

So sánh các tác dụng không mong muốn trên mẹ và con của giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển với ropivacain ở các nồng độ khác nhau phối hợp với fentanyl

Comparison the side effects on the mother and child of patient controlled epidural analgesia during labor with different concentrations of ropivacaine combined fentanyl

Nguyễn Đức Lam*,
Hoàng Quốc Khải**

*Trường Đại học Y Hà Nội
**Bệnh viện Đa khoa Hưng Yên

Tóm tắt

Mục tiêu: So sánh các tác dụng không mong muốn trên mẹ và con của giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển (PCEA) với ropivacain ở các nồng độ 0,075%; 0,1% và 0,125% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 90 sản phụ chuyển dạ để được giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển, chia thành ba nhóm bằng nhau, sử dụng ropivacain ở các nồng độ 0,075%; 0,1% và 0,125% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml. **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian chuyển dạ, cường độ, tần số cơn co tử cung, tình trạng tim thai và Apgar sơ sinh giữa ba nhóm. Cả ba nồng độ thuốc tê này đều không ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp, cơn co tử cung của sản phụ, tình trạng thai nhi và sơ sinh. Nhóm ropivacain 0,125% có tỷ lệ phản xạ mót rặn ở mức trung bình là 26,7% (so với 10% của hai nhóm còn lại); khả năng rặn dễ mức trung bình chiếm 40% (so với 6,7% của hai nhóm còn lại); tỷ lệ phong bế vận động ở mức Bromage độ 1 là 16,7% (so với 0% ở nhóm ropivacain 0,075% và 3,3% nhóm ropivacain 0,1%). Không gặp trường hợp nào bị tụt huyết áp > 20%, mạch chậm < 60 lần/phút, SpO₂ < 90% hoặc bị nôn hay đau đầu sau gây tê ngoài màng cứng ở cả ba nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn khác: Ngứa, đau lưng, rét run, bí tiểu... thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 3 nhóm. **Kết luận:** Giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển (PCEA) với ropivacain ở các nồng độ 0,075%; 0,1% và 0,125% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml không có sự khác biệt về cơn co tử cung, tình trạng tim thai, chỉ số Apgar sơ sinh và các tác dụng không mong muốn khác như: Rét run, đau lưng, bí tiểu... Tuy nhiên, nhóm ropivacain 0,125% có làm giảm cảm giác mót rặn và khả năng rặn dễ, tăng tỷ lệ phong bế vận động hai chi dưới so với hai nhóm còn lại (p<0,05).

Từ khóa: Tác dụng không mong muốn, giảm đau trong chuyển dạ, gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển, ropivacain, fentanyl.

Ngày nhận bài: 22/01/2018, ngày chấp nhận đăng: 30/03/2018

Người phản hồi: Nguyễn Đức Lam, Email: lamgmhs75@gmail.com - Trường Đại học Y Hà Nội

Summary

Objective: To compare the side effects on labor of patient controlled epidural analgesia (PCEA) with ropivacaine at concentrations of 0.075%; 0.1% and 0.125% combined with fentanyl 2mcg/ml. **Subject and method:** A randomized clinical trial comparing 90 women who received PCEA, divided into three groups, using ropivacaine concentration of 0.075%; 0.1% and 0.125% combined with fentanyl 2mcg/ml. **Result:** There was no statistically significant difference in the duration of labor, intensity, frequency of uterine contractions, fetal heart rate and Apgar score of neonatal among the three groups. All three concentrations did not affect the circulation, respiration and contractions of the uterus, fetal and neonatal status. The 0.125% ropivacaine group reduced the feeling of pulsation: 26.7% was normal (compared with 10% for the other two groups); reduced the ability of pulsation: 40% was normal (compared to 6.7% for the other two groups); motor block of Bromage grade 1 was 16.7% (compared to 0% in ropivacaine 0.075% and 3.3% in ropivacaine 0.1%). No cases of hypotension > 20%, pulse rate < 60/min, SpO₂ < 90% or nausea, headache in all three study groups. Some other side effects: Itching, back pain, chills, urinary retention... were low and there was no statistically significant difference in three groups. **Conclusion:** Pain relief in labor with PCEA with ropivacaine at concentrations of 0.075%; 0.1% and 0.125% in combination with fentanyl 2mcg/ml, there was no difference in uterine contractions, fetal heart rate and neonatal Apgar score and other side effects such as itching, back pain, chills, urinary retention... However, ropivacaine 0.125% group reduced the feeling of pulsation and the ability pulsation, increasing the rate of lower limb movement compared to the other two groups (p<0.05).

