

Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp của phương pháp gây tê đám rối cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm bằng bupivacain phối hợp dexamethason

Evaluation of the postoperative pain relief effectiveness of ultrasound-guided bilateral superficial cervical plexus block with bupivacain combined with dexamethason after thyroidectomy

Nguyễn Minh Lý, Vũ Thị Hồng Ngọc, Nguyễn Hữu Hiệp*,
Nguyễn Việt Thanh, Nguyễn Thủy Chung,
Vũ Thị Lê và Đinh Mỹ Anh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật cắt tuyến giáp của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cổ nông 2 bên (ĐRTKCN) dưới hướng dẫn của siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Từ 02/2024 - 07/2024, 100 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp tuổi từ 17 - 72 có chỉ định phẫu thuật cắt một thùy hoặc toàn bộ tuyến giáp được giảm đau trong và sau mổ bằng phương pháp gây tê ĐRTKCN 2 bên bằng bupivacain 0,25% phối hợp dexamethason liều 4mg với thể tích 8 - 10ml mỗi bên dưới hướng dẫn của siêu âm. Theo dõi hiệu quả giảm đau và các tác dụng không mong muốn tại các thời điểm 1, 3, 6, 12 và 24 giờ sau mổ. **Kết quả:** Đa số các BN có hiệu quả giảm đau tốt với điểm VAS khi nghỉ ≤ 3 điểm và khi vận động trung bình ≤ 4 điểm, chỉ có 2 bệnh nhân có điểm VAS = 5. Nhịp tim, huyết áp, tần số thở, SpO₂ thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với trước mổ với $p > 0,05$. Không gặp các tai biến tiềm vào mạch máu, ngộ độc thuốc tê hay liệt thần kinh hoành. **Kết luận:** Gây tê đám rối cổ nông hai bên dưới hướng dẫn siêu âm bằng bupivacain 0,25% phối hợp dexamethason cho phẫu thuật cắt tuyến giáp có hiệu quả giảm đau sau mổ tốt và kéo dài, ít tác dụng phụ.

Từ khóa: Gây tê đám rối cổ nông, phẫu thuật tuyến giáp, siêu âm, bupivacain.

Summary

Objective: To evaluate the postoperative analgesic effectiveness of bilateral superficial cervical plexus block (SCPb) guided by ultrasound. **Subject and method:** From February 2024 to July 2024, 100 patients aged 17 - 72 with thyroid cancer undergoing lobectomy or total thyroidectomy were administered intraoperative and postoperative analgesia using bilateral SCPb with 0.25% bupivacain combined with dexamethason 4mg (8 - 10ml per side), guided by ultrasound. Pain relief efficacy and adverse effects were monitored at 1, 3, 6, 12, and 24 hours post-surgery. **Result:** The majority of patients experienced good pain relief, with a resting VAS score of ≤ 3 and an average VAS score during movement of ≤ 4 . Only 2 patients had a VAS score of 5. Heart rate, blood pressure, respiratory rate, and SpO₂

Ngày nhận bài: 18/11/2024, ngày chấp nhận đăng: 16/01/2024

* Tác giả liên hệ: nguyenuhiepvq@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

showed no statistically significant changes compared to preoperative values ($p > 0.05$). No complications such as intravascular injection, local anesthetic toxicity, or phrenic nerve paralysis were observed. *Conclusion:* Bilateral SCPB using 0.25% bupivacain combined with dexamethason for thyroidectomy provides effective and long-lasting postoperative pain relief with minimal side effects.

Keywords: Superficial cervical plexus block, thyroidectomy, ultrasound, bupivacain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tuyến giáp điều trị ung thư gây đau ở mức độ vừa đến nặng, đặc biệt là trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Bệnh nhân (BN) cảm thấy đau tại vết mổ, khó chịu khi nuốt, nóng rát ở cổ họng, đau đầu, buồn nôn và nôn. Có nhiều biện pháp nhằm giảm đau sau mổ như dùng các chống viêm không steroid, morphin, gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng. Gây tê đám rối thần kinh cổ nông (ĐRTKCN) hai bên là phương pháp gây tê vùng phổ biến được sử dụng giảm đau trong phẫu thuật tuyến giáp, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh gây tê đám rối cổ nông hai bên có hiệu quả trong việc giảm lượng thuốc gây mê cần thiết trong phẫu thuật cắt tuyến giáp và giảm mức độ nghiêm trọng của cơn đau sau phẫu thuật trong 24 giờ đầu^{2, 4, 6, 9, 10}.

