

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ TUỖ SỐNG VÀ NGOÀI MÀNG CỨNG PHỐI HỢP (CSE) TRONG VÔ CẢM ĐỂ MỔ VÀ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI Ở BỆNH NHÂN TIỀN SẢN GIẬT NẶNG

Nguyễn Đức Lam*, Nguyễn Hữu Tú**, Nguyễn Quốc Tuấn*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả vô cảm trong mổ và giảm đau sau mổ lấy thai của phương pháp gây tê tuỷ sống-ngoài màng cứng phối hợp (Combined Spinal Epidural anesthesia - CSE) ở bệnh nhân tiền sản giật (TSG) nặng so với phương pháp gây mê nội khí quản và đánh giá các tác dụng không mong muốn của hai phương pháp này. **Đối tượng, phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, 80 bệnh nhân TSG nặng được mổ lấy thai và chia thành 2 nhóm (mỗi nhóm 40 bệnh nhân): nhóm 1 - gây tê tuỷ sống – ngoài màng cứng phối hợp (CSE), nhóm 2 - gây mê nội khí quản. **Kết quả:** Không có sự khác biệt về tuổi, chiều cao, cân nặng và các đặc điểm sản khoa giữa 2 nhóm. HA động mạch ở nhóm gây mê NKQ tăng cao vào phút thứ 3, tương ứng với thời điểm đặt nội khí quản, trong khi HA động mạch ở nhóm gây tê CSE ít thay đổi hơn và ổn định trong suốt cuộc mổ. Thời gian nằm hồi tỉnh ngắn hơn ở nhóm gây tê CSE (2.6 ± 0.8 h so với 4.2 ± 1.3 h) và chất lượng giảm đau sau mổ tốt hơn ở nhóm gây tê CSE, đặc biệt khi bệnh nhân vận động, điểm VAS tương ứng là $1,7 \pm 0,3$ so với $5,2 \pm 0,8$. Chỉ số Apgar phút thứ nhất thấp hơn ở nhóm gây mê NKQ (6.7 ± 1.7 so với 8.5 ± 0.7) trong khi Apgar ở phút thứ 5 và khí máu ĐM rốn sơ sinh không có sự khác biệt. Có một số tác dụng phụ ở nhóm gây tê CSE: ngứa 15%, rét run 12%, nôn, buồn nôn 10%. **Kết luận:** Gây tê tuỷ sống – ngoài màng cứng phối hợp trong mổ lấy thai ở bệnh nhân tiền sản giật nặng, có hiệu quả vô cảm và giảm đau tốt, giảm tỷ lệ tăng HA kịch phát khi đặt NKQ ở nhóm gây mê toàn thân, giảm thời gian ở phòng Hồi tỉnh và cải thiện chỉ số Apgar phút thứ nhất của sơ sinh.

Abstract

Comparison of spinal combined epidural anesthesia vs general anesthesia for cesarean section in women with severe preeclampsia

Objective: This study was conducted to determine the safety of spinal combined epidural anesthesia for cesarean section in women with serious preeclampsia

Materials and methods: A RCT study, 80 patients with serious preeclampsia undergoing cesarean section were allocated in 2 groups: general anesthesia and spinal combined epidural anesthesia. The haemodynamic data, anesthesia and analgesia effect in the mother and newborn were recorded in the first 24h. **Results:** There were no significant difference in age, height and weight between the 2 groups. There was an increase of arterial pressure in the initial 3 minutes of anesthesia during intubation in group 1. The patients receiving spinal combined epidural anesthesia only had a slight fall in arterial pressure and no significant hypertension was seen in that group. One – minute Apgar scores were lower after general anesthesia but five- minute Apgar scores and umbilical arterial blood pH was similar. **Conclusion:** In severe preeclampsia, spinal combined epidural anesthesia for cesarean delivery prevents hypertension during tracheal intubation and one – minute Apgar scores for the baby were better than general anesthesia

* Bệnh viện Phụ sản Trung ương ** Trường Đại học Y Hà Nội

Đặt vấn đề

Tiền sản giật thường xảy ra ở ba tháng cuối của thời kỳ thai nghén và gây nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc từ 3% - 5% số thai phụ và tỷ lệ biến chứng là: tử vong mẹ: 1,2%, tử vong sơ sinh: 13,8% [1].

