

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA GÂY TÊ TỦY SỐNG BẰNG LEVOBUPIVACAIN - FENTANYL KẾT HỢP VỚI GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG VÀ SAU PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG, PHẦN PHỤ QUA ĐƯỜNG NGANG DƯỚI RỒN

Nguyễn Thị Trâm Anh¹, Nguyễn Việt Quang¹

¹Bệnh viện Trung Ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả gây tê tủy sống (TS) bằng levobupivacain-fentanyl kết hợp tê ngoài màng cứng (NMC) trong và sau phẫu thuật (PT) cắt tử cung, phần phụ qua đường ngang dưới rốn.

Đối tượng, phương pháp: 70 bệnh nhân (BN) mổ cắt tử cung phần phụ đường bụng có kết hợp gây tê tủy sống - ngoài màng cứng (CSE) chia làm 2 nhóm, nhóm 1 tê TS bằng levobupivacain, nhóm 2 tê TS bằng levobupivacain kết hợp fentanyl.

Kết quả: Tỷ lệ BN cần dùng thêm levobupivacain 0,25% trong PT ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2, lượng levobupivacain dùng trong 48h đầu sau PT ở 2 nhóm tương đương nhau, 100% BN đạt mức giảm đau tốt cho PT, thời gian đạt ức chế vận động M3 trung bình < 7 phút, sau PT điểm VAS lúc nghỉ ở cả 2 nhóm đều < 3, tất cả BN phục hồi vận động M0 sau 4 giờ và đạt an thần mức N0, trong và sau PT huyết động ổn định, không ức chế hô hấp.

Kết luận: Kết hợp fentanyl khoảng dưới nhện giúp giảm tỷ lệ BN dùng thêm levobupivacain NMC; CSE giúp ổn định huyết động, không gây ức chế hô hấp trong và sau PT, là lựa chọn an toàn cho các BN nguy cơ cao.

Từ khóa: Gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng, levobupivacain, fentanyl, CSE, cắt tử cung.

ABSTRACT

THE EFFICACY OF LEVOBUPIVACAIN - FENTANYL FOR COMBINED SPINAL EPIDURAL ANAESTHESIA DURING AND AFTER HYSTERECTOMY, SALPINGO - OOPHORECTOMY THROUGH HORIZONTAL INCISION IN LOWER ABDOMINAL: A STUDY

Nguyen Thi Tram Anh¹, Nguyen Viet Quang¹

Ngày nhận bài:

02/4/2023

Ngày chỉnh sửa:

10/5/2023

Chấp thuận đăng:

15/5/2023

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thị Trâm Anh

Email:

tramanhng2002@gmail.com

SĐT: 0983117160

Objectives: To evaluate the efficacy of levobupivacain - fentanyl for combined spinal epidural (CSE) anesthesia during and after hysterectomy, salpingo - oophorectomy through horizontal incision in the lower abdominal.

Methods: 70 patients undergoing abdominal hysterectomy, salpingo - oophorectomy with CSE anesthesia were randomized into 2 groups: Group 1: spinal levobupivacain, Group 2: spinal levobupivacain - fentanyl.

Results: the percentage of patients needed extra doses of levobupivacain 0,25% during operation of group 1 higher than that of group 2, total dose of levobupivacain

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...

used in 48 hours after surgery was similar between 2 groups, good analgesic effects were obtained in all cases, the mean onset time of motor block M3 was < 7 minutes. Postoperatively, VAS at rest was < 3 in both groups, all patients achieved motor recovery M0 after 4 hours and sedation level N0. Intraoperative and postoperative haemodynamics was stable and there was no respiratory depression.

Conclusions: Combined subarachnoid fentanyl reduces the proportion of extra epidural levobupivacain using, CSE does not cause respiratory depression and helps in stabilizing haemodynamics, therefore, is a safe choice for high - risk patients.

