

ĐÁNH GIÁ GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC TRONG VIỆC ÁP DỤNG ERAS CHO PHẪU THUẬT LẤY THAI CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Thanh Xuân¹, Lê Văn Dũng², Nguyễn Trung Hậu², Nguyễn Ích Hải Nam², Phạm Thị Thu Hoa², Nguyễn Thanh Quang², Đào Anh Tuấn², Nguyễn Thái Hiếu², Cao Thị Mỹ Lai², Lê Quý Dạ Thảo²

¹Bệnh viện Trung ương Huế

²Khoa Gây mê hồi sức A, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau đa mô thức của morphine dưới nhện và gây tê TAP trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp và khảo sát tỉ lệ các tác dụng phụ, biến chứng của nghiên cứu này.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang. Tổng cộng, 515 sản phụ được chia thành hai nhóm, giảm đau sau mổ bằng morphine tùy sống (MTS): 295 và nhóm phong bế mặt phẳng ngang bụng (TAP): 220.

Kết quả: VAS trung bình của nhóm MTS ($2,35 \pm 0,26$) thấp hơn nhóm TAP ($3,54 \pm 0,57$). Nhóm MTS (1,36%) cần morphine giải cứu ít hơn nhóm TAP (15,91%) với $p < 0,01$. Tỉ lệ rút sonde tiểu sau mổ 12 giờ của nhóm MTS (60,48%) thấp hơn nhóm TAP (74,05%), $p < 0,05$. Vận động sớm sau mổ 2 giờ, ăn sớm sau mổ 6 giờ và thời gian chuyển sản phụ ra khỏi phòng hồi sức ở hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Mức độ hài lòng của sản phụ ở hai nhóm MTS và TAP (88,47% và 85,90%) cũng tương đương nhau, $p > 0,05$. Tác dụng phụ: phát ban, ngứa cao hơn ở nhóm MTS (5,08%) so với nhóm TAP (2,72%), $p < 0,05$ và tỉ lệ nôn của nhóm MTS (10,51%) cao hơn nhóm TAP (3,18%), $p < 0,01$. Nhưng rét run ít hơn ở nhóm MTS (4,75%) so với nhóm TAP (8,63%) với $p < 0,05$. Apgar ở phút đầu tiên ở nhóm MTS ($8,58 \pm 0,25$) và nhóm TAP ($8,46 \pm 0,27$) khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Morphine trực thần kinh được coi là tiêu chuẩn vàng để giảm đau sau mổ lấy thai. Tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP - Block) cải thiện giảm đau sau phẫu thuật lấy thai ở những bệnh nhân không nhận được morphine khoang dưới nhện, đây cũng là một sự lựa chọn đang được quan tâm.

Từ khóa: ERAS trong mổ lấy thai cấp, đánh giá giảm đau đa mô thức trong áp dụng ERAS.

Ngày nhận bài:

01/4/2023

Ngày chỉnh sửa:

5/5/2023

Chấp thuận đăng:

10/5/2023

Tác giả liên hệ:

Lê Văn Dũng

Email:

dunglevan247@gmail.co

m

SDT: 0914194242

ABSTRACT

EVALUATION OF MULTIMODAL ANALGESIA IN THE APPLICATION OF ERAS FOR EMERGENCY CESAREAN SECTION AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Thanh Xuan¹, Le Van Dung², Nguyen Trung Hau², Nguyen Ich Hai Nam², Pham Thi Thu Hoa², Nguyen Thanh Quang², Dao Anh Tuan², Nguyen Thai Hieu², Cao Thi My Lai², Le Quy Da Thao²

Objectives: To evaluate the multimodal analgesia of intrathecal morphine and TAP block in the application of ERAS for emergency cesarean section and to investigate the rate of side effects and complications of this study.

Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

Methods: A prospective, cross - sectional descriptive study. Totally, 515 parturients were divided into two groups. Postoperative analgesia with spinal morphine (MTS): 295 and transverse abdominis plane (TAP) block group: 220.

Results: Average pain score (VAS) of the TMS group (2.35 ± 0.26) were lower than that of the TAP group (3.54 ± 0.57). The MTS group (1.36%) needed rescue morphine less than the TAP group (15.91%) with $p < 0.01$. The rate of urinary catheter removal within 12 hours of surgery of the MTS group (60.48%) was lower than that of the TAP group (74.05%), $p < 0.05$. Early exercise 2 hours, early eating 6 hours after surgery and the time to move parturients out of the recovery room in the two groups were similar ($p > 0.05$). Maternal satisfaction in the two groups MTS and TAP (88.47% and 85.90%) were also similar, $p > 0.05$. Side effects: rash, itching was higher in MTS groups (5.08%) compared to TAP group (2.72%), $p < 0.05$ and the vomiting rate of the MTS group (10.51%) was higher than the TAP group (3.18%), $p < 0.01$. But chills were less in MTS group compared to TAP group with $p < 0.05$. Apgar at the first minute in the MTS group (8.58 ± 0.25) and the TAP group (8.46 ± 0.27) were not statistically significant.

Conclusion: Neuraxial morphine is considered the gold standard for post cesarean analgesia. Transabdominal plane blocks (TAP - Block) improve postoperative analgesia after cesarean delivery in patients who did not receive intrathecal morphine, which is also an option of interest.

