

# ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ AN TOÀN VÀ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG CỦA LEVOBUPIVACAINE PHỐI HỢP SUFENTANIL TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

MÃ THANH TÙNG, Bệnh viện Từ Dũ TP.HCM  
NGUYỄN VĂN CHỪNG, Đại học Y Dược TP.HCM

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ an toàn, tỷ lệ các tai biến và biến chứng của gây tê tủy sống bằng hỗn hợp levobupivacaine với sufentanil trong mổ lấy thai.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang, ứng dụng lâm sàng.

**Kết quả:** Có 166 sản phụ với BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> được đưa vào mẫu nghiên cứu: tuổi trung bình của sản phụ là  $31,63 \pm 5,10$  tuổi, chỉ số BMI trước mang thai là  $29,29 \pm 1,93$  kg/m<sup>2</sup>. Tuổi thai trung bình là  $38,51 \pm 1,21$  tuần. Tỷ lệ ức chế vận động theo Bromage độ 3 đạt 94,58%. Mức tê tại thời điểm 5 phút có 90,36% đạt T10, thời điểm 10 phút có 94,58% đạt T4-T6. Tỷ lệ gây tê tủy sống thành công là 94,58%. Thời gian ức chế vận động trung bình là  $102,43 \pm 13,75$  phút, thời gian giảm đau hiệu quả trung bình là  $92,51 \pm 14,27$  phút. Mức độ dẫn cơ được đánh giá tốt chiếm 94,58%. Chỉ số Apgar 1 phút trung bình là  $7,07 \pm 0,39$  và 5 phút là  $8,16 \pm 0,40$ . Tỷ lệ tai biến sau gây tê tủy sống chiếm 35,54%, trong đó lạnh run 16,26%, tụt huyết áp 13,85%, nôn ói 10,24%, ngứa 10,24%, mạch chậm 7,23%. Nhu cầu sử dụng ephedrine chiếm 13,85% với liều trung bình  $27,60 \pm 6$  mg.

**Kết luận:** Gây tê tủy sống với levobupivacaine phối hợp sufentanil để trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ là một lựa chọn thích hợp, có hiệu quả gây tê tốt, độ an toàn cho mẹ và trẻ sơ sinh cao. Tỷ lệ tai biến thấp và không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và trẻ sơ sinh.

**Từ khóa:** Gây tê tủy sống, mổ lấy thai, tai biến, levobupivacaine phối hợp sufentanil.

## SUMMARY

ASSESSMENT OF THE SAFETY AND COMPLICATIONS OF LEVOBUPIVACAINE COMBINED WITH SUFENTANIL IN SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN SECTION

**Objective:** To assess the safety and the rate of complications of intrathecal levobupivacaine 10 mg combined with sufentanil 5 mcg for cesarean section.

**Methods:** Cross-sectional prospective study, clinical applications. **Main outcome measures:** One hundred and sixty-six parturients with BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> were enrolled. The average age was  $31.63 \pm 5.10$  years. The pre-pregnancy BMI index was  $29.29 \pm 1.93$  kg/m<sup>2</sup>. The average gestational age of the women was  $38.51 \pm 1.21$  weeks. The motor blockade was 94.58% at T4-T6 interval. The effective rate of spinal anesthesia was 94.58% of cases. The average motor block time was  $102.43 \pm 13.75$  minutes and the average effective analgesia was  $92.51 \pm 14.27$

minutes. Muscle relaxation assessment was "good" accounted for 94.58%. Apgar scores at 1 min after delivery was  $7.07 \pm 0.39$  points and 5 min was  $8.16 \pm 0.40$  points in average. The rate of complications after spinal anesthesia accounted for 35.54%, which 16.26% of shivering, 13.85% of hypotension, 10.24% of nausea and/or vomiting, 10.24% of pruritus and 7.23% of bradycardia. Needs of ephedrine accounted for 13.85% with an average dose of  $27.60 \pm 6.0$  mg.