Keywords: Spinal anesthesia, epidural anesthesia, levobupivacain, fentanyl, CSE, hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, gây tê vùng được sử dụng trong đa số các PT cắt tử cung, phần phụ qua đường ngang dưới rốn. Kỹ thuật CSE giúp bổ sung liều thuốc tê NMC để khắc phục sự phong bế không đầy đủ của tê TS, đảm bảo vô cảm tốt cho các PT kéo dài và giảm đau sau PT, rút ngắn thời gian hồi phục và nằm viện, giảm chi phí điều trị, tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân sau PT. Levobupivacain có thể sử dụng đơn thuần hoặc phối hợp fentanyl để vô cảm trong PT hoặc giảm đau sau mổ qua catheter NMC nhằm giảm liều thuốc tê và kéo dài thời gian tác dụng. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn còn ít nghiên cứu về vấn đề này. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu: (1) So sánh hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain có hoặc không thêm fentanyl kết hợp với gây tê ngoài màng cứng trong và sau mổ cắt tử cung, phần phụ qua đường ngang dưới rốn. (2) Đánh giá tác động của phương pháp này trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu (NC) tiến hành trên 70 BN nữ từ 30 - 70 tuổi được lên lịch mổ chương trình cắt tử cung, phần phụ qua đường ngang dưới rốn, ASA I - II tại Khoa Gây mê hồi sức A, Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 05/2019 đến tháng 06/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

NC mô tả tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên và có đối chứng. 70 BN chia đều làm 2 nhóm:

- Nhóm 1: Tê TS bằng levobupivacain (chirocain) 0,5% đẳng trọng liều 6 mg, gây tê NMC bằng levobupivacain 0,25% 20mg.

- Nhóm 2: Tê TS bằng levobupivacain (chirocain)

0,5% đẳng trọng liều 6 mg + 20µg fentanyl 0,5%, gây tê NMC bằng levobupivacain 0,25% 20mg.

2.3. Phương pháp tiến hành

Bốc thăm BN để xác định thuộc nhóm NC nào.

Gây tê TS kết hợp NMC.

Sau gây tê: đặt BN nằm ngửa, đầu BN ở tư thế nằm ngang. Theo dõi các biến số NC từ ngay trước lúc bơm thuốc, lúc bơm xong thuốc vào tủy sống phút thứ 1, 5, 10, 15, 20 sau đó cứ 15 phút/lần đến khi kết thúc PT. Số liệu được thu thập tại 16 thời điểm tương ứng (T0 - T165).

Sau PT: chuyển BN về phòng hậu phẫu, lắp bơm tiêm điện qua catheter NMC 6 ml/giờ dung dịch levobupivacain (chirocain) 0,1% phối hợp giảm đau đường toàn thân: paracetamol 1g mỗi 12 giờ.

Theo dõi giảm đau sau mổ, điều chỉnh tốc độ thuốc giảm đau theo mức độ đau của BN. Số liệu được thu thập tại 12 thời điểm trong 48 giờ đầu sau mổ (tương ứng S0 - S11).

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

Thông tin chung về BN nghiên cứu

Các thông số liên quan đến hiệu quả gây tê trong PT (ức chế cảm giác, ức chế vận động) và sau PT (điểm VAS lúc nghỉ và lúc vận động, ức chế vận động, độ an thần)

Tác động trên tuần hoàn, hô hấp: huyết áp trung bình (HATB), mạch, tần số thở (TST), SpO₂ tại các thời điểm T0 - T120, S0 - S11; các tác dụng không mong muốn trong mổ (nôn/buồn nôn, đau đầu, run/run lạnh) và sau mổ (buồn nôn/nôn, ngứa, run lạnh, đau lưng, đau đầu, tê bì chân).

Mức độ giảm đau theo thang điểm Abouleizh-Ezzat:

- Tốt (tê hoàn toàn, BN không đau, dễ chịu).

- Trung bình (tê không hoàn toàn, dùng thêm thuốc an thần, giảm đau và BN chịu được).

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...

- Kém (BN đau không chịu được, không chấp nhận được kỹ thuật này, phải chuyển qua gây mê).

Thang chia độ liệt vận động Bromage:

- M0: cử động các khớp bình thường
- M1: không thể nhấc cẳng chân, cử động được khớp gối, bàn chân
- M2: không gấp được khớp gối, chỉ cử động được bàn chân

- M3: không thể cử động được các khớp gối và bàn chân

Độ mềm cơ bụng: Tốt/trung bình/kém

Độ an thần sau mổ theo thang điểm Ramsay

- N0: Tỉnh táo hoàn toàn.
- N1: Tỉnh thoảng lơ mơ, dễ đánh thức.
- N2: Thường xuyên ngủ lơ mơ, phải đánh thức trở lại bằng lời nói.
- N3: Ngủ gà khó đánh thức.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố tuổi và BMI

