

NGHIÊN CỨU GÂY TÊ TỦY SỐNG NGOÀI MÀNG CỨNG KẾT HỢP TRONG VÀ SAU MỔ LẤY SỎI THẬN

Nguyễn Trung Kiên; Hoàng Văn Chương**

TÓM TẮT

Gây tê tủy sống (GTTS) ngoài màng cứng (NMC) kết hợp để mổ lấy sỏi thận và giảm đau sau mổ cho 30 bệnh nhân (BN); tỷ lệ vô cảm tốt trong mổ 93,33%; thời gian khởi phát tác dụng giảm đau nhanh ở mức T6 là $4,60 \pm 0,55$ phút, cơ mềm tốt tạo thuận lợi cho quá trình phẫu thuật. Sau mổ, khi điểm đau VAS (Visual Analogue Score) ≥ 4 , tiêm liều khởi đầu, sau đó, duy trì truyền liên tục qua catheter NMC tốc độ 3 - 5 ml/giờ. Kết quả: thời gian khởi phát tác dụng giảm đau nhanh, trung bình $5,53 \pm 0,74$ phút. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm theo dõi khi giảm đau NMC trong 48 giờ là $0,87 \pm 0,66$. Tỷ lệ BN không đau, đau nhẹ và đau vừa lần lượt là 96,67%; 3,33%. Tác dụng không mong muốn: run 20%, buồn nôn và nôn 10%, ngứa 6,67%, không có ức chế hô hấp.

* Từ khóa: Gây tê tủy sống; Giảm đau ngoài màng cứng; Sufentanil.

COMBINED SPINAL-EPIDURAL ANESTHESIA IN AND POST OPERATION OF KIDNEY STONE

SUMMARY

Combined spinal-epidural anesthesia for operating kidney stone and post-operative analgesia was carried out on 30 patients; the rate of good intraoperative anesthesia was 93.33%, the fast onset at T6 level was 4.60 ± 0.55 minutes; muscle were good flexible for surgical procedure. After operating, when VAS score (Visual Analogue Score) ≥ 4 , bolus initiatory dose and maintain continuous infusion into the epidural catheter at the speed of 3 - 5 millilitres per hour. Results: onset analgesia was rapid, medium time was 5.53 ± 0.74 minutes, medium VAS score in 48 hours were 0.87 ± 0.66 . The rate of patients felt no pain, slight pain and medium pain were 96.67%; 3.33% respectively. The side effect included quiver 20%, nausea and vomiting 10%, itchiness 6.67%, no respiratory inhibition.

* Key words: Spinal anesthesia; Epidural analgesia; Sufentanil.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy sỏi thận chiếm 40% phẫu thuật hệ tiết niệu, gây đau nhiều trong và sau mổ. Yêu cầu vô cảm và giãn cơ tốt, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật ngay cả khi cuộc mổ diễn biến kéo dài. GTTS - NMC

kết hợp (Combined Spinal Epidural - CSE) là kỹ thuật tiên tiến, đảm bảo vô cảm trong mổ bằng tê tủy sống và giảm đau NMC sau mổ, sử dụng phối hợp bupivacain với sufentanil; một opioids khởi phát tác dụng nhanh, giảm đau mạnh, thời gian bán thải ngắn, cho hiệu quả giảm đau tốt trong và sau mổ. So với

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Đỗ Tất Cường

morphin và fentanyl, sufentanil giảm đau mạnh hơn, tỷ lệ tác dụng phụ ít hơn. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Đánh giá hiệu quả vô cảm trong mổ và giảm đau sau mổ tác dụng không mong muốn của kỹ thuật GTTS - NMC kết hợp bằng hỗn hợp bupivacain - sufentanil trong phẫu thuật lấy sỏi thận.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- 30 BN \geq 18 tuổi, phân loại ASA I-III, có chỉ định phẫu thuật lấy sỏi thận, điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện 103.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN: BN đồng ý thực hiện vô cảm bằng kỹ thuật CSE, không có chống chỉ định GTTS và NMC.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN từ chối, không đặt được catheter NMC, dị ứng với các thành phần của thuốc sử dụng: bupivacain, sufentanil.

- Phương tiện nghiên cứu: bộ gây tê NMC - Espocan; bơm tiêm điện hãng BJBraun (Đức), bupivacain 0,5% 20 ml, bupivacain heavy 0,5% ống 20 mg/4 ml hãng AstraZeneca (Thụy Điển); sufentanil - hameln 250 μ g/5 ml (Đức).

