

hàng dày hơn bình thường, không đều. Hình này ở thể trải dài trên các vật hang.

3.3.2. Siêu âm mào dương vật: Tiêm rostaglandin E1 vào vật hang, sau đó siêu âm Doppler dương vật. Xét nghiệm này cho phép xác định hình thái, kích thước, sự lắng đọng canxi của mảng tổn thương. Xét nghiệm còn cho phép phát hiện RLCD có trước hay là phối hợp ở CVDV (bằng việc tìm thấy các rò tĩnh mạch, ác yếu tố động mạch,...) [4]. Đối với các trường hợp CVDV nặng (trên 60°) hoặc phức tạp, siêu âm Doppler dương vật còn cho phép xác định huyết lượng cương dương và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp [4].

V. TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Theo nhiều công trình nghiên cứu [2],[5],[7], ác phương pháp phẫu thuật được lựa chọn phải làm bảo sau phẫu thuật, khi cương, dương vật dài ít nhất là 12 cm. Để đảm bảo điều này, sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào việc điều trị vị trí cong lõm hay điều trị chỗ lõm của dương vật.

4.1. Điều trị vị trí cong lõm của dương vật: Đối với các CVDV ở mức độ trung bình (từ 10° - 60° đối với bệnh Lapeyronie, 30° đến 70° đối với CVDV bẩm sinh), phương pháp phẫu thuật có thể là:

- + Rạch-khâu gấp nếp màng trắng (Yachia) hoặc
- + Cắt bỏ-khâu màng trắng (Nesbit).

4.2. Điều trị chỗ lõm của dương vật: Đối với các CVDV ở mức độ nặng (> 60° đối với bệnh Lapeyronie và > 70° đối với CVDV bẩm sinh) hoặc đối với các bệnh nhân, nếu điều trị vị trí cong lõm dẫn đến dương vật ngắn (< 12 cm), ảnh hưởng đến chất lượng đời sống tình dục, các phương pháp phẫu thuật có thể là:

- + Rạch màng tổn thương-ghép miếng vá vật hang hoặc

- + Cắt bỏ màng tổn thương-ghép miếng vá vật hang.

V. KẾT LUẬN

CVDV gồm 2 thể bẩm sinh và mắc phải, chiếm từ 3 - 7% nam giới trưởng thành. Hội và khám bệnh để xác định vị trí, chiều hướng, mức độ, thể bệnh của CVDV, có RLCD đi kèm hay không, cũng như ảnh hưởng của bệnh đối với bệnh nhân và vợ bệnh nhân. Chụp cộng hưởng từ và siêu âm Doppler dương vật để biết rõ vị trí, kích thước, tính chất của mảng tổn thương, cũng như bản chất của RLCD đi kèm (nếu có). Đối với CVDV có ảnh hưởng đến đời sống tình dục (mức độ trung bình và nặng), phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào thể bệnh và mức độ của CVDV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brant WO, Bella AJ, Garcia MM et al. (2006). Surgical Atlas. Correction of Peyronie's disease: plaque incision and grafting. *BJU Int*, 97(6): 1353 - 1360.
2. Egydio PH, Sansalone S (2008). Peyronie's reconstruction for maximum length and girth gain: geometrical principles. *Adv Urol*, 205739.
3. Garaffa G, Sacca A, Christopher AN et al. (2010). Circumcision is not mandatory in penile surgery. *BJU Int*, 105(2): 222 - 224.
4. Hargreave TB (2008). Déformation érectile, don't la maladie de la Peyronie. *Traité d'andrologie à l'usage des cliniciens*. Springer; 93 - 99.
5. Lindsay MB, Schain DM, Grambsch P et al. (1991). The incidence of Peyronie's disease in Rochester, Minnesota, 1950 through 1984. *J Urol*, 146(4): 1007 - 1009.
6. Nessbit RM (2002). Congenital curvature of the phallus: report of three cases with description of corrective operation. 1965. *J Urol*, 167(2 Pt 2): 1187 - 1188 [discussion 1189].
7. Ralph DJ, al-Akraa M, Pryor JP (1995). The Nesbit operation for Peyronie's disease: 16-year experience. *J Urol*, 154(4): 1362 - 1363.

GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TIM HỒ BẰNG

MORPHIN KHOANG DƯỚI NHỆN: NGHIÊN CỨU 226 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Minh*

TÓM TẮT

*Đại học Y Dược Huế

Chủ trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh

Email: nguyenvanminhdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.11.2016

Ngày phân biên khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 17.01.2017

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau sau phẫu thuật và tác dụng không mong muốn của morphin khoảng dưới nhện trên bệnh nhân phẫu thuật tim hồ.
Phương pháp: Trong một nghiên cứu mô tả tiến cứu, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tim hồ để điều trị các bệnh lý van tim, thông liên nhĩ, thông liên thất, có tiêu chuẩn dự kiến rút nội khí quản sớm được sử dụng 0,3 mg morphin đường khoảng dưới nhện, gây mê hồi sức như thường qui. Sau phẫu thuật đánh giá

điểm đau lúc nghỉ, lúc vận động, lượng morphin sử dụng qua bơm tiêm điện do bệnh nhân tự kiểm soát, thời gian rút nội khí quản và tác dụng không mong muốn trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. **Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 3/2011 đến tháng 3/2013 có 226 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Điểm đau sau phẫu thuật tại thời điểm 6 giờ, 12 giờ và 24 giờ lúc nghỉ dưới 3, lúc vận động dưới 5, lượng morphin tiêu thụ giờ thứ 12 là $5,2 \pm 3,7$ mg, giờ thứ 24 là $9,8 \pm 4,4$ mg, thời gian rút nội khí quản $6,2 \pm 2,1$ giờ. Tỷ lệ buồn nôn 21%, nôn 16%, ngứa 10%, không có trường hợp nào bị khối máu tụ tại điểm chọc hoặc bị ứ chệch hô hấp. **Kết luận:** Morphine khoảng dưới nhện có tác dụng giảm đau sau phẫu thuật hiệu quả trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật với ít tác dụng không mong muốn, có thể là thành phần chính trong giảm đau đa mô thức cho bệnh nhân sau phẫu thuật tim hở.

Từ khóa: Giảm đau sau phẫu thuật, phẫu thuật tim hở, morphin khoảng dưới nhện

SUMMARY

PAIN RELIEF OF INTRATHECAL MORPHINE AFTER OPEN HEART SURGERY: A STUDY OF 226 CASES

Objective: To evaluate postoperative analgesic efficacy and side effects of intrathecal morphine in patients undergoing open heart surgery. **Methods:** In a prospective descriptive study, patients indicated for open-heart surgery to treat atrial, ventricular septal defects or valvular diseases with prediction of early extubation received 0.3 mg intrathecal morphine, anesthetic protocol as routine. Postoperative pain score at rest and during movement, morphine consumption via patient-controlled pump, extubation time and undesirable effects in the first 24 hours after surgery. **Results:** From March 2011 to March 2013, 226 patients were recruited into the study. Postoperative pain score at 6 hours, 12 hours and 24 hours at rest were less than 3, the amount of morphine consumption was 5.2 ± 3.7 mg at 12th hour and 9.8 ± 4.4 mg at 24th hour, extubation time was 6.2 ± 2.1 hours. The rate of nausea was 21%, vomiting 16%, pruritus 10%. No patient had respiratory depression or epidural hematoma. **Conclusion:** Intrathecal morphine provided effective postoperative analgesia with less adverse effects in the first 24 hours, may be the main component in multimodal pain relief for cardiac surgical patients.

Key words: Postoperative pain relief, open heart surgery, intrathecal morphine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật là một vấn đề được đặc biệt chú trọng trong thời gian gần đây, là một trong những quan tâm hàng đầu của bệnh nhân khi phải trải qua phẫu thuật. Được điều trị đau sau phẫu thuật là quyền lợi của bệnh nhân, được xem như một quyền con người theo tuyên bố Montreal năm 2011. Mặc dầu được quan tâm và chú ý như vậy, nhưng các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ bệnh nhân chịu đau sau phẫu

thuật vẫn còn cao, ở mức 53 - 80%. Đau phẫu thuật không được điều trị hiệu quả khi chỉ gây các tác hại trên hệ tim mạch, hô hấp, miễn dịch và đông máu mà còn làm chậm phục sức khỏe, dẫn đến đau mạn tính, làm giảm chất lượng cuộc sống.