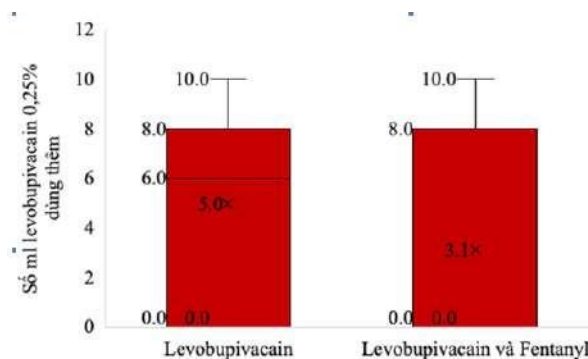
Đặc điểm		$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	p
Tuổi	Nhóm 1	46,4 $\pm$ 4,4 (39 - 59)	> 0,05
	Nhóm 2	46,3 $\pm$ 7,5 (33 - 68)	
BMI (kg/m ²)	Nhóm 1	22,6 $\pm$ 2,1 (17,9 - 26,7)	> 0,05
	Nhóm 2	22,2 $\pm$ 2,4 (16,4 - 27,3)	

Không có sự khác biệt về tuổi và BMI giữa 2 nhóm.

Bảng 2. Lượng thuốc tê cần dùng thêm qua đường NMC trong PT

Dùng thêm Levobupi - vacain 0,25%		Nhóm 1	Nhóm 2	p
	Số lượng (n)	22	14	> 0,05
	Tỷ lệ (%)	62,9	40,0	

Tỷ lệ BN cần dùng thêm levobupivacain 0,25% trong PT ở nhóm 2 thấp hơn nhóm 1 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa, $p > 0,05$.



Biểu đồ 1. Lượng thuốc tê cần dùng thêm qua đường NMC trong PT

Số ml levobupivacain 0,25% dùng thêm ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...

Bảng 3. Lượng levobupivacain cần dùng sau PT trong 48 giờ đầu

Tổng số ml levobupivacain 0,1% dùng trong 48 giờ sau PT X ± SD (min - max)		p
Nhóm 1	288,9 ± 2,8 (288-298)	> 0,05
Nhóm 2	288 ± 3,2 (288-298)	

Lượng levobupivacain dùng trong 48h đầu sau PT ở 2 nhóm tương đương nhau.

Hiệu quả của phương pháp gây tê CSE trong PT:

Bảng 4. Ưc chế cảm giác trong PT

Ưc chế cảm giác		Nhóm 1		Nhóm 2		p
		n	%	n	%	
Mức tê cao nhất	T4	3	8,6	0	0	> 0,05
	T5	10	28,6	8	22,9	
	T6	22	62,8	27	77,1	
	Tổng	35	100	35	100	
Thời gian khởi phát ức chế đau (phút) ($\bar{X} \pm SD$)		9,2 ± 2,1		9,4 ± 2,0		> 0,05

100% BN ở cả 2 nhóm đều đạt mức độ tốt về giảm đau cho PT, đa số đạt mức tê cao nhất là T6 (70%). Thời gian khởi phát ức chế đau ở nhóm 1 (9,2 ± 2,1 phút) ngắn hơn không có ý nghĩa so với nhóm 2 (9,4 ± 2,0 phút), p > 0,05.

Bảng 5. Ưc chế vận động trong PT

Ưc chế vận động		Nhóm 1		Nhóm 2		p
		n	%	n	%	
Độ mềm cơ bụng	Trung bình	11	31,4	8	22,9	> 0,05
	Tốt	24	68,6	27	77,1	
Thời gian khởi phát ức chế vận động (phút) ($\bar{X} \pm SD$)	M1	1,3 ± 0,5		1,6 ± 0,6		< 0,05
	M2	2,7 ± 0,7		2,9 ± 0,8		> 0,05
	M3	5,0 ± 1,4		5,2 ± 1,2		> 0,05

Thời gian khởi phát ức chế vận động tương đương nhau giữa 2 nhóm (p > 0,05), trong đó thời gian đạt M1 của nhóm 1 (1,3 ± 0,5 phút) ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm 2 (1,6 ± 0,6), p < 0,05.

Hiệu quả của phương pháp gây tê CSE sau PT:

Bảng 6. Giảm đau sau PT

VAS khi nghỉ ($\bar{X}$)				VAS khi vận động ($\bar{X}$)			
	Nhóm 1	Nhóm 2	p		Nhóm 1	Nhóm 2	p
S0	0,0	0,0	> 0,05	S0	0,0	0,0	> 0,05
S1	0,0	0,0	> 0,05	S1	0,0	0,1	> 0,05
S2	0,1	0,2	> 0,05	S2	0,3	0,7	< 0,05

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...

