

- Comparison of laparoscopic versus open approach to gastrostomy tubes. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. Jan-Mar 2014; 18(1):28-33. doi:10.4293/108680813X13693422520927
2. **Ponsky JL.** Percutaneous endoscopic gastrostomy: after 40 years. *Gastrointestinal endoscopy*. May 2021;93(5):1086-1087. doi:10.1016/j.gie.2020.09.036
 3. **Yasin JT, Schuchardt PA, Atkins N, et al.** CT-guided gastrostomy tube placement-a single center case series. *Diagnostic and interventional radiology*. Sep 2020;26(5):464-469. doi:10.5152/dir.2020.19471
 4. **Sayadi Shahraki M, Berjis N, Bighamian A, Mahmoudieh M, Shahabi Shahriri S, Sheikhabaei E.** Minimally invasive technique for gastrostomy tube insertion: A novel laparoscopic approach. *Asian journal of endoscopic surgery*. Oct 2020;13(4):610-613. doi:10.1111/ases.12780
 5. **Hsieh JS, Wu CF, Chen FM, Wang JY, Huang TJ.** Laparoscopic Witzel gastrostomy--a reappraised technique. *Surgical endoscopy*. May 2007;21(5):793-7. doi:10.1007/s00464-006-9018-6
 6. **Tanaka T, Ueda T, Yokoyama T, et al.** Laparoscopic Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Is Useful for Elderly. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. Apr-Jun 2019;23(2)doi:10.4293/JSLs.2019.00011
 7. **Lotti M, Carrara G, Lovece A, Giulii Capponi M.** Laparoscopic tubularized continent gastrostomy: an alternative to tube gastrostomies. *Updates in surgery*. Sep 2020; 72(3):901-905. doi:10.1007/s13304-020-00795-6
 8. **Tebala GD, Bond-Smith G.** Laparoscopic tubularized gastrostomy: a valid alternative to percutaneous endoscopic gastrostomy. *Updates in surgery*. Apr 2021;73(2):779-780. doi:10.1007/s13304-020-00849-9
 9. **Mahawongkajit P, Techagumpuch A, Limpavitayaporn P, et al.** Comparison of Introducer Percutaneous Endoscopic Gastrostomy with Open Gastrostomy in Advanced Esophageal Cancer Patients. *Dysphagia*. Feb 2020;35(1):117-120. doi:10.1007/s00455-019-10017-w
 10. **Fabbi M, Hagens ERC, van Berge Henegouwen MI, Gisbertz SS.** Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: definitions, diagnostics, and treatment. *Diseases of the esophagus : official journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*. Jan 11 2021; 34(1)doi: 10.1093/dote/daaa039

NHẬN XÉT MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA NEOSTIGMIN PHỐI HỢP ATROPIN ĐỂ ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG HOẶC GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG SẢN KHOA

Nguyễn Đức Lam¹, Lương Thị Hoài Khanh², Bùi Minh Hồng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số tác dụng không mong muốn khi sử dụng Neostigmin phối hợp 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 đau quặn bụng, co cơ kiểu chuột rút xảy ra ở nhóm Neostigmin phối hợp Atropin với tỷ lệ lần lượt là 33,3%(p<0,05); 13,3% (p>0,05), các tác dụng không mong muốn này xảy ra thoáng qua, tự khỏi. Nhịp tim của các bệnh nhân trong 2 nhóm nghiên cứu của chúng tôi tại các thời điểm nghiên cứu đều trong giới hạn bình thường, không có bệnh nhân nào bị rối loạn nhịp tim.

Từ khóa: Đau đầu sau gây tê tủy sống, gây tê

ngoài màng cứng, Neostigmin, Atropin

SUMMARY

THE SIDE EFFECTS OF NEOSTIGMINE AND ATROPINE FOR TREATMENT OF HEADACHE AFTER SPINAL ANAESTHESIA OR EPIDURAL ANAESTHESIA IN OBSTETRICS

The objective: To evaluate some side effects 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 Paracetamol 1g. The results showed that abdominal cramps, muscle twitches occurred only in the group of Neostigmine+Atropine with the rate of 33.3% (p<0.05), 13.3% (p>0.05) respectively, these side effects occurred transient and cured themselves. The heart rate of the patients in our 2 study groups at all times were within the normal range, no patients had arrhythmias.

