cũng chỉ ra rằng khoảng cách từ da đến khoang NMC ở bệnh nhân phẫu thuật khớp chi dưới tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương dao động từ 3–4,5 cm, phụ thuộc rõ vào chỉ số BMI và giới [28].

Về mặt kỹ thuật, xác định chính xác khoảng cách này là điều kiện tiên quyết giúp bác sĩ tránh nguy cơ xuyên khoang cứng hoặc tê lệch bên. Theo hướng dẫn lâm sàng trong bài giảng của Cao Thị Anh Đào (2014), khoảng cách lý tưởng thường nằm từ 3–5 cm khi gây tê tại vị trí L2–L3 hoặc L3–L4, đặc biệt ở người lớn tuổi có thể trạng trung bình thấp [8].

Trong y văn quốc tế, Bromage (1965) đã xác lập độ sâu trung bình từ da đến khoang ngoài màng cứng là khoảng 4 cm ở người châu Âu, với dao động từ 2,5–6 cm, phụ thuộc vào thể trạng và vị trí chọc kim [69]. Dữ liệu này nhấn mạnh rằng ở các dân số có vóc dáng nhỏ hơn như người Việt, độ sâu sẽ thấp hơn đáng kể, do đó cần thận trọng khi sử dụng liều gây tê tiêu chuẩn.

Phân bố khoảng cách từ da đến khoang NMC trong nghiên cứu này là hợp lý và tương thích với dữ liệu giải phẫu thực tế tại Việt Nam. Việc hiểu rõ yếu tố này giúp nâng cao độ

chính xác và an toàn của kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng, từ đó góp phần cải thiện chất lượng kiểm soát đau sau mổ.

3.1.6. Vị trí chọc kim

Bảng 3.5. Vị trí chọc kim

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
D7 – D9	43	40,2
D9 – D11	8	7,5
D10 – D12	10	9,4
L2 –L4	45	42,5
Tổng	106	100%

Kết quả nghiên cứu cho thấy hai vị trí chọc kim được sử dụng phổ biến nhất là khoang D7–D9 (40,2%) và L2–L4 (42,5%). Các khoảng gian đốt sống khác như D9–D11 và D10–D12 chỉ chiếm lần lượt 7,5% và 9,4%. Sự phân bố này phản ánh sự lựa chọn linh hoạt trong thực hành gây tê ngoài màng cứng, tùy thuộc vào vùng phẫu thuật và mục tiêu kiểm soát đau cụ thể.

Với các ca mổ vùng bụng trên và gan mật – chiếm hơn một nửa tổng số bệnh nhân (55,7%) – vị trí chọc kim tại D7–D9 được lựa chọn để đạt mức tê từ T4 đến T10. Theo Nguyễn Ngọc Độ (1980), đây là vùng lý tưởng để phong bế thần kinh ngực giữa, giúp kiểm soát tốt cảm giác đau nội tạng trong phẫu thuật gan mật [23]. Vị trí này không chỉ tối ưu hóa hiệu quả phong bế mà còn giảm nguy cơ ảnh hưởng hô hấp so với tê ngực cao.

Đối với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng và gãy xương đùi – chiếm tổng cộng 43,4% – chọc kim tại vùng thắt lưng L2–L4 là lựa chọn hợp lý nhằm gây tê các rễ thần kinh chi dưới. Nguyễn Thành Vinh và Nguyễn Văn Chùng (2006) ghi nhận hiệu quả giảm đau rõ rệt khi gây tê ngoài màng cứng tại khoang L3–L4, đặc biệt trong các can thiệp chỉnh hình [24].

Hướng dẫn thực hành lâm sàng của Cao Thị Anh Đào (2014) cũng khuyến nghị: nếu phẫu trường nằm ở bụng trên, nên chọn các khoang ngực giữa; còn với mổ vùng bụng dưới và chi dưới, nên ưu tiên các khoang thắt lưng thấp như L2–L4 để đảm bảo tê đúng mức, không lan quá rộng [8].

Tài liệu quốc tế của Bromage (1965) xác nhận sự tương ứng giữa vị trí chọc kim và hiệu quả phong bế, nhân mạnh tính cá thể hóa dựa trên vùng giải phẫu và mục tiêu can thiệp [69]. Đồng quan điểm, Apfel et al. (2002) cho rằng chọn đúng vị trí chọc kim gần phẫu trường giúp hạn chế lượng thuốc tê cần dùng, đồng thời giảm thiểu lan tê không mong muốn và các biến chứng đi kèm [67].

Kết quả cho thấy kỹ thuật chọc kim trong nghiên cứu được lựa chọn hợp lý, tuân thủ theo nguyên tắc vùng tê – vùng mổ, đồng thời phù hợp với thực tiễn lâm sàng tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh. Sự phân bố này cũng cho thấy đội ngũ thực hiện có kinh nghiệm, đảm bảo kiểm soát đau hiệu quả mà vẫn hạn chế rủi ro trong quá trình can thiệp.

3.2. Hiệu quả giảm đau

3.2.1. Lượng thuốc dùng để giảm đau sau mổ

Bảng 3.6. Lượng thuốc dùng để giảm đau sau mổ của một bệnh nhân

n=106 Thuốc	Ít nhất	Nhiều nhất	$\bar{X} \pm SD$
Levobupivacain 0,1% (mg)	145	290	230,07±36,73
Fentanyl (mcg)	290	580	448,76±67,78

Phân tích dữ liệu từ 106 bệnh nhân cho thấy tổng liều thuốc giảm đau ngoài màng cứng được sử dụng trong 48 giờ sau mổ là $230,07 \pm 36,73$ mg Levobupivacain 0,1% và $448,76 \pm 67,78$ mcg Fentanyl. Mức thấp nhất và cao nhất lần lượt là 145–290 mg và 290–580 mcg, phản ánh sự điều chỉnh liều theo từng cá thể, phụ thuộc vào vị trí phẫu thuật, mức độ đau và thể trạng người bệnh.

Kết quả này phù hợp với xu hướng cá nhân hóa trong kiểm soát đau, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, thể trạng trung bình thấp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền và Lê Hoàng (2020), bệnh nhân có chiều cao <155 cm và cân nặng dưới 50 kg thường đạt hiệu quả giảm đau tốt với liều thấp hơn do thể tích khoang ngoài màng cứng nhỏ, làm tăng độ lan tỏa của thuốc [27].

So sánh với các tài liệu trong nước, Nguyễn Minh Thư (2022) ghi nhận liều Levobupivacain trung bình 210 ± 35 mg trong kiểm soát đau sau mổ bụng trên – cho thấy mức sử dụng trong nghiên cứu hiện tại là hợp lý, dù nồng độ và đặc điểm can thiệp có khác biệt [22]. Ngoài ra, Nguyễn Trung Kiên (2014) báo cáo liều Fentanyl trung bình khoảng 460 ± 70 mcg ở bệnh nhân mổ vùng gan mật, tương đương với dữ liệu thu thập trong nghiên cứu này [29].

