HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA TÊ TỦY SỐNG PHỐI HỢP VỚI TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG NGƯỜI BỆNH TỰ KIỂM SOÁT TRONG VÀ SAU MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021

Huỳnh Công Tâm, Trần Quốc Duy, Nguyễn Minh Hoàng, Bùi Thị Minh Thư
Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ
Email: tqduy.y39@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Kỹ thuật gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp ra đời đã tận dụng và phát huy những ưu điểm của phương pháp gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng. Gây tê tủy sống có thời gian tác dụng nhanh, có thể phẫu thuật sớm và gây tê ngoài màng cứng có thể hỗ trợ kéo dài vô cảm khi cần.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *Đánh giá hiệu quả giảm đau của tê tủy sống phối hợp với tê ngoài màng cứng người bệnh tự kiểm soát trong và sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2021.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Nghiên cứu mô tả cắt ngang 42 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai tại khoa Phẫu thuật gây mê - Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến 10/2021.* ***Kết quả:*** *Hiệu quả giảm đau trong mổ tốt chiếm tỷ lệ 88,1%, trung bình chiếm 11,9%. Hiệu quả giảm đau sau mổ tốt, 100% trường hợp có thang điểm đau < 3 điểm, ít làm thay đổi huyết động và hô hấp. Liều lượng thuốc tê và thuốc á phiện đã sử dụng không ảnh hưởng đến sức khỏe thai nhi, không có trường hợp nào Apgar < 4 điểm.* ***Kết luận:*** *Kỹ thuật tê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng bệnh nhân tự kiểm soát đạt hiệu quả giảm đau tốt và an toàn trong và sau mổ lấy thai; không ảnh hưởng đến sức khỏe thai nhi.*

Từ khóa: *tê tủy sống, tê ngoài màng cứng, CSE.*

ABSTRACT

EVALUATE EFFICACITY OF PATIENT-CONTROLLED COMBINED SPINAL-EPIDURAL ANESTHESIA TO INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE CESAREAN SECTION AT CAN THO GYNECOLOGY OBSTETRICS HOSPITAL IN 2021

Huynh Cong Tam, Tran Quoc Duy, Nguyen Minh Hoang, Bui Thi Minh Thu
Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital

Background: *The combined spinal-epidural technique taking advantages of spinal anesthesia and epidural anesthesia with fast onset time, early surgery is possible, and an epidural can assist in prolonging anesthesia when needed.* ***Objectives:*** *Evaluate efficacity of patient-controlled combined spinal-epidural anesthesia to intraoperative and postoperative cesarean section at can tho gynecology obstetrics hospital in 2021.* ***Materials and methods:*** *A cross-sectional*

study was conducted on 42 women with indications for cesarean section. They was admitted to the Department of Surgery Anesthesia - Intensive Care - Anti-toxicity at the Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital from 03/2021 – 10/2021. ***Results:*** *pain relief efficacy during surgeries was good 88.1%, average 11.9%. Pain relief efficacy after surgeries was good, 100% of cases have pain scale < 3 points, mild changes in hemodynamics and respiration. The dose of anesthetic and opiate used did not affect the health of the new-born, in no case Apgar < 4 points.* ***Conclusion:*** *The technique of patient-controlled combined spinal-epidural anesthesia achieved good and safe analgesia to intraoperative and postoperative cesarean section; does not affect the health of the new-born.*

Keywords: *spinal anesthesia, epidural anesthesia, CSE.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô cảm trong mổ lấy thai là phương pháp đặc biệt vì cùng một lúc phải đảm bảo an toàn cho hai đối tượng là thai phụ và thai nhi. Gây tê tủy sống là kỹ thuật được ưa chuộng trong mổ lấy thai. Tuy nhiên, gây tê tủy sống có những mặt hạn chế như: tụt huyết áp nhanh và mạnh, làm chậm nhịp tim, buồn nôn, nôn ói, thời gian vô cảm ngắn, hiệu quả giảm đau sau mổ thấp. Kỹ thuật gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp ra đời đã tận dụng và phát huy những ưu điểm của phương pháp gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng. Gây tê tủy sống có thời gian tác dụng nhanh, có thể phẫu thuật sớm. Gây tê ngoài màng cứng có thể hỗ trợ kéo dài vô cảm khi cần, duy trì giảm đau sau mổ qua catheter ngoài màng cứng, ổn định huyết động, an toàn cho trẻ sơ sinh. Đó là lí do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả giảm đau, phong bế vận động của kỹ thuật gây tê tủy sống – ngoài màng cứng người bệnh tự kiểm soát trong và sau mổ lấy thai.