VAS khi nghỉ ($\bar{X}$)				VAS khi vận động ($\bar{X}$)			
	Nhóm 1	Nhóm 2	p		Nhóm 1	Nhóm 2	p
S3	0,7	0,7	> 0,05	S3	1,6	1,5	> 0,05
S4	1,1	1,1	> 0,05	S4	2,1	2,2	> 0,05
S5	1,3	1,3	> 0,05	S5	2,4	2,4	> 0,05
S6	1,6	1,5	> 0,05	S6	2,6	2,6	> 0,05
S7	1,7	1,6	> 0,05	S7	2,7	2,6	> 0,05
S8	1,6	1,6	> 0,05	S8	2,6	2,5	> 0,05
S9	1,6	1,6	> 0,05	S9	2,7	2,6	> 0,05
S10	1,7	1,6	> 0,05	S10	2,8	2,6	> 0,05
S11	1,8	1,7	> 0,05	S11	2,8	2,7	> 0,05

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm VAS khi nghỉ cũng như khi vận động giữa 2 nhóm ($p > 0,05$) ngoại trừ VAS khi vận động ghi nhận ở thời điểm S2 (nhóm 2 cao hơn nhóm 1, $p < 0,05$).

Bảng 7. Ước chế vận động sau PT

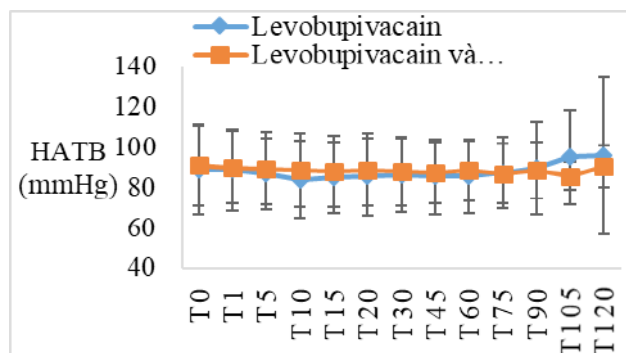
Ước chế vận động		Nhóm 1		Nhóm 2		p
		n	%	n	%	
S0	M1	1	2,9	1	2,9	> 0,05
	M2	2	5,7	5	14,3	
	M3	32	91,4	29	82,9	
S1	M1	1	2,9	3	8,6	> 0,05
	M2	7	20,0	10	28,6	
	M3	27	77,1	22	62,9	
S2	M0	0	0,0	5	14,3	> 0,05
	M1	8	22,9	9	25,7	
	M2	19	54,3	15	42,9	
	M3	8	22,9	6	17,1	
S3	M0	12	34,3	21	60,0	> 0,05
	M1	9	25,7	7	20,0	
	M2	14	40,0	7	20,0	
S4	M0	33	94,3	34	97,1	> 0,05
	M1	2	5,7	1	2,9	

Không có sự khác biệt về ước chế vận động giữa 2 nhóm ở thời điểm S0 - S4 ($p > 0,05$). (Từ S5 - S11, tất cả BN được phân loại ước chế vận động sau PT là M0).

Độ an thần: Từ S0 - S11, 100% BN ở cả 2 nhóm đều đạt an thần mức N0 theo thang điểm Ramsay.

Tác động của phương pháp trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn:

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...



Biểu đồ 2. Sự thay đổi HATB trong PT

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về HATB trong PT giữa 2 nhóm ($p > 0,05$) ngoại trừ ở T10, HATB của nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm 2 ($84,0 \pm 9,5$ và $88,7 \pm 9,1$ mmHg, $p < 0,05$).