Keywords: ERAS for emergency cesarean delivery, evaluation of multimodal analgesia in the application of ERAS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (Enhanced recovery after surgery, ERAS) là khái niệm kết hợp nhiều khía cạnh khác nhau dựa trên cơ sở chứng cứ của chăm sóc chu phẫu để đẩy nhanh quá trình hồi phục cho bệnh nhân. Chuẩn hóa quản lý chu phẫu để đạt được sự cải thiện chất lượng về chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật [1]. ERAS được thực hiện xuyên suốt trong quá trình chu phẫu (trước, trong và sau phẫu thuật), với sự tham gia đa chuyên ngành, trong đó gây mê hồi sức đóng vai trò chủ đạo.

Nghiên cứu ban đầu về ERAS được tiến hành trên những bệnh nhân phẫu thuật đại trực tràng, các báo cáo cho thấy giảm thời gian nằm viện, tái nhập viện và biến chứng sau phẫu thuật cùng với cải thiện sự hài lòng bệnh nhân [2]. Kể từ đó, đã có sự chấp nhận rộng rãi ERAS trong các phẫu thuật đặc biệt khác [3]. ERAS giải quyết các lý do phổ biến làm chậm trễ sự phục hồi của bệnh nhân sau phẫu thuật, kéo dài thời gian nằm viện như giảm đau không đầy đủ, chức năng ruột chậm trở lại, và sự chậm trễ vận động đi lại. Tuy nhiên, sự thực hiện ERAS chậm và không phổ biến ở bệnh nhân phẫu thuật lấy thai. Hầu hết sản phụ trải qua mổ lấy thai đều trẻ và khỏe

mạnh do đó có khả năng phục hồi nhanh chóng sau mổ lấy thai. Hơn nữa, khả năng chăm sóc cho chính con của họ là động lực để chức năng sinh lý trở về bình thường. Trong một nghiên cứu về xuất viện sớm sau mổ lấy thai không biến chứng trước khi có quan niệm về ERAS [4], các báo cáo cho thấy nhóm sản phụ xuất viện sớm hài lòng cao hơn so với nhóm được chăm sóc thông thường [1]. Tăng cường hồi phục sớm sau phẫu thuật đem lại nhiều lợi ích cho cả người bệnh và bệnh viện. Ngày nay, phương pháp này đã được nhiều bệnh viện trên thế giới áp dụng. Hiệp hội ERAS được thành lập năm 2010 tại Amsterdam. Những lợi ích của ERAS ở bệnh nhân phẫu thuật lấy thai ngày càng được chấp nhận. Tuy nhiên, với áp lực gia tăng đối với các dịch vụ thai sản, một số trung tâm ở châu Âu đã bắt đầu thực hiện các quy trình ERAS cho những trường hợp sinh mổ theo chương trình [4], và khái niệm này gần đây đã bắt đầu phổ biến ở Hoa Kỳ. Tại Việt Nam, ERAS đã được áp dụng tại một số bệnh viện lớn trên cả nước trong lĩnh vực phẫu thuật ngoại khoa. ERAS trong phẫu thuật sản phụ khoa chưa được quan tâm đúng mức, đặc biệt trong phẫu thuật lấy thai cấp. Trong đó giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật là một trong

Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

những thành phần then chốt của ERAS. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu: (1) Nghiên cứu kết quả giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp. (2) Khảo sát tỉ lệ tác dụng phụ, biến chứng sớm sau phẫu thuật lấy thai áp dụng ERAS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn đối tượng: Các sản phụ có chỉ định mổ lấy thai cấp, tuổi từ 20 - 45, đạt ASA II.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ có một trong những chống chỉ định của gây tê tủy sống. Sản phụ từ chối nghiên cứu. Tối cấp cứu sản khoa: Thai suy nặng, vỡ tử cung, sa dây rốn, nhau bong non, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, sản giật, hội chứng HELLP.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện (n = 515).

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 5/2020 đến 12/2021, khoa Gây mê hồi sức A, Bệnh viện Trung ương Huế.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Trước phẫu thuật lấy thai (PTLT) cấp cứu:

- Khám lâm sàng tim phổi, đánh giá ASA, theo dõi mạch, huyết áp, SpO2 trên máy Monitoring.

- Tư vấn sản phụ về gây mê và PTLT, hỏi tiền sử bệnh lý, khám thai.

- Làm sạch vùng phẫu thuật bằng xà phòng kháng khuẩn.

- Truyền dịch nhanh ngay trước khi chọc tê tủy sống [5].

- Tiêm tĩnh mạch dexamethasone 4mg.

Trong phẫu thuật lấy thai:

- Tê tủy sống (TTS) ở vị trí L2-3, Thuốc tê bupivacaine 9mg (không hoặc có Morphine sulfate 0,1mg)

- Kháng sinh dự phòng tiêm TM 1g cephalosporine thế hệ III.

- Kiểm soát dịch truyền: Tiếp tục truyền dịch nhanh (co-load) 1000 - 1500ml/h trong 20 phút đầu (330 - 500ml) sau TTS. Sau khi sổ nhau, huyết áp ổn định, tốc độ dịch truyền giảm dần 500 - 800ml/h [6].

- Kiểm soát huyết áp (HA): Truyền dịch và thuốc vận mạch phenylephrine tiêm TM khi:

- + $95\% \leq \text{HATT} \leq 80\%$ HATT nền, nhịp tim > 70l/phút: phenylephrine 50µg (1ml),

- + HATT nền < 80% HATT $\leq 70\%$ HATT nền, nhịp tim > 70l/phút: phenylephrine 100µg (2ml).