Cách điều trị triệt để và hiệu quả nhất của TSG nặng là đình chỉ thai nghén chủ yếu bằng mổ lấy thai. Vô cảm để mổ lấy thai ở TSG nặng có nhiều thay đổi trong vòng hai mươi năm qua. Trước đây, gây tê tuỷ sống (TTS) và gây tê ngoài màng cứng (NMC) đều không được khuyến dùng ở bệnh nhân TSG nặng. Sau này có nhiều tác giả ủng hộ việc sử dụng gây tê NMC hơn gây tê TS. Gần đây có nhiều nghiên cứu ủng hộ TTS ở những bệnh nhân TSG nặng vì tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm bệnh nhân này ít hơn so với nhóm bệnh nhân bình thường [4]. Gây tê tuỷ sống – ngoài màng cứng phối hợp là phương pháp kết hợp cả gây TTS và gây tê NMC nên tận dụng được ưu điểm của gây TTS là khởi tê nhanh, chất lượng tê tốt và ưu điểm của gây tê NMC là: có thể tiêm thêm thuốc tê kéo dài thời gian vô cảm và giảm đau sau mổ. Ngoài ra, phương pháp phối hợp

này còn hạn chế được tác dụng phụ của 2 phương pháp riêng biệt vì giảm được liều thuốc. Ramanathan và một số tác giả nước ngoài đã sử dụng gây tê CSE trong vô cảm để mổ lấy thai ở TSG nặng. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Từ thực tế đó, đề tài nghiên cứu này là nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả vô cảm trong mổ và giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê tuỷ sống- ngoài màng cứng phối hợp (CSE) so với phương pháp gây mê nội khí quản để mổ lấy thai ở bệnh nhân TSG nặng
2. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của 2 phương pháp trên

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 80 thai phụ bị TSG nặng nhưng chưa có biến chứng, tuổi thai từ 32 tuần trở lên, được mổ lấy thai tại khoa GMHS bệnh viện Phụ sản Trung ương. Không có chống chỉ định của gây tê CSE, đồng ý lựa chọn phương pháp gây tê CSE để mổ lấy thai và đồng ý tham gia nghiên cứu được chia làm 2 nhóm

- Nhóm 1: gây tê tuỷ sống- ngoài màng

cứng phổi hợp: 40 bệnh nhân.

- Nhóm 2: gây mê nội khí quản: 40 bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng

Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới, chiều cao, cân nặng

Chỉ số	Nhóm 1 (n = 40)	Nhóm 2 (n = 40)	p
Tuổi (min - max)	30,3 ± 5,8 (19 - 46)	29,1 ± 5,7 (20 - 43)	0,34
Chiều cao (m)(min - max)	1,56 ± 0,5 (1,4 - 1,64)	1,55 ± 0,23 (1,44 - 1,63)	0,29
Cân nặng (kg)(min - max)	61 ± 6,7 (48 - 76)	59,7 ± 7,3 (43 - 80)	0,12

Tuổi, chiều cao, cân nặng của 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt

Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tiền sản giật nặng

Bảng 2. Các triệu chứng của TSG nặng

Chỉ số	Nhóm 1 (n = 40)	Nhóm 2 (n = 40)	p
HA > 160/110 mmHg	28 (70 %)	21(52,5%)	0,38
Proteine niệu > 3g/l	28 (70%)	31(77,5 %)	0,52
Đau thượng vị, nôn, buồn nôn	4(10 %)	2 (5 %)	0,32
Đau đầu, tăng PX, rối loạn thị lực	6(15%)	2 (5 %)	0,46
Men gan tăng gấp 3 lần	2(5 %)	2 (5%)	0,13
Creatinine >100 µg/l	8(20%)	1 (2,5 %)	0,74

Các triệu chứng nặng của 2 nhóm chủ yếu là huyết áp > 160/110mmHg và Protein niệu > 3g/l. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm .

Đặc điểm gây tê, gây mê

Bảng 3. Đặc điểm gây tê, gây mê

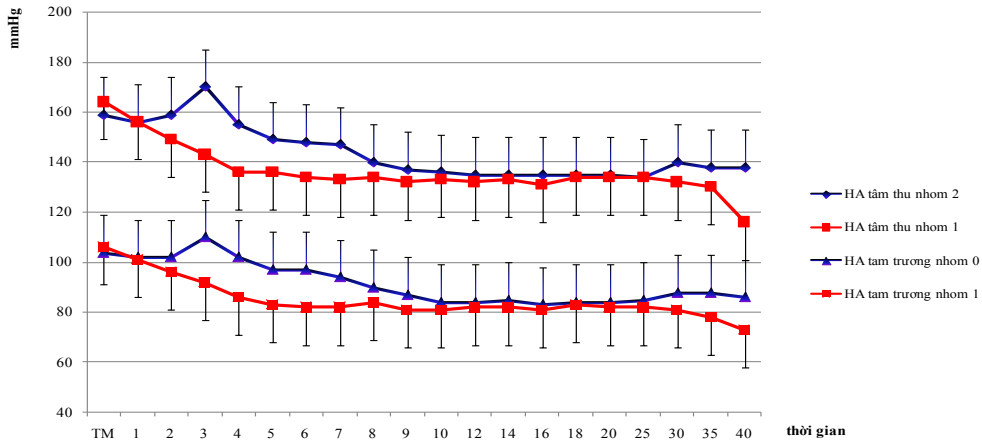
Chỉ số	Nhóm 1 (n= 40)	Nhóm 2 (n = 40)	p
Thời gian gây mê (phút) (min - max)	5,3 ± 1,8 (4- 9)	2,7 ± 0,7 (1,5 - 5)	0,7
Thời gian chờ tác dụng (phút) (min - max)	3,15 ± 1 (2 - 6)	0	0,7
Thời gian nằm ở phòng Hồi tỉnh (giờ) (min - max)	2,6 ± 0,8 (3 - 5)	4,2 ± 1,3 (3 - 6)	0,72

Thời gian gây mê không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, nhưng thời gian nằm ở phòng Hồi tỉnh và thời gian giảm đau sau mổ thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,05$)

Ở nhóm gây mê CSE có gặp 3 trường hợp luồn Catheter vào mạch máu chiếm 7,5%.

Các bệnh nhân này phải chọc lại lần 2 để luồn Catheter. Có 1 bệnh nhân bị đau vai gáy (2,5%) sau gây mê 24 giờ, điều trị bằng các thuốc giảm đau, khỏi sau 2 ngày. Chất lượng vô cảm theo đánh giá của phẫu thuật viên: nhóm 1: tỷ lệ tốt là 100%, nhóm 2: tỷ lệ tốt là 100%

Sự thay đổi về huyết động trong mổ



Biểu đồ 1. Thay đổi về huyết áp động mạch trong mổ

Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương của nhóm gây mê NKQ tăng mạnh ở phút thứ 3, tương ứng với thời điểm đặt NKQ.

Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ

Điểm đau VAS trung bình trong 24 giờ đầu sau mổ của 2 nhóm tương ứng là:

Nhóm 1: $1,52 \pm 0,3$ khi bệnh nhân không vận động và $1,7 \pm 0,4$ khi vận động

Nhóm 2: $3,75 \pm 0,7$ khi bệnh nhân không vận động và $5,2 \pm 0,8$ khi vận động

Sự khác biệt về điểm đau VAS khi bệnh nhân vận động là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đặc điểm sơ sinh

Bảng 4. Cân nặng và chỉ số Apgar

Chỉ số	Nhóm 1 (n = 40)	Nhóm 2 (n = 40)	p
Cân nặng (g) (min – max)	1922 ± 634 (900 – 3100)	1892.3 ± 624 (800 – 3900)	0,83
Apgar phút 1 (min – max)	8,5 ± 0,7 (7 - 9)	6,7 ± 1,7 (1- 9)	0,02
Apgar phút 5 (min – max)	9.5 ± 0,6 (8 – 10)	8,6 ± 1,6 (5 – 10)	0,1

Cân nặng của trẻ sơ sinh của 2 nhóm không có sự khác biệt nhưng chỉ số Apgar ở phút thứ nhất của nhóm gây mê NKQ thấp hơn của nhóm gây mê CSE có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Bảng 5. Khí máu động mạch rốn sơ sinh

