

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG LẠNH RUN SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG MỔ LẤY THAI BẰNG DỊCH TRUYỀN ĐƯỢC LÀM ẤM

TẶNG XUÂN HẢI,
TRẦN MINH LONG, TRẦN THỊ PHƯƠNG
Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

TÓM TẮT

Đánh giá hiệu quả dự phòng lạnh run sau gây tê tủy sống mổ lấy thai bằng dịch truyền được làm ấm. Nghiên cứu làm ấm dịch truyền được cho là làm giảm mức độ hạ thân nhiệt, cũng như mức độ mất nhiệt từ sự tái phân phối nhiệt ở thân ra ngoại biên ở sản phụ được gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 bệnh nhân chia làm 2 nhóm nghiên cứu; 150 bệnh nhân (nhóm I) được truyền dịch bằng dịch truyền được làm ấm; 150 bệnh nhân (nhóm II) được truyền dịch bằng dịch truyền để ở nhiệt độ phòng; sản phụ được GTTS để mổ lấy thai có đời từ 18 - 50 tuổi, ASA I -II. Thực hiện nghiên cứu tại Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2021 đến 10/2021. Cả 2 nhóm bệnh nhân nếu còn lạnh run thì được xử trí bằng dolargan 30mg IV. Tỷ lệ lạnh run ở nhóm không làm ấm chiếm 55,33% so với 20,67% ở nhóm được làm ấm, $p < 0,05$. Sử dụng dịch truyền được làm ấm trong mổ giảm nguy cơ tương đối lạnh run so với nhóm chứng 62,65%, nguy cơ còn lại 37,35%. Về mức độ lạnh run cho thấy cả hai nhóm bệnh nhân có điều trị dự phòng và không dự phòng đều có xảy ra run lạnh ở tất cả các mức độ, tuy nhiên tập trung chủ yếu ở mức độ 0,1,2,3 và ở nhóm chứng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có điều trị dự phòng.

Từ khóa: Sản phụ, mổ lấy thai, dịch truyền, làm ấm.

SUMMARY

EVALUATION OF EFFECTIVENESS IN PREVENTING CHILLS AFTER SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN SECTION WITH WARMED FLUIDS

Evaluation of effectiveness in preventing chills after spinal anesthesia for cesarean

Chịu trách nhiệm: Tăng Xuân Hải
Email: bstangxuanhai@gmail.com
Ngày nhận: 16/9/2021
Ngày phản biện: 19/10/2021
Ngày duyệt bài: 11/11/2021

section with warmed fluids. The Infusion warming studies have been shown to reduce the level of hypothermia, as well as the degree of heat loss from the redistribution of peripheral body's temperature in women receiving spinal anesthesia for cesarean section. Design cross-sectional descriptive study on 300 patients divided in to 2 groups; 150 patients (group I) were perfused with warmed fluids; 150 patients (group II) received infusion with room temperature infusion; Pregnant women who have undergone cesarean section for cesarean section are from 18 to 50 years old, ASA I -II. Conducted research at the Department of Anesthesiology and Reanimation of Nghe An Obstetrics and Children's Hospital from January 2021 to October 2021. In both groups of patients, if chills were still present, they were treated with dolargan 30mg IV. The rate of chills in the non-warmed group accounted for 55.33% compared with 20.67% in the warmed group in the cesarean section, $p < 0.05$. Using warmed intravenous fluids during surgery reduced the relative risk of chills compared with the control group by 62.65%, the remaining risk by 37.35%. Regarding the degree of chills, it shows that both groups of patients with preventive and non-prophylactic treatment have chills at all levels, but mainly at 0,1,2,3 levels and was significantly higher in the control group than in the prophylactic group.

Keywords: Pregnant woman, cesarean, infusion, warming up.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong mổ lấy thai ở thai phụ khỏe mạnh, gây tê tủy sống (GTTS) là lựa chọn hàng đầu vì kỹ thuật đơn giản, thời gian khởi tê nhanh, chất lượng vô cảm tốt với một lượng nhỏ thuốc tê đủ để phong bế chức năng thần kinh do đó giảm nguy cơ ngộ độc thuốc và giảm thấp nhất lượng thuốc qua thai. Vì những ưu điểm đó mà GTTS là kỹ thuật vô cảm thông dụng nhất trong mổ lấy thai hiện nay.

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu ghi nhận lạnh run là tác dụng phụ không mong muốn thường

gặp ở sản phụ sau GTTS mổ lấy thai. Tỷ lệ lạnh run sau mổ lấy thai theo tác giả Trần Huỳnh Đào là 33,3% [1] và theo tác giả Hồ Khả Cảnh thì tỷ lệ này tới 64% [2]. Nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ lạnh run xảy ra có thể gặp > 50% trường hợp sau GTTS hoặc gây mê toàn thân với thuốc mê propofol [3]. Đây là tác dụng phụ gây ra nhiều khó chịu, nhiều hậu quả bất lợi cho sản phụ và khó khăn trong việc theo dõi mạch, huyết áp và các thông số khác trên monitor trong mổ. Nguyên nhân sinh lý bệnh của lạnh run được cho là có thể liên quan đến truyền dịch nhiều, nhất là dịch lạnh và phối hợp thêm nhiệt độ thấp trong phòng mổ.

