

Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Y học Cổ truyền Quân đội. 2019:72 - 73.

6. **Nguyễn Thị Thanh Tú.** Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của viên nang cứng Hoàng kinh trong điều trị viêm khớp dạng thấp. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.

7. **Wells, Becker, Teng, et al.** Validation of the 28-joint Disease Activity Score (DAS28) and

European League Against Rheumatism response criteria based on C-reactive protein against disease progression in patients with rheumatoid arthritis, and comparison with the DAS28 based on erythrocyte sedimentation rate. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):954 - 960.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TRONG ĐỀ CỦA GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG DO SẢN PHỤ TỰ KIỂM SOÁT BẰNG ANAROPINE KẾT HỢP FENTANYL

TẶNG XUÂN HẢI,
TRẦN MINH LONG, NGUYỄN NHƯ QUẾ
Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

TÓM TẮT

Xác định tác dụng giảm đau trong đề của gây tê ngoài màng cứng bằng anaropin phối hợp fentanyl. Mô tả các tác dụng không mong muốn của phương pháp trên. Thiết kế nghiên cứu mô tả lâm sàng có so sánh đối chứng. Sản phụ đẻ thường tại Khoa Sản, Bệnh viện Sản Nhi chia 2 nhóm: nhóm A gồm 90 sản phụ đăng kí làm giảm đau ngoài màng cứng có điều khiển. Nhóm B gồm 90 sản phụ đẻ thường không muốn dùng phương pháp. Kỹ thuật thực hiện bởi bác sĩ gây mê có kinh nghiệm và được đào tạo bài bản. Nhịp tim, HATT, HATTr không thay đổi hoặc thay đổi rất ít. Một số tác dụng không mong muốn: đau lưng (5,6%), đau đầu (2,2%), buồn nôn, nôn (1,1%). Các triệu chứng này thoáng qua và tự khỏi, không phải xử trí gì. 100% sản phụ không đau và ít đau, trong đó 33,3% hoàn toàn không đau. Thời gian chuyển dạ tích cực của nhóm A: $202 \pm 87,5$ phút ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm B: $265 \pm 138,7$ phút. Thời gian sổ thai của 2 nhóm như nhau. Tỷ lệ mổ lấy thai, tỷ lệ đẻ can thiệp của 2 nhóm như nhau. 100% trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar tốt. Sự hài lòng của sản phụ đạt 95,1%.

Từ khóa: Sản phụ, giảm đau, gây tê ngoài màng cứng, thang đau VAS.

SUMMARY

TO ASSESS OF ANALGESIA DURING LABOR OF CONTROLLED EPIDURAL ANESTHESIA WITH ANAROPINE PLUS FENTANYL

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

Ngày duyệt bài: 11/11/2021

Determination of analgesia during labor of epidural anesthesia with anaropine plus fentanyl. Describe the undesirable effects of the above method. Design of a comparative clinical descriptive study. Women giving birth normally at the Obstetrics and Gynecology Department of Nghe An Obstetrics and Children's Hospital were divided into 2 groups: group A included 90 women registered for controlled epidural analgesia. Group B consisted of 90 women giving birth who did not want to use the method. The technique is performed by an experienced and well-trained anesthesiologist. Heart rate, SBP, DBP did not change or changed very little. Some undesirable effects: backache (5.6%), headache (2.2%), nausea, vomiting (1.1%). These symptoms are transient and resolve spontaneously without any treatment. With 100% of women have no pain or little pain, of which 33.3% are completely painless. The active labor time of group A: 202 ± 87.5 minutes was significantly shorter than that of group B: 265 ± 138.7 minutes. The gestation period of the two groups was similar. The rate of cesarean section, the rate of interventional delivery of the two groups were the same. 100% of infants have a good Apgar score. Maternal satisfaction reached 95.1%.

Keywords: Pregnant woman, analgesia, peridural anesthesia, VAS.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau trong chuyển dạ là nỗi ám ảnh và lo sợ của sản phụ từ khi sinh đẻ. “Mang nặng đẻ đau” là câu nói về nỗi đau của sản phụ khi chuyển dạ. Thời gian đau kéo dài với tần suất cơn đau

xuất hiện ngày càng ngắn khi càng về cuối cuộc chuyển dạ, nhất là sản phụ con so khiến sản phụ ảnh hưởng tâm, sinh lý sâu sắc.

Đau trong chuyển dạ gây khó chịu cho sản phụ mà và ảnh hưởng có hại trên tuần hoàn, hô hấp, nội tiết... của mẹ và con. Con đau làm cho cuộc chuyển dạ trở nên khó khăn phức tạp hơn. Vì vậy, giảm đau trong chuyển dạ để không chỉ là một phương pháp điều trị mà còn mang tính nhân văn.

Có nhiều phương pháp giảm đau trong chuyển dạ như liệu pháp tâm lý, châm cứu, áp điện qua da, dùng thuốc giảm đau đường toàn thân hoặc gây tê vùng (gây tê thần kinh thẹn, gây tê tủy sống liều thấp, gây tê ngoài màng cứng (NMC)... Trong đó, gây tê NMC sử dụng phối hợp thuốc gây tê và giảm đau nhóm opioid là phương pháp phổ biến nhất vì có nhiều ưu điểm: hiệu quả giảm đau rất tốt, ít ảnh hưởng đến mẹ và con, dễ kiểm soát.

