

**HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA KẾT HỢP GÂY TÊ TỦY SỐNG,
GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG VÀ GÂY MÊ TOÀN THỂ
TRONG VÀ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẠI – TRỰC TRÀNG**

Trần Văn Đăng, Vũ Văn Kim Long, Võ Nguyên Hồng Phúc*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: tvdang@ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phối hợp CSE và gây mê toàn thể giúp giảm liều thuốc á phiện và nồng độ thuốc mê hơi trong lúc mổ, ổn định huyết động tốt hơn, giảm đau hiệu quả hơn, có thể thức tỉnh sớm hơn, cho phép rút ống nội khí quản sớm và giảm được các tai biến do đau và gây mê sâu. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng phụ của CSE và gây mê toàn thể trong và sau phẫu thuật nội soi đại – trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả, cắt ngang được thực hiện trên 62 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi đại – trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 6 năm 2018. **Kết quả:** tại bất kỳ thời điểm nào sau phẫu thuật khi BN vận động đều có thể

có nhu cầu thêm thuốc giảm đau ($VAS \geq 4$ điểm). Khi BN nằm yên: nhu cầu thêm thuốc giảm đau chỉ xuất hiện tại thời điểm 1 giờ hoặc 2 giờ sau phẫu thuật. Tác dụng phụ: Tụt HA chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,77%. Tăng EtCO₂ chiếm 41,94%, thường sau khi bơm CO₂ 30 phút, 60 phút và lúc kết thúc phẫu thuật. Ngoài ra, chậm nhịp tim chiếm 19,35%, tăng HA 8,06%. Có 1 trường hợp bị co thắt KPQ trong phẫu thuật, chiếm 1,61%. **Kết luận:** Phối hợp CSE và gây mê toàn thể là phương pháp vô cảm an toàn, hiệu quả giảm đau kéo dài và nên được áp dụng thường quy cho các trường hợp phẫu thuật nội soi đại – trực tràng.

Từ khóa: gây tê tủy sống phối hợp gây tê ngoài màng cứng, phẫu thuật nội soi đại - trực tràng.

ABSTRACT

ANALGESIC EFFICACY OF COMBINED SPINAL-EPIDURAL WITH GENERAL ANESTHESIA DURING AND AFTER LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

Tran Van Dang*, Vu Van Kim Long, Vo Nguyen Hong Phuc

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Combined spinal-epidural with general anesthesia helps reducing opioid dose and volatile anesthetics concentration during surgery, by other words helps stabilize hemodynamics better, reduce the dose of medication used during surgery, reduce pain more effectively, can awaken earlier, allow early withdrawal of endotracheal tube and reduce complications due to pain and deep anesthesia. **Objectives:** to evaluate the analgesic effects and side effects of combined spinal- epidural with general anesthesia during and after laparoscopic colorectal surgery. **Materials and method:** a prospective cross – sectional study, was conducted on 62 patients indicated for laparoscopic colorectal surgery at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from April, 2017 to June, 2018. **Results:** At any time after surgery, when the patient mobilized, more analgesics were needed ($VAS \geq 4$ points). When the patient did not mobilize: the need for more pain medicine only appeared 1 hour or 2 hours after surgery Side effects: Hypotension accounted for the highest percentage with 46.77%. Increased EtCO₂ accounted for 41.94%, usually the highest increase after CO₂ insufflation 30 minutes, 60 minutes and at the end of surgery. Other side effects include: bradycardia 19.35%, increase BP 8.06%. There was 1 case of bronchospasm during surgery, accounting for 1.61%. **Conclusion:** Combined spinal-epidural with general anesthesia is a safe and effective method of anesthesia for long-term pain relief, so it should be applied routinely in laparoscopic colorectal surgery.

Keywords: Combined spinal-epidural anesthesia (CSE), laparoscopic colorectal surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi đại-trực tràng là phẫu thuật lớn vùng bụng với kiểm soát đường thở bằng ống nội khí quản, dẫn cơ tốt tạo điều kiện bơm hơi vào ổ bụng, bộc lộ rộng phẫu trường để phẫu tích được dễ dàng. Tuy nhiên, sau đó lại gây đau đớn cho người bệnh, đặc biệt ở giai đoạn sớm sau mổ (0-4 giờ) và kéo dài ít nhất 24 giờ đầu sau mổ.

