

EFFECTIVENESS OF PATIENT-CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA (PCEA) FOLLOWING CESAREAN SECTION AT BAI CHAY HOSPITAL IN 2025: A CASE SERIES OF 30 PATIENTS

Pham Hoa Hung¹, Phung Van Chinh², Nguyen Van Quang², Pham Van Trung², Doan Nhu Thuy², Nguyen Trung Thanh³

¹Vinmec Ha Long General Hospital-No. 10A Le Thanh Tong Street, Hong Gai Ward, Quang Ninh Province, Vietnam

²Bai Chay Hospital-Gieng Day, Viet Hung, Quang Ninh, Vietnam

³Vinmec Hai Phong General Hospital-Bui Vien Street, An Bien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 21/05/2026

Revised: 16/06/2026; Accepted: 22/07/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the analgesic efficacy of patient-controlled epidural analgesia (PCEA) after Cesarean section.

Methods: A descriptive case series of 30 patients indicated for cesarean section who received patient-controlled epidural analgesia (PCEA) postoperatively at Bai Chay Hospital from March 2025 to October 2025.

Results: The majority of patients were under 30 years of age (63.3%). The mean initial bolus volume was 5.93 ± 0.83 , mL (ranging from 4 to 7 mL). The mean pain intensity, measured by the Visual Analog Scale (VAS), decreased progressively over time: it was highest during the first 24 hours (mean VAS 4.8 ± 0.9 , immediately postoperative) and declined to 1.5 ± 0.4 , after 72 hours. All patients achieved satisfactory pain relief, with no cases requiring a transition to alternative analgesic modalities. Regarding dosage and consumption, the mean total local anesthetic dose over 72 hours was 287 ± 15 mg. Recorded side effects were mild and transient, primarily postoperative nausea and vomiting (PONV) at 26.7% and pruritus at 16.7%, none of which required specific medical intervention. There were no serious complications such as hypotension, urinary retention, respiratory depression, or post-dural puncture headache (PDPH).

Conclusion: PCEA demonstrated good pain control in a group of 30 postpartum women monitored for 72 hours, with mild side effects.

Keywords: Epidural analgesia, Cesarean section, PCA pump.

*Corresponding author

Email: bsphamhoahung@gmail.com **Phone:** (+84) 366286868 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.6012



HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN BẰNG MÁY PCA TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY NĂM 2025: NHẬN XÉT 30 TRƯỜNG HỢP

Phạm Hòa Hưng¹, Phùng Văn Chính², Nguyễn Văn Quang², Phạm Văn Trung², Đoàn Như Thúy², Nguyễn Trung Thành³

¹Bệnh viện đa khoa Vinmec Hạ Long-Số 10A đường Lê Thánh Tông, Phường Hồng Gai, tỉnh Quảng Ninh, Việt Nam

²Bệnh viện Bãi Cháy-Giếng Đáy, Việt Hưng, Quảng Ninh, Việt Nam

³Bệnh viện đa khoa Vimec Hải phòng-Đường Bùi Viện, Phường An Biên, Thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 16/06/2026; Ngày duyệt đăng: 22/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét hiệu quả giảm đau của gây tê ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt trường hợp cho 30 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật lấy thai, được sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng tự điều khiển (PCEA) sau phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện Bãi Cháy từ tháng 03/2025 đến tháng 10/2025.

Kết quả: Bệnh nhân chủ yếu dưới 30 tuổi (63,3%). Thể tích tiêm liều khởi đầu trung bình là $5,93 \pm 0,83$ mL, dao động từ 4 đến 7 mL. Điểm đau trung bình (VAS) giảm dần theo thời gian: cao nhất trong 24 giờ đầu (VAS trung bình $4,8 \pm 0,9$ ngay sau mổ) và giảm còn $1,5 \pm 0,4$ sau 72 giờ. Tất cả bệnh nhân đều đạt mức giảm đau thỏa đáng, không có trường hợp nào phải chuyển sang giảm đau phương pháp khác. Về liều lượng và mức tiêu thụ thuốc, tổng liều thuốc tê trung bình trong 72 giờ là 287 ± 15 mg. Các tác dụng phụ ghi nhận nhẹ và thoáng qua, chủ yếu là nôn – buồn nôn (26,7%) và ngứa (16,7%), không cần can thiệp điều trị đặc biệt. Không có biến chứng nghiêm trọng như tụt huyết áp, bí tiểu, ức chế hô hấp hoặc đau đầu sau chọc kim.