Ở phạm vi quốc tế, nghiên cứu của Cooper và Turner (1993) cho thấy tổng liều Bupivacain kết hợp Fentanyl trong 48 giờ sau mổ bụng dao động từ 220–250 mg và 400–500 mcg – sát với kết quả hiện tại [61]. Cùng quan điểm, Kehlet & Dahl (2003) nhấn mạnh vai trò của giảm đau đa mô thức: sử dụng phối hợp thuốc tê và opioid với liều hợp lý giúp kiểm soát đau hiệu quả mà vẫn hạn chế tác dụng phụ [62].

Lượng thuốc sử dụng trong nghiên cứu cho thấy sự hợp lý về mặt lâm sàng, đồng thời phản ánh xu hướng tối ưu hóa hiệu quả và an toàn trong kiểm soát đau hậu phẫu. Đây là cơ sở thực tiễn quan trọng để thiết lập phác đồ giảm đau chuẩn hóa tại các cơ sở điều trị tương tự.

3.2.2. Thời gian chờ tác dụng giảm đau

Bảng 3.7. Thời gian chờ tác dụng giảm đau

Thời gian (phút)	Nam	Nữ	Chung
$\bar{X} \pm SD$ (phút)	12,27±2,06	12,23±2,02	12,26±2,03
Chậm nhất (phút)	16	16	16

Nhanh nhất (phút)	7	9	7
-------------------	---	---	---

Kết quả thu được cho thấy thời gian trung bình để thuốc phát huy hiệu lực sau khi đưa vào khoang ngoài màng cứng là $12,26 \pm 2,03$ phút, dao động từ 7 đến 16 phút. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai giới: nam giới đạt trung bình $12,27 \pm 2,06$ phút, trong khi nữ giới là $12,23 \pm 2,02$ phút. Điều này phản ánh tính đồng đều trong đáp ứng thuốc giữa các nhóm, khi các yếu tố như vị trí tiêm, loại thuốc và phác đồ liều lượng đã được chuẩn hóa.

Thời gian chờ này tương thích với khoảng khởi phát tác dụng lý tưởng đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận. Nguyễn Thu Chung (2014) trong khảo sát trên bệnh nhân phẫu thuật chi dưới cũng ghi nhận thời gian trung bình khoảng 13 phút [28], trong khi Tôn Đức Lang (1988) cho biết khoảng thời gian này có thể dao động rộng hơn nếu không kiểm soát kỹ yếu tố kỹ thuật hoặc lựa chọn thuốc chưa phù hợp [37].

Một số tài liệu quốc tế đã chứng minh mối liên hệ giữa thể tích khoang ngoài màng cứng và thời gian phát huy tác dụng. Celleno & Capogna (1988) ghi nhận thời gian khởi phát trung bình từ 10–14 phút với hỗn hợp Bupivacain–Fentanyl nồng độ thấp trong gây tê sản khoa [60]. Cooper và Turner (1993) cũng xác định thời điểm hiệu lực xảy ra trong khoảng 10–12 phút khi áp dụng phương pháp tương tự trong phẫu thuật bụng [61].

Cơ chế dược lý giải thích sự khởi phát nhanh chóng này là do thuốc tê cần một khoảng thời gian nhất định để khuếch tán qua màng cứng và phong bế các rễ thần kinh cảm giác. Sự lan tỏa của thuốc phụ thuộc vào vị trí tiêm, tốc độ bơm truyền, đặc điểm mô học của khoang ngoài màng cứng và cả chỉ số BMI của người bệnh. Nghiên cứu của Tăng Xuân Hải và cộng sự (2022) trên bệnh nhân mổ lấy thai cũng ghi nhận thời gian khởi phát khoảng 11–13 phút với kỹ thuật gây tê tương tự, khẳng định tính nhất quán của kết quả hiện tại [35].

Thời gian khởi phát ghi nhận trong nghiên cứu được đánh giá là phù hợp về mặt lâm sàng, đảm bảo hiệu quả gây tê đúng thời điểm, góp phần tạo thuận lợi cho công tác kiểm soát đau hậu phẫu. Dữ liệu này cũng có thể được sử dụng như một thông số tham chiếu khi triển khai kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng tại các bệnh viện tuyến cơ sở.

3.2.3. Diễn biến về điểm đau sau mổ (điểm VAS)

Bảng 3.8. Diễn biến về điểm đau sau mổ

Thông số Thời gian	Điểm đau khi nghỉ $\bar{X} \pm SD$	Điểm đau khi vận động $\bar{X} \pm SD$
Ho	4,46 ± 1,21	5,46 ± 1,21
Ha	3,85 ± 0,79	4,83 ± 0,77
H1	3,64 ± 0,82	4,64 ± 0,82
H6	3,08 ± 0,77	4,06 ± 0,75
H12	2,83 ± 0,76	3,84 ± 0,73
H24	2,41 ± 0,73	3,38 ± 0,75
H36	2,16 ± 0,71	3,12 ± 0,70
H48	1,62 ± 0,71	2,62 ± 0,71

Kết quả cho thấy điểm đau của bệnh nhân có xu hướng giảm đều theo thời gian. Điểm đau khi nghỉ giảm từ $4,46 \pm 1,21$ tại thời điểm H0 xuống $1,62 \pm 0,71$ tại H48. Điểm đau khi vận động cũng giảm từ $5,46 \pm 1,21$ còn $2,62 \pm 0,71$. Chênh lệch trung bình khoảng 1 điểm giữa hai trạng thái được duy trì ổn định, phản ánh khả năng kiểm soát đau hiệu quả ngay cả khi bệnh nhân bắt đầu vận động phục hồi.

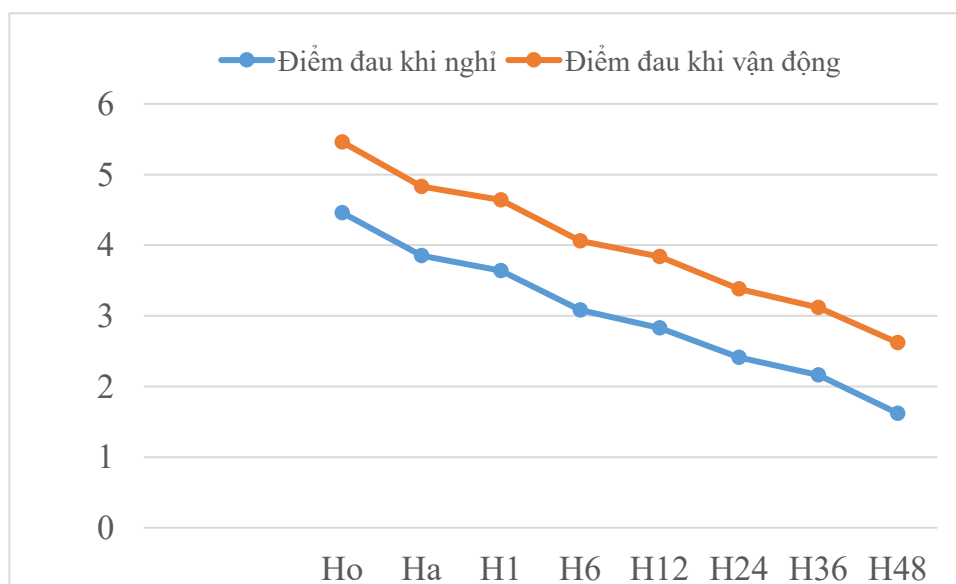
Sự cải thiện điểm VAS có thể lý giải từ cơ chế tác dụng của hỗn hợp thuốc tê và opioid được truyền liên tục qua catheter ngoài màng cứng. Bằng cách phong bế dẫn truyền cảm giác tại rễ thần kinh, phương pháp này giúp ngăn xung đau từ ngoại vi, tạo hiệu quả giảm đau ổn định mà không ảnh hưởng đến ý thức hay hô hấp – đặc biệt phù hợp với bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh nền.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Thư (2022), khi điểm VAS của nhóm bệnh nhân mổ bụng trên giảm từ 4,2 xuống còn dưới 2,0 trong 48 giờ đầu, với tỷ lệ hài

