

Giảm đau trong chuyển dạ: Gây tê ngoài màng cứng và các phương pháp giảm đau thay thế

Phạm Văn Đức¹, Âu Nhật Luân²

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: phamvanduc1998@gmail.com

² Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Phân tích được đặc điểm đau ở các giai đoạn của chuyển dạ
2. Phân tích được các lợi ích của giảm đau trong chuyển dạ
3. Phân tích được các nguy cơ, biến chứng và cách theo dõi sau giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng
4. Phân tích sự khác biệt giữa phương pháp gây tê ngoài màng cứng và tê tủy sống trong giảm đau chuyển dạ

Đau trong chuyển dạ thay đổi tùy theo từng giai đoạn của chuyển dạ.

Trong chuyển dạ, đau được cảm nhận qua các đoạn thần kinh tủy sống. Tủy sống nhận tín hiệu từ tử cung, cổ tử cung, khung chậu và tầng sinh môn. Khi không có sự can thiệp giảm đau, các tín hiệu cảm giác kích hoạt các đoạn tủy kế cận, gây lan tỏa vùng đau.

Đau của giai đoạn I xuất phát từ cơn gò tử cung.

Cơn co tử cung gây xóa gốc cổ tử cung-âm đạo, gây ra dân nở và căng phình, kéo và căng xé cổ tử cung. Sức căng này tạo áp lực trên các tận cùng đầu thần kinh nằm ở các sợi cơ và dây tử cung, gây sự biến đổi trong cơ tử cung. Đau trong giai đoạn này còn có một nguồn gốc khác: co thắt của cơ tử cung và cổ tử cung, thiếu máu và co mạch do hoạt động giao cảm tăng. Tổn thương mô và cơn gò tử cung kích thích sự đáp ứng của hệ thần kinh ngoại vi và trung ương. Kết quả của cảm nhận đau được thể hiện như một cảm giác đau khó chịu giữa rốn và xương vệ và đi ra sau lưng, ở phía trên xương cùng. Cảm giác này là sự tổng hợp của: đau thân thể cấp sâu và nông từ khớp chậu, âm đạo và tầng sinh môn, đau cấp của phủ tạng từ tử cung và cổ tử cung, đau được chuyển đến da, cơ của thành bụng và lưng.

Đau của giai đoạn II và III xuất phát từ sự căng dẫn cấu trúc đường sanh.

Trong giai đoạn II của chuyển dạ, kích thích đau của cổ tử cung mở hoàn toàn đã giảm nhưng phần trình diện của ngôi thai làm căng các cấu trúc nhạy cảm đau ở khung chậu và tầng sinh môn, sự căng phồng các cấu trúc kế cận như niệu đạo, bàng quang, lớp cân và cơ của tiểu khung, phúc mạc và dây chằng tử cung.

Đau trong cuối giai đoạn II và giai đoạn III của chuyển dạ phản ánh kích thích đau đi kèm theo lúc thai xuống và nhau bong. Tình trạng tăng cảm giác đau ngoại vi và trung ương lúc sanh thường có thể giảm khi tổn thương tạng đã phục hồi. Tăng cảm giác đau cơ học (do sợi Aδ dẫn đầu), có thể kéo dài ngay sau khi cắt tầng sinh môn.

Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến cường độ đau của sản phụ

Đau là một hiện tượng chủ quan, thay đổi về tính chất và cường độ.

Thai nghén có kết hợp với sự chịu đựng cảm thụ đau tăng lên liên quan đến sự gia tăng nồng độ endorphine trong huyết tương.

Thuốc kháng vận nghiện naltrexone đảo ngược tác dụng này. Nồng độ chất P trong huyết tương thấp cũng có thể góp phần vào thay đổi chịu đựng đau lúc có thai. Thêm vào đó, progesterone thay đổi sự bất hoạt chất P bằng một lượng thuốc tê ít hơn khoảng 30% để gây tê ngoài màng cứng giảm đau so với người không mang thai. Mặc dù một vài tác dụng này có liên quan đến sự tăng nhạy cảm đối với thuốc tê, một vài tác dụng cũng có thể liên quan đến sự thay đổi dung nạp đau kết hợp với thai nghén.

Thai nghén này có thể liên quan đến sự gia tăng nhạy cảm đối với cả gây tê vùng và gây mê toàn diện.

Sự thay đổi tính nhạy cảm này có thể do: tác dụng trực tiếp của progesterone vào tính kích thích của màng tế bào, tác dụng gián tiếp của chất dẫn truyền thần kinh.

Sản phụ có chuyển dạ lần đầu cảm thấy đau nhiều hơn và tiêu thụ nhiều thuốc giảm đau hơn so với người đa sản.

