

SO SÁNH TÁC DỤNG GÂY TÊ TỦY SỐNG GIỮA MARCAIN + FENTANYL VÀ MARCAIN ĐƠN THUẦN TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI

BS NGUYỄN VĂN NGÃI, BS NGUYỄN XUÂN VĂN, KTV HUỖNH VĂN SANG, CN PHAN THỊ THỦY, CN CHÂU THÀNH PHƯỚC, KTV NGUYỄN THANH CHUỖNG VÀ TẬP THỂ KHOA PT.GMHS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ :

Phẫu thuật lấy thai là một phẫu thuật ngày càng tăng cao tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Đa số là mổ khẩn, chỉ một số ít là chủ động. Sự chọn lựa gây tê hoặc gây mê phải dựa vào các tiêu chuẩn sau : (1) An toàn cho mẹ và con (2) Ít gây xáo trộn sinh lý nhất là thai nhi (3) Kỹ thuật nhanh và chắc chắn có hiệu quả (4) Ít mất máu nhất (5) Sản phụ có thể nhìn thấy con ra đời, đi lại sớm và chọn con bú sớm.

Với các tiêu chuẩn hiện nay, gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm thích hợp nhất được chọn lựa hàng đầu. Từ các lý do trên, chúng tôi đã áp dụng phương pháp gây tê tủy sống trong phẫu thuật lấy thai tại BV.ĐK.TT.AG từ năm 1997.

Mục tiêu nghiên cứu đề tài này là chúng tôi đánh giá lại hiệu quả của gây tê tủy sống bằng MARCAIN 0,5% HEAVY đơn thuần và hỗn hợp MARCAIN 0,5% HEAVY + FENTANYL mà trước đó nhiều tác giả trong nước và nước ngoài đã thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

A. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU :

Các sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai được đưa từ phòng sanh khoa phụ sản đến phòng mổ. Có sự thống nhất giữa hai êkip gây mê và phẫu thuật. Đa số chỉ định phẫu thuật lấy thai là do phẫu thuật viên quyết định. Kết hợp cùng với gây mê hồi sức để tìm phương pháp vô cảm thích hợp nhất cho sản phụ.

+ **Chỉ định phẫu thuật:** (1) Giục sanh thất bại (2) Sản phụ có vết mổ cũ (3) Khung chậu giới hạn (4) Thai quá ngày, ngôi mông ...

+ **Chống chỉ định:** Ngoại trừ các chống chỉ định của gây tê tủy sống (tăng áp lực nội sọ, nhiễm trùng vùng chọc kim tủy sống, rối loạn đông máu, người bệnh không hợp tác ...) trong sản khoa còn có: Suy thai cấp, sa cuống rốn (ngôi đầu, ngôi mông ...), các ca có băng huyết nhiều: nhau tiền đạo, nhau bong non ..., tiền sản giật nặng (huyết áp cao, dùng thuốc hạ áp nhiều ...), bản thân sản phụ có bệnh tim mạch nặng: suy tim, hẹp van hai lá, suy mạch vành ...

B. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

1/. Từ tháng 1/2002 đến tháng 12/2002 :

Chúng tôi chọn 2 nhóm :

- Nhóm 1 : Có 300 sản phụ được GTTS bằng MARCAIN 0,5% HEAVY 8mg + 30 γ g FENTANYL.

- Nhóm 2 : Có 300 sản phụ được GTTS bằng MARCAIN 0,5% HEAVY 10mg – 12mg.

2/. Phương pháp chọn đối tượng :

Theo phương pháp thực nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên.

3/. Tiến hành kỹ thuật :

- + Đảm bảo nguyên tắc vô trùng tuyệt đối.
 - + Chuẩn bị sản phụ : Xem kỹ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cận lâm sàng, chỉ định phẫu thuật, chuẩn bị dụng cụ, máy móc, thuốc hồi sức, dịch truyền, thuốc tê ...
 - + Trước khi gây tê kiểm tra mạch, huyết áp, SPO₂, nghe tim phổi, kiểm tra vùng gây tê.
 - + Tư thế thường dùng là sản phụ nằm nghiêng trái, 2 chi dưới ép vào bụng tối đa.
- Nếu lớp da sản phụ quá dày chúng tôi cho sản phụ ngồi để xác định khoảng liên đốt dễ.
- Hai tư thế trên đều có người phụ giữ cho tư thế sản phụ không cử động.
- + Chọc kim số 25-27 loại Quincke đôi khi dùng kim số 29 (chuôi kim trong suốt: Dễ quan sát dịch, não tủy chảy ra – Kim đầu Quincke có cái tiến giảm tối đa sang chấn ở bệnh nhân – ít gây biến chứng như chèn ép đầu nhưng bất lợi là để lâu dịch não tủy mới chảy ra).
 - + Vị trí chọc kim :
 - Đường nối 2 mào chậu là TL₄ – TL₅.
 - Điểm gập của xương sườn 12 là L₁₂.
 - Điểm chọc dò tủy vào cấu trúc giải phẫu của sản phụ lúc đó thay do đó chúng tôi chọn 1 trong 2 điểm TL₂ – TL₃ hoặc TL₃ – TL₄.

