

động, vẫn mang tâm lí nghi ngại hồi phục sức khỏe, chưa dám vận động sinh hoạt đi lại bình thường. Tuy nhiên theo thời gian, người bệnh hồi phục và điểm được cải thiện rõ rệt sau 3 và 6 tháng.

Về lĩnh vực tinh thần, điểm có cải thiện nhưng không nhiều. Điểm không cải thiện nhiều do điểm MCS trước can thiệp cấy máy của bệnh nhân cũng khá cao.

Can thiệp cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn là có hiệu quả làm tăng CLCS của người bệnh đo bằng thang SF-12 từ mức thấp lên mức khá cao. Điều này chứng tỏ bên cạnh sức khỏe tinh thần, việc hồi phục sức khỏe và các bệnh lí nhịp tim cải thiện đã đem lại CLCS cho người bệnh tốt hơn rất nhiều.

## V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống theo thang điểm AQUAREL và SF-12 sau cấy máy 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng cho thấy sự cải thiện về đa số các khía cạnh ngoại trừ khía cạnh sức khỏe tinh thần. Nhìn chung cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị rối loạn nhịp chậm cho thấy hiệu quả sớm trong cải thiện chất lượng cuộc sống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hùng, Trần Song Giang và cộng sự. "Thực trạng cấy máy tạo nhịp 1 buồng và 2 buồng tim trong điều trị nhịp chậm tại Viện tim

mạch Việt Nam". Tạp chí tim mạch học Việt Nam số 65, 64-69 tạo nhịp tim. Luận văn tiến sĩ Y khoa: Học viện quân Y 103.2005.

2. Trương Đắc Cường. Nghiên cứu sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp chậm trước và sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. Đề tài tốt nghiệp Trường đại học Y Hà Nội năm 2014.
3. Đỗ Thị Diệu Linh (2015), Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp tim sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn năm 2015. Đề tài tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, trường Đại học Thăng Long.
4. Mond HG, Proclemer A (2011). "the 11th world survey of cardiac pacing and implantable cardioverter – defibrillators: calendar year 2009 – a World society of Arrhythmia's project". Pacing Clin Electrophysiol, 34(8), 1013 – 1027.
5. Fleischmann K.E, Orav E.J, Lamas G.A, et al (2006). "Pacemaker implantation and quality of life in the Mode Selection Trial (MOST)". Heart rhythm, 3(6), 653 – 659.
6. Barros R T d, Carvalho S M R d, Silva M A d M, et al (2014). "Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation". Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 29 (1), 37-44.
7. Udo E.O, van Hemel N M, Zuithoff N P, et al (2013). "Long term quality – of – life in patients with bradycardia pacemaker implantation". Internationnal Journal of cardiology, 168 (3), 2159 – 2163.
8. Stofmeel M.A, Post W, Kelder JC, et al (2001). "Changes in quality – of – life after pacemaker implantation: Responsiveness of the Aquarel questionnaire". Pacing and Clinical Electrophysiology, 24 (3), 288

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA NEOSTIGMIN VÀ ATROPIN ĐỂ ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG HOẶC GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG SẢN KHOA

Lương Thị Hoài Khanh<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Ánh<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Lam<sup>3</sup>

## TÓM TẮT<sup>23</sup>

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của Neostigmin và Atropin để điều trị đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng trong sản khoa. 60 sản phụ đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng, đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phân bố ngẫu nhiên để điều trị bằng Neostigmin 20mcg/kg và Atropin 10mcg/kg hoặc Paracetamol 1g. Kết quả cho thấy điểm VAS trung bình khi bệnh nhân ngồi thẳng 15 phút khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p < 0,05$ ) ở các thời điểm sau tiêm thuốc 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 36 giờ, 48 giờ, 72 giờ. Nhóm Neostigmin + Atropin không có bệnh nhân nào cần làm thủ thuật vá máu ngoài màng cứng trong khi nhóm Paracetamol có 6 bệnh nhân ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** đau đầu sau gây tê tủy sống, đau đầu sau gây tê ngoài màng cứng, Neostigmin, Atropin).

