SỞ Y TẾ TỈNH TÂY NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

Số: 718 /QĐ-BVĐK

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Tây Ninh, ngày 21 tháng 5 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy trình kỹ thuật giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng thuộc bệnh viện Đa khoa Tây Ninh

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09/01/2023 của Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 1223/QĐ-SYT ngày 26/01/2026 của Uỷ ban nhân dân tỉnh Tây Ninh về việc ban hành quy định chức năng, nhiệm vụ quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh trực thuộc Sở Y tế tỉnh Tây Ninh;

Căn cứ Quyết định số 32/2025/QĐ-CTUBND ngày 07/10/2025 về quy định phân cấp tuyển dụng, sử dụng quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập trên địa bàn tỉnh Tây Ninh;

Căn cứ cuộc họp Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện Đa khoa Tây Ninh ngày 20/5/2026;

Căn cứ tình hình thực tế của Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh;

Theo đề nghị của Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm quyết định này Quy trình kỹ thuật giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng thuộc bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 3. Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện, các Phòng chức năng và khoa chuyên môn có liên quan thuộc Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Lưu: VT, P.TCCB.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH TÂY NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA

Phan Thanh Tâm

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

KHOA PHẪU THUẬT GÂY MÊ HỒI SỨC

QUY TRÌNH

GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

QTKT – GMHS 0002.01

	Người viết	Người kiểm tra			Người phê duyệt
Họ tên	Trương Thiện Tấn	Lê Thị Yến Nhi	Nguyễn Thị Thanh Tuyền	Hồ Triết Việt Hùng Nam	Phan Thanh Tâm
Ký tên					
Chức vụ	Phó TK. PTGMHS	Nhân viên P.QLCL &CTXH	Trưởng P.QLCL &CTXH	Phó Giám đốc	GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH KHOA PHẪU THUẬT GÂY MÊ HỒI SỨC	**QUY TRÌNH GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG**	Mã số: QTKT-GMHS 0002.01 Ngày ban hành: 21./.5./2026 Lần ban hành: 01

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của tài liệu này.

2. Nội dung trong tài liệu này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận.

NƠI NHẬN (Đánh dấu ☑)

☑	Ban Giám đốc	☑	Khoa Sản	☐	
☑	Phòng KHTH	☑	Khoa PT-GMHS	☐	
☑	Phòng QLCL&CTXH	☐		☐	

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (***tình trạng sửa đổi so với bản trước đó***)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

1. MỤC ĐÍCH

Hướng dẫn thực hiện thống nhất quy trình "Giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng" tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh nhằm mang lại hiệu quả điều trị cho người bệnh.

2. PHẠM VI ÁP DỤNG

Khoa Sản, Khoa PTGMHS của Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

3. TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN

- Nhân viên y tế tại Khoa Sản, Khoa PTGMHS thuộc Bệnh viện đa khoa Tây Ninh có trách nhiệm thực hiện đúng quy trình này.
- Ban Giám đốc: Phê duyệt ban hành quy trình kỹ thuật.
- Phòng QLCL&CTXH: Hướng dẫn, giám sát việc xây dựng, sửa đổi quy trình, kiểm tra việc tuân thủ quy trình.
- Phòng KHTH giám sát việc thực hiện, tuân thủ quy trình.

4. THUẬT NGỮ, TỪ VIẾT TẮT

4.1. Thuật ngữ: Không áp dụng

4.2. Từ viết tắt:

QTKT:	Quy trình kỹ thuật
BGĐ:	Ban giám đốc
KHTH:	Kế hoạch tổng hợp
QLCL&CTXH:	Quản lý chất lượng và Công tác xã hội
PTGMHS:	Phẫu thuật gây mê hồi sức
PTV:	Phẫu thuật viên
ĐD:	Điều dưỡng
TTS:	Tê tủy sống
NMC:	Ngoài màng cứng
TK:	Thần kinh
ĐM:	Động mạch
GMHS:	Gây mê hồi sức
NNT:	Nước não tủy
LAST:	Ngộ độc toàn thân thuốc gây tê vùng
TM:	Tĩnh mạch
BS:	Bác sĩ

5. ĐẠI CƯƠNG

5.1. Định nghĩa:

- Gây tê ngoài màng cứng là một trong những phương pháp gây tê trục thần kinh (gây tê ngoài màng cứng, tê ngoài màng cứng kết hợp tê tuỷ sống, tê ngoài màng cứng kết hợp chọc thủng màng cứng không tiêm thuốc, tê tuỷ sống một liều duy nhất, tê tuỷ sống liên tục) được lựa chọn nhiều nhất để giảm đau cho sản phụ trong quá trình chuyển dạ, sinh con nhờ tính hiệu quả và an toàn của nó.

5.2. Nguyên lý:

- Gây tê ngoài màng cứng là phương pháp gây tê bằng cách luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng để đưa thuốc tê và thuốc giảm đau nhóm opioid vào khoang này giúp giảm đau cho sản phụ trong chuyển dạ.

5.3. Mục đích của kỹ thuật:

- Giảm đau trong chuyển dạ
- Có sẵn catheter ngoài màng cứng để vô cảm mổ lấy thai trên nhóm đối tượng nguy cơ sinh mổ

6. CHỈ ĐỊNH:

- Các sản phụ đạt tiêu chuẩn ASA I – II, có yêu cầu được thực hiện giảm đau sản khoa.

7. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng toàn thân
- Nhiễm trùng tại nơi chọc kim
- Rối loạn đông máu
- Sản phụ trong tình trạng sốc
- Suy thai cấp
- Tiền sản giật nặng, tăng huyết áp không kiểm soát.
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non,
- Sản giật nặng hoặc hội chứng HELLP
- Tăng áp lực nội sọ
- Tiền sử dị ứng thuốc tê…

8. THẬN TRỌNG

- Sản phụ từ chối phương pháp gây tê
- Bệnh tim nặng: suy tim mất bù, tăng áp lực động mạch phổi nặng.

- Sản phụ có kèm bệnh thần kinh, tâm thần
- Bệnh lý cột sống như gù, vẹo cột sống.

9. CHUẨN BỊ

9.1. Người thực hiện:

a) Nhân lực trực tiếp:

- Bác sĩ gây mê hồi sức được đào tạo về giảm đau sản khoa, Điều dưỡng viên gây mê hồi sức chỉ thực hiện khi ở khoa chưa có bác sỹ gây mê hồi sức.

b) Nhân lực hỗ trợ:

- Điều dưỡng/Kỹ thuật viên gây mê hồi sức.
- Nữ hộ sinh đã được đào tạo về gây tê NMC giảm đau cho chuyển dạ.

9.2. Thuốc:

- Thuốc gây tê tại chỗ: Lidocaine 1%. Thuốc làm liều test: Tối ưu là Lidocaine 1,5 – 2% loại pha sẵn Adrenaline nồng độ 5mcg/ml. Không khuyến cáo tự pha Adrenaline vào Lidocaine vì nguy cơ nhầm lẫn cao làm tăng nguy cơ bị tác dụng phụ hoặc tai biến.
- Thuốc tê: Thuốc bơm vào khoang NMC: Ropivacaine, Levobupivacaine, Bupivacaine. Có thể phối hợp với thuốc họ Morphine: Fentanyl, Sulfentanil.
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: Dung dịch tinh thể (NaCl 0,9%, Ringer Fundine…) và dung dịch keo (ví dụ Gelofundine…). Các thuốc: Phenylephrine, Ephedrine loại để tiêm TM, Adrenaline, Amiodarone, Atropine Sulphate, …
- Thuốc xử trí ngộ độc toàn thân thuốc gây tê vùng (LAST): Intralipid 20%, Benzodiazepin, Propofol, ...

9.3. Vật tư tiêu hao:

- Bộ dụng cụ tê ngoài màng cứng dùng một lần.
- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng…

9.4. Trang thiết bị:

- Phương tiện hồi sức: Nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Phương tiện theo dõi thường quy: Điện tim, huyết áp (ưu tiên loại đo huyết áp nhanh), máy đo bão hòa oxy, nhịp thở, ...

9.5. Người bệnh:

- Mô tả cho sản phụ về tư thế, trình tự thủ thuật sẽ làm (để sản phụ hợp tác tốt), những cảm nhận sau khi tiêm thuốc và nhấn mạnh rằng phương pháp này chỉ định là để giảm đau.

- Trả lời sản phụ và gia đình những điều chưa hiểu hoặc muốn biết.

- Cung cấp thông tin (bằng văn bản) về gây tê ngoài màng cứng cho sản phụ.

- BS Sản khám đánh giá tình trạng sức khỏe mẹ và thai, tiên lượng diễn tiến cuộc chuyển dạ trước khi làm thủ thuật. Giải thích cho sản phụ và gia đình về lợi ích và nguy cơ của phương pháp, đảm bảo rằng gia đình và sản phụ tự nguyện muốn được giảm đau.

9.6. Hồ sơ bệnh án:

- Xét nghiệm bắt buộc: tiểu cầu, PT, APTT. Yêu cầu làm các xét nghiệm hoặc thăm dò khác tùy từng trường hợp cụ thể.

- Giấy cam đoan kết chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

- Tìm hiểu kỹ về tiền sử, chỉ định và các chống chỉ định, thực hiện thăm khám, đánh giá và viết phiếu khám tiền mê.