2. Đánh giá ảnh hưởng của kỹ thuật gây tê tủy sống - ngoài màng cứng người bệnh tự kiểm soát trên trẻ thông qua chỉ số Apgar.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ có chỉ định mổ lấy thai tại khoa Phẫu thuật gây mê - Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các thai phụ có chỉ định mổ lấy thai tại khoa Phẫu thuật gây mê - Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 03/2021 đến tháng 10/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có chống chỉ định gây tê vùng.

Bệnh lý sản khoa: sa dây rốn, nhau bong non, nhau tiền đạo, sản giật, tiền sản giật nặng, suy thai cấp.

Tiền sử dị ứng hoặc dị ứng với thuốc: Bupivacaine, Opiphine.

Thai phụ từ chối tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu.

Trong đó: n (cỡ mẫu nghiên cứu), Z = 1,96; α = 0,05; d = 0,05; p = 0,98 (tỷ lệ giảm đau đạt hiệu quả tốt của kỹ thuật gây tê tủy sống - ngoài màng cứng kết hợp (CSE) là 98%), tính được cỡ mẫu n = 31 sản phụ. Thực tế thu thập được 42 sản phụ.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu và thu thập số liệu

Tất cả sản phụ được chỉ định mổ lấy thai đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu đều được khai thác tiền sử bệnh tật, chỉ định mổ lấy thai và cận lâm sàng cần thiết theo phiếu thu thập số liệu đã được soạn sẵn. Chuẩn bị người bệnh trước mổ, chuẩn bị dụng cụ trong nghiên cứu, người bệnh được tiến hành đặt catheter vào khoang ngoài màng cứng tại vị trí TL3 - 4 hoặc TL4 - 5, tiến hành tê tủy sống cùng vị trí hoặc thấp hơp một khe đốt sống bằng Bupivacaine 0,5% 8 mg + Opiphine 150 mcg. Sau đó bơm qua catheter ngoài màng cứng Bupivacaine 0,25% 5 mL/lần, lập lại sau 1 phút nếu cần và không quá 3 lần. Sau mổ, khi người bệnh đau trở lại thì sẽ được truyền giảm đau liên tục Bupivacaine 0,1% 2 mL/giờ, mỗi lần bệnh nhân cảm thấy đau sẽ tự nhấn nút bolus 2 mL, thời gian khóa 20 phút.

Nội dung nghiên cứu gồm: tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ định mổ lấy thai, thời gian mổ lấy thai, kỹ thuật CSE (tỷ lệ thực hiện thủ thuật thành công, thời gian tiến hành), đánh giá tác dụng vô cảm (thời gian phong bế cảm giác đạt mức ngực 8 (N8), thời gian ức chế cảm giác đau, mức độ phong bế vận động, hiệu quả giảm đau trong mổ), đánh giá sự thay đổi huyết động trong và sau mổ (huyết áp, mạch, SpO_2), đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ, ức chế vận động sau mổ (thang điểm đau dạng nhìn – Visual Analogue Scale (VAS) và mức độ phong bế vận động sau mổ, lượng thuốc Bupivacaine 0,1% sử dụng duy trì sau mổ, số lần và lượng thuốc giảm đau khác như: Paracetmol, Morphin, Ketorolac), chỉ số Apgar ở trẻ sơ sinh.