Phương thức phối hợp gây tê tủy sống với gây tê ngoài màng cứng và gây mê toàn thể sẽ giúp giảm liều thuốc á phiện cũng như nồng độ thuốc mê thấp hơn trong lúc mổ, nhưng mang lại hiệu quả hơn cho người bệnh như giảm đáp ứng đối với căng thẳng thần kinh, giúp ổn định huyết động hơn, giảm đau hiệu quả hơn trong và sau mổ, có thể thức tỉnh sớm hơn, cho phép rút ống nội khí quản sớm và giảm được các tai biến do đau và gây mê sâu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh lý đại – trực tràng và có chỉ định phẫu thuật nội soi đại – trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Phân nhóm nguy cơ phẫu thuật ASA I-III, tuổi từ 18 đến 90 với phẫu thuật chương trình nội soi cắt đại – trực tràng, không có chống chỉ định với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu và đồng ý tự nguyện hợp tác, tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các trường hợp chống chỉ định của gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng, nghiện thuốc á phiện, phụ nữ có thai, có biến chứng nặng liên quan đến gây mê và/ hoặc phẫu thuật, có đau mạn tính trước mổ hoặc cần thở máy trong thời gian điều trị tại phòng hồi tỉnh.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi thu thập được 62 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: các BN được chỉ định phẫu thuật nội soi đại – trực tràng sẽ được thu thập các thông tin: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả của phương pháp vô cảm, các tác dụng phụ trong và sau mổ và cách xử lý.

Số liệu được thu thập theo phiếu có sẵn và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 6 năm 2018 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận được 62 trường hợp được gây tê tủy sống phối hợp với gây tê ngoài màng cứng và gây mê toàn thể trong phẫu thuật nội soi đại-trực tràng với kết quả như sau:

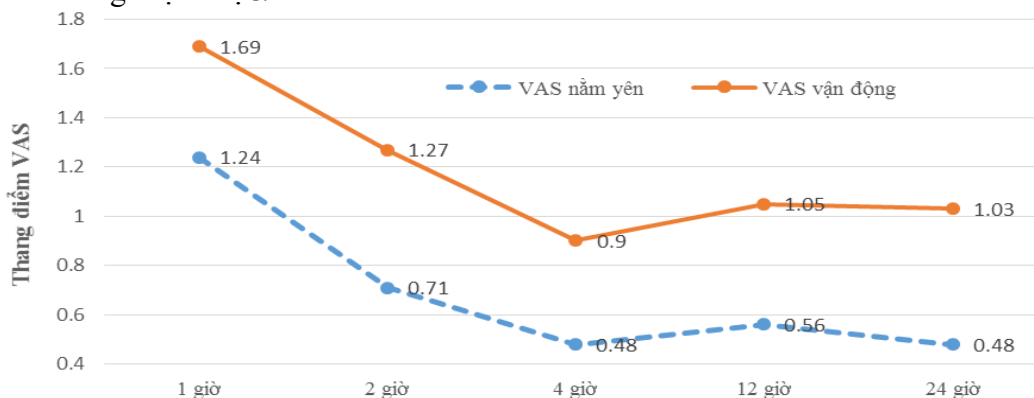
Triệu chứng lâm sàng: chúng tôi ghi nhận biểu hiện lâm sàng chủ yếu ở BN phẫu thuật nội soi đại – trực tràng bao gồm: 69,35% sụt cân, 53,23% trong phân có máu, 38,71% đau bụng, 32,26% rối loạn đi tiêu và 24,19% có thiếu máu.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Tuổi	Trung bình $\pm$ SD 60,45 $\pm$ 15,457	Nhỏ nhất: 24 tuổi Lớn nhất: 92 tuổi
ASA		
Độ I	5	8,06
Độ II	44	70,97
Độ III	13	20,97
Tiền sử nội khoa	39	62,90
Trong đó:		
Tim mạch	27	43,55
Hô hấp	8	12,91
Nội tiết	7	11,29
Khác	13	21,04
Ngoại khoa	25	40,32
Đau lần mổ trước:		