Keywords: Side effects, pain relief in labor, epidural anesthesia, ropivacaine, fentanyl.

1. Đặt vấn đề

Gây tê ngoài màng cứng là phương pháp được sử dụng phổ biến để giảm đau trong chuyển dạ vì có nhiều ưu điểm vượt trội như: Chất lượng giảm đau tốt, ít ảnh hưởng tới quá trình chuyển dạ và trẻ sơ sinh. Gần đây, với sự phát triển của chuyên ngành gây mê hồi sức, đã tìm ra các loại thuốc tê mới ít độc tính trên tim mạch và thần kinh, ít ức chế vận động như ropivacain và các phương pháp sử dụng thuốc mới như giảm đau do sản phụ tự điều khiển. Các thành tựu này đã cải thiện chất lượng giảm đau và giảm thiểu các tác dụng không mong muốn trên mẹ và con của giảm đau ngoài màng cứng trong chuyển dạ [5]. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp PCEA và thuốc tê mới ropivacain ở các nồng độ khác nhau. Vì vậy,

chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: So sánh các tác dụng không mong muốn trên mẹ và con của giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển (PCEA) với ropivacain ở các nồng độ 0,075%; 0,1% và 0,125% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các sản phụ đến đẻ tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên từ tháng 1/2016 đến tháng 8/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Sản phụ khỏe mạnh: ASA I, II.

Tuổi: Từ 18 - 45 tuổi.

Một thai, thai đủ tháng, không có bất thường về thai và phần phụ của thai.

Tiền lượng có khả năng dễ đường âm đạo.
Chấp nhận tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Các tiêu chuẩn loại trừ

Sản phụ có chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng (rối loạn đông máu, nhiễm trùng vùng chọc kim...).

Những tiêu chuẩn loại trừ về sản khoa: Suy thai cấp, chảy máu bất thường số lượng nhiều...

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lấy mẫu chủ định gồm 90 sản phụ, chia thành 3 nhóm theo phương pháp rút thăm, mỗi nhóm gồm 30 sản phụ:

Nhóm I: Sử dụng ropivacain 0,075% phối hợp với fentanyl 2µg/ml.

Nhóm II: Sử dụng ropivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2µg/ml.

Nhóm III: Sử dụng ropivacain 0,125% phối hợp với fentanyl 2µg/ml.

2.3. Cách thức tiến hành

Chuẩn bị

Thăm khám sản phụ trước khi tiến hành gây tê ngoài màng cứng, giải thích rõ về phương pháp gây tê ngoài màng cứng, hướng dẫn sản phụ cách sử dụng máy PCEA, phối hợp với bác

sĩ sản khoa giải thích về diễn biến của cuộc chuyển dạ đẻ.

Quy trình giảm đau trong đẻ

Tiến hành kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong đẻ khi cổ tử cung mở 3cm. Bệnh nhân được lắp máy theo dõi các thông số: Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và các thông số về tim thai, tần số, cường độ cơn co tử cung. Đặt một đường truyền ngoại vi bằng catheter 18G, truyền 500ml dung dịch Ringerlactat trước khi gây tê. Gây tê ngoài màng cứng ở L3-4, xác định khoang ngoài màng cứng bằng kỹ thuật mất sức cản với bơm tiêm chuyên dụng chứa 3ml không khí.

Cài đặt máy PCEA: Liều bolus đầu 10ml dung dịch thuốc tê, duy trì bơm tiêm điện truyền liên tục tốc độ 5ml/giờ. Thể tích bơm vào mỗi lần bệnh nhân bấm máy là 5ml. Thời gian giữa 2 lần bơm thuốc là 10 phút (lockout - time).

Giải cứu đau: Là liều thuốc bổ sung được tiêm bởi nhân viên y tế khi sản phụ đã bấm nút điều khiển nhiều lần mà vẫn không đủ giảm đau, mỗi lần tiêm 5ml dung dịch thuốc tê, cách nhau 5 phút.

Các thông số nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm của kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng, tác dụng trên mẹ (tác dụng trên cơn co tử cung, cuộc chuyển dạ, các tác dụng trên tuần hoàn hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác: Nôn, buồn nôn... được theo dõi trong vòng 24 giờ đầu sau đẻ). Tác dụng trên con (đánh giá bằng chỉ số Apgar phút thứ 1 và phút thứ 5, những trẻ cần hồi sức hô hấp, tuần hoàn...).

