

có cholesteatoma xương chũm, trật khớp/ tiêu xương con... Sau phẫu thuật BN cải thiện đáng kể triệu chứng nghe kém, ù tai, chảy dịch tai... Biến chứng tái hẹp có thể gặp, thường gặp nhất là trong năm đầu tiên sau mổ; Xử lý tái hẹp đa số bằng đặt merocel nong ống tai, kết hợp với tiêm corticoid tại chỗ cho kết quả khả quan, với điều kiện BN cần kiên trì và tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chris De Souza** (2012). Atlas of Otologic Surgery and Magic Otology, vol 1, 387.
2. **Bajin MD, Yilmaz T** (2015). Management of acquired atresia of the external auditory canal. J Int Adv Otol, 11(2), pp.147-50
3. **Tổng Mai Hương** (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và hiệu quả điều trị chít hẹp ống tai ngoài. Luận văn thạc sỹ y học, trường đại học y Hà Nội
4. **Trần Văn Quang** (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và chức năng nghe của chít hẹp ống tai ngoài mắc phải. Luận văn thạc sỹ y học, trường đại học Y Hà Nội
5. **Carlos Esquivel, Robert A** (2004). "Canalplasty for canal stenosis", Middle ear and Mastoid surgery, 23, pp:188-197.
6. **Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Tấn Phong** (2014). Nghiên cứu phẫu thuật khoét chũm tiết căn cải biến hình thái giữa điều trị viêm tai xương chũm mạn tính. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam, volume (59-22), tr.27-31
7. **Kos MI, Castrillon R** (2004). Anatomic and functional long-term results of canal wall-down mastoidectomy. The Annals of Otolaryngology and Laryngology, 113, p.872
8. **De La Cruz A, Teufert KB** (2003). Congenital aural atresia surgery: long-term results. Otolaryngol Head Neck Surg, 129(1), pp. 121-127.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG BUPIVACAINE KẾT HỢP VỚI FENTANYL TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÙNG VƯƠNG

Hoàng Thị Ngọc Trâm¹, Tạ Anh Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

Đánh giá hiệu quả giảm đau và một số tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ bằng bupivacaine kết hợp với fentanyl tại bệnh viện đa khoa Hùng Vương từ 6/2024 đến 6/2025. Nghiên cứu mô tả tiến hành trên 222 sản phụ chuyển dạ được giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng. Kỹ thuật thực hiện ở giai đoạn IB của chuyển dạ (93,7%). Điểm đau VAS trung bình giảm rõ rệt từ $6,59 \pm 1,2$ trước gây tê xuống còn $3,31 \pm 1,5$ sau 30 phút ($p < 0,001$). Khả năng rặn tốt (73,4%). Các tác dụng không mong muốn có tỷ lệ thấp như bí tiểu (4,1%), buồn nôn, nôn (5,9%) và ngứa (9,0%). Mức độ hài lòng cao ở sản phụ (95,5%).

Từ khóa: Gây tê ngoài màng cứng, giai đoạn chuyển dạ, bupivacaine, fentanyl

SUMMARY

ANALGESIC EFFECTIVENESS AND SELECTED ADVERSE EFFECTS OF EPIDURAL ANALGESIA USING BUPIVACAINE COMBINED WITH FENTANYL DURING LABOR AT HUNG VUONG GENERAL HOSPITAL

Evaluation of analgesic efficacy and selected adverse effects of epidural analgesia using Bupivacaine combined with Fentanyl during labor at Hung Vuong General Hospital from June 2024 to June 2025. A descriptive study was conducted on 222 parturients in labor who received epidural analgesia. The technique was primarily performed during stage IB of labor (93.7%). The mean Visual Analog Scale (VAS) pain score decreased significantly from 6.59 ± 1.2 before epidural administration to 3.31 ± 1.5 at 30 minutes after the procedure ($p < 0.001$). Effective pushing efforts were observed in 73.4% of cases. The incidence of adverse effects was low, including urinary retention (4.1%), nausea and vomiting (5.9%), and pruritus (9.0%). A high level of maternal satisfaction was reported (95.5%). These findings suggest that epidural analgesia using bupivacaine combined with fentanyl provides effective pain relief during labor with a low rate of adverse effects and high maternal satisfaction.