Kết luận: PCEA cho thấy khả năng kiểm soát đau tốt trong nhóm 30 sản phụ được theo dõi 72 giờ, với tác dụng phụ nhẹ.

Từ khóa: Giảm đau ngoài màng cứng, phẫu thuật lấy thai, máy PCA

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật lớn với mức đau sau phẫu thuật từ trung bình đến nặng. Giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật giúp sản phụ vận động sớm, chăm sóc trẻ tốt hơn, vận động sớm còn giảm nguy cơ huyết khối tắc mạch sau phẫu thuật.¹ Gây tê ngoài màng cứng là một kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách đưa thuốc tê vào bên trong khoang ngoài màng cứng nhằm ức chế dẫn truyền thần kinh ở một vùng nhất định trên cơ thể do các rễ thần kinh chi phối. Phương pháp có hiệu quả giảm đau tốt đặc biệt trên các phẫu thuật lớn có mức độ đau nặng và kéo dài như phẫu thuật vào lồng ngực, phẫu thuật vào ổ bụng, phẫu thuật cắt tử cung...¹ Phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển là phương pháp giảm đau ngoài hiệu quả, trong đó bệnh nhân tự điều khiển lượng thuốc gây tê được đưa vào khoang ngoài màng cứng. Giảm đau ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển (PCEA) được Gambling mô tả lần đầu tiên vào năm 1988 và dựa trên nguyên tắc: Nhân viên y tế sẽ chủ động pha thuốc tê vào bình chứa, được cài đặt phần mềm tự động điều khiển, khi thấy đau bệnh nhân bấm nút kích hoạt, máy sẽ tự bơm thuốc theo liều cài đặt vào khoang ngoài màng cứng. Giúp giảm đau kịp thời ngay khi bệnh nhân thấy đau, đáp ứng được nhu cầu cho từng bệnh nhân khác nhau. Phương pháp này giúp giảm liều lượng thuốc sử dụng, làm giảm bớt vùng phong bế của thuốc tê, hạn chế các tác dụng không mong muốn.^{2,3}

Ở Việt Nam, nghiên cứu về giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển thấy đạt được hiệu quả giảm đau tốt.⁴ Tại bệnh

viện Bãi Cháy mỗi năm có khoảng 9000 ca phẫu thuật trong đó phẫu thuật lấy thai, số bệnh nhân phẫu thuật lấy thai làm giảm đau sau phẫu thuật bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng để giảm đau sau phẫu thuật tăng theo năm. Năm 2024 có khoảng 150 bệnh nhân giảm đau sau phẫu thuật bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng. Trong đó, kỹ thuật giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA) được triển khai trong thời gian gần đây, cho thấy hiệu quả giảm đau và mức độ hài lòng của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nhận xét hiệu quả giảm đau của gây tê ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 30 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật lấy thai, được sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng tự điều khiển sau phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện Bãi Cháy từ tháng 03/2025 đến tháng 10/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân phẫu thuật lấy thai
- Có sử dụng phương pháp giảm đau gây tê ngoài màng cứng (NMC).

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị tổn thương tủy sống hoặc các dây thần kinh chi phối cho chi dưới.
- Tiền sử rối loạn tâm thần, khó khăn trong giao tiếp

*Tác giả liên hệ

Email: bsphamhoahung@gmail.com Điện thoại: (+84) 366286868 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6012

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu*: Mô tả loạt trường hợp.

