

cân nặng và các chỉ số WAZ, HAZ và WHZ của trẻ em 36-59 tháng sau 4 tháng can thiệp. Sữa cao năng lượng đem lại hiệu quả cao hơn có ý nghĩa thống kê so với việc sử dụng các sản phẩm sữa nước thông thường, không được bổ sung đa vi chất. Giải pháp bổ sung sữa trong bữa ăn học đường, đặc biệt là sữa cao năng lượng giúp đẩy nhanh tốc độ tăng trưởng và phục hồi dinh dưỡng cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pantipa Chatchatee, Way S Lee và cộng sự (2014)**. Effects of growing-up milk supplemented with prebiotics and LCPUFAs on infections in young children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 58 (4), 428-437.
2. **Agus Firmansyah, Pramita G Dwipoerwantoro và cộng sự (2011)**. Improved growth of toddlers fed a milk containing synbiotics. *Asia Pac J Clin Nutr*, 20 (1), 69-76.
3. **Ruth Morley, Rebecca Abbott và cộng sự (1999)**. Iron fortified follow-on formula from 9 to 18 months improves iron status but not development or growth: a randomised trial. *Arch Dis Child*, 81 (3), 247-252.
4. **Sunil Sazawal, Usha Dhingra và cộng sự (2010)**. Micronutrient fortified milk improves iron status, anemia and growth among children 1-4 years: a double masked, randomized, controlled trial. *PLoS One*, 5 (8), e12167.
5. **MA Virtanen, CJE Svahn và cộng sự (2001)**. Iron-fortified and unfortified cow's milk: effects on iron intakes and iron status in young children. *Acta Paediatr*, 90 (7), 724-731.
6. **Misa Matsuyama, Tracy Harb và cộng sự (2017)**. Effect of fortified milk on growth and nutritional status in young children: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr*, 20 (7), 1214-1225.
7. **Mavil May C Cervo, Diane S Mendoza và cộng sự (2017)**. Effects of Nutrient-Fortified Milk-Based Formula on the Nutritional Status and Psychomotor Skills of Preschool Children. *J Nutr Metab*, 2017, 6456738.
8. **BỘ Y TẾ, Viện Dinh Dưỡng và UNICEF (2020)**. Tổng điều tra dinh dưỡng 2019-2020.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU ĐA MÔ THỨC TRÊN SẢN PHỤ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Dương Thị Chi¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giảm đau sau phẫu thuật lấy thai (PTLT) liên quan đến sự hài lòng của sản phụ đặc biệt là giảm đau đa mô thức bằng morphin tùy sống kết hợp paracetamol truyền tĩnh mạch và diclofenac đặt hậu môn sau PTLT. Bệnh viện Sản-Nhi Quảng Ngãi cũng đã sử dụng phương pháp này trong một thời gian dài, tuy nhiên chưa có đề tài nghiên cứu đánh giá hiệu quả thực sự của giảm đau đa mô thức trên sản phụ phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau cho Sản phụ. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả giảm đau morphin tùy sống kết hợp paracetamol truyền tĩnh mạch và diclofenac đặt hậu môn sau phẫu thuật lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng có so sánh 02 nhóm là Nhóm M: Gây tê tùy sống bupivacaine 0,5 % 8 mg, fentanyl 20 mcg, phối hợp 100mcg morphin. Nhóm F: Gây tê tùy sống bupivacaine 0,5% 8 mg, fentanyl 20 mcg. Sau phẫu thuật lấy thai cả 2 nhóm được sử dụng: paracetamol 1g/100 ml truyền TM giờ thứ 4 và giờ thứ 16; diclofenac 100 mg