**Conclusion:** Spinal anesthesia by the combination of levobupivacaine with sufentanil for cesarean section is an appropriate choice and has a good effective analgesia. The health of the mother and infant are safe. There is a low incidence of adverse effects that does not affect on the health of the mother and infant.

**Keywords:** Spinal anesthesia, cesarean section, complications, levobupivacaine, sufentanil.

## MỞ ĐẦU

Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật phổ biến tại hầu hết các bệnh viện, với tỷ lệ MLT ngày càng tăng thì việc chọn một phương pháp vô cảm thích hợp là vấn đề rất quan trọng, phải đảm bảo cuộc phẫu thuật diễn ra thành công, an toàn cho sản phụ và trẻ sơ sinh. Hiện nay, gây tê vùng được sử dụng trong đa số các trường hợp MLT [7], mà gây tê tủy sống (GTTS) là phương pháp vô cảm thường áp dụng nhất vì thao tác đơn giản, dễ thực hiện, nhanh chóng, hiệu quả vô cảm và mức độ dẫn cơ rất tốt giúp bác sĩ sản khoa lấy thai dễ dàng và giảm nguy cơ sang chấn. Khi được GTTS, sản phụ (sp) tỉnh táo, thoải mái và cảm nhận được niềm hạnh phúc khi nhìn thấy con chào đời. Sau mổ sp an tâm vì hiệu quả giảm đau kéo dài, ít xảy ra buồn nôn, nôn ói và đau họng do không có đặt ống nội khí quản như khi gây mê toàn thân [7].

Hiện tại, có nhiều loại thuốc được sử dụng trong GTTS để MLT với nhiều cách phối hợp cũng như liều dùng khác nhau, phổ biến hiện nay là bupivacaine phối hợp với fentanyl. Tuy nhiên, việc ra đời các loại thuốc mới trong lĩnh vực Gây mê Hồi sức đã mang lại rất nhiều lợi ích, trong đó levobupivacaine là thuốc tê thế hệ mới và mới có mặt tại thị trường Việt Nam, hiện tại chưa có đề tài nghiên cứu nào về loại thuốc tê này trong sản khoa và MLT. Levobupivacaine được đánh giá là an toàn hơn so với các thuốc tê trước đây, có hiệu quả gây tê tốt, ít tác dụng độc trên tim mạch so với bupivacaine [8],[9]. Sufentanil cũng là một thuốc giảm đau trung ương mới, có nhiều ưu điểm và tác dụng mạnh hơn nhiều lần so với fentanyl và các loại thuốc giảm đau trung ương khác. Sự phối hợp levobupivacaine và sufentanil trong GTTS để MLT đã được áp dụng nhiều nơi trên thế giới, có

nhiều nghiên cứu về sự kết hợp hai loại thuốc này mang lại hiệu quả vô cảm rất tốt, an toàn cho cả mẹ lẫn con [6],[8],[9].

Tại Bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi đã sử dụng phối hợp levobupivacaine và sufentanil trong GTTS để MLT, bước đầu đánh giá mức độ an toàn cho sp và thai nhi cũng như khảo sát các tai biến, biến chứng của sự phối hợp hai thuốc này.

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang, ứng dụng lâm sàng.

#### **Đối tượng nghiên cứu**

Bao gồm các sp có BMI trước mang thai  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, có chỉ định MLT cấp cứu (có thể trì hoãn) hoặc MLT chương trình.

#### **Tiêu chuẩn chọn mẫu**

- Mổ cấp cứu: giục sanh thất bại, khởi phát chuyển dạ thất bại, bất xứng đầu chậu, thai trình ngừng tiến triển, ối vỡ...

- Mổ chương trình: vết MLT trước đó, khung chậu giới hạn, ngôi mông con to, ngôi ngang, tiền sản giật nhẹ...

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Tuổi thai <28 tuần, khả năng trẻ sinh ra không sống được.

- Các chẩn đoán mổ: tim thai suy cấp, tiền sản giật nặng - sản giật, hội chứng HELLP, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non.

- Sản phụ đang trong tình trạng sốc, thiếu máu, ASA  $\geq$ III.

- Sản phụ sốt hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, nhiễm trùng dịch ối.

- Sản phụ có bệnh lý kèm theo như: suy tim nặng, hẹp hở van tim nặng, tăng áp lực động mạch phổi, cường giáp nặng.

- Sản phụ không đồng ý tham gia, không hợp tác.

- Chống chỉ định với phương pháp GTTS.

#### **Thời gian nghiên cứu**

Từ tháng 4/2010 đến tháng 11/2011 tại Khoa Gây mê Hồi sức - Bệnh viện Từ Dũ.

#### **Phương pháp thực hiện:**

Sau khi lập đường truyền tĩnh mạch với kim 18G, truyền nhanh dung dịch lactate Ringer's 10 ml/kg, đo mạch và huyết áp, sp sẽ được đặt ở tư thế ngồi trên bàn mổ với đầu gập tối đa, hai chân tựa trên ghế để thực hiện GTTS.

Sát trùng vùng lưng bằng dung dịch Povidone 10%, tiến hành GTTS bằng kim số 27G tại khe đốt sống L3-L4.

Liều thuốc sử dụng: levobupivacaine 10mg phối hợp sufentanil 5mcg.

Sau khi GTTS xong, đặt sp về tư thế nằm ngửa, gắn monitoring theo dõi ECG, tần số tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub> mỗi 1 phút trong 10 phút đầu tiên và mỗi 3 phút trong suốt cuộc mổ.

Đánh giá hiệu quả GTTS bằng kiểm tra sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage và ức chế cảm

giác bằng mất cảm giác lạnh.

Khi sp mất vận động hoàn toàn (Bromage 3) và ức chế cảm giác đạt đến T6-T4 sẽ tiến hành rạch da.

#### **Các dữ kiện được thu thập và xử lý số liệu**

- Tuổi, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI) của sản phụ.

- Tuổi thai.

- Mức ức chế vận động theo Bromage.

- Mức tê.

- Hiệu quả gây tê.

- Thời gian ức chế vận động.

- Thời gian giảm đau hiệu quả.

- Mức độ dẫn cơ.

- Chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh.

- Tai biến sau gây tê tùy sống.

- Các thuốc dùng thêm.

Quản lý số liệu thống kê bằng phần mềm Epi-data và Stata 10.0.

### **KẾT QUẢ**

Tổng cộng có 166 trường hợp.

**Bảng 1: Đặc tính chung của mẫu nghiên cứu**

Đặc tính	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Tuổi của sản phụ	19	44	31,63 ± 5,10
Cân nặng trước có thai (kg)	60	90	70,92 ± 5,85
Cân nặng tăng thêm (kg)	11	24	16,38 ± 2,53
Chiều cao (m)	1,45	1,70	1,55 ± 0,04
BMI trước mang thai (kg/m <sup>2</sup> )	26,67	34,89	29,29 ± 1,93

**Bảng 2: Tuổi thai**

	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Tuổi thai (tuần)	34	41	38,51 ± 1,21

**Bảng 3: Mức độ ức chế vận động theo thang điểm Bromage**

Bromage	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 0 + 1	6	3,61
Độ 2	3	1,81
Độ 3	157	94,58

**Bảng 4: Mức tê**

Mức tê	Tần số	Tỷ lệ %
Thời điểm 5 phút		
T10	150	90,36
<L1	16	9,64
Thời điểm 10 phút		
T4-T6	157	94,58
T10	3	1,81
<L1	6	3,61

**Bảng 5: Hiệu quả gây tê**

Hiệu quả gây tê	Tần số	Tỷ lệ %
Tê hoàn toàn	157	94,58
Tê một phần	3	1,81
Thất bại	6	3,61