2.2.2. *Cỡ mẫu*: Cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm 30 bệnh nhân được phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Bãi Cháy, đáp ứng đầy đủ các điều kiện nghiên cứu nêu trên.

2.2.3. *Trang thiết bị, phương tiện nghiên cứu*

- Bộ catheter NMC perifix của hãng B. Braun
- Máy giảm đau PCA
- Thuốc đo VAS hãng Astrazeneca
- Thuốc tê ngoài màng cứng bupivacain 0,5% 20mL; Lidocain 2% 2mL; Fentanyl 0,1mg/2mL.
- Các thuốc hồi sức khác: Atropin 0,25 mg, ephedrin 30 mg, Phenylephrine 500mcg, adrenalin 1mg/ mL. Calci clorid 500mg/5mL. Kali clorid 500 mg/5 mL. Các loại dịch truyền: dung dịch NaCl 0,9% / 500mL, dung dịch Gelofusine,... Dung dịch lipid 20% 250mL/chai, dự phòng điều trị ngộ độc thuốc tê.

2.2.4. *Quy trình kỹ thuật trong nghiên cứu*

Gây tê ngoài màng cứng

Bước 1: Đặt đường truyền ngoại vi bằng catheter 20G và truyền dịch

Bước 2: Đặt tư thế bệnh nhân nằm cong lưng tôm

Bước 3: BS gây mê rửa tay mặc áo đi găng

Bước 4: Sát khuẩn vùng chọc bằng dung dịch betadine, trái toan có lỗ, xác định điểm chọc là khe liên đốt 2,3.

Bước 5: Tê tại chỗ chọc bằng lidocain 1%, Chọc kim Tuohy, thực hiện kỹ thuật mất sức cân bằng 3mL dung dịch NaCl 0,9% để xác định kim đã vào khoang NMC, đo khoảng cách từ đầu kim đến da. Luồn catheter sâu 5cm trong khoang NMC, test bằng cách hút thử xem có máu chảy ra không nếu không có tiêm dung dịch lidocain 1%+ adrenalin 1:200000. Sau 5 phút theo dõi mạch, huyết áp và vận động 2 chân. Nếu có vị tê đẳng ở hõng, hoa mắt, chóng mặt, nhịp tim tăng > 20% trong 30- 60 giây hoặc 2 chi dưới tê không nhắc lên được thì coi là gây tê NMC thất bại.

-Thời gian lưu catheter là 72 giờ tính từ khi thực hiện giảm đau NMC.

Vô cảm trong mổ:

Bệnh nhân sau khi thực hiện thủ thuật gây tê ngoài màng cứng, được gây tê tùy sống để phẫu thuật.

Kết thúc phẫu thuật, bệnh nhân đưa về hồi tỉnh.

Người bệnh được theo dõi chặt chẽ các chỉ số sinh tồn trong thời gian phẫu thuật bằng monitor. Kết thúc phẫu thuật bệnh nhân được chuyển về phòng hồi tỉnh để theo dõi và đánh giá làm giảm đau sau phẫu thuật cho người bệnh.

Tiến hành giảm đau sau phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật

Sau khi tiêm liều khởi đầu vào khoang NMC, mức ức chế cảm giác trên da được kiểm tra bằng thử cảm giác lạnh trên da hoặc phương pháp châm kim đầu tù lên da. Từ đó xác định được số phân đốt ức chế cảm giác khoanh tủy của thuốc tê sau khi tiêm vào khoang NMC.

Cách pha dung dịch thuốc truyền vào khoang ngoài màng cứng: Nhóm Bupivacain: Lấy 04 lọ bupivacain 0,5% 20mL cùng với 04 ống fentanyl 0,1mg/2mL pha cùng với NaCl 0,9% với thể tích là 312mL. Hỗn hợp nhận được bao gồm 400mL trong đó nồng độ bupivacain 0,1% và fentanyl 1 mcg/mL.