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, mô tả.

- Phương pháp tiến hành:

+ Khám tiền mê, bổ sung các xét nghiệm cần thiết, đánh giá chức năng thận, thuốc tiền mê: diazepam 0,2 mg/kg, uống lúc 21 giờ trước khi đi ngủ.

+ Kỹ thuật tiến hành: BN nằm nghiêng, tư thế cong lưng tôm về bên chuẩn bị phẫu thuật trên bàn mổ, sát khuẩn vùng chọc kim

2 lần đầu bằng betadine, 2 lần sau bằng cồn 70⁰.

+ Chọc kim Tuohy qua khe liên đốt L₂-L₃, xác định khoang NMC bằng nghiệm pháp mất sức cản, xuyên kim GTTS 27G qua lòng kim Tuohy, khi có dịch não tủy chảy ra, tiêm vào khoang dưới nhện hỗn hợp bupivacain 0,18 mg/kg + 5 μ g sufentanil.

+ Rút kim GTTS, luồn catheter qua kim Tuohy sâu 4 - 5 cm trong khoang NMC, tương đương với đầu catheter nằm ở L₁-T₁₂. Rút kim Tuohy, cố định catheter.

+ Đặt BN nằm ngửa, thở oxy qua mũi 2 lít/phút, theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, chuyển BN sang tư thế phẫu thuật. Nếu mổ kéo dài hoặc tê tủy sống không đủ vô cảm cho phẫu thuật, tiêm bổ sung 10 - 15 ml dung dịch bupivacain 0,5% + 10 μ g sufentanil vào khoang NMC.

+ Đánh giá thời gian tiềm tàng của GTTS: tính từ khi tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện đến khi BN mất cảm giác đau theo vùng phân phối cảm giác đau.

+ Đánh giá mức ức chế cảm giác đau theo phương pháp châm kim (pin-prick): dùng kim 20G đầu tù để châm trên da và hỏi BN về nhận biết cảm giác đau.

+ Đánh giá thời gian tác dụng giảm đau trong mổ: là thời gian từ khi mất cảm giác đau ngang mức T10 đến khi xuất hiện trở lại cảm giác đau.

+ Đánh giá mức độ giảm đau trong mổ: phân chia độ của Martin có 3 mức:

. Tốt: BN hoàn toàn không có cảm giác đau trong phẫu thuật.

. Trung bình: BN vẫn còn cảm giác đau ở một số thì, phải dùng thêm thuốc giảm đau.

. Kém: BN rất đau không thể tiến hành phẫu thuật, phải bổ sung thuốc tê NMC hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.

Các số liệu ghi chép tại các thời điểm:

H1: trên bàn mổ, lúc chuẩn bị gây tê; H5: sau gây tê 5 phút; H10: sau gây tê 10 phút; H15: sau gây tê 15 phút; H30: sau gây tê 30 phút; H60: sau gây tê 60 phút; H90: sau gây tê 90 phút; H120: sau gây tê 120 phút.

- Sau mổ, chuyển BN sang phòng theo dõi sau gây mê và tiến hành giảm đau sau mổ.

- Pha thuốc giảm đau: dung dịch bupivacain 0,125% + 0,5 µg sufentanil/ml.

- Giảm đau sau mổ.

+ Đánh giá đau theo thang điểm VAS:

Nếu VAS < 4, theo dõi và đánh giá lại 15 phút/lần, nếu VAS ≥ 4, tiến hành giảm đau sau mổ.

+ Tiêm liều khởi đầu qua catheter NMC, thể tích dung dịch thuốc tê tính theo công thức:

$$\text{Thể tích tiêm (ml)} = \frac{[\text{chiều cao (cm)} - 100]}{10}$$

+ Giảm đau NMC liên tục bằng dung dịch thuốc tê trên, tốc độ 3 - 5 ml/giờ, điều chỉnh tốc độ để đạt giảm đau tốt cho BN, không tăng liều nếu ức chế đến T4.

+ Rút catheter ở giờ thứ 48 sau khi giảm đau.

- Các chỉ tiêu theo dõi:

+ Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau sau tiêm liều khởi đầu.

+ Mức độ giảm đau theo VAS, chia vạch từ 0 - 10.