4/. Các chỉ số theo dõi :

a) Đánh giá tác dụng vô cảm :

- + Đánh giá thời gian xuất hiện ức chế cảm giác đau ở mức T10 (ngang rốn).
- + Đánh giá thời gian ức chế cảm giác đau ở mức T10 ngang.
- + Đánh giá mức độ tê dựa vào phản độ của Martine.
 - * **Tê tốt** : Trong lúc phẫu thuật người bệnh mất hoàn toàn cảm giác đau – nằm yên.
 - * **Tê trung bình** : Sản phụ còn cảm giác đau ít phải dùng thêm thuốc an thần.
 - + Giảm đau (Hypnovel 2,5mg + Fentanyl (50γg)
 - * **Tê kém** : Sản phụ đau phải chuyển qua phương pháp vô cảm khác.

b) Đánh giá sự thay đổi tuần hoàn và hô hấp tại các thời điểm:

To : Trước khi gây tê; T1 : Sau khi gây tê 5'; T2 : Sau khi gây tê 10'; T3 : Sau khi gây tê 15'; T4 : Sau khi gây tê 20'; T5 : Mổ xong.

c) Theo dõi các tác dụng phụ không mong muốn khác: Rét run, buồn nôn, nôn mửa, nhức đầu.

d) Đánh giá tác dụng GTTS: bằng theo dõi chỉ số APGAR ở phút thứ nhất và phút thứ 5 giữa 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN :

1- Mức tê :

Trên lý thuyết ta phải phong bế sản phụ đến D6 hoặc D4 nhưng trong thực tế chúng tôi chỉ làm tê đến D6 là phổ biến nhất. Tê tới D4 sản phụ có cảm giác khó thở và rối loạn huyết động học nhiều.

Hiện tại, đường mổ phổ biến là đường ngang trên xương vệ và mổ ngang tử cung, do đó mức độ dẫn cơ và giảm đau của tê tủy sống vừa phải so với đường rốn vệ. Sự va chạm phúc mạc là lúá gần kết thúc lúc đem tử cung ra ngoài, khâu và đặt lại trong ổ bụng. Sản phụ dễ bị nôn ói.

2- Lượng máu mất :

Mặc dù có sự nở nang nhưng lượng máu thấp hơn so với gây mê toàn thân. Có thể do máu dồn về 2 chi dưới và chi trên do dẫn mạch. Thường khoảng 300-500ml và ít khi nào phải truyền máu.

3- Tuổi sản phụ – chiều cao – cân nặng :

Tổng số	Giá trị	Nhóm I M + F n = 300	Nhóm II (M) n = 300	So sánh
Tuổi năm	X ± SD	28,2 ± 5,7	29,0 ± 5,2	P > 0,05
	Min- Max	18 – 44	22 – 42	

+ Tuổi sản phụ giữa nhóm I (M + F) và nhóm II (M) gần bằng nhau.

+ Sản phụ ở trong lứa tuổi sinh đẻ.

b) Chiều cao của sản phụ giữa 2 nhóm nhiều nhất là 1,51m – 1,55m. chiều cao này thích hợp với lượng thuốc tê M + F và M.

c) Cân nặng giữa 2 nhóm phổ biến có trọng lượng từ 51 – 65kg.

4- Thời gian bắt đầu ức chế cảm giác đau ở mức T10 :

Giá trị (phút)	Nhóm 1 M + F n = 300	Nhóm 2 M N = 300	So sánh
(X ± SD)	6,0 ± 0,7	7,4 ± 1,2	P > 0,05
Min – Max	5 – 7	6 – 7	

+ Nhóm 1 có tác dụng ức chế đau ngắn hơn nhóm 2 nhưng không có ý nghĩa thống kê.

+ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương Tô Văn Thịnh ; Sahar M. Siddik – Sayyid, MD, FRCA ; Marie T.Aouad và Dirk Meiningoc.