9.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật (ước tính, đơn vị là giờ): 30 phút

9.8. Quy trình thực hiện: có quy trình gây tê NMC giảm đau cho chuyển dạ, quy trình xử trí ngộ độc toàn thân thuốc tê, quy trình cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp, quy trình cấp cứu sốc phản vệ.

9.9. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng sanh khoa Sản gần phòng mổ.

9.10. Kiểm tra hồ sơ:

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật…

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

c) Tư thế người bệnh

10. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Nguyên tắc:

- An toàn cho mẹ và con là ưu tiên hàng đầu.
- Hiệu quả giảm đau là ưu tiên thứ hai.
- Sự hài lòng của sản phụ là ưu tiên thứ ba.

10.1. Đón sản phụ vào phòng đẻ (Nữ hộ sinh làm):

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án xác định chính xác họ tên sản phụ, kết quả xét nghiệm tiểu cầu, đông máu, nhóm máu và các kết quả thăm dò cận lâm sàng khác, phiếu khám tiền mê…Hỏi sản phụ có đang dùng thuốc chống đông hay không, nếu có thì liều cuối cùng dùng khi nào, và báo với bác sĩ.
- Hỏi sản phụ có muốn được làm giảm đau khi chuyển dạ bằng gây tê NMC hay không, nếu có, ký cam kết.
- Đặt theo dõi monitoring tim thai và cơn co, đo nhịp tim, huyết áp, nhiệt độ, theo dõi, SpO2.
- Đặt đường truyền TM ngoại vi, kim 18-20G, truyền dung dịch tinh thể tốc độ 40-80ml/giờ (trừ khi có chỉ định khác).
- Nữ hộ sinh hoặc bác sĩ sản khám, đánh giá về phương diện sản khoa, chọn thời điểm thực hiện gây tê NMC giảm đau.
- Thời điểm làm gây tê NMC:

+ Là khi chuyển dạ vào giai đoạn hoạt động.

+ Các sản phụ có tình trạng bệnh lý kèm theo nên đặt sớm hơn.

+ Nếu cổ tử cung đã mở lớn > 6 – 8cm, đặc biệt là con dạ, cần tham vấn ý kiến của bác sĩ sản khoa. Nếu tiên lượng sản phụ sẽ sổ thai trong vòng 30 phút, nên cân nhắc không gây tê NMC, nếu có thể thì chỉ nên gây tê TTS liều thấp tiêm liều duy nhất.

10.2. Tư thế sản phụ (Điều dưỡng/Kỹ thuật viên gây mê hồi sức):

- Việc chọn tư thế là do thói quen của bác sĩ và khả năng hợp tác của sản phụ.

+ Tư thế ngồi cong lưng tôm: Tư thế này cho tỷ lệ thành công ở lần chọc đầu tiên cao hơn và nhanh hơn so với tư thế nằm: Có ưu điểm là tạo thuận lợi cho bác sĩ nhất là các trường hợp béo phì, khó xác định các mốc giải phẫu. Nhưng tư thế này có thể gây khó khăn cho một số sản phụ, nhất là khi đang có cơn co gây đau nhiều. Cần

phải có một bục chắc phía trước để sản phụ có thể tỳ hai chân vững chãi, tốt nhất là có thêm một chiếc gối để sản phụ có thể ôm trong suốt quá trình làm thủ thuật. Cũng cần một người phụ đứng trước để hướng dẫn và trợ giúp sản phụ ngồi còng lưng ra phía sau, đầu cúi tối đa.

+ Tư thế nằm nghiêng, cong lưng tôm: Có ưu điểm là sản phụ dễ chịu, dễ hợp tác hơn, nhưng khó khăn cho bác sĩ đặc biệt là các trường hợp tăng nhiều cân, béo phì. Cần một người phụ đứng phía trước, hướng dẫn và trợ giúp cho sản phụ gập gối tối đa vào bụng, cằm cúi tối đa vào ngực, mặt phẳng lưng phải ở phương thẳng đứng.

10.3. Kỹ thuật đặt catheter NMC (Bác sĩ gây mê hồi sức):

- Sau khi đặt tư thế sản phụ, dùng xà phòng Betadine hoặc dung dịch Chlohexidine đánh sạch lưng vùng định gây tê. Trong khi đó, bác sĩ đội mũ, đeo khẩu trang tiến hành rửa tay phẫu thuật, mặc áo vô trùng, đeo găng vô trùng.

- Người phụ trải toan vô trùng lên bàn, chuẩn bị toàn bộ dụng cụ lên trên (panh xát trùng, dung dịch Betadine 10% hoặc cồn 70, gạc vô trùng, bóc bộ gây tê NMC dùng một lần...).

- Bác sĩ tiến hành sát trùng vùng lưng định gây tê một lần nữa. Trong khi đợi dung dịch sát trùng khô trên da (nếu là Betadine), cùng với người phụ, bác sĩ chuẩn bị:

+ Pha sẵn 10ml Lidocaine 1% để gây tê da và tổ chức dưới da.

+ Lấy sẵn 3 – 5ml NaCl 0,9% vào xy lanh dành riêng để cảm nhận mất sức cản (có sẵn trong bộ gây tê NMC).

+ Lấy sẵn 2ml Lidocaine 2% có pha Adrenaline 1/200.000 (5mcg/ml) vào xy lanh cỡ 3 – 5ml để làm liều test. Hội GMHS Việt nam không khuyến cáo tự pha Adrenaline.

+ Pha sẵn thuốc sẽ tiêm vào khoang NMC vào xy lanh cỡ 20ml để tiêm liều bolus đầu tiên. Dung môi pha thuốc chỉ dùng NaCl 0,9%. Thuốc có thể dùng:

- 14ml Ropivacaine nồng độ 0,1% + Fentanyl 50mcg (để tiêm 10 – 14ml)
- 10ml Levobupivacaine nồng độ 0,05 – 0,1% + 50mcg Fentanyl (để tiêm 6 – 10ml)
- 10ml Bupivacaine nồng độ 0,05 – 0,1% + Fentanyl 50mcg (để tiêm 6 – 10ml)

- Kiểm tra xem dung dịch sát trùng ở vùng lưng đã khô chưa, nếu chưa khô, dùng gạc vô trùng lau cho khô.

- Trải toan lỗ vô trùng: Dùng đầu ngón tay xác định sơ bộ các gai sau đốt sống khoảng từ L1 – L5, trải và dán toan (tối ưu là loại dùng 1 lần có tự dán), sao cho các gai sống vừa xác định tạo thành đường thẳng nằm chính giữa phần lỗ toan.

- Xác định vị trí chọc kim: Có thể chọc kim ở các khoang liên đốt sống L2 – 3, L3 – 4, L4 – 5.

- **Kỹ thuật chọc đường giữa:** Là cách được áp dụng nhiều nhất.

+ Bác sĩ có thể đứng hoặc ngồi theo thói quen, nhưng tư thế nào cũng cần đảm bảo ổn định. Sản phụ cong lưng tôm, đầu cúi tối đa, cằm cố gắng chạm ngực và không cử động trong suốt quá trình chọc kim.

+ Điểm chọc kim nằm giữa đoạn thẳng nối hai gai sau đốt sống cạnh nhau. Gây tê da tại điểm sẽ chọc kim bằng Lidocaine 1% đã chuẩn bị sẵn, gây tê thấm dần vào trong dọc theo đường sẽ chọc kim Tuohy, đến khi gặp dây chằng trên gai (bơm thấy nặng tay) thì dừng lại. Không cố gắng bơm thuốc tê vào dây chằng. Vết gây tê này chính là mốc chọc kim Tuohy.

+ Dùng tay thuận chọc kim Tuohy có nòng kim, mặt vát của kim hướng về phía đầu sản phụ, trục kim chếch lên đầu sản phụ một chút, trục này phải trùng với trục của cột sống. Chọc kim qua da, tổ chức dưới da, dây chằng trên gai, tới dây chằng liên gai, là lúc tay chọc kim cảm nhận có sức cản rõ nét, thì dừng lại. Lưu ý: Ở một số sản phụ, cảm giác qua các tổ chức này rất mơ hồ, không rõ ràng.

+ Rút bỏ nòng kim Tuohy, lắp xy lanh "giảm sức cản" đã chuẩn bị sẵn 3 – 4ml nước muối sinh lý vào kim Tuohy, bơm thử piston, nếu thấy nặng (có "sức cản") là tốt. Sau đó

• Dùng ngón trỏ và ngón giữa của tay thuận giữ xy lanh để định hướng, đồng thờingón cái bơm nhẹ liên tục lên piston để cảm nhận có "sức cản". Trong khi đó, 3 ngón giữa-nhẫn-út (hoặc cả mu bàn tay) của tay kia tỳ vào lưng sản phụ như một cái "phanh" ngăn ngừa việc tiến kim không kiểm soát, đồng thời dùng lực của ngón trỏ và ngón cái của tay này (lực khá yếu), giữ đốc kim Tuohy và đẩy kim tiến về phía trước, chậm, từng milimet, đi qua dây chằng liên gai, tiến vào dây chằng vàng.

• Khi đầu kim nằm trong dây chằng liên gai có thể mất một chút nước muối vào mô khi tổ chức mô ở đây không có mật độ dày đặc, nhưng vẫn luôn có sức cản đáng kể lên piston. Đôi khi sự mất sức cản giả này có thể gây ra một số khó khăn trong việc tìm khoang ngoài màng cứng.