Phương pháp xử lí và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, được mô tả bằng tần số và tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Tuổi	27,86 ± 0,66	19	39
Chiều cao (cm)	157 ± 0,7	148	170
Cân nặng (kg)	62,18 ± 1,2	49	80
Thời gian mổ lấy thai (phút)	42,74 ± 1,36	30	75

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 27,86 ± 0,66 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 39 tuổi. Chiều cao trung bình là 157 ± 0,7 cm, thấp nhất là 148 cm, cao nhất là 170 cm. Cân nặng trung bình là 62,18 ± 1,2 kg, thấp nhất là 49 kg, cao nhất là 80 kg. Thời gian mổ lấy thai trung bình 42,74 ± 1,36 phút, ngắn nhất là 30 phút dài nhất là 75 phút.

Bảng 2. Chỉ định mổ lấy thai

Chỉ định mổ lấy thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giục sanh thất bại	1	2,4
Chuyển dạ đình trệ	19	45,2
Đau vết mổ cũ	4	9,5
Nghiệm pháp lọt thất bại	5	11,9

Chỉ định mổ lấy thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tim thai bất thường	13	31
Tổng cộng	42	100

Nhận xét: Chỉ định mổ lấy thai vì chuyển dạ đình trệ chiếm tỷ lệ cao nhất 45,2%, tim thai bất thường (31%), nghiệm pháp lọt thất bại (11,9%), đau vết mổ cũ (9,5%) và thấp nhất là giục sanh thất bại (2,4%).

3.2 Hiệu quả giảm đau, phong bế vận động của kỹ thuật gây tê tủy sống – ngoài màng cứng người bệnh tự kiểm soát trong và sau mổ lấy thai

3.3 Kỹ thuật gây tê tủy sống – ngoài màng cứng kết hợp (CSE): 100% trường hợp đều thực hiện thành công kỹ thuật CSE.

Bảng 3. Thời gian thực hiện kỹ thuật gây tê tủy sống – ngoài màng cứng kết hợp, ức chế cảm giác, vận động

Thời gian (phút)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thực hiện kỹ thuật CSE	4	10	5,2 ± 0,23
Ức chế cảm giác N8	4	7	4,7 ± 0,16
Ức chế vận động	4	9	5,64 ± 0,16

Nhận xét: Thời gian trung bình để thực hiện kỹ thuật này là 5,2 ± 0,23 phút. Thời gian thực hiện ngắn nhất là 4 phút và dài nhất là 10 phút. Thời gian phong bế cảm giác đau đến N8 là 4,7 ± 0,16 phút, ngắn nhất là 4 phút, dài nhất là 7 phút. Thời gian bắt đầu ức chế vận động trung bình là 5,64 ± 0,16 phút, ngắn nhất là 4 phút và dài nhất là 9 phút.