Bupivacain là thuốc tê có tác dụng phong bế thần kinh kéo dài, nhiều nghiên cứu đã chứng minh khi phối hợp với dexamethason sẽ kéo dài thêm thời gian giảm đau^{3, 5}.

Ở Việt Nam còn ít nghiên cứu về hiệu quả của kỹ thuật gây tê ĐRTKCN để giảm đau sau phẫu thuật tuyến giáp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài với mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê ĐRTKCN hai bên dưới hướng dẫn siêu âm bằng hỗn hợp bupivacain phối hợp dexamethason sau phẫu thuật tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt một thùy hoặc toàn bộ tuyến giáp do ung thư, tại Khoa Gây mê hồi sức và Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 02 năm 2024 đến tháng 7 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi ≥ 16 , ASA I, II (phân loại thể trạng BN trước mổ theo Hội Gây mê Hoa Kỳ),

không có chống chỉ định với gây tê ĐRTKCN hai bên bằng bupivacain phối hợp với dexamethason. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dị ứng với thuốc tê, có chống chỉ định của gây tê ĐRTKCN (nhiễm trùng, khối bất thường ở cổ, rối loạn đông máu), rối loạn về nhận thức (khó khăn trong giao tiếp và không hợp tác).

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng.

Phương tiện nghiên cứu:

Máy gây mê kèm thở Aisys CS2, monitor đủ thông số hãng GE: Điện tim, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.

Thuốc dùng trong gây mê: Propofol, fentanyl, rocuronium, bridion.

Thuốc tê: Bupivacain 0,5%, dexamethason 4mg.

Máy siêu âm hãng GE với đầu dò nông 12MHz.

Kim gây tê locoplex dài 5cm, thân kim được bọc lớp cản âm.

Các phương tiện, thuốc hồi sức cấp cứu.

Phương pháp tiến hành

BN được khám tiền mê và chuẩn bị theo quy trình chung trước mổ, giải thích kỹ phương pháp gây mê và giảm đau sẽ tiến hành.

Tại phòng mổ BN được truyền tĩnh mạch kim luân cỡ 20G, truyền dung dịch NaCl 0,9% tốc độ 60-80 giọt/phút. Lắp monitor theo dõi các thông số tần số tim, huyết áp, SpO₂, TOF.

BN được gây mê nội khí quản (NKQ) bằng propofol TCI nồng độ đích Ce 3,0-3,8µg/ml phối hợp thuốc giảm đau fentanyl liều 2mcg/kg, rocuronium 0,6 - 0,8mg/kg. Duy trì BIS 40 - 60. Thở máy Mode VC, Vt = 8ml/kg (cân nặng lý tưởng), FiO₂ 45%, PEEP 5cmH₂O.

Gây tê ĐRTKCN 2 bên dưới hướng dẫn của siêu âm trước khi tiến hành phẫu thuật.

30 phút trước khi kết thúc phẫu thuật: BN được truyền tĩnh mạch paracetamol 1g và acupan 20mg.

Kết thúc phẫu thuật: Bệnh nhân tỉnh, làm theo ý lệnh, BIS > 90, tự thở tốt với Vt > 8ml/kg; SpO₂ > 95% thì rút ống nội khí quản, chuyển bệnh nhân sang phòng hồi tỉnh.

Tại phòng hồi tỉnh, theo dõi sát: Ý thức, mạch, huyết áp, tần số thở, SpO₂, mức độ đau. Bệnh nhân được chuyển về khoa điều trị khi đủ điều kiện.