- (dùng liều lặp lại nếu HATT chưa cải thiện).

- Quản lý nhiệt độ: giữ ấm sản phụ (đắp drap kín phần ngực, truyền dịch được làm ấm).

- Điều trị nôn: primperane 1 ống TM, giữ HA ổn định, dự phòng nôn (dexamethasone).

- Kẹp dây rốn muộn: 30 - 60 giây sau khi lấy thai.

- Da kề da: Tiếp xúc da kề da ngay lập tức và cho con bú sau khi sinh.

- Thuốc cơ cơ tử cung: Oxytocin 20UI truyền TM. Nếu TC co chưa tốt: Carbetocine 100µg IV [5]

Giai đoạn hậu phẫu:

- Uống sớm: sau PTLT 2 giờ, bằng nước trong hoặc nước có đường (50ml), ăn sớm sau mổ 6 giờ.

- Giảm đau đa phương thức: theo một trong 02 phát đồ sau:

Nhóm MTS: Morphine sulfate 0,1mg tủy sống + Paracetamol truyền TM 1g mỗi 12 giờ.

Nhóm TAP: Tê TAP + Paracetamol truyền TM 1g mỗi 12h + Neo - endusix 20mg TM sau mổ 6 giờ.

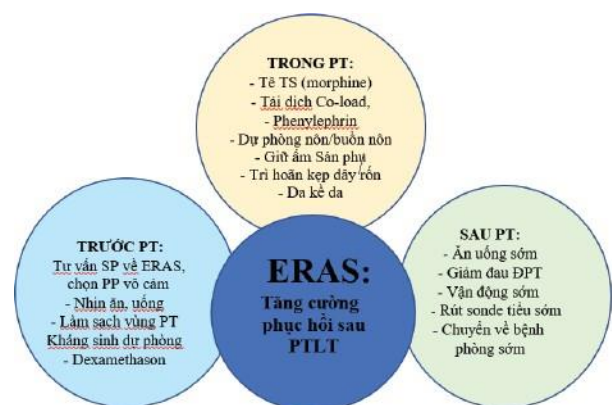
(Tê TAP hai bên: 20 ml Bupivacaine 0,25% + 0,1mg adrenalineline, tiêm mỗi bên 20ml trong mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm)

Giải cứu: Khi VAS > 6 dùng thêm morphine tiêm TM 03mg, tiêm bắp 07mg.

- Vận động sớm: Vận động sớm tại giường sau mổ 02 giờ.

- Rút ống thông tiểu sớm sau mổ 12 giờ

- Chuyển sản phụ ra khỏi phòng hậu phẫu sớm (8 - 12 giờ).



Hình 1: Phát đồ tóm tắt ERAS cho phẫu thuật lấy thai

Thu thập số liệu: Các số liệu nghiên cứu được thu thập trong cả 3 giai đoạn trước, trong và sau PT bằng phiếu nghiên cứu.

Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

- Đánh giá đau: Theo thang điểm VAS:

VAS < 2 điểm : Không đau

$2 \leq \text{VAS} < 4$: Đau ít

$4 \leq \text{VAS} < 6$: Đau vừa

$6 \leq \text{VAS} < 7$

: Đau nhiều

$7 \leq \text{VAS} < 9$

: Đau rất nhiều

$9 \leq \text{VAS} = 10$ điểm : Đau dữ dội.

- Đánh giá mức độ hài lòng của sản phụ: Theo CSAT (Customer Satisfaction Score)



(1) Không hài lòng chút nào

(2) Hơi hài lòng

(3) Trung Lập

(4) Rất hài lòng

(5) Vô cùng hài lòng

Hình 2: Đánh giá mức độ hài lòng theo CSAT

Điểm hài lòng của SP = Số SP hài lòng (4 - 5) / tổng số x 100

- Tiêu chuẩn đánh giá nôn và buồn nôn theo Apfel C

- Đánh giá trẻ sơ sinh: Apgar ở phút thứ 1 và phút thứ 5. Apgar ≥ 7 điểm: bình thường.

- Tiêu chuẩn để chuyển bệnh nhân ra khỏi phòng hồi tỉnh, bảng điểm Aldrete sửa đổi [7].

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng SPSS 20.0. Biến định lượng: $X \pm SD$, min, max. So sánh 2 số trung bình T - student; ANOVA. Biến định tính: Tỷ lệ phần trăm. So sánh 2 tỷ lệ bằng test χ^2 . $p < 0,05$ khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi, cân nặng, chiều cao của nhóm nghiên cứu

	N	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi (Năm)	515	20	42	$29,30 \pm 5,08$
Cân nặng (kg)	515	45	100	$63,27 \pm 7,31$
Chiều cao (cm)	515	145	165	$155,92 \pm 4,83$

Bảng 2: Tỷ lệ PTLT có vết mổ cũ giữa hai nhóm nghiên cứu

	PTLT lần đầu		PTLT có vết mổ cũ		P
	Số Lượng	%	Số Lượng	%	
Nhóm MTS (n = 295)	119	40,34	176	59,66	> 0,05
Nhóm TAP (n = 220)	85	38,64	135	61,36	

PT lấy thai vết mổ cũ ở hai nhóm MTS và TAP chiếm tỷ lệ cao 59,66% và 61,36%

3.2. ERAS trước phẫu thuật lấy thai

Bảng 3: Sản phụ nhịn ăn uống trước phẫu thuật lấy thai cấp cứu

N = 515	Nhóm MTS (n = 295)		Nhóm TAP (n = 220)		P
	Số Lượng	%	Số Lượng	%	
Nhịn uống > 2 giờ	206	69,83	156	70,91	> 0,05
Nhịn ăn > 6 giờ	117	39,66	89	40,45	> 0,05

Nhận xét: Trong PTLT cấp cứu các sản phụ nhịn ăn uống ở hai nhóm nghiên cứu tương đương nhau.