Bảng 8. Cần sử dụng ephedrin

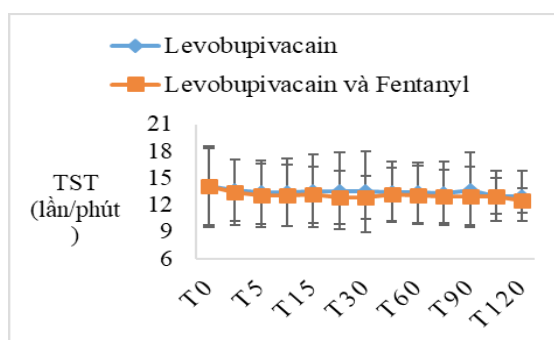
		Nhóm 1	Nhóm 2	Tổng	p
Cần sử dụng Ephedrin	n	3	0	3	$> 0,05$
	%	8,6	0,0%	4,3	

Chỉ 3 BN thuộc nhóm 1 cần sử dụng ephedrin nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỷ lệ này ($p > 0,05$)

Bảng 9. Thay đổi nhịp tim trong PT

Nhịp tim trung bình (lần/phút)							
	Nhóm 1	Nhóm 2	p		Nhóm 1	Nhóm 2	p
T0	80,7	80,4	$> 0,05$	T45	74,3	76,8	$> 0,05$
T1	80,7	79,5	$> 0,05$	T60	74,4	76,5	$> 0,05$
T5	80,2	78,8	$> 0,05$	T75	76,3	75,0	$> 0,05$
T10	78,2	78,1	$> 0,05$	T90	80,4	77,2	$> 0,05$
T15	77,8	78,0	$> 0,05$	T105	90,0	80,7	$> 0,05$
T20	76,7	76,0	$> 0,05$	T120	88,0	81,0	$> 0,05$
T30	75,6	76,3	$> 0,05$				

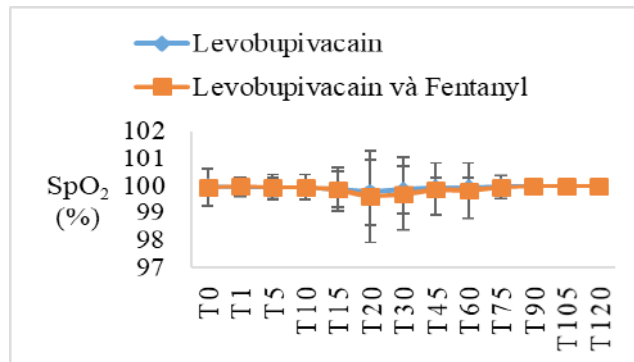
Không có sự khác biệt về nhịp tim trong PT giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3. Sự thay đổi TST trong PT

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về TST giữa 2 nhóm qua các thời điểm trong PT ($p > 0,05$).



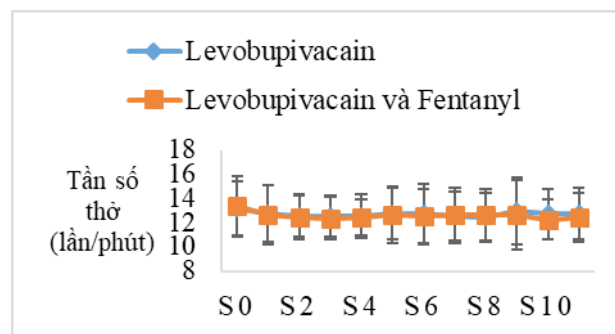
Biểu đồ 4. Sự thay đổi SpO2 trong PT

Không có sự khác biệt về SpO2 giữa nhóm 1 và 2 tại các thời điểm T0 - T120.

Bảng 10. Thay đổi HATB, nhịp tim trong PT

HATB ($\bar{X} \pm SD$)				Nhịp tim ($\bar{X} \pm SD$)			
	Nhóm 1	Nhóm 2	p		Nhóm 1	Nhóm 2	p
S0	86,6	87,7	$> 0,05$	S0	76,8	75,7	$> 0,05$
S1	86,9	88,1	$> 0,05$	S1	76,9	75,9	$> 0,05$
S2	86,8	88,5	$> 0,05$	S2	76,4	75,4	$> 0,05$
S3	88,6	90,0	$> 0,05$	S3	76,5	75,2	$> 0,05$
S4	88,5	91,4	$> 0,05$	S4	77,6	76,2	$> 0,05$
S5	88,2	91,0	$> 0,05$	S5	77,5	76,9	$> 0,05$
S6	88,1	91,7	$< 0,05$	S6	77,9	77,0	$> 0,05$
S7	89,3	91,7	$> 0,05$	S7	78,5	77,9	$> 0,05$
S8	89,2	90,5	$> 0,05$	S8	78,2	78,6	$> 0,05$
S9	89,5	91,4	$> 0,05$	S9	78,5	79,2	$> 0,05$
S10	89,9	90,9	$> 0,05$	S10	78,5	78,8	$> 0,05$
S11	90,2	92,0	$> 0,05$	S11	79,2	78,3	$> 0,05$