Ở con so, tần số cơn gò và độ mở cổ tử cung ảnh hưởng trên cảm giác đau. Nhưng ở sản phụ đa sản chỉ có độ dân nở cổ tử cung ảnh hưởng trên cảm nhận đau. Không kể về số lần sanh, sản phụ không có điều trị đau đã báo cáo thang điểm đau cao nhất khi cổ tử cung mở từ 8 đến 10cm. Cổ tử cung dân nhiều đòi hỏi tăng nồng độ Bupivacaine NMC để giảm đau.

Tiền sử về đau nhiều lúc có kinh và đau lưng cũng liên quan đến thay đổi đau trong chuyển dạ, trong khi đó vai trò của tư thế thai và oxytocine vẫn còn bàn cãi.

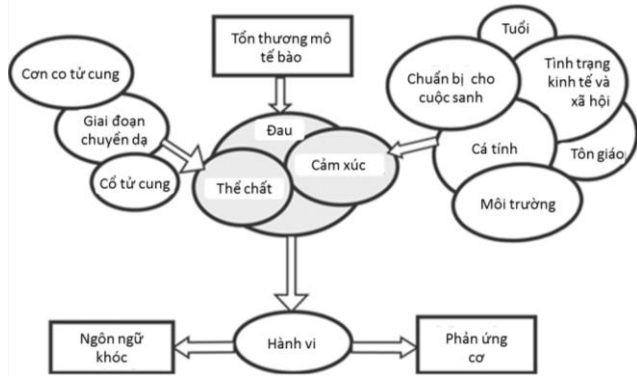
Có sự khác biệt rất nhiều về giảm đau giữa các nền văn hóa, cá tính, tôn giáo, đã từng trải về sinh đẻ... Tất cả điều này sẽ ảnh hưởng đến cái đau sẽ trải qua.

Tuổi tác làm ảnh hưởng đến cảm thụ đau. Phụ nữ lớn tuổi có đau trong chuyển dạ ít hơn so với sản phụ trẻ tuổi.

Lo âu: Sản phụ chưa được huấn luyện cảm thấy đau chuyển dạ nhiều hơn những sản phụ qua lớp huấn luyện.

Các dữ liệu hiện có cho thấy những người mẹ được chuẩn bị ít lo âu và đối phó tốt hơn với đau chuyển dạ. Cơ chế lo âu tác động vào đau vẫn còn bàn cãi. Thêm vào đó lo âu và

stress đưa đến sự phóng thích epineprine. Chất này có thể gây nhạy cảm hoặc tác động trực tiếp đến các thụ cảm đau ngoại vi. Ngược lại, lo âu cũng có thể phóng thích chất nghiện nội sinh. Có thể nhận định rằng lo âu có thể ức chế cảm nhận đau, không phải trực tiếp mà hướng sự chú ý về hướng khác khỏi kích thích đau. Sự lo âu tập trung vào đau có thể làm cho đau tăng lên, trong khi đó lo âu tập trung vào mối lo khác thì đau có thể giảm.



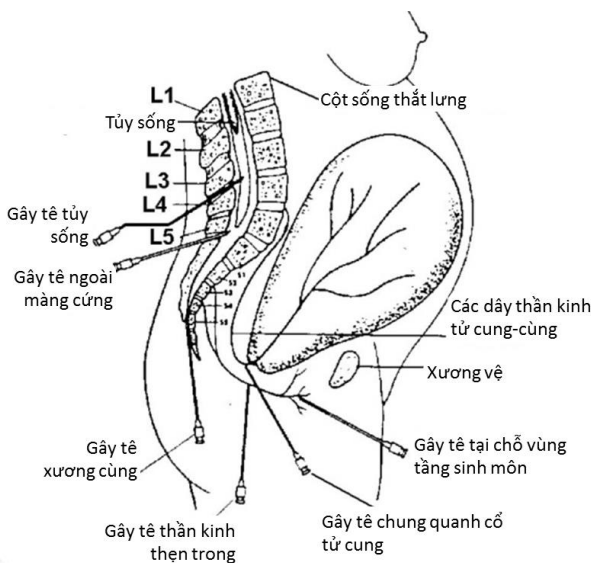
Sơ đồ 1: Các yếu tố ảnh hưởng đến đau trong chuyển dạ
Các yếu tố thực thể (trái) và các yếu tố tâm-sinh lý-xã hội-văn hóa (phải). Chúng tác động hình thành nên thái độ phản ứng với đau và ảnh hưởng đến kết cục của chuyển dạ.
Nguồn: img.medscape.com

Giảm đau tốt là một biện pháp có thể có ích trong mục tiêu cải thiện kết cục của chuyển dạ.

Đau lúc chuyển dạ không có bất kỳ mục đích hữu dụng nào cả, sản phụ không muốn và cũng không cần trải qua đau lúc chuyển dạ.