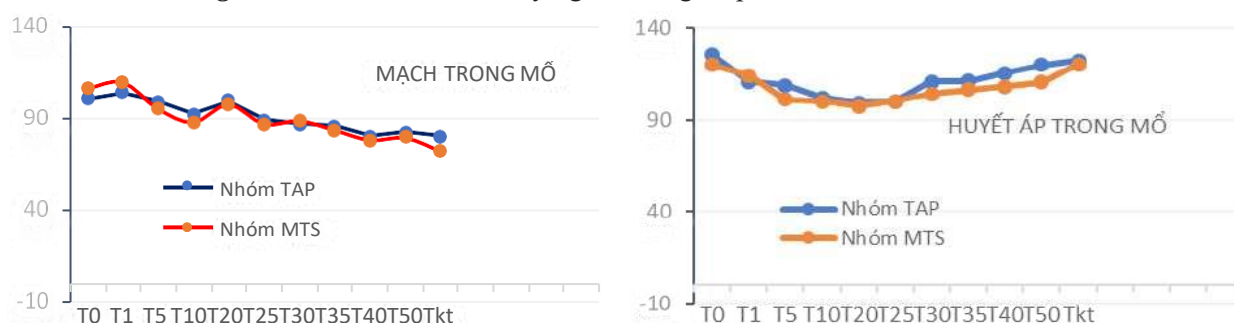
Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

3.3. ERAS trong phẫu thuật lấy thai

Bảng 4: Lượng dịch truyền và thuốc vận mạch để duy trì HA trong mổ

	Nhóm MTS (n = 295)	Nhóm TAP (n = 220)	P
Dịch truyền (ml)	1289 ± 125,57	1222,89 ± 141,67	> 0,05
Phenylephrine (µg)	115,24 ± 41,38	95,96 ± 36,16	< 0,05

Lượng dịch truyền ở nhóm TAP và nhóm MTS khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Phenylephrine ở nhóm MTS dùng nhiều hơn nhóm TAP có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.



Biểu đồ 1: Biến đổi mạch, huyết áp của 2 nhóm sản phụ TTS

Biến đổi mạch, huyết của hai nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5: Thời gian cặp dây rốn, chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh

		Nhóm MTS (n = 295)	Nhóm TAP (n = 220)	P
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Thời gian cặp dây rốn (giây)		38,35 ± 7,34	39,26 ± 7,52	> 0,05
Apgar	Phút thứ nhất	8,58 ± 0,25	8,46 ± 0,27	> 0,05
	Phút thứ 5	9,68 ± 0,16	9,57 ± 0,21	> 0,05
Da kề da		100%	100%	

Không có trường hợp nào trẻ sơ sinh sau mổ bị ngạt trong nghiên cứu.

3.4. ERAS sau phẫu thuật lấy thai cấp

Bảng 6: Điểm VAS trung bình của hai nhóm giảm đau

N = 515	n	$\bar{X} \pm SD$	Giải cứu morphin (VAS > 6)		P
			SL	%	
Nhóm MTS	295	2,35 ± 0,26	04	1,36%	< 0,01
Nhóm TAP	220	3,54 ± 0,57	35	15,91 %	

Nhóm MTS (1,36%) cần morphine giải cứu ít hơn nhóm TAP (15,91%) với $p < 0,01$

Bảng 7: Morphine giải cứu (khi VAS > 6) ở hai nhóm mổ lấy thai lần đầu và vết mổ cũ

	VM lần đầu (210)			Vết mổ cũ (305)			P
	n	VAS > 6	%	n	VAS > 6	%	
Nhóm MTS (n = 295)	96	0	0	199	04	2,01	< 0,01
Nhóm TAP (n = 220)	114	12	10,53	106	23	21,70	

Sản phụ phẫu thuật lấy thai vết mổ cũ đau nhiều hơn sản phụ mổ lấy thai lần đầu.

Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

Bảng 8: Tỷ lệ các nhóm vận động sớm sau mổ 2 giờ

	n	SL	%	p
Nhóm MTS	295	276	93,56	> 0,05
Nhóm TAP	220	208	94,55	

Nhóm TAP vận động sớm sau mổ lấy thai 2 giờ tốt hơn nhóm MTS ($p > 0,05$)

Bảng 9: Tỷ lệ các nhóm rút sonde tiểu 12 giờ và 18 - 24 giờ

	n	RST 12 giờ		RST từ 18 - 24 giờ		
		SL	%	SL	%	
Nhóm MTS	291	176	60,48	291	98,64	$P1 < 0,05$
Nhóm TAP	185	137	74,05	185	84,09	
Nhóm MGC	39	08	20,51	22	56,41	$P2 < 0,01$

p1: So sánh nhóm MTS với TAP rút sonde tiểu 12 giờ, p2: So sánh nhóm MGC với MTS, TAP từ 18 - 24 giờ.