lòng cao [22]. Nguyễn Thu Chung (2014) khi đánh giá kỹ thuật gây tê kết hợp trong phẫu thuật khớp cũng ghi nhận mức đau giảm dần và kiểm soát tốt trong toàn bộ thời gian theo dõi [28]. Bên cạnh đó, Nguyễn Trung Kiên và cộng sự (2012) cho rằng việc duy trì điểm VAS ổn định giúp giảm tỷ lệ biến chứng hô hấp và loạn thần kinh thực vật sau mổ vùng bụng trên [30].

Ở góc độ quốc tế, Kehlet & Dahl (2003) nhấn mạnh vai trò của gây tê ngoài màng cứng trong chiến lược giảm đau đa mô thức hậu phẫu – với khả năng duy trì điểm đau thấp, tăng cường vận động sớm, hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện [62]. Đồng quan điểm, Aubrun và cộng sự (2002) khẳng định giảm đau ổn định trong 48 giờ đầu giúp người bệnh phục hồi nhanh, giảm nhu cầu dùng morphin và tránh các tác dụng phụ như buồn nôn hoặc suy hô hấp [68].

Diễn biến điểm đau trong nghiên cứu không chỉ phản ánh hiệu quả tức thì mà còn khẳng định tính an toàn, bền vững của phương pháp trong kiểm soát đau hậu phẫu. Điều này đặc biệt có ý nghĩa tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, nơi có tỷ lệ cao bệnh nhân lớn tuổi và đa bệnh lý.



Biểu đồ 3.2 Diễn biến về điểm đau sau mổ

Biểu đồ theo dõi mức độ đau tại các thời điểm sau mổ cho thấy cả điểm đau khi nghỉ và khi vận động đều có xu hướng giảm dần theo thời gian. Sự cải thiện rõ rệt trong 48 giờ đầu

cho thấy hiệu quả ổn định của phương pháp gây tê ngoài màng cứng trong kiểm soát đau sau phẫu thuật.

Tại thời điểm ngay sau mổ (H0), điểm đau khi nghỉ trung bình khoảng 4,3, trong khi điểm đau khi vận động là 5,4. Sự chênh lệch giữa hai trạng thái dao động khoảng 1 điểm, phản ánh mức độ tăng đau khi cử động thường gặp sau can thiệp ngoại khoa. Ngay sau khi hoàn tất kỹ thuật gây tê và bắt đầu truyền thuốc giảm đau, điểm đau giảm tương đối nhanh trong vài giờ đầu.

Đến thời điểm H6, điểm đau khi nghỉ giảm xuống khoảng 3,1, và điểm đau khi vận động còn 4,1. Điều này cho thấy sau khoảng 6 giờ, hiệu quả kiểm soát đau đã ổn định và duy trì ở mức vừa phải. Các mốc H12, H24 và H36 cho thấy đường biểu diễn tiếp tục xu hướng giảm đều, nhưng tốc độ chậm hơn. Tại thời điểm H24 – tức sau một ngày hậu phẫu – điểm đau khi nghỉ còn khoảng 2,5 và khi vận động còn 3,3. Sự khác biệt giữa hai trạng thái vẫn duy trì ở mức khoảng 0,8–1,0 điểm.

Đáng chú ý, tại mốc H48, điểm đau khi nghỉ giảm rõ còn dưới 2, và điểm đau khi vận động còn khoảng 2,5. Đây là mức độ đau được xem là nhẹ, dễ chịu và không ảnh hưởng nhiều đến hoạt động cơ bản, giúp người bệnh có thể tập vận động sớm, phục hồi nhanh hơn.

Đường cong biểu diễn cho thấy xu hướng giảm đều, không có điểm gãy hay dao động tăng bất thường, chứng tỏ phác đồ truyền thuốc qua catheter ngoài màng cứng đã đạt được hiệu quả ổn định trong suốt 48 giờ. Tính ổn định này rất quan trọng vì đây là giai đoạn nhạy cảm sau mổ – nơi nguy cơ đau tăng vọt có thể ảnh hưởng đến huyết động, giấc ngủ, dinh dưỡng và khả năng phục hồi sớm.

Theo đánh giá của Nguyễn Minh Thư (2022), kiểm soát đau hiệu quả trong 48 giờ đầu là yếu tố dự báo tích cực cho tiến trình hồi phục sau phẫu thuật bụng trên, với điểm đau khi vận động dưới 3 vào ngày thứ hai là ngưỡng cho phép tập luyện sớm [22]. Kết quả trong nghiên cứu hiện tại đáp ứng tốt tiêu chí này, đồng thời không ghi nhận tình trạng tái đau sau 24 giờ – một vấn đề thường gặp trong các phương pháp giảm đau ngắt quãng hoặc sử dụng opioid đơn độc.

Từ biểu đồ trên có thể thấy rằng: sự khác biệt giữa đau khi nghỉ và khi vận động là có thật nhưng thu hẹp dần theo thời gian, cho thấy không chỉ kiểm soát được đau nền mà còn hỗ trợ tốt cho vận động chức năng. Đây chính là ưu thế của kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng so với các phương pháp giảm đau toàn thân khác.

Mức độ đau của người bệnh được theo dõi tại các thời điểm từ sau mổ đến 48 giờ hậu phẫu, bao gồm cả khi nghỉ ngơi và khi vận động. Kết quả cho thấy điểm đau trung bình giảm dần theo thời gian ở cả hai trạng thái, phản ánh hiệu quả kiểm soát đau ổn định và bền vững của phương pháp gây tê ngoài màng cứng với hỗn hợp Levobupivacain 0,1% và Fentanyl.