Làm ấm dịch truyền có thể làm giảm mức độ hạ thân nhiệt, cũng như mức độ mất nhiệt từ sự tái phân phối nhiệt ở thân ra ngoại biên. Phụ nữ mổ lấy thai thường nhận một lượng thể tích dịch truyền lớn hơn khi so sánh với nhu cầu trong mổ của các bệnh nhân mổ các loại phẫu thuật khác. Sản phụ mổ lấy thai có thể nhận đến 1-2 lít dịch tinh thể trong mổ, với mục đích làm đầy tiền tải nhằm hạn chế đến mức thấp nhất nguy cơ tụt huyết áp xảy ra sau GTTS [4].

Chúng tôi đặt giả thuyết dịch truyền được làm ấm có thể có hiệu quả trong việc phòng ngừa lạnh run trên bệnh nhân mổ lấy thai do bởi cần truyền một lượng thể tích dịch khá lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả dự phòng lạnh run sau gây mê tủy sống mổ lấy thai bằng dịch truyền được làm ấm.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 bệnh nhân chia làm 2 nhóm nghiên cứu; 150 bệnh nhân (nhóm I) được truyền dịch bằng dịch truyền được làm ấm; 150 bệnh nhân (nhóm II) được truyền dịch bằng dịch truyền để ở nhiệt độ phòng; sản phụ được GTTS để mổ lấy thai có đời từ 18 - 50 tuổi, ASA I -II. Thực hiện nghiên cứu tại Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ tháng 1/2021 đến 10/2021. Loại trừ khỏi nghiên cứu các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu như: có chống chỉ định hay GTTS thất bại; dị ứng thuốc tê; có biến chứng của phẫu thuật hoặc gây mê; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiến hành chuẩn bị bệnh nhân và GTTS mổ lấy thai theo qui trình chuẩn, bệnh nhân I gồm 150 sản phụ sử dụng dịch truyền được làm ấm ở 40 độ C để truyền trong mổ cho sản phụ; Dịch truyền được để vào trong tủ làm ấm với nhiệt độ cài đặt là 40 độ C, khi cần sử dụng thì lấy ra truyền cho sản phụ, khi chai này hết thì lấy chai đã làm ấm tiếp theo để sử dụng. Tốc độ dịch truyền

trong mổ lấy thai thường là nhanh do phải bù vào thể tích tuần hoàn để giữ huyết áp ổn định khi GTTS. Nhóm II gồm 150 sản phụ được dùng dịch truyền để ở nhiệt độ phòng (dịch truyền không được làm ấm) để truyền trong mổ.

Cả 2 nhóm bệnh nhân nếu còn lạnh run thì được xử trí bằng dolargan 30mg IV.

Các tiêu chuẩn nghiên cứu gồm: Tuổi (năm), cân nặng (kg), chiều cao (cm), ASA, tuổi thai. Mức độ lạnh run sau gây mê (theo thang điểm Tsai và Chu): 0: Không run; 1: Co mạch ngoại vi liên quan đến cảm giác lạnh, nổi da gà mà không có run; 2: Hoạt động cơ chỉ ở một nhóm cơ; 3: Hoạt động cơ mức độ vừa ở nhiều hơn một nhóm cơ nhưng không có run toàn thể; 4: Hoạt động cơ bắp dữ dội toàn thân. Tổng lượng dịch truyền trong mổ (millilit). Vị trí gây tê tủy sống. Tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống: Tụt huyết áp, nôn buồn nôn, ngứa. Thời gian phẫu thuật (phút). Nhiệt độ phòng mổ (độ C), thân nhiệt của bệnh nhân (độ C). Thay đổi hô hấp: Tần số thở (lần/phút), bão hòa oxy mao mạch (SpO₂). Thay đổi tuần hoàn: Tần số tim (lần/phút), huyết áp trung bình (mmHg).

Số liệu được thu thập ở các thời điểm: Khi BN vào phòng mổ: Thu thập các số liệu về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu, bao gồm tuổi, cân nặng, chiều cao, phân loại sức khỏe theo ASA, tuổi thai.

Ngay trước gây mê (HTTê): Thu thập số liệu cơ bản về mạch, HATB, tần số thở, SpO₂.

Trong mổ: Thu thập số liệu liên quan đến lạnh run, nôn buồn nôn, mạch, HATB, tần số thở, SpO₂ thời gian phẫu thuật.