Kỹ thuật gây tê đám rối cổ nông.

BN nằm ngửa, hai tay khép dọc thân người, đầu quay về bên đối diện, kê một gối mỏng dưới vai để cổ hơi ưỡn, sát trùng da và chuẩn bị đầu dò siêu âm.

Đặt đầu dò ở cổ BN ngang mức giữa cơ ức đòn chũm. Từ mặt cắt này, quan sát thấy: Phía trong cùng là tuyến giáp, tiếp đó là động mạch và tĩnh mạch cảnh trong, phía ngoài là cơ ức đòn chũm. Bờ trong cơ ức đòn chũm nối tiếp với tĩnh mạch cảnh trong là dải bao cân cơ bên trong chứa các nhánh thần kinh của đám rối cổ nông.

Tiến kim dưới hướng dẫn siêu âm (in-plane). Khi kim gây tê đã nằm trong bao cân cơ của đám rối cổ nông tiến hành bơm thuốc tê.

Thuốc: Bupivacain 0,25% phối hợp 4mg dexamethason mỗi bên 8ml cho các BN cân nặng < 70kg, 10ml cho các BN có cân nặng > 70kg.

2.6. Các chỉ tiêu theo dõi và phương pháp đánh giá

Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu: Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao.

Thời gian phẫu thuật (phút): Tính từ lúc rạch da đến khi đóng xong vết mổ.

Thời gian gây mê: Từ lúc khởi mê đến khi bắt đầu thoát mê.

Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ lúc bắt đầu thực hiện đến lúc hoàn thành kỹ thuật gây tê.

Đánh giá mức độ giảm đau sau mổ theo thang điểm VAS khi nghỉ và khi vận động (ho, nuốt, cúi ngửa cổ cầm) ở các thời điểm 1h, 3h, 6h, 12h và 24h sau mổ.

Thang điểm VAS để đánh giá mức độ giảm đau của bệnh nhân:

Không đau	Đau ít	Đau vừa	Đau nhiều	Đau rất nhiều	Đau nặng nhất
0 điểm	1-2 điểm	3-4 điểm	5-6 điểm	7-8 điểm	9-10 điểm

Theo dõi tuần hoàn, hô hấp: Gồm tần số tim, huyết áp trung bình (HATB), tần số thở, SpO₂ theo dõi liên tục bằng monitor.

Giải cứu đau: Nếu BN đau nhiều, điểm VAS>5, tiêm bắp voltaren 75mg × 1 ống.

Theo dõi các biến chứng và tác dụng không mong muốn do gây tê trong mổ và sau mổ 24 giờ bao gồm: Chọc kim vào mạch máu, ngộ độc thuốc tê, liệt thần kinh hoành, tê bì tay, tê quanh miệng, tê vùng tai, hội chứng Claude-Bernard-Horner.

Phân tích và xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 25.0.

Các biến định lượng biểu diễn bằng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

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

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Phương pháp gây tê đám rối cổ nông dưới hướng dẫn của siêu âm được thực hiện nhiều trên thế giới. Nghiên cứu của chúng tôi với mục đích có lợi, giúp giảm đau cho bệnh nhân. Thông tin bệnh nhân được giữ kín.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 100)