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ và gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân và kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng

Đặc điểm	Giá trị	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	Nhóm III (n = 30)	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	24,90 ± 4,88	27,60 ± 5,02	26,13 ± 6,25	>0,05
	Min - Max	18 - 45	17 - 40	17 - 45	
Cân nặng (kg)	$\bar{X} \pm SD$	59,23 ± 6,69	61,23 ± 6,82	60,19 ± 6,37	>0,05
	Min - Max	48 - 82	48 - 75	46 - 82	
Chiều cao (cm)	$\bar{X} \pm SD$	156,074 ± 0,20	158,73 ± 4,94	157,56 ± 4,25	>0,05
	Min - Max	150 - 168	145 - 165	151 - 163	

Thời gian khởi tê (phút)	$\bar{X} \pm SD$	6,79 $\pm$ 1,99	7,182 $\pm$ 0,56	6,701 $\pm$ 0,57	>0,05
	Min - Max	5 - 10	5 - 15	5 - 15	
Tổng thể tích thuốc tê (ml)	$\bar{X} \pm SD$	36,31 $\pm$ 9,72	38,80 $\pm$ 9,74	38,41 $\pm$ 20,41	>0,05
	Min - Max	22 - 65	23 - 60	21 - 122	
Tổng lượng thuốc tê (mg)	$\bar{X} \pm SD$	27,78 $\pm$ 7,34	38,80 $\pm$ 9,74	45,61 $\pm$ 26,34	<0,05
	Min - Max	17,25 - 48,75	23,0 - 60,0	21,97 - 152,50	
Tổng lượng fentanyl (μ g)	$\bar{X} \pm SD$	72,36 $\pm$ 19,1	77,59 $\pm$ 19,47	75,42 $\pm$ 41,41	>0,05
	Min - Max	46 - 130	46 - 120	38 - 144	
Tỷ lệ A/D	$\bar{X} \pm SD$	0,57 $\pm$ 0,10	0,72 $\pm$ 0,20	0,78 $\pm$ 0,23	<0,05
	Min - Max	0,50 - 0,83	0,33 - 1,0	0,33 - 1,0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, chiều cao, cân nặng giữa các nhóm ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt về các đặc điểm gây tê ngoài màng cứng giữa các nhóm nghiên cứu, thời gian khởi tê, thể tích dung dịch thuốc tê và lượng fentanyl sử dụng. Lượng thuốc tê tiêu

thụ ở nhóm III cao hơn 2 nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ A/D (số lần bấm máy có bơm thuốc/tổng số tất cả các lần bấm) ở nhóm I thấp hơn nhóm II và III có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Thời gian chuyển dạ và ảnh hưởng trên cơ co tử cung

Chỉ số	Giá trị	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	Nhóm III (n = 30)	p
Giai đoạn I _b (phút)	$\bar{X} \pm SD$	126,0 - 78,4	122,3 - 93,9	138,1 - 89,5	>0,05
	Min - Max	25 - 300	20 - 425	20 - 310	
Giai đoạn II (phút)	$\bar{X} \pm SD$	14,8 - 8,7	13,7 - 7,5	15,3 - 8,5	>0,05
	Min - Max	5 - 40	5 - 35	5 - 40	
Tần số cơn co trước tê (lần/10')	$\bar{X} \pm SD$	2,30 $\pm$ 0,87	2,10 $\pm$ 0,77	2,20 $\pm$ 0,72	>0,05
	Min - Max	1 - 4	1 - 3	1 - 4	
Tần số cơn co sau tê 30' (lần/10')	$\bar{X} \pm SD$	3,03 $\pm$ 0,82	3,14 $\pm$ 1,00	2,70 $\pm$ 0,65	>0,05
	Min - Max	2 - 5	1 - 5	2 - 4	
Tần số cơn giai đoạn II (lần/10')	$\bar{X} \pm SD$	3,54 $\pm$ 0,64	3,3 $\pm$ 80,80	3,20 $\pm$ 0,50	>0,05
	Min - Max	3 - 5	2 - 5	2 - 4	
Cường độ cơn co trước tê (lần/10')	$\bar{X} \pm SD$	48,17 $\pm$ 19,91	46,87 $\pm$ 16,54	54,87 $\pm$ 19,55	>0,05
	Min - Max	18 - 85	18 - 84	28 - 98	
Cường độ cơn co sau tê 30' (lần/10')	$\bar{X} \pm SD$	67,82 $\pm$ 19,43	66,65 $\pm$ 21,51	72,76 $\pm$ 19,61	>0,05
	Min - Max	28 - 105	21 - 98	36 - 110	
Cường độ cơn giai đoạn II (lần/10')	$\bar{X} \pm SD$	73,63 $\pm$ 19,44	78,67 $\pm$ 15,59	80,87 $\pm$ 18,75	>0,05
	Min - Max	27 - 115	51 - 100	25 - 99	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian chuyển dạ, cường độ và tần số cơn co tử cung giữa ba nhóm nghiên cứu trong các thời điểm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 3. Phản xạ mót rặn, khả năng rặn đẻ và cách đẻ