• Khi đầu kim đi vào dây chằng vàng, thường có cảm giác tăng sức cản rõ rệt, vì dây chằng này dai và có mật độ dày nhất. Với áp lực dương liên tục lên piston, tiến kim từ từ cho đến khi đầu kim đi qua dây chằng vàng, khi ngón cái tay thuận có cảm nhận "mất sức cản" và nước muối được tiêm một cách dễ dàng vào khoang NMC, thì ngừng tiến kim.

• Chỉ nên bơm 1-2ml dung dịch NaCl 0.9% vào khoang NMC.

+ Tháo bỏ xy lanh "giảm sức cản", nếu ban đầu thấy vài giọt nước chảy ra theo đốc kim Tuohy, rồi ít dần và dừng hẳn, là tốt, đó là NaCl 0,9% vừa bơm vào, và đầu kim Tuohy đã ở trong khoang NMC. Ngược lại, nếu thấy dịch trong suốt chảy ra, liên tục, thậm chí thành dòng, nghĩa là đã chọc thủng màng cứng vào khoang dưới nhện.

+ Sau khi xác định đầu kim Tuohy đã ở trong khoang NMC, nhìn các mốc đánh dấu trên thân kim để xác định khoảng cách từ mặt da, tới khoang NMC.

+ Đảm bảo mặt vát của kim hướng lên đầu sản phụ, nhẹ nhàng luồn catheter qua kim vào khoang NMC. Nếu việc luồn catheter dễ dàng, không có máu chảy ra, là dấu hiệu tốt. Nếu khoảng cách từ da đến khoang NMC < 5cm, thì chỉ cần luồn catheter cho đến khi vạch đánh dấu 15cm (3 vạch liền) qua đốc kim thì dừng lại. Việc luồn catheter lúc này quá sâu làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu và catheter dễ bị cuộn hoặc đi quá lệch sang một bên.

+ Một tay nhẹ nhàng rút kim Tuohy, trong khi tay kia giữ catheter NMC để rút kim ra, tránh rút theo catheter.

+ Nhìn mốc đánh dấu trên catheter ở vị trí chọc kim để biết tổng độ dài của catheter trong cơ thể sản phụ bao gồm phần nằm trong khoang NMC và phần từ khoang NMC tới da. Sau đó kéo bớt catheter ra (đôi khi là đẩy vào) sao cho phần catheter nằm trong khoang NMC dài 4 – 5cm. Để catheter quá dài trong khoang NMC là một trong những nguyên nhân dẫn đến chỉ giảm đau một bên bụng.

+ Nếu thấy máu chảy ra theo catheter, nhiều khả năng đầu catheter đã ở trong mạch máu (thường là trong đám rối TM Baston). Rút bớt catheter ra 1 – 2cm, bơm

rửa bằng nước muối sinh lý cho hết máu rồi hút lại thử, nếu thấy hết máu là tốt, nhưng cần thận trọng hơn khi tiêm liều bolus đầu tiên. Nếu hút ra vẫn thấy có máu, đánh giá độ lại độ dài của catheter đang nằm trong khoang NMC, nếu còn > 3 – 4cm, thì có thể rút bớt tiếp thêm 1 cm nữa, lặp lại bơm rửa bằng nước muối sinh lý rồi hút thử lại. Nếu vẫn còn hút ra máu mà phần catheter nằm trong khoang NMC quá ngắn, buộc phải rút bỏ, làm lại.

+ Khi luồn catheter, sản phụ có thể thấy cảm giác điện giật hoặc đau ở một bên chân là do catheter đã kích thích trực tiếp vào rễ thần kinh. Nếu chỉ là cảm giác thoáng qua rồi hết thì vẫn có thể sử dụng catheter này được. Nếu cảm giác đau này dai dẳng, rút bớt catheter ra 1 – 2 cm, nếu vẫn không hết đau, cũng nên rút bỏ và làm lại.

+ Nối catheter với rắc co tiêm thuốc rồi nối với filter lọc vi khuẩn và thực hiện tiêm liều test đã chuẩn bị sẵn.

+ Sau khi liều test cho kết quả âm tính, bảo vệ đầu filter lọc bằng nút xoáy vô trùng, vặn chặt. Dán chân catheter bằng băng dính vô trùng. Sau đó cố định catheter NMC chắc chắn bằng băng dính dọc theo lưng rồi vòng qua vai. Nên cố định khi sản phụ ở tư thế cong lưng tối đa, với catheter tạo thành một vòng nhỏ quanh chân catheter. Việc này nhằm hạn chế catheter bị kéo căng, có thể bị kéo tụt ra ngoài khi sản phụ cử động trong quá trình chuyển dạ.

- Chọc đường bên: Có thể áp dụng với các trường hợp khó khăn

+ Điểm chọc kim nằm giữa hai gai sau đốt sống, cạnh đường giữa cột sống khoảng 1 – 2cm về một bên. Hướng chọc kim như kỹ thuật chọc đường giữa, nhưng kèm theo hướng về đường giữa trong khi tiếp cận khoang NMC.

+ Các bước khác giống như mô tả chọc kim đường giữa ở trên.

10.4. Liều test và liều bolus đầu tiên:

- Liều test: Nhằm xác định đầu catheter nằm ở khoang NMC, trong lòng mạch hay trong khoang dưới nhện.

+ Thuốc làm test: 2ml Lidocaine 2% có pha sẵn Adrenaline nồng độ 1/200.000 (5mcg/ml) tiêm qua catheter NMC. Lưu ý tiêm ngoài cơn co và so sánh nhịp tim và huyết áp của sản phụ trước và sau khi tiêm. Nếu tiêm liều test trong cơn co, khó phân biệt được việc tăng nhịp tim là do thuốc hay do cơn đau.

+ Nếu khi luồn catheter, đã thấy có máu chảy ngược ra, sau khi tiêm liều test (khoảng 15 – 30 giây), thấy nhịp tim tăng lên > 20% hoặc tăng 20 – 30 nhịp/phút, huyết áp tâm thu tăng 20 – 30mmHg, đồng thời sản phụ có thể thấy ù tai, hoa mắt, hồi hộp đánh trống ngực, có thể thấy vị đắng ở họng..., các dấu hiệu và triệu chứng kể trên tự động giảm dần rồi nhanh chóng về bình thường, là dấu hiệu thuốc test nhiều khả năng đã được tiêm trực tiếp vào mạch máu.

• Rút bớt catheter cho đến khi hút không thấy máu ra, sau đó tiêm lại liều test. Nếu vẫn còn các triệu chứng nói trên: Rút bỏ làm lại

• Nếu chiều dài phần catheter trong khoang NMC quá ngắn (< 2cm): Rút bỏ luôn, làm lại.

+ Nếu sau 3 – 5 phút, sản phụ có liệt một phần hoặc hoàn toàn hai chân (Bromage > 1), là dấu hiệu thuốc test đã được tiêm vào khoang dưới nhện:

• Chuẩn bị sẵn phương án chống tụt huyết áp như đối với một ca gây TTS.

• Rút bỏ, chọc đặt lại catheter NMC ở khoang đốt sống phía trên hoặc phía dưới.

• Trường hợp xét không thể đặt lại được catheter khác, có thể giữ lại catheter này và sử dụng như một catheter đã luồn vào khoang dưới nhện (tiêm các liều thuốc bolus giảm đau ví dụ Ropivancaine 2-3mg hoặc Bupivacaine 1,25 – 2,5mg, hoặc tiêm liều TTS khi cần mổ lấy thai, nhưng phải ghi nhận và bàn giao thật cẩn thận để tránh nhầm là catheter NMC. Catheter này được rút ngay sau khi kết thúc cuộc đẻ hoặc mổ lấy thai.

• Trong tất cả các trường hợp: Thông báo cho sản phụ để biết và phối hợp, thông báo cho nữ hộ sinh và bác sĩ sản biết để có phương án theo dõi, xử trí, việc thủng màng cứng, đau đầu sau đó.

+ Nếu sau 3 – 5 phút, không xuất hiện các triệu chứng mô tả ở trên, là dấu hiệu thuốc test nhiều khả năng đã được tiêm vào khoang NMC, có thể bắt đầu sử dụng catheter này.

+ Lưu ý, ngay cả khi test cho kết quả âm tính, cũng không chắc chắn 100% catheter không nằm trong lòng mạch hay trong khoang dưới nhện, vì vậy việc tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc hút trước mỗi lần tiêm thuốc, theo dõi liên tục... để phát hiện và xử trí kịp thời biến chứng mới là quan trọng nhất.

- Liều bolus đầu tiên: Tiêm sau khi liều test cho kết quả âm tính (khoảng 5 phút sau khi tiêm liều test).

+ Thuốc và liều bolus đầu tiên:

- Hoặc Ropivacaine 0,1% (1mg/ml): 8 – 14ml + 50mcg Fentanyl
- Hoặc Bupivacaine 0,05 – 0,1% (0,5 – 1mg/ml): 6-10ml + 50mcg Fentanyl
- Hoặc Levobupivacaine 0,1% (0,5 – 1mg/ml): 6 – 10ml + 50mcg Fentanyl
- Có thể thay Fentanyl bằng Sufentanyl pha 0,25mcg/ml.

+ Tiêm thuốc qua filter lọc vi khuẩn, từng phần, mỗi lần 5ml cách nhau 3-5 phút cho đến hết liều. Bao giờ cũng hút kiểm tra trước, đảm bảo rằng không có máu mới được tiêm.