Để duy trì giảm đau gây tê NMC trong quá trình chuyển dạ, người ta có thể dùng những liều bolus ngắt quãng khi sản phụ đau, dùng bơm tiêm điện truyền liên tục, hoặc bệnh nhân tự điều khiển (PCEA). Các nghiên cứu gần đây về phương pháp gây tê NMC do bệnh nhân tự kiểm soát chiếm nhiều ưu điểm hơn^[7]. Anaropin là thuốc tê thế hệ mới, ít độc tính trên hệ tim mạch và thần kinh hơn, ít ức chế vận động.

Ở Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, gây tê NMC giảm đau trong đẻ mới đưa vào tiến hành thường quy hơn một năm trở lại đây. Vì vậy chúng tôi làm đề tài “Đánh giá hiệu quả giảm đau trong đẻ của gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự kiểm soát bằng anaropin kết hợp fentanyl” nhằm mục tiêu xác định tác dụng giảm đau trong đẻ của gây tê ngoài màng cứng bằng anaropin phối hợp fentanyl và mô tả các tác dụng không mong muốn của phương pháp.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sản phụ đẻ thường tại Khoa Sản, Bệnh viện Sản Nhi chia nhóm A gồm những sản phụ được gây tê NMC giảm đau đẻ và nhóm B gồm sản phụ đẻ thường không muốn dùng phương pháp.

Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm A:

- Tuổi thai từ 38 – 41 tuần, tính theo kì kinh cuối.
- Ngôi đầu.
- Khung chậu bình thường.
- Chuyển dạ đầu giai đoạn tích cực (khi cổ tử cung mở 3 - 4 cm).
- Các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường.
- Các sản phụ có yêu cầu làm giảm đau trong đẻ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi thai dưới 38 tuần và trên 41 tuần.
- Đang nhiễm trùng toàn thân, nhiễm trùng vùng thắt lưng nơi gây tê.
- Dị tật cột sống, chấn thương cột sống.
- Bệnh rối loạn đông máu.
- Dị ứng thuốc tê lidocain, bupivacain.
- Các sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nhóm B:

Gồm những sản phụ không gây tê NMC để giảm đau đẻ đủ điều kiện sau:

Các sản phụ có đủ tiêu chuẩn lựa chọn giống nhóm A.

Không yêu cầu giảm đau bằng gây tê NMC.

Cùng nhóm tuổi, số lần sinh, cùng thời điểm với nhóm nghiên cứu.

*Thiết kế nghiên cứu mô tả lâm sàng có so sánh đối chứng, Cỡ mẫu thuận tiện, dựa trên số bệnh nhân giảm đau đẻ và đẻ không dùng phương pháp GT NMC, chúng tôi chọn 90 sản phụ đăng kí làm giảm đau PCEA (nhóm A); 90 sản phụ đẻ thường không dùng phương pháp (nhóm B). Trong thời gian từ ngày 01/04/2021 đến 30/08/2021 tại Khoa Sản đẻ, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

*Các bước tiến hành nghiên cứu:

Chuẩn bị nhân lực, giải thích và chuẩn bị sản phụ, đánh giá các chỉ số sinh tồn, kiểm tra các xét nghiệm thường qui, các yếu tố đông máu. Gây tê NMC giảm đau đẻ theo qui trình chuẩn bởi bác sĩ gây mê có kinh nghiệm và được đào tạo chuyên sâu.

Các chỉ số nghiên cứu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0: các chỉ số được biểu hiện bằng số trung bình, độ lệch chuẩn. Phép kiểm test T để kiểm định các giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

*Biến số dùng trong nghiên cứu:

Tuổi sản phụ	Nghề nghiệp của sản phụ
Số lần sinh của sản phụ	Lý do mổ lấy thai
Thời gian xuất hiện giảm đau sau khi gây tê NMC	Chỉ số Apgar
Lượng thuốc giảm đau đã dùng	Số sản phụ phải truyền oxytocine
Thang điểm đau theo VAS	Thay đổi về nhịp tim, HA
Hiệu quả giảm đau theo VAS	Cơ co tử cung
Thời gian chuyển dạ tích cực	Tim thai
Thời gian số thai của sản phụ	Mức độ phong bế vận động
Cách thức đẻ	Các tác dụng không mong muốn và cách xử trí

Lý do đẻ forceps	Sự hài lòng của sản phụ
------------------	-------------------------

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung

Tuổi sản phụ (mean ± SD)	Nhóm A	27,82 ± 5,03		p>0,05	
	Nhóm B	28,39 ± 5,25			
Nghề nghiệp	Nhóm A n = 90	Tự do	45	50%	p>0,05
		CBCNVC	42	46,7%	
		Nông dân	3	3,3%	
	Nhóm B n = 90	Tự do	54	60%	
CBCNVC		32	35,6%		

Số lần sinh	Nhóm A n = 90	Nông dân	4	4,4%	p<0,05
		Con so	51	56,7%	
	Nhóm B n = 90	Con so	39	43,3%	p>0,05
		Con rạ	28	31,1%	
		Con rạ	62	68,9%	

Nhận xét:

- Tuổi nhóm A là 27,82 ± 5,03; nhóm B là 28,39 ± 5,25; p > 0,05.
- Nghề nghiệp chủ yếu của sản phụ là cán bộ viên chức và nghề tự do.
- Tỷ lệ sinh con so nhóm A hơn sinh con rạ, p < 0,05.