5- Thời gian giảm đau ở mức T10 :

Giá trị (phút)	Nhóm 1 M + F n = 300	Nhóm 2 M N = 300	So sánh
X ± SD	122,40 ± 30,20	140,6 ± 55,70	P > 0,01
Min – Max	60 – 180	90 – 280	

+ Nhóm 1 có tác dụng giảm đau ngắn hơn nhóm 2 (có ý nghĩa thống kê).

+ Thời gian giảm đau ở mức T10 của chúng tôi tương đương Sahar M. Siddik – Sayyid, Marie T.Aouad ... với 122,4 ± 30,2 phút so với 119 ± 44 phút ở nhóm 1

Và nhóm 2 tương đương Nguyễn Anh Tuấn 140,6 ± 55,70 với 143,4 ± 38,05 phút

6- Đánh giá mức độ giảm đau trong mổ :

Mức độ	Nhóm I (M + F) n = 300	Nhóm II (M) n = 300
Tốt	99% (297)	98% (294)
Vừa	1% (3)	2% (6)
Không tốt	0	0

+ Mức độ giảm đau trong phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thì hai nhóm có tác dụng đều tốt như nhau. Chúng tôi ghi nhận trong cả hai nhóm chưa có cas nào phải chuyển qua phương pháp vô cảm khác.

+ Chỉ có 1% ở nhóm 1 và 2% ở nhóm 2. Sau khi bắt thai nhi xong thì khâu tử cung và lau bụng sản phụ có cảm giác đau. Chúng tôi cho thêm 2,5mg Hypnovel và 50Ng Fentanyl pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Kết quả của chúng tôi cao hơn Hoàng Văn Bách và Nguyễn Minh Lý (99% so với 95% ở nhóm 1 98% so với 97% ở nhóm 2)

Có thể do phương pháp chọn bệnh và ổn định tâm lý sản phụ của chúng tôi trước khi tiến hành phương pháp vô cảm GTTS.

7- Thay đổi nhịp tim của sản phụ trong phẫu thuật lấy thai :

THỜI ĐIỂM	Nhóm I N = 300	Nhóm II n = 300	P
Trước GTTS	84,4 ± 5,3	83,9 ± 4,3	P > 0,05
Sau GTTS 5'	83,5 ± 4,7	83,6 ± 5,1	P > 0,05
Sau GTTS 10'	79,7 ± 5,8	79,3 ± 5,0	P > 0,05
Sau GTTS 15'	80,4 ± 4,5	80,8 ± 5,4	P > 0,05
Sau GTTS 20'	81,0 ± 5,2	80,6 ± 4,9	P > 0,05
Mổ xong	80,7 ± 4,3	80,4 ± 5,2	P > 0,05

+ Nhịp tim của sản phụ không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ở tất cả các thời điểm trước và sau GTTS đến khi kết thúc cuộc mổ.

+ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương Dirk Meiniger ; MD ; Christian Byhahn.

8- Thay đổi HAĐMTB trong mổ lấy thai :

THỜI ĐIỂM	Nhóm I N = 300	Nhóm II n = 300	P
Trước GTTS	118,7 ± 11,7	121,0 ± 9,9	P > 0,05
Sau GTTS 5'	115,4 ± 12,5	100,3 ± 13,4	P < 0,01
Sau GTTS 10'	108,3 ± 14,9	84,0 ± 15,5	P < 0,01

Sau GTTS 15'	118,6 ± 10,6	107,2 ± 12,7	P > 0,05
Sau GTTS 20'	111,5 ± 11,9	111,4 ± 13,1	P > 0,05
Mổ xong	112,3 ± 12,2	118,8 ± 12,5	P > 0,05

+ HAĐMTB ở cả 2 nhóm đều giảm ở phút thứ 5 và phút thứ 10 sau GTTS. Ở nhóm 2 giảm nhiều hơn do hiện tượng dẫn mạch và tác dụng của Marcain đơn thuần. Và có thể do lượng dịch làm đầy lòng mạch chưa đủ trước khi lấy thai.

+ Kết quả của chúng tôi tương đương TÔ VĂN THÌNH ; NGUYỄN THỊ HỒNG VÂN trong phẫu thuật mổ lấy thai.

9- So sánh lượng dịch truyền trong mổ :

DỊCH TRUYỀN	Nhóm 1 M + F n = 300	Nhóm 2 M N = 300
(X ± SD)	560 ± 86	877 ± 159
Min – Max	500 – 800	600 – 1000
So sánh	P < 0,001	

+ P < 0,001 có ý nghĩa thống kê, chúng tôi nhận thấy ở nhóm 2 sử dụng dịch truyền nhiều hơn nhóm 1 do tác dụng của Marcain đơn thuần.