+ Đánh giá tác dụng sau khi tiêm khoảng 5 phút. Theo dõi monitoring tim thai và SpO2 liên tục. Đo mạch, huyết áp 5 phút/lần trong ít nhất 30 phút đầu tiên, sau đó nếu ổn định thì có thể đo thưa hơn, mỗi 15-20 phút/lần.

+ Sản phụ nên nằm nghiêng trái khoảng 30 độ nếu có tụt huyết áp.

10.5. Duy trì giảm đau qua catheter NMC: Có nhiều cách để duy trì giảm đau:

+ Thuốc duy trì giảm đau: Dùng đúng loại thuốc và nồng độ đã dùng tiêm liều bolus:

- Hoặc Ropivacaine 0,1% + Fentanyl nồng độ 2mcg/ml
- Hoặc Bupivacaine 0,05 – 0,1% + Fentanyl nồng độ 2mcg/ml
- Hoặc Levobupivacaine 0,05 – 0,1% + Fentanyl nồng độ 2mcg/ml
- Có thể thay Fentanyl bằng Sufentanyl nồng độ 0,25mcg/ml.

+ Bơm liên tục bằng xy lanh điện:

- Xy lanh điện bơm liên tục hỗn hợp thuốc gây tê vùng và thuốc họ Mocphine với tốc độ đặt trước. Tốc độ có thể đặt 6 – 12ml/giờ.

+ Sản phụ tự kiểm soát đau cho mình (PCEA: Patient control epidural analgesia):

- Sản phụ sẽ tự quyết định tiêm (bấm nút) hoặc không tiêm liều bolus cho mình khi đau.
- Gợi ý cài đặt: Với hỗn hợp thuốc tê nói trên có thể áp dụng:

❖ Truyền liên tục 4ml/h, bolus 6ml, cách nhau tối thiểu 8 phút.

❖ Bolus 8ml cách nhau tối thiểu 10 phút có hoặc không truyền liên tục.

❖ Bolus 10ml cách nhau tối thiểu 15 phút có hoặc không truyền liên tục.

❖ Cài đặt có truyền liên tục, có thể làm tăng ức chế vận động ở sản phụ.

+ Lưu ý sản phụ thông báo cho nữ hộ sinh hoặc bác sĩ nếu thấy nặng chân quá nhiều.

+ Lưu ý nữ hộ sinh không được bấm nút thay cho sản phụ, cũng như ngăn sản phụ bấm nút bơm thuốc, đồng thời thông báo ngay cho bác sĩ nếu sản phụ thấy nặng chân nhiều hoặc không đủ giảm đau.

+ Phương pháp này hay gặp cản trở về mặt kỹ thuật, khi bơm tiêm điện tiêm liều bolus thường bị báo động áp lực.

10.6. Liều bolus bổ sung ("liều cứu" – rescued bolus):

- Dù đã tiêm liều bolus đầu tiên sau đó thực hiện "Duy trì giảm đau qua catheter NMC", vẫn hay gặp sản phụ kêu đau và yêu cầu được giảm đau thêm. Cần khám lại xác định xem nguyên nhân gây đau là từ phía sản khoa hay do gây tê NMC hoặc cả hai, để có thái độ xử trí thích hợp.

- Đau tăng lên do nguyên nhân sản khoa: Các trường hợp cơn co cường tính, đầu không lọt, cổ tử cung không tiến triển, doạ vỡ tử cung... khiến sản phụ rất đau. Cần hội chẩn với bác sĩ sản khoa để xác định chẩn đoán và xử trí những nguyên nhân thuộc về sản (giảm liều Oxytocine, chỉ định mổ lấy thai...).

- Đau tăng lên do gây tê NMC hoạt động không tốt:

+ Cần đánh giá lại mức độ phong bế cảm giác da bằng cách dùng gạc tẩm cồn lạnh, hoặc đá lạnh. Nếu phong bế cảm giác là đều hai bên nhưng không đạt được đến T10 (ngang mũi ức), cần tăng liều thuốc tê bằng cách tiêm "liều cứu" và tăng tốc độ truyền liên tục. Có thể tăng nồng độ thuốc tê.

+ Nếu việc phong bế chỉ ở một nửa bụng, gợi ý catheter NMC đã ở quá sâu. Kiểm tra lại độ dài của catheter NMC, rút bớt ra sao cho phần catheter nằm trong khoang NMC chỉ 3-4cm. Sau đó tiêm "liều cứu". Nếu sau khi tiêm1-2 lần "liều cứu" vẫn không hiệu quả: Làm lại catheter mới.

+ Nếu việc phong bế cảm giác da không có, hoặc mờ nhạt, gợi ý catheter đã bị tuột ra khỏi khoang NMC. Kiểm tra lại catheter này, nếu xác định đã tụt ra ngoài thì tuỳ diễn biến của cuộc chuyển dạ mà quyết định đặt lại catheter NMC khác (nếu tiên lượng sổ thai sau >60 phút), hoặc làm TTS giảm đau tiêm liều duy nhất.

+ Nếu xác định catheter vẫn nằm trong khoang NMC, đã tiêm "liều cứu" 1 – 2 lần mà không có hiệu quả mong muốn: Làm lại catheter mới.

- "Liều cứu":

+ Sau khi xác định đau do nguyên nhân gây tê và khẳng định catheter NMC vẫn nằm trong NMC, cần tiêm "liều cứu". Tuỳ theo mức độ đau mà dùng "liều cứu" khác nhau:

+ Mức độ đau trung bình: Dùng chính hỗn hợp thuốc tê đang chạy, tiêm một thể tích bằng thể tích liều bolus đầu tiên, có thể kèm theo hoặc không Fentanyl 2mcg/ml hay Sufentanyl 0,25mcg/ml.

+ Mức độ đau nhiều hoặc đau không chịu được: "Liều cứu" là hỗn hợp thuốc tê vùng có nồng độ cao hơn pha Fentanyl 2mcg/ml:

❖ Hoặc Bupivancaine 0,125%: 6 – 10ml

❖ Hoặc Bupivacaine 0,25%: 3 – 5ml

❖ Hoặc Ropivacaine 0,2%: 4 – 6ml

- Ghi nhớ: Trước bất cứ lần tiêm bolus nào, phải hút thử, nếu không thấy máu ra mới được tiêm.

10.7. Dùng catheter NMC để gây tê mổ lấy thai cấp cứu:

- Khi đã có catheter NMC để giảm đau cho chuyển dạ, nếu có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu, tuỳ theo mức độ khẩn cấp của cuộc mổ, có thể sử dụng chính catheter NMC này để vô cảm mổ lấy thai. Tuy nhiên chất lượng vô cảm của gây tê NMC mổ lấy thai không thể so sánh được với TTS, đặc biệt là ở thì lau ổ bụng.

- Các trường hợp mổ lấy thai tối cấp cứu, ví dụ sa dây rau, suy thai nặng, rau bong non, vỡ tử cung, … cần phải lấy thai ngay lập tức để cứu mẹ và con, không được dùng catheter NMC để vô cảm, phải gây mê ngay.

- Nếu xét thấy có thể gây tê NMC để vô cảm mổ lấy thai cấp cứu, trước khi tiêm liều thuốc tê để mổ phải:

+ Kiểm tra để chắc chắn catheter còn nằm trong khoang NMC.

+ Đánh giá chất lượng giảm đau trước đó của gây tê NMC. Nếu chất lượng giảm đau tốt, nhiều khả năng sẽ vô cảm đủ tốt cho mổ lấy thai.

+ Nếu chất lượng giảm đau trước đó không tốt, phải tiêm nhiều "liều cứu" (từ 2 lần trở lên), thì khả năng thất bại sẽ cao nếu gây NMC để mổ. Trong trường hợp này, cân nhắc chủ động gây TTS hoặc gây mê.

- Thuốc và liều thuốc để vô cảm mổ lấy thai:

- Tiêm thuốc sớm ngay sau khi có chỉ định mổ lấy thai và kiểm tra vị trí của catheter NMC, nhớ ghi giờ tiêm xong thuốc. Thời gian cần thiết đủ để vô cảm phẫu thuật dao động từ 5 – 15 phút sau khi tiêm hết liều thuốc (Lidocaine 2%).

- Trước khi tiêm, hút thử đảm bảo không có máu. Mỗi lần chỉ tiêm 5ml, đánh giá lại nếu không có dấu hiệu ngộ độc thuốc tê hoặc TTS toàn bộ, mới được tiêm tiếp cho đến hết liều. Ngay sau đó phải đặt sản phụ trong tình trạng được theo dõi liên tục như theo dõi trong mổ.

- Thuốc và liều: Lựa chọn đầu tay là Lidocain 2%.

+ Lidocaine 2%: 15 – 25ml tuỳ theo chiều cao của sản phụ.

+ Kết hợp với Fentanyl 50 – 100mcg hoặc Sufentanyl 20 – 30mcg.

+ Khuyến cáo (2) nên kết hợp với Mocphine 2 – 3mg, nhằm kéo dài thời gian tác dụng của tê NMC và tăng chất lượng giảm đau sau mổ.

+ Tiêm bổ sung Lidocaine 2% 5ml khi hoặc sau khi rạch da nếu không có tụt huyết áp, vì Lidocaine chỉ duy trì được giảm đau phẫu thuật trong khoảng 30 – 50 phút, và khi lau bụng, sản phụ hay bị đau.