Không may là một số người vẫn còn tin rằng trải qua đau lúc chuyển dạ làm tăng khả năng sinh đẻ.

Những người khác sợ rằng giảm đau tốt làm cho chuyển dạ chậm lại. Mặc dù cường độ đau có thể giảm ở những lần sinh sau, tính chất đau vẫn không thay đổi.



Hình 1: Các phương pháp có thể dùng để giảm đau trong chuyển dạ
Nguồn: sweethaven02.com

Giảm đau sản khoa bằng tê ngoài màng cứng giúp sản phụ chấp nhận cuộc sinh dễ dàng và tính uyển chuyển của nó.

Giảm đau sản khoa giúp sản phụ chịu đựng cuộc sinh dễ dàng hơn.

Trong trường hợp cuộc sinh phải chuyển sang mổ lấy thai, thì tê ngoài màng cứng cũng là phương pháp vô cảm thường dùng cho mổ sinh.

Tính uyển chuyển của tê ngoài màng cứng là với catheter có thể điều chỉnh phong bế: hoặc kéo dài hoặc làm lại khi tình trạng lâm sàng đòi hỏi.

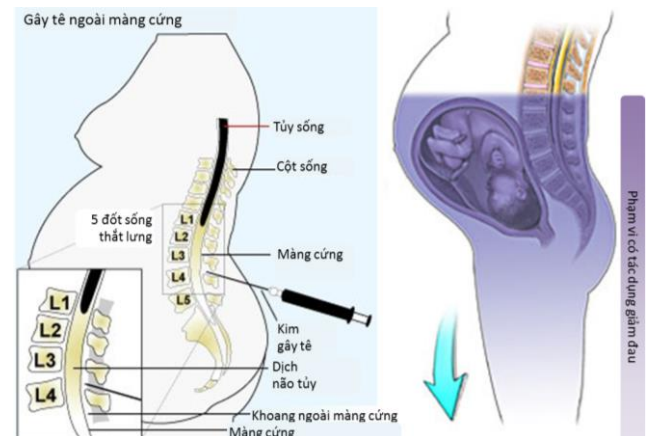
Mức tê và cường độ phong bế cảm giác có thể thay đổi tùy theo ta chọn thuốc, thể tích và nồng độ. Sản phụ có thể được giảm đau trong chuyển dạ bằng dung dịch loãng thuốc tê và thuốc nghiện.

Bơm thêm thuốc tê có nồng độ cao có thể gây tê dễ phẫu thuật nhanh chóng.

Tê ngoài màng cứng có thể dùng giảm đau sau sinh mổ.

Thuốc bắt đầu phong bế dần dần có thể giúp hạn chế tàn suất và mức độ trầm trọng của hạ huyết áp.

Tê ngoài màng cứng tỏ ra an toàn đối với sản phụ có tiền sản giật nặng, một số bệnh tim (hẹp van động mạch chủ nặng) có khả năng đáp ứng kém với sự thay đổi đột ngột huyết động.



Hình 2: Vị trí đâm kim tê ngoài màng cứng và phạm vi giảm đau
Nguồn: map2heal.s3.amazonaws.com và sciencelogs.com

Nhiễm trùng nơi chọc kim là chống chỉ định tuyệt đối của gây tê ngoài màng cứng.

Các chống định khác chỉ là tương đối.

Tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa chỉ có 2 chống chỉ định tuyệt đối là (1) sản phụ từ chối thực hiện giảm đau và (2) nhiễm trùng nơi sẽ chọc kim gây tê.

Các chống chỉ định khác chỉ là tương đối và còn tranh cãi.

Đau lưng: Thoát vị đĩa đệm hay đau lưng đều không là chống chỉ định của tê ngoài màng cứng. Phương pháp này không làm nặng thêm bệnh đau lưng có trước đó cũng như không tạo ra đau lưng mới sau đó.

Bệnh lý hệ thần kinh: Trước đây là bệnh lý này là một chống chỉ định do tình trạng diễn biến xấu sau khi sinh. Tuy nhiên các chứng cứ hiện tại cho thấy sản phụ có bệnh lý hệ thần kinh trước có thể được tê ngoài màng cứng an

toàn. Tình trạng xấu sau sanh có thể chỉ liên quan đến bệnh sử tự nhiên của bệnh.

Thiếu khối lượng tuần hoàn: Không nên gây tê ở sản phụ thiếu khối lượng tuần hoàn do mất máu cấp do sự phối hợp liệt giao cảm và thiếu khối lượng tuần hoàn có thể gây ra hạ huyết áp trầm trọng. Tuy vậy, tê ngoài màng cứng vẫn là biện pháp an toàn nếu thể tích trong lòng mạch đã được phục hồi và duy trì tốt.