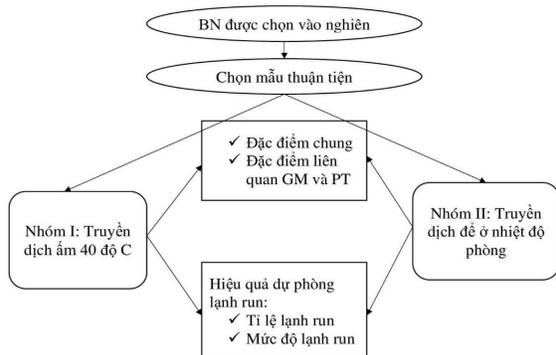
Sau mổ: Thu thập số liệu về lạnh run, nôn buồn nôn, thay đổi về hô hấp, tuần hoàn và các tác dụng không mong muốn khác.

Thời điểm đánh giá được xác định cụ thể như sau:

- H1: Thời điểm BN vào phòng mổ
- H2: Bắt đầu gây mê tủy sống
- H3: Bắt đầu phẫu thuật
- H4: Sau phẫu thuật 10 phút
- H5: Sau phẫu thuật 20 phút
- H6: Sau phẫu thuật 30 phút
- H7: Kết thúc phẫu thuật
- H8: Sau khi phẫu thuật 30 phút
- H9: Sau khi phẫu thuật 1 giờ
- H10: Sau khi phẫu thuật 2 giờ
- H11: Sau khi phẫu thuật 3 giờ
- H12: Sau khi phẫu thuật 4 giờ
- H13: Sau khi phẫu thuật 5 giờ
- H14: Sau khi phẫu thuật 6 giờ

Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0; test khi bình phương (χ^2). test

t-student. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm I là $28,53 \pm 4,42$ (min 18, max 46), trong nhóm II là $29,06 \pm 4,45$ tuổi (min 18, max 49); chiều cao, cân nặng, ASA, tiền sử mổ lấy thai; vị trí GTTS, lượng thuốc cấp cứu phải dùng trong mổ, tương đương nhau ($p < 0,05$).

2. Đặc điểm run lạnh sau GTTS

Nhóm		Nhóm I (n=150)	Nhóm II (n=150)	p
Run, lạnh		(%)	(%)	
Run lạnh	Có (n)	20,67(31)	55,33(83)	< 0,05
	Không (n)	79,33(119)	44,67(67)	
Mức độ 0		79,33(119)	44,67(67)	
Mức độ 1		6,67(10)	16,67(25)	
Mức độ 2		2,67(4)	21,33(32)	
Mức độ 3		4(6)	9,33(14)	
Mức độ 4		7,33(11)	8(12)	> 0,05

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân run lạnh sau gây tê tủy sống ở các mức độ 0 đến 3: nhóm I nhiều hơn nhóm II, $p < 0,05$.

3. Đặc điểm về phân bố thân nhiệt và nhiệt độ phòng mổ

Thời gian	Nhóm	Nhóm I (n ₁ =150)	Nhóm II (n ₂ =150)	p
Thân nhiệt (Độ C)	$\bar{X} \pm SD$	$36,85 \pm 7,23$	$36,88 \pm 6,28$	> 0,05
	Min - Max	36,5 - 37,5	36,4 - 37,5	
Nhiệt độ phòng mổ (Độ C)	$\bar{X} \pm SD$	$25,78 \pm 5,72$	$26,02 \pm 4,57$	> 0,05
	Min - Max	23 - 26	24 - 26	

Nhận xét: Thân nhiệt trung bình của hai nhóm bệnh nhân, nhiệt độ trung bình của phòng mổ tương đương nhau ($p > 0,05$).

4. Đặc điểm về lượng dịch truyền trong mổ

Thời gian	Nhóm	Nhóm I (n=150)	Nhóm II (n=150)	p
Tổng lượng dịch truyền (mL)	$\bar{X} \pm SD$	1345 $\pm 155,51$	1258 $\pm 51,35$	> 0,05
	Min - Max	1000 - 1700	1000 - 1600	