Phẫu thuật tim là một trong những loại phẫu thuật gây đau nhiều, thường phải dùng opioid sau phẫu thuật. Tuy nhiên, dùng liều cao opioid kèm theo các tác dụng không mong muốn của nó. Phương pháp giảm đau ngà màng cứng (NMC) có hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật tim nhưng có những hạn chế phải đặt catheter NMC hôm trước phẫu thuật cách xa thời gian dùng heparin trong mổ, chi phí cao và kim to, kỹ thuật khó, nguy cơ trung NMC chèn ép tủy sống do dùng heparin trong phẫu thuật và cần đưa tình trạng đông máu về gần bình thường trước khi rút catheter sau phẫu thuật.

Dùng morphin khoảng dưới nhện (KĐNV) vùng thắt lưng bằng kim nhỏ, ở vị trí thấp, thực hiện, tiêm một lần ngay trước phẫu thuật cho tác dụng giảm đau kéo dài, nguy cơ khoang máu ngoài màng cứng thấp hơn, nghiên cứu cho thấy morphin KĐNV có tác dụng trên, dùng liều trên 0,3 mg làm tăng tác dụng giảm đau nhưng không tăng tác dụng giảm đau [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là đánh giá tác dụng giảm đau sau phẫu thuật và tác dụng không mong muốn của morphin khoảng dưới nhện trên bệnh nhân phẫu thuật tim hở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân người lớn được*phẫu thuật tim hở theo kế hoạch tại Trung tâm tim mạch Huế từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 3 năm 2013 để sửa/thay van hoặc đóng các lỗ thông liên nhĩ, thông liên thất đường mổ có cửa xương ức, có ASA II-III, NY II-III, hợp tác nghiên cứu, không có chống chỉ định của sử dụng morphin và gây tê tủy sống.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có rối loạn đông máu trước mổ, dùng thuốc chống đông, phân suất tổng máu thất trái (EF: Ejection Fraction) dưới 50%, áp lực động mạch phổi > 70mmHg, bệnh phổi mạn tính, suy gan, suy thận, khó giao tiếp, tai biến về gây mê, phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: Nghiên cứu mô tả tiến cứu
2.2.2. Tiến hành: Bệnh nhân được chuẩn bị thường qui, được giải thích cách sử dụng máy

à cách đánh giá điểm đau nhìn hình đồng dạng bằng thước VAS (Visual Analog Scale).

Bệnh nhân được choáng tủy sống ở tư thế nằm nghiêng, khe liên đốt L₂ - L₃, và tiêm vào khoang dưới nhện 0,3mg morphin không chất bảo quản (Ophipine®) của hãng Hameln, Đức trong 3ml dung dịch nước muối sinh lý. Gây mê hồi sức như thường qui.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được thở máy tiếp tục tại phòng Hồi sức tim, rút nội khí quản khi đủ tiêu chuẩn.

Tại phòng Hồi sức tim bệnh nhân dùng morphin qua bơm tiêm điện do bệnh nhân tự kiểm soát (Patient-controlled analgesia - PCA). Hoà 2 ống morphin 10mg/ml với dung dịch nước muối sinh lý trong bơm tiêm 20 ml (1mg/ml). Mỗi lần bấm, máy PCA bơm 1 ml morphin (01mg), thời gian khóa 7 phút, liều tối đa 20 mg/4 giờ, tốc độ cơ bản (basal rate) 0ml/giờ.

Tiêu chí đánh giá: Đánh giá điểm đau lúc nghỉ và lúc vận động tại các thời điểm 6, 12, 18, 24 giờ, thời gian thở máy, thời gian rút nội khí quản (NKQ), lượng morphin bệnh nhân dùng qua

máy PCA. Tác dụng không mong muốn gồm ức chế hô hấp, buồn nôn, nôn, ngứa, khối máu tụ khoang ngoài màng cứng, khoang dưới nhện.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 3 năm 2013 tại khoa Gây mê hồi sức tim mạch, Trung tâm tim mạch Bệnh viện Trung ương Huế, 226 bệnh nhân phẫu thuật tim hở được chọn vào nghiên cứu tác dụng giảm đau sau phẫu thuật của morphin khoang dưới nhện, 208 bệnh nhân hoàn thành nghiên cứu. Cần phẫu thuật lại 6 trường hợp, cung lượng tim thấp cần hỗ trợ huyết động 5 trường hợp, máy PCA hoạt động không tốt 7 trường hợp. Sau khi xử lý số liệu thu được kết quả sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu, đặc điểm gây mê và phẫu thuật

3.1.1. Đặc điểm chung

- **Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu như bảng 1.**

Bảng 1. Đặc điểm chung

Thông số	Giá trị (n = 208)
Tuổi (năm)	35,4 ± 12,7
Chiều cao (cm)	158,3 ± 8,2
Cân nặng (kg)	51,67 ± 8,35
NYHA II/III n (%)	164/44 (79,8/21,2%)
EF (%)	55,6 ± 7,8
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	45,7 ± 12,4

Bệnh nhân tuổi trung niên, phân suất tổng máu giảm nhẹ, tăng áp lực phổi mức độ nặng.