**Từ khóa:** đau đầu sau gây tê tủy sống, đau đầu sau gây tê ngoài màng cứng, Neostigmin, Atropin).

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF NEOSTIGMINE AND ATROPINE FOR THE TREATMENT OF HEADACHE AFTER SPINAL OR EPIDURAL ANAESTHESIA IN OBSTETRIC

The objective: To evaluate the efficacy of Neostigmine and Atropine for the treatment of headache after spinal or epidural anaesthesia in obstetrics. Sixty women having headache after spinal or epidural anaesthesia, eligible for research, were randomly selected to receive treatment with Neostigmine 20mcg/kg + Atropine 10mcg/kg or

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản nhi Nghệ An,

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội,

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hoài Khanh

Email: luonghoaikhanh.bschn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2021

Ngày duyệt bài: 3.9.2021

Paracetamol 1g. The results showed that the average VAS Score when the patient sat upright for 15 minutes is statistically significant different between the 2 groups ( $p < 0.05$ ) at the time of injection 6 hours, 12 hours, 24 hours, 36 hours, 48 hours, 72 hours after injection. In the Neostigmine and Atropine group, no patient needed an epidural blood patch while in the Paracetamol group there were 6 patients ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** headache after spinal anesthesia, epidural anesthesia, Neostigmine, Atropine).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống (GTTS) và gây tê ngoài màng cứng (GT NMC) ngày càng được hoàn thiện và áp dụng rộng rãi, hiệu quả trong sản khoa. Trong đó, gây tê tủy sống sử dụng để vô cảm trong mổ lấy thai còn gây tê ngoài màng cứng lại được sử dụng để giảm đau trong chuyển dạ và giảm đau sau mổ lấy thai. Đau đầu là một trong những biến chứng khá hay gặp của GTTS và GT NMC với tỷ lệ thay đổi từ 1,6 đến 30%. Đau đầu gây hạn chế trong việc chăm sóc sơ sinh, kéo dài thời gian nằm viện, có thể tiến triển thành đau đầu mãn tính và có thể gây ra trầm cảm sau sinh. [1] Do đó, xử trí đau đầu sau gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng ngày càng được quan tâm nghiên cứu nhiều hơn. Đau đầu sau gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng là do kim gây tê chọc thủng màng cứng và màng nhện gây thoát dịch não tủy ra khoang ngoài màng cứng làm giảm áp lực dịch não tủy gây mất cân bằng giữa áp lực động mạch và áp lực nội sọ dẫn đến tăng áp lực tưới máu do đó gây phù não. [2], [3] Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đau đầu sau GTTS hoặc GTNMC [2], [3], [4], đặc biệt, các nghiên cứu gần đây cho thấy Neostigmin phối hợp Atropin [5] cho hiệu quả rất tốt. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả điều trị đau đầu sau GTTS hoặc GT NMC của hai thuốc này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của Neostigmin+Atropin để điều trị đau đầu sau GTTS hoặc GT NMC trong sản khoa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sản phụ tuổi 20 – 40, ASA II, đồng ý tham gia nghiên cứu này, được chẩn đoán đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng theo tiêu chí của Hiệp hội đau đầu Quốc tế, VAS  $\geq 4$ .

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ đau đầu sau GTTS và GT NMC nhưng điểm VAS  $< 4$ , tiền sử đau đầu mãn tính, đau nửa đầu, co giật, tai biến mạch máu não, có dấu hiệu màng não, tiền sản giật, sản giật, mắc bệnh lý thần kinh trước đó,

chảy máu nghiêm trọng  $\geq 20\%$  thể tích máu, trải qua điều trị với thuốc vận mạch, hen phế quản, rối loạn nhịp tim, bệnh tim mạch, bệnh nhân có biến chứng phẫu thuật, bất kì chống chỉ định của thuốc.

### 2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Khoa sản thường, khoa sản bệnh, khoa đẻ tự nguyện, khoa mổ tự nguyện, Bệnh viện phụ sản Hà Nội, từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021.

Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân chia đều làm 2 nhóm, nhóm N điều trị bằng Neostigmin+Atropin, nhóm P điều trị bằng Paracetamol.

Chọn mẫu: Chọn mẫu bằng bốc thăm ngẫu nhiên. Nhóm N, 30 bệnh nhân, sử dụng 20 mcg/kg Neostigmin và 10 mcg/kg Atropin trong 20ml dung dịch muối 0,9%. Nhóm P, 30 bệnh nhân, sử dụng Paracetamol 1g truyền tĩnh mạch.