**Bảng 6: Thời gian ức chế vận động**

	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Thời gian (phút)	90	125	102,43 ± 13,75

**Bảng 7: Thời gian giảm đau hiệu quả**

	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
--	-----------	--------	------------

Thời gian (phút)	75	117	92,51 ± 14,27
------------------	----	-----	---------------

**Bảng 8: Mức độ dân cư**

Mức độ dân cư	Tần số	Tỷ lệ %
Tốt	157	94,58
Trung bình	3	1,81
Kém	6	3,61

**Bảng 9: Chỉ số Apgar**

Chỉ số Apgar	Trung bình
1 phút	7,07 ± 0,39
5 phút	8,16 ± 0,40

**Bảng 10: Tai biến sau gây tê**

Tai biến	Tần số	Tỷ lệ %
Có	59	35,54
Không có	107	64,46

**Bảng 11: Các loại tai biến**

Tai biến	Tần số	Tỷ lệ %
Lạnh run	27	16,26
Tụt huyết áp	23	13,85
Nôn ói	17	10,24
Ngứa	17	10,24
Mạch chậm	12	7,23

**Bảng 12: Các thuốc dùng thêm**

Thuốc dùng thêm	Tần số	Tỷ lệ %
Ephedrine	23	13,85
Primperan	17	10,24
Atropine	12	7,23
Hydrocortisone	7	4,21
Sufentanil	3	1,81

**Bảng 13: Liều ephedrine điều trị tụt huyết áp**

	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Liều ephedrine (mg)	10	40	27,60 ± 6

## BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của sp trong mẫu nghiên cứu là 31,63 ± 5,10 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, cao nhất là 44 tuổi. Không có trường hợp nào dưới 18 tuổi hoặc trên 45 tuổi, đây là độ tuổi nằm trong lứa tuổi sinh sản (15-49 tuổi). Trong nghiên cứu của Bowring J (2006), tuổi trung bình là 30,80 ± 0,80 tuổi [7], Bremerich D.H (2007) là 30 ± 3 tuổi [8], Gautier P (2003) là 30 ± 4 tuổi [9], Parpaglioni R (2009) là 34,46 ± 3,97 tuổi. Cân nặng của sp trước khi mang thai trung bình là 70,92 ± 5,85 kg, nhẹ nhất là 60 kg và nặng nhất là 90 kg. Cân nặng tăng thêm bình quân trong thai kỳ là 16,38 ± 2,53 kg. Việc tăng cân là rất cần thiết trong thai kỳ, phản ánh tình trạng sức khỏe và trọng lượng của thai nhi khi sinh ra. Sự tăng cân trong thai kỳ có liên quan đến chỉ số BMI, BMI trước khi có thai càng cao hơn giới hạn bình thường thì sp càng có nhiều nguy cơ mắc các bệnh kèm theo trong thai kỳ như cao huyết áp, hội chứng tiền sản giật - sản giật, tiểu đường trong thai kỳ, sanh non...

Tuổi thai trung bình trong mẫu nghiên cứu là 38,51 ± 1,21 tuần, nhỏ nhất là 34 tuần và lớn nhất là

41 tuần, thai non tháng (<37 tuần) chiếm 13,85%, không có trường hợp thai quá ngày (>42 tuần). Sinh non và nhẹ cân không chỉ là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh mà còn gây ra hàng loạt hệ lụy về sức khỏe, sự phát triển thể chất và trí tuệ của trẻ trong tương lai. Trong nghiên cứu của Bowring J, tuổi thai trung bình là 38,20 ± 0,50 tuần [7], Marcel P.V là 39 ± 1 tuần, Parpaglioni R là 39 ± 1,40 tuần.