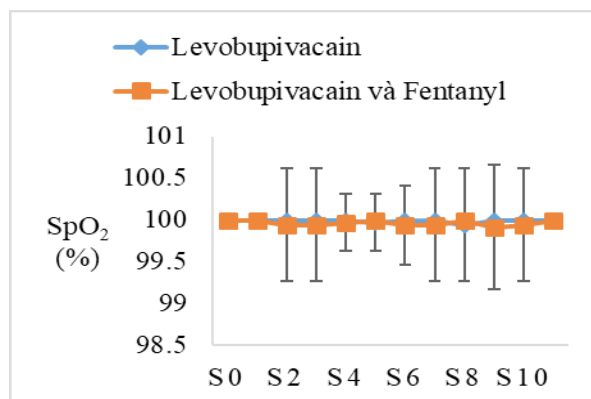
Không có sự khác biệt có ý nghĩa về HATB và nhịp tim giữa 2 nhóm qua các thời điểm sau PT ($p > 0,05$) ngoại trừ tại S6, HATB của nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm 2 với $p < 0,05$.



Biểu đồ 5. Sự thay đổi TST sau PT

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...

Tại S10, TST nhóm 1 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm 2 ($p < 0,05$) nhưng ở các thời điểm khác không ghi nhận sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).



Biểu đồ 6. Sự thay đổi SpO2 sau PT

Không có sự khác biệt về SpO2 giữa 2 nhóm qua các thời điểm sau PT ($p > 0,05$).

Tác dụng không mong muốn trong và sau PT:

Bảng 11. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn		Nhóm 1		Nhóm 2		p
		n	%	n	%	
Trong PT	Nôn/buồn nôn	1	2,9	1	2,9	> 0,05
	Run/run lạnh	0	0,0	1	2,9	
Sau PT	Nôn/buồn nôn	1	2,9	0	0,0	
	Ngứa	0	0,0	2	5,7	
	Tê bì chân	4	11,4	3	8,6	

Trong và sau PT không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm về tỷ lệ các tác dụng không mong muốn (nôn/buồn nôn, run/run lạnh, ngứa, tê bì chân), $p > 0,05$. Không ghi nhận BN nào đau đầu trước PT và đau đầu, run/run lạnh hoặc đau lưng sau PT.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả trong phẫu thuật của gây tê TS bằng Levobupivacain có hoặc không thêm Fentanyl kết hợp gây tê NMC trong PT cắt tử cung, phần phụ qua đường ngang dưới rốn

Tác dụng vô cảm

Theo bảng 2, 3, 4: lượng levobupivacain 0,25% dùng thêm và tỷ lệ BN phải dùng thêm liều levobupivacain ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 (62,9% so với 40%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$), có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ. Tất cả BN đều đạt mức độ tốt về giảm đau cho PT, trong đó 4 BN thuộc nhóm 1 đạt mức tê cao nhất là T4. Như vậy, việc kết hợp thuốc tê với fentanyl trong khoang dưới nhện giúp kéo dài thời gian giảm đau, giảm tỷ lệ phải dùng thêm thuốc tê và lượng thuốc

tê bổ sung trong PT, từ đó giảm tỷ lệ BN bị gây tê quá mức yêu cầu (lên cao ở T4). Kết quả này tương tự NC của Foster và Chen [1, 2] hay của Lim trong giảm đau chuyển dạ [3].

Tác dụng ức chế vận động

Thời gian đạt ức chế vận động M3 ở cả 2 nhóm trung bình dưới 7 phút, trong đó thời gian đạt M1 của nhóm 1 ngắn hơn nhóm 2 có ý nghĩa ($1,3 \pm 0,5$ so với $1,6 \pm 0,6$ phút, $p < 0,05$). Kết quả này nhanh hơn so với NC của Nguyễn Thế Lộc [4]. Không có BN nào có độ mềm cơ bụng kém.

4.2. Hiệu quả sau phẫu thuật

Tác dụng vô cảm

Fentanyl là opioid tan tốt trong mỡ, tác dụng nhanh [5] nên khi phối hợp với levobupivacain giúp giảm liều thuốc tê trong PT như kết quả đã bàn luận

Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng levobupivacain - fentanyl...

ở trên. Tuy nhiên, tác dụng giảm đau của Fentanyl sẽ nhanh hết sau PT. Do đó theo bảng 3, ta nhận thấy tổng ml levobupivacain đã dùng trong 48 giờ đầu sau PT ở 2 nhóm là tương đương ($p > 0,05$).