đặt hậu môn giờ thứ 10 trên sản phụ được gây tê tùy sống (GTTS) để PTLT tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 04/2020 đến 09/2021. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ: Chỉ định PTLT vì vết mổ cũ chiếm tỉ lệ cao; nhóm M 46,6%, nhóm F 45%; nguyên nhân phẫu thuật do đường sinh dục (chuyển dạ không tiến triển, thai to, bất xứng đầu chậu) chiếm tỉ lệ 30% ở nhóm M và 18,3% ở nhóm F. Tuổi thai trung bình ở 2 nhóm M và F lần lượt là 38,7 ± 0,93 và 39 ± 0,94. Đặc điểm sinh hiệu trước và trong phẫu thuật giữa 2 nhóm tương đương nhau. Thay đổi về tổng phân tích tế bào máu và sinh hóa giữa 2 nhóm trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt, có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả giảm đau: Hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật giữa 2 nhóm có sự khác biệt. Nhóm M có hiệu quả giảm đau tốt, đạt 96,7%; khá là 3,3%. Nhóm F, hiệu quả giảm đau tốt là 86,7%. Trong 2 giờ đầu sau phẫu thuật điểm đau VAS trung bình khi nghỉ ngơi và vận động đều nhỏ hơn 1. Điểm đau VAS trung bình khi nghỉ ngơi và vận động từ giờ thứ 2 tới giờ thứ 24 ở nhóm M nhỏ hơn nhóm F. Thời gian duy trì điểm đau VAS bằng 0 ở nhóm M kéo dài hơn nhóm F có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm M điểm đau VAS bằng 0 kéo dài 118,33 ± 39,10 phút. Đa số các sản phụ đều hài lòng về chất lượng giảm đau ở mức tốt và rất tốt. **Kết luận:** Giảm đau đa mô thức kết hợp morphin tùy sống, paracetamol truyền tĩnh mạch và diclofenac đặt hậu môn mang lại hiệu quả giảm đau tốt với thời gian giảm đau hoàn toàn kéo dài và điểm đauVAS trung bình trong suốt 24 giờ luôn < 2. **Từ khóa:** Giảm đau đa mô thức, Phẫu thuật lấy thai, Mổ lấy thai.

¹Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

SUMMARY**EFFECTIVE ASSESSMENT OF MULTIMODAL ANALGESIA AFTER CESAREAN SECTION AT QUANG NGAI HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN**

Background: Pain relief after Cesarean section relates to the satisfaction of pregnant women, especially multimodal analgesia with spinal morphine combined with intravenous paracetamol and rectal diclofenac. Quang Ngai Hospital for Women and Children has also used this method for a long time, but up to now, there hasn't been a study to evaluate the effectiveness after Cesarean section. Therefore, this study aims to evaluate the effectiveness of pain relief towards maternal pain. **Objectives:** To describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate the effectiveness of multimodal analgesia on women after Cesarean section. **Methods:** Prospective study, comparative clinical intervention performed on pregnant women with Cesarean section receiving spinal anesthesia at Quang Ngai Hospital for Women and Children from April 2020 to September 2021. **Results:** Clinical and paraclinical characteristics: Indications for laparotomy because of accounts for the highest percentage; group M 46.6%, group F 45%. Next is the genital tract cause (non-progressive labor, large fetus, pelvic disproportion) accounting for 30% in group M and 18.3% in group F. The mean gestational age in 2 groups M and F is 38.7 and 39 week, respectively. The vital signs before and during surgery are similar between the two groups. Changes in the total blood count and biochemical analysis between the 2 groups are within normal limits. Effectiveness of pain relief: Group M had good pain relief efficiency of 96.7%; quite reached 3.3%. Group F had a good pain-relieving effect, accounting for a lower rate of 86.7%. In the first 2 hours after surgery, the average VAS pain score at rest and on movement was less than 1 point. The average VAS pain score at rest and exercise from the 2nd to the 24th hour between the 2 groups was statistically significant. Pain score in group M is always smaller than in group F. The time to maintain pain score at 0 VAS in group M is statistically significant longer than in group F. In group M, VAS pain score of 0 lasted 118.33 ± 39.10 minutes. Most women are satisfied with the quality of pain relief at a good and very good level. **Conclusions:** Multimodal analgesia combined with spinal morphine, intravenous paracetamol and rectal diclofenac provides good analgesic effect with prolonged duration of complete analgesia and mean VAS pain score during 24 hours is always less than 2.