- Nếu thất bại, bắt buộc phải gây mê để mổ lấy thai.

10.8. Rút catheter NMC:

- Catheter NMC nên được rút ngay sau khi kết thúc cuộc đẻ, khâu tầng sinh môn. Sát trùng da và băng vô trùng chân catheter trong 24 giờ. Sản phụ có thể dậy, vận động và đi lại bình thường nếu không có chống chỉ định sản khoa.

- Nếu sản phụ đang có tình trạng rối loạn đông máu, hoặc giảm tiểu cầu nặng, không được rút catheter NMC. Chỉ được rút catheter này tối thiểu 12 giờ sau khi tình trạng rối loạn đông máu hay giảm tiểu cầu đã được kiểm soát.

- Nếu sản phụ bắt buộc phải dùng thuốc chống đông ngay sau khi kết thúc cuộc đẻ: Cần hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa chỉ định dùng thuốc chống đông và thời điểm rút catheter phải tuân thủ theo phác đồ.

10.9. Đánh giá:

- Mức độ ức chế cảm giác đau có thể dùng thước đo đánh dấu từ 1 đến 10 :

+ 1: không đau

+ 10: đau không chịu được.

- Mức độ phong bế vận động theo thang điểm BROMAGE

10.10. Theo dõi:

- Tại phòng sanh:

+ Chất lượng giảm đau đến lúc sinh hoặc mổ lấy thai

+ Theo dõi hô hấp, mạch huyết áp và tiến trình chuyển dạ.

+ Rút catheter ngoài màng cứng sau khi cuộc sinh hoàn tất.

+ Dặn dò sản phụ chỉ nên đi lại sau 6 giờ, lần đầu tiên đặt chân xuống đất cần có người giữ.

11. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

11.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

11.1.1. Gây tê tuỷ sống toàn bộ:

- "TTS toàn bộ" là thuật ngữ chỉ tình trạng toàn bộ tuỷ sống, lan lên cả thân não. Hậu quả là toàn bộ hệ thống thần kinh giao cảm bị tê liệt bao gồm cả các trung tâm chỉ huy hô hấp, tuần hoàn ở sàn não thất IV, dẫn đến suy hô hấp tuần hoàn và nguy cơ tử vong cao.

- Thường xảy ra khi tiêm nhầm liều gây tê NMC vào khoang dưới nhện mà không biết.

Nếu sản phụ bắt đầu có nói khó, suy hô hấp, huyết áp tụt, phải tiến hành đặt nội khí quản ngay, thông khí nhân tạo với Oxy 100%, đồng thời dùng Adrenaline qua bơm tiêm điện liều khởi đầu 0,1mcg/kg/phút và tăng lên theo đáp ứng hồi phục huyết áp. Có thể kết hợp với Noradrenaline làm co mạch ngoại vi. Sẵn sàng cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

11.1.2. Ngộ độc toàn thân thuốc gây tê vùng (LAST):

Triệu chứng và chẩn đoán: Dấu hiệu và triệu chứng khó phân biệt với sốc phản vệ:

- Thường xảy ra ngay hoặc ít phút sau khi tiêm liều bolus đầu tiên. Cũng có khi LAST xảy ra muộn khi truyền liên tục thuốc tê kéo dài, trường hợp này thường

nhẹ hơn, chủ yếu là triệu chứng thần kinh, triệu chứng tim mạch ít rầm rộ và thường dễ xử trí hơn nhiều.

- Ban đầu sản phụ thấy tê tay, có vị kim loại ở miệng, nhìn mờ. Cũng có khi đột ngột thấy sản phụ có thay đổi tình trạng tâm thần, bứt rứt khó chịu, kích thích, thậm chí mất tri giác. Có thể kèm theo co giật hoặc không.

- Suy sụp tuần hoàn nhanh chóng: Tụt huyết áp thậm chí không đo được, nhịp xoang chậm kèm rối loạn dẫn truyền, PR kéo dài. Có thể có vô tâm thu, loạn nhịp nhanh thất hoặc ngừng tim.

- Suy hô hấp nhanh chóng, thở chậm hoặc ngừng thở là hậu quả của ngộ độc thần kinh và tim mạch.

- Dấu hiệu và triệu chứng khá giống sốc phản vệ: Tuy nhiên, sốc phản vệ thường kèm theo các triệu chứng da, niêm mạc, phù niêm, tiêu hoá và co thắt.

** Xử trí tức thì (trong vòng 2-3 phút đầu tiên):*

- Lập tức dừng tiêm liều bolus nếu đang tiêm, dừng truyền nếu đang truyền thuốc gây tê vùng. Gọi hỗ trợ.

- Cho thở Oxy qua mask lưu lượng 10L/phút đồng thời nâng hàm duy trì đường thở tự nhiên. Sẵn sàng đặt nội khí quản. Hạn chế tối đa thiếu Oxy và toan.

- Nếu có co giật: Tiêm trực tiếp TM Benzodiazepin (ví dụ Hypnovel) 2 – 5mg. Nếu không sẵn có Benzodiazepin, có thể dùng Propofol liều thấp 1 – 2mg/kg cân nặng nhưng có thể làm trầm trọng thêm tình trạng suy tuần hoàn. Giãn cơ cũng có thể được chỉ định nếu không hết co giật.

- Liên tục đánh giá tình trạng hô hấp tuần hoàn.

** Xử trí tiếp theo nếu không có ngừng tim:*

- Truyền dung dịch Lipid 20% ngay khi có triệu chứng đầu tiên của LAST sau khi đã đảm bảo được hô hấp.

- Liều Lipid 20% (nồng độ 10% hiệu quả kém hơn):

+ Bolus: 1.5ml/kg cân nặng/phút.

+ Duy trì 0,25ml/kg cân nặng/phút.

+ Nếu tình trạng tuần hoàn vẫn không cải thiện, có thể lặp lại liều bolus nói trên rồi tăng liều duy trì lên 0,5ml/kg cân nặng/phút.

+ Tiếp tục truyền duy trì thêm 10 phút sau khi huyết động ổn định.

+ Tổng liều tối đa có thể đến 10ml/kg cân nặng trong vòng 30 phút đầu tiên.

+ Propofol không được khuyên dùng với mục đích truyền huyền dịch lipid.

- Duy trì tuần hoàn:

+ Xử trí tụt huyết áp bằng truyền dịch tinh thể, Ephedrine tiêm bolus TM trực tiếp 6 – 12mg, nhắc lại 2 – 3 lần, nếu vẫn tụt huyết áp, xét dùng Adrenaline sớm truyền TM liên tục liều khởi đầu 0,05mcg/kg/phút.

+ Xử trí nhịp tim chậm bằng Atropine Sulfat 0,5 – 1 mg tiêm trực tiếp TM nếu không có tụt huyết áp, hoặc Ephedrine như trên nếu kèm theo tụt huyết áp. Nếu sau 2 – 3 lần dùng thuốc không cải thiện, xét dùng Adrenaline sớm, truyền TM liên tục liều khởi đầu 0,05mcg/kg/phút.

+ Xử trí loạn nhịp nhanh thất: Nếu không kèm theo tụt huyết áp, có thể dùng Amiodarone (ví dụ Cordarone) liều bolus 5mg/kg cân nặng truyền TM trong 20 phút rồi duy trì 10mg/kg/24 giờ truyền TM liên tục. Không khuyến cáo dùng Lidocaine để xử trí loạn nhịp trong tình huống này.

- Hội chẩn khẩn cấp với bác sĩ sản để quyết định hướng xử trí tiếp theo về phương diện sản khoa.

* *Xử trí tiếp theo nếu có ngừng tim:*

- Ngay lập tức kêu gọi thêm hỗ trợ để khởi động phòng mổ và đơn vị chạy ECMO nếu có.

- Đồng thời thực hiện cấp cứu ngừng tuần hoàn theo phác đồ cấp cứu nâng cao, với ép tim ngoài lồng ngực, đặt nội khí quản kiểm soát hô hấp với oxy 100%, sốc điện…

- Dùng Adrenaline liều thấp hơn liều khuyến cáo trong cấp cứu ngừng tuần hoàn khác: Tiêm trực tiếp TM mỗi lần 100mcg Adrenaline (1/10 ống 1mg). Giảm liều Adrenaline mục đích để hạn chế loạn nhịp, nhưng liều tối ưu chưa được thống nhất.

- Không khuyến cáo dùng Vasopressin, các thuốc ức chế kênh chẹn Canxi hoặc chẹn kênh β giao cảm.

- Truyền Lipid 20% với liều vừa nêu trên trong khi cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Việc cấp cứu ngừng tuần hoàn với ép tim ngoài lồng ngực phải được tiến hành với tâm thế sẽ kéo dài. Có thể phải mất >1 giờ để khôi phục lại hoạt động hiệu quả của tim.

- Trong khi đang tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn, hội ý khẩn cấp với bác sĩ sản về chỉ định mổ lấy thai cấp cứu, thậm chí mổ lấy thai tại chỗ.

- Nếu cấp cứu ngừng tuần hoàn với dung dịch Lipid 20% và các thuốc không hiệu quả, cân nhắc tiến hành làm ECMO (nếu có) ngay.