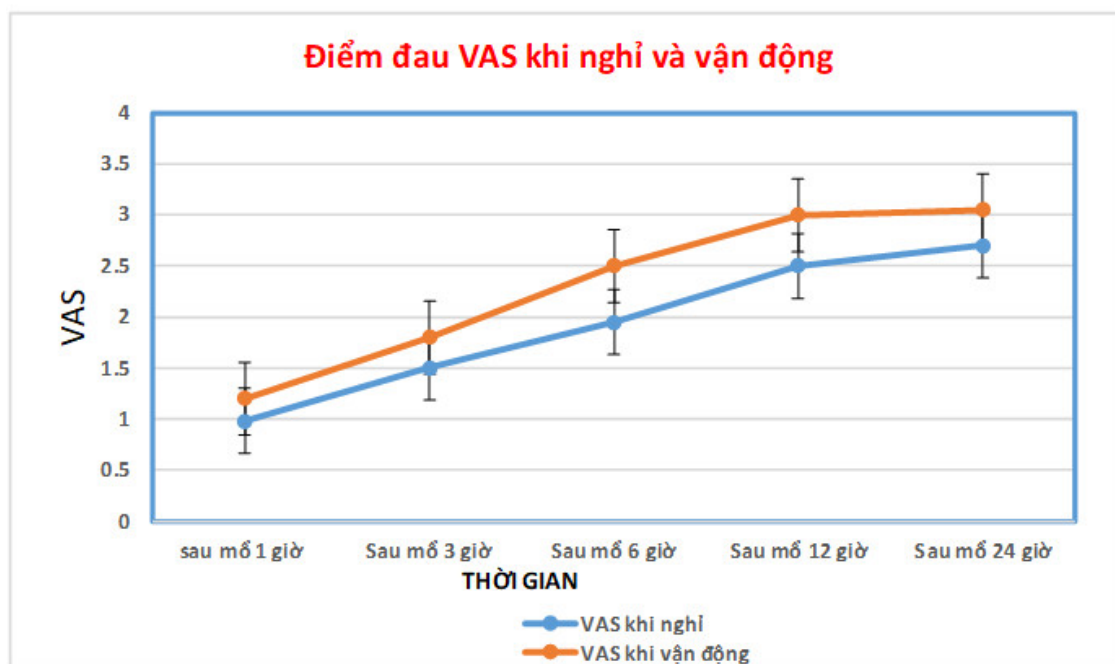
Tuổi (năm)	Cân nặng (kg)	Chiều cao (cm)	Giới tính	
$\bar{X} \pm SD$ (Min - max)	$\bar{X} \pm SD$ (Min - max)	$\bar{X} \pm SD$ (Min - max)	Nam (n, %)	Nữ (n, %)
36,7 ± 13,2 (17 - 72)	51,3 ± 7,3 (40 - 90)	22,5 ± 2,8 (140 - 180)	26 (26)	74 (74)

Nhận xét: BN nữ chiếm tỷ lệ 74% nhiều hơn so với nam giới 26%.

Bảng 2. Đặc điểm về thời gian gây tê, gây mê và phẫu thuật (n = 100)

Chỉ số	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Thời gian thực hiện kỹ thuật (phút)	3	6	$3,4 \pm 1,3$
Thời gian gây mê (phút)	60	160	$94,2 \pm 17,3$
Thời gian phẫu thuật (phút)	45	140	$88,7 \pm 18,5$

Nhận xét: Thời gian thực hiện kỹ thuật gây tê ĐRTKCN ngắn chỉ từ 3-6 phút, trung bình $3,4 \pm 1,3$ phút.

**Biểu đồ 1. Điểm đau sau mổ tại các thời điểm (n = 100)**

Nhận xét: Hiệu quả giảm đau sau mổ tốt với điểm đau VAS trung bình ở các thời điểm cả khi nghỉ và vận động đều < 3,5 điểm, chủ yếu ở mức không đau đến đau rất ít, bệnh nhân có thể tập vận động đi lại và ăn uống ngay sau mổ 3 giờ.

Bảng 3. Tần số tim, huyết áp trung bình, SpO₂ tại các thời điểm (n = 100)

Chỉ số Thời điểm	Mạch(chu kỳ/phút) $\bar{X} \pm SD$	HATB (mmHg) $\bar{X} \pm SD$	SpO ₂ (%) $\bar{X} \pm SD$
Trước mổ	$86,2 \pm 8,7$	$95,6 \pm 17,5$	$99,3 \pm 0,8$
Sau gây tê	$79,2 \pm 7,8$	$91,3 \pm 10,8$	$99,5 \pm 0,3$
Sau mổ 1 giờ	$77,4 \pm 9,3$	$88,2 \pm 10,7$	$99,4 \pm 0,6$
Sau mổ 3 giờ	$78,5 \pm 9,1$	$84,5 \pm 10,1$	$99,6 \pm 0,5$
Sau mổ 6 giờ	$72,4 \pm 10,0$	$85,5 \pm 7,9$	$99,6 \pm 0,6$
Sau mổ 12 giờ	$72,3 \pm 8,5$	$85,5 \pm 7,1$	$99,7 \pm 0,6$
Sau mổ 24 giờ	$71,9 \pm 7,7$	$84,7 \pm 7,1$	$99,8 \pm 0,5$
p	>0,05	>0,05	>0,05