2. Đánh giá hiệu quả gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ đẻ (nhóm A)

Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau	< 5 phút	79	87,8%		p < 0,05
	5-10 phút	11	12,2%		
	>10 phút	0	0		
Thang điểm đau theo VAS	0: không đau	30	33,3%	0	0
	1-3: đau nhẹ	60	66,7%	10	11,1%
	4-6: đau vừa	0	0	26	28,9%
	7-8: đau nhiều	0	0	50	55,6%
	9-10: đau dữ dội	0	0	4	4,4%
Hiệu quả giảm đau theo Oates	Tốt	82	91,1%		p < 0,05
	Khá	8	8,9%		
	Trung bình	0	0		
	Kém	0	0		

Thời gian xuất hiện giảm đau sau khi GT NMC dưới 5 phút là 79 sản phụ (87,8%), 5-10 phút là 11 (12,2%).

Đa số nhóm A có tỉ lệ không đau 33,3% và đau nhẹ là 66,7%.

3. Cách thức đẻ của sản phụ và Apgar sơ sinh

Thời gian chuyển dạ ở pha tích cực	Nhóm A	202,7 ± 265,5 phút		p < 0,05	
	Nhóm B	87,5 ± 138,7 phút			
Thời gian sổ thai (phút)	Nhóm A	20,6 ± 26,4		p > 0,05	
	Nhóm B	7,5 ± 11,9			
Cách thức đẻ	Nhóm A	Đẻ thường	81	90%	p < 0,05
		Đẻ forceps	1	1,1%	
		Mổ lấy thai	8	8,9%	
	Nhóm B	Đẻ thường	79	87,8%	
		Đẻ forceps	1	1,1%	
		Mổ lấy thai	10	11,1%	
Lý do đẻ forceps	Nhóm A	Thai suy	0	0	p < 0,05
		Mẹ rặng yếu	1	100%	
	Nhóm B	Thai suy	0	0	
		Mẹ rặng yếu	1	100%	
Lý do mổ lấy thai	Nhóm A	Thai suy	1	12,5%	p < 0,05
		Ngôi không lọt	2	25%	
		CTC không tiến triển	5	62,5%	
	Nhóm B	Thai suy	2	20%	
		Ngôi không lọt	3	30%	
		CTC không tiến triển	5	50%	
Chỉ số Apgar 5 phút	Nhóm A	>7 điểm	90	100%	p < 0,05
	Nhóm B	>7 điểm	90	100%	

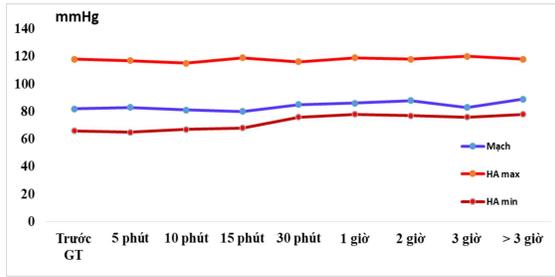
Thời gian chuyển dạ ở pha tích cực nhóm A ngắn hơn nhóm B, p < 0,05.

Thời gian sổ thai nhóm A: 20,6 ± 7,5 tương đương nhóm B 26,4 ± 11,9 phút.

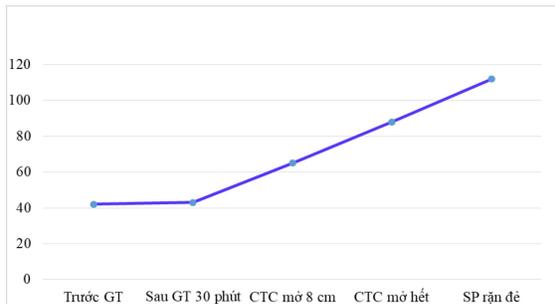
Tỉ lệ can thiệp và mổ đẻ giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa.

Tất cả trẻ sơ sinh đều có chỉ số Apgar sau 1 phút và sau 5 phút từ 8 điểm trở lên.

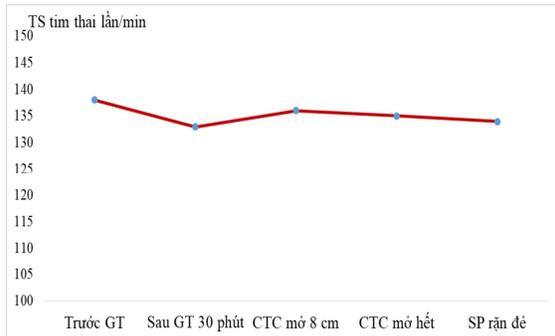
4. Mức độ an toàn và tác dụng không mong muốn của gây tê NMC



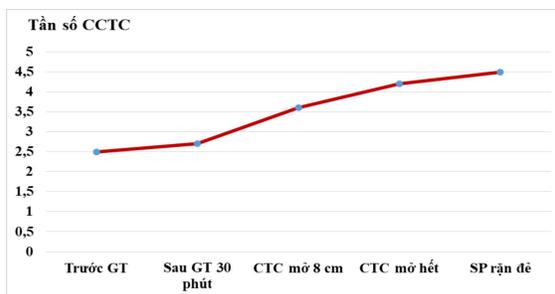
Thay đổi huyết áp, nhịp tim



Thay đổi cường độ cơ co TC



Thay đổi tần số tim thai



Thay đổi tần số cơ co TC

Biểu đồ 1. Thay đổi HA, nhịp tim, tim thai, tần số, cường độ cơ co tử cung

Nhận xét:

So với thời điểm trước gây tê NMC: HA của SP không ổn định.