3.1.2. Loại phẫu thuật

Bảng 2. Loại phẫu thuật

Thông số	n (%)
Sửa, thay van hai lá	88 (42,3)
Thay van hai lá, sửa van ba lá	34 (16,3)
Thay van động mạch chủ	29 (13,9)
Thay van hai lá và van động mạch chủ	25 (12,0)
Đóng lỗ thông liên nhĩ, liên thất	32 (15,4)

Các phẫu thuật chủ yếu là can thiệp trên van tim, đóng lỗ thông nhĩ thất chiếm phần nhỏ.

3.1.3. Đặc điểm phẫu thuật, gây mê

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật, gây mê

Thông số	Giá trị (n = 208)
Thời gian phẫu thuật (phút)	205,5 ± 38,4
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)	98,2 ± 28,5
Thời gian cấp động mạch chủ (phút)	68,3 ± 24,5
Thời gian gây mê (phút)	245,5 ± 46,9
Etomidat (mg)	16,5 ± 1,8
Propofol (mg)	364,9 ± 95,7
Vecuronium (mg)	13,1 ± 2,6
Sufentanil (µg)	85,9 ± 17,5

3.2. Tác dụng giảm đau sau phẫu thuật

3.2.1. Điểm đau tại các thời điểm

Bảng 4. Điểm đau tại các thời điểm

Điểm đau VAS	6 giờ	12 giờ	18 giờ	24 giờ
Lúc nghỉ	2,9 ± 1,8	2,8 ± 1,7	2,5 ± 1,4	2,4 ± 1,3
Lúc vận động	4,9 ± 2,6	4,6 ± 2,3	4,8 ± 2,1	4,0 ± 1,8

Điểm đau VAS lúc nghỉ tại các thời điểm dưới 3 và lúc vận động dưới 5.

3.2.2. Lượng morphin tiêu thụ tại các thời điểm sau phẫu thuật

Bảng 5. Lượng morphin tiêu thụ sau phẫu thuật

Thời điểm	6 giờ	12 giờ	18 giờ	24 giờ
Lượng morphin (mg)	4,5 ± 2,6	5,2 ± 3,7	7,1 ± 2,6	9,8 ± 4,7

Lượng morphin dùng sau phẫu thuật qua máy PCA thấp.

3.3. Tác dụng không mong muốn: Tỷ lệ buồn nôn 21%, nôn 16%, ngứa 10%. Thời gian thở máy trung bình 4,6 ± 1,8 giờ. Thời gian rút nội khí quản 6,2 ± 2,1 giờ. Không có bệnh nhân nào suy hô hấp cần đặt lại nội khí quản, không có bệnh nhân nào bị máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tác dụng giảm đau và thời gian rút nội khí quản

Nghiên cứu cho thấy morphin khoảng dưới nhận cho tác dụng giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật vừa thể hiện ở giảm điểm đau lúc nghỉ dưới 3, lúc vận động dưới 5 tại các thời điểm trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật đồng thời giảm lượng morphin sử dụng qua máy PCA (5,2 ± 3,7 mg tại thời điểm 12 giờ và 9,8 ± 4,4 mg tại thời điểm 24 giờ). Thời gian rút nội khí quản 6,2 ± 2,1 giờ nằm trong khoảng thời gian rút nội khí quản sớm.

Gây mê hồi sức cho phẫu thuật tim hở đã có nhiều thay đổi kể từ khi phương pháp phẫu thuật tim cho bệnh nhân xuất viện sớm (Fast-track cardiac surgery) ra đời. Nội dung chính của phương pháp này là rút nội khí quản sớm, rút NKQ trong vòng 8 giờ sau khi chuyển bệnh nhân về phòng hồi sức và giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật. Hiện nay, đây là xu hướng được áp dụng ở các trung tâm phẫu thuật tim mạch. Việc giảm liều và sử dụng các thuốc mê tĩnh mạch tác dụng ngắn hoặc sử dụng thuốc mê nhóm halogen, sử dụng các opioid tác dụng ngắn và hạn chế tổng liều opioid trong phẫu thuật là những điểm chính trong phương pháp gây mê rút NKQ sớm.