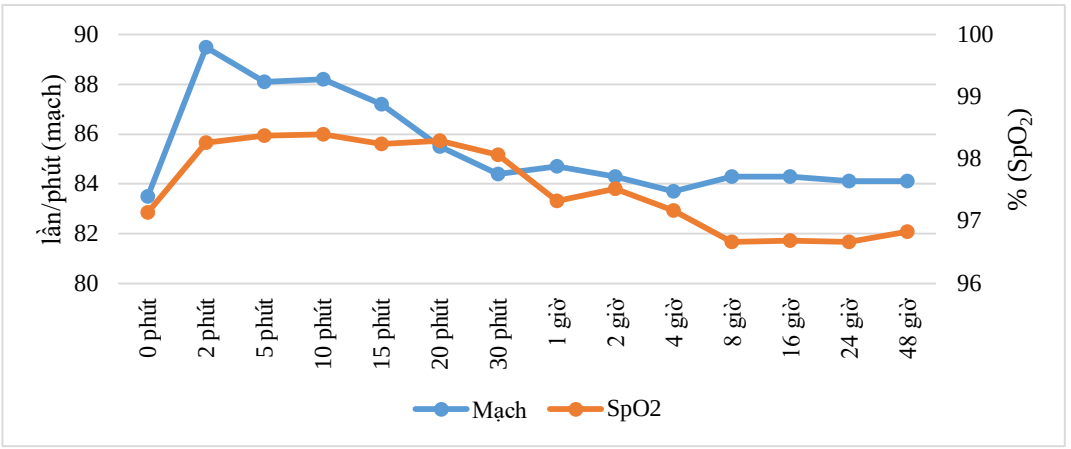
3.4 Hiệu quả giảm đau trong mổ

Bảng 4. Đánh giá hiệu quả giảm đau trong mổ

		Tần số (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Bromage khi rạch da	Bromage II	20	47,6
	Bromage III	22	52,4
Mức độ giảm đau trong mổ	Tốt	37	88,1
	Trung bình	5	11,9
Mức độ an thần theo Mohamed trong mổ	0	41	97,6
	1	1	2,4

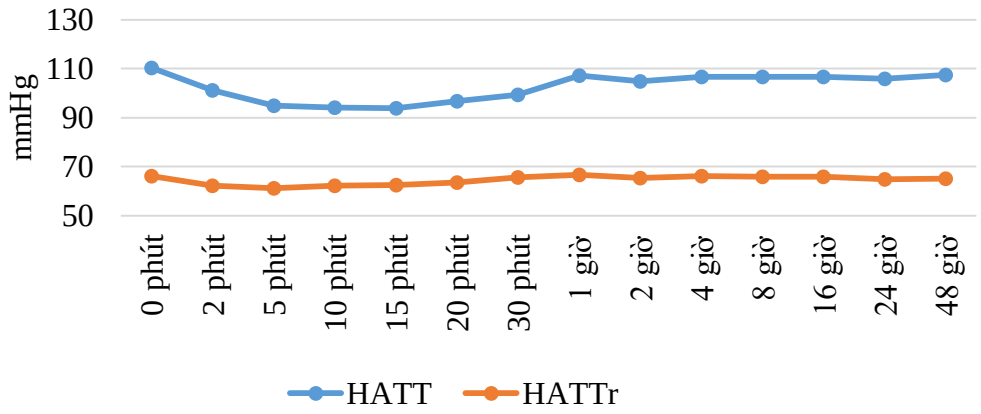
Nhận xét: Lúc phẫu thuật viên rạch da, mức liệt vận động Bromgage II (sản phụ đã mất cảm giác đau nhưng còn cử động được hai bàn chân) là 47,6% và mức liệt vận động Bromage III (không còn cử động được hai chân) là 41,20%. Mức độ giảm đau tốt (sản phụ hoàn toàn không đau trong mổ) đạt 88,1%, 11,9% mức độ giảm đau trung bình (đau nhẹ - VAS < 3), không có trường hợp nào sản phụ đau không chịu được. Sản phụ tỉnh táo trong khi thực hiện phẫu thuật chiếm tỷ lệ 97,6%, 1 sản phụ (chiếm 2,4%) ngủ nhưng gọi thì tỉnh.

3.5 Thay đổi sinh hiệu trong và sau mổ



Biểu đồ 1. Sự thay đổi mạch và SpO_2 của thai phụ

Nhận xét: Sau khi gây tê, từ thời điểm 2 phút đến 30 phút mạch của sản phụ có xu hướng tăng so với lúc sản phụ vào phòng mổ, tuy nhiên sự thay đổi mạch giữa các thời điểm khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Không có sự thay đổi đáng kể độ bão hòa oxy máu mao mạch, không có trường hợp nào bị suy hô hấp, trong và sau quá trình phẫu thuật SpO2 ≥ 96%.