Keywords: headache, spinal anesthesia, epidural anesthesia, Neostigmine, Atropine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống (GTTS) và gây tê ngoài

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

màng cứng (GT NMC) ngày càng được hoàn thiện và áp dụng rộng rãi, hiệu quả trong sản khoa do các ưu điểm vượt trội so với gây mê toàn thân. Tuy nhiên, các phương pháp gây tê này cũng có thể có một số tác dụng không mong muốn, biến chứng. Đau đầu là một trong những biến chứng khá hay gặp của hai phương pháp này 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 tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá một số tác dụng không mong muốn khi sử dụng Neostigmin phối hợp Atropin để điều trị đau đầu sau GTTS hoặc GT NMC trong sản khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sản phụ tuổi 20 – 40, ASA II, đồng ý tham gia nghiên cứu, 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, có chống chỉ định hoặc dị ứng với thuốc dung trong nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

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

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tại 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 bằng nhau, nhóm N điều trị bằng tiêm tĩnh

mạch Neostigmin và Atropin, nhóm P điều trị bằng truyền tĩnh mạch Paracetamol.

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 cân nhắc chỉ định điều trị bằng thủ thuật vá máu ngoài màng cứng.

Các tiêu chí đánh giá: Các tiêu chí chung gồm: Tuổi, BMI, thời gian khởi phát đau đầu. Các tiêu chí đánh giá một số tác dụng không mong muốn khi sử dụng Neostigmin+Atropin như: Đau quặn bụng, co cơ kiểu chuột rút, tăng động bàng quang, tiểu chảy, co thắt phế quản (khó thở), nôn, buồn nôn xuất hiện mới hoặc nặng lên ngay sau tiêm, thay đổi tần số tim ngay sau tiêm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. 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 ₁ = 30)	P (n ₂ =30)	P
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$	28,77 \pm 4,05	30,50 \pm 4,31	>0,05
BMI	$\bar{X} \pm SD$	24,25 \pm 1,70	23,92 \pm 1,50	>0,05
Thời gian khởi phát đau đầu	$\bar{X} \pm SD$	2,27 \pm 0,45	2,17 \pm 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.

3.2. Tác dụng không mong muốn

Tỷ lệ bệnh nhân bị đau quặn bụng

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân bị đau quặn bụng

Đau quặn bụng	Nhóm	N (n ₁ =30)	P (n ₂ =30)	P
Có	%	33,3	0	< 0,05
Không	%	66,7	100	
Tổng	%	100	100	

Nhận xét: Chỉ có nhóm N có 33,3% bệnh nhân bị đau quặn bụng sau tiêm thuốc. Sự khác biệt về chỉ số đau quặn bụng giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Tỷ lệ bệnh nhân bị co cơ kiểu chuột rút

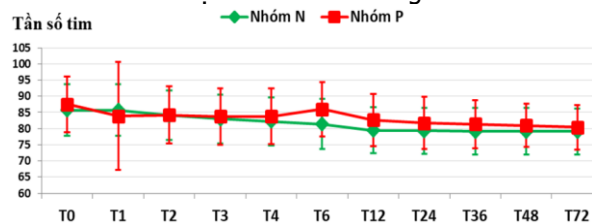
Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân bị co cơ kiểu

chuột rút

Co cơ kiểu chuột rút	Nhóm		P	p
		N (n ₁ =30)		
Có	%	13,3	0	>0,05
Không	%	86,7	100	
Tổng	%	100	100	

Nhận xét: Chỉ có nhóm N có bệnh nhân bị co cơ kiểu chuột rút sau tiêm thuốc với (13,3%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm về chỉ số này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tần số tim tại các thời điểm nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tần số tim (lần/phút) tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Tần số tim của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm N và nhóm P tại tất cả các thời điểm đánh giá đều trong giới hạn bình thường (nhịp tim cao nhất là 105 lần/phút và thấp nhất là 70 lần/phút). Không gặp trường hợp nào bị rối loạn nhịp tim.