Keywords: Epidural analgesia, labor stage, bupivacaine, fentanyl.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện đa khoa Hùng Vương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Ngọc Trâm

Email: hoangthingoctram@tump.edu.vn

Mã bài: N416

Ngày nhận bài: 19/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 18/3/2026

Ngày duyệt bài: 19/5/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau đẻ được đánh giá là một trong những cơn đau nặng nề nhất trong cuộc đời của người phụ nữ¹. Trong nghiên cứu của Jila Nahae sau 4 năm sinh con người phụ nữ vẫn không hề quên đi cơn đau đẻ, phụ nữ bị ảnh hưởng lâu dài sau khi trải qua những cơn đau đẻ khó khăn². Không những thế cơn đau còn làm cho người phụ nữ bị kích thích, lo lắng, làm tăng cortisol và catecholamin trong máu dẫn đến làm tăng nhịp tim, huyết áp và làm cho người mẹ tăng nhu cầu tiêu thụ oxy, làm ảnh hưởng tới tuần hoàn tử cung và rau thai gây ra suy thai. Vì vậy, kiểm soát đau hiệu quả trong chuyển dạ có ý nghĩa quan trọng trong chăm sóc sản khoa.

Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC) được xem là phương pháp giảm đau hiệu quả và an toàn, hiện được sử dụng rộng rãi trên thế giới như Anh, Pháp, Mỹ. Nghiên cứu nhóm thai phụ được giảm đau bằng GTNMC và kết quả cho thấy việc giảm đau có hiệu quả, sự hài lòng chung với việc kiểm soát cơn đau; các tác dụng phụ có thể gặp nhưng không đáng kể so với hiệu quả giảm đau trong và sau đẻ³. Việc phối hợp bupivacain nồng độ thấp với fentanyl giúp tăng hiệu quả giảm đau, hạn chế ức chế vận động và các tác dụng không mong muốn.

Tại Việt Nam, GTNMC đã được áp dụng từ nhiều năm và cho thấy hiệu quả giảm đau rõ rệt. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương, hiện chưa có nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống hiệu quả giảm đau. Mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả giảm đau và một số tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ bằng bupivacain kết hợp với fentanyl tại bệnh viện đa khoa Hùng Vương từ 6/2024 đến 6/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 37 đến 41 tuần (tính theo kinh cuối cùng hoặc theo dự kiến sinh của siêu âm 3 tháng đầu).

- Đơn thai, thai sống, không dị tật.

- Đủ điều kiện chỉ định và áp dụng giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mẹ có rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn cấp tính hoặc bất tương xứng thai và khung chậu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

p = 0,5 (Pietrzak Jakub, 2022)⁴.

Cỡ mẫu tối thiểu cần là 196 trường hợp. Trên thực tế đã thu nhận được 222 sản phụ đủ tiêu chuẩn cho vào nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm: từ 01/06/2024 đến 31/06/2025 tại khoa Phụ sản, Bệnh viện đa khoa Hùng Vương.

2.4. Qui trình và công cụ nghiên cứu

*Đánh giá lại trước khi thực hiện gây tê ngoài màng cứng: kiểm tra thăm khám toàn diện, khẳng định sản phụ đủ điều kiện làm giảm đau trong chuyển dạ.

*Chỉ định gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ

Áp dụng cho những sản phụ có chỉ định để thường, để giảm đau cho sản phụ khi chuyển dạ hoặc để có một catheter ngoài màng cứng sẵn sàng cho tình huống phải chuyển từ đẻ thường sang mổ lấy thai.

- Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thước lượng giá mức độ đau VAS, đánh giá mức độ hài lòng và tác dụng không mong muốn.

- Đặt đường truyền bằng catheter G18, truyền huyết thanh mặn 9‰ hoặc ringerlactat.

*Mời khoa Gây mê – Hồi sức tiến hành thực hiện kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng

Xác định khe cột sống: thường là L3- L4 hoặc L4- L5

Kỹ thuật xác định khoang ngoài màng cứng: Đặt kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng theo quy ước và luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng khoảng 4cm. Sau đó rút kim Tuohy, kiểm tra đúng vị trí và cố định catheter.

Liều bolus: 12- 15ml với hỗn hợp dưới đây (mỗi lần bơm 5ml xem tình trạng lâm sàng sau đó bơm tiếp tục đến hết liều bolus).

Hỗn hợp:

+ Bupivacain nồng độ 0,0625% đến 0,1% (hoặc Ropivacaine 0,1%)

+ Fentanyl: 2mcg/ml. Truyền hỗn hợp thuốc tê này qua catheter với tốc độ 5- 10ml/h tùy theo tình trạng giảm đau sản phụ.

*Theo dõi liên tục diễn biến chuyển dạ tại phòng đẻ sau khi thực hiện giảm đau cùng ekip giảm đau. Rút catheter ngoài màng cứng sau đẻ 2 giờ.

*Công cụ nghiên cứu: mức độ đau đánh giá theo thang đánh giá mức độ đau bằng hình đồng dạng (Visual analogue scale) (VAS) tại các thời điểm: trước khi giảm đau, sau khi giảm đau 30 phút, khi CTC mở hết và sổ thai.



Hình 2.1. Thước đánh giá mức độ đau bằng hình đồng dạng (VAS)⁵

Bệnh nhân sẽ nhìn vào hình biểu tượng để dịch chuyển thanh trượt trên thước tương ứng với mức độ đau mình cảm nhận.

Bảng 2.2: Mức độ đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10
	Không đau	Đau ít	Đau vừa	Đau nhiều	Đau rất nhiều	Đau khủng khiếp

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 25.0 và các thuật toán thống kê y học, so sánh có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thông qua hội đồng y đức theo quyết định số 584/ĐHYD-HĐĐĐ của trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên trước khi thực hiện.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=222)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (tuổi)	< 20	09
	20-34	191
	≥ 35	22
Trình độ học vấn của mẹ	Tiểu học hoặc dưới	01
	THCS	08
	THPT trở lên	213
Số lần đẻ	Lần đầu	118
	Lần thứ 2 trở lên	104
Tiền sử thực hiện giảm đau trong đẻ	Có	64
	Không	158

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm tuổi 20–34 (86,0%). Đa số sản phụ có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (96,0%). Nhóm sinh con lần đầu chiếm 53,2%; có 28,8% sản phụ đã từng thực hiện giảm đau trong đẻ.

Bảng 2. Thời điểm thực hiện gây tê ngoài màng cứng và kết cục thai kỳ

Đặc điểm	Số lượng (n=222)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm chuyển dạ	IA	14
	IB	208
Kết cục thai kỳ	Đẻ đường âm đạo	213
	Mổ lấy thai	09

Giảm đau sau đẻ chủ yếu thực hiện ở thời điểm chuyển dạ giai đoạn IB chiếm 93,7%. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo chiếm 95,9%.

Bảng 3. Liên quan điểm đau VAS trước, sau gây tê ngoài màng cứng 30 phút và ngay sau đẻ

Điểm VAS	Trước GTNMC (%)	Sau GTNMC 30 phút (%)	Ngay sau đẻ	p
0 - 2	0,5	29,0	55,0	
3 - 4	1,0	57,3	40,9	
5 - 6	65,7	9,1	4,1	
7 - 8	25,6	3,2	-	
9 - 10	7,2	1,4	-	
Trung bình	6,59 ± 1,2	3,31 ± 1,5	-	< 0,001

Điểm đau theo thang điểm VAS giảm rõ rệt từ 6,59 ± 1,2 xuống còn 3,31 ± 1,5 sau 30 phút gây tê ngoài màng cứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm không đau sau đẻ (VAS 0-2 điểm) có thực hiện thủ thuật chiếm 55%.

