

So sánh tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng bằng hỗn hợp ropivacain - fentanyl với bupivacain - fentanyl để giảm đau trong chuyển dạ đẻ

Comparison the side effects of epidural anesthesia with ropivacaine - fentanyl versus bupivacaine - fentanyl for pain management in labor

Nguyễn Đức Lam
Lê Thị Anh Đào

Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: So sánh ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp người mẹ và các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ và con của hỗn hợp ropivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml với bupivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml khi giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành trên 60 sản phụ con so, chuyển dạ đẻ từ tháng 3/2013 đến tháng 9/2013, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, được giảm đau trong đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng và được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm bằng nhau: Nhóm RF sử dụng ropivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml; nhóm BF sử dụng bupivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml. Dung dịch thuốc tê sẽ được tiêm ngắt quãng từng liều 5 - 7ml, cách nhau 5 phút vào catheter ngoài màng cứng khi khởi tê và khi sản phụ đau trở lại. **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp của người mẹ giữa hai nhóm nghiên cứu (các chỉ số: Tần số tim, huyết áp động mạch trung bình, tần số thở, bão hòa oxy mao mạch của hai nhóm không có sự khác biệt ở tất cả các thời điểm của cuộc đẻ). Các tác dụng không mong muốn của nhóm ropivacain 0,1% cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bupivacain 0,1% (tỷ lệ đau lưng nơi chọc kim là 4% so với 8,7%; buồn nôn là 8% so với 4,3%; ngứa là 12% so với 8,7%; rét run là 8% so với 13%; ức chế vận động mức Bromage độ I là 8% so với 21,7%). **Kết luận:** Gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng hỗn hợp ropivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml có tác dụng không mong muốn trên tuần hoàn, hô hấp của người mẹ và các tác dụng không mong muốn khác tương đương với hỗn hợp bupivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml nhưng ít gây ức chế vận động hơn.

Từ khóa: Giảm đau trong chuyển dạ, tác dụng không mong muốn, ropivacain, bupivacain.

Summary

Objective: To compare the effect on maternal cardiovascular, maternal respiration and other side effects on mothers and newborn of ropivacaine 0.1% + fentanyl 2 mcg/ml versus bupivacaine 0.1% + fentanyl 2mcg/ml in pain relief during the labor by epidural anesthesia. **Subject and method:** The study was conducted on 60 pregnant women, labor delivered at the National Obstetrics and Gynecology Hospital, from March 2013 to September 2013 and was given analgesic by epidural anesthesia and randomly assigned to two groups. The RF group used 0.1%

Ngày nhận bài: 07/3/2018, ngày chấp nhận đăng: 02/5/2018

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

ropivacaine + fentanyl 2mcg/mL. The BF group used 0.1% bupivacaine + 2mcg/ml fentanyl. Anesthetics will be injected intermittently between doses of 5 - 7ml, spaced 5 minutes into the epidural catheter when starting and when the pain come back (VAS > 4). *Result:* There were no statistically significant differences in maternal cardiovascular and respiratory effects between the two groups (heart rate, mean arterial pressure, respiratory rate, SpO2 of two groups at all times of labor delivery). The side effects of ropivacaine 0.1% did not differ significantly from those of bupivacaine 0.1% (4% versus 8,7% for backache; 8% vs 4.3% for nausea; 12% vs 8.7% for pruritis; 8% vs 13% for shivering, 8% vs 21.7% for motor bloc with Bromage I. *Conclusion:* Epidural epidural analgesia with 0.1% ropivacaine + 2mcg/ml fentanyl had little effect on maternal cardiovascular and respiratory, side effects on mothers and newborn were equivalent to epidural anesthesia with bupivacaine 0.1% + fentanyl 2mcg/ml but less motor bloc.

Keywords: Analgesia during labor, side effects, ropivacaine, bupivacaine.