Cài đặt giảm đau PCEA: Bệnh nhân bắt đầu thực hiện giảm đau tự điều khiển sau khi tiêm liều khởi đầu có điểm

VAS < 4. Đặt các thông số máy: Liều yêu cầu: 3 mL; Thời gian khóa: 15 phút; Liều duy trì: 3 mL/giờ; Tổng liều giới hạn trong 4 giờ: 40 mL. Trong quá trình nghiên cứu nếu sau hai lần bấm liều yêu cầu liên tiếp có đáp ứng mà điểm VAS >4 thì bác sĩ tiêm thêm liều “giải cứu đau” gồm 5mL hỗn hợp thuốc giảm đau. Các thông số máy được giữ nguyên. Bệnh nhân được theo dõi đánh giá mỗi 15 phút trong 1 giờ đầu. Nếu điểm VAS<4, tiếp tục thực hiện giảm đau theo nghiên cứu. Nếu sau liều “giải cứu đau” 15 phút mà bệnh nhân vẫn đau thì coi là thất bại của giảm đau NMC.

- Rút catheter sau 72 giờ tính từ khi thực hiện giảm đau NMC. Các thời điểm theo dõi

Các chỉ tiêu theo dõi gồm điểm VAS khi nằm nghỉ và khi vận động, tần số tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, tần số thở, độ bão hòa oxy mao mạch, được ghi chép ở các thời điểm sau:

- + H0: Ngay trước khi tiêm liều khởi đầu.
- + H0,15: Sau khi thực hiện giảm đau 15 phút.
- + H1: Sau khi thực hiện giảm đau 1 giờ.
- + H6: Sau khi thực hiện giảm đau 6 giờ.
- + H12: Sau khi thực hiện giảm đau 12 giờ.
- + H24: Sau khi thực hiện giảm đau 24 giờ.
- + H36: Sau khi thực hiện giảm đau 36 giờ.
- + H48: Sau khi thực hiện giảm đau 48 giờ.
- + H72: Sau khi thực hiện giảm đau 72 giờ.

Các biến chứng và tác dụng không mong muốn được đánh giá liên tục trong thời gian giảm đau 72 giờ.

2.2.5. *Các biến số chỉ số nghiên cứu*

- Đặc điểm về tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể BMI, bệnh kèm theo

- So sánh điểm đau VAS lúc nghỉ tại các thời điểm nghiên cứu .

- Điểm đau VAS khi vận động tại các thời điểm nghiên cứu

- Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau.

- Mức phong bế sau liều bolus, sau 24 giờ, sau 48 giờ, sau 72 giờ.

- Nhu cầu giảm đau PCEA và nhu cầu dùng liều “giải cứu đau”:

+ Số lần yêu cầu (D=Demand và yêu cầu thành công (A=Actual, tỷ lệ yêu cầu thành công A/D (%).

+ Số lần tiêm thêm liều “giải cứu đau”

+ Thê tích hỗn hợp thuốc tê tiêm liều khởi đầu.

+Tổng lượng thuốc tê đã dùng trong 3 ngày.

- Thời gian từ lúc bắt đầu làm giảm đau tới lúc bệnh nhân bấm liều yêu cầu đầu tiên.

- Ảnh hưởng lên vận động sau phẫu thuật theo thang điểm Bromage tại thời điểm sau liều bolus 1 giờ.

- Mức độ hài lòng của bệnh nhân khi thực hiện giảm đau.

2.2.6. *Các tiêu chí đánh giá*

Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo Terheggen⁵: là một thước đo được sử dụng để đánh giá cảm nhận chủ quan của bệnh nhân về sự thoải mái và mức độ hài lòng sau một can thiệp y tế.

Mức 0: Rất không hài lòng:

- Bệnh nhân không cảm thấy giảm đau hoặc có giảm nhưng không đáng kể.