Nhóm dùng Morphine tùy sống (MTS) rút sonde tiểu 12 giờ thấp hơn nhóm TAP

Bảng 10: Ăn uống sớm sau mổ lấy thai

	Nhóm MTS (n = 295)		Nhóm TAP (n = 220)		p
	SL	%	SL	%	
Uống 2 - 3 giờ SM	262	88,82	208	95,55	< 0,05
Sữa 6 - 8 giờ SM	258	87,46	196	89,09	> 0,05

Bảng 11: Thời gian chuyển sản phụ ra khỏi phòng hồi sức sau mổ.

Aldrete sửa đổi ≥ 9	Nhóm MTS (n = 295)		Nhóm TAP (n = 220)		p
	SL	%	SL	%	
Ra HP từ 6 - 8 giờ	271	91,86	206	93,63	> 0,05
Ra HP từ 8 - 12 giờ	291	98,64	218	99,10	

Chuyển SP ra khỏi phòng hồi sức sau mổ từ 8 - 12 giờ là ân toàn > 98%.

Bảng 12: Đánh giá mức độ hài lòng của sản phụ

CSAT	Nhóm MTS (n = 295)		Nhóm TAP (n = 220)		p
	SL	%	SL	%	
Hài lòng	261	88,47	189	85,90	> 0,05
Trung lập	34	11,53	31	14,10	
Không hài lòng	0	0	0	0	

Mức độ hài lòng của nhóm MTS cao hơn nhóm TAP không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

3.5. Các tác dụng phụ sau gây TTS cho phẫu thuật lấy thai

Bảng 13: Các biện pháp thực hiện ERAS trong phẫu thuật lấy thai

	Nhóm MTS (n = 295)		Nhóm TAP (n = 220)		p
	SL	%	SL	%	
Chống rét run Pethidine 30mg	14	4,75 %	19	8,63 %	< 0,05
Dịch được ủ ấm	121	41,02	118	53,63	< 0,05
Thân nhiệt (độ C)	$37,26 \pm 1,12$		$36,82 \pm 1,03$		> 0,05

Nhóm MTS có tỉ lệ rét run trong mổ ít hơn nhóm TAP có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

Bảng 14: Tỷ lệ Các tác dụng phụ sau gây TTS cho mổ lấy thai

	Nhóm MTS (n = 295)		Nhóm TAP (n = 220)		P
	SL	%	SL	%	
Nhức đầu	11	3,73	09	4,09	> 0,05
Nổi mẩn, ngứa	15	5,08	06	2,72	< 0,05
Buồn nôn	23	7,79	09	4,09	< 0,05
Nôn	31	10,51	07	3,18	< 0,01

Tỷ lệ nôn sau mổ ở nhóm morphine TS cao hơn nhóm tê TAP có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 515 sản phụ mổ lấy thai, tình nguyện tham gia nghiên cứu, đều khỏe mạnh. Như vậy, về đối tượng nghiên cứu đảm bảo số liệu có độ tin cậy.

4.1. Hiệu quả giảm đau đa mô thức trong áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp

Tỷ lệ Phẫu thuật lấy thai có vết mổ cũ chiếm tỷ lệ cao hơn PTLT lần đầu ở cả hai nhóm là 59,66% và 61,36%. PTLT có sẹo cũ thường đau nhiều hơn PTLT con so.

ERAS trước phẫu thuật lấy thai

Khám thai định kỳ và tư vấn sản phụ: 100% sản phụ được khám thai định kỳ và tư vấn tâm lý trước sinh, giúp sản phụ có tư tưởng, tâm lý tốt. Điều này phù hợp với điều kiện kinh tế, dân trí ngày càng cao, sản phụ tiếp cận thông tin, dịch vụ thai sản dễ dàng là rất cần thiết cho việc nâng cao hồi phục sau mổ - ERAS [8].

Tỷ lệ nhịn ăn trước mổ 6 giờ ở hai nhóm nghiên cứu là 39,66% và 40,45% và nhịn uống trước mổ 2 giờ ở hai nhóm MTS và TAP lần lượt là 69,63% và 70,91% với $p > 0,05$. Do trong nghiên cứu các sản phụ có chỉ định PTLT cấp cứu, nên nhịn ăn trước PT 6 giờ chiếm tỷ lệ thấp, một số sản phụ PTLT lần 2, thường họ biết chắc sẽ có chỉ định PTLT lần này nên chủ động nhịn ăn. Tuy nhiên nhịn uống trước PT 2 giờ là khá cao, do trong thời gian chuyển dạ sinh sản phụ đã được tư vấn nếu cuộc chuyển dạ có xu hướng bất lợi thì chuyển PTLT cấp. Tuy nhiên mổ lấy thai cấp trong nghiên cứu được chỉ định gây tê tùy sống 100%, nên không lo vấn đề hít phải thức ăn trong gây mê. Mặt khác, PTLT là phẫu thuật ngoài đường tiêu hóa; gây tê TS với liều đủ thấp, thuốc có thời gian tác dụng ngắn nên thời gian phục hồi vận động, nhu động ruột trở lại tương đối sớm.

Làm sạch vùng phẫu thuật và kháng sinh dự phòng (100%) góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ. Theo nghiên cứu phân tích gộp của Baaqeel H và cộng sự, việc sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật có liên quan đến việc giảm đáng kể (41%) tỷ lệ viêm nội mạc tử cung (RR 0,59; KTC 95% 0,37 - 0,94). Tỷ lệ viêm phổi sơ sinh tăng không đáng kể (RR 3,36; KTC 95% 0,55 - 20,47) ở trẻ sơ sinh có mẹ được dùng kháng sinh trước phẫu thuật [9].

