

NHỮNG TIẾN BỘ TRONG GIẢM ĐAU CHUYỂN DẠ HIỆN NAY

Nguyễn Vỹ - BSGMHS

Theo Moir, việc đưa trẻ sinh ra trong vòng tay của bà mẹ còn tỉnh táo và không đau là một trong những điều thú vị nhất và là khoảnh khắc đáng nhớ trong y học.

Giảm đau chuyển dạ luôn được xoay quanh bởi huyền thoại và tranh cãi. Do đó, thực hiện hiệu quả và an toàn giảm đau trong quá trình chuyển dạ vẫn đang là một thách thức. Theo dòng lịch sử, kỹ nguyên gây mê sản khoa bắt đầu từ James Young Simpson, khi ông dùng ether cho một phụ nữ bị biến dạng xương chậu trong khi sinh con. Khái niệm gây mê ether chuyển dạ của ông bị chỉ trích mạnh mẽ. Các tranh luận tôn giáo về sự phù hợp gây mê cho chuyển dạ tiếp tục nổ ra cho đến năm 1853, khi John Snow dùng chloroform cho Nữ hoàng Victoria của Anh sinh đứa con thứ tám, Hoàng tử Leopold.

JY Simpson cho rằng "Giới y khoa có thể phản đối, nhưng sẽ vô ích; chắc chắn chính bệnh nhân của chúng ta sẽ buộc sử dụng nó khi đã quen thuộc". Câu trả lời chỉ còn là thời gian. Khi kỹ thuật gây tê trực thần kinh được đưa vào để giảm đau chuyển dạ vào những năm 1950, và trong vài thập kỷ qua đã có nhiều tiến bộ dẫn đến việc quản lý giảm đau chuyển dạ toàn diện trên cơ sở chứng cứ Giảm đau chuyển dạ tê trực thần kinh hiện đại phản ánh sự thay đổi trong gây mê sản khoa, cách suy nghĩ một cách đơn giản tập trung vào giảm đau để hướng tập trung vào chất lượng tổng thể của giảm đau. Đau chuyển dạ được xem là mô hình nghiên cứu tốt để điều trị đau cấp tính. Nghiên cứu đau chuyển dạ sẽ giúp tăng kiến thức về sinh lý học và dược lý của đau, phát triển gây mê sản khoa như một lãnh vực chuyên khoa để cải thiện việc đào tạo đồng thời cải thiện chất lượng tổng thể trong giảm đau chuyển dạ

Ở nhiều quốc gia hiện nay, giảm đau chuyển dạ được xem là một phần trong chăm sóc sản khoa chuẩn. Theo khảo sát năm 2001, việc chấp nhận tê ngoài màng cứng lên đến 60% trong các trung tâm sản khoa lớn ở Hoa Kỳ. Tại Vương quốc Anh một phần ba số sản phụ chọn tê ngoài màng cứng để giảm đau. Tại Việt Nam, chỉ có một số trung tâm sản khoa lớn thực hiện giảm đau chuyển dạ như một phần chuẩn chăm sóc sản khoa, số còn lại do thiếu phương tiện, nhân lực và thiếu sự đồng thuận giữa Bs sản khoa và Bs gây mê hồi sức làm cho giảm đau chuyển dạ khó thực hiện. Kỷ nguyên của giảm đau sản khoa hiện đại có thể được coi là bắt đầu vào năm 1990, với sự chấp nhận rộng rãi trong thực hành lâm sàng và sự hiểu biết để giảm nồng độ thuốc tê xuống 40 – 60% bằng cách bổ sung các liều nhỏ opioids (thường là fentanyl hoặc sufentanil)

Những tiến bộ khác bao gồm sự ra đời của kỹ thuật tê tủy sống và tê ngoài màng cứng kết hợp (CSE) và, gần đây hơn, kỹ thuật tương tự là "tê ngoài màng cứng làm thủng màng cứng (dural punctural epidural)" (DPE). Thiết bị cũng được cải tiến; sử dụng hầu hết bơm tiêm liên tục thay thế Bs gây mê trong định liều bơm vào catheter theo mỗi hoặc hai giờ, và đã cải thiện rõ rệt vấn đề đau nếu dựa vào liều cơ bản không tính đúng thời gian. Hầu hết các máy truyền dịch hiện nay cho phép bệnh nhân được bổ sung liều, và thể hệ bơm tiêm điện mới nhất có thể lên chương trình hẹn giờ để bơm thuốc cho bệnh nhân