- Mức độ đau vẫn còn rất cao, gần như không có cải thiện so với trước khi can thiệp.

- Bệnh nhân gặp phải nhiều tác dụng phụ gây khó chịu hoặc các biến chứng.

- Trải nghiệm sau phẫu thuật hoàn toàn không thoải mái, gây căng thẳng và bất tiện trong sinh hoạt.

Mức 1: Không hài lòng:

- Bệnh nhân cảm thấy giảm đau nhưng không đủ để làm họ thoải mái.

- Mức độ đau vẫn còn tương đối cao, cần sử dụng thêm các biện pháp giảm đau khác.

- Có thể xuất hiện một số tác dụng phụ gây khó chịu, ảnh hưởng đến cảm nhận chung của bệnh nhân.

- Trải nghiệm phẫu thuật không đạt được kỳ vọng, làm giảm sự thoải mái và khả năng sinh hoạt hàng ngày.

Mức 2: Hài lòng:

- Bệnh nhân cảm thấy giảm đau đáng kể, cơn đau giảm nhiều và phù hợp với kỳ vọng.

- Mức độ đau đã giảm đáng kể và dễ kiểm soát mà không cần các biện pháp bổ sung nhiều.

- Tác dụng phụ có thể có nhưng không đáng kể và không gây khó chịu quá mức.

- Bệnh nhân cảm thấy thoải mái với trải nghiệm phẫu thuật, có thể sinh hoạt bình thường sau một thời gian ngắn.

Mức 3: Rất hài lòng:

- Bệnh nhân cảm thấy thoải mái hoàn toàn, đau giảm hẳn hoặc không còn đau.

- Hiệu quả giảm đau vượt quá mong đợi và duy trì trong thời gian dài mà không cần thêm can thiệp.

- Hầu như không có tác dụng phụ hoặc các tác dụng phụ không đáng kể.

- Trải nghiệm sau phẫu thuật dễ chịu, bệnh nhân có thể trở lại sinh hoạt hàng ngày một cách nhanh chóng và thuận lợi.

2.3. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu thống kê được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được biểu diễn dưới dạng số lượng và tỉ lệ phần trăm, biến định lượng biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng nghiệm thu đề cương nhiệm vụ khoa học và công nghệ cấp cơ sở Bệnh viện Bãi Cháy phê duyệt theo Quyết định số...../QĐ-BVBC ngày..... Nghiên cứu chỉ mô tả, không can thiệp, không tổn hại thể chất và tinh thần của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=30)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 30 tuổi	19	63,3%
	≥ 30 tuổi	11	36,7%
Bệnh kèm theo	Hen phế quản	1	3,33%
	Tăng huyết áp	1	3,33%
	Đái tháo đường	1	3,33%

Nhận xét: Tuổi trung bình của 30 bệnh nhân là 29,5 ± 4,2, trong đó nhóm dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (63,3%). Đa số không có bệnh kèm theo, chỉ có 1 trường hợp tăng huyết áp, 1 trường hợp đái tháo đường, 1 trường hợp hen phế quản.

Tổng số lần yêu cầu giảm đau trung bình là 24,23 ± 3,53 lần, trong đó số lần yêu cầu thành công trung bình đạt 18,67 ± 2,87 lần. Tỷ lệ yêu cầu thành công trung bình (A/D%) đạt 83,55 ± 6,76%. Đa số bệnh nhân (63,3%) không

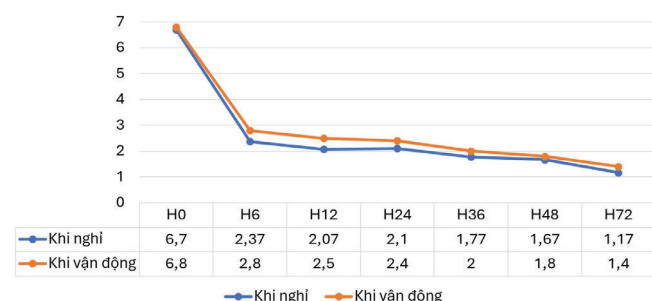
cần tiêm thêm thuốc giảm đau, trong khi 26,7% cần tiêm 1 lần và chỉ 6,7% cần tiêm 2 lần, số lần tiêm thêm trung bình thấp (0,47 ± 0,63). Thời gian trung bình cần tiêm thêm liều “giải cứu đau” đầu tiên là 33,30 ± 16,60 phút, dao động tương đối rộng giữa các bệnh nhân.