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Không đau	7	28,0
Đau vừa	16	64,0
Đau không chịu được	2	8,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình $60,45 \pm 15,457$ tuổi, trẻ nhất: 24 tuổi, lớn nhất: 92 tuổi. Nguy cơ phẫu thuật: ASA II chiếm 70,97%, trong đó chủ yếu BN có bệnh lý tim mạch kèm theo, với 43,55%. 40,32% có tiền sử ngoại khoa với 72% BN từ đau vừa đến đau không chịu được.



Biểu đồ 1: Thang điểm VAS tại các thời điểm sau phẫu thuật

Nhận xét:

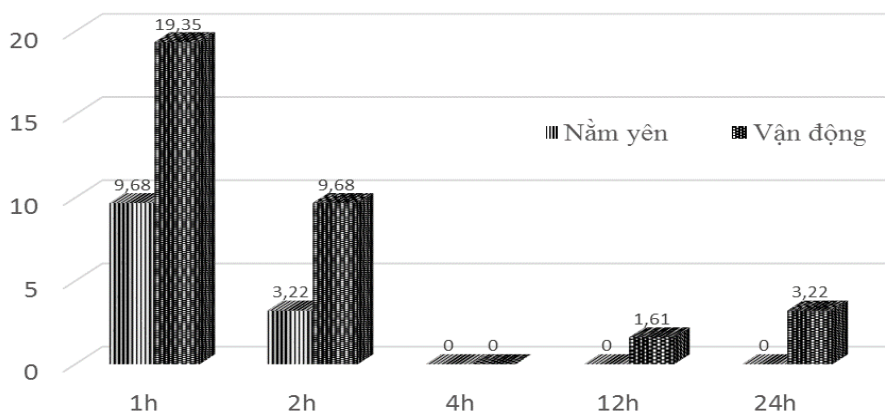
Thang điểm đau hình dạng nhìn (VAS) cao hơn khi BN vận động tại cùng thời điểm.

Điểm VAS giảm dần từ khi kết thúc phẫu thuật đến giờ thứ 4, sau đó dần ổn định trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật (xấp xỉ VAS khi vận động là 1 điểm, VAS khi nằm yên xấp xỉ 0,5 điểm).

Bảng 2. Tác dụng không mong muốn trong và sau phẫu thuật

Biểu hiện	Trong phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Tụt HA	29	46,77	5	8,06
Tăng HA	5	8,06	7	11,29
Mạch nhanh	4	6,45	2	3,22
Mạch chậm	12	19,35	5	8,06
SpO ₂ < 90%	1	1,61	1	1,61
Co thắt KPQ	1	1,61	1	1,61
Tăng EtCO ₂	26	41,94		
Đau lưng			19	30,65
Buồn nôn, nôn			15	24,19
Lạnh run			11	17,74
Đau đầu			6	9,68
Ngứa			2	3,22
Tràn khí dưới da			1	1,61

Nhận xét: Trong lúc phẫu thuật: tác dụng phụ thường gặp là tụt HA, chiếm 46,77%, tăng EtCO₂ chiếm 41,94%. Sau phẫu thuật: đau lưng thường gặp nhất với 30,65%. Ngoài ra, 24,19% có buồn nôn, nôn. Các trường hợp co thắt KPQ, tràn khí dưới da, suy hô hấp chiếm 1,61%.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ VAS >3 tại các thời điểm sau phẫu thuật

Nhận xét:

Tỷ lệ BN có thang điểm VAS > 3 khi vận động cao hơn lúc nằm yên tại cùng thời điểm.

Thang điểm đau VAS = 0 từ thời điểm 4 giờ đến 24 giờ sau phẫu thuật khi BN nằm yên.

Tỷ lệ VAS > 3 khi BN vận động tại thời điểm 1 giờ và 2 giờ sau phẫu thuật lần lượt là 19,35% và 9,68%.