**Các bước tiến hành:** Với tất cả bệnh nhân nghiên cứu, tiến hành điều trị nền: Tư thế nằm ngửa, truyền dịch liên tục 30ml/kg/ngày dung dịch Ringerlaclat, tốc độ 60 giọt/phút.

Nhóm N: Tiêm tĩnh mạch chậm 20 mcg/kg Neostigmin và 10 mcg/kg Atropin trong 20ml dung dịch muối 0,9% trong 5 phút mỗi 8 giờ cho đến khi VAS  $\leq 3$ .

Nhóm P: Truyền Paracetamol 1g trong 15 phút mỗi 8 giờ cho đến khi VAS  $\leq 3$ .

Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị trong vòng 48 giờ, có thể được điều trị bằng thủ thuật vá máu ngoài màng cứng.

**Các tiêu chí đánh giá:** tuổi, BMI, thời gian khởi phát đau đầu, tỷ lệ đau cổ gáy trước điều trị, nôn và buồn nôn trước điều trị. Các tiêu chí đánh giá hiệu quả của Neostigmin+Atropin để điều trị đau đầu sau GTTS hoặc GT NMC trong sản khoa: Điểm VAS sau khi bệnh nhân ngồi thẳng 15 phút, cần vá máu ngoài màng cứng, đau cổ gáy sau điều trị 48 giờ, nôn và buồn nôn sau điều trị 48 giờ, số ngày nằm viện, độ hài lòng của bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Tuổi, BMI, thời gian khởi phát đau đầu

**Bảng 1. Tuổi, BMI, thời gian khởi phát đau đầu**

Đặc điểm	Nhóm	N (n <sub>1</sub> =30)	P (n <sub>2</sub> =30)	P
Tuổi		28,77 $\pm$ 4,05	30,50 $\pm$ 4,31	>0,05

BMI	$\bar{X} \pm SD$	24,25 ± 1,70	23,92 ± 1,50	>0,05
Thời gian khởi phát đau đầu	$\bar{X} \pm SD$	2,27 ± 0,45	2,17 ± 0,38	>0,05

**Nhận xét:** Sự khác biệt về các chỉ số tuổi, BMI, thời gian khởi phát đau đầu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Đau cổ gáy, nôn và buồn nôn trước điều trị

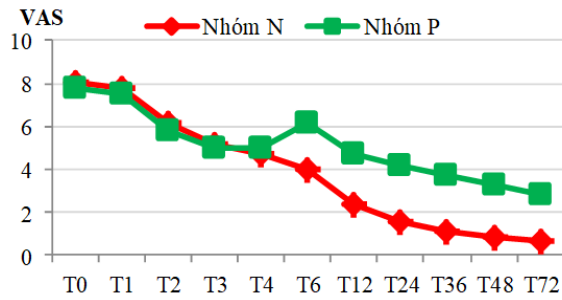
**Bảng 2. Tỷ lệ đau cổ gáy, nôn và buồn nôn trước điều trị**

Đặc điểm	Nhóm	N (n <sub>1</sub> =30)	P (n <sub>2</sub> =30)	p
Đau cổ gáy	%	33,3	43,3	>0,05
Nôn và buồn nôn	%	26,7	20,0	>0,05

**Nhận xét:** Sự khác biệt về các chỉ số đau cổ gáy, nôn và buồn nôn giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

**2. Hiệu quả giảm đau:**

Điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu:



**Biểu đồ 1. Điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu**

**Nhận xét:** Điểm VAS trung bình khi bệnh nhân ngồi thẳng 15 phút khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p < 0,05) ở các thời điểm sau tiêm 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 36 giờ, 48 giờ, 72 giờ. Điểm VAS trung bình khi bệnh nhân ngồi thẳng 15 phút ở nhóm N đạt giá trị ≤ 3 ở thời điểm 12 giờ sau tiêm, sớm hơn so với ở nhóm P là 48 giờ sau tiêm.