1. Đặt vấn đề

Giảm đau trong chuyển dạ để nhiệm vụ quan trọng của các bác sỹ gây mê hồi sức sản khoa. Phương pháp giảm đau trong chuyển dạ để bằng gây tê ngoài màng cứng có nhiều ưu điểm: Hiệu quả giảm đau rất tốt, không ảnh hưởng đến cơn co tử cung, thuốc tê ít qua rau thai sang thai nhi gây ức chế sơ sinh như các thuốc giảm đau đường toàn thân, dễ dàng điều chỉnh liều thuốc theo đáp ứng của sản phụ và có thể tiêm thêm thuốc tê để vô cảm khi bệnh nhân có chỉ định mổ lấy thai... Tuy nhiên, với loại thuốc tê sử dụng phổ biến từ trước đến nay là bupivacain thì có thể gặp một số biến chứng vì thuốc này rất độc với hệ tim mạch. Ropivacain là thuốc tê thế hệ mới, tác dụng gây tê tương tự bupivacain nhưng ít độc trên hệ tim mạch và thần kinh hơn, do đó, ở các nước phát triển, thuốc tê này đã được khuyến cáo thay thế bupivacain để gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ để. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *So sánh ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp người mẹ và các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ và con của hỗn hợp ropivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml với bupivacain 0,1% + fentanyl 2mcg/ml khi giảm đau trong chuyển dạ để bằng gây tê ngoài màng cứng.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các sản phụ chuyển dạ đẻ con so, tuổi > 18, ASA độ I - II, có chỉ định và đồng ý giảm đau trong chuyển dạ để bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp diễn biến cuộc đẻ bất thường: Chảy máu, thai suy nặng, sa dây rau...

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có so sánh. Cỡ mẫu là 60 sản phụ chia thành 2 nhóm bằng nhau theo phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên.

Nhóm ropivacain (viết tắt là nhóm RF): Sử dụng hỗn hợp thuốc tê ropivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml.

Nhóm bupivacain (viết tắt là nhóm BF): Sử dụng hỗn hợp thuốc tê bupivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml.

2.3. Cách thức tiến hành

Phương tiện, vật liệu sử dụng trong nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng bộ gây tê ngoài màng cứng của hãng BBraun (Đức), thuốc tê ropivacain và bupivacain của hãng AstraZeneca (Thụy Điển) cùng các thuốc và phương tiện gây mê hồi sức khác.

Cách 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, 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 20G, 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 5ml dung dịch NaCl 0,9%. Liều test là 60mg lidocain 2% có pha thêm adrenalin 1/200000. Bắt đầu giảm đau bằng tiêm liều ban đầu qua catheter ngoài màng cứng 5 - 7ml hỗn hợp thuốc tê khác nhau ở mỗi nhóm, cách nhau 5 phút cho đến khi sản phụ hết đau, VAS < 3. Khi sản phụ đau trở lại (VAS > 4) thì sử dụng tiêm ngắt quãng liều như trên. Sau khi khâu xong tầng sinh môn thì rút catheter ngoài màng cứng.

Chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm của kỹ thuật gây tê ngoài màng

cứng, tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng trên người mẹ bao gồm: Về tuần hoàn (dựa vào các chỉ số: Mạch, huyết áp động mạch trung bình); về hô hấp (dựa vào các chỉ số: Tần số thở, SpO₂); ngoài ra còn ghi nhận các tác dụng không mong muốn khác trên người mẹ như: Nôn, buồn nôn, đau lưng, đau đầu, rét run... 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...).

Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Đánh giá sự thay đổi mạch, huyết áp so với mức nền của sản phụ. Khi mạch, huyết áp thay đổi trên 20% so với mức nền của sản phụ thì cần phải điều trị.

Đánh giá ức chế vận động theo Bromage, mức độ ức chế hô hấp theo Samuel Ko, mức độ nôn, buồn nôn theo Apfel, mức độ bí tiểu theo Aubrun F. Đánh giá tình trạng sơ sinh theo chỉ số Apgar.

Thời điểm theo dõi

Các chỉ tiêu nghiên cứu được theo dõi ở các thời điểm: Trước gây tê, khi có tác dụng giảm đau, sau gây tê 30 phút, sau gây tê 1 giờ, cuối giai đoạn I, II, III của chuyển dạ đẻ...

Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 14.0.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ và gây tê ngoài màng cứng

	Nhóm RF (ropivacain)(n = 25) $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	Nhóm BF (bupivacain)(n = 23) $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	p
Tuổi (năm)	27,4 ± 3,5 (20 - 36)	28,5 ± 4,1 (18 - 38)	>0,05
Chiều cao (cm)	157,1 ± 3,9 (149 - 166)	156,3 ± 3,5 (147 - 165)	>0,05
Cân nặng (kg)	63,3 ± 4,8 (52 - 78)	61,55 ± 4,1 (48 - 78)	>0,05
Tuần tuổi thai (tuần)	39,7 ± 1,2 (38 - 41)	39,9 ± 1,3 (38 - 41)	>0,05
Khoảng cách da - khoảng ngoài màng cứng (cm)	4,2 ± 0,3 (2,5 - 6)	4,0 ± 0,5 (3 - 5,5)	>0,05
Thời gian từ khi tiêm thuốc đến khi VAS < 3	8,5 ± 2,7 (6 - 14)	9,2 ± 3,1 (5 - 15)	>0,05

(phút)			
Tổng lượng dung dịch thuốc tê sử dụng (ml)	21,4 ± 4,5 (10 - 35)	19,3 ± 5,1 (12 - 37)	>0,05
Thời gian từ khi gây tê - đẻ (giờ)	2,7 ± 1,2 (1 - 6)	3,1 ± 1,4 (0,8 - 5,5)	>0,05
Cách sinh			
Đẻ thường	25 (83,3%)	23 (76,6%)	>0,05
Forcef	1 (3,3%)	2 (6,6%)	>0,05
Mổ lấy thai	4 (13,3%)	5 (16,6%)	>0,05
Lý do mổ lấy thai			
Suy thai	1 (3,3%)	2 (6,6%)	>0,05
Đầu không lọt	3 (10%)	3 (10%)	>0,05
Chỉ số Apgar sơ sinh			
Phút thứ 1	8,9 ± 0,8	9 ± 0,6	>0,05
Phút thứ 5	9,6 ± 0,5	9,5 ± 0,4	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu về: Các đặc điểm chung của sản phụ, các đặc điểm của gây tê ngoài màng cứng, cách sinh và chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh ($p>0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm về tuần hoàn, hô hấp của sản phụ trong quá trình giảm đau

	Nhóm RF (ropivacain) (n = 25) $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	Nhóm BF (bupivacain) (n = 23) $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	P
Tần số tim của sản phụ (lần/phút)			
Trước gây tê	108,3 ± 5,7	110,2 ± 5,1	>0,05
Sau gây tê 30 phút	91,8 ± 5	92,3 ± 5,1	>0,05
Sau gây tê 1 giờ	86,7 ± 5,8	86,2 ± 5,8	>0,05
Cuối giai đoạn I	82,8 ± 6,2	81,1 ± 6,6	>0,05
Cuối giai đoạn II	79,8 ± 5,6	79,6 ± 6,3	>0,05
Cuối giai đoạn III	76,3 ± 5,8	78,1 ± 5,2	>0,05
	75,4 ± 5,3	76,2 ± 5,6	>0,05
Huyết áp trung bình của sản phụ (mmHg)			
Trước gây tê	82,9 ± 7,1	80,4 ± 7,1	>0,05
Sau gây tê 30 phút	81,5 ± 7,7	80,5 ± 7	>0,05
Sau gây tê 1 giờ	80,4 ± 6,8	80,8 ± 6,7	>0,05
Cuối giai đoạn I	80,2 ± 7,6	80,4 ± 8,1	>0,05
Cuối giai đoạn II	79,3 ± 7,3	78,1 ± 6,7	>0,05
Cuối giai đoạn III	80,4 ± 6,7	79 ± 6,4	>0,05

Tần số thở của sản phụ (lần/min)			
Trước gây tê	23,6 ± 1,5	24,1 ± 1,6	>0,05
Sau gây tê 30 phút	22,5 ± 1,9	22,2 ± 1,9	>0,05
Sau gây tê 1 giờ	20,1 ± 1,7	20,6 ± 1,4	>0,05
Cuối giai đoạn I	19,3 ± 1,3	19,5 ± 1,3	>0,05
Cuối giai đoạn II	19,1 ± 0,8	19,1 ± 1,1	>0,05
Cuối giai đoạn III	19,3 ± 1,1	19,4 ± 1,2	>0,05
SpO ₂ của sản phụ (%)			
Trước gây tê	98,2 ± 0,9	98,3 ± 0,9	>0,05
Sau gây tê 30 phút	98,5 ± 0,96	98,8 ± 0,9	>0,05
Sau gây tê 1 giờ	98,7 ± 1	98,6 ± 0,8	>0,05
Cuối giai đoạn I	98,5 ± 0,9	98,4 ± 0,8	>0,05
Cuối giai đoạn II	98,6 ± 0,8	98,5 ± 0,9	>0,05
Cuối giai đoạn III	98,5 ± 0,9	98,5 ± 0,9	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các sản phụ của hai nhóm nghiên cứu về tần số tim, huyết áp động mạch trung bình, tần số thở và SpO₂ (p>0,05).