Để đáp ứng nhu cầu giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật và rút NKQ sớm, các tác giả tiếp tục nghiên cứu ứng dụng điểm đau đặc về "tác dụng chọn lọc" của opioid khoảng dưới nhận, đó là không ức chế vận động và giao cảm, nhưng cần xác định liều không ảnh hưởng tới thời gian rút NKQ. Hiện nay các tác giả lựa chọn liều 7 mcg/kg. Liều cao làm chậm rút NKQ, liều thấp

dưới 5 mcg/kg không có tác dụng giảm đau. Chúng tôi chọn liều 0,3 mg để cho việc thuốc trên lâm sàng và cũng phù hợp với đề; của Gehling trong một nghiên cứu tổng hợp là không dùng liều quá 0,3 mg morphin KDN hạn chế các tác dụng không mong muốn [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù với nghiên cứu của Nguyễn Phú Văn [1] d morphin liều 7 mcg/kg kết hợp với fentanyl mcg/kg trước khởi mê, liều morphin trung t 0,355 ± 0,064 mg. Tác giả thấy tác dụng g đau tốt với mức độ giảm đau ổn định, thời c giảm đau kéo dài 47,2 giờ và lượng morphin mạch sử dụng trong 24 giờ đầu và trong 24 tiếp theo ít hơn nhóm chứng. Rút NKQ s trong vòng 8 giờ, không có tác dụng khi mong muốn nâng đáng kể.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài thời gian gần đây. Dos Santos [đánh giá tác dụng giảm đau của morphin K 0,4mg lên chức năng phổi thấy mặc dù nh dùng morphin KDN có tác dụng giảm đau tốt l thể hiện ở điểm đau VAS lúc nghỉ, lúc hít vào; trong 36 giờ đầu, lượng morphin tĩnh mạch t hơn nhóm chứng, nhưng dung tích sống g sức (FVC), thể tích thở ra gắng sức ở giây c tiên (FEV1), tỷ số FEV1/FVC và tỷ số PaO₂/Fi của hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa th kê. Tương tự, Yapici và cộng sự [7] đánh giá: dụng giảm đau của morphin KDN ở bệnh n phẫu thuật bắc cầu mạch vành. Bệnh nhân đ chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, nhóm morphin KDN nhận 7 mcg/kg trước lúc khởi mê và nh chứng. Cả hai nhóm đều được sử d remifentanyl trong gây mê. Kết quả thấy nh morphin KDN có lượng pethidin tiêu thụ: phẫu thuật thấp hơn, điểm đau VAS thấp; nh chứng tại các thời điểm ngay sau rút N 2, 4, 6, 18 giờ sau phẫu thuật, thời gian NKQ, thời gian nằm hồi sức ở nhóm morphin KDN ngắn hơn so với nhóm chứng (p < 0,05).

Với liều morphin thấp qua máy PCA t trong nghiên cứu, trên lâm sàng có thể thay

bằng paracetamol hoặc thuốc kháng viêm không steroid và được ứng dụng trong phương pháp giảm đau đa mô thức. Hay nói cách khác morphin khoảng dưới nhận có thể là thành phần chính trong phương pháp giảm đau đa mô thức.

4.2. Tác dụng không mong muốn

Ưu thế hô hấp là tác dụng không mong muốn nguy hiểm và đáng sợ nhất của dùng morphin khoảng dưới nhận. Ưu thế hô hấp xảy ra muộn từ giờ thứ 6 đến giờ thứ 18 sau khi tiêm. Cơ chế có thể là do thuốc lan lên ức chế trung tâm hô hấp ở hành tủy làm mất sự nhạy cảm của trung tâm hô hấp với sự tăng khí CO₂. Sự ức chế này phụ thuộc vào liều sử dụng. Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi tại phòng hồi sức sau phẫu thuật tim với đầy đủ phương tiện và bởi nhân viên được đào tạo và huấn luyện kỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có tần số thở dưới 12 lần/phút hoặc độ bão hòa oxy máu ngoại vi (SpO₂) dưới 94%.