Keywords: Multimodal analgesia, Effective pain relief, Caesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật là một trong những lý do khiến sản phụ lo lắng, sợ hãi. Do đó, giảm đau hiệu quả và tích cực sau phẫu thuật là một phần quan trọng trong quá trình điều trị, tăng sự hài lòng cao cho sản phụ. Có nhiều phương pháp

giảm đau sau PTLT, trong đó giảm đau đa mô thức cho thấy hiệu quả rõ rệt về giảm đau trong và sau phẫu thuật. Mặc dù những dữ liệu ban đầu đều ủng hộ giảm đau đa mô thức trên những bệnh nhân không thuộc sản khoa, nhưng ngày càng nhiều nghiên cứu chấp nhận phương pháp này để giảm đau sau PTLT. Hiện tại, giảm đau đa mô thức được khuyến cáo là giảm đau tiêu chuẩn và là một trong các thành phần của chiến lược phục hồi sớm sau PTLT [6],[8]. Tại Quảng Ngãi chưa có số liệu cụ thể về giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật lấy thai (PTLT) kết hợp morphine tủy sống, paracetamol truyền tĩnh mạch và kháng viêm Diclofenac đặt hậu môn.

Mục tiêu nghiên cứu. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả giảm đau đa mô thức trên sản phụ phẫu thuật lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu, can thiệp lâm sàng có so sánh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi trong thời gian từ 04/2020 đến 09/2021.

Đối tượng nghiên cứu: gồm 120 sản phụ được GTTS để PTLT

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tình trạng sức khỏe: ASA I, II
- Tuổi ≥ 18 , chiều cao ≥ 150 cm
- Tuổi thai ≥ 37 tuần

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Dị ứng hoặc chống chỉ định thuốc: morphin, fentanyl, bupivacain, paracetamol, diclofenac.
- Sản phụ có biến chứng về phẫu thuật hoặc gây tê trong và sau phẫu thuật (cắt tử cung, sốc phản vệ, ...)
- Sản phụ có đau mãn tính phải dùng thuốc giảm đau thường xuyên.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên bằng hình thức bốc thăm. Gồm 120 lá thăm, trong đó 60 lá đánh số 1, 60 lá đánh số 2. Nếu là số 1 sản phụ được xếp vào nhóm M, nếu là số 2 sản phụ được xếp vào nhóm F.

- Nhóm M: Gây tê tủy sống bupivacain ưu trọng 0,5 % 8 mg, fentanyl 20 mcg, phối hợp 100 mcg morphin.

- Nhóm F: Gây tê tủy sống bupivacain ưu trọng 0,5 % 8 mg, fentanyl 20 mcg.

Cách thức tiến hành nghiên cứu:

- Sau mổ cả 2 nhóm được sử dụng: paracetamol 1g/100 ml truyền TM giờ thứ 4 và giờ thứ 16. Diclofenac 100 mg đặt hậu môn giờ thứ 10.

- Nếu VAS nghỉ ≥ 4 hoặc VAS vận động ≥ 5 : Giảm đau giải cứu bằng morphin tiêm TM từng liều nhỏ 2 mg và đánh giá lại sau mỗi 10 phút.

-Theo dõi, đánh giá hiệu quả giảm đau vào các thời điểm giờ thứ 1, 2, 3, 4, 8, 12, 16, 20 và 24 giờ sau PTLT. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ

Đặc điểm	Tần số / (tỉ lệ %)	
	Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)
Tuổi (năm)	29,83 ± 4,67 (19-42)	28,28 ± 4,89 (19-43)
Chiều cao (cm)	155,52 ± 4,03	155,13 ± 4,22
Cân nặng (kg)	62,69±6,50	63,03±8,69
PTLT lần đầu	31 (52)	32 (53)
PLTL lần 2 trở lên	29 (48)	28 (47)
Lần sinh đầu	23 (38)	26 (43)

Nhận xét: Tiền sử PTLT ở 2 nhóm tương tự nhau.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của sản phụ tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số / (tỉ lệ %)	
	Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)
Bệnh lý ối	4 (6,7)	15 (25)
Thai suy	4 (6,7)	6 (10)
Vết mổ cũ	28 (46,6)	27 (45)
Chuyển da không tiến triển	10 (16,7)	9 (15)
Thai to, bất xứng đầu chậu	8 (13,3)	2 (3,3)
Ngôi mông	3 (5,0)	0 (0)
Tuổi thai (tuần)	38,7 ± 0,93	39 ± 0,94
Cân nặng lúc sinh (gram)	3156,67 ± 354,32	3271,67 ± 487,15

Nhận xét: Chỉ định PTLT vì vết mổ cũ chiếm tỉ lệ cao nhất; nhóm M 46,60%, nhóm F 45,00%.