+ Đánh giá độ an thần theo OAAS (Observer's Assessment of Alertness/Sedation): OAAS5: tỉnh hoàn toàn, đáp ứng ngay khi gọi tên bằng giọng bình thường; OAAS4: đáp ứng chậm, mơ hồ khi gọi tên bằng giọng bình thường; OAAS3: chỉ đáp ứng khi gọi tên to

hoặc gọi nhắc lại; OAAS2: chỉ đáp ứng khi gọi to và lay nhẹ; OAAS1: không đáp ứng khi gọi to và lay nhẹ.

+ Đánh giá ức chế vận động theo Bromage: M0: không liệt; M1: không nhắc được cẳng chân; M2: không gấp được khớp gối; M3: liệt hoàn toàn.

+ Tần số thở/phút, độ bão hòa oxy máu mao mạch (SpO₂).

+ Tần số tim, huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTr).

+ Tác dụng không mong muốn và biến chứng.

Sau mổ, các thông số được ghi chép tại 10 thời điểm:

H₀: trước khi tiêm thuốc giảm đau; H₁₆: sau tiêm 16 giờ; H_{0,25}: sau tiêm 30 phút; H_{0,5}: sau tiêm 30 phút; H₄: sau tiêm 4 giờ; H₈: sau tiêm 8 giờ; H₁₆: sau tiêm 16 giờ; H₂₄: sau tiêm 24 giờ; H₄₈: sau tiêm 48 giờ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của BN.

- Giới: nam 18 BN (60%), nữ 12 BN (40%); tuổi trung bình 45,6 ± 10,35; chiều cao trung bình 160,53 ± 7,25 cm, thấp nhất 145 cm, cao nhất 174 cm; cân nặng trung bình 52,17 kg, nhẹ nhất 37 kg, nặng nhất 65 kg.

- Đặc điểm sỏi thận: sỏi thận phải 43,33%; thận trái 36,67%; sỏi hai bên 20%. Về số lượng: sỏi một viên 40%, sỏi nhiều viên 60%.

- Thời gian phẫu thuật:

Bảng 1: Thời gian phẫu thuật.

THỜI GIAN (PHÚT)	< 60	60 - 90	91 - 120	> 120
n	16	12	1	1
%	54	40	3	3
$\bar{X} \pm SD$	58,50 ± 26,10			
Min - Max	30 - 150			

Thời gian phẫu thuật trung bình: 58,50 ± 26,10 phút, tối thiểu 30 phút, tối đa 150 phút.

2. Tác dụng vô cảm của GTTS.

* Thời gian ức chế cảm giác đau của GTTS:

Bảng 2:

GIÁ TRỊ	$\bar{X} \pm SD$			n
Thời gian tiềm tàng mức T10 (phút)	3,03 ± 0,56	1,5	4	30
Thời gian tiềm tàng mức T6 (phút)	4,60 ± 0,55	3,5	6	
Thời gian tác dụng giảm đau trong phẫu thuật	196,5 ± 3,58	125	360	
Thời gian giảm đau sau mổ (phút)	226,6 ± 1,98	145	420	

- Thời gian tiềm tàng đạt mức vô cảm ngang mức T10 là 3,03 ± 0,56 phút, vô cảm ngang mức T6: 4,60 ± 0,55 phút; ngắn hơn so với khi GTTS phối hợp bupivacain 0,18 mg/kg + 50 µg fentanyl trong phẫu thuật lấy sỏi thận: 5,58 ± 0,51 phút (mức T10); 8,87 ± 0,4 phút (mức T6) [2]. Theo M. Van de Velde, A. Teunken [8], thời gian tiềm tàng ngang mức T10 khi GTTS bằng bupivacain + sufentanil + epinephrine trong giảm đau chuyển dạ đẻ là 4,47 ± 1,9 phút, nếu dùng sufentanil 10 µg đơn thuần là 5,35 ± 0,05 phút.

- Thời gian tác dụng giảm đau trong phẫu thuật của GTTS trung bình 196,50 ± 53,58 phút. Theo Gunnar Dahlgren [6], GTTS cho phẫu thuật bắt con bằng bupivacain 12 mg + sufentanil 5 µg, thời gian tác dụng

giảm đau trong mổ 213,3 ± 75,7 phút, dài hơn so với khi phối hợp bupivacain 12 mg + fentanyl 10 µg (140 ± 34,4 phút) [2] và 90,9 ± 13,3 phút khi sử dụng bupivacain đơn thuần.