10- Tỷ lệ sản phụ cần dùng EPHEDRIN để nâng HA :

EPHEDRIN	Nhóm 1 n = 300	Nhóm 2 n = 300
Số sản phụ	50	280
Tỷ lệ	16,7%	93,3%
So sánh	P < 0,001	

+ P < 0,001 có ý nghĩa thống kê. Nhóm 2 có tỷ lệ sử dụng Ephedrin cao hơn nhóm 1. Do hiện tượng dẫn mạch vì sử dụng Ephedrin đơn thuần.

11- Tỷ lệ sản phụ phải dùng DOLARGAN để điều trị rét run và run :

DOLARGAN	Nhóm 1 M + F n = 300	Nhóm 2 M n = 300
Số sản phụ	30	150
Tỷ lệ	10%	50%
So sánh	P < 0,001	

+ Nhóm 2 sử dụng Dolargan nhiều hơn nhóm 1.

12- Thay đổi nhịp thở trong mổ lấy thai :

THỜI ĐIỂM	Nhóm I M + F n = 300	Nhóm II M n = 300	P
Trước GTTS	18,4 ± 1,9	18,2 ± 1,0	> 0,05
Sau GTTS 5'	17,9 ± 1,2	18,0 ± 1,1	> 0,05
Sau GTTS 10'	17,4 ± 1,1	18,1 ± 0,8	< 0,05
Sau GTTS 15'	18,0 ± 1,2	18,1 ± 0,9	> 0,05
Sau GTTS 20'	18,1 ± 1,1	18,2 ± 1,1	> 0,05
Mổ xong	18,2 ± 1,2	18,1 ± 1,1	> 0,05

+ Nhịp thở ở nhóm 2 tăng sau 10' GTTS

+ Kết quả này phù hợp với Bùi Quốc Công.

13- Thay đổi độ bão hòa oxy (% SpO₂) :

THỜI ĐIỂM	Nhóm I N = 300	Nhóm II n = 300	P
Trước GTTS	97,6 ± 1,3	97,8 ± 0,7	> 0,05
Sau GTTS 5'	98,1 ± 1,5	98,3 ± 1,1	> 0,05
Sau GTTS 10'	98,8 ± 0,4	98,7 ± 0,5	> 0,05
Sau GTTS 15'	98,2 ± 0,8	98,2 ± 0,8	> 0,05
Sau GTTS 20'	98,0 ± 0,9	98,1 ± 1,1	> 0,05
Mổ xong	98,1 ± 1,0	98,2 ± 1,1	> 0,05

+ Không có sự thay đổi giữa 2 nhóm về độ bão hòa oxy.

14- Tác dụng phụ không mong muốn :

Tác dụng phụ	Nhóm 1		Nhóm 2		P
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Nôn	0	0	60	20%	< 0,05
Rét run	30	10	150	50%	< 0,01
Nhức đầu	0	0	10	1,33%	< 0,05

- + Nôn, rét run giảm nhiều ở nhóm 1 ($P < 0,01$)
- + Ở nhóm 1 không có sản phụ nào nôn phù hợp với Bùi Quốc Công, Hoàng Xuân Bách.

15- Ảnh hưởng tới thai nhi qua chỉ số APGAR :

THỜI ĐIỂM		Nhóm 1 M + F n = 300	Nhóm 2 M n = 300	So sánh
Phút thứ 1	X $\pm$ SD	8,8 $\pm$ 0,4	8,5 $\pm$ 0,3	P < 0,05
	Min – Max	8 – 9	8 – 9	
Phút thứ 5	X $\pm$ SD	10 $\pm$ 0	10 $\pm$ 10	P > 0,05
	Min – Max	10 – 10	10 – 10	

+ Chúng tôi ghi nhận thai nhi thông qua chỉ số apgar giữa 2 nhóm không có sự khác biệt.

+ GTTS không ảnh hưởng tới chỉ số Apgar.