Tỷ lệ bệnh nhân cần vá máu ngoài màng cứng sau 48 giờ: Ở nhóm N, không có bệnh nhân nào cần làm thủ thuật vá máu ngoài màng cứng. Ở nhóm P, có 6 bệnh nhân cần làm thủ thuật vá máu ngoài màng cứng, chiếm tỷ lệ 20%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Đau cổ gáy, nôn và buồn nôn sau điều trị 48 giờ

**Bảng 3. Tỷ lệ đau cổ gáy, nôn và buồn nôn sau điều trị 48 giờ**

Đặc điểm	Nhóm	N (n <sub>1</sub> =30)	P (n <sub>2</sub> =30)	p
----------	------	------------------------	------------------------	---

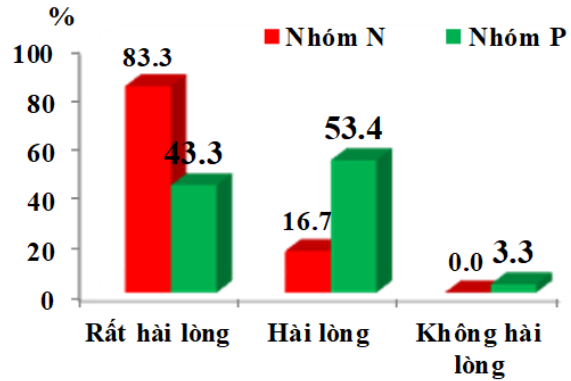
Đau cổ gáy	%	20,0	16,7	>0,05
Nôn và buồn nôn	%	3,3	10,0	>0,05

**Nhận xét:** Sự khác biệt về các chỉ số đau cổ gáy, nôn và buồn nôn sau điều trị 48 giờ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Số liều Neostigmin+Atropin cần để điều trị: Trong nhóm N, không có bệnh nhân nào cần nhiều hơn 2 liều Neostigmin+Atropin để đạt được hiệu quả giảm đau mong muốn. Đa số bệnh nhân cần 2 liều Neostigmin+Atropin (24 bệnh nhân cần 2 liều điều trị chiếm 80%, 6 bệnh nhân cần 1 liều điều trị chiếm 20%).

Số ngày nằm viện: Nhóm N là 3,90 ± 0,92 ngày, nhóm P là 4,47 ± 0,78 ngày, khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05.

**Độ hài lòng của bệnh nhân**



**Biểu đồ 2. Độ hài lòng của bệnh nhân**

**Nhận xét:** Sự khác biệt về mức độ hài lòng giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 60 sản phụ có độ tuổi từ 21 đến 40 và không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu. Đây là độ tuổi sinh đẻ của phụ nữ. Tuổi trẻ, nữ, mang thai được xem là yếu tố nguy cơ chính của đau đầu sau thủng màng cứng. [6], [7] Hai nhóm có BMI trung bình tương đương nhau. Tất cả bệnh nhân đều khởi phát đau đầu ở ngày 2 hoặc 3 sau gây tê, phù hợp với các nghiên cứu về đau đầu sau thủng màng cứng đã công bố. [6], [8], [9] Điểm VAS trung bình của nhóm Neostigmin + Atropin thấp hơn đáng kể so với nhóm Paracetamol ở các thời điểm: sau điều trị 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 36 giờ, 48 giờ, 72 giờ, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Abdelaal Ahmed Mahmoud và cộng sự. [5] Điểm VAS trung bình ở nhóm Neostigmin + Atropin trong nghiên cứu của Abdelaal Ahmed Mahmoud ≤3 ở thời điểm 06 giờ sau tiêm sớm

hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (12 giờ sau tiêm). Có thể do điều trị nền trong hai nghiên cứu khác nhau: Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chỉ được điều trị nền bằng tư thế nằm ngửa, truyền dịch liên tục 30ml/kg/ngày dung dịch Ringerlaclat. Trong nghiên cứu của Abdelaal Ahmed Mahmoud và cộng sự cả hai nhóm đều được điều trị nền bằng tư thế nằm ngửa, truyền liên tục 30ml/kg/ngày dung dịch Ringer lactat, 1g paracetamol, 135mg caffeine/6 giờ, thuốc đạn Ketoprofen (100 mg) hai lần mỗi ngày trong 5 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả kiểm soát đau đầu của Neostigmin+Atropin tốt hơn nhiều so với Paracetamol.