Thời gian phẫu thuật lấy sỏi thận trung bình 58,50 ± 26,10 phút, tối thiểu 30 phút, tối đa 150 phút. Như vậy, GTTS bằng hỗn hợp bupivacain - sufentanil đảm bảo vô cảm cho phẫu thuật. Trong nghiên cứu, 1 BN có thời gian mổ kéo dài do sỏi san hô nhiều viên, tuy không đau nhưng không đủ mềm cơ cho phẫu thuật, phải bổ sung liều 15 ml bupivacain 0,5% tiêm NMC.

- Thời gian giảm đau sau mổ của GTTS trung bình 226,67 ± 61,98 phút, tối thiểu 145 phút, tối đa 420 phút. Theo Gunnar Dahlgren [6], GTTS cho phẫu thuật bắt con bằng bupivacain 12 mg + sufentanil 5 µg, thời gian giảm đau sau phẫu thuật là 271,3 ± 65,5 phút, trong khi sử dụng bupivacain 12 mg + fentanyl 10 µg có thời gian giảm đau sau phẫu thuật là 181,1 ± 38,4 phút và nếu sử dụng bupivacain đơn thuần là 120,9 ± 29,1 phút.

Kết hợp bupivacain với sufentanil GTTS, thời gian giảm đau sau phẫu thuật lâu hơn so với bupivacain đơn thuần hoặc bupivacain phối hợp với fentanyl.

* Mức độ giảm đau trong phẫu thuật của GTTS:

Chất lượng giảm đau trong mổ (theo Martin): 28/30 BN (93,33%) đạt kết quả tốt, 2/30 BN (6,67%) đạt mức trung bình, có cảm giác đau ở một số thì trong phẫu thuật như thì kéo thận và không có BN nào đạt kết quả giảm đau kém.

3. Ước chế vận động trong phẫu thuật của GTTS.

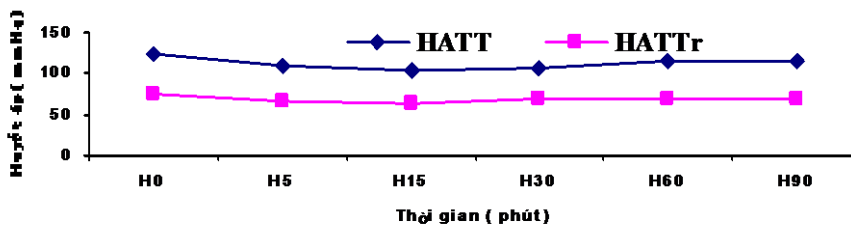
Sau GTTS, 27 BN (90%) liệt hoàn toàn vận động chi dưới (M3), 3 BN liệt vừa (10%) và không có BN nào liệt nhẹ hoặc không liệt.

- Mức độ ức chế vận động: với liều GTTS, 27 BN (90%) liệt hoàn toàn vận động chi dưới tương đương với mức M3, 3 BN (10%) liệt vừa tương đương với mức M2 và

không có BN nào liệt nhẹ hoặc không liệt. Như vậy, mức độ ức chế vận động của GTTS bằng bupivacain 0,18 mg/kg - sufentanil 0,5 µg/ml đủ để giãn cơ, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên lấy sỏi thận. Trong GTTS, thời gian khởi phát ức chế vận động và mức độ liệt vận động không phụ thuộc vào opioid mà phụ thuộc vào liều của thuốc gây tê.

4. Thay đổi về tuần hoàn sau GTTS.

* HATT, HATT_r sau GTTS:



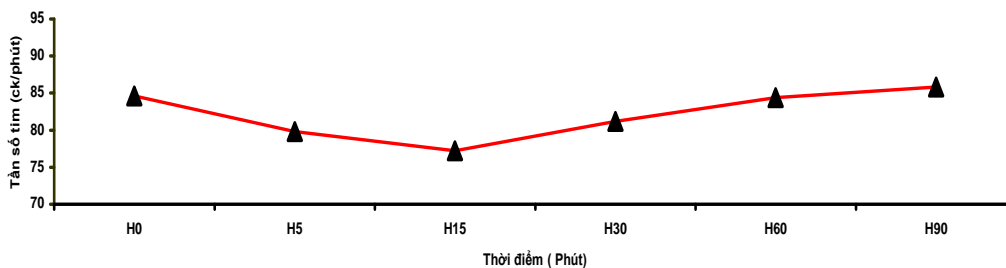
Biểu đồ 1: Biến đổi huyết động sau GTTS.