Chỉ số	Nhóm I (n = 30)		Nhóm II (n = 30)		Nhóm III (n = 30)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	

Phản xạ mót rặn	Tốt	27	90	26	86,70	22	73,3	>0,05
	Trung bình	3	10	3	10	8	26,70	<0,05
	Kém	0	0	1	3,3	0	0	>0,05
Khả năng rặn đẻ	Tốt	28	96,6	28	93,3	18	60	>0,05
	Trung bình	2	6,7	2	6,7	12	40	<0,05
	Kém	0	0	0	0	0	0	>0,05
Cách đẻ	Đẻ thường	27	90	27	90	23	76,7	>0,05
	Can thiệp	0	0	0	0	0	0	>0,05
	Mổ	3	10	3	10	7	23,3	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ phản xạ mót rặn và khả năng rặn đẻ ở mức trung bình của nhóm III cao hơn nhóm I và II ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về cách đẻ của các sản phụ ở ba nhóm nghiên cứu.

Bảng 4. Các tác dụng không mong muốn khác

Chỉ số	Nhóm I (n = 30)		Nhóm II (n = 30)		Nhóm III (n = 30)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Ức chế vận động Bromage 0	30	100	29	96,7	25	83,3	>0,05
Ức chế vận động Bromage I	0	0	1	3,3	5	16,7	<0,05
Run	2	6,7	1	3,3	3	10	>0,05
Bí tiểu sau đẻ 24 giờ	3	10	2	6,7	5	16,7	>0,05
Đau lưng sau đẻ 24 giờ	2	6,7	0	0	1	3,3	>0,05
Ngứa	1	3,3	2	6,7	3	10	>0,05
Buồn ngủ	3	10	3	10	4	13,3	>0,05

Nhận xét: Nhóm III có tỷ lệ ức chế vận động ở mức Bromage độ I cao hơn có ý nghĩa thống kê so với hai nhóm còn lại. Không có sự khác biệt về các tác dụng không mong muốn khác ở các bệnh nhân của ba nhóm nghiên cứu.

Không gặp trường hợp nào bị tụt huyết áp $> 20\%$, mạch chậm < 60 lần/phút, $SpO_2 < 90\%$, nôn, đau đầu sau gây tê ngoài màng cứng ở cả ba nhóm nghiên cứu.

Bảng 5. Tim thai và chỉ số Apgar sơ sinh

Chỉ số	Giá trị	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	Nhóm III (n = 30)	p
Tim thai trước tê (chu kỳ/phút)	$\bar{X} \pm SD$	149,53 $\pm$ 10,50	143,37 $\pm$ 9,03	143,57 $\pm$ 5,91	>0,05
	Min - Max	120 - 169	127 - 160	135 - 160	
Tim thai giai đoạn I (chu kỳ/phút)	$\bar{X} \pm SD$	145,33 $\pm$ 11,39	139,40 $\pm$ 7,14	141,07 $\pm$ 7,20	>0,05
	Min - Max	126 - 175	128 - 159	120 - 155	
	$\bar{X} \pm SD$	151,17 $\pm$ 12,33	145,88 $\pm$ 11,87	145,80 $\pm$ 10,37	>0,05

Thời gian giai đoạn II (chu kỳ/phút)	Min - Max	130 - 175	129 - 185	110 - 159	
Apgar phút 1	$\bar{X} \pm SD$	$9,0 \pm 0,743$	$8,73 \pm 1,14$	$8,93 \pm 0,25$	>0,05
	Min - Max	7 - 10	5 - 10	8 - 9	
Apgar phút 5	$\bar{X} \pm SD$	$9,77 \pm 0,43$	$9,77 \pm 0,43$	$9,87 \pm 0,36$	>0,05
	Min - Max	9 - 10	9 - 10	9 - 10	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tần số tim thai trong chuyển dạ và chỉ số Apgar phút thứ nhất và phút thứ năm của các trẻ sơ sinh ở cả ba nhóm nghiên cứu ($p>0,05$).