Bảng 3. Đặc điểm sinh hiệu của sản phụ trước và trong phẫu thuật

Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch chuẩn		p
	Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)	
Mạch (lần/phút)	90,87±9,96	90,23±10,33	0,73
HATT (mmHg)	119,83±8,26	117,97±10,05	0,27
HATT _r (mmHg)	70,13±7,25	69,2±7,51	0,49
Nhịp thở (lần/phút)	18,45±2,99	19,18±3,41	0,21
SpO ₂ (%)	97,95±0,89	97,8±0,95	0,37
Tụt huyết áp: Có	44 (73,3)	40 (66,7)	0,42
Không	16 (26,7)	20 (33,3)	

Nhận xét: Tỉ lệ tụt huyết áp trong cả hai nhóm.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của sản phụ

Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch chuẩn		p
	Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)	
Số lượng hồng cầu(T/L)	4,12±0,31	4,24±0,45	0,1
Hemoglobin (g/dl)	12,06±0,94	12,23±1,21	0,38
HCT (%)	37,75±2,66	38,38±3,71	0,28
Số lượng bạch cầu(G/L)	10,06±2,25	9,57±2,53	0,25
Số lượng tiểu cầu (G/L)	251,93±64,26	243,15±63,59	0,45
ALT(U/L)	17,69±14,59	14,85±8,71	0,19
AST (U/L)	27,21±11,97	24,84±7,63	0,19
Creatinin (µmol/L)	55,76±13,68	60,32±13,22	0,06
Glucose (mmol/L)	5,27±1,16	5,16±0,79	0,52
Protein toàn phần (g/L)	70,74±4,57	67,47±5,25	0,16

Nhận xét: Các chỉ số huyết học và sinh hóa giữa hai nhóm nằm trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật khi nghỉ ngơi

Đặc điểm		Tần số / (tỉ lệ %)		P
		Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)	
Mức độ giảm đau	Tốt	58 (96,7)	52 (86,7)	0,04
	Khá	2 (3,3)	8 (13,3)	
Điểm đau VAS khi nghỉ ngơi	1 giờ	0,02 ± 0,12	0,03 ± 0,18	0,56
	2 giờ	0,05 ± 0,22	0,35 ± 0,51	< 0,001
	3 giờ	0,67 ± 0,51	1,18 ± 0,91	< 0,001
	4 giờ	1,08 ± 0,46	1,52 ± 0,72	< 0,001
	8 giờ	1,23 ± 0,64	1,68 ± 0,87	0,002
	12 giờ	1,32 ± 0,65	1,70 ± 0,78	0,004
	16 giờ	1,34 ± 0,65	1,77 ± 0,72	0,001
	20 giờ	1,32 ± 0,62	1,82 ± 0,70	< 0,001
24 giờ	1,33 ± 0,62	1,90 ± 0,70	< 0,001	

Nhận xét: Trong 2 giờ đầu sau phẫu thuật điểm đau VAS trung bình khi nghỉ ngơi <1. Điểm đau VAS trung bình khi nghỉ ngơi từ giờ thứ 2 tới giờ thứ 24 giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 6. Hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật khi vận động

Đặc điểm		Tần số / (tỉ lệ %)		P
		Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)	
Điểm đau VAS khi vận động	1 giờ	0,02 ± 0,12	0,03 ± 0,18	0,56
	2 giờ	0,13 ± 0,34	0,68 ± 0,67	< 0,001
	3 giờ	1,02 ± 0,56	1,73 ± 0,91	< 0,001
	4 giờ	1,42 ± 0,76	1,88 ± 0,88	0,003
	8 giờ	1,83 ± 0,61	2,28 ± 1,07	0,006
	12 giờ	1,90 ± 0,65	2,20 ± 0,81	0,029
	16 giờ	1,98 ± 0,72	2,33 ± 0,65	0,006
	20 giờ	1,97 ± 0,75	2,27 ± 0,63	0,02
24 giờ	1,95 ± 0,72	2,35 ± 0,60	0,001	
Thời gian (phút) duy trì điểm đau VAS =0		118,33 ± 39,10 (40 – 300)	84,50 ± 32,72 (30 – 240)	< 0,001