Nhận xét: Sự khác nhau về mạch, huyết áp, SpO₂ ở các thời điểm sau gây tê so với trước mổ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Tê bì vùng da chi phối cảm giác tại thời điểm 24 giờ sau mổ (n = 100)

Chỉ số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tê vùng cằm	27	27
Tê vùng tai	15	15
Tê vùng vai	12	12
Tê bì tay	1	1

Nhận xét: Sau 24 giờ một số BN vẫn còn cảm giác tê bì vùng thần kinh chi phối ở tai, cằm và vai. Có 1 BN bị tê bì tay nhẹ.

Bảng 5. Các tác không mong muốn sau mổ (n = 100)

Chỉ số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Buồn nôn và nôn	03	3
Chóng mặt	02	2
Số BN cần giải cứu đau	02	2
Sụp mí	01	1
Chọc vào mạch máu	0	0
Liệt thần kinh hoành	0	0
Hội chứng Claude-Bernard-Horner	0	0
Ngộ độc thuốc tê	0	0

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn gặp tỷ lệ thấp, có 3 BN bị nôn và buồn nôn.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $36,7 \pm 13,2$ với giới nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam là 74% so với 26%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu đều nhận thấy tỷ lệ phẫu thuật tuyến giáp gặp ở nữ nhiều hơn nam giới^{2,8}.

Gây tê đám rối cổ nông 2 bên thường được chỉ định giảm đau cho các phẫu thuật vùng tuyến giáp, cận giáp, động mạch cảnh, xương đòn và các phẫu thuật vùng cổ. Gây tê ĐRTKCN dưới hướng dẫn siêu âm có nhiều ưu điểm vượt trội như: Khả năng quan sát trực tiếp ĐRTKCN và các cấu trúc giải phẫu lân cận, quan sát trực tiếp hướng đi của kim gây tê và sự lan tỏa của thuốc tê, do đó quy trình gây tê an toàn và hiệu quả hơn so với kỹ thuật xác định dựa vào mốc giải phẫu. Tjokorda Gde và CS nghiên cứu so sánh nhóm gây tê dưới hướng dẫn của siêu âm và

nhóm dựa vào mốc giải phẫu. Kết quả cho thấy nhóm gây tê dưới hướng dẫn của siêu âm có kết quả giảm đau tốt hơn ở giờ thứ 6 đến 24, nhu cầu sử dụng opiod để giảm đau ít hơn với $p \leq 0,05$ so với nhóm dựa vào mốc giải phẫu⁷.

Trên nhóm BN của chúng tôi, thời gian gây tê ĐRTKCN thường rất nhanh chỉ mất 3-5 phút (Bảng 2) việc rút ngắn thời gian làm thủ thuật thuận lợi và không làm cản trở cho công tác chuẩn bị phẫu thuật.

ĐRTKCN nằm dưới cơ ức đòn chũm tạo thành một vòm bao phủ các dây thần kinh của đám rối cổ nông từ C2- C4. Các rễ kết hợp với nhau tạo thành bốn nhánh tận cùng gồm: Dây thần kinh chẩm nhỏ, dây thần kinh tai lớn, dây thần kinh ngang cổ và dây thần kinh thượng đòn. Trên siêu âm có thể nhìn thấy đám rối cổ nông như một tập hợp nhỏ các nốt giảm âm hình tổ ong hoặc cấu trúc hình bầu dục giảm âm. Nhờ tập trung chính xác lượng thuốc tê dẫn đến việc phong bế đám rối thần kinh cổ nông nhanh, kéo dài, vùng phong bế rộng hơn. Chính vì vậy hầu hết trong 24 giờ đầu các BN đều không đau hoặc

đau rất ít. Ngoài hiệu quả giảm đau vùng phẫu thuật, một số BN có hiện tượng tê bì vùng cằm, tai và vai do các nhánh tận của dây thần kinh tai lớn, dây cổ và thượng đòn bị phong bế (Bảng 4).