*p (Paired t-test): ước lượng với các giả định về hệ số tương quan (r) giữa hai lần đo.

Bảng 4: Cảm giác mát rặn và khả năng rặn của sản phụ

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Cảm giác mát rặn	Tốt	73	32,9
	Giảm	121	54,5
	Mất	28	12,6
Khả năng rặn	Tốt	163	73,4
	Yếu	50	22,5
	Khác*	09	4,1

Cảm giác mát rặn của bệnh nhân tốt chiếm 32,9%. Khả năng rặn tốt chiếm 73,4%.

Bảng 5: Tác dụng không mong muốn và mức độ hài lòng sau gây tê ngoài màng cứng

Đặc điểm		Số lượng (n=222)	Tỷ lệ %
Bí tiểu	Có	09	4,1
	Không	213	95,9
Buồn nôn, nôn	Có	13	5,9
	Không	209	94,1
Ngứa	Có	20	9,0
	Không	202	91,0
Ức chế vận động	Có	77	34,7
	Không	145	65,3
Mức độ hài lòng	Hài lòng	212	95,5
	Chưa hài lòng	10	4,5

Bí tiểu sau đẻ chiếm 4,1%, buồn nôn, nôn chiếm 5,9% và ngứa chiếm 9,0% và 65,3% có cử động chân bình thường. Mức độ hài lòng chiếm 95,5%.

IV. BÀN LUẬN

Gây tê ngoài màng cứng vùng thắt lưng được coi là tiêu chuẩn vàng để giảm đau trong chuyển dạ và được WHO khuyến nghị, với ước tính sử dụng trong khoảng 10%–64% ở các quốc gia có thu nhập cao⁶. Trong quá trình chuyển dạ, cơn co tử cung và sự giãn nở cổ tử cung kích thích các sợi cảm thụ đau hướng tâm đi đến các dây thần kinh tủy sống T10–L1, gây ra cơn đau tạng không định vị rõ ràng. Khi đầu thai nhi hạ xuống, kéo căng tầng sinh môn và âm đạo, các sợi cảm giác đau qua dây thần kinh thẹn và rễ tủy sống S2–4 cũng được kích hoạt.

Giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp GTNMC được chỉ định vào pha hoạt động của giai đoạn 1 chuyển dạ, tức là khi cổ tử cung mở ≥ 3 cm. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, sản phụ sẽ được thực hiện giảm đau trong đẻ bằng phương pháp GTNMC khi có nguyện vọng và đủ chỉ định với mục đích giảm thiểu sự đau nhất trong cuộc đẻ. Bảng mô tả mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau khi thực hiện giảm đau bằng phương pháp GTNMC 30 phút cho thấy mức độ đau ở nhóm trước GTNMC tập trung cao nhất ở nhóm có thang điểm VAS 5 - 6 điểm (65,7%); ở nhóm sau GTNMC 30 phút tập chung chủ yếu nhóm VAS 3 - 4 điểm (57,3%) và VAS sau đẻ chủ yếu là từ dưới 4 điểm. Mức độ giảm đau của nhóm nghiên cứu khẳng định rằng phương pháp GTNMC có hiệu quả giảm đau tốt trong chuyển dạ với $p < 0,05$.