Trong 2 giờ đầu sau phẫu thuật điểm đau VAS trung bình khi vận động < 1 điểm. Từ giờ thứ 2 đến 24 giờ điểm đau giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 7. Thuốc giảm đau giải cứu morphin

Đặc điểm	Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)	p
n (%)	0	29 (48,3)	< 0,001
Lượng thuốc (mg)	0	1,4 ± 0,69	< 0,001

Nhận xét: Nhóm M không có sản phụ nào cần dùng morphine TM để giảm đau giải cứu. Nhóm F có 29 sản phụ cần giảm đau giải cứu, chiếm 48,3%.

Bảng 8. Mức độ hài lòng của sản phụ

Đặc điểm		Tần số / (tỉ lệ %)		P
		Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)	
Mức độ hài lòng khi chăm con	Tốt	57 (95)	52 (86,7)	0,11
	Khá	3 (5)	8 (13,3)	
	Trung bình	0	0	
Mức độ hài lòng về chất lượng giảm đau	Rất tốt	25	30	>0,05
	Tốt	71,7	70	
	Bình thường	3,3	0	

Nhận xét: Mức độ hài lòng sản phụ khi chăm con đạt tốt chiếm tỉ lệ cao nhất là 86,7%; không có sự khác nhau giữa hai nhóm.

Bảng 9. Tác dụng không mong muốn sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số / (tỉ lệ %)		P
		Nhóm M (n=60)	Nhóm F (n=60)	
Ngứa	Có	7 (15)	51 (88,3)	0,59

	Không	53 (85)	9 (11,7)	
Nôn, buồn nôn	Không nôn	46 (76,7)	58 (96,7)	0,014
	Độ 1	4 (6,7)	1 (1,7)	
	Độ 2	8 (13,3)	1 (1,7)	
	Độ 3	2 (3,3)	0	
Lạnh run	Có	43 (71,7)	44 (73,3)	0,83
	Không	17 (28,3)	16 (26,7)	

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ nôn, buồn nôn sau phẫu thuật ở 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lạnh run cũng xuất hiện nhiều ở nhóm F. Ngứa nhẹ chiếm tỷ lệ thấp.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Chỉ định PTLT nguyên nhân thường gặp nhất ngoài vết mổ cũ thì nguyên nhân ở đường sinh dục (chuyển dạ kéo dài, thai to, bất xứng đầu chậu) chiếm tỷ lệ 30% ở nhóm M và 18,3% ở nhóm F. Chỉ định PTLT có sự khác biệt ở nhiều nghiên cứu do trong thực tế có nhiều điểm khác biệt về dịch tễ cũng như thực hành lâm sàng. Tuổi thai trung bình và cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh của hai nhóm nghiên cứu là tương đối giống nhau và đều là thai đủ tháng. Sinh hiệu trước phẫu thuật nằm trong giới hạn bình thường. Có một số ít sản phụ biểu hiện lo lắng, hồi hộp nên có tăng nhịp thở và tăng huyết áp nhẹ. Tỷ lệ tụt huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi với nhóm M là 73,30% và nhóm F là 70%. Có thể điều chỉnh nhanh tụt HA bằng sử dụng thuốc co mạch ephedrine hoặc phenylephrine phối hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sản phụ nào tụt HA nặng phải sử dụng đến cao phân tử và thuốc co mạch noradrenaline.

Đặc điểm cận lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi các xét nghiệm chỉ số tổng phân tích tế bào máu đều trong giới hạn cho phép thực hiện thủ thuật GTTS. Về bạch cầu, trong thai kỳ cũng ghi nhận sự tăng xấp xỉ từ 6.000 đến giữa 9.000 và 11.000 g/L; không ghi nhận sản phụ mắc tiền sản giật. Các bệnh lý kèm theo đã điều trị ổn trong thai kỳ nên các xét nghiệm sinh hóa không thay đổi nhiều.