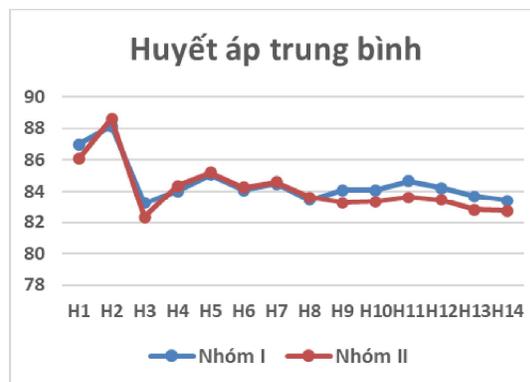
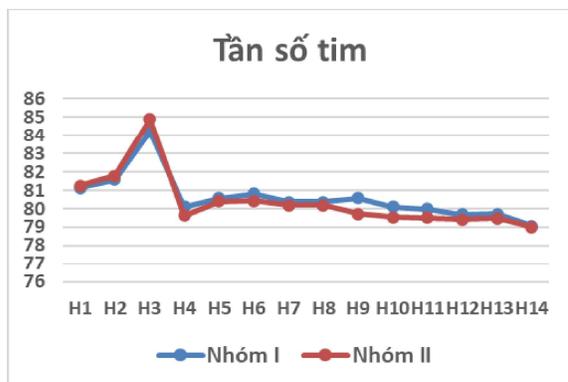
Nhận xét: Tổng lượng dịch truyền trong mổ ở nhóm I là $1345 \pm 155,51$ mL (ít nhất là 1000 mL và nhiều nhất là 1700 mL), ở nhóm II là $1258 \pm 51,35$ mL (ít nhất là 1000 mL và nhiều nhất là 1600 mL). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng dịch truyền trong mổ ở cả 2 nhóm ($p > 0,05$).

5. Thời gian phẫu thuật

Thời gian	Nhóm	Nhóm I (n ₁ =150)	Nhóm II (n ₂ =150)	p
Thời gian (Phút)	$\bar{X} \pm SD$	$41,70 \pm 5,19$	$42,33 \pm 5,09$	> 0,05
	Min - Max	32 - 59	30 - 52	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật tương đương 2 nhóm nghiên cứu.

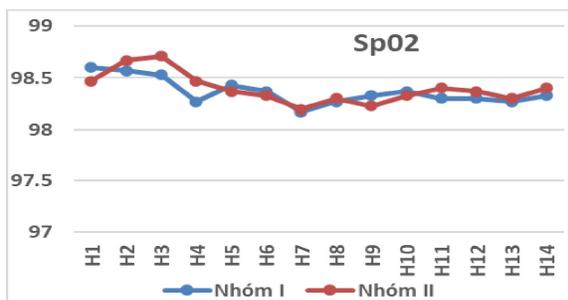
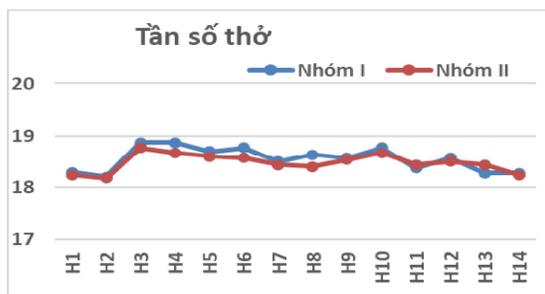
6. Thay đổi tần số tim, huyết áp trung bình qua các thời điểm nghiên cứu



Nhận xét: Trung bình nhịp tim của các bệnh nhân tăng nhẹ sau GTTS, sau đó giảm dần về trong giới hạn bình thường và ổn định trong qua các thời điểm nghiên cứu; không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

HATB của các bệnh nhân trong nghiên cứu giảm nhẹ sau khi GTTS, sau đó tăng dần và về trong giới hạn bình thường ổn định trong suốt cuộc mổ. so sánh không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

7. Thay đổi tần số thở, SpO₂ qua các thời điểm nghiên cứu



Nhận xét: Tần số thở, SpO₂ trung bình của tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu tại các thời điểm đánh giá đều trong giới hạn bình thường, $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Tuổi sinh đẻ từ 18 đến 49 tuổi, nhóm I là $28,53 \pm 4,42$ tuổi, nhóm II trung bình là $29,06 \pm 4,45$ tuổi ($p > 0,05$). Tương tự kết quả một số nghiên cứu: Đỗ Văn Lợi ($30,8 \pm 5,8$ tuổi) [6], Neves ($29,3 \pm 5,45$ tuổi) [7].

Chiều cao, cân nặng: Trung bình ở 2 nhóm I và II lần lượt là $154,02 \pm 4,91$ cm và $155,64 \pm 6,23$ cm ($p > 0,05$). Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đức Lam [5], Đỗ Văn Lợi [6], Trần Văn Cường [8].

Tuổi thai trung bình: Trung bình nhóm I và nhóm II lần lượt là $37,89 \pm 0,95$ tuần và $37,46 \pm 0,76$ tuần ($p > 0,05$). Tương đương với kết quả của tác giả Vũ Bá Quyết ($37,60 \pm 1,1$ tuần) [9] và Ashok Jadon ($37,7 \pm 1,1$ tuần) [9,10].

Tiền sử mổ lấy thai: Cả 2 nhóm tỉ lệ mổ lấy thai sẹo mổ cũ tương đương mổ lấy thai lần đầu (sẹo mổ cũ ở nhóm I là 51,33%, nhóm II là 52,67%). Sẹo mổ cũ ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật, diện phẫu thuật, cũng như mức độ cảm nhận đau của bệnh nhân, tương đương giữa hai nhóm nghiên cứu.