Giảm đau trong chuyển dạ thường được bắt đầu thực hiện vào pha hoạt động của giai đoạn 1 của quá trình chuyển dạ (giai đoạn 1B chiếm 93,7%). Ở thời điểm này, cơn co tử cung mau và mạnh làm cho

sản phụ rất đau do đó sản phụ yêu cầu giảm đau, chính vì vậy trước khi thủ thuật giảm đau, điểm VAS thường cao, sản phụ đau nhiều hoặc rất đau. Sau khi thực hiện giảm đau bằng phương pháp GTNMC, khi thuốc tê phát huy tác dụng thì điểm đau giảm mạnh, sản phụ đau nhẹ hoặc không đau, tạo một cảm giác rất thoải mái và dễ chịu. So sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước, kết quả của chúng tôi tương đồng khi hầu hết các tác giả đều ghi nhận điểm VAS giảm rõ rệt trong vòng 15–30 phút sau GTNMC, thường giảm từ mức đau vừa – nhiều xuống mức đau nhẹ hoặc gần như không đau.

Kết quả về cảm giác mất rặn và khả năng rặn đẻ của sản phụ sau khi thực hiện giảm đau bằng phương pháp GTNMC cho thấy cảm giác mất rặn của bệnh nhân tốt chiếm 32,9%; giảm chiếm 54,5% và mất cảm giác mất rặn chiếm 12,6%. Tuy nhiên về khả năng rặn tốt chiếm 73,4% và 22,5% khả năng rặn yếu. Trong đó có các trường hợp thuộc nhóm khác là chỉ định mổ lấy thai, do suy thai, cổ tử cung không tiến triển hay ngôi không lọt. Các trường hợp này không cho rặn đẻ nên không khai thác được khả năng rặn. Kết quả này cho thấy việc giảm cảm giác mất rặn nhưng khả năng rặn của sản phụ vẫn tốt nên sẽ giảm được cảm giác khó chịu trong giai đoạn sổ thai.

Bí tiểu là một tác dụng không mong muốn khó chịu của GTNMC. Cơ vòng bàng quang và niệu đạo nhận chi phối của sợi giao cảm từ phần ngực dưới – thắt lưng cao, và sợi đối giao cảm ở phần cùng. Thuốc tê gây bí tiểu vì gây ức chế thần kinh ở vùng cùng. Các sợi thần kinh S₂, S₃ và S₄ kiểm soát cơ trơn bàng quang và cơ vòng. Opioid trực thần kinh gây co thắt cơ trơn phụ thuộc liều. Rất khó để đánh giá chính xác tỷ lệ bí tiểu do GTNMC để giảm đau trong chuyển dạ vì sản phụ thường cần đặt sonde bàng quang có thể do suy bàng quang sau sinh (gặp ở 14% sản phụ sinh tự nhiên và 38% sản phụ đẻ mà không có GTNMC)⁷.

Đau sau khi đẻ do các cơn co rút, co hồi tử cung sinh lý để vừa có tác dụng cầm máu, vừa tống sản dịch ra ngoài. Ngoài ra còn kết hợp với đau do vết cắt và thủ thuật khâu tầng sinh môn. Vì điều kiện của bệnh viện chưa cho phép, không đủ các phương tiện theo dõi, chúng tôi chỉ lưu catheter sau đẻ 1 giờ rồi rút catheter để chuyển sản phụ về các phòng, không lưu catheter để giảm đau sau đẻ kéo dài. Chúng tôi đánh giá thời gian giảm đau sau đẻ từ khi kết thúc giai đoạn III của chuyển dạ đến sau đẻ 1 giờ. Điểm VAS khi thực hiện thủ thuật sau đẻ ở nhóm không đau chiếm 55%; nhóm đau vừa chiếm 40,9% và đau nhiều (5–6 điểm) chiếm 4,1%.