Kết quả nghiên cứu Bảng 5 và Biểu đồ 1 cho thấy hiệu quả giảm đau sau mổ trong vòng 24 giờ rất tốt, hầu hết các BN đều có điểm đau khi nghỉ và vận động VAS trung bình < 3,5 điểm, chỉ có 2 BN có điểm đau VAS = 5đ, đã được dùng thêm 1 ống voltaren 75mg tiêm bắp. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Yophtahe B Woldegerima và cộng sự⁹ so sánh trên 74 BN phẫu thuật cắt tuyến giáp được chia làm 2 nhóm, nhóm gây tê ĐRTKCN bằng 10ml bupivacain 0.25% trước mổ và nhóm đối chứng không được gây tê. Kết quả nhóm được gây tê ĐRTKCN bupivacain trước mổ có điểm đau VAS thấp hơn, thời gian giảm đau sau mổ tốt hơn, nhu cầu opioid giảm đau ít hơn. Không có tác dụng phụ nghiêm trọng.

Việc phối hợp dexamethason như một thuốc hỗ trợ cho thấy hiệu quả tốt và an toàn, nhiều tài liệu và nghiên cứu đều xếp dexamethason là thuốc hỗ trợ (adjuvant) phối hợp trong gây tê vùng làm tăng hiệu quả và kéo dài thời gian giảm đau của thuốc tê^{1, 3, 5}. Elbahrawy và CS nghiên cứu đối chứng trên 3 nhóm BN được gây tê ĐRTKCN có và không có dexamethason cho thấy nhóm gây tê phối hợp dexamethason có hiệu quả giảm đau tốt và kéo dài thời gian hơn so với nhóm không có dexamethason, đồng thời giảm tỷ lệ nôn và buồn nôn sau mổ³.

Cơ chế tác dụng của dexamethason là ngăn chặn việc truyền tín hiệu đau qua sợi C, tác động trực tiếp lên tế bào thần kinh làm giảm dẫn truyền điện thần kinh, ngoài ra thuốc làm giảm phản ứng viêm do tổn thương mô sau phẫu thuật¹.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả Carolyne Pehora¹, Elbahrawy³ và Paul J⁵ phối hợp dexamethason gây tê ĐRTKCN đều cho hiệu quả giảm đau sau mổ tốt, kéo dài với điểm đau VAS thấp hơn so với nhóm chứng trong vòng 24 giờ đầu, tỷ lệ nôn và buồn nôn gặp trên 3 BN chiếm tỷ lệ 3%.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3 cho thấy sự thay đổi về nhịp tim, HbMTB, tần số thở, SpO₂ sau gây

tê so với trước gây tê không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không có BN nào có biểu hiện rối loạn nhịp tim, tụt huyết áp. Trong 24 giờ sau mổ mạch huyết áp luôn ổn định.

Nhóm nghiên cứu gặp một bệnh nhân bị sụn mi nhẹ, 1 BN bị tê bì tay có thể do thuốc lan tỏa phong bế hệ giao cảm cạnh sống C3-C4 và đám rối cổ sâu, tuy nhiên các trường hợp này hoàn toàn bình thường ở ngày thứ 2 sau mổ. Trong quá trình phẫu thuật cắt 1 thùy hoặc toàn bộ tuyến giáp, việc phẫu tích của phẫu thuật viên có thể là nguyên nhân một phần thuốc tê thấm qua các lớp cân cơ ngấm vào các rễ thần kinh cạnh sống gây ra các triệu chứng trên.