Không có bệnh nhân nào nhóm N cần làm thủ thuật vá máu ngoài màng cứng, trong khi nhóm P có 6 bệnh nhân (20%),  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Abdelaal Ahmed Mahmoud: Neostigmin+Atropin sẽ làm giảm tỷ lệ phải thực hiện thủ thuật vá máu ngoài màng cứng. Thủ thuật vá máu ngoài màng cứng ở 6 bệnh nhân nhóm P đều diễn ra an toàn, thuận lợi, đạt được hiệu quả sau thực hiện lần đầu, phù hợp với kết quả nghiên cứu về thủ thuật vá máu ngoài màng cứng của Taivainen T., Pitkänen M., Tuominen M. và cộng sự [10]. Vá máu ngoài màng cứng là phương pháp điều trị có tỷ lệ thành công khá cao nhưng là phương pháp điều trị xâm lấn và có những nguy cơ cho người bệnh, vì vậy nên được sử dụng làm phương pháp điều trị sau cùng. Neostigmin, Atropin là các thuốc thường được sử dụng trong gây mê hồi sức là phương pháp điều trị bảo tồn đơn giản, mang lại hiệu quả khá tốt theo nghiên cứu của chúng tôi, do đó, có thể được sử dụng để điều trị đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng.

Khi dùng liều 20 mcg/kg Neostigmin và 10 mcg/kg Atropin để điều trị đau đầu sau gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng, không làm gia tăng tỷ lệ nôn, buồn nôn sau điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân đau cổ gáy, nôn, buồn nôn sau điều trị 48 giờ ở 2 nhóm giảm so với trước điều trị, sự khác biệt ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Không có bệnh nhân nào cần nhiều hơn 2 liều Neostigmin + Atropin để đạt được hiệu quả giảm đau mong muốn. Các kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Abdelaal Ahmed Mahmoud và cộng sự.

Tình trạng đau đầu được kiểm soát chậm hơn làm cho số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân nhóm P kéo dài hơn nhóm N. Mức độ hài lòng phụ thuộc vào hiệu quả giảm đau của

phương pháp điều trị cũng như các tác dụng không mong muốn. Sự khác biệt về chỉ số ngày nằm viện và độ hài lòng giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Việc chịu đựng cơn đau đầu kéo dài, khó khăn trong việc cho con bú và phải tốn kinh phí mua thêm 1 bộ catheter ngoài màng cứng cũng như phải chịu thêm một thủ thuật xâm lấn, nằm viện lâu hơn là các yếu tố chính tác động đến tỷ lệ mức độ hài lòng của các bệnh nhân thuộc nhóm P.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng những sản phụ đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng được điều trị bằng Neostigmin+Atropin có hiệu quả làm giảm đáng kể điểm VAS khi ngồi thẳng 15 phút, tránh phải thực hiện thủ thuật vá máu ngoài màng cứng, giảm số ngày nằm viện và độ hài lòng cao hơn so với nhóm điều trị bằng Paracetamol.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guglielminotti J., Landau R., và Li G. (2019).** Major Neurologic Complications Associated With Postdural Puncture Headache in Obstetrics: A Retrospective Cohort Study. *Anesth Analg*, **129**(5), 1328–1336.
- Ghaleb A. (2010).** Postdural puncture headache. *Anesthesiol Res Pract*, **2010**, 102967.
- Kwak K.-H. (2017).** Postdural puncture headache. *Korean J Anesthesiol*, **70**(2), 136–143.
- Plewa M.C. và McAllister R.K. (2021).** Postdural Puncture Headache. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
- Abdelaal Ahmed Mahmoud A., Mansour A.Z., Yassin H.M. và cộng sự. (2018).** Addition of Neostigmine and Atropine to Conventional Management of Postdural Puncture Headache: A Randomized Controlled Trial. *Anesth Analg*, **127**(6), 1434–1439.
- Amorim J.A., Gomes de Barros M.V., và Valença M.M. (2012).** Post-dural (post-lumbar) puncture headache: risk factors and clinical features. *Cephalalgia Int J Headache*, **32**(12), 916–923.
- L'ubuský M., Berta E., Procházka M. và cộng sự. (2006).** [Development of incidence of post-dural puncture headache in patients undergoing caesarean section in spinal anaesthesia at the Department of Obstetrics and Gynecology in Olomouc during 2003-2004]. *Cas Lek Cesk*, **145**(3), 204–208.
- Imarengiaye C. và Ekwere I. (2006).** Postdural puncture headache: a cross-sectional study of incidence and severity in a new obstetric anaesthesia unit. *Afr J Med Med Sci*, **35**(1), 47–51.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (2004).** The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia Int J Headache*, **24 Suppl 1**, 9–160.