Giảm đau trong chuyển dạ cần phải cân nhắc

giữa giảm đau và các mong muốn khác như là tiến trình chuyển dạ, kết quả chuyển dạ, ảnh hưởng trên thai nhi và trẻ sơ sinh. Giảm đau chuyển dạ lý tưởng là hiệu quả giảm đau cao nhất, nhưng phải an toàn, ảnh hưởng ít nhất tới tiến trình chuyển dạ hoặc kết quả chuyển dạ, ảnh hưởng ít nhất tới sản phụ ví dụ như cảm giác tê bì, ngứa, nôn, buồn nôn, sức rặn và ảnh hưởng tối thiểu tới thai nhi hay trẻ sơ sinh⁸.

Nhóm không có biểu hiện buồn nôn chiếm 94,1%. Các trường hợp như có buồn nôn nhưng không nôn chiếm 4%; nôn 1 lần/ giờ chiếm 0,9% và 01 trường hợp nôn >1 lần/ giờ chiếm 0,5%. Các trường hợp đều được ổn định sau 2 giờ theo dõi. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển xử trí tích cực.

Mức độ ngứa trong và sau khi thực hiện giảm đau cho thấy nhóm không có biểu hiện ngứa chiếm 91%. Các biểu hiện ngứa chiếm 4,1%; ban chiếm 2,7% và sẩn chiếm 2,3%. Sau xử trí 01 lần sản phụ đỡ các triệu chứng và không cần xử trí khác.

Nhóm cử động chân bình thường chiếm 65,3%; nhóm cử động khớp gối và bàn chân nhưng không nhắc được cẳng chân chiếm 12,2%; nhóm chỉ cử động được bàn chân chiếm 15,8% và nhóm ức chế vận động hoàn toàn 2 chi dưới chiếm 6,8%. Trong nhóm ức chế vận động hoàn toàn 2 chi dưới có 09 trường hợp có gây tê tùy sống mổ lấy thai còn lại các trường hợp khác sau dừng giảm đau khoảng 30 phút, nhiều nhất là 1 giờ bệnh nhân lại vận động hoàn toàn bình thường. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào phải can thiệp thuốc hay phục hồi chức năng về vận động.

Thuốc gây tê ngoài màng cứng làm giảm khả năng đi lại, giúp rút ngắn thời gian chuyển dạ. Hơn nữa, phụ nữ có thể cảm thấy khó chịu khi bị phong bế vận động và cảm giác quá mức. Nếu sử dụng thuốc opioid ngoài màng cứng, ngứa là một tác dụng phụ thường gặp, ảnh hưởng đến 60%–100% sản phụ, có thể cần kiểm soát triệu chứng bằng thuốc kháng histamine hoặc trong trường hợp nghiêm trọng, thuốc đối kháng thụ thể opioid, ví dụ như naloxone. Thuốc opioid ngoài màng cứng cũng liên quan đến buồn nôn/nôn và bí tiểu, ảnh hưởng đến 30% và 21%–53% người nhận, theo cách phụ thuộc vào liều lượng⁹.

Đánh giá mức độ hài lòng của đối tượng nghiên cứu chiếm 95,5% khi sử dụng GTNMC. Đau chuyển dạ không kiểm soát ảnh hưởng đáng kể đến sự hài lòng của bà mẹ (không phụ thuộc vào phương thức sinh nở). Một nghiên cứu trên 294 phụ nữ sử dụng bupivacaine 0,0625% với fentanyl có 92% hài lòng với thuốc giảm đau chuyển dạ¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Gây tê ngoài màng cứng bằng bupivacain kết hợp fentanyl cho thấy hiệu quả giảm đau rõ rệt trong chuyển dạ, với điểm đau VAS giảm có ý nghĩa thống kê sau 30 phút ($p < 0,001$). Phương pháp chủ yếu được thực hiện ở giai đoạn IB của chuyển dạ. Gây tê ngoài màng cứng không ảnh hưởng đáng kể đến khả năng rặn đẻ. Các tác dụng không mong muốn ghi nhận ở tỷ lệ thấp và phần lớn ở mức độ nhẹ. Mức độ hài lòng của sản phụ cao (95,5%).