Chỉ số	Nhóm 1 (n = 40)	Nhóm 2 (n = 40)	p
PH (min – max)	7,29 ± 0,2 (6,59 – 7,46)	7,36 ± 0,04 (7,24 – 7,45)	0,1
BE (min – max)	0,38 ± 3,9 (-1,1 – 7,0)	1,7 ± 3,4 (- 5,5 – 10,8)	0,15
HCO3- (min - max)	25,7 ± 3,8 (25,2 – 33)	27,4 ± 3,4 (20 – 36)	0,06

Không có sự khác biệt về các thông số khí máu động mạch rốn sơ sinh của 2 nhóm NC

Một số tác dụng phụ:

Nhóm gây tê CSE: Ngứa: 15%. Rét run: 12,5%. Nôn và buồn nôn: 10%. Không gặp trường hợp nào bị nhức đầu, suy hô hấp

Nhóm gây mê NKQ: Đau họng: 20%. Nôn và buồn nôn: chiếm 5%

Bàn luận

Hiệu quả vô cảm trong mổ và giảm đau sau mổ

Thời gian gây tê, gây mê của 2 nhóm không có sự khác biệt. Ở nhóm gây mê NKQ có gặp 1 trường hợp đặt NKQ khó do bệnh nhân béo, cổ ngắn và phù nhiều, thời gian gây mê mất 7 phút và bão hoà oxy bệnh nhân xuống thấp nhất là 75%.

Thời gian chờ tác dụng: ở nhóm gây mê NKQ thì có thể tiến hành mổ được ngay, nhưng ở nhóm gây tê CSE thì thời gian chờ từ lúc gây tê xong đến lúc rạch da là 3,15 ± 1 phút. Do đó gây mê NKQ vẫn được khuyến cáo trong các trường hợp tối cấp cứu sản khoa như: sa dây rau...

Về chất lượng vô cảm theo đánh giá của phẫu thuật viên: 100% tốt ở cả nhóm gây mê toàn thân và nhóm gây tê CSE. Có 2 (5%) bệnh nhân ở nhóm gây tê CSE sau khi rạch da, vào ổ bụng thấy cơ thành bụng vẫn cứng, khó lấy thai, các bệnh nhân này được tiêm thêm 100mg Lidocain thì đạt độ giãn cơ để mổ tiếp. Đây cũng là ưu điểm của phương pháp CSE: có thể tiêm thêm thuốc để đạt đến mức độ vô cảm theo yêu cầu.

Thời gian nằm ở phòng Hồi tỉnh ở nhóm

gây mê NKQ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm gây tê CSE (4,2 ± 1.1 giờ so với 2,6 ± 0,8 giờ) vì đa số bệnh nhân ở nhóm gây mê phải thở máy thêm 1-2 giờ sau mổ.

Hiệu quả giảm đau sau mổ: Nhóm gây tê CSE được truyền liên tục qua catheter NMC trong 24giờ đầu Bupivacain 0,1% + Fentanyl 1mcg/ml do đó điểm đau VAS trung bình trong ngày đầu là 1,52 ± 0,3 trong khi ở nhóm gây mê NKQ là 3,75 ± 0,7. Đặc biệt khi bệnh nhân vận động thì điểm VAS ở nhóm gây mê tăng cao: 5,2 ± 0,8 so với 1,7 ± 0,4 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy chất lượng giảm đau của nhóm gây tê CSE tốt hơn rất nhiều so với nhóm gây mê. Giảm đau tốt sẽ hạn chế được các cơn tăng áp ở bệnh nhân TSG nặng.

Thay đổi huyết áp động mạch.

Huyết áp động mạch tâm thu và tâm trương của nhóm gây mê NKQ tăng cao ở phút thứ 3 tương ứng với thời điểm đặt NKQ. Đây là giai đoạn rất nguy hiểm vì có thể gây tai biến mạch máu não hoặc phù phổi cấp. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Hodgkinson khi nghiên cứu 40 bệnh nhân TSG nặng chia làm 2 nhóm: gây tê NMC và gây mê NKQ. Tác giả thấy các cơn tăng huyết áp kịch phát kèm theo tăng áp lực động mạch và động mạch phổi bít khi đặt và rút NKQ ở nhóm gây mê [6]. Dyer khi nghiên cứu 70 bệnh nhân TSG nặng chia 2 nhóm: gây mê NKQ và gây tê TS đưa ra kết luận tương [5].