16- Các vấn đề khác :

a) Lượng oxytocin truyền: Hiện tượng đồ tử cung khi thực hiện phương pháp GTTS ít hơn gây mê toàn diện. Có thể là do kỹ thuật truyền chai ngọt 5% có chứa 10-15 đơn vị oxytocin và cho chảy nhanh lúc kẹp cuống rốn và tiêm tĩnh mạch trực tiếp 5-10 UI oxytocin. Tuy vậy cũng có vài cas phải dùng ERGOMETRINE nếu máu ra nhiều và tử cung co gò kém.

b) Các tai biến và biến chứng nặng như ngưng thở – ngưng tim ; viêm màng não, abscess điểm chích ... Chúng tôi không gặp.

c) Sản phụ vận động sớm :Rất ít rối loạn về biến dưỡng và các chức năng khác, Chăm sóc hậu phẫu nhẹ nhàng và thuận lợi.

d) Tránh được nỗi ám ảnh của người làm công tác GMHS đó là hội chứng Mendelson khi gây mê toàn diện cho sản phụ.

e) Tạo được tình mẫu tử cho người mẹ vì trên bàn phẫu thuật được nghe tiếng khóc ban đầu của đứa con yêu dấu của mình và có thể cho bú sau 3 giờ.

IV. KẾT LUẬN :

GTTS trong phẫu thuật lấy thai là 1 kỹ thuật đơn giản, dễ làm và mang lại hiệu quả chắc chắn và tốt cho cả sản phụ lẫn thai nhi.

Mặc dù cả 2 nhóm được vô cảm đều tốt trong suốt cuộc mổ nhưng chúng tôi nhận thấy nhóm 1 (Marcain kết hợp với Fentanyl) có những ưu điểm hơn :

- Ổn định được huyết động học ; hô hấp.
- Giảm được tác dụng phụ không mong muốn như nôn và buồn nôn.
- Ít phải xử dụng Dolargan ; Ephedrin,
- Không ảnh hưởng tới thai nhi thông qua chỉ số Apgar ...

Hướng phát triển tiếp tục áp dụng phương pháp gây tê tùy sống Marcain kết hợp với Fentanyl trong các bệnh viện lớn của tỉnh vì nó phù hợp và đúng với chủ trương y tế của Đảng :

Kinh điển – hiện đại – phù hợp với tình hình thực tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1- Chu Mạnh Khoa, 2000, gây tê tủy sống kết hợp Marcain + Fentanyl, Hội nghị GMHS đồng bằng Sông Cửu Long – Cần Thơ.
- 2- Tô Văn Thịnh – Nguyễn Văn Chinh – Nguyễn Văn Chùng, 2001, gây tê tủy sống trong phẫu thuật lấy thai, Hội nghị GMHS TP. HCM.
- 3- Nguyễn Thụ – Chu Mạnh Khoa – Nguyễn Văn Chùng ... Y học HN 2002, bài giảng GMHS.
- 4- Bùi Quốc Công, 2003, đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng hỗn hợp bupivacain liều thấp và Fentanyl trong mổ lấy thai, Hội nghị GMHS toàn quốc, HN 2003.
- 5- Lê Đức Dũng – Nguyễn Văn Chùng, 2003. Những biến chứng thường gặp và cách xử trí trong GTTS. Hội nghị GMHS toàn quốc, HN 2003.
- 6- Lê Minh Đại, 2002, gây mê hồi sức sản khoa, bệnh viện phụ sản quốc tế Sài Gòn, Astrazeneca.
- 7- Dan Benhamon, Nguyễn Thụ, Tô Văn Thịnh, 2002, gây tê vùng sản khoa, astrazeneca.
- 8- Nguyễn Xuân Văn – Huỳnh Văn Sang, 1998 Hội nghị quân dân y quân khu 9, nhận xét đánh giá GTTS bằng Marcain trong phẫu thuật lấy thai tại BV.ĐK.TT AG.
- 9- Nguyễn Thị Hồng Vân – Trương Văn Việt, 2003 vô cảm trong sản khoa, Hội nghị sản khoa tỉnh An Giang 6/2003.
- 10- J.Jeebacher ; Y.Darboi, 2000 ; l'analgesie peridurale en Obstetrique.
- 11- Dirk Meininger, MD ; Christian Byhahn, MD Intrathecal Fentanyl ; Sufentanyl, or placebo Combined, Hyperbauc Mepivacain 2% for parturients, Undergoing elective Cesarean Delivery ; 2003 by the International Anesthesie Research Society ; 96 – 852 – 8 , USA.
- 12- Sahar M.Siddik – Sayyid, MD, FRCA, Marie T. Aouad, ... Intrathecal of Subarachnoid block During Cesarean Delivery, 2002, Anes. Anlag 209-13 USA.
- 13- Dahlgren, Gunnar MD, phd, Hultstrand, Christer MD ; ... Intrathecal Sufentanyl, or placebo Added to Bupivacaine for Cesarean Section, 1997, International Anesthesie Research Society ; USA.