Dùng dexamethason chống stress phẫu thuật và dự phòng buồn nôn, nôn (100%) là một khâu quan trọng trong việc nâng cao hồi phục sớm sau phẫu thuật.

ERAS trong phẫu thuật:

Biến đổi mạch, huyết áp của hai nhóm MTS và TAP khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Do liều thuốc gây tê đủ thấp và sản phụ được truyền đủ dịch kết hợp Phenylephrine dự phòng nên mạch và HA ít biến đổi. Huyết áp cả hai nhóm biến đổi nhẹ từ phút thứ 05 sau gây TTS và có xu hướng ổn định dần về mức bình thường ở phút thứ 25 sau gây TTS. Nghiên cứu của Trần Minh Long HATT giảm ở phút thứ 7 sau gây TTS [10]. Sự biến đổi tụt HA ở hai nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Dịch truyền: Trong nghiên cứu truyền dịch Co-load trước và ngay sau gây TTS (trong 20 phút đầu). Tổng lượng dịch truyền trung bình trong mổ của hai nhóm MTS và TAP lần lượt là: $1289 \pm 125,57\text{ml}$ và $1222,89 \pm 141,67\text{ml}$, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Theo Morgan PJ và cộng sự: chỉ riêng chiến lược chuyển dịch nhanh liều nạp trước và sau TTS (co-load) đã có hiệu quả hạn chế trong việc giảm tỷ lệ hạ huyết áp [11]. Nghiên cứu của Trần Minh Long, lượng dịch truyền trung bình hai nhóm nghiên cứu là $838,5 \pm 66,5\text{ ml}$ và $777,8 \pm 150,5\text{ ml}$

Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

[9], thấp hơn lượng dịch truyền trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do liều lượng thuốc co mạch phenylephrine khác nhau, thời gian mổ khác nhau.

Phenylephrine dự phòng tụt huyết áp sau TTS để mổ lấy thai là chiến lược được khuyến cáo như là một phần của phác đồ ERAS [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều phenylephrine tĩnh mạch ở nhóm TTAP là $95,96 \pm 36,16\mu\text{g}$ ít hơn nhóm MTS là $115,24 \pm 41,38\mu\text{g}$ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Trần Minh Long phenylephrine truyền liên tục trung bình là $183,43 \pm 56,77\mu\text{g}$ (100 - 300 μg) cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do số lượng dịch truyền trung bình ít hơn nghiên cứu của chúng tôi [10].

Các biện pháp thực hiện ERAS đối với trẻ sơ sinh:

- Thời gian cặp dây rốn: Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian cặp giây rốn trung bình là $38,26 \pm 7,34$ giây. Theo khuyến cáo của ACOG là trì hoãn việc kẹp dây rốn ở trẻ đủ tháng và trẻ sinh non ít nhất 30 - 60 giây sau khi sinh [13].

- Da kề da trong nghiên cứu này là 100% trường hợp. Da kề da sớm có liên quan đến việc tăng tỷ lệ và thời gian cho con bú sữa mẹ [14] và giảm lo lắng ở bà mẹ, trầm cảm sau sinh.

- Điểm apgar ở phút đầu tiên ở nhóm MTS $8,58 \pm 0,25$ và nhóm TAP là $8,46 \pm 0,27$ với $p > 0,05$. Apgar sau 5 phút của hai nhóm theo thứ tự là: $9,68 \pm 0,16$ và $9,57 \pm 0,21$ khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Trần Minh Long [10] phút thứ nhất 7 điểm là 74,29% và phút thứ 5 apgar đạt 10 điểm là 100%.

ERAS giai đoạn sau phẫu thuật:

Đau sau mổ gây ra hàng loạt các rối loạn tại chỗ và toàn thân, làm tăng gấp bội Stress của cơ thể đối với tổn thương, gây rối loạn về nội tiết, chuyển hóa, hô hấp, tuần hoàn (mạch nhanh, THA), tiêu hóa, làm chậm quá trình hồi phục sau phẫu thuật, đặc biệt làm tăng nguy cơ trở thành đau mạn tính. Giảm đau sau PT là một trong những thành phần then chốt của ERAS. Trong nghiên cứu này, kỹ thuật giảm đau sau mổ được thực hiện theo hai phương thức: Nhóm MTS: (morphine 0,1mg TS + paracetamol 1g CTM mỗi 12 giờ), nhóm TAP: (Paracetamol 1g CTM mỗi 12 giờ + gây tê TAP + Neo-endusic 20mg TM sau mổ 6 giờ). Tỷ lệ giảm đau sau mổ morphine khoảng dưới nhện chiếm đa số 57,28% (295/515) phù hợp với quan điểm của Uchiyama A và cộng sự

“morphine TS (khoảng dưới nhện) được coi là tiêu chuẩn vàng để giảm đau sau mổ lấy thai” [15].

Nhóm MTS có điểm đau VAS trung bình là $2,35 \pm 0,26$ điểm, Nhóm TAP: $3,54 \pm 0,57$ điểm. Nhóm MTS (1,36%) cần morphine giải cứu ít hơn nhóm TAP (15,91%) với $p < 0,01$. Theo Dahl JB và cộng sự, morphine khoảng dưới nhện làm giảm điểm đau trong 24 giờ sau phẫu thuật [16].