Trong khi ở nhóm gây tê CSE, huyết áp động mạch giảm chậm hơn, mức huyết áp thấp nhất vào phút thứ 4 và ổn định trong

suốt cuộc mổ. Đây là ưu điểm của phương pháp gây tê CSE vì chỉ sử dụng liều gây TTS là 6 mg Bupivacain lên tỷ lệ tụt huyết áp rất thấp. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Aya và cộng sự [4].

Ảnh hưởng trên sơ sinh

Chỉ số Apgar phút thứ nhất ở nhóm gây mê NKQ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm gây tê CSE ($6,7 \pm 1,7$ so với $8,5 \pm 0,7$) trong khi chỉ số Apgar ở phút thứ 5 không có sự khác biệt. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Dyer và Okafor [5]. Có thể giải thích là do sự ức chế sơ sinh của các thuốc gây mê và các thuốc họ morphine và đặc biệt đây là trẻ sơ sinh non tháng (tuổi thai trung bình là 34 tuần) và thường có chậm phát triển trong tử cung do mẹ bị tiền sản giật nặng. Các thông số về khí máu động mạch rốn sơ sinh của 2 nhóm không có sự khác biệt.

Một số tác dụng phụ của gây tê CSE và gây mê NKQ

Nhóm gây tê CSE: Ngứa 15%, nôn và buồn nôn: 10%. Được điều trị bằng kháng histamine (Dimedron) và Ondancetron tiêm tĩnh mạch

đều có kết quả tốt. Rét run là 12,5% .

Nhóm gây mê NKQ: Tỷ lệ đau họng của nhóm gây mê nội khí quản là 20%, tỷ lệ này hơi cao so với các tác giả khác, có thể do tình trạng phù nề niêm mạc đường hô hấp trên nên dễ bị chấn thương khi đặt NKQ. Tỷ lệ nôn và buồn nôn của nhóm gây mê NKQ là 5% có thể liên quan đến việc sử dụng các thuốc họ Morphin trong mổ.

Kết luận

Phương pháp gây tê CSE có hiệu quả tốt cho mổ và giảm đau sau mổ lấy thai ở bệnh nhân TSG nặng. Phương pháp này duy trì được huyết áp ổn định, tránh được con tăng huyết áp kịch phát khi đặt NKQ trong gây mê đồng thời rút ngắn thời gian bệnh nhân phải nằm ở phòng hồi tỉnh và cải thiện được chỉ số Apgar phút thứ 1 của sơ sinh.

Có gặp một số tác dụng phụ của gây tê CSE là: ngứa, rét run, nôn, buồn nôn... và của nhóm gây mê NKQ là: đau họng, nôn và buồn nôn...tuy nhiên với tỷ lệ thấp, điều trị dễ dàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt – Ngô Văn Tài (1999), “Ảnh hưởng của nhiễm độc thai nghén đối với sản phụ và trẻ sơ sinh”, Tạp chí thông tin y dược năm 1999, tr 138-140
2. Ngô Văn Tài (2000), “Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén”, Luận án Tiến sỹ y học, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Hà Nội 2000
3. Lê Thiện Thái (2010), “Ảnh hưởng của bệnh lý nhiễm độc thai nghén lên mẹ và thai nhi” Luận án Tiến sỹ y học, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Hà Nội 2010
4. Aya AG, Mangin R (2003) “Patients with severe preeclampsia experience less hypotension during spinal anesthesia for elective cesarean delivery than healthy parturient: a prospective cohort comparison. *Anesth Analg* 2003; 97: 867-72
5. Dyer RA (2003) “Prospective, randomized trial comparing general with spinal anesthesia for cesarean section for trial comparing delivery general with spinal anesthesia for cesarean delivery in preeclamptic patients with a non reassuring fetal heart trace”. *Anesthesiology* 2003;99:561-9
6. Hodgkinson R, Husain FJ “Systemic and pulmonary blood pressure during caesarean section in parturients with gestational hypertension” *Canad anaesth. Soc J* vol1 27. No 4 July 1980