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có khác biệt về tuổi, chiều cao và cân nặng của các sản phụ giữa các nhóm nghiên cứu. Không có sự khác biệt về các đặc điểm gây tê ngoài màng cứng, thời gian khởi tê, thể tích dung dịch thuốc tê và lượng fentanyl sử dụng. Lượng thuốc tê tiêu thụ ở nhóm III cao hơn 2 nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ A/D (số lần bấm máy có bơm thuốc/tổng số tất cả các lần bấm) ở nhóm I thấp hơn nhóm II và III có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) (Bảng 1).

Ảnh hưởng của giảm đau ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển đến cuộc chuyển dạ

Gây tê ngoài màng cứng có thể ảnh hưởng đến thời gian chuyển dạ. Theo y văn, gây tê ngoài màng cứng có thể làm rút ngắn thời gian xóa mờ cổ tử cung (giai đoạn Ib) do tác dụng trên thần kinh thực vật chi phối vùng cổ tử cung nhưng có thể gây kéo dài giai đoạn sổ thai (giai đoạn II) do giảm sức rặn đẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về thời gian giai đoạn Ib của ba nhóm, thời gian này của chúng tôi ngắn hơn so với Vũ Thị Hồng Chính (nhóm gây tê là $154 \pm 86,7$ phút; nhóm không gây tê là $263 \pm 136,4$ phút [1]) nhưng dài hơn so với Nguyễn Văn Chinh (nhóm gây tê là 85,9 phút; nhóm không gây tê là 139,2 phút) [2]. Thời gian giai đoạn II trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ngắn hơn so với cả hai tác giả này (thời gian tương ứng là 21 và 26 phút). Có thể việc sử dụng thuốc tê ít ức chế vận động là ropivacain và phương thức giảm đau do sản phụ tự điều khiển sẽ ít ảnh hưởng đến thời gian giai đoạn II so với sử dụng bupivacain truyền ngoài màng cứng liên tục của hai tác giả trên. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với George B [5] khi phân tích gộp so sánh giữa 2 cách dùng thuốc là truyền liên tục và tiêm ngắt quãng vào khoang ngoài màng

cứng để giảm đau chuyển dạ, thấy tổng thời gian chuyển dạ như nhau nhưng nhóm truyền liên tục có thời gian giai đoạn II dài hơn.

Ảnh hưởng của gây tê ngoài màng cứng lên cơn co tử cung: Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ, trong nghiên cứu này chúng tôi so sánh tần số và cường độ cơn co giữa ba nhóm nghiên cứu tại cùng các thời điểm nhằm đánh giá ảnh hưởng của nồng độ thuốc và cung cấp thêm các dữ liệu về ảnh hưởng của gây tê ngoài màng cứng lên cơn co tử cung trong giảm đau sản khoa. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về tần số và cường độ cơn co giữa các nhóm nghiên cứu tại các thời điểm trước gây tê, sau gây tê 30 phút và trong giai đoạn II của chuyển dạ với $p>0,05$. Kết quả này phù hợp với các tác giả Vũ Thị Hồng Chính [1], Phạm Thiều Trung [3].

Một trong những tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ là có thể gây giảm phản xạ mót rặn và khả năng rặn đẻ do ức chế các thần kinh Aβ của đám rối cùng và các dây thần kinh vận động các cơ thành bụng. Chúng tôi ghi nhận có 1 sản phụ (nhóm II) không có cảm giác mót rặn và có 14 sản phụ giảm cảm giác mót rặn, trong đó nhóm I có 3 sản phụ (10%), nhóm II có 3 sản phụ (10%) và nhóm III có 8 sản phụ (26,7%). Tỷ lệ giảm cảm giác mót rặn giữa các nhóm khác biệt có ý nghĩa với $p<0,05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sản phụ nào rặn kém. Nhóm I có 2 (6,7%), nhóm II có 2 (6,7%) và nhóm III có 12 (40%) sản phụ có sức rặn trung bình. Tỷ lệ giảm sức rặn ở nhóm III so với nhóm II và nhóm I khác biệt có ý nghĩa với $p<0,05$. Như vậy, nồng độ của thuốc tê có ảnh hưởng đến phản xạ mót rặn và phản ứng rặn đẻ, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với y văn thế giới.