Bảng 2. Thể tích tiêm liều khởi đầu và số phân đốt bị ức chế (n=30)

Đặc điểm	Trung bình X ± SD	Min-max
Thể tích tiêm liều khởi đầu (mL)	5,93 ± 0,83	4 - 7
Số phân đốt bị ức chế	7,33 ± 1,3	7 - 10
Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau (phút)	9,83 ± 1,44	7 - 12

Nhận xét: Thể tích tiêm liều khởi đầu trung bình là 5,93 ± 0,83 mL, dao động từ 4 đến 7 mL. Số phân đốt bị ức chế cảm giác trung bình là 7,33 ± 1,3 khoang, thấp nhất là 7 và cao nhất là 10. Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau trung bình là 9,83 ± 1,44 phút, dao động từ 7 đến 12 phút.

(Ghi chú: H0: thời điểm ban đầu, H6: Sau 6h; H12: sau 12 giờ; H24: Sau 24 giờ; H36: Sau 36 giờ; H48: Sau 48 giờ; H72: Sau 72 giờ)



Biểu đồ 1. Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

Nhận xét: VAS khi nghỉ giảm mạnh từ 6,7 lúc 0h → 2,1 tại 24h → 1,2 tại 72h. Sau 6 giờ đầu, VAS nhanh chóng giảm xuống <3 và duy trì suốt 72h. Điểm VAS vận động giảm rõ từ 6,8 xuống 2,4 tại 24h, còn 1,4 tại 72h.

Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu, có 19 trường hợp không phải tiêm thêm liều giải cứu đau, 8 bệnh nhân phải tiêm thêm 1 lần và 2 bệnh nhân tiêm thêm 2 lần. Thời gian tiêm thêm liều “giải cứu đau” đầu tiên trung bình là 33,30 ± 16,60 (phút).

Bảng 3. Liều lượng thuốc sử dụng của đối tượng nghiên cứu (n=30)

Tổng liều (mg)	X ± SD
0-24h	170 ± 8
24-48h	117 ± 5
48-72h	102 ± 3
Tổng liều từ 0-72h	287 ± 15
Liều trung bình mL/h	3,98 ± 0,2

Nhận xét: Trong 24 giờ đầu sau mổ, bệnh nhân có tổng liều bupivacain chiếm khoảng 50% tổng liều 72 giờ. Từ 24–48 giờ, nhu cầu bolus giảm, liều còn khoảng 30%. Đến ngày thứ 3 (48–72 giờ), liều duy trì chiếm khoảng 20% tổng liều. Tổng liều trung bình 72 giờ nằm trong giới hạn an toàn của phương pháp PCEA.

Bảng 4. Mức độ hài lòng của đối tượng nghiên cứu (n=30)

Mức độ	n	%
Rất tốt (%)	21	70,0
Tốt (%)	9	30,0
Trung bình (%)	0	0
Không hài lòng (%)	0	0

Nhận xét: 100% người bệnh trong nghiên cứu đánh giá mức độ tốt trở lên. Không có bệnh nhân nào đánh giá trung bình hoặc không hài lòng

Bảng 5. Các tác dụng không mong muốn trên đối tượng nghiên cứu (n =30)