Biểu đồ 2. Sự thay đổi huyết áp của thai phụ

Nhận xét: sự thay đổi huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trước và sau khi gây tê khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.6 Đánh giá hiệu quả sau mổ

Bảng 5. Đánh giá hiệu quả sau mổ

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian ức chế cảm giác	137,21 ± 3,31 phút
Thời gian ức chế vận động	98,86 ± 1,88 phút
Thang điểm VAS sau mổ	VAS 24 giờ: 1,31 ± 0,07 VAS 48 giờ: 1,36 ± 0,08
Thang điểm Bromage sau mổ	Bromage 24 giờ: 0 Bromage 48 giờ: 0
Bupivacaine 0,1% duy trì sau mổ	229,69 ± 9,8 mL

Nhận xét: thời gian ức chế cảm giác và vận động trung bình lần lượt là 137,21 ± 3,31 phút, 98,86 ± 1,88 phút. Mức độ giảm đau sau mổ luôn ≤ 3 điểm (VAS 24 giờ: 1,31 ± 0,07 và VAS 48 giờ là 1,36 ± 0,08); tất cả các trường hợp đều đạt Bromage 0 sau mổ tại thời điểm 24 giờ và 48 giờ. Lượng Bupivacaine 0,1% duy trì giảm đau sau mổ trong 48 giờ trung bình là 229,69 ± 9,8 mL.

3.7 Ảnh hưởng của kỹ thuật gây tê tủy sống - ngoài màng cứng người bệnh tự kiểm soát trên trẻ thông qua chỉ số Apgar

Bảng 6. Ảnh hưởng của kỹ thuật CSE trong mổ lấy thai trên trẻ sơ sinh

Apgar	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
1 phút	7,14 ± 0,06	7	9
5 phút	9,12 ± 0,05	8	10

Nhận xét: chỉ số Apgar trung bình tại phút thứ nhất 7,14 ± 0,06 điểm, chỉ số Apgar trung bình tại phút thứ 5 là 9,12 ± 0,05 điểm. Không có trường hợp nào Apgar < 4 điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 27,86 ± 0,66 tuổi; chiều cao trung bình là 157 ± 0,7 cm; cân nặng trung bình là 62,18 ± 1,2 kg. Tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Đào Thị Bích Phượng độ tuổi, chiều cao và cân nặng lần lượt là 28,84 ± 5,17 tuổi, 154,52 ± 1,25 cm, 61,52 ± 0,17 kg. Có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Choi D.H có độ tuổi, chiều cao, cân nặng trung bình lần lượt là 30,10 ± 3,70 tuổi, 160,2 ± 4,7 cm, 68,8 ± 7,7 kg. Điều này là phù hợp vì sự khác biệt cân nặng và chiều cao trung bình của người Việt Nam thấp hơn so với các nước khác [2], [7].

Thời gian mổ lấy thai trung bình 42,74 ± 1,36 phút, ngắn nhất là 30 phút dài nhất là 75 phút. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật ngắn hơn một số nghiên cứu của tác giả Lew, Choi với thời gian mổ lấy thai trung bình lần lượt là 46,70 ± 17,00 phút, 48,60 ± 16,20 phút. Có sự khác biệt này vì trong các nghiên cứu của tác giả nêu trên, chỉ định phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là đau vết mổ cũ, điều này ảnh hưởng nhiều đến thời gian phẫu thuật vì phẫu thuật viên mất nhiều thời gian để gỡ dính hoặc cầm máu [7], [8].

4.2 Đánh giá hiệu quả trong mổ và sau mổ

Kỹ thuật CSE

Trong 42 trường hợp nghiên cứu, không có trường hợp nào xảy ra tai biến nặng, sản phụ thích nghi tốt với phương pháp vô cảm trong phẫu thuật, không có trường hợp nào phải chuyển sang phương pháp vô cảm khác. Tất cả các trường hợp chúng tôi đều thực hiện thành công kỹ thuật CSE đạt được hiệu quả cao. Thời gian tiến hành kỹ thuật CSE trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình khoảng 5,2 ± 0,23 phút, thời gian phong bế cảm giác đau đến N8 trung bình khoảng 4,7 ± 0,16 phút, thời gian bắt đầu ức chế vận động trung bình là 5,64 ± 0,16 phút. Với thời gian thực hiện kỹ thuật, thời gian phong bế vận động và cảm giác như trên, phẫu thuật viên có thể bắt đầu rạch da để mổ sau khi đã chuẩn bị trải khăn vô khuẩn mà không phải đợi lâu. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Lê Văn Chung, Lê Minh Tâm, Công Quyết Thắng [1], [4], [5].

Đánh giá hiệu quả trong mổ

Mức phong bế cảm giác ở mức N8 sẽ đủ để vô cảm mổ lấy thai. Mặt khác thời gian mổ lấy thai không lâu nên trong nghiên cứu của chúng tôi chọn liều thuốc tê là 8 mg Bupivacaine 0,5% + Opiphine 150 mcg để đạt mức tê này và để duy trì giảm đau sau mổ. Kết hợp tê ngoài màng cứng với Bupivacain 0,25% 5 mL mỗi lần, đánh giá mỗi phút đến khi đạt mức tê mong muốn. Thời gian phong bế cảm giác kéo dài 137,21 ± 3,31 phút, đáp ứng thời gian mổ lấy thai là 42,74 ± 1,36 phút.

Việc sử dụng phương pháp tê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng đáp ứng tốt được hiệu quả giảm đau trong mổ với 88,1% sản phụ trong nghiên cứu này hoàn toàn không đau trong mổ, 11,9% đau nhẹ cần phải bơm thêm Bupivacaine vào catheter ngoài màng cứng để hỗ trợ trong mổ (tối đa 15 mL Bupivacaine 0,25%). Với kỹ thuật CSE, chúng tôi đã sử dụng liều thuốc tê tủy sống thấp và hỗ trợ thêm bằng tê ngoài màng cứng, mang đến cho sản phụ một tình trạng huyết động tương đối ổn định.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều lượng và hiệu quả giảm đau cũng nằm trong giới hạn mà các tác giả Đào Thị Bích Phượng, Coppejans H.C., Vande Velde M đã nghiên cứu và cho kết quả tương tự [6], [2], [9].

Sự thay đổi HA, mạch, SpO_2, trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự thay đổi đáng kể, và không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi nhận thấy việc sử dụng liều thuốc tê tủy sống thấp và hỗ trợ thêm bằng tê ngoài màng cứng, mang đến cho sản phụ một tình trạng huyết động tương đối ổn định.

Đánh giá hiệu quả sau mổ

Trong giảm đau sau mổ bên cạnh 150 mcg Opiphine chúng tôi đã bơm vào khoang dưới nhện khi tê tủy sống, chúng tôi thực hiện thêm kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng liên tục bệnh nhân tự kiểm soát (PCEA) giảm đau sau mổ vào thời điểm sản phụ cảm giác đau lại, tốc độ bơm thuốc giảm đau qua catheter ngoài màng cứng là 2 mL/giờ, mỗi lần bệnh nhân cảm thấy đau sẽ bấm nút bơm thêm 2 mL, thời gian khóa là 20 phút và liều tối đa là 10 mL/giờ, duy trì 48 giờ sau mổ. Với các thông số này và với nồng độ Bupivacaine 0,1% qua catheter ngoài màng cứng hầu hết các trường hợp đều giảm đau tốt chiếm 95,23%, VAS 24 giờ là 1,31 ± 0,07 và VAS 48 giờ là 1,36 ± 0,08. Có 2 trường hợp dùng 1 liều duy nhất Paracetamol 1000 mg hỗ trợ giảm đau sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Thị Bích Phượng, Công Quyết Thắng có hiệu quả giảm đau tốt lần lượt là 92,14%, 97,65% [2], [5].

Tổng lượng Bupivacaine 0,1% cần để duy trì qua catheter ngoài màng cứng giảm đau sau mổ lấy thai trong 48 giờ trung bình là 140,19 ± 3,26 mL. Thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thế Quang là 256 ± 28,6 mL. Có sự khác biệt này do chung tôi có kết hợp 150 mcg Opiphine khoang dưới nhện khi tê tủy sống và kiểu duy trì Bupivacaine 0,1% ngoài màng cứng sau mổ là PCEA (giảm liều nền, bệnh nhân bolus thêm khi đau), nên lượng thuốc giảm đáng kể và vẫn duy trì được mức độ giảm đau mong muốn [3].