Bảng 3. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn n(%)	Nhóm RF (ropivacain) (n = 25)	Nhóm BF (bupivacain) (n = 23)	p
Ức chế vận động (Bromage I)	2 (8%)	5 (21,7%)	<0,05
Đau lưng nơi chọc kim	1 (4%)	2 (8,7%)	>0,05
Buồn nôn	2 (8%)	1 (4,3%)	>0,05
Ngứa	3 (12%)	2 (8,7%)	>0,05
Rét run	2 (8%)	3 (13%)	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ ức chế vận động ở mức Bromage I của nhóm bupivacain cao hơn so với nhóm ropivacain (p<0,05).

Trong khi các tác dụng không mong muốn khác không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu (p>0,05).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp các biến chứng của gây tê ngoài màng cứng như: Thủng màng cứng, tụ máu khoang ngoài màng cứng, tổn thương thần kinh sau gây tê ngoài màng cứng...

4. Bàn luận

Các sản phụ ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về các đặc điểm chung

như: Tuổi của sản phụ, tuổi thai, chiều cao, cân nặng, khoảng cách từ da đến khoang ngoài màng cứng. Tỷ lệ sản phụ phải mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Lý do chủ yếu của chỉ định mổ lấy thai là đầu không lọt và thai suy. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 3,3% sản phụ ở nhóm ropivacain và 6,6% ở nhóm bupivacain phải đẻ can thiệp bằng forcep, tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê nhưng có thể liên quan đến tác dụng gây ức chế vận động của bupivacain làm cho sản phụ rặn kém. Nghiên cứu này được thực hiện ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2013, khi phương pháp gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ

đề chưa được áp dụng rộng rãi, có thể đây cũng là lý do làm tăng tỷ lệ đề forcef vì cả bác sỹ gây mê hồi sức và bác sỹ sản khoa đều chưa có nhiều kinh nghiệm.

Tác dụng của gây tê ngoài màng cứng trên tuần hoàn của sản phụ được đánh giá bằng các thông số: Tần số tim, huyết áp động mạch trung bình. Các thông số này được theo dõi liên tục ở cả hai nhóm nghiên cứu tại các thời điểm trong quá trình chuyển dạ. Khi so sánh tần số tim và huyết áp động mạch trung bình của các sản phụ tại cùng một thời điểm trong chuyển dạ thấy rằng: Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm ropivacain và nhóm bupivacain. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Isha Chora (nghiên cứu về Dược động học và tác dụng trên lâm sàng ở các sản phụ chuyển dạ để được truyền liên tục vào khoang ngoài màng cứng một trong hai loại thuốc ropivacain và bupivacain, không có trường hợp nào bị tụt huyết áp cần phải điều trị) [3]. Kết quả ở Bảng 2 cho thấy: Ở mỗi nhóm, tần số tim trước khi gây tê ngoài màng cứng và sau khi gây tê 30 phút có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do trước khi được giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng, sản phụ đau nhiều nên tăng tiết catecholamin gây tăng nhịp tim, sau khi được giảm đau, tần số tim giảm và trở về mức bình thường, đây chính là tác dụng có lợi của gây tê ngoài màng cứng, tác dụng làm giảm tần số tim này rất có giá trị đặc biệt ở các sản phụ có bệnh lý tim mạch hoặc Basedow...

So sánh tác dụng trên hô hấp của sản phụ được gây tê ngoài màng cứng bằng ropivacain hoặc bupivacain cho thấy: Không có sự khác biệt về tần số thở và SpO₂ của cả hai nhóm trong cùng một thời điểm của quá trình chuyển dạ. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả Gautier P (không thấy có sự khác biệt về tần số thở và SpO₂ giữa hai nhóm nghiên cứu ropivacain và bupivacain, không gặp trường hợp nào có tần số thở < 12 lần/phút và SpO₂ < 95%) [2]. Theo y văn, đau trong chuyển dạ làm

sản phụ thở nhanh gây kiềm hô hấp và làm giảm khả năng tách oxy ra khỏi hemoglobin ở thai nhi, giảm đau ngoài màng cứng sẽ làm giảm tần số thở của sản phụ nên cải thiện tình trạng cung cấp oxy cho thai trong quá trình chuyển dạ.