3.3. Tác dụng phụ của phương pháp gây tê NMC

3.3.1. Tác dụng trên hô hấp và tuần hoàn

Bảng 3.9. Các thông số hô hấp và tuần hoàn tại các thời điểm nghiên cứu

Thông số Thời gian	Tần số tim (lần/phút) $\bar{X} \pm SD$	HA tâm thu (mm Hg) $\bar{X} \pm SD$	HA tâm trương (mm Hg) $\bar{X} \pm SD$	Tần số thở (lần/phút) $\bar{X} \pm SD$	SpO2 (%) $\bar{X} \pm SD$
H0	75,92±6,21	121,17±11,22	71,56±7,76	19,41±0,73	98,17±1,25
Ha	75,76±5,96	118,68±9,45	70,94±7,34	19,18±0,74	98,37±0,98
H1	75,14±5,14	117,00±7,78	70,80±7,37	18,98±0,46	98,57±0,78
H6	74,49±4,64	116,84±6,56	65,16±4,05	18,91±0,43	98,66±0,66
H12	73,92±3,95	117,45±6,47	64,88±3,87	18,82±0,49	98,71±0,62
H24	73,16±3,82	117,22±6,10	64,55±3,75	18,85±0,43	98,75±0,57
H36	72,67±3,75	116,45±6,16	64,08±3,72	18,82±0,43	98,83±0,47
H48	72,25±3,62	117,13±5,82	64,17±3,68	18,78±0,54	98,82±0,47

Kết quả theo dõi các thông số sinh tồn tại các thời điểm trong vòng 48 giờ hậu phẫu cho thấy, **tần số tim, huyết áp, nhịp thở và SpO₂ của bệnh nhân duy trì trong giới hạn ổn định, không có dao động đáng kể về mặt lâm sàng.** Cụ thể, tần số tim trung bình dao động từ $75,92 \pm 6,21$ lần/phút tại H0 xuống $72,25 \pm 3,62$ lần/phút tại H48; huyết áp tâm thu và tâm trương đều giảm nhẹ và duy trì ổn định quanh ngưỡng an toàn. SpO₂ trung bình luôn >98%, cho thấy **không xảy ra tình trạng giảm oxy máu trong suốt quá trình theo dõi.**

Biến thiên nhẹ của các chỉ số này phù hợp với cơ chế sinh lý khi gây tê ngoài màng cứng ức chế dẫn truyền giao cảm vùng chi phối, từ đó **làm giãn mạch ngoại vi, giảm nhẹ tần số tim và huyết áp mà không ảnh hưởng đến oxy hóa máu** (Công Quyết Thắng, 2014 [10]). Ngoài ra, việc không ghi nhận bất thường về nhịp thở hay SpO₂ chứng minh rằng liều thuốc gây tê và giảm đau được sử dụng trong nghiên cứu là phù hợp, không gây ức chế hô hấp – yếu tố đặc biệt quan trọng ở bệnh nhân cao tuổi.

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chùng và cộng sự (2018), trong đó nhóm bệnh nhân được gây tê ngoài màng cứng cũng ghi nhận **SpO₂ ổn định ở mức >97% và không có dấu hiệu suy hô hấp** sau mổ vùng ngực, cho thấy tính an toàn của phương pháp này trên nhiều nhóm phẫu thuật khác nhau [32]. Đồng thời, Nguyễn Thành Vinh và Nguyễn Văn Chùng (2006) ghi nhận **giảm nhẹ huyết áp và nhịp tim trong 6 giờ đầu sau gây tê ngoài màng cứng**, nhưng không gây biến chứng nguy hiểm, điều này trùng khớp với xu hướng trong nghiên cứu hiện tại [24].

Về mặt quốc tế, nghiên cứu của Trescot A.M. và cộng sự (2008) cho rằng gây tê ngoài màng cứng giúp hạn chế sử dụng opioid toàn thân – nhóm thuốc dễ gây ức chế hô hấp, buồn ngủ hoặc tụt huyết áp nếu dùng kéo dài [58]. Điều này càng củng cố tính an toàn hô hấp – tuần hoàn khi lựa chọn phương pháp gây tê vùng thay vì giảm đau toàn thân. Ngoài ra, Apfel C.C. và cộng sự (2002) cũng nhấn mạnh rằng **việc duy trì thông khí ổn định hậu phẫu có liên quan đến mức giảm đau hiệu quả và giảm nồng độ opioid toàn thân**, phù hợp với kết quả SpO₂ cao và nhịp thở ổn định trong nghiên cứu [67].

Các dữ liệu trong nghiên cứu khẳng định rằng gây tê ngoài màng cứng không gây rối loạn hô hấp – tuần hoàn nghiêm trọng, thậm chí còn giúp ổn định huyết động và hạn chế biến chứng liên quan đến giảm đau bằng opioid. Điều này là tiền đề quan trọng để mở rộng chỉ định cho nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao như người lớn tuổi, có bệnh lý nền tim mạch hoặc hô hấp.

3.3.2. Tác dụng an thần

Bảng 3.10. Tác dụng an thần

Điểm an thần	1	2	Tổng
Số bệnh nhân	106	0	106
Tỷ lệ (%)	100 %	0	100 %

Trong nghiên cứu, tất cả 106 bệnh nhân sau mổ được ghi nhận ở mức an thần độ 1 theo thang điểm lâm sàng – tức là tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không biểu hiện lơ mơ hay ức chế thần kinh trung ương. Không có trường hợp nào xuất hiện an thần độ 2 trở lên trong suốt 48 giờ theo dõi. Kết quả này cho thấy phác đồ giảm đau ngoài màng cứng sử dụng liều fentanyl – bupivacain pha loãng đã phát huy hiệu quả giảm đau mà không gây an thần quá mức.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà (1998) về sử dụng morphin trong giảm đau sau mổ qua catheter ngoài màng cứng cho thấy 92% bệnh nhân vẫn tỉnh táo và hợp tác tốt, 8% có biểu hiện an thần nhẹ nhưng không cần xử trí đặc hiệu [25]. Tương tự, Nguyễn Văn Thịnh (2021) cũng ghi nhận mức độ tỉnh táo được duy trì tốt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi phẫu thuật khớp háng khi dùng giảm đau ngoài màng cứng liên tục liều thấp, không có biến chứng thần kinh trung ương [33].

Trên bình diện quốc tế, Cousins và John (1989) trong báo cáo về đáp ứng thần kinh với đau cấp tính sau mổ đã nêu rõ rằng gây tê ngoài màng cứng nếu được định liều phù hợp sẽ làm giảm dẫn truyền cảm giác đau mà không ảnh hưởng tới nhận thức – khác với morphin tĩnh mạch có nguy cơ gây an thần và ức chế hô hấp ở người lớn tuổi [52]. Ngoài ra, nghiên

cứu của Trouvin và Perrot (2019) khẳng định kỹ thuật giảm đau vùng với liều opioid nhỏ và thuốc tê nồng độ thấp có khả năng duy trì ý thức bệnh nhân, giúp giảm biến chứng sau mổ và nâng cao trải nghiệm phục hồi [50].

Có thể nhận thấy rằng việc duy trì mức độ an thần tối ưu trong nghiên cứu không chỉ phản ánh tính hợp lý của liều lượng và loại thuốc sử dụng, mà còn cho thấy sự phù hợp giữa kỹ thuật thực hiện và tình trạng bệnh nhân. Điều này phù hợp với xu hướng hiện nay là kiểm soát đau hiệu quả nhưng vẫn đảm bảo bệnh nhân tỉnh táo, chủ động trong quá trình hồi phục sau mổ.

3.3.3. Tác dụng gây nôn và buồn nôn

Kết quả nghiên cứu cho thấy toàn bộ 106 bệnh nhân không xuất hiện triệu chứng nôn hoặc buồn nôn sau phẫu thuật khi được giảm đau bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng. Điều này thể hiện tính an toàn cao của phác đồ đã sử dụng, đặc biệt trong việc hạn chế tác dụng phụ thường gặp của opioid – vốn là vấn đề đáng lưu ý trong kiểm soát đau sau mổ.

Theo Nguyễn Thị Thanh Huyền và Lê Hoàng (2020), tỷ lệ buồn nôn sau mổ khi sử dụng morphin đường tĩnh mạch có thể lên tới 25–30%, trong khi tỷ lệ này giảm còn dưới 5% khi sử dụng giảm đau ngoài màng cứng kết hợp thuốc tê với liều thấp fentanyl [27]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Văn Chùng và cộng sự (2018) cũng cho thấy chỉ 1,8% bệnh nhân có buồn nôn nhẹ khi sử dụng bupivacain 0,1% kết hợp fentanyl 2 mcg/ml qua catheter ngoài màng cứng sau mổ vùng ngực [32].

So với các nghiên cứu quốc tế, kết quả của đề tài là phù hợp. Apfel và cộng sự (2002) đã xây dựng mô hình tiên lượng nôn sau mổ, trong đó việc sử dụng opioid đường toàn thân, giới nữ, tiền sử buồn nôn và thuốc mê đường hô hấp là các yếu tố nguy cơ hàng đầu [67]. Trong nghiên cứu hiện tại, các yếu tố này đều được kiểm soát tốt: thuốc mê ít sử dụng, opioid dùng liều thấp và qua đường ngoài màng cứng – vốn ít gây kích thích trung tâm nôn so với đường tĩnh mạch.

Ngoài ra, Aubrun et al. (2002) cho biết việc sử dụng morphin truyền tĩnh mạch sau mổ ở người cao tuổi làm tăng tỷ lệ buồn nôn gấp nhiều lần so với truyền ngoài màng cứng, đặc biệt trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật [68]. Do đó, kết quả không ghi nhận tác dụng phụ tiêu hóa trong nghiên cứu hiện tại cho thấy phác đồ được áp dụng không chỉ hiệu quả mà còn tối ưu về mặt dung nạp.

Việc không có trường hợp nào xuất hiện nôn hoặc buồn nôn sau mổ khẳng định giá trị của gây tê ngoài màng cứng trong kiểm soát đau hậu phẫu toàn diện. Phát hiện này càng có ý nghĩa hơn trong nhóm bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng – nơi nguy cơ biến chứng từ phản xạ nôn (như tụt huyết áp, rò miệng nổi...) rất cao nếu không được kiểm soát tốt.

3.3.4. Tác dụng gây bí tiểu

Bảng 3.11. Tác dụng bí tiểu sau mổ

Tác dụng	Bí tiểu		Không bí tiểu	Tổng
	Đặt sonde	Không đặt sonde		
Số bệnh nhân	0	11	95	106
Tỷ lệ (%)	0	10,4%	89,6%	100%

Bí tiểu là một trong những biến chứng hậu phẫu thường gặp khi sử dụng kỹ thuật giảm đau ngoài màng cứng, nhất là khi phác đồ điều trị có sử dụng opioid. Cơ chế hình thành chủ yếu do ức chế dẫn truyền thần kinh phó giao cảm từ rễ cùng S2–S4, làm giảm cảm giác căng bàng quang cũng như phản xạ co thắt cơ detrusor, từ đó gây ra hiện tượng bí tiểu sau mổ. Ngoài ra, loại thuốc và cách thức sử dụng cũng có ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ và tỷ lệ xuất hiện bí tiểu.

Kết quả trình bày trong Bảng 3.11 cho thấy: trong tổng số 106 bệnh nhân được theo dõi, có 11 bệnh nhân (10,4%) có biểu hiện bí tiểu. Tuy nhiên, điều đáng chú ý là không có bất kỳ trường hợp nào phải đặt sonde tiểu, cho thấy mức độ bí tiểu trong nghiên cứu này là nhẹ và

có khả năng tự phục hồi. Số còn lại 95 bệnh nhân (89,6%) hoàn toàn không gặp hiện tượng bí tiểu trong suốt thời gian hậu phẫu.

Tỷ lệ 10,4% bí tiểu là một tỷ lệ chấp nhận được trong thực hành lâm sàng, nhất là trong bối cảnh không ghi nhận trường hợp nào phải can thiệp bằng đặt sonde. Điều này phản ánh tính an toàn cao của phác đồ giảm đau đang được áp dụng. Một trong những yếu tố góp phần vào kết quả tích cực này là việc sử dụng fentanyl – một opioid có đặc tính ưa mỡ, phân bố nhanh, thời gian bán thải ngắn và ít lan vào dịch não tủy. Chính đặc điểm dược lý này giúp fentanyl ít ảnh hưởng đến trung tâm kiểm soát tiểu tiện so với các opioid ưa nước như morphin [7].

Tài liệu giảng dạy về “Giảm đau sau mổ” của Bộ môn Gây mê hồi sức – Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch cũng nhấn mạnh rằng: lựa chọn đúng loại opioid, duy trì tốc độ truyền ổn định và theo dõi chặt chẽ là ba yếu tố quyết định giúp hạn chế các tác dụng không mong muốn, đặc biệt là bí tiểu sau mổ [3]. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả thu được trong nghiên cứu.

Bên cạnh yếu tố dược lý, kết quả không cần đặt sonde còn cho thấy công tác chăm sóc hậu phẫu và theo dõi bàng quang đã được thực hiện tốt, giúp phát hiện sớm, hướng dẫn đi tiểu đúng tư thế, kích thích phản xạ sinh lý, và hỗ trợ người bệnh phục hồi chức năng bài xuất nước tiểu một cách tự nhiên. Đây là những thực hành được khuyến nghị trong Hướng dẫn điều trị giảm đau sau phẫu thuật của Bộ Y tế năm 2016 [7].

Một số tài liệu trong nước như của Nguyễn Thị Mão [26] hay Nguyễn Trung Kiên [29] từng lưu ý rằng tỷ lệ bí tiểu có xu hướng cao hơn khi sử dụng morphin trong gây tê ngoài màng cứng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng dưới hoặc chi dưới. Các nghiên cứu này đều thống nhất rằng fentanyl là lựa chọn thay thế phù hợp hơn trong những trường hợp cần hạn chế tối đa nguy cơ bí tiểu.

Việc ghi nhận 10,4% bệnh nhân có bí tiểu nhưng không cần đặt sonde tiểu là kết quả an toàn và lâm sàng chấp nhận được, đồng thời củng cố thêm độ tin cậy của phác đồ giảm đau ngoài màng cứng sử dụng levobupivacain kết hợp fentanyl.

3.3.5. Các tác dụng không mong muốn và các biến chứng khác

Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào bị đau đầu, run, nhiễm trùng, đau tại nơi chọc kim, tai biến về kỹ thuật (đứt, cong, gập catheter...).

3.3.6. Bệnh nhân yêu cầu dùng thêm phương pháp giảm đau khác

Bảng 3.12. Yêu cầu của bệnh nhân dùng thêm phương pháp giảm đau khác

	Yêu cầu	Không yêu cầu
Số lượng	8	98
Tỉ lệ phần trăm	7,5%	92,5%

Kết quả bảng 3.12 cho thấy có 8 bệnh nhân, chiếm 7,5% tổng số, có yêu cầu bổ sung thêm biện pháp kiểm soát đau sau mổ bên cạnh gây tê ngoài màng cứng. Trong khi đó, 98 người tương đương 92,5% không có nhu cầu sử dụng phương pháp giảm đau khác.

Tỷ lệ yêu cầu bổ sung thấp phản ánh khả năng duy trì tác dụng giảm đau ổn định của kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Chùng và Nguyễn Thị Mai (2021), gây tê ngoài màng cứng liên tục có thể duy trì điểm VAS ở mức dưới 3 trong 48 giờ đầu sau mổ, giảm đáng kể nhu cầu bổ sung thuốc giảm đau toàn thân [31]. Mai Thị Hương & Mai Thị Lan Anh (2024) ghi nhận tại Bệnh viện Chấn thương - Chính hình Nghệ An rằng tỷ lệ bệnh nhân cần thêm thuốc giảm đau đường uống hoặc tiêm sau gây tê ngoài màng cứng là dưới 10%, đặc biệt thấp ở nhóm mổ chi dưới [20].

Về phương diện quốc tế, nghiên cứu của Aubrun và cộng sự (2002) tại Pháp cho thấy sử dụng giảm đau ngoài màng cứng giúp hạn chế tối đa liều morphin cần thiết, đồng thời duy trì thang điểm đau ổn định trong 2 ngày đầu hậu phẫu [68]. Đồng quan điểm, Kehlet & Dahl (2003) nhấn mạnh rằng một trong những ưu điểm then chốt của giảm đau ngoài màng cứng là khả năng tạo ra hiệu quả giảm đau nền liên tục, giúp giảm tần suất sử dụng thuốc giảm đau hỗ trợ, nâng cao chất lượng hồi phục sớm [62].

Dữ liệu từ nghiên cứu cho thấy phương pháp gây tê ngoài màng cứng mang lại hiệu quả giảm đau cao, giúp giảm thiểu nhu cầu hỗ trợ bằng phương pháp khác. Điều này không chỉ giúp bệnh nhân thoải mái hơn sau phẫu thuật mà còn góp phần giảm tác dụng phụ và tăng mức độ hài lòng trong chăm sóc hậu phẫu.

3.3.7. Đánh giá độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 3.13. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng	n	%
Rất hài lòng	0	0
Hài lòng	106	100%
Bình thường	0	0
Không hài lòng	0	0
Rất không hài lòng	0	0

Kết quả khảo sát cho thấy toàn bộ 106 bệnh nhân trong nghiên cứu đều đánh giá mức độ hài lòng với phương pháp giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật. Không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào phản hồi ở mức độ bình thường hoặc không hài lòng. Điều này phản ánh mức độ chấp nhận cao của người bệnh đối với kỹ thuật được áp dụng, cho thấy hiệu quả kiểm soát đau phù hợp, ít tác dụng phụ và quy trình chăm sóc hậu phẫu được thực hiện đúng chuẩn.

Nguyễn Văn Chung (2021) trong nghiên cứu tại Bệnh viện Việt – Nhật cũng ghi nhận 100% bệnh nhân điều trị nội trú được gây tê ngoài màng cứng bày tỏ sự hài lòng với mức độ từ hài lòng đến rất hài lòng [31]. Ngoài ra, nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Mai và Nguyễn Tuấn Dũng (2021) cũng ghi nhận tỷ lệ hài lòng cao ở bệnh nhân mổ đại tràng sử dụng phương pháp tương tự [38].

Về mặt quốc tế, nghiên cứu của Palermo (2022) chỉ ra rằng các phương pháp kiểm soát đau hậu phẫu hiệu quả, ít ảnh hưởng đến ý thức và vận động, sẽ giúp cải thiện đáng kể trải nghiệm điều trị của người bệnh [49]. Đồng quan điểm, nghiên cứu của Pasero (2009) nhấn

manh tâm quan trọng của việc duy trì an thần vừa phải, giảm đau tốt, không buồn nôn – tất cả đều là lợi thế của gậy tê ngoài màng cứng, từ đó nâng cao mức độ hài lòng tổng thể [70].

Từ kết quả nghiên cứu và các so sánh quốc tế, có thể khẳng định rằng gậy tê ngoài màng cứng không chỉ đảm bảo hiệu quả chuyên môn trong kiểm soát đau mà còn đáp ứng tốt các yêu cầu về an toàn và sự hài lòng của người bệnh sau mổ – một tiêu chí quan trọng trong đánh giá chất lượng chăm sóc hiện nay.

PHẦN 3. BÀI HỌC KINH NGHIỆM

3.1. Bài học kinh nghiệm về việc vận dụng kiến thức đã học

Trong quá trình thực tập tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An, em nhận thấy việc vận dụng kiến thức lý thuyết vào thực hành lâm sàng là điều rất quan trọng. Các kiến thức về giải phẫu, sinh lý, chăm sóc người cao tuổi và các quy trình sau phẫu thuật thay khớp háng đã giúp em:

- Theo dõi và đánh giá tình trạng bệnh nhân một cách chính xác, nhận biết sớm các dấu hiệu biến chứng như nhiễm trùng vết mổ, rối loạn tuần hoàn hay huyết khối.

- Thực hiện các kỹ thuật chăm sóc cơ bản và nâng cao như đo dấu hiệu sinh tồn, chăm sóc vết thương, hỗ trợ vận động, tiêm thuốc, và chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân cao tuổi.

3.2. Bài học kinh nghiệm về việc triển khai đề tài, dự án, quy trình, thiết kế và học hỏi kiến thức thực tế từ đơn vị thực tập

- Quá trình triển khai đề tài “*Đánh giá kết quả giảm đau sau mổ của phương pháp gậy tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An*” giúp em học cách thu thập dữ liệu, xử lý thông tin và báo cáo kết quả khoa học một cách có hệ thống.

- Tôi học được phương pháp khảo sát, theo dõi tiến triển bệnh nhân và đánh giá hiệu quả chăm sóc dựa trên tiêu chuẩn lâm sàng.

- Thực tập tại bệnh viện giúp tôi tiếp cận các quy trình thực tế, từ cách lập kế hoạch chăm sóc, phối hợp giữa các khoa/phòng, đến việc ghi chép hồ sơ bệnh án, từ đó hiểu rõ hơn về thực tiễn công việc y tế.

- Tôi học hỏi được nhiều kiến thức thực tế từ các bác sĩ, điều dưỡng nhiều kinh nghiệm, đặc biệt về kỹ thuật chăm sóc, giao tiếp với bệnh nhân và quản lý thông tin lâm sàng.

3.3. Bài học kinh nghiệm về việc rèn luyện kỹ năng, phẩm chất nghề nghiệp

- Kỹ năng thực hành: Thực tập giúp tôi rèn luyện kỹ năng đo dấu hiệu sinh tồn, chăm sóc vết thương, tiêm thuốc, hỗ trợ vận động, đồng thời nâng cao khả năng xử lý tình huống khẩn cấp.

- Kỹ năng giao tiếp: Học cách giao tiếp hiệu quả với bệnh nhân, người nhà và đồng nghiệp, biết lắng nghe, thuyết phục và hướng dẫn người bệnh tuân thủ điều trị.

- Phẩm chất nghề nghiệp: Qua thực tập, tôi nhận thức được vai trò trách nhiệm, tính kỷ luật, sự cẩn trọng, lòng kiên nhẫn và tinh thần hợp tác trong công việc y tế.

- Những trải nghiệm này giúp em hình thành thái độ chuyên nghiệp và chuẩn bị tốt hơn cho công việc sau khi ra trường.

3.4. Kiến nghị với nhà trường để cải tiến học phần thực tập tốt nghiệp

- Tổ chức thêm các buổi hướng dẫn, trao đổi kinh nghiệm giữa học viên và các cán bộ, điều dưỡng, bác sĩ có kinh nghiệm nhằm nâng cao kỹ năng thực hành và giải quyết vấn đề.

- Khuyến khích học viên tham gia vào các dự án nghiên cứu nhỏ liên quan đến vấn đề học viên quan tâm.

KẾ HOẠCH NGHIÊN CỨU

TT	Nội dung	Thời gian thực hiện
1	Xây dựng đề cương	Tháng 10/2024
2	Báo cáo đề cương	Tháng 3/2025
3	Thu thập số liệu	Tháng 6-7/2025
4	Xử lý và phân tích số liệu	Tháng 7-8/2025
5	Hoàn thiện đề tài	Tháng 8 - 9/2025
6	Báo cáo và nghiệm thu đề tài	Tháng 10/2025

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. *Atlas Giải phẫu người*, Frank H.Netter, MD 7 edition, Nhà xuất bản Hồng Đức năm 2019
2. Bộ môn Gây mê hồi sức (2021), "*Gây mê hồi sức*". Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ môn Gây mê Hồi sức (2008), "*Giảm đau sau mổ*". Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. Bộ y tế (2001), "Quy trình gây tê ngoài màng cứng", Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bệnh viện, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 552 -556
5. Bộ Y tế (2011), *Dược Thư Quốc gia Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đau cấp tính và mạn tính. Hà Nội*, Nhà xuất bản Y học.
7. Bộ Y tế Việt Nam. (2016), *Hướng dẫn điều trị giảm đau sau phẫu thuật*
8. Cao Thị Anh Đào (2014) " *Gây tê ngoài màng cứng*", Bài giảng Gây mê Hồi sức, Bộ môn Gây mê hồi sức, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, tr. 277- 290
9. Chu Mạnh Khoa (1982), " *Gây tê ngoài màng cứng bằng morphin để giảm đau trong chấn thương lồng ngực sau mổ tim-lồng ngực*". *Tạp san ngoại khoa*, 4. tr.108-112
10. Công Quyết Thắng (2014), "*Các thuốc tê*", Bài giảng Gây mê Hồi sức, tập 1, Bộ môn Gây mê hồi sức, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, tr. 536- 554
11. Công Quyết Thắng (2014), "*Gây tê tủy sống- Tê NMC*", Bài giảng Gây mê hồi sức, tập 2, Bộ môn Gây mê hồi sức, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 44-83
12. Hằng V.T. và Thùy L.Q. (2022), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh khi được sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật vùng bụng. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*, tr 32-39
13. Đào Khắc Hùng và cộng sự (2012), " *Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê tủy sống với ngoài màng cứng để mổ và giảm đau sau mổ phụ khoa*", *tạp chí y học thực hành*, tập 852(5), tr 103-107

14. Đặng Văn Hòa. (2019). *Giảm đau sau mổ - nguyên tắc và ứng dụng lâm sàng. Tạp chí Y học thực hành*
15. Đỗ Ngọc Lâm (2014), “Thuốc giảm đau họ morphin”, Bài giảng Gây mê hồi sức, tập 1, Bộ môn Gây mê hồi sức, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 411- 428
16. Gây tê ngoài màng cứng - Bệnh viện Quân y 103
17. Trương Hoàng Mỹ Linh, Trương Thị Thúy Lan (2015), *Hiệu quả giảm đau sau mổ của gây tê ngoài màng cứng trong phẫu thuật vùng bụng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang*, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang, tr 24-35
18. Lê Thanh Nhã, Trần Văn Thành (2020), *Nghiên cứu hiệu quả giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng trên bệnh nhân phẫu thuật đại tràng. Tạp chí Khoa học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*, 16(3):45–52.
19. Lê Văn Chung và Nguyễn Văn Chùng (2011), “Đánh giá hiệu quả phương pháp kết hợp gây tê tủy sống ngoài màng cứng với Bupivacaine đẳng trọng và Sufentanyl để mổ thay khớp háng người cao tuổi”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 15(1), tr. 284-292
20. Mai Thị Hương và Mai Thị Lan Anh (2024), *Thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật kết hợp xương chi trên tại Bệnh viện Chấn thương - Chỉnh hình Nghệ An năm 2024. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 7(05), 162–170
21. Nguyễn Bích Phượng (2022), *Thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật mở bụng vì u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương Hà Nội năm 2022. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.*
22. Nguyễn Minh Thư (2022), *Nghiên cứu hiệu quả giảm đau sau mổ của gây tê ngoài màng cứng với bupivacain và fentanyl trong phẫu thuật bụng trên*. Trường Đại học Y Hà Nội.
23. Nguyễn Ngọc Độ (1980), “Gây tê ngoài màng cứng”, Khóa luận chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
24. Nguyễn Thành Vinh và Nguyễn Văn Chùng (2006), “Gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng phối hợp để giảm đau trong và sau mổ”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 10(1), tr. 51-57

25. Nguyễn Thị Hà (1998), “*Đánh giá tác dụng giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê NMC với hỗn hợp bupivacain và morphin bơm ngắt quãng qua catheter*”, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
26. Nguyễn Thị Mão (2002), *Nghiên cứu tác dụng giảm đau sau mổ bằng hỗn hợp bupivacain và fentanyl bơm liên tục qua catheter ngoài màng cứng ở bệnh nhân phẫu thuật chi dưới*. Trường Đại học Y Hà Nội.
27. Nguyễn Thị Thanh Huyền, Lê Hoàng (2020), *Khảo sát mức độ đau sau mổ và một số yếu tố liên quan*. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, 50(3):123–129.
28. Nguyễn Thu Chung (2014), “*Hiệu quả vô cảm CSE bằng Marcain + Fentanyl trong và sau mổ thay khớp chi dưới tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương*”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 18(4), tr. 124-134
29. Nguyễn Trung Kiên (2014), *Nghiên cứu hiệu quả giảm đau đường ngoài màng cứng ngực bằng hỗn hợp bupivacain - fentanyl do bệnh nhân tự điều khiển sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi*. Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Y dược lâm sàng 108
30. Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Hữu Tú, Công Quyết Thắng (2012): “*Nghiên cứu hiệu quả giảm đau và ảnh hưởng hô hấp của giảm đau tự điều khiển đường ngoài màng cứng ngực sau mổ bụng trên ở người cao tuổi*”. *Y học thực hành* (835+836), 72-77
31. Nguyễn Văn Chung, Nguyễn Thị Mai (2021), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Việt - Nhật*.
32. Nguyễn Văn Chừng, Nguyễn Văn Chinh, Trần Đỗ Anh Vũ, Đào Thị Bích Phương (2018), “*Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê ngoài màng cứng trong và sau phẫu thuật vùng ngực*”. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, Phụ bản tập 22, số 2.
33. Nguyễn Văn Thịnh (2021), *Sinh lý hệ thần kinh cao cấp*. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
34. PGS.TS Nguyễn Việt Đức (2020), *Đánh giá hiệu quả kiểm soát đau bằng gây tê ngoài màng cứng liên tục sau mổ thay khớp háng toàn phần*, Khoa Gây mê hồi sức – BV Bạch Mai.

35. Tăng Xuân Hải, Trần Minh Long, Nguyễn Văn Ngọc, Nguyễn Như Quê. *Hiệu quả giảm đau sau mổ của gâý tê ngoài màng cứng trong phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tạp Chí Y học Cộng đồng*, 63 (chuyên đề 3-HN Sản Nhi Nghệ An). 2022
36. Tô Văn Thành và cộng sự (2001), “ *Giảm đau sản khoa bằng bơm tiêm điện với bupicain 0.125% và fentanyl*”. Sinh hoạt khoa học kỹ thuật chuyên đề gâý tê vùng giảm đau, Hà Nội
37. Tôn Đức Lang (1988), “ *Tổng quan về ứng dụng tiêm các nha phiến(opiat) vào khoang NMC hoặc khoang dưới nhện(tủy sống) để giảm đau sau mổ, trong đẻ, trong điều trị ung thư và vô cảm trong mổ*”, *Tạp san ngoại khoa*, tập 16(2), tr.1-13
38. Trần Thị Ngọc Mai, Nguyễn Tuấn Dũng, *So sánh hiệu quả giảm đau sau mổ của gâý tê ngoài màng cứng và gâý tê mặt phẳng cơ dựng sống. Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2021
39. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Bệnh học cơ sở – Tập 1*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
40. Trường Đại học Y Hà Nội (2023), *Y học gâý mê hồi sức*. Nhà xuất bản Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

41. Breivik H. (2002). International Association for the Study of Pain: update on WHO-IASP activities. *J Pain Symptom Manage*, 24(2), 97–101
42. Bruehl S, Harden R.N, Galer B.S. và cộng sự. (1999). External validation of IASP diagnostic criteria for Complex Regional Pain Syndrome and proposed research diagnostic criteria. International Association for the Study of Pain. *Pain*, 81(1–2), 147–154
43. Buéno L, Fioramonti J, và Garcia-Villar R. (2000). *Pathobiology of visceral pain: molecular mechanisms and therapeutic implications*. III. Visceral afferent pathways: a source of new therapeutic targets for abdominal pain.
44. Fillingim R.B, Loeser J.D, Baron R. và cộng sự. (2016). Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *J Pain*, 17(9 Suppl), T10-20

45. Galer B.S, Bruehl S, và Harden R.N. (1998). IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome: a preliminary empirical validation study. *International Association for the Study of Pain. Clin J Pain*, 14(1), 48–54
46. Gebhart G.F. (2000). *Pathobiology of visceral pain: molecular mechanisms and therapeutic implications IV. Visceral afferent contributions to the pathobiology of visceral pain. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 278(6), G834-838
47. Gebhart G.F. và Gold M.S. (2020). The Journal of Pain Enters a New Era. *J Pain*, 21(3–4), 259–261
48. Ladabaum U, Minoshima S, và Owyang C. (2000). *Pathobiology of visceral pain: molecular mechanisms and therapeutic implications V. Central nervous system processing of somatic and visceral sensory signals. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 279(1), G1-6
49. Palermo T.M. (2022). Editorial Vision, Goals, and Priorities for *The Journal of Pain. J Pain*, 23(7), 1097–1098
50. Trouvin A.-P. và Perrot S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(3), 101415
51. Wood J.N. (2000). Pathobiology of visceral pain: molecular mechanisms and therapeutic implications. II. Genetic approaches to pain therapy. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 278(4), G507-512
52. Cousins, M.J, John J (1989). Bonica distinguished lecture. Acute pain and the injury response: immediate and prolonged effects. *Reg Anesth*, 14(4), 162-79
53. Cervero F, Laird JM. Visceral pain. *The Lancet*. 1999;353(9170):2145-2148.
54. Chen, Y, & Xu, R. (2019). Chemical mediators of pain and inflammation. *Current Pain and Headache Reports*, 23(8), 1–8
55. McMahon, S. B, Koltzenburg, M, Tracey, I, & Turk, D. C. (2013). *Wall and Melzack's textbook of pain* (6th ed.). Elsevier
56. Kandel, E. R, Schwartz, J. H, Jessell, T. M, Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2013). *Principles of neural science* (5th ed.). McGraw-Hill Education

57. American Society of Anesthesiologists Task Force. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology*. 2012;116(2):248–273
58. Trescot, A. M, Datta, S, Lee, M, & Hansen, H. (2008). Opioid pharmacology. *Pain Physician*, 11(2 Suppl), S133–S153
59. So Yeon Kim. Postoperative intravenous patient - controlled analgesia in thyroid surgery: comparison of fentanyl and ondansetron regimens with and without the nonsteroidal anti-inflammatory drug ketorolac. *Thyroid*. 2008, 18 (12), pp.1285-1289
60. Celleno. D, Capogna. G (1988), “Epidural fentanyl plus bupivacain 0.125% for labor: analgesic effects”, *Can J Anaesth*, 35, pp. 375-378
61. Cooper D.W. Turner G (1993), “Patient-controlled extradural analgesia to compare bupivacaine and bupivacaine with fentanyl in the treatment of postoperative pain”, *Br J Anaesth*, 70, pp. 503-7
62. Kehlet, H. & Dahl, J.B. (2003). The Value of “Multimodal” or “Balanced Analgesia” in Postoperative Pain Treatment. *Anesthesia & Analgesia*, 97(5), 1606-1612
63. Tsze DS, von Baeyer CL, Pahalyants V, Dayan PS. “Validity and Reliability of the Verbal Numerical Rating Scale for Children Aged 4 to 17 Years With Acute Pain.” *Annals of Emergency Medicine*. 2018;71(6):691-702.e3
64. Williamson A, Hoggart B. “Pain: a review of three commonly used pain rating scales.” *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(7):798-804. .
65. Jensen, M. P, & Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. *In Handbook of Pain Assessment* (2nd ed., pp. 15–34)
66. Ramsay, M. A, Savage, T. M., Simpson, B. R, & Goodwin, R. (1974). Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *British Medical Journal*, 2(5920), 656–659
67. Apfel, C.C, Kranke, P, Eberhart, L.H, Roos, A, & Roewer, N. (2002). Comparison of predictive models for postoperative nausea and vomiting. *British Journal of Anaesthesia*, 88(2), 234–240
68. Aubrun F, Monsel S, Langeron O, et al. (2002). *Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient*. *Anesthesiology*, 96(1), 17–23, .

69. Bromage, P.R. (1965). A comparison of the hydrochloride and carbon dioxide salts of lidocaine and prilocaine in epidural analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 16(Suppl), 55–69
70. Pasero, C. (2009). *Assessment of sedation during opioid administration for pain management. Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(3), 186–190