Mặt khác, đau sau PTLT khác nhau ở sản phụ PTLT lần đầu và sản phụ có vết mổ cũ. Nhóm giảm đau TAP có VAS > 6 điểm (đau nhiều) ở sản phụ PT lần đầu là 10,53% và có vết mổ cũ là 21,70%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nhóm giảm đau MTS có VAS > 6 điểm ở sản phụ PT lần đầu là 0% và nhóm sản phụ có vết mổ cũ là 2,01%. Nghiên cứu của Srivastava về TAP có điểm số đau thấp hơn cả khi nghỉ ngơi và hoạt động tại mỗi thời điểm trong 24 giờ ở nhóm nghiên cứu ($p < 0,001$), thời gian giảm đau đầu tiên lâu hơn đáng kể, sự hài lòng cao hơn và tác dụng phụ ở nhóm nghiên cứu ít hơn so với nhóm đối chứng [17].

Vận động sớm sau phẫu thuật: Gây TTS bằng bupivacaine liều thấp 9mg ($\pm$ morphine sulfate 0,1mg), sản phụ có khả năng phục hồi vận động hai chi dưới sau 2 giờ. Một số sản phụ do lo lắng, do đau vết mổ vùng bụng nên không dám vận động. Giảm đau sau mổ hiệu quả là yếu tố then chốt để tạo điều kiện vận động sớm sau mổ. Trong nghiên cứu, nhóm giảm đau MTS vận động sớm sau mổ 2 giờ là 93,56%, nhóm TAP là 94,55% với $p > 0,05$.

Rút sonde tiểu sớm: Tỷ lệ rút sonde tiểu 12 giờ sau mổ ở nhóm MTS (dùng Morphine TS) 60,48% hơn nhóm TAP 74,05% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ rút sonde tiểu trước 18 - 24 giờ ở nhóm MTS và TAP lần lượt là 98,64% và 84,09%. Đặc biệt nhóm giải cứu giảm đau bằng morphine tĩnh mạch tỷ lệ rút sonde tiểu 12 giờ sau mổ đạt 20,51% và từ 18 - 24 giờ đạt 61,54% (do morphine gây bí tiểu).

Phục hồi ăn uống sớm sau PT: Phẫu thuật lấy thai là PT ngoài đường tiêu hóa nên uống sớm được thực hiện sau mổ 2 giờ ở nhóm MTS và Nhóm TAP lần lượt là 88,82% và 95,55% ($p < 0,05$). Sản phụ ăn sau mổ 6 giờ ở hai nhóm MTS và TAP là 87,46% và 89,09% ($p > 0,05$). Theo Huang H. và cộng sự phân tích 11 nghiên cứu (1800 BN), các kết quả tổng hợp cho thấy ăn uống qua đường miệng sớm (EOF) có liên quan đáng kể đến thời gian nhu động ruột trở

lại ngắn hơn so với ăn uống qua đường miệng muộn sau mổ (DOF) (6,27 giờ nhu động ruột; 8,75 giờ âm ruột). EOF không liên quan đến việc tăng buồn nôn (RR, 0,95; CI 95%, 0,69 - 1,33), chướng bụng (RR, 0,68; CI 95%, 0,43 - 1,07) và nôn (RR, 0,91; CI 95%, 0,53 - 1,56) [18].

Thời gian chuyển SP ra khỏi phòng hồi sức: Theo bảng điểm Aldrete sửa đổi các sản phụ đạt ≥ 9 điểm có thể chuyển ra khỏi phòng hồi sức sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chuyển SP ra khỏi phòng hồi sức từ 6 - 8 giờ của hai nhóm MTS và TAP lần lượt là 91,86% và 93,63% ($P > 0,05$). Thời gian chuyển SP ra khỏi phòng hồi sức từ 8 - 12 giờ sau mổ ở hai nhóm nghiên cứu MTS và TAP lần lượt là 98,64% và 99,10%.

Đánh giá mức độ hài lòng của sản phụ: Trong nghiên cứu tỉ lệ hài lòng của SP ở hai nhóm MTS và TAP là: 88,47% và 85,90% ($p > 0,05$). Tỉ lệ sản phụ “trung lập” của hai nhóm MTS và TAP là 11,51% và 14,10%. Không có SP nào không hài lòng.

4.2. Tỉ lệ tác dụng phụ của giảm đau đa mô thức trong áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp

Tỉ lệ nhức đầu ở hai nhóm nghiên cứu MTS và TAP lần lượt là 3,73% và 4,09% ($p > 0,05$). Tỉ lệ nổi mẩn, ngứa ở hai nhóm nghiên cứu MTS và TAP lần lượt là 5,08% và 2,72% ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Dahl JB tác dụng phụ ngứa là 2,6%.

Tỉ lệ buồn nôn ở hai nhóm MTS và TAP là 7,79% và 4,09% ($p < 0,05$) và tỉ lệ nôn lần lượt là 10,51% và 3,18% ($p < 0,01$). Theo Dahl JB và cộng sự morphine khoảng dưới nhện buồn nôn 6,3% và nôn 10,1% [17].

Thân nhiệt trung bình của hai nhóm MTS và TAP là: $37,26 \pm 1,12^{\circ}\text{C}$ và $36,82 \pm 1,03^{\circ}\text{C}$ ($p > 0,05$). Rét run của nhóm MTS (4,75%) thấp hơn nhóm TAP (8,63%) với $p < 0,05$. Tỉ lệ rét run sau gây TTS của Trần Minh Long là 5,8%. Sultan P. và cộng sự: Việc ủ ấm tích cực ở SP sinh mổ chủ động được gây TTS làm giảm tỉ lệ hạ thân nhiệt và rét run khi so sánh với nhóm chứng không được ủ ấm tích cực [20].