Các tác dụng không mong muốn khác

Không có bệnh nhân nào ở 2 nhóm gặp các tình trạng tăng động bàng quang hay tiêu chảy, co thắt phế quản, nôn và buồn nôn xuất hiện mới hoặc nặng lên ngay sau tiêm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về đặc điểm chung của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu (tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI...). Tuy nhiên, tuổi trẻ, nữ, mang thai được xem là yếu tố nguy cơ chính của đau đầu sau thủng màng cứng. [6], [7] 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].

Các tác dụng không mong muốn ghi nhận trên lâm sàng của Neostigmin và Atropin chủ yếu là tác dụng trên hệ Cholinergic của Neostigmin. Để giảm thiểu tác dụng phụ của Neostigmin, việc bổ sung Atropin là cần thiết. Mặt khác, pha loãng thuốc trong 20ml nước muối sinh lý và dùng chậm trong 5 phút cũng có thể làm giảm sự xuất hiện của các tác dụng không mong muốn của hai thuốc này.

Neostigmin là một Anticholinesterase bậc bốn làm tăng nồng độ Acetylcholin. Acetylcholin

có tác dụng kích thích trực tiếp lên cả hệ M và hệ N. Tuy nhiên, trên hệ M tác dụng của nó chiếm ưu thế hơn, do đó cường phó giao cảm là tác dụng chính của Acetylcholin. Biểu hiện trên tuần hoàn: Acetylcholin làm giảm hoạt động của tim với các biểu hiện giảm nhịp tim, giảm sức co bóp của tim, giảm dẫn truyền và giảm tính hưng phấn. Đồng thời nó còn gây giãn mạch và hạ huyết áp. Do đó, thuốc có thể gây nên tình trạng nguy hiểm cho các bệnh nhân có nhịp tim chậm. Trên cơ trơn: Acetylcholin kích thích làm tăng hoạt động của cơ trơn. Khi dùng với liều thấp, thuốc làm tăng co bóp cơ trơn tiêu hóa, tiết niệu, đường mật, hô hấp, từ đó có ý nghĩa trong phục hồi chức năng của cơ trơn khi bị liệt. Tuy nhiên, khi sử dụng với liều cao, thuốc gây co thắt cơ trơn mạnh gây nên tình trạng khó thở, đau quặn bụng, nôn và buồn nôn, tiêu chảy, tăng động bàng quang. Do đó, thuốc chống chỉ định cho những bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiêu hóa và tiết niệu, không lựa chọn những bệnh nhân hen phế quản, tắc nghẽn cơ học đường tiêu hóa và tiết niệu vào nghiên cứu. Khi dùng liều cao và trên người đã dùng Atropin để phong bế hệ M, Acetylcholin gây kích thích hệ N ở các hạch giao cảm, phó giao cảm và tủy thượng thận gây tác dụng giống như cường giao cảm. Kích thích hệ N ở bản vận động cơ xương gây tăng co cơ, trên lâm sàng biểu hiện tình trạng co cơ kiểu chuột rút. Do đó, chúng tôi không lựa chọn những bệnh nhân có bệnh Parkinson vào nghiên cứu.

Trong phân tích tổng hợp về Neostigmin trong điều trị tắc nghẽn đại tràng của Valle RGL, Godoy FL [10], cho thấy: Neostigmin là một lựa chọn an toàn và hiệu quả nhưng có 1 số tác dụng phụ đau bụng (53,1% bệnh nhân), tăng tiết nước bọt quá mức (31,1% bệnh nhân) và nôn (15,6%). Nhịp tim chậm, tác dụng phụ đáng sợ nhất, chỉ xảy ra ở thiểu số bệnh nhân (khoảng 6,5%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân bị đau quặn bụng sau tiêm thuốc ở nhóm Neostigmin phối hợp Atropin thấp hơn hẳn với 33,3%, không gặp nhịp tim chậm, không gây xuất hiện mới hoặc trầm trọng thêm tình trạng nôn và buồn nôn cũng như không gặp các tác dụng phụ khác như trong nghiên cứu của các tác giả trên. Điều này chứng tỏ việc bổ sung Atropin có thể giảm thiểu tác dụng phụ Cholinergic của Neostigmin.