2. Đặc điểm run lạnh sau GTTS

Các nghiên cứu trên thế giới công bố tỉ lệ run lạnh sau gây mê toàn thân và gây tê vùng xảy ra ở 50% trường hợp. Có nhiều nguyên nhân, các yếu tố kết hợp làm gia tăng nguy cơ run lạnh sau phẫu thuật như tuổi, giới, người béo, bệnh

nhân lo lắng, đau, thiếu oxy, tụt huyết áp, loại gây mê, gây tê, loại phẫu thuật và thời gian gây mê, phẫu thuật.

Việc phòng ngừa hạ thân nhiệt không mong muốn trong và sau mổ vẫn còn là thử thách và đang ngày càng trở thành vấn đề cần điều trị cơ bản đối với việc kiểm soát bệnh nhân chu phẫu trong gây mê hồi sức. Kể từ nghiên cứu đầu tiên mô tả các tác dụng có lợi của việc làm ấm năm 1993, đã có khoảng thời gian 16 năm cho đến khi việc làm ấm được thực hiện như là một cách làm chuẩn trong hướng dẫn thực hành lâm sàng [12,13]. Năm 2009, Forbes và cs đề nghị dùng dịch truyền làm ấm, hệ thống màng sưởi ấm và nâng nhiệt độ phòng lên 22°C đối với các trường hợp phẫu thuật kéo dài hơn 30 phút [14]. Nhiều hướng dẫn điều trị mới đề nghị các biện pháp đặc biệt để duy trì nhiệt độ bệnh nhân trong và sau mổ $> 36^\circ\text{C}$. Một trong các biện pháp phòng ngừa đó là làm ấm dịch truyền với nhiệt độ từ 38 - 40°C [15].

Gần như 100% bệnh nhân trong mổ lấy thai vô cảm gây tê tùy sống cần phải truyền dịch với tốc độ tương đối nhanh để bù lại thể tích tuần hoàn để điều trị tụt huyết áp sau gây tê. Các dịch truyền này được để ở nhiệt độ phòng trong tủ thuốc tại phòng mổ nếu không được làm ấm trước, bệnh nhân đã than phiền về cảm giác lạnh, lạnh run và không thoải mái khi truyền dịch để ở nhiệt độ phòng, nhất là nhiệt độ trong phòng mổ thường là thấp. Vài nghiên cứu đã cho thấy rằng truyền dịch trong mổ với dịch đã được làm ấm trước có thể làm giảm triệu chứng lạnh run và giúp bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn [14,16].

Hạ thân nhiệt không mong muốn là một vấn đề hay xảy ra trong mổ, thường đi kèm với nhiều bất lợi. Các yếu tố chi phối nó gồm nhiệt độ môi trường lạnh trong phòng mổ, dùng dịch truyền lạnh, ức chế việc điều hòa thân nhiệt do tác dụng phụ của các thuốc dùng trong gây mê, gây tê. Các dữ liệu đã cho thấy có từ 50% tới 70% bệnh nhân bị hạ thân nhiệt không mong muốn quanh mổ [15]. Vì thế, một trong những nhiệm vụ quan trọng của người điều dưỡng gây mê là phải làm sao giảm thiểu tỉ lệ của vấn đề này.

Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ lạnh run ở nhóm không làm ấm chiếm 55,33% so với 20,67% ($p < 0,05$). Sử dụng dịch truyền được làm ấm trong mổ giảm nguy cơ tương đối lạnh run so với nhóm chứng 62,65% (cách tính $(83 - 31)/83$), nguy cơ còn lại 37,35%. Kết quả này cho thấy hiệu quả rõ rệt của việc phòng ngừa lạnh run bằng làm ấm dịch truyền sử dụng cho bệnh nhân mổ lấy thai với phương pháp vô cảm GTTS. Kết quả này của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của P.Sultan và cộng sự khi phân tích gộp 13 nghiên cứu với 789 bệnh nhân mổ lấy thai với phương pháp gây tê tùy sống. Trong đó 416 bệnh nhân được làm ấm bằng không khí hoặc làm ấm dịch truyền hoặc phối hợp cả 2 phương pháp so với 373 bệnh nhân ở nhóm chứng, kết quả ghi nhận việc làm ấm giảm được tỉ lệ lạnh run và mang lại cảm giác về nhiệt độ dễ chịu hơn cho bệnh nhân [11]. Nghiên cứu của tác giả Horn và cộng sự trên 200 bệnh nhân người lớn với thời gian phẫu thuật từ hơn 30 phút đến dưới 90 phút, bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 4 nhóm, nhóm 1 không được làm ấm; nhóm 2, 3, 4 được làm ấm bằng dịch truyền và phối hợp đắp mền sưởi ấm trong vòng lần lượt là 10, 20 và 30 phút. Kết quả ghi nhận tỉ lệ lạnh run ở nhóm 1 không được làm ấm là 18% cao hơn nhiều và có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2, 3 và 4 lần lượt là 6%, 7% và 2% [16]. Nghiên cứu này mặc dù khảo sát trên bệnh nhân gây mê với các loại phẫu thuật khác không phải trên sản phụ mổ lấy thai với gây tê tùy sống như nghiên cứu của chúng tôi, nhưng vẫn ghi nhận hiệu quả của việc làm ấm dịch truyền sử dụng trong mổ làm giảm nguy cơ lạnh run trong và sau mổ. Tỉ lệ lạnh run ở nhóm làm ấm dịch truyền của chúng tôi 20,67%, cao hơn nghiên cứu của Horn có thể là do chúng tôi chỉ sử dụng 1 biện pháp là làm ấm dịch truyền và phương pháp vô cảm là GTTS, trong khi Horn sử dụng 2 phương pháp vừa làm ấm dịch truyền vừa làm ấm không khí và sử dụng nhiều phương pháp vô cảm khác nhau.