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào chọc kim vào mạch máu cũng như tổn thương thần kinh. Có 3 BN nôn và buồn nôn sau mổ (Bảng 5). Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp tỷ lệ biến chứng nôn và buồn nôn thường chiếm tỷ lệ cao nếu không có các biện pháp dự phòng kịp thời, nguyên nhân có thể do trong phẫu thuật cắt tuyến giáp gây kích thích dây thần kinh phế vị và kích thích vào vùng hầu họng, do các thuốc mê và giảm đau đặc biệt trên các BN có nguy cơ cao. Việc dùng thêm dexamethason và ondansetron trước mổ cũng như giảm đau tốt là biện pháp hữu hiệu dự phòng nôn sau mổ cắt tuyến giáp¹⁰. Ngoài ra không gặp các biến chứng khác được đề cập trong y văn cũng như theo báo cáo trong một số nghiên cứu như chọc kim và tiêm thuốc tê vào khoang ngoài màng cứng, khoang dưới nhện, chọc kim vào đỉnh phổi, dị ứng, ngộ độc thuốc tê...

V. KẾT LUẬN

Gây tê ĐRTKCN dưới hướng dẫn của siêu âm cho phẫu thuật cắt tuyến giáp là phương pháp hiệu quả và an toàn. Chất lượng giảm đau sau mổ tốt với điểm đau VAS khi nghỉ và vận động trung bình ≤ 4 . Không ảnh hưởng đến nhịp tim, huyết áp và độ bão hòa oxy máu. Tác dụng không mong muốn gặp tỷ lệ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pehora C, Pearson AM, Kaushal A, Crawford MW, Johnston B (2017) *Dexamethason as an adjuvant to peripheral nerve block*. Cochrane Database Syst Rev 11(11):CD011770.

2. Mayhew D, Sahgal N, Khirwadkar R et al (2018) *Analgesic efficacy of bilateral superficial cervical plexus block for thyroid surgery: Meta-analysis and systematic review*. Br J Anaesth 120(2):241-251. doi: 10.1016/j.bja.2017.11.083.
3. Elbahrawy K, El-Deeb A (2018) *Superficial cervical plexus block in thyroid surgery and the effect of adding dexamethason*. Research and Opinion in Anesthesia and Intensive Care 5(2): 98-102.
4. Ozgun M, Hosten T, Solak M (2022) *Effect of bilateral superficial cervical plexus block on postoperative analgesic consumption in patients undergoing thyroid surgery*. Cureus 14(1): 21212.
5. Zufferey PJ, Chaux R, Lachaud PA, Capdevila X, Lanoiselée J, Ollier E (2024) *Dose-response relationships of intravenous and perineural dexamethason as adjuvants to peripheral nerve blocks: a systematic review and model-based network meta-analysis*. British Journal of Anaesthesia 132(5): 1122-1132.
6. Kamat SV, Subramanian P, Eswaran K (2021) *Thyroid surgeries under bilateral superficial cervical plexus block - A case series*. Journal of Anaesthesia and Critical Care Case Reports 7(2): 17-20
7. Senapathi TGA, Widnyana IMG, Aribawa IGNM, Wiryana M, Sinardja IK, Nada IKW, Jaya AGPS, Putra IGKS (2017) *Ultrasound-guided bilateral superficial cervical plexus block is more effective than landmark technique for reducing pain from thyroidectomy*. J Pain Res 10: 1619-1622.
8. Veena P, Rajasree O, Koshy CR, Krishna J (2021) *Assessment of analgesic efficacy of bilateral superficial cervical plexus block for thyroid surgeries under general anaesthesia: A routine data based observational study*. Int J Anesth Pain Med 7(3):40
9. Woldegerima YB, Hailekiros AG, Fitiwi GL (2020) *The analgesic efficacy of bilateral superficial cervical plexus block for thyroid surgery under general anesthesia: a prospective cohort study*. BMC Research Notes 13: 42.
10. Cai Y, Nong L, Li H et al (2023) *Effect of bilateral superficial cervical plexus block on postoperative pain, nausea, and vomiting in thyroid surgery: A systematic review and meta-analysis*. APS 1, 13 (2023).