Bệnh lý đông máu: Xuất huyết trong khoang ngoài màng cứng chưa được kiểm tra có thể gây tổn thương thần kinh vĩnh viễn. Vì thế, cần rất thận trọng tê ngoài màng cứng ở sản phụ có bệnh lý đông máu hoặc hạ tiểu cầu.

Cũng nên thận trọng và cân nhắc khi quyết định gây tê ngoài màng cứng cho các bệnh lý có khả năng gây rối loạn đông máu khi có thai bao gồm: tiền sản giật, sảy thai to, thai chết lưu, thuyên tắc ối, đang dùng thuốc kháng đông (heparin, coumarin...)

Giảm đau ngoài màng cứng có thể ảnh hưởng đến chuyển dạ nhưng không ảnh hưởng đến kết cục sản khoa.

Ở giai đoạn I, giảm đau ngoài màng cứng không làm thay đổi cơn gò tử cung nhưng có thể làm cô tử cung mở chậm hơn. Do đó, giảm đau ngoài màng cứng thường áp dụng khi chuyển dạ giai đoạn hoạt động.

Ở giai đoạn II của chuyển dạ, có bằng chứng cho thấy giảm đau ngoài màng cứng làm giảm sản xuất oxytocin nội sinh và giảm cơn gò tử cung. Người ta cho rằng phong bế vận động phối hợp với giảm đau ngoài màng cứng làm giảm sức rặn của sản phụ và làm cho tăng sinh môn dẫn, điều này khiến cho đầu thai nhi xoay không tốt (ngưng xoay ở kiểu thể ngang) làm tăng khả năng phải can thiệp sanh thủ thuật.

Theo dõi sát thai nhi và sản phụ sau giảm đau ngoài màng cứng làm giảm nguy cơ biến chứng

Hạ huyết áp ở thai phụ là tác dụng phụ hay gặp nhưng thoáng qua, có thể phòng ngừa bằng cách bù dịch truyền nhanh và theo dõi sát sinh hiệu. Tuy nhiên, biến chứng này có thể ảnh hưởng đến thai nhi làm thay đổi nhịp tim thai thoáng qua. Hiếm khi nhịp tim thai giảm nặng và kéo dài, trong trường hợp này có thể gây tình trạng toan chuyển hóa. Do đó, theo dõi sát sinh hiệu sản phụ và monitoring

tim thai liên tục là cần thiết cho sản phụ sau giảm đau bằng tê ngoài màng cứng.

Chọc thủng màng cứng và catheter chui vào tủy sống hay lòng mạch là biến chứng nhất thời, hiếm gặp.

Tê không hoàn toàn xảy ra thường hơn ở tê ngoài màng cứng hơn là ở tê tủy sống.

Ngoài ra các biến chứng lâu dài khác hiếm gặp thường thoáng qua và không để lại di chứng nào cho thai phụ như: nhức đầu sau gây tê, liệt chi, đau lưng.

Hiệu quả giảm đau giữa tê ngoài màng cứng và tê tủy sống là tương đương. Có khác biệt quan trọng trên lâm sàng.

Gây tê ngoài màng cứng và gây tê tủy sống khác biệt nhau ở nhiều điểm.

1. Cơ chế phong bế:

Tê tủy sống được thực hiện bằng cách bơm thuốc tê vào dịch não tủy, liều thuốc và tỷ trọng của dịch thuốc là hai yếu tố quyết định thời gian và độ rộng của phong bế.

Với tê ngoài màng cứng là bơm thuốc vào khoang ngoài màng cứng, tỷ trọng không phải là một yếu tố quan trọng, mà thể tích và tổng liều của thuốc bơm mới ảnh hưởng đến độ rộng và độ sâu của phong bế.

2. Hiệu quả:

Tê ngoài màng cứng đòi hỏi nhiều thời gian và phương tiện hơn tê tủy sống, thời gian từ lúc dẫn đầu đến mất cảm giác đau thường dài hơn tê tủy sống, nhưng có thể kéo dài thời gian phong bế cảm giác đau nhờ bơm thuốc liên tục đến sau sanh, nên phương pháp này thường áp dụng cho giảm đau sản khoa. Với sự lựa chọn thuốc tê cẩn thận và dùng thêm thuốc phụ, thì thời gian tác dụng ở tê ngoài màng cứng ngắn nhất cũng là 10 phút. Tê ngoài màng cứng có thể dẫn đầu và duy trì bằng ống thông, nên nó vẫn là kỹ thuật thích hợp nhất khi cần sự uyển chuyển và kéo dài.

Do tác dụng nhanh, nên tê tủy sống thường hay áp dụng cho các trường hợp mổ lấy thai vì giảm cảm giác đau nhanh hơn và thời gian chăm sóc bệnh nhân tại phòng mổ ngắn hơn. Tê tủy sống có nhiều thuận lợi, nhưng một giới hạn lớn nhất là thời gian tác dụng bị giới hạn.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.