Trong nghiên cứu của Abdelaal Ahmed Mahmoud A và cộng sự[5]: Tỷ lệ đau quặn bụng là 19,5%, co cơ kiểu chuột rút là 14,6; tăng động bàng quang là 12,2% ở nhóm

Néotigmin. Sự xuất hiện của tiêu chảy, co thắt phế quản là tương đương nhau với nhóm paracetamol. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân bị đau quặn bụng sau tiêm thuốc cao hơn (33,3%), tỷ lệ bệnh nhân bị co cơ kiểu chuột rút sau tiêm thuốc thấp hơn (13,3%) so với nghiên cứu của tác giả này. Các tác dụng không mong muốn này đều xảy ra thoáng qua và tự khỏi. Không gặp các tình trạng tăng động bàng quang, co thắt phế quản, tiêu chảy, thay đổi nhịp tim, nôn và buồn nôn xuất hiện mới hoặc nặng lên ngay sau tiêm. Việc tiêm thuốc của chúng tôi thực hiện bằng tay, do đó không đảm bảo được tốc độ tiêm đều, liên tục cũng như thời gian tiêm đủ chậm như khi dùng bơm tiêm điện, có thể do vậy mà tỷ lệ bệnh nhân bị đau quặn bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

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 gặp một số tác dụng không mong muốn như đau quặn bụng (33,3%; $p < 0,05$), co cơ kiểu chuột rút (13,3%; $p > 0,05$), các tác dụng không mong muốn này xảy ra thoáng qua, tự khỏi. Cả hai nhóm không gặp các tác dụng không mong muốn khác như: Rối loạn nhịp tim, tăng động bàng quang, tiêu chảy, co thắt phế quản, nôn và buồn nôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guglielminotti J., Landau R., và Li G.** (2019). Major Neurologic Complications Associated With

2. **Ghaleb A.** (2010). Postdural puncture headache. *Anesthesiol Res Pract*, 2010, 102967.
3. **Kwak K.-H.** (2017). Postdural puncture headache. *Korean J Anesthesiol*, 70(2), 136–143.
4. **Plewa M.C. và McAllister R.K.** (2021). Postdural Puncture Headache. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **Valle RGL, Godoy FL.** Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. *Ann Med Surg*. 2014;3(3):60-64.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CHẬU ĐÙI MẠN TÍNH CÓ THIẾU MÁU CHI TRẦM TRỌNG

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Hữu Tường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch chi dưới mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng mang lại một gánh nặng rất lớn đến y tế, bao gồm tỉ lệ tử vong và tỉ lệ tàn phế do cắt cụt chi cao. Đối với tổn thương phối hợp hai tầng động mạch chậu đùi thì phương pháp điều trị kinh điển là phẫu thuật làm cầu nối. Can thiệp nội mạch đang là xu hướng mới điều trị bệnh lý này. **Mục**

tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị hẹp động mạch chậu đùi mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca các bệnh nhân hẹp động mạch chậu đùi mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng, được điều trị can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2016 – 02/2020. **Kết quả:** 43 bệnh nhân (45 chi can thiệp) có tuổi trung bình 71.4 ± 10.9 , nam giới chiếm đa số, 100% có thiếu máu chi trầm trọng, tổn thương TASC C,D chiếm 77.8% ở tầng chậu và 82.2% ở tầng đùi. Tỉ lệ thành công về kỹ thuật là 93.3%, tỉ lệ biến chứng là 11.1%. Theo dõi sau 1 năm, tỉ lệ cải thiện về mặt lâm sàng 94.7%, thành công về mặt huyết động 89.5%, tỉ lệ sống còn 92.5%, tỉ lệ bảo tồn chi 97.6%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị hẹp động mạch chậu đùi

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023