HATT giảm sau GTTS ở các thời điểm H5, H15 và H30 so với trước gây tê (H0) ($p < 0,05$). HATT từ các thời điểm H60 trở đi giảm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, 6 BN HATT giảm $< 20\%$ sau khi GTTS. HATT_r giảm sau GTTS tại các thời điểm từ H5 - H15 so với trước gây tê ($p < 0,05$), từ thời điểm H30 - H90 so với thời điểm H0, HATT_r thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, HATT_r trung bình tại các thời điểm vẫn trong giới hạn bình thường.

Monica B [7] thấy rằng huyết áp giảm trong vòng 30 phút đầu sau GTTS bằng bupivacain phối hợp với morphin và tỷ lệ phải dùng ephedrin để nâng huyết áp là 20%.

Nguyên nhân của huyết áp động mạch giảm là do thuốc tê trong khoang dưới nhện ức chế dây tiền hạch giao cảm và thần kinh giao cảm làm giãn mạch máu, giảm lượng máu về tim gây tụt huyết áp [3, 4].

* Tần số tim sau GTTS:

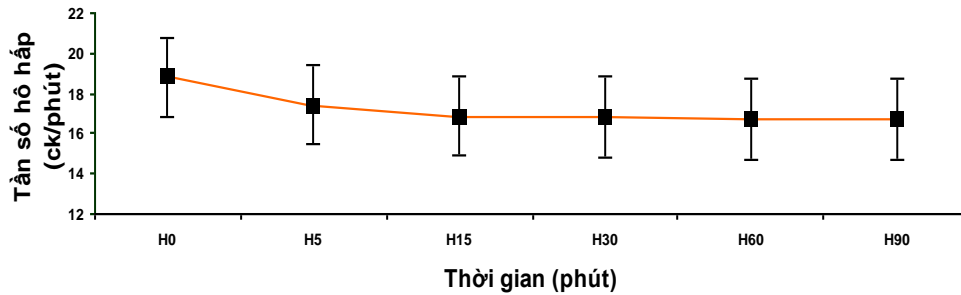


Biểu đồ 2: Biến đổi tần số tim sau GTTS.

Tần số tim giảm sau GTTS và xuống thấp nhất ở thời điểm H15 ($p < 0,05$). Nguyên nhân của giảm tần số tim là do thuốc tê khi tiêm vào khoang dưới nhện ngoài ức chế cảm giác đau còn ức chế thần kinh giao cảm cạnh sống. Mức độ ức chế phụ thuộc vào liều lượng thuốc tê và vị trí chọc kim gây tê, tốc độ bơm [3, 4].

5. Thay đổi hô hấp sau GTTS.

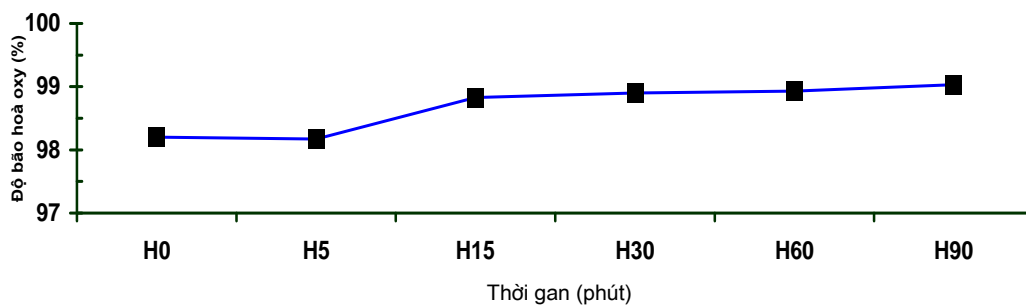
* Tần số hô hấp:



Biểu đồ 3: Biến đổi tần số hô hấp sau GTTS.

Tần số hô hấp sau GTTS tại các thời điểm nghiên cứu giảm hơn so với trước GTTS khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, tần số hô hấp trung bình tại các thời điểm này đều trong giới hạn bình thường, thấp nhất 16 chu kỳ/phút, cao nhất 20 chu kỳ/phút.

* Độ bão hoà O_2 trong máu mao mạch:



Biểu đồ 4: Độ bão hoà oxy trong máu mao mạch (%).