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng

Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy sụt cân và đi tiêu phân lẫn máu là các triệu chứng thường gặp nhất ở BN UTĐTT, kể đến là các biểu hiện ít gặp hơn như đau bụng (chiếm 38,71%), thiếu máu (chiếm 24,19%). Chúng tôi ghi nhận, triệu chứng chính của bệnh lý UTĐTT chủ yếu gồm các biểu hiện như sụt cân, tiêu phân nhầy máu, đau bụng và thiếu máu, nhưng tỷ lệ các triệu chứng này còn tùy thuộc vào vị trí khối u và từng giai đoạn bệnh.

Theo Mai Đình Điều, đi tiêu phân lẫn máu tươi, đau bụng và đại tiện phân nhầy máu mũi là 3 triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của BN ung thư trực tràng, với tỷ lệ theo thứ tự là 79,5%, 63% và 56,2%. Hồ Long Hiên nghiên cứu trên các BN được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng phải cho thấy các triệu chứng thường gặp là: đau bụng (87,2%), đi phân có máu (25,5%), sụt cân (24,4%), thiếu máu (10,4%).

Chúng tôi ghi nhận có 53,23% trường hợp có triệu chứng đau bụng. Tác giả Phạm Văn Năng nghiên cứu trên BN cắt đại – trực tràng do ung thư cho thấy có 95% có đau bụng. Phan Thành Nghĩa nghiên cứu trên những BN phẫu thuật nội soi đại tràng phải cho thấy có 75% có biểu hiện đau bụng. Qua đó cho thấy tỷ lệ đau bụng trong nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với các công trình nghiên cứu khác vì triệu chứng này phụ thuộc vào vị trí u, giai đoạn bệnh và một số yếu tố chủ quan khác.

Hiệu quả giảm đau của kỹ thuật CSE

Nghiên cứu này cho thấy rằng thang điểm đau dạng nhìn VAS cao hơn khi BN vận động tại cùng thời điểm và giảm dần từ khi kết thúc phẫu thuật đến giờ thứ 4, sau đó dần ổn định trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Khi đánh giá về nhu cầu thêm thuốc giảm đau sau mổ, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ BN có VAS > 3 khi vận động cao hơn lúc nằm yên tại cùng thời điểm, đa phần BN có mức đau nhẹ, chỉ có một số ít trường hợp có mức đau cao hơn (VAS > 3) và cần thêm thuốc giảm đau hỗ trợ và thang điểm VAS = 0 từ thời điểm 4 giờ đến 24 giờ sau phẫu thuật.

Bảng 3. Thang điểm VAS sau phẫu thuật UTĐTT

Tác giả	Thang điểm VAS tại các thời điểm sau mổ				
	1 giờ	2 giờ	4 giờ	12 giờ	24 giờ
Trần Đỗ Anh Vũ	3,1	3,4	3,3	2,9	2,6
Tikuisis và cs		3,0	5,2	2,8	2,6
Kaba và cs		≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2
Chúng tôi	1,69	1,27	0,9	1,05	1,03

Khi BN vận động, tỷ lệ thang điểm VAS > 3 tại thời điểm 1 giờ và 2 giờ sau mổ lần lượt là 19,35% và 9,68%. Tỷ lệ này là 1,61% và 3,22% tại thời điểm 12 giờ và 24 giờ sau phẫu thuật. Tỷ lệ VAS > 3 tại thời điểm 1 giờ và 2 giờ sau phẫu thuật lần lượt là 9,68% và 3,22% và sau đó thang điểm VAS luôn bằng 0 trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Thời điểm 2 giờ sau phẫu thuật mức độ đau và số BN đau nhiều tăng lên, có thể đây là thời điểm mà thuốc sử dụng tổng phẫu thuật đã hết tác dụng, BN tỉnh táo hoàn toàn, ho và cử động. Số BN cần thêm morphin giảm đau nhiều nhất ở giai đoạn này.