Có 157/166 sp liệt chân hoàn toàn theo thang điểm Bromage (độ 3) chiếm tỷ lệ 94,58%, tỷ lệ này tương ứng với tỷ lệ GTTS thành công trong nghiên cứu. Trong khi Bromage độ 2 là 3 trường hợp (1,81%) và Bromage độ 0 và độ 1 là 6 trường hợp (3,61%) tương ứng với số trường hợp tê một phần và không tê. Sự khác nhau về tỷ lệ ức chế vận động theo nhiều nghiên cứu là do sử dụng liều levobupivacaine khác nhau, có hoặc không có phối hợp với opioids khi chích vào tủy sống. Thời gian ức chế vận động trong nghiên cứu này được tính từ khi kết thúc GTTS đến khi hai chân cử động bình thường trở lại (Bromage độ 0) trung bình là 102,43 ± 13,75 phút, ngắn nhất là 90 phút và dài nhất là 125 phút. Đinh Hữu Hào (2009) nhận thấy thời gian ức chế vận động trung bình là 124 ± 28 phút [2]. Gautier P (2003) thực hiện GTTS trên 90 sp với bupivacaine 8 mg, levobupivacaine 8 mg và ropivacaine 12 mg, ghi nhận thời gian ức chế vận động trung bình ở 3 nhóm lần lượt là 142 ± 30 phút, 121 ± 25 phút và 116 ± 19 phút [9]. Bremerich D.H (2007) tiến hành GTTS trên 6 nhóm sp bằng levobupivacaine 10 mg và bupivacaine 10 mg phối hợp với fentanyl 10 mcg, 20 mcg hoặc sufentanil 5 mcg. Thời gian ức chế vận động thu được ở nhóm levobupivacaine lần lượt là 101 ± 42 phút, 85 ± 24 phút, 84 ± 32 phút thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm bupivacaine là 145 ± 49 phút, 151 ± 37 phút và 126 ± 37 phút (p<0,05). Tác giả này đã đề nghị liều thuốc tê levobupivacaine 10 mg phối hợp với sufentanil 5 mcg là thích hợp nhất trong GTTS để MLT [8].

Tại thời điểm 5 phút sau khi GTTS, có 150/166 sp mất sự phân biệt cảm giác lạnh tại mức T10 (90,36%) và 16/166 sp đạt mức L1 trở xuống (9,64%). Tại thời điểm 10 phút sau khi GTTS, có 157/166 sp đạt mức tê đủ để tiến hành phẫu thuật là T4-T6 chiếm 94,58%, chỉ có 3 trường hợp đạt mức T10 (1,81%) và 6/166 sp đạt mức L1 trở xuống (3,61%). Gori F (2010) đánh giá mức tê tại thời điểm 5 phút, 10 phút và xem như GTTS thành công khi mức tê đạt T6 trong vòng 20 phút. Tác giả nhận thấy với liều đơn thuần levobupivacaine 12,5 mg, thời gian bắt đầu khởi phát ức chế cảm giác là 7,6 ± 1,5 phút [10]. Agrawal A (2009) nhận thấy liều bupivacaine 12 mg đơn thuần đạt mức ức chế cảm giác đến T6 là 4,64 ± 0,28 phút so với 1,92 ± 0,27 phút ở nhóm bupivacaine 7,5 mg phối hợp với 10 mcg sufentanil, đồng thời mức tê cao nhất ghi nhận được là T5 [3]. Bouvet L (2011) so sánh các liều levobupivacaine 6, 8, 10, 12, 14 mg phối hợp với morphine 100 mcg và sufentanil 2,5 mcg để GTTS ở 85 sp (17 trường hợp mỗi nhóm), ghi nhận mức tê đạt T6 trong vòng 15

phút và đủ để thực hiện MLT ở tất cả sp. Đồng thời thời gian đạt được ức chế mức T6 ở liều levobupivacaine 10 mg là  $9,4 \pm 7,3$  phút [6].

Tỷ lệ thành công của GTTS trong nghiên cứu là 94,58% tương ứng với 157/166 trường hợp GTTS đạt mức tê T6-T4 sau 10 phút. Trong khi đó, không có tác dụng gây tê gặp ở 6/166 trường hợp (3,61%), đây được xem là những trường hợp thất bại GTTS hoàn toàn, đòi hỏi phải chuyển sang phương pháp gây mê toàn thân để tiếp tục cuộc mổ. Ngoài ra, có 3/166 trường hợp tê một phần (1,81%), đây là những sp có BMI >30 kg/m<sup>2</sup>. Tỷ lệ GTTS thất bại trong nghiên cứu của tôi thấp hơn hoặc tương đương với một số tác giả khác. Một số nghiên cứu ngoài nước ghi nhận tỷ lệ thất bại gây tê vùng trong MLT dao động 8-13,5%, tuy nhiên tỷ lệ trên với Jenkins J.G (2003) là 14,3%.

Thời gian giảm đau hiệu quả là thời gian từ khi hoàn thành bơm thuốc vào tủy sống đến khi sp yêu cầu thuốc giảm đau sau mổ. Trong nghiên cứu của tôi, thời gian giảm đau hiệu quả trung bình là  $92,51 \pm 14,27$  phút, ngắn nhất là 75 phút và dài nhất là 117 phút. Nếu so sánh với thời gian phục hồi vận động hoàn toàn (Bromage độ 0) thì thời gian sp yêu cầu thuốc giảm đau khi VAS  $\geq 4$  là ngắn hơn. Phạm Đông An (2004) ghi nhận thời gian tác dụng thuốc tê ở nhóm bupivacaine 12 mg là  $103,4 \pm 22,2$  phút và nhóm bupivacaine 12 mg phối hợp fentanyl 20 mcg là  $183,3 \pm 31,6$  phút [1]. Đinh Hữu Hào (2009) nhận thấy thời gian giảm đau trung bình là  $138 \pm 30$  phút [2]. Bremerich D.H (2007) nhận thấy thời gian giảm đau hiệu quả ở nhóm levobupivacaine phối hợp với sufentanil 5 mcg cao hơn có ý nghĩa so với nhóm levobupivacaine phối hợp với fentanyl (10 hoặc 20 mcg) với  $p < 0,05$  [8].

Mức độ giãn cơ thành bụng là rất quan trọng trong MLT. Sự thư giãn các cơ vùng bụng giúp bác sĩ phẫu thuật lấy thai dễ dàng, nhanh chóng và hạn chế các sang chấn cho thai nhi nhất là trong các trường hợp khó. Với liều levobupivacaine 10 mg phối hợp sufentanil 5 mcg, mức độ giãn cơ thành bụng được phẫu thuật viên đánh giá là tốt, giúp lấy thai dễ dàng chiếm 94,58%, giãn cơ mức độ trung bình là 1,81% và kém là 3,61%. Lee J.H (2011) ghi nhận mức độ giãn cơ ở nhóm bupivacaine đơn thuần chỉ có 41,67% là tốt, mức độ giãn cơ tốt và rất tốt ở nhóm bupivacaine phối hợp fentanyl hoặc sufentanil lần lượt là 79,17% và 83,33%. Gautier P (2003) nhận thấy mức độ giãn cơ ở cả ba nhóm GTTS bằng levobupivacaine hoặc bupivacaine hoặc ropivacaine đều được phẫu thuật viên đánh giá tốt và rất tốt [9]. Al-Abdulhadi O (2007) nhận thấy mức độ giãn cơ đạt rất tốt 100% trường hợp sử dụng ropivacaine + fentanyl + morphine trong GTTS [4].

Chỉ số Apgar của trẻ tại thời điểm 1 phút = 7 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 83,73%, Apgar 1 phút = 8 chiếm 12,05%, Apgar 1 phút = 6 chiếm 4,22%, Apgar 1 phút trung bình =  $7,07 \pm 0,39$ . Tại thời điểm 5 phút, Apgar = 8 điểm chiếm cao nhất 81,33%, Apgar 5 phút = 9 chiếm 17,47%, Apgar 5 phút = 7 chiếm 1,20%, Apgar

5 phút trung bình =  $8,16 \pm 0,40$ . Vì điều kiện khách quan nên tôi không thu thập được số liệu về khí máu động mạch và tĩnh mạch rốn của trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu của tôi cho thấy chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh là khá tốt, không có trường hợp trẻ sơ sinh nào bị suy hô hấp và cần chăm sóc đặc biệt sau MLT. Bremerich D.H (2007) ghi nhận trong tất cả 6 nhóm nghiên cứu, chỉ số Apgar trung bình tại 1 phút là  $\geq 8$ , 5 phút  $\geq 9$  và 10 phút đều bằng 10 [8].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ xảy ra tai biến sau khi GTTS chiếm 35,54%. Trong đó, lạnh run thường gặp nhất với tỷ lệ 16,26%, tụt HA 13,85%, nôn ói 10,24%, ngứa 10,24% và mạch chậm 7,23%, không có trường hợp nào xảy ra suy hô hấp. Các opioids thường kết hợp với thuốc tê chích vào tủy sống như morphine, fentanyl và sufentanil [3]. Liều opioids chích vào tủy sống là yếu tố chính quyết định tần suất và mức độ của các tác dụng phụ kèm theo [3]. Tác dụng phụ của opioids khi chích vào tủy sống thường gặp như: buồn nôn, nôn ói, ngứa, an thần và bí tiểu. Sử dụng liều cao opioids chích vào tủy sống không làm tăng tác dụng giảm đau trong khi tăng nguy cơ xảy ra các tác dụng phụ [3]. Liều fentanyl 10-25 mcg có thể kéo dài thời gian giảm đau sau mổ đến 4 giờ, tăng liều fentanyl sẽ tăng thời gian giảm đau đồng thời tỷ lệ ngứa cũng tăng theo. Sufentanil (2,5-5 mcg) có thời gian tác dụng ngắn hơn fentanyl, tác dụng phụ xảy ra phụ thuộc vào liều sử dụng. Pethidine (1 mg/kg) có thể được sử dụng đơn thuần trong GTTS để MLT nhưng thời gian tác dụng ngắn khoảng 1 giờ và hay gây tụt HA (tần suất 32-50%). Trong nghiên cứu của Atalay C (2010), nhận thấy tỷ lệ tụt HA và nôn ói cao nhất ở nhóm bupivacaine 10 mg (65% và 50%) và thấp nhất ở nhóm bupivacaine + pethidine 25 mg (20%). Tuy nhiên, tỷ lệ ngứa xảy ra cao nhất ở nhóm bupivacaine 5 mg + pethidine 35 mg (45%), trong khi không có trường hợp ngứa nào ở nhóm bupivacaine 10 mg [5]. Al-Abdulhadi O (2007) GTTS với liều ropivacaine 15 mg hoặc bupivacaine 11,25 mg phối hợp với morphine 100 mcg và fentanyl 10 mcg, nhận thấy tỷ lệ tụt HA trong mổ ở 2 nhóm từ 70-88%, nôn ói từ 33-61%, tỷ lệ ngứa sau mổ từ 12-21% [4].