Tuỳ đáp ứng với cấp cứu LAST, tiên lượng của mẹ và con, để quyết định sản phụ có bắt buộc phải nằm hồi sức tích cực sau đó hay không

Hội GMHS Việt nam khuyến cáo, nếu không thể phân biệt được suy hô hấp, tuần hoàn là do LAST hay do sốc phản vệ, ưu tiên xử trí ban đầu theo hướng LAST.

11.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

11.2.1. Tụt huyết áp:

- Tụt huyết áp trong gây tê NMC không có biến chứng, ít gặp và ít trầm trọng hơn so với TTS nhất là khi sản phụ đã được truyền dịch trước.

- Thông thường tụt huyết áp do gây tê NMC giảm đau trong chuyển dạ có thể xử trí dễ dàng bằng cách tăng tốc độ truyền dịch tinh thể (nếu không có chống chỉ định truyền dịch nhanh), và dùng thuốc co mạch ngoại vi.

- Ephedrine loại tiêm TM chỉ định cho các tụt huyết áp kèm theo mạch chậm < 80 – 90 lần/phút. Tiêm trực tiếp TM từng liều bolus 6 – 12mg, có thể nhắc lại 2 – 3 lần.

- Phenylephrine chỉ định cho các tụt huyết áp kèm theo mạch nhanh > 80 – 90 lần/phút. Tiêm trực tiếp TM từng liều bolus 50 – 100mcg, có thể nhắc lại 2 – 3 lần.

- Nếu sau khi đã truyền dịch nhanh và dùng thuốc co mạch, vẫn thấy tụt huyết áp, cần khám lại toàn diện cả về phương diện sản khoa (mất máu, rau bong non, vỡ tử cung, tắc mạch ối…), nội khoa (các bệnh lý phối hợp ví dụ suy tim, nhồi máu cơ tim…) và gây tê (TTS toàn bộ, LAST), để có hướng xử trí kịp thời.

- Ít khi phải sử dụng đến thuốc vận mạch để nâng huyết áp nếu không có các tình huống vừa nêu trên.

11.2.2. Ức chế vận động quá mức:

- Với loại thuốc, nồng độ và liều thuốc gây tê vùng đã khuyến cáo, ức chế vận động chỉ ở mức tối thiểu chấp nhận được cho một cuộc đẻ thường.

- Ức chế vận động quá mức có thể xảy ra nếu dùng thuốc tê vùng có nồng độ cao hơn, liều bolus lớn hơn, thời gian truyền thuốc kéo dài (>6 giờ) và tốc độ truyền thuốc liên tục cao.

- Nếu sản phụ có dấu hiệu ức chế vận động quá mức (Bromage 1 trở lên), giảm tốc độ truyền liên tục thuốc tê 2 – 4ml/giờ, đánh giá lại tình trạng ức chế vận động sau 15 – 20 phút. Nếu thấy giảm ức chế vận động, duy trì tốc độ truyền thuốc liên tục đang dùng. Nếu vẫn có ức chế vận động quá mức, tiếp tục giảm tốc độ truyền hoặc tạm dừng truyền trong 10 – 15 phút rồi đánh giá lại.

11.2.3. Nôn, buồn nôn:

Ít gặp hơn so với TTS và thường là triệu chứng cơ năng của tụt huyết áp. Sau khi huyết áp tụt được xử trí đúng mức, sản phụ cũng sẽ hết nôn, buồn nôn. Trường hợp vẫn còn nôn, buồn nôn mà không do tụt huyết áp, có thể dùng thuốc chống nôn, ví dụ Ondansetron 4 – 8mg tiêm chậm TM. Cũng cần loại trừ dấu hiệu sớm của TTS toàn bộ hoặc LAST.

11.2.4. Run chân tay:

- Có thể gặp sau gây tê NMC, TTS, nguyên nhân có thể là do tác dụng phụ của thuốc gây tê vùng mà cơ chế chưa rõ ràng. Pethidine 20 – 40mg tiêm trực tiếp TM có thể làm hết triệu chứng này mà không ảnh hưởng đến mẹ hoặc thai cũng như tiến trình chuyển dạ.

- Nếu sản phụ có run chân tay, kèm theo rét run, cần kiểm tra xem có tụt huyết áp không, cũng như thận trọng theo dõi các dấu hiệu thần kinh khác báo hiệu sớm các biến chứng nặng hiếm gặp như tắc mạch do nước ối hoặc LAST.

- Cũng cần kiểm tra nhiệt độ, nếu thấy có sốt, lập tức cấy máu, cấy nước tiểu, cấy dịch âm đạo sau đó dùng kháng sinh phổ rộng ngay cho đến khi có bằng chứng xác định hoặc loại trừ nhiễm trùng. Trong trường hợp này, phải hội chẩn với bác sĩ nhi sơ sinh để quyết định việc điều trị kháng sinh sớm cho trẻ sơ sinh.

11.3. Biến chứng muộn (nếu có)

11.3.1. Đau đầu: Thường xuất hiện 24 giờ sau gây tê NMC.

- Đau đầu: Thường kèm theo đau vai gáy, tăng lên khi ngồi dậy hoặc đứng, giảm đáng kể hoặc không đau khi nằm ngang. Có thể kèm theo đau quanh hốc mắt, hoặc hoa mắt. Tỷ lệ gặp sau các gây tê NMC và TTS khoảng 1,5-11,2%. Đa số những đau đầu này có thể tự khỏi sau 7-10 ngày mà không cần điều trị gì.

- Xử trí đau đầu từng bước theo trình tự ưu tiên sau: Uống nhiều nước, 1,5-3L/ngày, có thể truyền TM bổ xung nếu không uống nước đủ nhiều (không áp dụng với sản phụ có nguy cơ cao). Kết hợp với dùng các thuốc giảm đau, chống viêm (ví dụ Paracetamol truyền TM 1g x 4 lần/ngày + Voltaren 75mg truyền TM x 2 lần ngày...). Đồng thời làm vật lý liệu pháp, chườm ấm vùng vai gáy, nằm đầu ngang, không dùng gối hoặc gối thấp, hạn chế ngồi dậy. Nếu muốn ngồi phải tránh ngồi/đứng dậy đột ngột. Cũng có thể cho sản phụ uống cà phê hoặc dùng thêm Capheine (dễ gây mất ngủ). Nếu triệu chứng đau đầu giảm, sản phụ có thể ngồi dậy được, thì tiếp tục điều trị như trên trong vòng 48-72 giờ, có thể bổ xung thêm tiêm Morphine 5-7mg dưới da 2-3 lần ngày nếu cần. Nếu sau khi điều trị như trên 24 giờ, đau đầu không giảm, tiến hành vá màng cứng bằng máu tự thân (Blood Patch).

- "Blood Patch":

+ Thường làm sau khi điều trị đau đầu bằng thuốc và các biện pháp khác trong vòng 24 giờ mà không có hiệu quả.

+ Phải thực hiện ở phòng mổ, yêu cầu tuyệt đối vô trùng như cuộc mổ.

+ Chuẩn bị bệnh nhân giống như chuẩn bị cho gây tê NMC. Dùng kháng sinh dự phòng trước thủ thuật Ceftriaxone 2g truyền TM/30 phút liều duy nhất.

+ Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng hoặc ngồi cong lưng, làm sạch da vùng định chọc NMC, sát trùng da, trải toan lỗ vô trùng như gây tê NMC.

+ Trước khi chọc NMC, một người phụ đội mũ, khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô trùng như phẫu thuật, đặt một catheter TM cỡ 18-20G ở vị trí có thể hút máu được dễ dàng (ví dụ khuỷu tay), để chờ.

+ Người làm "Blood Patch" chọc kim Tuohy như gây tê NMC, ví trí chọc kim ở khoang liên đốt sống ngay trên hoặc ngay dưới chỗ đã chọc NMC cũ. Dùng kỹ thuật mất sức cản để xác định khoang NMC.

+ Sau khi kim Tuohy đã ở khoang NMC, người phụ bằng kỹ thuật vô trùng, hút 20ml máu từ TM bệnh nhân đưa trực tiếp cho người làm chính.

+ Tiêm chậm từng 5ml một đến khi hết 20ml máu TM qua kim Tuohy vào khoang NMC, vừa tiêm hỏi bệnh nhân về cảm nhận ở hai chân. Nếu bệnh nhân kêu đau ở chân hoặc có cảm giác căng tức vùng lưng, thì dừng tiêm, dù chưa hết 20ml máu trên.

+ Sau tiêm, rút kim Tuohy, đặt bệnh nhân ở tư thế bình thường, theo dõi nhiệt độ, các thông số sinh tồn và các triệu chứng thần kinh ở hai chân nếu có. Nếu "Blood Patch" có đáp ứng tốt, sản phụ sẽ dường như thấy đỡ đau đầu ngay sau thủ thuật và hết dần, có thể đi lại được sau vài giờ.

+ Tai biến của "Blood Patch" là nhiễm trùng khoang NMC, nhiễm trùng huyết hoặc chèn ép thần kinh chi dưới do máu tụ NMC.

11.3.2. Đau lưng:

Là triệu chứng sản phụ hay gặp sau khi mang thai, sinh đẻ, do rất nhiều nguyên nhân như thay đổi chuyển hoá canxi, thay đổi độ cong sinh lý cột sống khi mang thai,... Đau lưng vùng chọc kim một vài ngày sau gây tê là chấp nhận được. Nếu đau nhiều, cần khám để loại trừ các biến chứng nhiễm trùng (tại chỗ chọc kim, áp xe khoang NMC...). Các nghiên cứu đến nay chưa khẳng định được mối liên quan giữa gây tê NMC và đau lưng mãn tính.