Trong phẫu thuật tim hở có dùng heparin 3mg/kg trước khi chạy tuần hoàn ngoài cơ thể. Việc dùng heparin này có thể có nguy cơ gây khối máu tụ ở khoang ngoài màng cứng hay khoang dưới nhận. Tuy nhiên, đây là bệnh chứng hiếm gặp khi tồn tại các chống chỉ định của gây tê tủy sống, loại bỏ các nguy cơ gây chảy máu, thời gian từ lúc chọc kim đến lúc dùng heparin từ 60 phút trở lên. Chúng tôi dùng kim 27G, đa số các trường hợp thành công ở lần chọc kim đầu tiên, không chảy máu lúc chọc kim, các bệnh nhân có tình trạng đông máu bình thường lúc chọc kim, thời gian từ lúc chọc kim tủy sống đến khi dùng heparin trên 60 phút, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng này.

Tỷ lệ buồn nôn và nôn của opioid KDN và khoảng NMC khoảng 30%, tương đương khi dùng opioid đường tĩnh mạch.

Ngứa là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất. Ngứa có thể xuất hiện toàn thân hoặc khu trú ở mặt, cổ hoặc phần trên của ngực. Ngứa nặng cần dùng naloxon để điều trị rất hiếm, xảy ra khoảng 1% [3]. Ngứa thường xảy ra 1 - 3 giờ sau khi dùng opioid KDN và xuất hiện trước khi có tác dụng giảm đau. Tỷ lệ ngứa trong nghiên cứu này thấp (10%), có thể do bệnh nhân được dùng an thần trước cho bệnh nhân bằng hydroxyzin vào tối hôm trước và trước khi lên phòng mổ 1 giờ. Hydroxyzin một thuốc kháng histamin, có tác dụng an thần.

Tỷ lệ bí tiểu khi dùng opioid KDN thay đổi từ 0 đến 80% và xảy ra ở nam nhiều hơn ở nữ giới. Tỷ lệ này không liên quan đến liều sử dụng. Trong ngày đầu bệnh nhân còn lưu ống tiểu nên không đánh giá được tác dụng này.

Hạn chế của nghiên cứu này là không đánh giá thời gian nằm hồi sức, các biến chứng tim phổi khác, các thay đổi về chức năng hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu giảm đau trên 226 trường hợp phẫu thuật tim hở thấy, morphin khoảng dưới nhận dùng trước phẫu thuật có tác dụng giảm đau hiệu quả thể hiện ở giảm điểm đau lúc nghỉ và lúc vận động tại các thời điểm, giảm lượng morphin sử dụng qua máy PCA, tác dụng không mong muốn thấp. Morphine khoảng dưới nhận có thể là thành phần chính trong giảm đau đa mô thức ở bệnh nhân phẫu thuật tim hở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Văn (2004), "Nghiên cứu giảm đau sau mổ tim hở bằng phương pháp tiêm hỗn hợp morphin - fentanyl vào tủy sống", *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện*, Đại học Y Hà Nội.
2. Apfelbaum J.L., Chen C., Mehta S.S., Gan T.J. (2003), "Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged", *Anesth Analg*, 97, pp. 534-40.
3. Chaney M. A. (2006), "Intrathecal and epidural anesthesia and analgesia for cardiac surgery", *Anesth Analg*, 102, pp. 45-64.
4. Dos Santos L.M., Santos V.C.J., Malbouisson L.M.S., Carmona M.J.C. (2009), "Intrathecal morphine plus general anesthesia in cardiac surgery: Effects on pulmonary function, postoperative analgesia, and plasma morphine concentration", *Clinics*, 64(4), pp. 297-85.
5. Gehling, M., Tryba, M. (2009), "Risks and side-effects of intrathecal morphine combined with spinal anaesthesia: A meta-analysis", *Anaesthesia*, 64(6), pp. 643-651.
6. Parlow J.L., Steele R.G., O'Reilly D. (2005), "Low dose intrathecal morphine facilitates early extubation after cardiac surgery: Results of retrospective continuous quality improvement audit", *Canadian Journal of Anesthesia*, 52(1), pp. 94-9.
7. Yapici D., Altunkan Z., Atici S., Bilgin E., Doruk N., Cinel I., Dikmengil M., Oral U. (2008), "Postoperative effects of low - dose intrathecal morphine in coronary artery bypass surgery", *J Card Surg*, 23, pp. 140-5.