Mức độ đau khi vận động là tiêu chí đánh giá chính khi điều trị đau sau phẫu thuật cho BN. Vì BN cần phải tập vật lý trị liệu nhất là tập thở và ho để cải thiện chức năng hô hấp sau mổ. Đặc biệt, với mức độ đau khi hít sâu, ho dưới mức đau vừa, BN có thể tự tập các thao tác vận động mà không cần người giúp đỡ. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng khi BN vận động sớm sẽ hồi phục nhanh như động ruột, tránh được các biến chứng như viêm phổi, xẹp phổi, thuyên tắc mạch do huyết khối ở giai đoạn sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận khi BN vận động, thang điểm VAS giảm dần từ giờ thứ 4 sau phẫu thuật và VAS đạt giá trị trung bình $1,03 \pm 1,165$ tại thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Robert B khi quan sát hiệu quả điều trị đau sau phẫu thuật cắt đại tràng. Tác giả ghi nhận, một nhóm sử dụng morphin có mức độ đau khá cao (VAS > 3 với tỷ lệ trên 50%), nhóm còn lại được sử dụng ropivacain 0,2% kết hợp với fentanyl 2 mcg/ml với tốc độ truyền cơ bản là 4 ml/giờ, bolus 2ml/lần, thời gian khóa là 15 phút, nhóm này có mức độ đau khi ho luôn thấp hơn ở nhóm còn lại.

Tác dụng không mong muốn

Tụt huyết áp: Khi gây tê tủy sống phối hợp với gây tê NMC và gây mê toàn thể trong phẫu thuật nội soi đại – trực tràng, việc tụt HA là điều khó tránh khỏi. Tuy nhiên, tỷ lệ và mức độ tụt HA cũng như việc đáp ứng với điều trị còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như liều lượng thuốc, thời điểm sử dụng thuốc và nồng độ thuốc sử dụng...

Block B nhận thấy trong 1 nghiên cứu về phẫu thuật thay khớp háng tỷ lệ tụt HA nặng của nhóm gây tê NMC phối hợp với gây mê toàn thể là 22%. Phan Tôn Ngọc Vũ khi đánh giá về hiệu quả giảm đau của gây tê NMC với gây mê toàn thể trong phẫu thuật nội soi đại – trực tràng nhận thấy có 15,28% tụt HA trong mổ, với lượng ephedrine trung bình là 10mg.

Sự khác biệt về tỷ lệ tụt HA ở các nghiên cứu là do cách sử dụng thuốc trong gây tê cũng như trong gây mê, loại phẫu thuật cũng như thời điểm nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy, chọn lựa liều lượng thuốc và thời điểm tiêm thuốc là rất quan trọng để giảm tỷ lệ và mức độ tụt HA. Nhờ cân bằng hợp lý lượng nước xuất – nhập và sử dụng ephedrine đúng cách mà trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tụt HA kéo dài, không kiểm soát được. Theo dõi lượng nước xuất – nhập trong 24 giờ sau mổ cũng là một phương pháp giúp chúng tôi kiểm soát tốt tình trạng tụt HA.

Tăng CO₂: Chúng tôi ghi nhận có 41,94% trường hợp tăng EtCO₂ tại các thời sau khi bơm hơi 30 phút sau đó có khuynh hướng trở về giá trị ban đầu tại thời điểm 60 phút và lúc kết thúc phẫu thuật. Nguyên nhân tăng EtCO₂ được cho là sự hấp thu thán khí từ màng bụng khi bơm trong thời gian phẫu thuật nội soi. Ngoài ra, tỷ lệ và mức độ tăng thán khí còn phụ thuộc vào các yếu tố khác như thời gian phẫu thuật, thời gian bơm CO₂ vào ổ bụng, áp lực ổ bụng lúc bơm, tốc độ bơm CO₂ hoặc theo tình trạng của BN.

Khi nghiên cứu về sự thay đổi thông khí trong phẫu thuật nội soi, Nguyễn Minh Lý nhận thấy khi bơm thán khí với áp lực ổ bụng là 12mmHg gây tăng PaCO₂ tại thời điểm 15, 40 và 60 phút sau khi bơm. Thực tế, PTNS đại tràng có 1 thì để mở bụng lấy bệnh phẩm và thao tác bên ngoài ổ bụng, nên phẫu thuật viên dừng bơm hơi trước khi kết thúc phẫu thuật khoảng 30 – 45 phút. Chúng tôi ghi nhận EtCO₂ vẫn còn tăng tại thời điểm kết thúc phẫu thuật. Điều này chứng tỏ lượng thán khí vẫn còn trong ổ bụng và được hấp thu vào hệ hô hấp. Miller ghi nhận trong một số trường hợp, PaCO₂ tăng không đồng thời với EtCO₂, nên khi PTNS có bơm thán khí và nghi ngờ có ưu thán nên làm xét nghiệm khí máu động mạch để xác định chẩn đoán. Trong nghiên cứu này, với những trường hợp có tăng EtCO₂ ≥ 45 mmHg, chúng tôi tiến hành tăng thông khí với Vt = 12ml/kg và tăng dần tần số thở cho đến khi giá trị EtCO₂ trở về bình thường. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tăng EtCO₂ không kiểm soát được. Ngoài ra, việc ứ đọng CO₂ kéo dài trong ổ bụng cũng có liên quan đến tình trạng đau bụng và đau vai sau phẫu thuật.

Buồn nôn, nôn: Việc bơm hơi vào trong ổ bụng, thao tác trên ruột và phẫu thuật vùng chậu là những nguyên nhân chính làm tăng tỷ lệ buồn nôn, nôn sau mổ. Ngoài ra, đây còn là hệ quả cộng gộp của nhiều nguyên nhân khác như tình trạng hệ tiêu hóa chưa hồi phục hoàn toàn về mặt chức năng, hay việc lạm dụng các thuốc giảm đau họ opioids. Điều đó cho thấy, các biện pháp dự phòng và điều trị tình trạng buồn nôn, nôn sau mổ như lựa chọn thuốc gây mê phù hợp, đúng liều lượng, hoặc đặt ống thông dạ dày giải áp, cho thuốc chống nôn là cần thiết. Ngoài ra cần điều trị tích cực các biến chứng khác như dùng thuốc giảm ho, cho uống nước sớm nhất khi có thể và giữ thân nhiệt ổn định là những điều kiện cơ bản giúp BN sớm hồi phục sau phẫu thuật.

Đau đầu: Chúng tôi ghi nhận có chiếm 9,68% đau đầu sau phẫu thuật. Các trường hợp này đau nửa bên đầu, không thay đổi theo tư thế nên không đặc hiệu theo kiểu đau do tai biến của kỹ thuật CSE.

Nghiên cứu của Sinan Uzman cho thấy, tỷ lệ đau đầu với kỹ thuật giảm đau CSE trong phẫu thuật cắt đại tràng nội là 18,2%. Trong khi đó, Turgut và cộng sự ghi nhận tỷ lệ đau đầu của kỹ thuật CSE trong nội soi cắt túi mật là 8,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Vinh, có 2 trường hợp đau đầu sau mổ, chiếm 2,9%. Tỷ lệ đau đầu sau mổ do gây tê tủy sống đơn thuần với kim 27 Quincke được ghi nhận là 2-3% và tỷ lệ này giảm còn 1-2% nếu gây tê với kim 29G. Trong khi kỹ thuật CSE được thực hiện với kim tê 27G, tỷ lệ đau đầu sau mổ được ghi nhận là rất thấp thay đổi từ 0-1,3% và chiếm 1,7% với kim 26G. Tỷ lệ và mức độ đau đầu trong khi thực hiện kỹ thuật CSE có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, phụ thuộc vào kích cỡ của kim tê tủy sống. việc phối hợp thuốc họ opioids trong khoang NMC hoặc khoang dưới nhện có thể mang lại hiệu quả dự phòng đau đầu sau phẫu thuật.

Mức độ an thần và suy hô hấp sau phẫu thuật: Bên cạnh việc mang lại hiệu quả giảm đau sau mổ tối ưu của kỹ thuật CSE, chúng ta cũng cần đánh giá đầy đủ và kịp thời các tác dụng không mong muốn trong thời gian chu phẫu. Các biến chứng thường được quan tâm nhất là mức độ an thần sâu có thể gây suy hô hấp, đặc biệt là ở những BN nguy cơ cao như lớn tuổi có kèm theo bệnh lý hô hấp, tim mạch. Trong nghiên cứu này, chúng

tôi ghi nhận có 3 trường hợp ngủ sâu, khó đánh thức, phản ứng chậm (An thần mức độ 3) tại thời điểm rút ống NKQ và 1 giờ sau phẫu thuật. BN luôn được thở oxy ẩm tại thời điểm nói trên và không cần phải can thiệp hỗ trợ hô hấp khác. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận kể từ thời điểm 2 giờ sau phẫu thuật không còn BN nào ngủ sâu, khó đánh thức hay phản ứng chậm và không trường hợp nào cần hỗ trợ hô hấp do có độ an thần sâu.

Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp co thắt khí phế quản gây suy hô hấp sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 1,61%. BN này có tiền sử bị COPD trước đó. Chúng tôi xử trí bằng cách hỗ trợ oxy và thuốc giãn phế quản, sau đó tình trạng BN ổn định. Việc co thắt khí phế quản sau phẫu thuật có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau như các thuốc đã sử dụng trong lúc phẫu thuật, hoặc do bệnh lý nền có sẵn. chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có khó thở.

V. KẾT LUẬN

Gây tê tùy sống phối hợp với gây tê ngoài màng cứng và gây mê toàn thể là phương pháp vô cảm an toàn, hiệu quả giảm đau kéo dài, các tác dụng không mong muốn thường thoáng qua và dễ kiểm soát nên được áp dụng thường quy vào các trường hợp phẫu thuật nội soi đại – trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Long Hiền (2016), "*Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nối oi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải*", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Huy Lưu, Đỗ Thị Thu Phương, Ngô Quang Duy và cộng sự (2016), Phẫu thuật cắt đại tràng nội soi với phẫu thuật lưu thông hoàn toàn trong ổ bụng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 20 (Số 6), tr.110-115.
3. Phạm Văn Năng (2014), "*Nghiên cứu kết quả cắt đại trực tràng nội soi trong điều trị ung thư đại - trực tràng*", Đề tài nghiên cứu khoa học công nghệ cấp Trường, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Phan Tôn Ngọc Vũ (2012), "*Nghiên cứu hiệu quả giảm đau của kết hợp gây tê ngoài màng cứng với gây mê toàn thể trong và sau phẫu thuật nội soi đại-trực tràng*", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Trần Đỗ Anh Vũ, Hà Ngọc Chi, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Nguyễn Văn Chùng (2018), Hiệu quả giảm đau của lidocaine truyền tĩnh mạch trong phẫu thuật cắt đại tràng nội soi. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản tập 22 (Số 3), tr. 174-180.
6. Pirrera B., Alagna V., Lucchi A., et al (2018), Transversus abdominis plane (TAP) block versus thoracic epidural analgesia (TEA) in laparoscopic colon surgery in the ERAS program. *Surg Endosc*, 32 (1), 376-382.
7. Sinan Uzman (2017), Combined spinal-epidural anesthesia in laparoscopic appendectomy: a prospective feasibility study. *Annals of Surgical Treatment and Research*, vol 92 (4), pp. 208-213.
8. Higashino N., Matsuda T., Hasegawa H., et al (2020), Outcomes of Laparoscopic Surgery in Colorectal Cancer Patients With Dialysis. *Anticancer Res*, 40 (4), 2165-2170.
9. Mouawad N. J., Leichtle S. W., Kaoutzanis C., et al (2018), Pain control with continuous infusion preperitoneal wound catheters versus continuous epidural analgesia in colon and rectal surgery: A randomized controlled trial. *Am J Surg*, 215 (4), 570-576.
10. Turi S., Gemma M., Braga M., et al, Perioperative Italian Society Eras Italian Chapter (2019), Epidural analgesia vs systemic opioids in patients undergoing laparoscopic colorectal surgery. *Int J Colorectal Dis*, 34 (5), 915-921.

(Ngày nhận bài: 27/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 15/11/2020)