Không làm giảm tần số cơ co tử cung.

Không làm giảm cường độ cơ co tử cung.

Nhịp tim thai ổn định sau khi gây tê NMC.

5. Tác dụng không mong muốn nhóm A

Triệu chứng	n	%
Đau đầu	2	2,2
Đau lưng	5	5,6
Buồn nôn, nôn	1	1,1
Rét run	0	0
Tụt huyết áp	0	0
Bí tiểu	0	0
Viêm tấy vùng tê	0	0
Áp xe ngoài màng cứng	0	0
Tụ máu dưới màng cứng	0	0
Tổn thương rễ thần kinh	0	0
Viêm màng não	0	0

Nhận xét: Có 2 sản phụ (2,2%) xuất hiện đau đầu; 05 sản phụ (5,6%) đau lưng; 01 sản phụ (1,1%) buồn nôn, nôn.

6. Sự hài lòng của sản phụ

Đánh giá	Nhóm A	
	n	%
Hài lòng	78	95,1
Không hài lòng	4	4,9
Tổng số	82	100

Nhận xét: Sản phụ hài lòng: 78 (95,1%). Có 4 sản phụ không hài lòng 4,9 %.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1), tất cả sản phụ trong độ tuổi sinh đẻ đều có thể giảm đau bằng GT NMC. Tuổi trẻ nhất 19 tuổi, tuổi nhiều nhất 40. Tuổi trung bình $28,11 \pm 5,14$ tuổi, trong đó phần lớn các sản phụ đều nằm trong độ tuổi từ 25 - 35 tuổi (63%). Đây là giai đoạn ổn định về sức khỏe và khả năng sinh sản.

Chúng tôi gặp các sản phụ ở các ngành nghề khác nhau.

Nghề nghiệp của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, phần lớn nghề nghiệp của các sản phụ là lao động tự do (55%) và cán bộ (41,1%), do đó sự hiểu biết về sức khỏe sinh sản và khả năng phối hợp với bác sĩ, nữ hộ sinh trong quá trình chuyển dạ khá tốt.

Với những sản phụ đẻ con so, do quá trình chuyển dạ lâu hơn, cảm giác đau nhiều hơn, hơn nữa tâm lý không ổn định: lo lắng, mệt mỏi, chuyển dạ kéo dài và nhiều yếu tố khác làm ảnh hưởng rất lớn đến quá trình chuyển dạ. Có lẽ vì thế mà số sản phụ đẻ con so yêu cầu được làm giảm đau cao hơn số sinh con 1. Ở những người sinh con 1, họ đã từng phải

chịu đựng cảm giác đau trong những lần để trước, có kinh nghiệm về nỗi sợ hãi đối với coen đau nên nhận thấy nhu cầu được giảm đau khi đẻ là rất cần thiết.

2. Đánh giá hiệu quả gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ đẻ (nhóm A)

2.1. Thời gian xuất hiện giảm đau

Thời gian xuất hiện giảm đau được tính từ khi bơm hỗn hợp thuốc tê và thuốc giảm đau qua catheter vào khoang NMC cho đến khi sản phụ giảm hoặc mất cảm giác đau. Thời gian xuất hiện giảm đau là một yếu tố quyết định tính hiệu quả của phương pháp giảm đau. Thời gian xuất hiện giảm đau ngắn chứng tỏ phương pháp giảm đau có hiệu quả, dễ theo dõi, kiểm soát và đánh giá. Theo kết quả của bảng 3.4 tỉ lệ xuất hiện giảm đau < 5 phút chiếm 87,8 % , 5-10 phút chiếm 12,2 % và không có trường hợp nào trên 10 phút.

2.2. Thang điểm đau theo VAS

Ngày nay có khá nhiều kỹ thuật lâm sàng để lượng giá đau và đáp ứng của đau với điều trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm đau theo VAS để lượng giá điểm đau của mỗi SP. Đây là thang điểm thường dùng nhất do dễ sử dụng, dễ đánh giá, thích hợp với mọi đối tượng bệnh nhân và độ chính xác cao.

+ Nhóm A: sau khi được giảm đau bằng, 100% sản phụ hoàn toàn không đau hoặc đau rất ít (VAS: 0-3), trong đó 33,3% sản phụ hoàn toàn không đau.

+ Nhóm B: là các sản phụ không áp dụng phương pháp giảm đau NMC: 84,5% sản phụ đau nhiều và đau vừa; 11,1% SP đau ít; không có SP nào là không đau. Đặc biệt có 4 SP đau dữ dội chiếm 4,4%.