4.3 Ảnh hưởng của tê tủy sống kết hợp gây tê ngoài màng cứng trong mổ lấy thai trên trẻ sơ sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi Apgar trung bình ở phút thứ nhất là 7,14 ± 0,06, Apgar trung bình ở phút thứ năm là 9,12 ± 0,05, không có trường hợp nào Apgar < 4 điểm. Tương đương với tác giả Đào Thị Bích Phượng cũng cho thấy kết quả nghiên cứu là 100% bé đều có sức khỏe tốt, điều đó cho thấy các thuốc đã dùng với liều lượng hợp lý không ảnh

hưởng đến chỉ số Apgar của thai nhi. Như vậy với một lượng Opiphine rất nhỏ trong tê tủy sống kết hợp với thuốc tê ngoài màng cứng không ảnh hưởng đến Apgar sơ sinh [2].

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng bệnh nhân tự kiểm soát đạt hiệu quả giảm đau trong mổ tốt chiếm tỷ lệ 88,1%, trung bình chiếm 11,9%, không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm khác. Giảm đau sau mổ có hiệu quả giảm đau tốt, 100% trường hợp có thang điểm đau < 3 điểm, ít làm thay đổi huyết động và hô hấp. Liều lượng thuốc tê và thuốc á phiện đã sử dụng không ảnh hưởng đến sức khỏe thai nhi. Không có trường hợp nào Apgar < 4 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Chung và Nguyễn Văn Chừng (2008), Gây tê ngoài màng cứng - tê tủy sống với Bupivacaine đẳng trọng thấp và Sufentanil trong phẫu thuật thay khớp háng ở người cao tuổi, *Đại hội GMHS Việt Nam*, tr. 10-16.
2. Đào Thị Bích Phượng (2010), *Đánh giá hiệu quả của gây tê tủy sống kết hợp gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau mổ lấy thai chọn lọc*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
3. Trần Thế Quang và Nguyễn Đức Lam (2016), Nghiên cứu phương pháp giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê ngoài màng cứng với Ropivacaine 0,125%, *Công trình NCKH đại hội gây mê hồi sức toàn quốc 2016*, tr. 165-167.
4. Lê Minh Tâm và Vũ Thị Nhung (2007), Gây tê tủy sống - ngoài màng cứng phối hợp liều thấp trong phẫu thuật điều trị sa sinh dục trên bệnh nhân cao tuổi, *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*. 11(1), tr. 37-43.
5. Công Quyết Thắng (2004), *Nghiên cứu tác dụng kết hợp gây tê tủy sống bằng bupivacaine và ngoài màng cứng bằng morphin hoặc dolargan hoặc fentanyl để mổ và giảm đau sau mổ*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Coppejans, H. C., Hendrickx, E., Goossens, J., et al. (2006), The sitting versus right lateral position during combined spinal-epidural anesthesia for cesarean delivery: block characteristics and severity of hypotension, *Anesth Analg*. 102(1), pp. 243-7.
7. Choi, D. H., Ahn, H. J., and Kim, J. A. (2006), Combined low-dose spinal-epidural anesthesia versus single-shot spinal anesthesia for elective cesarean delivery, *Int J Obstet Anesth*. 15(1), pp. 13-7.
8. Lew, E., Yeo, S. W., and Thomas, E. (2004), "Combined spinal-epidural anesthesia using epidural volume extension leads to faster motor recovery after elective cesarean delivery: a prospective, randomized, double-blind study", *Anesth Analg*. 98(3), pp. 810-4.
9. Van de Velde, M., Berends, N., Spitz, B., et al. (2004), "Low-dose combined spinal-epidural anaesthesia vs. conventional epidural anaesthesia for Caesarean section in pre-eclampsia: a retrospective analysis", *Eur J Anaesthesiol*. 21(6), pp. 454-9.

(Ngày nhận bài: 08/11/2021 – Ngày duyệt đăng: 21/11/2021)