Các tác dụng không mong muốn khác

Ức chế vận động: Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào ở nhóm I

(0%), có 1 sản phụ nhóm II (3,3%) và 5 sản phụ nhóm III (16,7%) có mức ức chế vận động Bromage độ 1. Không có trường hợp nào ức chế vận động ở mức Bromage độ 2 trở lên. Tỷ lệ ức chế vận động ở nhóm III cao hơn nhóm I và II có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Các tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng như: Đau đầu, đau lưng, bí tiểu, buồn nôn hay ngứa... được chúng tôi khảo sát và trình bày kết quả trong Bảng 5. Chúng tôi không thấy có trường hợp nào nôn, buồn nôn, đau đầu sau gây tê ở cả ba nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ ngứa là 3,3% ở nhóm I; 6,7% ở nhóm II và 10% ở nhóm III. Khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Đa số ngứa ở vùng mặt và ngực, có thể do tác dụng của fentanyl, các bệnh nhân này tự khỏi và không phải điều trị gì. Tỷ lệ đau lưng là 6,7% ở nhóm I; 0% ở nhóm II và 3,3% ở nhóm III. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đau chủ yếu mức độ nhẹ tại vị trí chọc kim và hết vào ngày hôm sau mà không phải điều trị gì. Chúng tôi không gặp trường hợp nào bí tiểu thật sự. Rét run: Có 2 sản phụ nhóm I, 1 sản phụ nhóm II và 3 sản phụ nhóm III. Run không kèm biến đổi mạch huyết áp và không phải xử trí thuốc, mà chỉ cần đắp ấm.

Ảnh hưởng lên con

So sánh tần số tim thai qua các giai đoạn chuyển dạ và so sánh giữa các nhóm trong mỗi giai đoạn không thấy có sự khác biệt với $p > 0,05$. Chúng tôi thấy gây tê ngoài màng cứng và nồng độ thuốc tê không ảnh hưởng tới tần số tim thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 trẻ sơ sinh có Apgar 5 điểm phút thứ nhất, sau khi hồi sức đã đạt Apgar 8 điểm phút thứ 5. Tỷ lệ Apgar ≥ 7 ở phút thứ nhất là 96,7% ở nhóm I và 100% nhóm II và III. Tỷ lệ Apgar ≥ 7 ở phút thứ 5 là 100%. Như vậy, cả ba nồng độ thuốc ropivacain sử dụng trong nghiên cứu đều không ảnh hưởng đến Apgar sơ sinh.

5. Kết luận

Giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng do sản phụ tự điều khiển (PCEA) với

ropivacain ở các nồng độ 0,075%; 0,1% và 0,125% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml không có sự khác biệt về cơn co tử cung, tình trạng tim thai và chỉ số Apgar sơ sinh, và các tác dụng không mong muốn khác như rét run, đau lưng, bí tiểu... Tuy nhiên, nhóm ropivacain 0,125% có làm giảm cảm giác mót rặn và khả năng rặn đẻ (tỷ lệ phản xạ mót rặn ở mức trung bình là 26,7% (so với 10% của hai nhóm còn lại); khả năng rặn đẻ mức trung bình chiếm 40% (so với 6,7% của hai nhóm còn lại); tăng tỷ lệ phong bế vận động hai chi dưới so với hai nhóm còn lại (tỷ lệ phong bế vận động ở mức Bromage độ 1 là 16,7% (so với 0% ở nhóm ropivacain 0,075% và 3,3% nhóm ropivacain 0,1%) với $p < 0,05$.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Thị Hồng Chính (2010) *Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*. Luận văn Thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 69-70.
2. Nguyễn Văn Chinh (2010) *Giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng truyền liên tục Bupivacain qua catheter ngoài màng cứng*. Hội nghị chuyên đề gây mê hồi sức trong lĩnh vực sản phụ khoa lần thứ VII, Bệnh viện Từ Dũ.
3. Phạm Thiều Trung, Nguyễn Văn Chường (2012) *Nghiên cứu giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng liên tục tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ*. Báo cáo khoa học hội nghị gây mê hồi sức toàn quốc, Y học thực hành, tr. 247-250.
4. Boselli E et al (2003) *Ropivacaine 0.15% plus sufentanil 0.5mcg/mL and ropivacaine 0.10% plus sufentanil 0.5mcg/mL are equivalent for patient-controlled epidural analgesia during labor*. Anesth Analg 96(4): 1173-1177.
5. George RB, Allen TK, AS Habib (2013) *Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor*

analgesia: a systematic review and meta-analysis. Anesth Analg 116(1): 133-144.