Những thuận lợi của việc duy trì thân nhiệt bình thường trong giai đoạn sau mổ bao gồm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết thương sau mổ, giảm tỉ lệ nhồi máu cơ tim, giảm nguy cơ huyết khối sau mổ, giảm lượng máu mất và nguy cơ phải truyền máu. Tuy nhiên, với nhiều lợi ích thiết thực như trên nhưng cho đến nay việc làm ấm sản phụ trong mổ lấy thai nói riêng và bệnh nhân phẫu thuật nói chung vẫn chưa được thực hành rộng rãi mặc dù hầu hết các phòng mổ sản khoa đều có khả năng làm được điều này [11]. Về mức độ lạnh run, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả hai nhóm bệnh nhân có điều trị dự phòng và không dự phòng đều có xảy ra lạnh run ở tất cả các mức độ từ 0 - 4 theo Tsai và Chu [17], tập trung chủ yếu ở mức độ 0, 1, 2, 3 và ở nhóm chứng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có điều trị dự phòng. Nghiên cứu của Dal và cộng sự [18] và Begum R và cộng sự [19] cũng cho kết quả tương tự.

3. Đặc điểm về phân bố thân nhiệt và nhiệt độ phòng mổ

Hậu quả của hạ thân nhiệt làm cho bệnh nhân không thoải mái, lạnh run. Làm tăng các biến chứng tim mạch, kích thích giao cảm, tăng nồng độ các catecholamine huyết thanh. Làm giảm chức năng tiểu cầu và giảm hiệu quả con đường đông máu, làm tăng tiêu thụ oxy cơ tim, làm thay đổi chuyển hoá thuốc, giảm lành vết mổ với tăng nguy cơ nhiễm trùng, tăng thời gian nằm viện, tăng thời gian nằm hồi sức và tăng chi phí điều trị.

Kiểm soát hạ thân nhiệt chu phẫu bằng cách theo dõi thân nhiệt, tất cả bệnh nhân phẫu thuật chương trình nên được làm ấm để duy trì thân nhiệt trên 36,5 độ C, nhận biết các bệnh nhân có nguy cơ hạ thân nhiệt, theo dõi nhiệt độ phòng mổ, nhiệt độ phòng mổ tốt nhất 20 - 24 độ C (24 độ C cho đến khi bao phủ bệnh nhân).

Làm ấm bệnh nhân bằng máy sưởi ấm bằng hơi, mền điện ủ ấm, dịch truyền và dịch rửa được làm ấm, hạn chế phơi nhiễm bệnh nhân càng nhiều càng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi thân nhiệt trung bình của bệnh nhân ở nhóm I $36,85 \pm 7,23$ độ C (thấp nhất là 36,5 độ C và cao nhất là 37,5 độ C) và ở nhóm II là $36,88 \pm 6,28$ độ C (thấp nhất là 36,4 độ C và cao nhất là 37,5 độ C). Không có sự khác biệt về thân nhiệt trung bình của bệnh nhân ở cả 2 nhóm ($p > 0,05$). Nhiệt độ trung bình của phòng mổ ở nhóm I $25,78 \pm 5,72$ độ C (thấp nhất là 23 độ C và cao nhất là 26 độ C) và ở nhóm II là $26,02 \pm 4,57$ độ C (thấp nhất là 24 độ C và cao nhất là 26 độ C). Không có sự khác biệt về nhiệt độ trung bình của phòng mổ ở cả 2 nhóm ($p > 0,05$).

4. Đặc điểm về lượng dịch truyền trong mổ

Sản phụ trong mổ lấy thai có thể được truyền đến 2 lít dịch tinh thể, mục đích làm đầy tiền gánh để hạn chế tụt huyết áp sau GTTS [11]. Tổng lượng dịch truyền trong mổ ở nhóm I là $1345 \pm 155,51$ mL (min 1000 mL và max 1700 mL), ở nhóm II là $1258 \pm 151,35$ mL (min 1000 mL và max 1600 mL) ($p > 0,05$).

5. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật được tính từ khi rạch da đến khi đóng xong da. Trung bình của nhóm I là $41,70 \pm 5,19$ phút (max 59 phút, min 32 phút), còn nhóm II là $42,33 \pm 5,09$ phút (max 52 phút, min 30 phút), $p > 0,05$. Thời gian phẫu thuật dài hay ngắn phụ thuộc các yếu tố như độ thành thạo của phẫu thuật viên, chiều dài đường rạch da, đặc điểm giải phẫu của bụng bệnh nhân... nên ở các nghiên cứu khác nhau cho các kết quả khác nhau.

6. Thay đổi tần số tim, huyết áp trung bình qua các thời điểm nghiên cứu

Nhịp tim trung bình ở thời điểm trước mổ của các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi tăng nhẹ. Điều này là do liên quan đến những thay đổi sinh lý khi mang thai làm tăng tần số tim người mẹ đồng thời bệnh nhân thấy lo lắng cùng với cảm giác đau do các cơn co tử cung góp phần làm tăng nhịp tim. Sau khi lấy thai ra thường nhịp tim người mẹ thường cũng tăng do tác dụng phụ của oxytocin. Sau đó nhịp tim xu hướng giảm dần và trở về ổn định ở thời điểm cuối cuộc mổ. Chúng tôi tiếp tục theo dõi nhịp tim sau mổ vì phong bế giao cảm hồi phục chậm hơn phong bế cảm giác sau GTTS. Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu có rối loạn nhịp cần phải can thiệp điều trị. Không có sự khác biệt về thay đổi tần số tim của 2 nhóm nghiên cứu.

Sau GTTS huyết áp trung bình của các bệnh nhân đều giảm, tuy nhiên không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Tụt huyết áp trong mổ lấy thai là một biến chứng thường xuyên của gây tê tủy sống và có liên quan đến các biến cố bất lợi cho mẹ như buồn nôn và nôn và gây hại cho thai nhi. Ngay cả những đợt hạ huyết áp thấp trong thời gian ngắn của người mẹ cũng có thể dẫn đến nhiễm toan thai nhi, chỉ số Apgar thấp hơn và bệnh thiếu máu não cục bộ do thiếu oxy.

7. Thay đổi tần số thở, SpO₂ qua các thời điểm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều được theo dõi liên tục bằng monitor về hai chỉ số SPO₂ và nhịp thở, đồng thời bệnh nhân được thở oxy mask với lưu lượng từ 3 - 5 phút/lít trong 6 giờ sau mổ. Kết

quả cho thấy thay đổi về tần số thở và bão hòa oxy mao mạch (SpO₂) trung bình tại các thời điểm nghiên cứu của cả 2 nhóm đều trong giới hạn bình thường. Chúng tôi không thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tần số thở cũng như SpO₂ trung bình tại mỗi thời điểm đánh giá. Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào bệnh nhân có SpO₂ < 90% hoặc ngừng thở hay có tần số thở dưới 10 lần/phút

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 150 bệnh nhân được truyền dịch bằng dịch truyền được làm ấm trong mổ lấy thai với GTTS, chúng tôi kết luận: Tỷ lệ lạnh run ở nhóm không làm ấm chiếm 55,33% so với 20,67% ở nhóm được làm ấm ($p < 0,05$). Sử dụng dịch truyền được làm ấm trong mổ giảm nguy cơ tương đối lạnh run so với nhóm chứng 62,65%, nguy cơ còn lại 37,35%.

Về mức độ lạnh run cho thấy cả hai nhóm bệnh nhân có điều trị dự phòng và không dự phòng đều có xảy ra lạnh run ở tất cả các mức độ, tuy nhiên tập trung chủ yếu ở mức độ 0;1;2;3 và ở nhóm chứng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có điều trị dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Huỳnh Đào.** Đánh giá hiệu quả của phối hợp bupivacaine với sufentanil và morphine trong gây tê tủy sống mổ lấy thai. Luận án Chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
2. **Hồ Khả Cảnh.** Nghiên cứu tác dụng dự phòng lạnh của Ketamin liều thấp sau gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai. Tạp chí Y học thực hành số 5. 2010; tr33-35.
3. **Sultan. P, Habib. A, Cho. Y.** The effect of patient warming during Caesarean delivery on maternal and neonate outcomes: A meta-analysis. British Journal of Anaesthesia; 2015; 115 (4):500-510.
4. **Kinoshita T, Suzuki M, Shimada Y.** Effects of low dose ketamine on redistribution hypothermia during spinal anesthesia sedated by propofol Journal Nippon Med Sch. 2004; 71, pp. 92-98
5. **Nguyễn Đức Lam.** Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê tủy sống và gây tê tủy sống - ngoài màng cứng phối hợp để mổ lấy thai ở bệnh nhân tiền sản giật nặng. Published online 2013.
6. **Đỗ Văn Lợi.** Nghiên cứu gây tê tủy sống bằng Bupivacain kết hợp Morphine trong mổ lấy thai: Đại học Y Hà Nội; 2007, Đại học Y Hà Nội.
7. **J. F. das Neves, G. A. Monteiro, J. R. de Almeida, R. S. Sant'Anna, H. B. Bonin and**