Như vậy, các sản phụ nhóm A được giảm đau rất nhiều so với nhóm B, $p < 0,05$. Nhìn vào “bức tranh” trái ngược về mức độ đau của hai nhóm chúng ta thấy gây tê NMC có hiệu quả giảm đau rất rõ rệt. Cùng với thời gian xuất hiện tác dụng giảm đau nhanh, rõ ràng đây là phương pháp giảm đau lí tưởng cho các sản phụ.

2.3. Hiệu quả giảm đau

Dựa vào bảng phân loại hiệu quả giảm đau theo Oates, sau khi được gây tê NMC, hiệu quả giảm đau của chúng tôi đạt 100% ở mức tốt và khá (VAS: 0-4 điểm), không có trường hợp nào trung bình và kém.

Theo một số tác giả nghiên cứu, hiệu quả giảm đau của gây tê NMC trong chuyển dạ đẻ đạt được từ 96%-100%, trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù lượng thuốc tê và thuốc giảm đau được giảm đi so với các nghiên cứu trước nhưng hiệu quả vẫn đạt 100%, điều này chứng

tỏ sự cố gắng nỗ lực của các bác sĩ GMHS đã không ngừng học hỏi kinh nghiệm, cải tiến kĩ thuật để giảm thiểu các nguy cơ của gây tê NMC mà vẫn đạt được tỉ lệ thành công 100%.

3. Cách thức đẻ của sản phụ và Apgar sơ sinh

3.1. Thời gian chuyển dạ ở pha tích cực

Thời gian chuyển dạ ở pha tích cực được tính từ khi CTC mở 3cm đến khi CTC mở hết, trung bình từ 4-6 giờ [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chuyển dạ ở pha tích cực trung bình của nhóm A là $202,7 \pm 87,5$ phút ngắn hơn hẳn so với thời gian chuyển dạ ở pha tích cực trung bình của nhóm B là $265,5 \pm 138,7$ phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của tác giả Trần Văn Cường, Phan Thị Hoà [3,5]. Kết quả này có thể được giải thích là gây tê NMC có tác dụng giảm đau đã giúp cho sản phụ giảm mệt mỏi, giảm stress, góp phần cải thiện động lực học tử cung. Mặt khác, gây tê NMC đạt hiệu quả tốt có tác dụng làm giảm sức cản của CTC, làm mềm CTC dẫn đến CTC xoá mở nhanh, từ đó rút ngắn thời gian chuyển dạ.

3.2. Thời gian sổ thai

Thời gian sổ thai chính là giai đoạn 2 của chuyển dạ bắt đầu từ khi CTC mở hết cho đến khi sổ thai. Thời gian này cho phép đến 60 phút nếu không có dấu hiệu thai suy [2,4,8]. Thời gian sổ thai kéo dài có thể là do CCTC không đạt đủ về động lực học, do sức rặn của SP yếu hoặc do kiểu thể bất thường của ngôi thai làm cho ngôi không lọt. Về mặt lí thuyết, trong gây tê NMC dưới tác dụng của thuốc tê có thể làm giảm trương lực các cơ thành bụng, cơ hoành làm giảm áp lực của ổ bụng khi rặn đẻ, do đó có thể làm cho thời gian sổ thai kéo dài. Để làm giảm tình trạng này, chúng tôi khắc phục bằng cách trấn an sản phụ, hướng dẫn sản phụ rặn kết hợp gây tê lặp lại liều thuốc tê thấp và muộn hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sổ thai trung bình của nhóm A là $20,6 \pm 7,5$ phút. Thời gian sổ thai trung bình của nhóm B là $26,4 \pm 11,9$ phút. Thời gian sổ thai của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Phan Thị Hoà [5]. Như vậy, trên thực tế lâm sàng gây tê NMC không làm thời gian sổ thai kéo dài.

3.3. Cách thức đẻ

Qua nghiên cứu chúng tôi được kết quả sau: cách đẻ của 2 nhóm gây tê NMC (nhóm A) và nhóm không gây tê NMC (nhóm B) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả cho chúng ta thấy phương pháp gây tê NMC trong chuyển dạ đẻ không làm cho tỷ lệ

mổ lấy thai và tỷ lệ đẻ forceps tăng lên. Điều này cho thấy giảm đau trong chuyển dạ đẻ rất cần thiết và mang lại nhiều ích lợi cho sản phụ.

3.4. Lý do đẻ forceps

Từ kết quả cho ta thấy mỗi nhóm chỉ có 1 sản phụ cần đẻ forceps. Như vậy, nguyên nhân dẫn đến phải can thiệp bằng forceps ở cả hai nhóm là mẹ rặn yếu, tuy nhiên về mặt thống kê số liệu của chúng tôi cho thấy chưa có đủ bằng chứng nói rằng GTNMC ảnh hưởng đến sức rặn của người mẹ.