Theo bảng 6, BN đạt mức giảm đau lúc nghỉ tốt sau PT từ S0 - S11 với điểm VAS lúc nghỉ ở cả 2 nhóm đều thấp hơn 3 ($p > 0,05$). Tuy nhiên tại S2 (sau PT 30 phút), VAS vận động của nhóm 1 thấp hơn nhóm 2; có thể giải thích do đây là thời điểm hết tác dụng của Fentanyl tủy sống trong PT.

Tác dụng ức chế vận động

Không ghi nhận sự khác biệt về ức chế vận động sau PT giữa 2 nhóm. Tất cả bệnh nhân đều phục hồi vận động M0 sau 4 giờ.

Độ an thần

Mặc dù luôn có tác dụng phụ an thần khi gây tê TS phối hợp opioid liều cao, trong NC của chúng tôi tại các thời điểm S0 - S11, tất cả BN ở cả 2 nhóm đều có mức an thần N0 theo thang điểm Ramsay. Như vậy, việc sử dụng liều 20 mcg fentanyl TS phối hợp với thuốc tê khá an toàn, không ảnh hưởng đến mức độ an thần sau PT.

4.3. Tác động của phương pháp trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn

Nhiều NC trong và ngoài nước cho thấy kỹ thuật CSE giúp giảm liều thuốc tê TS, ổn định huyết động trong và sau PT, điều này đặc biệt có ý nghĩa đối với các PT trên BN nguy cơ cao: người già, người có bệnh lý tim mạch kèm theo [6 - 9].

Trong phẫu thuật

Theo biểu đồ 2 và bảng 8, HATB của cả 2 nhóm đều giảm so với trước gây tê nhưng không đáng kể, HATB tại tất cả các thời điểm đều > 70 mmHg. Điều này chứng tỏ có hay không có Fentanyl trong gây tê TS đều sẽ mang lại sự ổn định HA. Tỷ lệ tụt HA phải dùng vận mạch ephedrin của chúng tôi (4,3%) thấp hơn so với NC vô cảm CSE phối hợp bupivacain với sufentanil và morphin để cắt tử cung đường bụng của Bùi Thị Minh Thư, tỷ lệ tụt HA 9,9% [10], 8% trong NC vô cảm CSE để cắt tử cung hoàn toàn của Nguyễn Thế Lộc [4]. Sự biến đổi mạch qua các thời điểm trong và sau phẫu thuật giữa hai nhóm cũng rất ổn định (bảng 9).

Như vậy, việc sử dụng liều thấp levobupivacain + fentanyl khoảng dưới nhện phối hợp gây tê tuần tự NMC bằng các liều nhỏ levobupivacain 0,25% giúp BN rất ổn định về huyết động (mạch, huyết áp)

trong PT. Điều này có thể ứng dụng để gây tê cho các BN nguy cơ cao do bệnh kèm hay có chống chỉ định với gây mê do tiền sử dị ứng thuốc hoặc không đồng ý gây mê như trong một số trường hợp được báo cáo của tác giả Sandeep [11]. Đây chính là ý nghĩa lâm sàng của đề tài này.

Trong NC của chúng tôi, TST và SpO₂ trong PT rất ổn định (luôn $> 98\%$) ở cả 2 nhóm ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự NC về CSE trong PT sản khoa của Đào Khắc Hùng [12]. Như vậy, thêm 20μg fentanyl vào khoang dưới nhện không gây ức chế hô hấp và là 1 lựa chọn thích hợp cho PT trên BN có bệnh phổi kèm theo.

Sau PT

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về HATB và nhịp tim giữa 2 nhóm qua các thời điểm sau PT ($p > 0,05$) ngoại trừ tại S6, HATB của nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm 2 với $p < 0,05$. Tuy nhiên, mức độ tụt HA không đáng kể, HATB > 65 mmHg và không cần sử dụng thuốc vận mạch.

Không có sự thay đổi TST qua các thời điểm sau PT giữa nhóm 1 và 2, SpO₂ qua các thời điểm sau PT vẫn đảm bảo. Ức chế hô hấp là biến chứng nặng nhưng ít gặp, nguy cơ cao khi sử dụng opioid tác dụng kéo dài như Morphin. Fentanyl là opioid tan trong mỡ cao nên qua hàng rào máu não nhanh, do đó có tác dụng nhanh và ngắn. Vì vậy, không có sự thay đổi tần số thở, SpO₂ ở 2 nhóm nghiên cứu là hợp lý.