11.3.3. Bí đái:

Là một trong những tác dụng phụ của gây tê NMC nhất là khi dùng kèm với thuốc họ Mophinre. Cũng có khi là biến chứng của chuyển dạ kéo dài làm các dây thần kinh của đám rối cùng lưng bị chèn ép và căng giãn, tổn thương tầng sinh môn, bộ phận sinh dục ngoài, nhiễm trùng vùng tầng sinh môn, hoặc là triệu chứng của biến chứng thần kinh sau tê NMC. Cần khám sản khoa loại trừ những nguyên nhân thực thể tại chỗ để có xử trí thích hợp. Đặt sonde bàng quang tạm thời, nếu không do nguyên nhân thực thể, bí đái do gây tê NMC thường hết sau 24 giờ.

11.3.4. Các biến chứng ít gặp:

** Máu tụ NMC:*

Rất ít gặp với gây tê NMC (0,6/100.000), và còn ít gặp hơn nữa với TTS. Thường có triệu chứng thần kinh ở cả hai chân (mức độ có thể khác nhau), có thể có hội chứng tăng viêm nhẹ, nhưng không có hội chứng nhiễm trùng kèm theo. Chụp cộng hưởng từ vùng cột sống lưng có thể xác định hoặc loại trừ chẩn đoán. Phẫu thuật viên thần kinh sẽ quyết định có phải phẫu thuật lấy máu tụ NMC hay không.

** Abscess khoang NMC:*

Viêm màng não hoặc áp xe khoang NMC: (Rất ít gặp) Triệu chứng thần kinh ở cả hai chân nhưng kèm theo đau vùng lưng và hội chứng nhiễm trùng toàn thân, có

thể có dấu hiệu nhiễm trùng da vùng lưng. Chụp cộng hưởng từ vùng sống lưng có thể xác định chẩn đoán. Hội chẩn nội-ngoại thần kinh để có xử trí thích hợp.

** Tổn thương thần kinh:*

Tỷ lệ 1/24.000 có tổn thương hồi phục trong vòng 6 tháng, 1/80.000 ca có tổn thương vĩnh viễn ví dụ dị cảm ở chân. Khi rễ thần kinh bị tổn thương, có thể thấy yếu một chân hoặc tê bì hay đau một vùng chi...Các triệu chứng thường liên quan đến một vùng chi phối của một dây thần kinh nhất định và thường không có hội chứng nhiễm trùng kèm theo. Cần mời hội chẩn chuyên khoa thần kinh, loại trừ nhiễm trùng hoặc áp xe khoang NMC, để có giải pháp điều trị thích hợp.

** Sốc phản vệ:*

Rất ít gặp với thuốc gây tê vùng. Dấu hiệu và triệu chứng thường xảy ra sớm vài phút sau khi tiêm thuốc và khá giống với LAST. Trên lý thuyết, định lượng Tryptase trong máu có thể cho chẩn đoán xác định sốc phản vệ.

12. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hội Gây mê – Hồi sức Việt Nam (VSA). Hướng dẫn thực hành gây tê ngoài màng cứng để giảm đau cho chuyển dạ. Hà Nội: Hội Gây mê – Hồi sức Việt Nam; 2018.

- SỞ Y TẾ. Phác đồ điều trị sản phụ khoa 2022 Bệnh Viện Từ Dũ. Nhà xuất bản tổng hợp thành phố Hồ Chí Minh; 2022. Chương 4: Gây mê hồi sức – Gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ; tr. 672–676.

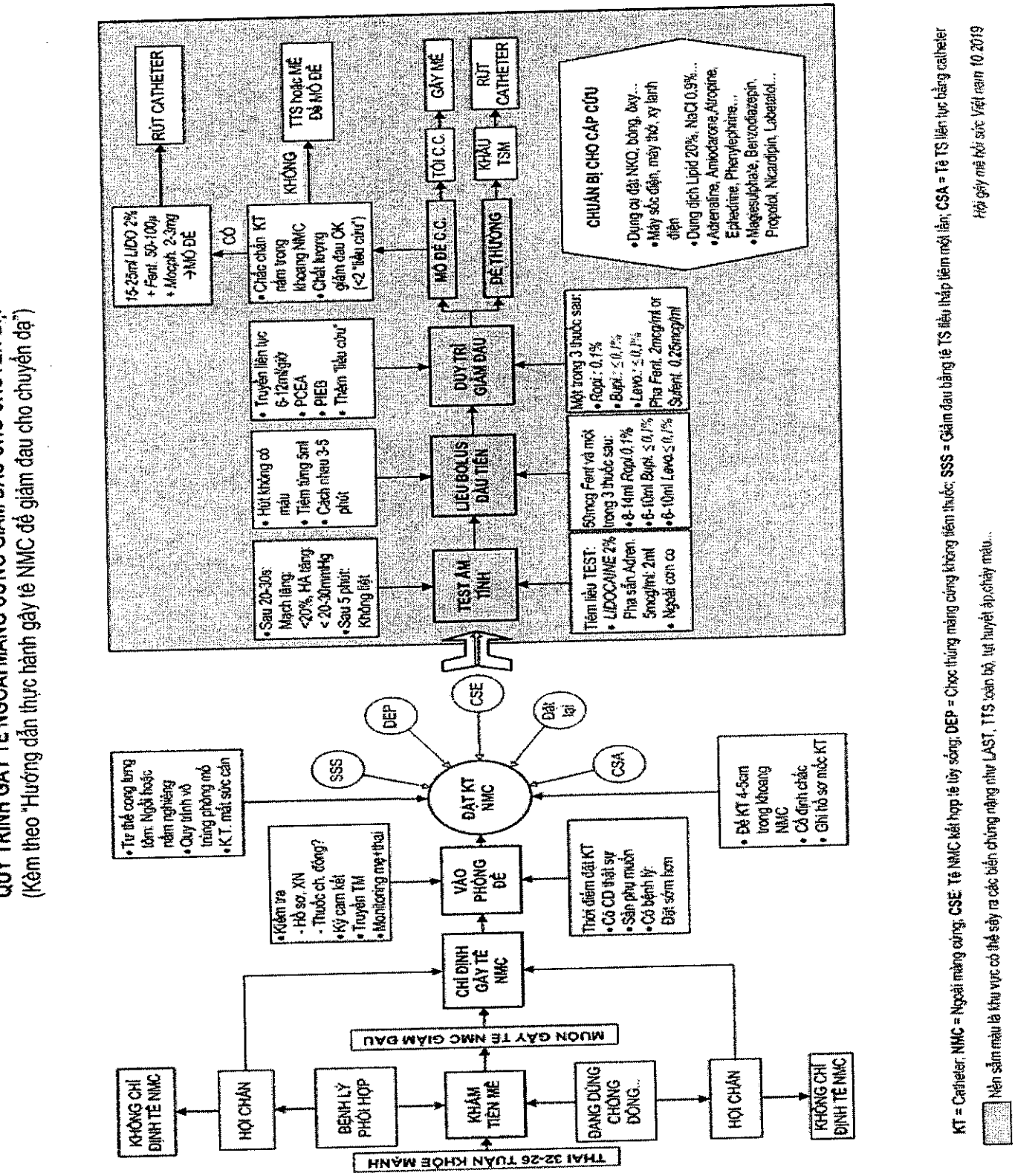
13. DANH MỤC

Các phụ lục

- PL1. Sơ đồ tóm tắt hướng dẫn thực hành gây tê NMC giảm đau cho chuyển dạ.
- PL2. Một số hình minh họa.
- PL3. Tờ rơi những điều sản phụ cần biết về gây tê NMC để giảm đau cho chuyển dạ.
- PL4. Bảng kiểm quy trình kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ.

Phụ lục 1

SƠ ĐỒ TÓM TẮT HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH GÂY TÊ NMC GIẢM ĐAU CHO CHUYỂN DẠ

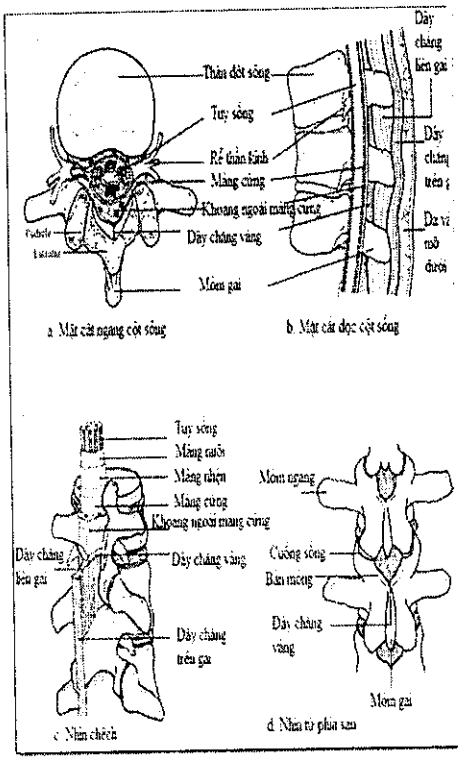


Phụ lục 2

Phụ lục 2

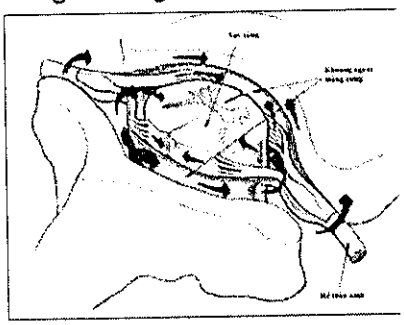
MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA

Hình 1: Giải phẫu khoang NMC



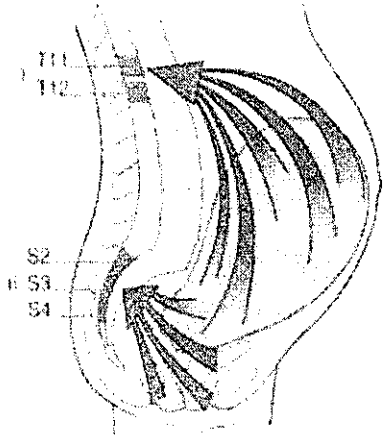
Hình 1: Khoang ngoài màng cứng

Hình 2: Phân bố thuốc tê trong khoang NMC

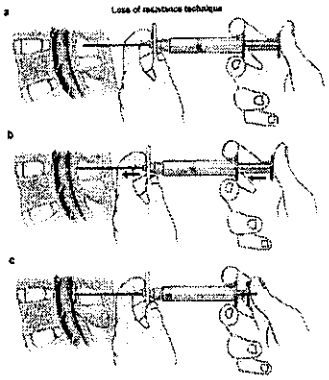


Hình 1: Sự phân bố thuốc tê trong khoang ngoài màng cứng

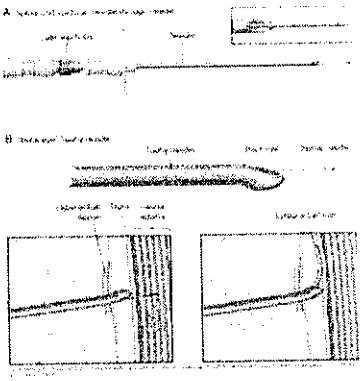
Hình 3 Dẫn truyền cảm giác đau từ tử cung



Hình 4: Kỹ thuật "mất sức cản"



Hình 5: Kim Tuohy làm CSE



Phụ lục 3

Tờ rơi những điều sản phụ cần biết về gây tê NMC để giảm đau cho chuyển dạ:

Gây tê ngoài màng cứng là gì?

Gây tê ngoài màng cứng là một phương pháp giúp giảm bớt sự khó chịu do các cơn co tử cung khi chuyển dạ. Nhiều phụ nữ cảm thấy các cơn co tử cung và sự giãn nở của đường sinh là rất khó chịu. Tại Bệnh viện Đa Khoa Tây Ninh, chúng tôi tôn trọng lựa chọn của bạn về phương pháp giảm đau. Nếu bạn có câu hỏi về các cách kiểm soát đau, bao gồm lựa chọn gây tê ngoài màng cứng, hãy trao đổi với nhân viên y tế chăm sóc bạn.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi yêu cầu gây tê ngoài màng cứng?

Bác sĩ gây mê, là người được đào tạo chuyên sâu trong kiểm soát đau, sẽ trao đổi với bạn để đảm bảo bạn hiểu rõ về gây tê ngoài màng cứng. Nếu bạn quyết định thực hiện, quy trình sẽ diễn ra như sau:

+ Điều dưỡng sẽ giúp bạn vào tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng thấp.
+ Bác sĩ sẽ làm tê một vùng nhỏ ở lưng dưới của bạn (đốt sống).
+ Một kim sẽ được đưa vào giữa các đốt sống.
+ Kim sẽ vào khoang ngoài màng cứng.
+ Điều dưỡng sẽ giúp bạn giữ yên trong khi tiến hành thủ thuật.
+ Một ống nhỏ gọi là catheter sẽ được luồn qua kim và sau đó kim sẽ được rút ra.
+ Sau khi đặt catheter, ống sẽ được nối với một bơm để truyền thuốc liên tục.
+ Thuốc giảm đau để làm bạn thoải mái sẽ được truyền qua ống trong suốt quá trình chuyển dạ và sinh.
+ Ống này sẽ được tháo sau khi em bé chào đời.

Mất bao lâu để thực hiện gây tê ngoài màng cứng?

Mỗi phụ nữ là khác nhau, nhưng thông thường mất khoảng 15 phút để đặt catheter sau khi bắt đầu thủ thuật. Hiệu quả giảm đau thường xuất hiện sau khoảng 10 – 15 phút và sẽ tốt hơn sau thêm 10 – 15 phút nữa.

Tôi có thể di chuyển nếu đã gây tê ngoài màng cứng không?

Phụ nữ được gây tê ngoài màng cứng vẫn được khuyến khích thay đổi tư thế trên giường để cảm thấy thoải mái. Ống truyền được cố định cẩn thận tại chỗ, nhưng bạn cần lưu ý không bị vướng hoặc kéo căng dây đang truyền thuốc. Điều rất quan trọng là bạn không được tự ý rời khỏi giường nếu không có điều dưỡng bên cạnh để hỗ trợ khi đứng dậy.

Thuốc này có gây hại cho em bé không?

Gây tê ngoài màng cứng được xem là an toàn cho trẻ sơ sinh.

Gây tê ngoài màng cứng có làm hết đau hoàn toàn không?

Gây tê ngoài màng cứng làm giảm cảm giác đau do cơn co tử cung, giúp việc kiểm soát đau trở nên dễ dàng hơn. Một số áp lực vẫn có thể được cảm nhận ở trực tràng và âm đạo, đặc biệt khi gần đến giai đoạn sinh. Tại Bệnh viện Phụ nữ North Carolina, các bác sĩ sẽ điều chỉnh lượng thuốc để đạt được sự cân bằng tốt nhất giữa giảm đau và khả năng rặn sinh hiệu quả. Hãy báo cho điều dưỡng gọi bác sĩ gây mê nếu bạn có bất kỳ thắc mắc hoặc khó chịu nào.

Phụ lục 4

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

Khoa được giám sát:..... Ngày giám sát: .....

Tên NV được giám sát: .....

Người/nhóm giám sát:.....

Bước	Mô tả công việc	Có thực hiện	Không thực hiện	Ghi chú
1	Kiểm tra hồ sơ bệnh án, xét nghiệm (tiểu cầu, đông máu, nhóm máu, tiền mê)	☐	☐	
2	Đánh giá chỉ định – chống chỉ định gây tê NMC	☐	☐	
3	Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý	☐	☐	
4	Đặt monitoring: mạch, HA, SpO_2, tim thai, cơn go	☐	☐	
5	Thiết lập đường truyền TM ngoại vi (18–20G)	☐	☐	
6	Truyền dịch tinh thể dự phòng	☐	☐	
7	Chuẩn bị đầy đủ thuốc, dụng cụ, phương tiện hồi sức	☐	☐	
8	Đặt tư thế sản phụ đúng (ngồi hoặc nằm nghiêng cong lưng)	☐	☐	
9	Sát khuẩn vùng chọc kim, đảm bảo vô trùng	☐	☐	
10	Chuẩn bị thuốc: Lidocaine gây tê da, NaCl test, thuốc tê chính	☐	☐	
11	Xác định vị trí chọc kim (L2–3 / L3–4 / L4–5)	☐	☐	
12	Gây tê tại chỗ vùng chọc kim	☐	☐	
13	Chọc kim Tuohy đúng kỹ thuật, xác định khoang NMC (mất sức cản)	☐	☐	

14	Luồn catheter vào khoang NMC đúng độ dài (4–5 cm trong khoang)	☐	☐	
15	Kiểm tra không có máu/CSF qua catheter	☐	☐	
16	Cố định catheter đúng kỹ thuật	☐	☐	
17	Tiêm liều test (Lidocaine + Adrenaline)	☐	☐	
18	Theo dõi đáp ứng liều test (tim, HA, dấu hiệu TTS/LAST)	☐	☐	
19	Tiêm liều bolus đầu tiên đúng thuốc – liều – kỹ thuật	☐	☐	
20	Hút kiểm tra trước mỗi lần tiêm thuốc	☐	☐	
21	Theo dõi sát trong 30 phút đầu (mạch, HA mỗi 5 phút)	☐	☐	
22	Đánh giá hiệu quả giảm đau (VAS, mức phong bế)	☐	☐	
23	Duy trì giảm đau (truyền liên tục hoặc PCEA)	☐	☐	
24	Xử trí khi giảm đau không hiệu quả (liều cứu, kiểm tra catheter)	☐	☐	
25	Theo dõi biến chứng: tụt HA, LAST, TTS toàn bộ	☐	☐	
26	Theo dõi tiến trình chuyển dạ và tình trạng mẹ - thai	☐	☐	
27	Sử dụng catheter cho mổ lấy thai khi có chỉ định (nếu phù hợp)	☐	☐	
28	Rút catheter sau sinh đúng thời điểm	☐	☐	
29	Theo dõi sau thủ thuật (đau đầu, vận động, bí tiểu…)	☐	☐	
30	Ghi chép hồ sơ đầy đủ, bàn giao theo dõi	☐	☐	

Ý kiến của nhóm giám sát:.....

.....

.....

Ý kiến khác (ngoài ý kiến trên):.....

.....

.....

.....

.....

Người/nhóm giám sát **Xác nhận của khoa** **Người thực hiện quy trình**