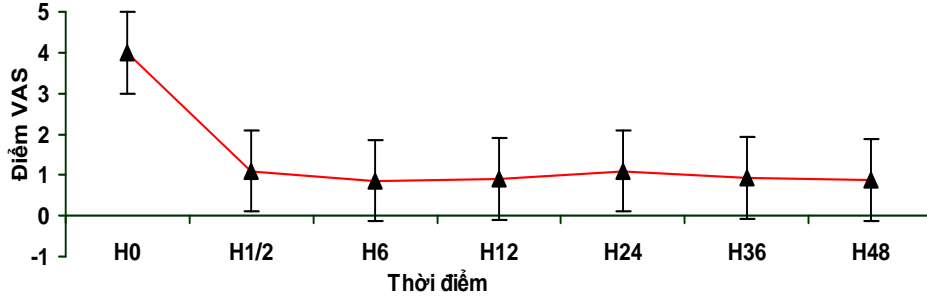
Khác biệt SpO_2 trước và sau GTTS ở các thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

6. Tác dụng của gây tê NMC liên tục sau phẫu thuật.

Thời gian tiềm tàng giảm đau NMC ở mức T10 là $5,53 \pm 0,74$ phút, ở mức T6 là $7,10 \pm 0,79$ phút. Khi sử dụng bupivacain đơn thuần, thời gian này từ 10 - 20 phút [9]; khi phối hợp với fentanyl là 7,5 phút [2]. Như vậy, gây tê NMC bằng bupivacain phối hợp với sufentanil, thời gian tiềm tàng ngắn hơn giúp BN giảm đau nhanh chóng hơn.

* *Chất lượng giảm đau của gây tê NMC liên tục:*

- Điểm VAS trung bình tại các thời điểm khi tê NMC liên tục là $0,87 \pm 0,66$, chỉ có 1 trường hợp VAS max = 4 tại thời điểm H6, do lỗi bơm tiêm điện không hoạt động.



Biểu đồ 5: Điểm VAS khi tê NMC liên tục tại các thời điểm.

- Hiệu quả giảm đau NMC liên tục sau phẫu thuật: 29 BN (96,67%) không đau hoặc đau nhẹ, 1 BN (3,33%) đau vừa.

- Giảm đau NMC sau phẫu thuật đạt hiệu quả giảm đau tốt, thầy thuốc có thể kiểm soát tình trạng đau sau phẫu thuật của BN bằng cách điều chỉnh tốc độ tiêm thuốc của bơm tiêm điện, căn cứ vào mức độ đau (điểm VAS); chủ động được thời gian kiểm soát đau sau phẫu thuật, xoa dịu đau đớn, căng thẳng của người bệnh và gia đình sau phẫu thuật; làm giảm tối đa ảnh hưởng của stress phẫu thuật và đau sau mổ tới kết quả điều trị.

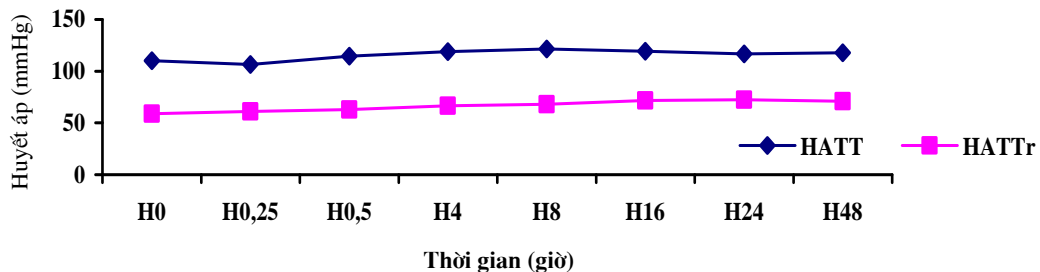
- Giảm đau sau phẫu thuật không chỉ là tính nhân văn của y học nói chung mà còn đánh giá sự tiến bộ của ngành gây mê hồi sức nói riêng. Hiện nay, tại các trung tâm y

khoa trên thế giới và một số trung tâm y khoa lớn trong nước, giảm đau sau phẫu thuật đang là một vấn đề mang tính thời sự. Mặc dù ở các nước tiên tiến giảm đau sau phẫu thuật đang dần trở thành một kỹ thuật thường quy, nhưng đối với nước ta số người được tiếp cận với kỹ thuật này còn hạn chế do thiếu các phương tiện kỹ thuật, tổ chức và nhân lực.