Hiệu quả giảm đau: Hiệu quả giảm đau ở nhóm M đạt 96,7% và nhóm F đạt 86,7%. Kết quả này tương tự kết quả các nghiên cứu khác [1], [3]. Một số nghiên cứu dùng các nhóm thuốc khác nhau cũng có kết quả không quá khác biệt, Trần Huỳnh Đào [3] nghiên cứu hiệu quả của phối hợp bupivacain với sufentanil và morphin trong GTTS PTLT, Năm 2017, Nguyễn Văn Minh [4] nghiên cứu hiệu quả giảm đau của nefopam kết hợp paracetamol sau PTLT còn Nguyễn Thị Hồng Vân [5] nghiên cứu hiệu quả giảm đau sau PTLT có phối hợp morphine tiêm tủy sống trên 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm:

nhóm GTTS bằng marcaïne và fentanyl phối hợp morphin; Nhóm GTTS bằng marcaïne và fentanyl không phối hợp morphin. Như vậy, Các nghiên cứu này đều cho thấy morphin tùy sống trong PTLT có tác dụng giảm đau kéo sau phẫu thuật và giảm được các tác dụng phụ không mong muốn như suy hô hấp, nôn và buồn nôn sau phẫu thuật [1], [3], [5]. Qua đó có thể thấy sự phối hợp thuốc tê với các dẫn xuất nhóm opioid sẽ làm giảm đáng kể hoặc biến mất tình trạng đau tạng trong PTLT. Điểm đau VAS trung bình khi nghỉ ngơi và vận động của 2 nhóm luôn tại tất cả các thời điểm. Thời gian trung bình duy trì điểm đau VAS bằng 0 ở nhóm M kéo dài hơn nhóm F. Kết quả này tương tự kết quả của nhiều nghiên cứu khác [2]. Điều này thể hiện sự tác dụng chậm và kéo dài của morphin so với fentanyl. Sau khoảng 2 giờ, theo thời gian tác dụng của fentanyl thì thời gian giảm đau hoàn toàn cũng ngắn hơn. Giảm đau giải cứu bằng morphin tĩnh mạch là lựa chọn cuối cùng sau khi các phương pháp giảm đau chưa đạt hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi: nhóm kết hợp morphine tùy sống, paracetamol truyền tĩnh mạch và kháng viêm diclofenac không có sản phụ nào cần thêm giảm đau giải cứu. Tuy nhiên, trong nhóm không kết hợp morphine tùy sống: có 48,3% sản phụ cần giảm đau giải cứu với liều trung bình là $1,40 \pm 0,69$ mg. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của các tác giả khác [3], [5]. Sự khác nhau này có thể do thời gian dùng thuốc giảm đau tĩnh mạch và đường đặt hậu môn chưa phân bố phù hợp. Khi sản phụ than phiền đau thì lượng thuốc sẽ phải dùng nhiều hơn là đã dùng thuốc trước đó. Đa số sản phụ có mức độ hài lòng rất tốt và tốt. Nhóm M có 2 trường hợp chỉ hài lòng mức trung bình. Ngứa là vấn đề gây khó chịu và thường gặp nhất trong gây tê tùy sống với morphine. Tỷ lệ ngứa trong nghiên cứu này thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi liều fentanyl và morphin thấp hơn [5]. Nhiều tác giả cũng chỉ ra rằng tỉ lệ nôn ói cao hơn ở nhóm dùng morphine [7].