Trong nghiên cứu của tôi, tỷ lệ sử dụng ephedrine trong mổ chiếm 13,85% tương ứng với số trường hợp xảy ra tụt HA. Liều ephedrine sử dụng trung bình là  $27,60 \pm 6$  mg, thấp nhất là 10 mg và cao nhất là 40 mg. Atalay C (2010) GTTS ở 4 nhóm với bupivacaine 10 mg hoặc bupivacaine 5 mg phối hợp với pethidine 35 mg, 30 mg và 25 mg, nhận thấy liều ephedrine sử dụng lần lượt là  $22,5 \pm 7,6$  mg,  $20,5 \pm 7,6$  mg,  $13,5 \pm 4,6$  mg và  $5,4 \pm 1,1$  mg, sự khác biệt về liều ephedrine ở nhóm bupivacaine 5 mg phối hợp với pethidine 25 mg là có ý nghĩa so với 3 nhóm còn lại với  $p < 0,001$  [5]. Gori F (2010) sử dụng ephedrine trung bình là  $5,8 \pm 3,8$  mg để điều trị tụt HA sau khi GTTS với levobupivacaine 12,5 mg [10]. Lee J.H (2011) ghi nhận liều ephedrine ở nhóm GTTS với bupivacaine đơn thuần là  $1,7 \pm 3,9$  mg, bupivacaine + fentanyl là  $5,8 \pm 8,9$  mg và bupivacaine + sufentanil là  $2,3 \pm 4,9$  mg.

## KẾT LUẬN

Qua 166 trường hợp GTTS với sự phối hợp thuốc tê mới levobupivacaine và thuốc giảm đau sufentanil để MLT tại Bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi nhận thấy đây là một lựa chọn phù hợp, có hiệu quả gây tê tốt, mức độ an toàn cho mẹ và trẻ sơ sinh cao, tỉ lệ xảy ra các tai biến sau GTTS thấp và không ảnh hưởng đáng kể lên sức khỏe của mẹ và thai nhi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đông An, Nguyễn Văn Chùng (2004), "Nghiên cứu hiệu quả của GTTS bằng hỗn hợp Bupivacaine và Fentanyl trong MLT". *Y học thực hành TpHCM*, 1(9), tr.51-57.
2. Đinh Hữu Hào, Nguyễn Trung Nhân và cs (2009), "Ảnh hưởng trên huyết động của gây tê tủy sống với bupivacaine liều thấp phối hợp fentanyl trong mổ lấy thai". *Hội nghị khoa học kỹ thuật Bệnh viện Nhân dân Gia định*, tr.224-232.
3. Agrawal A, Agrawal S, Asthana V, et al (2009), "Comparison of intrathecal fentanyl and sufentanil in addition to bupivacaine for caesarean section under spinal anaesthesia". *J Anaesth Clin Pharmacol*, 25(2), pp.154-156.
4. Al-Abdulhadi O, Biehl D, Ong B, Boker A (2007), "Hyperbaric spinal for elective cesarean section: ropivacaine vs bupivacaine". *M.E.J. Anesth*, 19(2),

pp.385-397.

5. Atalay C, Aksoy M, Aksoy A.N, et al (2010), "Combining intrathecal bupivacaine and meperidine during caesarean section to prevent spinal anaesthesia induced hypotension and other side effects". *J Int Med Res*, 38(5), pp.1626-1636.

6. Bouvet L, Col X.D, Chassard D, et al (2011), "ED50 and ED95 of intrathecal levobupivacaine with opioids for caesarean delivery". *Br. J. Anaesth*, 106(2), pp.215-220.

7. Bowring J, Fraser N, Vause S, Heazell A.E (2006), "Is regional anaesthesia better than general anaesthesia for caesarean section?". *J Obstet Gynaecol*, 26(5), pp.433-434.

8. Bremerich D.H, Fetsch N, et al (2007), "Comparison of intrathecal bupivacaine and levobupivacaine combined with opioids for caesarean section". *Curr Med Res Opin*, 23(12), pp.3047-3054.

9. Gautier P, De Kock M, et al (2003), "Comparison of the effects of intrathecal ropivacaine, levobupivacaine, and bupivacaine for caesarean section". *Br J Anaesth*, 91(5), pp.684-689.

10. Gori F, Corradetti F, Cerotto V, Peduto V.A (2010), "Influence of positioning on plain levobupivacaine spinal anaesthesia in cesarean section". *Anesthesiol Res Pract*, PMC2911613.