* *Mức độ ức chế vận động của gây tê NMC liên tục:*

29 BN (96,67%) không liệt vận động khi tê NMC liên tục (M0), 1 BN (3,33%) liệt nhẹ (M1) và phục hồi ngay sau khi ngừng thuốc, không BN nào liệt vừa hoặc liệt hoàn toàn.

* *Thay đổi huyết động của gây tê NMC liên tục:*

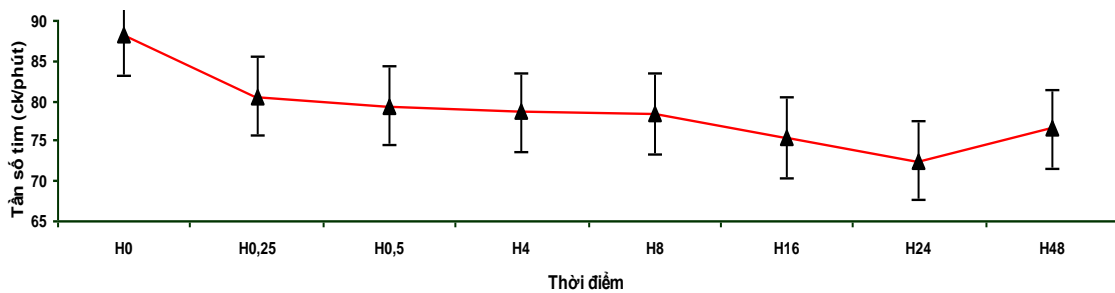


Biểu đồ 6: HATT khi gây tê NMC liên tục.

- HATT trung bình tại các thời điểm theo dõi giảm đau NMC thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), không có BN nào bị tụt huyết áp nặng.

- HATTr trung bình tại các thời điểm theo dõi giảm đau NMC liên tục khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). HATTr thấp nhất 60 mmHg và cao nhất 85 mmHg.

* Tần số tim:



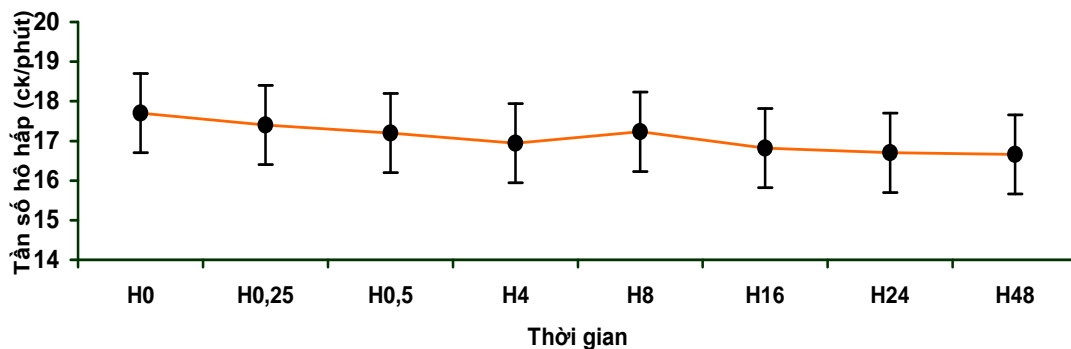
Biểu đồ 7: Tần số tim khi gây tê NMC liên tục.

- Giảm đau NMC sau mổ, tần số tim giảm từ thời điểm H0,25 đến H48 so với thời điểm H0, giảm nhiều nhất ở thời điểm H24, do tác dụng giảm đau tốt nên ít kích thích hệ giao cảm. Tần số tim trung bình trong nhóm nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường, tần số tim tối thiểu 70 ck/phút và tối đa 95 ck/phút.

- Lê Văn Chung, Nguyễn Văn Chùng [1] nhận thấy: tình trạng huyết động ít thay đổi

khi gây tê tuỷ sống phối hợp gây tê NMC liên tục bằng bupivacain đẳng tỷ trọng liều thấp kết hợp với sufentanil trong phẫu thuật thay khớp háng ở người cao tuổi.

* Thay đổi về hô hấp khi gây tê NMC liên tục: tần số hô hấp ở các thời điểm gây tê NMC khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có BN nào bị suy hô hấp, tần số thở tối thiểu 16 ck/phút, tối đa 20 ck/phút.



Biểu đồ 8: Tần số hô hấp khi gây tê NMC liên tục.