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Bệnh viện đa khoa Hùng Vương đã tạo điều kiện và hợp tác để nghiên cứu được thực hiện thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zuarez-Easton S, Erez O, Zafran N, Carmeli J, Garmi G, Salim R.** Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. *Am J Obstet Gynecol.* May 2023;228(5s):S1246-s1259.
2. **Nahae J, Rezaie M, Abdoli E, Mirghafourvand M, Ghanbari-Homaie S, Jafarzadeh M.** Association of childbirth experience with long-term psychological outcomes: a prospective cohort study. *Reprod Health.* May 30 2024;21(1):71.
3. **Harding A, George RB, Munro A, Coolen**

- J, Snelgrove-Clarke E, Carvalho B.** Patient Preferences for Outcomes Associated With Labor Epidural Analgesia. *Cureus.* Feb 2022;14(2):e22599.
4. **Pietrzak J, Mędrzycka-Dąbrowska W, Tomaszek L, Grzybowska ME.** A Cross-Sectional Survey of Labor Pain Control and Women's Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* Feb 3 2022;19(3)
5. **Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ.** Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med.* Dec 2001;8(12):1153-7.
6. **Seijmonsbergen-Schermers AE, van den Akker T, Rydahl E, et al.** Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLoS Med.* May 2020;17(5):e1003103.
7. **Grove LH.** Backache, headache and bladder dysfunction after delivery. *Br J Anaesth.* Nov 1973;45(11):1147-9.
8. **Lovach-Chepujnoska M, Nojkov J, Joshevska-Jovanovska S, Domazetov R.** Continuous versus patient-controlled epidural analgesia for labour analgesia and their effects on maternal motor function and ambulation. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki).* 2014;35(2):75-83.
9. **Chaney MA.** Side effects of intrathecal and epidural opioids. *Can J Anaesth.* Oct 1995;42(10):891-903.
10. **Clivatti J, Siddiqui N, Goel A, Shaw M, Crisan I, Carvalho JC.** Quality of labour neuraxial analgesia and maternal satisfaction at a tertiary care teaching hospital: a prospective observational study. *Can J Anaesth.* Aug 2013;60(8):787-95.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU CỦA BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Thị Kim Lạc¹, Đặng Quốc Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu tại Khoa Nội tim mạch - lão học bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu trên 600 bệnh nhân rối loạn lipid máu tại Khoa Nội tim mạch - lão học bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Kết quả: Trong 600 bệnh nhân nghiên cứu, nữ chiếm ưu thế (65,3%), nhóm tuổi 65–89 nhiều nhất (56,7%) và bệnh tim mạch là bệnh mắc kèm phổ biến (62,5%). Phần lớn có rối loạn lipid hỗn hợp (type IIb, 81,5%) với LDL-C và triglycerid tăng, HDL-C giảm, chức năng gan – thận chủ

yếu bình thường hoặc suy giảm nhẹ–vừa. Statin, chủ yếu atorvastatin 20 mg, được sử dụng phổ biến và phù hợp với mục tiêu giảm nguy cơ tim mạch.

Từ khoá: Rối loạn lipid máu, điều trị, bệnh nhân.

SUMMARY

A SURVEY OF THE MANAGEMENT OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: To assess the current management of dyslipidemia at the Department of Cardiology–Geriatrics, Can Tho City General Hospital.

Methods: A retrospective, descriptive cross-sectional study was conducted on 600 patients diagnosed with dyslipidemia and treated at the Department of Cardiology–Geriatrics, Can Tho City General Hospital.

Result: Among the 600 patients, females predominated (65.3%). The most common age group was 65–89 years (56.7%), and cardiovascular disease was the most frequent comorbidity (62.5%). The majority of patients presented

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Lạc

Email address: 9134567969@stu.vttu.edu.vn

Mã bài: N469

Ngày nhận bài: 30/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 29/3/2026

Ngày duyệt bài: 30/4/2026