3.5. Lý do mổ lấy thai

Từ kết quả cho thấy: nhóm A có 8 trường hợp SP phải mổ lấy thai trong đó tỷ lệ mổ lấy thai do các nguyên nhân thai suy, ngôi không lọt, CTC không tiến triển lần lượt là: 12,5%; 25%; 62,5%. Ở nhóm B có 10 trường hợp SP phải mổ lấy thai trong đó 16,7% do thai suy, 27,8% do ngôi không lọt và do CTC không tiến triển 55,5%. Ở nhóm A, các sản phụ sau khi được gây tê NMC cảm giác đau giảm hoặc mất hẳn do đó họ đỡ kêu la, thở đều giúp cho thông khí ở người mẹ và nhịp tim thai của con ổn định. Trong nghiên cứu này, ở nhóm A chỉ có 1 trường hợp phải mổ lấy thai do thai suy chiếm tỉ lệ 12,1%. Còn ở nhóm B, các sản phụ không được gây tê NMC thì đau nhiều, kêu la vật vã, họ nín thở gây thiếu Oxy cho người mẹ và làm cho thai bị suy đưa tỉ lệ mổ lấy thai do nguyên nhân thai suy ở nhóm B là 20%. Kết quả này cho thấy gây tê NMC là phương pháp giảm đau an toàn cho các sản phụ.

3.5. Chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh

100% bé khi đẻ có chỉ số apgar sau 1 phút và sau 5 phút > 7/7. Cho thấy mức độ an toàn của phương pháp gây tê NMC lên trẻ.

4. Mức độ an toàn và tác dụng không mong muốn của gây tê NMC

*Thay đổi huyết áp của sản phụ

Sau khi tiến hành gây tê NMC, luôn và có định catheter, bơm thuốc tê và thuốc giảm đau trung ương vào khoang NMC chúng tôi theo dõi sát sự thay đổi về sinh hiệu của sản phụ bao gồm: mạch, huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu qua các khoảng thời gian sau gây tê.

Kết quả như sau: Về nhịp tim, ở thời điểm ngay trước khi gây tê NMC tần số mạch trung bình các SP là $87,4 \pm 8,5$ lần/phút, sau khi gây tê 5 phút tần số mạch cao nhất là $93,7 \pm 8,1$ lần/phút tăng dưới 1%. Trong nghiên cứu 90 sản phụ gây tê NMC để giảm đau trong đẻ có 1 sản phụ đã điều trị basedow, 1 sản phụ có tiền sử điều trị rối loạn nhịp tim. Qua quá trình theo dõi mạch của 2 sản phụ này cũng hoàn toàn ổn định.

Sự thay đổi về tần số mạch của các sản phụ sau khi gây tê qua các khoảng thời gian là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về huyết áp: Ở thời điểm ngay trước khi gây tê NMC, trị số HATT là $111,3 \pm 9,6$ mmHg và trị số HATT là $70,1 \pm 10,5$ mmHg. Qua các khoảng thời gian trị số thấp nhất của HATT là $107 \pm 8,6$ mmHg, HATT là $65,6 \pm 7,8$ mmHg. Sự thay đổi này không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê.

Điều này ghi nhận gây tê NMC trong chuyển dạ đẻ rất ít gây tụt huyết áp và chúng ta có thể dự phòng tụt huyết áp bằng cách tôn trọng chặt chẽ các chỉ định, chống chỉ định của phương pháp, khi thực hiện gây tê NMC cho sản phụ nằm nghiêng trái để tránh tử cung đè vào tĩnh mạch chủ dưới và sau khi gây tê phải theo dõi sát để phát hiện, xử lý kịp thời các tai biến của phương pháp. gây tê NMC là phương pháp an toàn đối với các sản phụ bình thường và các sản phụ có bệnh lý kèm theo.

*Thay đổi về tim thai, cường độ cơn co tử cung, tần số cơn co tử cung

Về tim thai: Kết quả nghiên cứu cho thấy tần số tim thai trung bình tại các thời điểm sau gây tê 30 phút, khi CTC mở 8cm, khi CTC mở hết, khi rặn đẻ sau khi gây tê NMC thay đổi rất ít so với thời điểm trước khi gây tê NMC. Qua kết quả này cho chúng ta thấy gây tê NMC không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng rất ít đến tần số tim thai trong chuyển dạ.

Về cơn co tử cung: Theo một số nghiên cứu, phương pháp gây tê NMC có tác dụng làm giảm CCTC nhưng có thể tự hồi phục bằng Oxytocin ngoại sinh^[10,6]. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi tần số và cường độ CCTC tăng dần theo các giai đoạn của quá trình chuyển dạ.

5. Tác dụng không mong muốn nhóm A

♦ Đau đầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đau đầu chiếm 2,2% và là những đau đầu thông thường (nhức nửa bên đầu, căng thẳng, mức độ nhẹ và không diễn hình các triệu chứng như trong y văn). Các trường hợp này, đau đầu đều giảm khi uống thuốc giảm đau thông thường và mất hẳn trong vòng một tuần.

♦ Đau lưng: Đau lưng là triệu chứng có thể gặp bất kỳ thời gian nào trong quá trình mang thai và đau tăng lên, nhiều hơn vào những tháng cuối, chiếm 50% các trường hợp. Đau lưng sau sinh thường xảy ra dù có gây tê hay không gây tê NMC và chúng ta rất khó để có thể phân biệt đau lưng sau sinh thông thường hay đau lưng là tác dụng phụ của phương pháp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 sản phụ

đau lưng sau sinh chiếm tỷ lệ 5,6% và đau giảm dần dưới 10 ngày mà không điều trị.