Theo bảng 11, không có sự khác biệt về tỷ lệ các tác dụng không mong muốn (nôn/buồn nôn, run/run lạnh, ngứa, tê bì chân) giữa 2 nhóm, $p > 0,05$. Triệu chứng tê bì chân khá thường gặp (7/70 BN), có thể do catheter quá sâu về một bên, gây vô cảm không đồng đều giữa 2 bên. Một số tác giả khuyên rằng nên lưu catheter NMC đa lỗ với độ sâu 5cm để có được sự vô cảm tốt hơn [13].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 70 BN phẫu thuật cắt tử cung đường bụng được giảm đau trong và sau PT bằng kỹ thuật CSE, chúng tôi rút ra kết luận:

- Kết hợp fentanyl khoảng dưới nhện giúp giảm tỷ lệ BN phải dùng thêm levobupivacain 0,25 % NMC
- Hiệu quả giảm đau sau PT ở 2 nhóm là tương đương nhau
- CSE giúp ổn định huyết động, không gây ức chế hô hấp trong và sau PT. Do đó, có thể ứng dụng để gây tê cho các BN nguy cơ cao (bệnh kèm tim mạch, bệnh phổi, chống chỉ định gây mê).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen SY, Liu FL, Cheng YG, Fan SZ, Leighton BL, Chang HC, et al. Patient-controlled epidural levobupivacaine with or without fentanyl for post-caesarean section pain relief. *Biomed Res Int*. 2014;2014965152.
2. Foster RH, Markham A. Levobupivacaine: a review of its pharmacology and use as a local anaesthetic. *Drugs*. 2000;59(3):551-79.
3. Lim Y, Sia AT, Ocampo CE. Comparison of intrathecal levobupivacaine with and without fentanyl in combined spinal epidural for labor analgesia. *Med Sci Monit*. 2004;10(7):Pi87-91.
4. Lộc NT, Lam ND. Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp gây tê tủy sống và ngoài màng cứng phối hợp để mổ và giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện phụ sản trung ương. *Tạp chí y học thực hành*. 2016;1015218-220.
5. Lâm Đỗ Ngọc. Thuốc giảm đau họ morphin, in *Bài giảng gây mê hồi sức*. 2002, Nhà xuất bản Y học: Hà Nội. p. 407 - 412.
6. Dũng Phan Ngọc. Nhận xét hiệu quả phương pháp vô cảm gây tê tủy sống kết hợp ngoài màng cứng bằng bupivacaine liều thấp với fentanyl để phẫu thuật thay khớp háng cho người cao tuổi. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 201711.
7. Hong JM, Kim E, Kim HK, Lee DW, Baik JS, Lee JY. Combined spinal - epidural anesthesia for radical hysterectomy in a patient with Sjögren syndrome with progressive interstitial lung disease. *Springerplus*. 2016;5(1):1737.
8. Sahu S, Karna ST, Karna A, Lata I, Kapoor D. Anaesthetic management of Wolff-Parkinson-White syndrome for hysterectomy. *Indian J Anaesth*. 2011;55(4):378-80.
9. Tyagi A, Kumar A, Sethi AK, Mohta M. Epidural volume extension and intrathecal dose requirement: plain versus hyperbaric bupivacaine. *Anesth Analg*. 2008;107(1):333-8.
10. Thư Bùi Thị Minh TVĐ. Hiệu quả gây tê tủy sống bằng bupivacaine với sufentanil và morphine trong mổ cắt tử cung toàn phần đường bụng tại bệnh viện phụ sản Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Đại học Y Dược Cần Thơ*. 2019;211 - 6.
11. Gunusen I, Karaman S, Sargin A, Firat V. A randomized comparison of different doses of intrathecal levobupivacaine combined with fentanyl for elective cesarean section: prospective, double-blinded study. *J Anesth*. 2011;25(2):205-12.
12. Hùng Đào Khắc CQT, Trần Công Tiến. Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê tủy sống kết hợp ngoài màng cứng để mổ và giảm đau sau mổ phụ khoa. *Tạp chí Y Học thực hành*. 2012;số 5(822):103 - 107.
13. Cảnh Hồ Khả. Gây mê hồi sức trong Sản khoa. 2010, Huế: Nhà xuất bản Đại học Huế.