V. KẾT LUẬN

Chỉ định phẫu thuật lấy thai vì vết mổ cũ chiếm tỉ lệ cao, một số nguyên nhân khác về bất cân xứng đầu chậu. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về sinh hiệu, tổng phân tích tế bào máu trong và sau mổ của sản phụ. Giảm đau đa mô thức kết hợp morphine tùy sống, paracetamol truyền tĩnh mạch và diclofenac đặt hậu môn đem lại hiệu quả giảm đau tốt với thời gian giảm đau hoàn toàn kéo dài và điểm đau VAS trung bình trong suốt 24 giờ luôn < 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Thanh Bình, Nguyễn Thị Thanh (2016)**, "Đánh giá hiệu quả của phối hợp bupivacaine với fentanyl và morphine trong tê tủy sống mổ lấy thai", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 17 (1), tr.174-179.
2. **Nguyễn Chí Dũng, Nguyễn Hồng Sơn (2011)**, "Đánh giá hiệu quả gây tê tủy sống bằng bupivacain phối hợp sufentanil trong phẫu thuật chỉ dưới", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 15(3), tr.140-147.
3. **Trần Huỳnh Đào (2016)**, "Hiệu quả của phối hợp bupivacain với sufentanil và morphine trong gây tê tủy sống mổ lấy thai", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 20 (3), tr.104-113.
4. **Nguyễn Văn Minh (2017)**, "Hiệu quả giảm đau của nefopam kết hợp paracetamol sau phẫu thuật lấy thai", Kỷ yếu Hội nghị Gây mê hồi sức Miền Trung – Tây Nguyên mở rộng năm 2017, tr.85-92.
5. **Nguyễn Thị Hồng Vân (2016)**, "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai có phối hợp morphine tiêm tủy sống tại bệnh viện quốc tế Đồng Nai năm 2015", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 20 (3), tr.141-144.
6. **Jadon A., Bagai Rajni (2019)**, "Effective Pain Relief after Caesarean Section; Are We on the Right Path or Still on the Crossroad", Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care, 9(1), pp.3.
7. **Nermin K., Alp G., Gurkan T. (2008)**, "Intrathecal morphine in anesthesia for cesarean delivery: dose-response relationship for combinations of low - dose intrathecal morphine and spinal bupivacaine", Journal of Clinical Anesthesia, 20 (3), pp.180-185.
8. **Ituk U., Habib AS (2018)**, "Enhanced recovery after cesarean delivery", F1000 Research, 7 (1), pp.1-11.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA ĐÓNG THÔNG LIÊN NHỈ BẰNG DỤNG CỤ QUA DA Ở BỆNH NHÂN THIỂU RÌA ĐỘNG MẠCH CHỦ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG BUỒNG TIM

Nguyễn Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thượng Nghĩa¹,
Hoàng Văn Sỹ^{1,2}, Đặng Vạn Phước³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mặc dù đóng thông liên nhĩ qua da là an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân có đủ rìa, bệnh nhân thông liên nhĩ với không có hoặc thiếu rìa động mạch chủ có nguy cơ thuyên tắc thiết bị và chèn ép cấu trúc lân cận do chọn thiết bị kích thước lớn. Hiện nay với sự phát triển của siêu âm trong buồng tim hỗ trợ lúc thủ thuật tránh được các biến chứng nghiêm trọng như vậy. Tuy nhiên, tính an toàn và hiệu quả vẫn chưa rõ ràng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tính an toàn và hiệu quả đóng thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da ở bệnh nhân thiếu rìa động mạch chủ dưới hướng dẫn siêu âm trong buồng tim. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 37 bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát có thiếu rìa động mạch chủ được

theo dõi và điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu tiến cứu, nhãn mở, không ngẫu nhiên, theo dõi dọc. **Kết quả:** nghiên cứu ghi nhận 37 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 41,27 ± 11,34 tuổi (23 - 62 tuổi), giới nữ chiếm 81,08%. Đường kính thông liên nhĩ trung bình là 23,51 ± 4,64 mm (siêu âm tim qua thực quản) và 27,45 ± 4,81 mm (siêu âm tim trong buồng tim) với P < 0,001. Đường kính thiết bị được chọn là 29,81 ± 4,92 mm (18 - 39 mm), tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi nội viện, 1 tháng và 6 tháng, ghi nhận 100% các trường hợp thành công về mặt kỹ thuật. Chúng tôi theo dõi bệnh nhân nội viện ghi nhận 01 trường hợp rung nhĩ (2,7%) được chuyển nhịp thành công và duy trì nhịp xoang đến tháng thứ 6. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận thêm biến cố bất lợi nào khác tại thời điểm 6 tháng. Sau thời gian theo dõi 6 tháng, chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân có cải thiện khó thở theo phân độ NYHA cũng như các chỉ số đường kính thất phải và áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim. **Kết luận:** Đóng thông liên nhĩ lỗ thứ phát có thiếu rìa động mạch chủ dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim cho thấy tính an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: thông liên nhĩ, thiếu rìa động mạch chủ, siêu âm tim trong buồng tim.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Khoa Y, Đại học Quốc Gia, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Tuấn

Email: dr.nguyenquoc Tuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022