♦ Buồn nôn và nôn: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 sản phụ buồn nôn và nôn chiếm tỷ lệ 1,1%, không có triệu chứng khác kèm theo. Trong trường hợp này chúng tôi giải thích để sản phụ an tâm, bớt căng thẳng lo sợ, hướng dẫn sản phụ hít thở sâu và cho thở oxy hỗ trợ. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của tác giả Nguyễn Văn Chinh là 4,15%^[1]. Trong gây tê NMC, chúng tôi nhận thấy những nguyên nhân thường gây buồn nôn và nôn là:

Hạ huyết áp: Xảy ra cùng lúc hoặc sau đó, buồn nôn và nôn thường kèm theo một chuỗi dấu hiệu cơ năng. Triệu chứng giảm đi sau khi ta điều chỉnh huyết áp ổn định.

♦ Rét run: Rét run là tai biến thường gặp trong gây tê NMC để mổ lấy thai, ít gặp trong gây tê tuỷ sống trong đẻ. Về nguyên nhân gây rét run hiện nay chưa rõ ràng, tuy vậy, các yếu tố thuận lợi như: lo âu, truyền dịch lạnh, nhiệt độ xung quanh không đủ có thể làm cho tỷ lệ rét run tăng lên. Xử trí cho sản phụ thở oxy, ủ ấm hoặc tiêm tĩnh mạch Dolargan. Trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào rét run.

♦ Hạ huyết áp là khi huyết áp tối đa hạ dưới 90mmHg hoặc giảm trên 20%-30% so với trị số huyết áp ban đầu. Trong sản khoa loại trừ các nguyên nhân gây mất máu, nguyên nhân gây hạ huyết áp chủ yếu do tư thế nằm ngửa của SP, gây hội chứng chèn ép vào tĩnh mạch chủ làm giảm lưu lượng máu trở về tim và gây hạ huyết áp. Thông thường, trong gây tê NMC thì tai biến hạ huyết áp không đáng kể với sự phối hợp thuốc tê nồng độ thấp với thuốc giảm đau trung ương. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chinh^[9] tỷ lệ hạ huyết áp là 1,73%, của tác giả Phan Thị Hoà là 1,62%^[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào hạ huyết áp phải xử trí.

♦ Rối loạn tiểu tiện: rối loạn tiểu tiện trong chuyển dạ và sau khi sinh bao gồm tiểu khó và bí tiểu mà nguyên nhân có thể do sự đau đớn của các tạng vùng bụng dưới, do đầu thai nhi chèn ép vào bàng quang trong quá trình chuyển dạ. Những yếu tố trên cùng phối hợp với gây tê NMC với thuốc tê và thuốc giảm đau trung ương, mặc dù các thuốc này sử dụng với nồng độ thấp nhưng cả 2 nhóm thuốc này đều có thể gây ra rối loạn tiểu tiện tùy theo liều lượng, nồng độ và cách sử dụng. Cách xử trí là chườm ấm, châm cứu hoặc đặt sonde bàng quang. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bị rối loạn tiểu tiện. Theo kết quả nghiên

cứu của tác giả Nguyễn Văn Chinh tỷ lệ rối loạn tiểu tiện là 8,65%^[1].

* Một số tác dụng không mong muốn khác:

Làm an thần và ức chế hô hấp: là biến chứng đáng sợ nhất của các dẫn xuất của morphin, ngăn ngừa bằng cách theo dõi chặt chẽ và giảm liều dùng.

Rách màng cứng: chiếm tỷ lệ từ 0,5 đến 5% số chọc dò đưa đến nguy cơ tê tuỷ sống toàn bộ ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và đau đầu về sau.

Làm cấp tính các bệnh thần kinh có trước: cần phải đánh giá hết sức cẩn trọng trước khi gây tê.

Biến chứng thần kinh: Theo y văn, biến chứng này chiếm khoảng 1/5000 ca gây tê NMC mà hầu hết là các biến chứng nhỏ, tự khỏi mà không để lại di chứng^[9]. Một số biến chứng thần kinh như sau:

Tụ máu ngoài màng cứng: bệnh cảnh lâm sàng là các triệu chứng của hội chứng chèn ép tuỷ sống, tổn thương vùng dưới với các dấu hiệu về yếu liệt, giảm hoặc mất cảm giác chi dưới kèm theo dấu hiệu thần kinh thực vật như bí tiểu hoặc giảm trương lực cơ vòng hậu môn. Các dấu hiệu này ban đầu có thể chưa rõ nhưng dần dần tiến triển rõ rệt hơn. Trên lâm sàng cần phải nghĩ đến khi có sự phong bế vận động hoặc cảm giác kéo dài mà không giải thích được, kết hợp với chụp X quang tuỷ sống, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ sẽ giúp chẩn đoán chính xác. Khi có chẩn đoán, phải điều trị khẩn cấp thường là phẫu thuật.