Trong giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng thì ngoài tác dụng trên người mẹ, ta cần phải quan tâm đến ảnh hưởng trên con. Trong nghiên cứu này, điểm Apgar của sơ sinh ở phút thứ nhất và phút thứ năm không có sự khác biệt giữa nhóm ropivacain và nhóm bupivacain. Cũng không ghi nhận trường hợp nào có chỉ số Apgar < 7, cần phải hồi sức sơ sinh. Như vậy, cả hai thuốc tê nói trên sử dụng trong gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ đều không ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Wang K [6].

Một trong các tác dụng không mong muốn ở sản phụ của gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ để được các bác sỹ sản khoa đặc biệt đó là gây ức chế vận động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ức chế vận động giữa nhóm ropivacain so với nhóm bupivacain (mức Bromage độ I là 8% so với 21,7%) với p<0,05. Tuy nhiên, theo Wang K: Gây tê ngoài màng cứng không làm tăng tỉ lệ sinh mổ và sinh dụng cụ tuy có kéo dài thời gian chuyển dạ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đề forcef ở nhóm bupivacain có cao hơn so với nhóm ropivacain, tuy nhiên, vì số lượng bệnh nhân ít nên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp tiêm thuốc tê ngắt quãng ngoài màng cứng khi bệnh nhân đau chứ không sử dụng truyền liên tục hoặc sử dụng bơm tiêm tự động do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA), do đó, làm cho tỷ lệ ức chế vận động tăng lên ở nhóm dùng bupivacain. Vì thế, kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với các tác giả Eddleston JM, José M và Patkar CS [1], [4], [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có gặp một số tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng ở cả hai nhóm nhưng không nghiêm trọng, tỷ lệ thấp và thường tự hết một thời gian ngắn sau đó. Các tác dụng không mong muốn này không có sự khác biệt giữa nhóm gây tê bằng ropivacain so với nhóm gây tê bằng bupivacain (tỷ lệ đau lưng nơi chọc kim là 4% so với 8,7%; buồn nôn là 8% so với 4,3%; ngứa là 12% so với 8,7%; rét run là 8% so với 13%). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Isha Chora: Tỷ lệ ngứa là 10%, buồn nôn là 5% ở nhóm ropivacain) [3]. Chúng tôi cũng không gặp các biến chứng nguy hiểm như thủng màng cứng, tụ máu khoang ngoài màng cứng hay các biến chứng thần kinh sau gây tê ngoài màng cứng.

5. Kết luận

Gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng ropivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml có tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp sản phụ và có các tác dụng không mong muốn tương đương với bupivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml, tuy nhiên, ropivacain ít ức chế vận động hơn so với bupivacain (tỷ lệ ức chế vận động mức Bromage độ I là 8% so với 21,7%). Các thuốc này khi gây tê ngoài màng cứng đều ít gây ảnh hưởng trên tuần hoàn hô hấp người mẹ, có gặp một số tác dụng không mong muốn nhưng tỷ lệ thấp, không nguy hiểm và tự khỏi sau thời gian ngắn.

Tài liệu tham khảo

1. Eddleston JM, Maresh M (1992) *Comparison of the maternal and fetal effects associated with intermittent or continuous infusion of extra-dural analgesia*. British Journal of Anaesthesia 69: 154-158.
2. Gautier P, Col (1998) *A double - blind comparison of 0.125% ropivacaine with sufentanil and 0.125% bupivacaine with sufentanil for epidural labor analgesia*. Anesthesiology 3(90): 772-778.
3. Isha C, Akhlak H (2014) *Comparison of 0.1% ropivacaine - fentanyl with 0.1% Bupivacaine 0 fentanyl epidurally for labour analgesia*. Advances in Anesthesiology, volume 2014, article ID 237034.
4. José M et al (2015) *Effects of local anesthetic on the time between analgesic boluses and the duration of labor in patient-controlled epidural analgesia: prospective study of two ultra-low dose regimens of ropivacaine and sufentanil*. Acta Med Port 28(1): 70-76.
5. Patkar CS et al (2015) *A comparison of continuous infusion and intermittent bolus administration of 0.1% ropivacaine with 0.0002% fentanyl for epidural labor analgesia*. J Anaesthesiol Clin Pharmacol 31(2): 234-238.
6. Wang, K et al (2014) *The effects of epidural/spinal opioids in labour analgesia on neonatal outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trial*. Can J Anaesth 61(8): 695-709.