Tác dụng phụ	n	%
Nôn - buồn nôn	8	26,7
Ngứa	5	16,7

Nhận xét: Trong tổng số 30 sản phụ được giảm đau bằng PCEA, ghi nhận một số tác dụng phụ nhẹ, chủ yếu là nôn – buồn nôn (26,7%) và ngứa (16,7%). Các tác dụng này đều ở mức độ nhẹ, thoáng qua và tự hết, không cần can thiệp điều trị đặc biệt. Không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng như tụt huyết áp, ức chế hô hấp, bí tiểu hay đau đầu sau chọc kim

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 30 sản phụ được phẫu thuật lấy thai và được giảm đau sau phẫu thuật bằng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA) với hỗn hợp Bupivacain 0,1% phối hợp Fentanyl 1 mcg/mL, chúng tôi nhận thấy Phương pháp PCEA có hiệu quả giảm đau tốt và ổn định trong suốt 72 giờ sau mổ.

Trong nghiên cứu, mức độ đau trung bình theo thang VAS của bệnh nhân khi nghỉ dao động từ $1,5 \pm 0,3$ đến $1,9 \pm 0,4$ điểm (Biểu đồ 3.1), và khi vận động dao động từ $2,1 \pm 0,5$ đến $2,7 \pm 0,6$ điểm trong 72 giờ sau phẫu thuật. Cả hai giá trị đều nằm trong ngưỡng kiểm soát đau tốt, theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) và Hiệp hội Giảm đau Quốc tế (IASP), trong đó điểm VAS < 3 được coi là bệnh nhân hầu như không đau.⁶ Sự chênh lệch giữa điểm VAS khi nghỉ và khi vận động là có nhưng không đáng kể về mặt lâm sàng. Khi nghỉ, bệnh nhân gần như hoàn toàn dễ chịu, trong khi khi vận động (ngồi dậy, đi lại nhẹ, cho con bú) có tăng nhẹ cảm giác đau, nhưng vẫn duy trì VAS < 3 — cho thấy hiệu quả giảm đau liên tục và ổn định của hệ thống PCEA. Theo Bertini và cộng sự (2001), khi so sánh giảm đau sau thay khớp háng bằng PCEA ropivacain và bupivacain, VAS khi nghỉ thường thấp hơn khi vận động khoảng 0,5–1,0 điểm, và mức này được xem là biến thiên sinh lý bình thường do thay đổi áp lực trong khoang bụng và kích thích vùng mô.⁷ Kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng đó. Pouzeratte và cộng sự (2001) cho thấy mức VAS trung bình trong nhóm PCEA duy trì < 3 điểm trong suốt 72 giờ đầu, thấp hơn đáng kể so với nhóm CEI (Continuous Epidural Infusion).⁸ Parker & White (1992) khi nghiên cứu trên sản phụ phẫu thuật lấy thai cũng ghi nhận VAS khi nghỉ < 2, VAS khi vận động < 3, và khẳng định PCEA mang lại cảm giác thoải mái hơn, ít cần can thiệp thêm.⁹ Như vậy, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu chứng minh rằng PCEA Bupivacain đảm bảo kiểm soát đau hiệu quả, cả khi nghỉ và vận động.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổng liều bupivacain sử dụng trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật lấy thai bằng phương pháp PCEA là 287 ± 15 mg, với tốc độ trung bình $3,98 \pm 0,2$ mL/giờ (bảng 3.9). Liều thuốc được phân bố giảm dần theo thời gian: 0–24 giờ: 170 ± 8 mg; 24–48 giờ: 117 ± 5 mg; 48–72 giờ: 102 ± 3 mg. Điều này phản ánh diễn tiến sinh lý của đau hậu phẫu, khi cơn đau giảm dần theo thời gian, đồng thời thể hiện hiệu quả kiểm soát đau ổn định của phương pháp PCEA. Trong 24 giờ đầu, khi mức độ đau còn cao, bệnh nhân chủ động bấm bolus nhiều hơn, dẫn đến lượng thuốc sử dụng cao nhất. Từ ngày thứ hai trở đi, nhu cầu giảm đau giảm rõ rệt, lượng thuốc giảm tương ứng. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung của nhiều nghiên cứu quốc tế về giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật lấy thai: Tsen LC và cộng sự (2017) báo cáo tổng liều bupivacain 0,1% phối hợp fentanyl 2 mcg/mL trong nhóm truyền liên tục là khoảng 350–380 mg/72h, trong khi nhóm PCEA chỉ 280–300 mg, thấp hơn khoảng 20–25%, nhưng mức độ hài lòng và điểm VAS tương đương.¹⁰

Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với phương pháp giảm đau: 70% rất tốt, 30% tốt (Bảng 3.10), không có trường hợp trung bình hay không hài lòng. Tỷ lệ này tương tự Nguyễn Hữu Tài (2020) (93,3% hài lòng tốt/rất tốt) và Trần Thị Thu Hằng (2021) (96,7%).^{11,12} Điều này phản ánh hiệu quả giảm đau toàn diện, ít tác dụng phụ và tăng cảm giác chủ động, hướng tới cá thể hóa trong chăm sóc và điều trị, đặc trưng của hệ thống PCEA.

5. KẾT LUẬN

PCEA cho thấy khả năng kiểm soát đau tốt trong nhóm 30 sản phụ được theo dõi 72 giờ, với tác dụng phụ nhẹ; cần có thêm nghiên cứu đối chứng để so sánh hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Maalouf DB, Liu SS. Clinical applications of epidural analgesia. Acute pain management. Cambridge University Press, New York; 2009:114-143.
- [2] Sinatra RS, Jahr JS, Watkins-Pitchford JM (2010), The essence of analgesia and analgesics. Cambridge University Press.
- [3] Shin YS, Doo AR, Park JK (2018). Let's Take Advantage of Mixtures of Bupivacaine or Ropivacaine in Urologic Inguinal and Scrotal Surgery. The World Journal of Men's Health, 36(2), 171-172.
- [4] Phạm QM, Bùi LN (2022). Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của phương pháp tự điều khiển (PCEA) so với truyền liên tục (CEI) qua catheter ngoài màng cứng. Tạp chí Y học Việt Nam, 514(1),
- [5] Terheggen MA, Wille F, Borel Rinkes IH, Ionescu TI, Knape JT (2002). Paravertebral blockade for minor breast surgery. Anesth Analg, 94(2), 355-359, table of contents.
- [6] Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain, 161(9), 1976-1982.
- [7] Bertini L, Mancini S, Di Benedetto P, et al. (2001). Postoperative analgesia by combined continuous infusion and patient-controlled epidural analgesia (PCEA) following hip replacement: ropivacaine versus bupivacaine. Acta anaesthesiologica scandinavica, 45(6), 782-785.
- [8] Pouzeratte Y, Delay JM, Brunat G, et al. (2001). Patient-controlled epidural analgesia after abdominal surgery: ropivacaine versus bupivacaine. Anesthesia & Analgesia, 93(6), 1587-1592.
- [9] Parker RK, White PF (1992). Epidural patient-controlled analgesia: an alternative to intravenous patient-controlled analgesia for pain relief after cesarean delivery. Anesthesia & Analgesia, 75(2), 245-251.
- [10] Maca J, Neiser J, Grasslova L, Trlicova M, Streitov D, Zoubkova R (2020). Patient-controlled epidural analgesia versus conventional epidural analgesia after total hip replacement—a randomized trial. Biomedical Papers of the Medical Faculty of Palacky University in Olomouc, 164(1),
- [11] Nguyễn Hữu Tài (2020). So sánh hiệu quả gây tê ngoài màng cứng tự điều khiển (PCEA) bằng levobupivacain và ropivacain sau mổ lấy thai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
- [12] Trần Thị Thu Hằng (2021). Đánh giá hiệu quả giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng tự điều khiển (PCEA) bằng levobupivacain kết hợp fentanyl sau mổ lấy thai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y.