Áp xe ngoài màng cứng: Rất hiếm gặp với tần suất là 1/500.000. Nguồn lây nhiễm có thể từ đường máu, trực tiếp từ nơi chọc dò hoặc nhiễm trùng vùng lân cận. Bệnh cảnh lâm sàng cũng có chèn ép tuỷ sống, xảy ra trong hoàn cảnh có nhiễm trùng, cách xa nơi chọc dò và diễn biến bán cấp. Chẩn đoán xác định dựa vào chụp cắt lớp tuỷ sống, chụp cộng hưởng từ và xét nghiệm vi trùng học. Đây là tình trạng khẩn cấp về nội khoa và ngoại khoa. Dự phòng vẫn là cách điều trị tốt nhất với việc tôn trọng chặt chẽ các nguyên tắc vô trùng, các chống chỉ định khi gây tê NMC.

Tổn thương các rễ thần kinh khi chọc dò gây dị cảm, mất cảm giác hoặc liệt nhẹ các cơ mà thần kinh đó chi phối.

Viêm màng não: Thường là vô trùng, dạng nhiễm trùng ít thấy.

6. Sự hài lòng của sản phụ

Sự hài lòng của sản phụ khi đánh giá và phương pháp nghiên cứu rất quan trọng, điều này cho chúng tôi biết mức độ thành công của

phương pháp. Để đạt được kết quả mong muốn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như kỹ năng tư vấn, khả năng thực hiện kỹ thuật thành thạo, hiệu quả giảm đau, tác dụng phụ của phương pháp, kỹ năng chăm sóc, thái độ phục vụ, hiệu quả của chuyên dạ... Tất cả các yếu tố đó đều góp phần vào sự thành công của phương pháp.

Sự thành công của phương pháp sẽ đem lại sự hài lòng cho mỗi sản phụ và ngược lại. Qua kết quả nghiên cứu cho chúng ta thấy tỷ lệ hài lòng của sản phụ là 95,1% và không hài lòng là 4,9%. Đây là kết quả rất có ý nghĩa là nguồn động viên, là bằng chứng về sự thành công của phương pháp để chúng tôi tiếp tục triển khai thực hiện phương pháp này.

KẾT LUẬN

1. Hiệu quả của phương pháp GT NMC do sản phụ tự kiểm soát

- Theo thang điểm đau 100% sản phụ không đau và đau ít, trong đó 33,3% hoàn toàn không đau đạt hiệu quả tối đa. Hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đạt được 100% tốt và khá.

- Thời gian chuyển dạ tích cực của nhóm A: $202 \pm 87,5$ phút ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B: $265 \pm 138,7$ phút.

- Thời gian sổ thai của 2 nhóm như nhau.

- Tỷ lệ mổ lấy thai, tỉ lệ đẻ can thiệp của 2 nhóm như nhau.

- 100% trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar tốt.

- Sự hài lòng của sản phụ đạt 95,1%.

2. Mức độ an toàn và tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê NMC do sản phụ tự kiểm soát

- Nhịp tim, HATT, HATT_r không thay đổi hoặc thay đổi rất ít.

- Một số tác dụng không mong muốn: Đau lưng (5,6%), đau đầu (2,2%), buồn nôn, nôn

(1,1%). Các triệu chứng này thoáng qua và tự khỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chính** (2004). "Giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng với sự phối hợp thuốc tê và thuốc giảm đau trung ương", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

2. **Dương Thị Cường** (1992). "Sinh lí chuyển dạ", bài giảng sản phụ khoa, Bộ môn Sản, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 84 - 96.

3. **Trần Văn Cường** (2003). "Sử dụng bupivacain kết hợp Fentanyl gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong đẻ con so trong đường tự nhiên", Tạp chí Phụ sản số 4, tr 108 - 116.

4. **Nguyễn Việt Hùng** (2000). "Sinh lí chuyển dạ", Bài giảng sản phụ khoa, Bộ môn Sản, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 34 - 43.

5. **Phan Thị Hòa** (2007). "Hiệu quả giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, chuyên ngành sản-phụ khoa, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

6. **Nguyễn Quang Quyền** (2004). "Giải phẫu học cột sống và các phần liên quan", Bài giảng Giải phẫu học, tập 2, Nhà xuất bản Y học, tr 8-25.

7. **Đỗ Văn Lợi** (2017). "So sánh hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ của phương pháp gây tê ngoài màng cứng do và không do sản phụ tự điều khiển" Luận án Tiến sĩ Y học, chuyên ngành gây mê hồi sức, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. **Cunningham. F.G** (2005), "Obstetrics Anesthesia" Williams Obstetric, p.474 - 478.

9. **Kuczkowski. K.M** (2007). "Labour pain and its management with the combined spinal-epidural analgesia: What does an obstetrician need to know?", Arch Gynecol Obstet, 275(3), p:183 - 185.

THỰC TRẠNG NGUỒN NHÂN LỰC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN YÊN PHONG, TỈNH BẮC NINH

NGUYỄN VĂN TUẤN¹, ĐÀM THỊ TUYẾT²

¹Trung tâm Y tế huyện Yên Phong, Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm: Đàm Thị Tuyết
Email: tuyetthainguyen@yahoo.com
Ngày nhận: 14/9/2021
Ngày phân biện: 19/10/2021
Ngày duyệt bài: 14/11/2021

TÓM TẮT

Nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ là việc làm cần thiết, đặc biệt là ở tuyến y tế cơ sở nguồn nhân lực thiếu cả về số lượng và chất lượng. Cùng cố mạng lưới y tế cơ sở là điều kiện tiên quyết để làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Trong đó, nhân lực là yếu tố