Đánh giá hô hấp của sản phụ: Trong nghiên cứu của chúng tôi morphine khoảng dưới nhện dùng liều thấp (0,1mg) nên không có trường hợp nào bị suy hô hấp, SpO₂ của hai nhóm MTS và TAP là $99,12 \pm 1,75\%$ và $98,79 \pm 2,86\%$ ($p > 0,05$). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Trần Minh Long [10].

V. KẾT LUẬN

Điểm đau trung bình (VAS) của nhóm MTS ($2,35 \pm 0,26$) thấp hơn nhóm TAP ($3,54 \pm 0,57$). Nhóm MTS (1,36%) cần ít morphin giải cứu hơn nhóm TAP (15,91%) với $p < 0,01$. Tỷ lệ rút ống sonde tiểu trong 12 giờ sau mổ của nhóm MTS (60,48%) thấp hơn nhóm TAP (74,05%), $p < 0,05$. Vận động sớm 2 giờ sau mổ, ăn sớm 6 giờ sau mổ và thời gian chuyển sản phụ ra khỏi phòng hồi sức ở 2 nhóm tương đương nhau ($p > 0,05$). Mức độ hài lòng của bà mẹ ở hai nhóm MTS và TAP (88,47% và 85,90%) cũng tương đương nhau, $p > 0,05$.

Tác dụng phụ: phát ban, ngứa ở nhóm MTS (5,08%) cao hơn nhóm TAP (2,72%), $p < 0,05$ và tỷ lệ nôn của nhóm MTS (10,51%) cao hơn nhóm TAP (3,18%), $p < 0,01$. Nhưng rét run ít hơn ở nhóm MTS so với nhóm TAP với $p < 0,05$. Apgar phút đầu ở nhóm MTS ($8,58 \pm 0,25$) và nhóm TAP ($8,46 \pm 0,27$) khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aluri S. Enhanced recovery from obstetric surgery: a U.K. survey of practice. Int J Obstet Anesth. 2014;23(2):157-60.
2. Adamina M, et al. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: a meta - analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. 2011;149(6):830-40.
3. Fearon KC, von Meyenfeldt M, et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. Clin Nutr. 2005;24(3):466-77.
4. Brooten D, Finkler S, et al. A randomized trial of early hospital discharge and home follow - up of women having cesarean birth. Obstet Gynecol. 1994;84(5):832-8.
5. Hội Gây mê Hồi sức Việt nam. Hướng dẫn thực hành gây tê tuỷ sống mổ lấy thai. Cập nhật lần thứ ba. 2020.
6. Rollins KE. Intraoperative Goal - directed Fluid Therapy in Elective Major Abdominal Surgery: A Meta - analysis of Randomized Controlled Trials. Ann Surg. 2016;263(3):465-76.
7. Dowling LP. Aldrete Discharge Scoring: Appropriate for Post Anesthesia Phase I Discharge? Master's Theses and Capstones. 201514.
8. Kalogera E. Enhanced Recovery Pathway in Gynecologic Surgery: Improving Outcomes Through Evidence-Based Medicine. Obstet Gynecol Clin North Am. 2016;43(3):551-73.
9. Baaqeel H. Timing of administration of prophylactic antibiotics for caesarean section: a systematic review and meta - analysis. BJOG. 2013;120(6):661-9.

Đánh giá giảm đau đa mô thức trong việc áp dụng ERAS cho phẫu thuật lấy thai cấp...

10. Trần Minh Long. Nghiên cứu ảnh hưởng trên huyết động của phenylephrin trong xử trí tụt huyết áp khi gây tê tùy sống đẻ mổ lấy thai. Luận án tiến sĩ y học, Trường ĐHY Dược Hà Nội. 2019.
11. Morgan PJ, Tarshis J. The effects of an increase of central blood volume before spinal anesthesia for cesarean delivery: A qualitative systematic review. *Anesth Analg*. 2001;92(4):997-1005.
12. Habib AS. A review of the impact of phenylephrine administration on maternal hemodynamics and maternal and neonatal outcomes in women undergoing cesarean delivery under spinal anesthesia. *Anesth Analg*. 2012;14(2):377-90.
13. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(1):e5-e10.
14. Bigelow A, MacLellan - Peters J, et al, . Effect of mother/ infant skin - to - skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(3):369-82.
15. Uchiyama A, Ueyama H, et al. Low dose intrathecal morphine and pain relief following caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 1994;3(2):87-91.
16. Dahl JB, Jørgensen H, et al. Intraoperative and postoperative analgesic efficacy and adverse effects of intrathecal opioids in patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia: a qualitative and quantitative systematic review of randomized controlled trials. *Anesthesiology*. 1999;91(6):1919-27.
17. Srivastava U. TAP block for postoperative analgesia in caesarean section. *Saudi Journal of Anesthesia*. 2015;9(3):298-302.
18. Huang H, Wang H, He M, (2016): Early oral feeding compared with delayed oral feeding after cesarean section: a meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(3):423-9.
19. Sultan P, Habib AS, Cho Y, et al. The Effect of patient warming during Caesarean delivery on maternal and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2015;115(4):500-10.