C. F. Macedo. Phenylephrine for blood pressure control in elective cesarean section: therapeutic versus prophylactic doses. *Rev Bras Anesthesiol.* 2010; 60 (4), 391 - 398.

8. **Trần Văn Cường.** Đánh giá hiệu quả gây tê tủy sống bằng các liều 7mg, 8mg, 10mg bupivacain tỷ trọng cao 0.5% kết hợp 40µg fentanyl. 2013; Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108.

9. **Vũ Bá Quyết.** Nghiên cứu cải tiến kỹ thuật mổ rau cải răng lược. *Tạp chí Phụ sản.* 2017; 15 (2), 15 - 18.

10. **Ashok Jadon, P. Jain, S. Chakraborty, M. Motaka, S. S. Parida, N. Sinha, A. Agrawal and A. K. Pati.** Role of ultrasound guided transversus abdominis plane block as a component of multimodal analgesic regimen for lower segment caesarean section: a randomized double blind clinical study. *BMC Anesthesiol.* 2018; 18 (1), 53.

11. **P. Sultan, A.S. Habib, Y. Cho, B. Carvalho.** The effect of patient warming during Caesarean delivery on maternal and neonate outcomes: a meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia.* 2015; 115 (4):500 - 510.

12. **Glosten B, Hynson J, Sessler DI, McGuire J.** Preanesthetic skinsurface warming reduces redistribution hypothermia caused by epidural block. *Anesthesia and Analgesia* 1993; 77: 488 - 93.

13. **Just B, Trevien V, Delva E, Lienhart A.** Prevention of intraoperative hypothermia by

preoperative skin-surface warming. *Anesthesiology.* 1993; 79: 214 - 8.

14. **Forbes SS, Eskicioglu C, Nathens AB,** et al. Evidence-based guidelines for prevention of perioperative hypothermia. *Journal of the American College of Surgeons* 2009; 209: 492 - 503.

15. **Michael C. Roberson, Loraine S. Dieckmann, Ricardo E. Rodriguez, Paul N. Austin.** A review of the evidence for active preoperative warming of adults undergoing general anesthesia. *AANA Journal* October 2013. Vol. 81, No. 5

16. **E.P.Horn, B.Bein, R. Bohm, M. Steinfath,** et al. The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of peri-operative hypothermia. *Anaesthesia* 2012, 67, 612 - 617.

17. **Tsai YC, Chu KS.** A comparison of tramadol, amitriptyline and meperidine for post epidural anesthetic shivering in Parturients. *Anesthesia- Analgesia.* 2001; 93, pp. 1288 - 1292.

18. **Dal D, Korse A, Honca M** and all. Effects of ketamine in post operative shivering. *British Journal of Anesthesia.* 2005; 95 (2), pp. 198-192

19. **Begum R, Islam R, Sarker C. P, Karmaka K. K, Muksudul Alam ABM.** Prophylactic use of ketamine hydrochloride for prevention of post operative shivering. *Journal of BSA;* 2008; 21 (1); pp. 29 - 35.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA TAP BLOCK DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM VỚI PCA MORPHIN TĨNH MẠCH SAU PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI CỦA SẢN PHỤ TẠI BVĐK TÂM ANH NĂM 2021

ĐỖ ANH MINH, NGUYỄN QUỐC KÍNH
Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ, và tác dụng không mong muốn của TAP block dưới hướng dẫn siêu âm với PCA morphin tĩnh mạch sau phẫu thuật mổ lấy thai của sản phụ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2021.

Chịu trách nhiệm: Đỗ Anh Minh

Email: bsmingm@gmail.com

Ngày nhận: 17/11/2021

Ngày phản biện: 09/12/2021

Ngày duyệt bài: 20/12/2021

Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng với 80 sản phụ được mổ lấy thai, chia 2 nhóm: nhóm thực hiện kỹ thuật TAP block hai bên tiêm liều duy nhất với ropivacain 0,25% + 4mg dexamethasone (20ml cho mỗi bên), nhóm chứng sử dụng PCA morphin đường tĩnh mạch, liều bolus 1ml (1mg), thời gian khóa 10 phút. Sau khi thực hiện thủ thuật, các bệnh nhân được theo dõi và đánh giá trong vòng 48 giờ liên tục. Cả hai nhóm đều phớt