- Khi GTTS và NMC thấp trên BN khỏe mạnh nói chung, ảnh hưởng hô hấp không đáng kể, vì ức chế vận động bao giờ cũng ở mức thấp hơn ức chế cảm giác [3]. Mặt khác, gây tê NMC ở vùng thắt lưng rất hiếm khi gây liệt dây thần kinh hoành vì dây thần kinh hoành bắt đầu từ C₃-C₅. Vì vậy, trong gây tê NMC, liệt vận động gây ức chế hô hấp thường do gây tê cao quá, mức tê lan lên vượt quá T4 [10], ức chế hô hấp chỉ rõ khi GTTS lên cao hoặc GTTS toàn bộ [3].

* *Liều lượng thuốc gây tê NMC*: tổng lượng bupivacain trung bình cho 48 giờ là 312,66 ± 57,16 mg, thấp nhất 250 mg, cao nhất 398 mg, tổng lượng sufentanil trung bình cho 48 giờ là 78,16 µg ± 14,29 µg, thấp nhất 62,5 µg, cao nhất 99,5 µg.

* *Tác dụng an thần sau mổ*: điểm OAAS trong phẫu thuật đa số từ 4 - 5 (93,33%), thấp nhất 3, sau phẫu thuật là 4 - 5 (100%), thấp nhất 4. Điều này rất thuận lợi cho việc phối hợp với BN trong thực hiện kỹ thuật gây tê cũng như chuẩn bị tư thế phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu.

7. Tác dụng không mong muốn trong và sau phẫu thuật.

Tác dụng phụ hay gặp sau GTTS là run (6 BN = 20%). Tác dụng không mong muốn: run 20%, buồn nôn và nôn 10%, ngứa 6,67%.

KẾT LUẬN

- GTTS - NMC kết hợp là một phương pháp vừa đảm bảo vô cảm tốt trong mổ, chủ động khi cuộc mổ kéo dài: chất lượng giảm đau trong mổ tốt, trung bình, kém lần lượt là 93,33%; 6,67%; 0%. Giảm đau NMC sau mổ đạt hiệu quả tốt, 96,67% không đau hoặc đau nhẹ, 3,33% đau vừa.

- Tác dụng không mong muốn nhẹ, thoáng qua.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Chung, Nguyễn Văn Chùng và CS. Gây tê NMC - GTTS phối hợp với bupivacain đẳng tỷ trọng liều thấp và sufentanil trong phẫu thuật thay khớp háng ở người cao tuổi. Báo cáo khoa học, Đại hội Gây mê Hồi sức Việt Nam. Tháng 12 năm 2008.
2. Nguyễn Quốc Khánh. So sánh tác dụng có hay không kết hợp fentanyl với marcain 0,5% gây tê dưới màng nhện trong phẫu thuật lấy sỏi thận. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2003.
3. Công Quyết Thắng. GTTS - NMC. Bài giảng gây mê hồi sức. Nhà xuất bản Y học. 2006, tr.44-83.
4. Albrecht Wiebaick, Gerhard Brodner. The effects of adding sufentanil to bupivacaine for postoperative patient-controlled epidural analgesia. Anesth Analg. 1997, 85, pp.124-129.
5. Covino B.G, Lambert D. Epidural and spinal anesthesia. Clinical anesthesia. 1989, pp.715-789.
6. Gunnar Dahlgren, Christer Hultstrand. Intrathecal sufentanil, fentanyl, or placebo added to bupivacaine for cesarean Section. Anesth Analg. 1997, 85, pp.1288-1293.
7. Monica B, Elisabeth V.G, Alison B, Zdravko G. Comparison of clonidine, morphine or placebo mixed with bupivacaine during continuous spinal anaesthesia. Can J Anaesth. 1998, 45 (8), pp. 735-740.
8. M. Van de Velde, A. Teunkens. Intrathecal sufentanil and fetal heart rate abnormalities: A double-blind, double placebo-controlled trial comparing two forms of combined spinal epidural analgesia with epidural analgesia in labor. Anesth Analg. 2004, pp.1153-1159.
9. Narayanan. Comparison of two different dose of bupivacain sufentanil on ambulatory labour analgesia. J Anesth Clin Pharmacol. 2009, 25 (1), pp.49-53.
10. Wheatley R.G, Schug A.S, Watson D. Safety and efficacy of postoperative epidural analgesia. Br J Anesth. 2001, 87 (1), pp.47-61.