Đau đẻ ngoài yếu tố thể chất, nó cũng bao gồm cả yếu tố cảm xúc và nhận thức. Đau và đáp ứng stress đối với chuyển dạ làm giải phóng các chất corticotropin, cortisol, norepinephrine, β -endorphins, và epinephrine trong tuần hoàn máu mẹ và điều này có thể làm giảm lưu lượng máu tử cung. Gây tê làm giảm đau, hủy giao cảm dẫn đến mức catecholamin ở mức thấp nhất và cải thiện tưới máu tử cung nhau, đặc biệt trong tình trạng lưu lượng máu tử cung thấp (tiền sản giật và thai chậm tăng trưởng trong tử cung). Đau co bóp tử cung và dẫn cổ tử cung bắt nguồn từ các sợi thần kinh hướng tâm nội tạng vào tủy sống ở đoạn T10–L1. Khi thai đi xuống ống âm đạo đau thân thể phát sinh từ sàn chậu người mẹ đi dọc theo thần kinh thẹn S2–4

Ảnh hưởng của giảm đau ngoài màng cứng trên quá trình chuyển dạ

Đây vẫn còn là chủ đề gây nhiều tranh cãi. Nghiên cứu xem xét gây tê ngoài màng cứng có hay không (thường so sánh với opioids tĩnh mạch) làm chậm chuyển dạ hoặc tăng tỉ lệ mổ lấy thai rất khó thực hiện vì các vấn đề đạo đức và sự đồng thuận. Khi so sánh gây tê ngoài màng cứng và opioids tĩnh mạch giảm đau chuyển dạ cho thấy gây tê ngoài màng cứng kéo dài giai đoạn hai chuyển dạ (Thời gian từ lúc cổ tử cung mở hoàn toàn đến khi sinh em bé) chỉ 15 – 28 phút. Do đó,

theo hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ, nếu không có chống chỉ định y khoa, yêu cầu của sản phụ là đủ để thực hiện giảm đau sản khoa.

Thời điểm gây tê ngoài màng cứng cũng được tranh cãi cho đến gần đây, và sản phụ cũng thường được nói là chờ đến khi cổ tử cung mở 4 – 5 cm trước khi họ có thể được giảm đau ngoài màng cứng, bởi vì giảm đau sớm sẽ làm chuyển dạ kéo dài và tăng tỉ lệ mổ lấy thai. Các nghiên cứu ngẫu nhiên thực hiện ở thập kỷ đầu của thế kỷ 21 đã xác định tê ngoài màng cứng (hoặc CSE) rất sớm khi chuyển dạ thay vì chờ đợi cổ tử cung mở 4 – 5 cm không ảnh hưởng trên quá trình chuyển dạ và sanh.

Dựa trên cơ sở các bằng chứng và sự đồng thuận hiện nay, thời điểm giảm đau đã được xem là không ảnh hưởng đến phương thức và quá trình sanh. Sản phụ có thể nhận được giảm đau ngay khi có yêu cầu bất kể giai đoạn chuyển dạ.

Kỹ thuật

Tê ngoài màng cứng :Trong kỹ thuật ngoài màng cứng chuẩn, kim được đặt trong khoang ngoài màng cứng, xác định khoang bằng kỹ thuật mất sức cản bằng cách tiêm muối hoặc khí. Một catheter được luồn vào thông qua kim, sau đó rút kim ra và thuốc tê được bơm qua catheter.

Kết hợp tê tủy sống và ngoài màng cứng (CSE) : Vào những năm 1990, sự ra đời của các kim nhỏ đầu bút chì gây tê sống hiếm khi gây nhức đầu sau thủng màng cứng, nhiều Bs gây mê bắt đầu dùng kim tủy sống dài và nhỏ thông qua kim ngoài màng cứng để cho thuốc vào dịch não tủy trước khi luồn catheter ngoài màng cứng mà sẽ được sử dụng một khi liều thuốc trong tủy sống hết tác dụng trong 60 – 120 phút. Dùng Opioids đơn độc (fentanyl, sufentanil, morphine) cho thấy giảm đau hiệu quả ở giai đoạn sớm và giữa của giai đoạn một đau chuyển dạ mà không gây ức chế giao cảm hay vận động. Một liều thấp của thuốc tê (bupivacaine hoặc ropivacaine) được thêm vào cũng cải thiện giảm đau đặc biệt ở sản phụ đã vào giai đoạn hai chuyển dạ và đã trải qua đau thân trong vùng xương cùng . Một ưu điểm khác của kỹ thuật này là nhìn thấy dịch não tủy chảy ra từ kim tê tủy sống giúp bác sĩ gây mê xác định thực sự khoang ngoài màng cứng. Điều này có thể làm giảm tỉ lệ thất bại ngoài màng cứng khi luồn catheter.

Kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng làm thủng màng cứng (DPE) :Thực hiện như CSE nhưng không cho thuốc vào dịch não tủy. Nghiên cứu gần đây cho thấy kỹ thuật này khởi phát nhanh và lan rộng giảm đau đến vùng xương cùng và block cân xứng hơn so với giảm đau ngoài màng cứng chuẩn. Điều này cho thấy thủng màng cứng làm cho thuốc có thể dễ dàng chuyển vào dịch não tủy , hoặc thực hiện thủng màng cứng thực sự giúp xác định đặt vị trí đường giữa tê ngoài màng cứng dẫn đến cơ hội tốt để block đều hai bên. DPE có thể là một kỹ thuật đáng giá để Bs gây mê tránh hạ huyết áp do tác dụng nhanh giảm đau khi tê tủy sống, ngứa, thay đổi tim thai nhưng muốn cải thiện giảm đau vùng xương cùng và chắc chắn hơn là catheter ngoài màng cứng nằm ở đường giữa

Liều lượng thuốc
Giảm đau chuyển dạ thường được bắt đầu bằng thuốc tê tác dụng kéo dài phối hợp với nhóm opioid với liều thấp nếu thực hiện CSE (bupivacaine 2.5 mg with fentanyl 5 to 20 µg) hoặc liều cao hơn và thể tích (bupivacaine 0.125% 10 to 15 mL với fentanyl 100 µg) trong khoang ngoài màng cứng khi làm giảm đau bằng tê ngoài màng cứng hay DPE

Liều duy trì với nồng độ thấp bupivacaine hoặc ropivacaine 0.0625 to 0.125%, kết hợp với fentanyl 2 µg/mL, truyền ở tốc độ 10 - 12 mL/ giờ. Ở những liều này, nồng độ thuốc tê không ảnh hưởng đến kết quả chuyển dạ.

Sự chọn lựa giảm đau khác

Ngoài kỹ thuật gây tê trực thần kinh, sự lựa chọn giảm đau khác để giảm đau chuyển dạ rất ít hiệu quả. Opioids tiêm tĩnh mạch và tiêm bắp vẫn được sử dụng nhưng tương đối không hiệu quả. Kỹ thuật hơi thở, thư giãn và tự thôi miên được khuyến khích trong nhiều năm như một phần của “ sinh con tự nhiên” có một số lợi ích nhưng hiếm khi cung cấp giảm đau thực sự. Nitơ oxit (N₂O) đã được sử dụng trong nhiều thập kỷ ở Anh và các nước ở Châu Âu nhưng hầu như không dùng trong giảm đau chuyển dạ ở Mỹ cho đến cách đây một vài năm. Lợi ích chính của nó dường như là bệnh nhân muốn cảm nhận và nó ít xâm lấn (tự nhiên) hơn giảm đau trực thần kinh. Sự có sẵn Nitơ oxit dùng trong giảm đau chuyển dạ ở các bệnh viện ở Mỹ ngày càng tăng, nhưng mối quan tâm đáng kể liên quan đến nguy cơ N₂O lớn hơn lợi ích sử dụng nó. N₂O cũng gây buồn nôn, nôn mửa, chóng mặt và tác dụng phụ ít gặp hơn với gây tê ngoài màng cứng

Đối với sản phụ không thể gây tê trực thần kinh do bệnh lý đông máu hoặc bất thường về giải phẫu như : gù vẹo cột sống.. có thể lựa chọn truyền tĩnh mạch liên tục hay giảm đau do bệnh nhân kiểm soát bằng fentanyl hoặc remifentanyl

Tóm lại, giảm đau chuyển dạ hiện tại khác với “ sản phẩm” và kinh nghiệm cách đây hơn hai thập niên. Phần lớn sản phụ muốn giảm đau nhanh ,hiệu quả với mức tối thiểu ảnh hưởng đến vận động ,cảm giác và không làm suy giảm quá trình chuyển dạ hoặc ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả

