

V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ sọ não 3 Tesla là công cụ quan trọng, cần thiết trong chẩn đoán động kinh thùy thái dương. MRI sọ não giúp lượng giá trước phẫu thuật những bệnh nhân động kinh thùy thái dương có những thương tổn não cần phẫu thuật.

KHUYẾN NGHỊ

Với sự phát triển không ngừng của khoa học kỹ thuật hiện đại ứng dụng vào y học, cộng hưởng từ 3T đã chứng minh vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh thần kinh, đặc biệt là bản chất, vị trí tổn thương trong động kinh thùy thái dương. Do vậy, để người bệnh được điều trị tốt nhất, thầy thuốc ngoại thần kinh nên cần nhắc cho người bệnh động kinh thùy thái dương chụp cộng hưởng từ 3T giúp xác định nguyên nhân gây bệnh, từ đó có phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

Các từ viết tắt

DNET: Dysembryoplastic Neuroepithelial Tumor

MRI: Magnetic Resonance Imaging

WHO: World Health Organization; 3T: 3 Tesla

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bartoli A., Vulliemoz S., Haller S., Schaller K., and Seeck M. (2012),** "Imaging techniques for presurgical evaluation of temporal lobe epilepsy", *Imaging Medicine*, Volume 4(4), pp. 443-459.
2. **Casciato S., Picardi A., D'Aniello A., et al (2017),** "Temporal pole abnormalities detected by 3 T MRI in temporal lobe epilepsy due to hippocampal sclerosis: No influence on seizure outcome after surgery", *Seizure*, Volume 48, p. 74-78.
3. **Ercan K., Gunbey H. P., Bilir E., Zan E., and Arslan H. (2016),** "Comparative lateralizing ability of multimodality MRI in temporal lobe epilepsy", *Hindawi publishing corporation*, Volume 2016, Article ID 5923243, 9 pages.
4. **Liao C., Wang K., Cao X., et al (2018),** "Detection of lesions in mesial temporal lobe epilepsy by using MR fingerprinting. Original research", *Radiology* 2018; 288, pp. 804-812.
5. **Võ Văn Nho, Võ Tân Sơn (2013),** "Động Kinh", *Phẫu thuật thần kinh*, Nhà xuất bản Y Học, tr. 657-676.
6. **Võ Văn Nho, Võ Tân Sơn (2013),** "Ứng dụng cộng hưởng từ cao cấp trong u não", *Phẫu thuật thần kinh*, Nhà xuất bản Y Học, tr. 695-724.
7. **Wiebe S., Blume W. T., Girvin J. P., Eliasziw M. (2001),** "Effective and efficiency of surgery for temporal lobe epilepsy study group", *N Eng J Med*; 345(5), pp. 311-31

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN DO DÙNG NICARDIPIN ĐỂ KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TIỀN SẢN GIẬT GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN MỔ LẤY THAI

Bạch Minh Thu*, Công Quyết Thắng**, Lưu Quang Thùy***

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các biến chứng và một số tác dụng không mong muốn của nhóm can thiệp tiêm Nicardipin trước khi đặt nội khí quản và nhóm không can thiệp để kiểm soát huyết áp trong nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng có đối chứng trên bệnh nhân tiền sản giật có tăng huyết áp độ 2 có chỉ định gây mê nội khí quản để lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản trung ương từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2019. **Kết quả nghiên cứu:** Nhóm có can thiệp nicardipin mạch tăng từ 86.8 ± 7.6 lần/phút trước tiêm lên 102.7 ± 9.8 /phút tại thời điểm 1 phút sau tiêm Nicardipin (khoảng 18%) và tăng cao nhất lên tới 106.5 ± 10.0 lần/phút (khoảng 19%) lúc đặt NKQ, sau đó lại giảm xuống mức an toàn (dưới 100 lần/phút).

Các tác dụng không mong muốn khác như nôn và buồn nôn, đau đầu, thiếu niệu, chày máu... ở 2 nhóm là tương đương nhau. **Kết luận:** Sử dụng nicardipin có thể làm mạch nhanh hơn nhưng vẫn an toàn để dùng cho việc kiểm soát huyết áp ở những bệnh nhân tiền sản giật được gây mê nội khí quản để mổ lấy thai. Các tác dụng không mong muốn khác cũng như sự ảnh hưởng đến thai nhi khi dùng nicardipin ở 2 nhóm là như nhau

Từ khóa: Nicardipin, tiền sản giật (TSG), mổ lấy thai, Tác dụng không mong muốn

SUMMARY

EVALUATE THE COMPLICATIONS AND SIDE EFFECTS OF USING NICARDIPINE FOR BLOOD PRESSURE CONTROL IN GENERAL ANESTHESIA FOR PRE-ECLAMPSIA REQUIRED CESAREAN SECTION

Objectives: To compare the complications and some side effects of intervention group with nicardipine injection before tracheal intubation versus control group in blood pressure control. **Method:** Randomized controlled trial in pre-eclampsia patients with stage 2 hypertension having indication of

*Bệnh viện phụ sản Trung ương,

**Đại học Y Hà Nội,

***Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Minh Thu

Email: bachminhthu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 4.01.2021

Ngày duyệt bài: 14.01.2021

endotracheal intubation anesthesia for cesarean section in National Hospital for Obstetrics and Gynecology from April 2019 to September 2019. **Results:** Intervention group with nicardipine had increasing pulse rate from 86.8 ± 7.6 bpm to 102.7 ± 9.8 bpm at the time of 1 minute after injecting nicardipine (/phút tại thời điểm 1 phút sau tiêm Nicardipin (about 18%) and reached up to 106.5 ± 10.0 bpm (about 19%) at the time of intubation, then decreased to safety level (below 100 bpm). Other side effects such as nausea and vomiting, headaches, oliguria, hemorrhage... in 2 groups were the same. **Conclusions:** Using nicardipine could cause higher pulse rate but still be safe for controlling blood pressure in endotracheal intubation anesthesia for pre-eclampsia patients required cesarean section. The other complications as well as the effects on the fetus when using nicardipine were the same in 2 groups.

Key words: Nicardipine, pre-eclampsia, cesarean section, side effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là tình trạng bệnh lý do thai nghén gây ra, đây là một rối loạn nghiêm trọng thường biểu hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ, được xác định là có tăng huyết áp, protein niệu hoặc đi kèm theo phù và có thể kèm theo các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khác [1], [2]. Đối với các trường hợp TSG nặng mổ lấy thai là phương án thích hợp nhất. Một số trường hợp TSG bắt buộc phải gây mê NKQ để mổ lấy thai (Ví dụ: bệnh nhân hội chứng HELLP, rau bong non, rối loạn đông máu TSG nặng ...). Phản ứng tăng huyết áp đối với soi thanh quản và đặt nội khí quản được mô tả rõ rệt ở bệnh nhân mang thai TSG, với sự gia tăng áp lực động mạch hệ thống và áp lực lên mao mạch phổi. Nicardipin, một thuốc chẹn kênh canxi đã được sử dụng trong điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân TSG trong thời gian dài. Nó cũng đã được sử dụng để điều trị các đợt cấp tính của tăng huyết áp nghiêm trọng trong thai kỳ và chuyển dạ mà không gây ra bất kỳ tác dụng phụ bất lợi nào cho thai nhi [3]. Nicardipin đã được chứng minh để làm giảm các phản ứng tim mạch với nội soi thanh quản và đặt nội khí quản ở bệnh nhân bình thường [4]. Nhưng chúng ta cũng biết rằng nhóm thuốc chẹn kênh canxi có gây ra một số các tác dụng phụ đặc biệt làm mạch nhanh lên ở các sản phụ. Ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu đi sâu về vấn đề các tác dụng không mong muốn cũng như các biến chứng do sử dụng Nicardipin để kiểm soát huyết áp khi đặt NKQ ở bệnh nhân TSG mổ lấy thai. Chính vì vậy mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá một số biến chứng và tác dụng không mong muốn do dùng nicardipin để kiểm soát huyết áp*

ở bệnh nhân tiền sản giật gây mê nội khí quản mổ lấy thai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân TSG có tăng huyết áp độ 2 (theo phân loại tăng huyết áp của hội tim mạch và huyết áp Châu Âu ESC/ESH: HATT 160-179 mmHg và hoặc HATTr 100-109 mmHg) có chỉ định gây mê nội khí quản để mổ lấy thai tại khoa GMHS, Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Bệnh nhân bị loại trừ khỏi nghiên cứu khi bệnh nhân mắc các bệnh về tim mạch, bệnh basedow.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. Sắp xếp bệnh nhân theo thứ tự 1, 2, 3,... đến hết dựa trên thời gian bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai tại khoa GMHS, bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Chọn các bệnh nhân có số thứ tự lẻ như 1, 3, 5,... vào nhóm sử dụng Nicardipin trước khi đặt NKQ (nhóm can thiệp hay nhóm 2). Chọn các bệnh nhân có số thứ tự chẵn như 2, 4, 6,... vào nhóm không sử dụng Nicardipin trước khi đặt NKQ (nhóm đối chứng hay nhóm 1).

2.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện phụ sản trung ương

- Thời gian: từ 04/2019 đến 09/2019.

2.5 Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu nghiên cứu được ghi vào phiếu nghiên cứu và được xử lý tại Bộ môn Toán tin Trường Đại học Y Hà Nội theo chương trình STATA 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm nghiên cứu		p
	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)	
Tuổi (năm)	30,5 ± 6,4 (20 – 43)	30,2 ± 4,7 (20 – 40)	>0,05
Chiều cao (cm)	156,1 ± 6,2 (141 – 170)	154,5 ± 5,7 (140 – 170)	>0,05
Cân nặng khi mổ (kg)	67,4 ± 10,7 (49 – 99)	61,3 ± 9,5 (38 – 76)	>0,05
Chỉ số BMI khi mổ	27,6 ± 0,7 (26,3 – 29)	25,7 ± 0,7 (24,2 – 27,2)	>0,05
Tuổi thai (tuần)	32,7 ± 4,2 (23 – 40)	32,9 ± 3,7 (25 – 39)	>0,05
ASA (II/III)	13/17	15/15	>0,05
Con so/ con rạ	14/16	12/18	>0,05

Nhận xét: Hai nhóm gần như có sự tương

đồng về các đặc điểm tuổi, chỉ số nhân trắc, ASA, tuổi thai, và con lần đầu hay không.

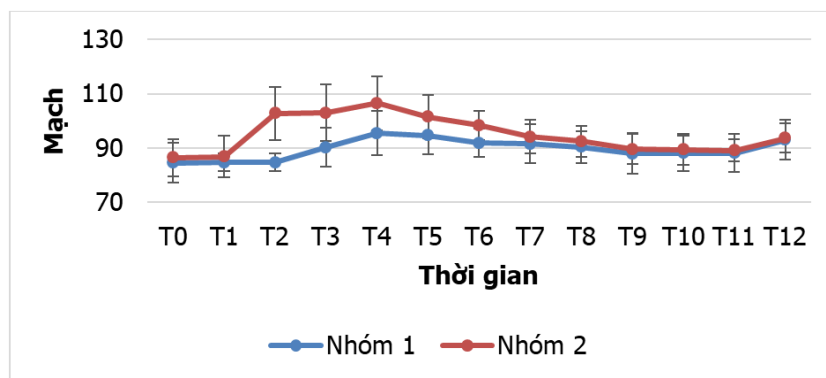
Bảng 3.2. Thay đổi nhịp tim sau mổ (đơn vị /phút)

HA tâm trương sau mổ(mmHg)	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)	p _{n2-n1}
Sau mổ 10 phút (H ₁)	88.1 ± 3.4 (80 - 96)	88.1 ± 4.4 (78 - 98)	>0,05
Sau mổ 20 phút (H ₂)	87.8 ± 4.1 (82 - 98)	89.7 ± 5.1 (79 - 99)	> 0,05
Sau mổ 30 phút (H ₃)	87.5 ± 3.6 (82 - 99)	89.4 ± 3.8 (82 - 100)	< 0,05
Sau mổ 90 phút (H ₄)	86.8 ± 3.1 (82 - 96)	87.9 ± 3.4 (82 - 99)	>0,05
Sau mổ 120 phút (H ₅)	87.0 ± 3.6 (82 - 99)	86.8 ± 4.4 (80 - 98)	>0,05

Sau mổ 3h (H ₆)	87.4 ± 5.0 (72 - 99)	87.2 ± 5.0 (79 - 100)	>0,05
Sau mổ 4h (H ₇)	86.7 ± 4.4 (80 - 99)	87.4 ± 4.9 (78 - 99)	>0,05
Sau mổ 5h (H ₈)	85.8 ± 4.5 (76 - 96)	85.7 ± 5.1 (75 - 95)	>0,05
Sau mổ 6h (H ₉)	86.1 ± 4.1 (80 - 98)	86.9 ± 4.1 (78 - 96)	>0,05
Sau mổ 24h (H ₁₀)	86 ± 3.9 (80 - 98)	84.9 ± 3.8 (72 - 90)	>0,05
Sau mổ 48h (H ₁₁)	84.1 ± 2.9 (80 - 92)	84.6 ± 3.0 (78 - 90)	>0,05

Nhận xét: Mạch của các bệnh nhân ở cả hai nhóm có xu hướng giảm dần. Không có sự khác biệt về mạch của các bệnh nhân trong cùng một thời điểm nghiên cứu.

3.2 Một số biến chứng và tác dụng không mong muốn của dùng Nicardipin



Biểu đồ 3.1 Thay đổi nhịp tim trong mổ (đơn vị /phút)

Nhận xét: Mạch của bệnh nhân hai nhóm lúc vào viện và vào phòng mổ là tương đương nhau. Sau khi tiêm Nicardipin và tiêm mê mạch của hai nhóm nhanh hơn, nhóm 2 nhanh hơn nhóm 1 (p<0,05). Mạch của bệnh nhân giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên, mạch nhóm 2 luôn cao hơn nhóm 1.

Bảng 3.3. Thay đổi SpO₂ trong mổ (đơn vị %)

SpO ₂ (mmHg)	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)	p _{n2-n1}
Khi vào viện (T ₀)	97 ± 1.2 (94 - 99)	96.2 ± 1.0 (94 - 98)	> 0,05
Trước mổ/trước tiêm Nicardipin (T ₁)	98.1 ± 0.5 (96 - 99)	97.7 ± 0.9 (94 - 98)	> 0,05
Sau tiêm Nicardipin 1'-Nhóm 2 (T ₂)	-	98.6 ± 0.7 (98 - 100)	-
Sau tiêm thuốc mê (T ₃)	98.8 ± 0.7 (98 - 100)	98.9 ± 0.9 (96 - 100)	> 0,05
Khi đặt NKQ (T ₄)	94.8 ± 2.6 (92 - 99)	95.4 ± 1.9 (92 - 99)	> 0,05
Sau đặt 1' (T ₅)	97.2 ± 1.5 (94 - 100)	97.7 ± 1.2 (94 - 99)	> 0,05
Sau đặt 2' (T ₆)	98.2 ± 1.6 (92 - 100)	98.8 ± 1.1 (96 - 100)	> 0,05
Sau đặt 3' (T ₇)	98.4 ± 2.3 (90 - 100)	99.1 ± 1.7 (92 - 100)	> 0,05
Sau đặt 5' (T ₈)	98.6 ± 2.6 (88 - 100)	99.4 ± 1.1 (95 - 100)	> 0,05
Sau đặt 10' (T ₉)	99.1 ± 1.2 (95 - 100)	99.7 ± 2.3 (98 - 110)	> 0,05
Kết thúc mổ (T ₁₀)	99.1 ± 0.9 (97 - 100)	99.5 ± 0.6 (98 - 100)	> 0,05
Hồi tỉnh (T ₁₁)	98.4 ± 0.9 (96 - 100)	98.8 ± 0.9 (97 - 100)	> 0,05
Rút NKQ (T ₁₂)	97.4 ± 1.7 (96 - 100)	96.9 ± 2.7 (86 - 100)	> 0,05

Nhận xét: Bảo hòa oxy trung bình của các bệnh nhân ở 2 nhóm không có sự khác biệt tại cùng một thời điểm nghiên cứu. Không có sự khác biệt về bảo hòa oxy tại các thời điểm khác nhau khi so với T₀.

Bảng 3.4. Tỷ lệ nôn và buồn nôn

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm nghiên cứu		P _{n2-n1}
	Nhóm 1 (n= 30)	Nhóm 2 (n= 30)	
Nôn và buồn nôn	4	5	> 0,05
Đau đầu	19	17	> 0,05
Thiếu niệu	8	9	> 0,05
Chảy máu	0	2	-
Phù phổi	1	0	-

Nhận xét: Tần số bất gặp các tác dụng không mong muốn tương đương nhau giữa hai nhóm. Tuy nhiên, có 1 trường hợp ở nhóm 1 có xuất hiện phù phổi cấp.

Bảng 3.5. Các chỉ số khí máu ĐM rốn sơ sinh

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm nghiên cứu		P
	Nhóm 1 (n=24)	Nhóm 2 (n=25)	
pH	7,29 ± 0,14 (6,59 - 7,46)	7,35 ± 0,08 (7,09 - 7,49)	> 0,05
P _a CO ₂ (mmHg)	52,07 ± 11,60 (23,80 - 97,00)	49,87 ± 10,80 (25,10 - 72,80)	> 0,05
P _a O ₂ (mmHg)	16,98 ± 21,27 (0,9 - 120,2)	22,30 ± 30,66 (2,4 - 146,50)	> 0,05
S _a O ₂	23,95 ± 25,71 (0,5 - 99,0)	44,69 ± 21,74 (1,4 - 99,5)	> 0,05
BE	-0,36 ± 6,03 (-16 - 18)	2,1 ± 4,86 (-8 - 11)	> 0,05
HCO ₃ ⁻	25,45 ± 4,79 (9,5 - 35,5)	27,20 ± 6,41 (2,2 - 36,0)	> 0,05
Lactat	2,43 ± 0,64 (1,7 - 3,4)	3,08 ± 1,07 (1,9 - 6,0)	> 0,05

Nhận xét: Có 11 ca không làm được khí máu (4 ca bụng cóc, 2 ca bất thường, 5 ca tử vong sau sinh). Các chỉ số khí máu động mạch rốn sơ sinh của 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các chỉ số khí máu đều nằm trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Về độ tuổi: Độ tuổi trung bình của cả hai nhóm bệnh nhân ở đây (nhóm can thiệp và nhóm chứng) đều hơn 30 tuổi. Chú ý rằng độ tuổi trung bình sinh con thứ nhất ở nam Á là thấp, chỉ khoảng 22 tuổi, và độ tuổi sinh con trung bình (kể cả con đầu và con thứ) là khoảng dưới 27 tuổi. Do đó, có thể kết luận rằng, phần lớn bệnh nhân bị tiền sản giật bao gồm cao huyết áp là có tuổi tương đối cao so với mặt bằng chung. Từ kết quả này, chúng tôi khuyến cáo nhóm sản phụ tuổi cao cần theo dõi nguy cơ tiền sản giật và cao huyết áp chặt chẽ. Chỉ số ASA được thể hiện ở bảng 3.1, ở cả hai nhóm, khoảng một nửa số bệnh nhân có chỉ số ASA độ 3 (mức độ nghiêm trọng của một cơ quan tuy chưa làm mất hoàn toàn chức năng của cơ quan đó). Ngoài ra, khoảng 50% bệnh nhân còn lại có ASA độ 2 (mức tổn thương trung bình).

Về tuổi thai: Tuổi thai trung bình khi mổ trên cả hai nhóm chỉ đạt khoảng 32 tuần (bảng 3.1). Trong đó, thai non tháng nhất là 23 tuần. Có thể giải thích cho điều này bằng cơ sở sau: TSG là một bệnh phức tạp trên thai phụ. Trong rất nhiều trường hợp, các triệu chứng mang tính hệ thống và ảnh hưởng có tính nguy cấp lên sản phụ và thai nhi (như liệt kê ở bảng 3.6), yêu cầu phải mổ cấp cứu. Do đó, bác sĩ điều trị không

thể duy trì thai kì đến 40 tuần, thay vào đó, có thể phải chỉ định mổ cấp cứu lấy thai. Con số này cho thấy tỉ lệ sinh non ở bệnh nhân TSG là tương đối cao, từ đó, chúng ta có phác đồ về điều trị và chăm sóc sơ sinh cho trẻ sinh non của sản phụ mắc TSG.

4.2 Một số biến chứng và tác dụng không mong muốn của dùng Nicardipin

Khi khảo sát mạch của bệnh nhân (biểu đồ 3.1 và bảng 3.2), chúng tôi nhận thấy mạch của bệnh nhân hai nhóm lúc vào viện và vào phòng mổ là tương đương nhau. Sau khi tiêm Nicardipin và tiêm mê mạch của hai nhóm nhanh hơn, nhóm có tiêm Nicardipin ban đầu luôn có mạch nhanh hơn nhóm đối chứng (p<0,05). Mạch của bệnh nhân giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên, mạch nhóm can thiệp luôn cao hơn nhóm đối chứng. Nicardipin là thuốc chẹn kênh canxi có cơ chế hoạt động bằng cách ức chế dòng xuyên màng của các ion canxi, Nicardipin tạo điều kiện cho sự giãn cơ tim và cơ trơn. Tác dụng chủ yếu là trên các tế bào cơ trơn động mạch, làm giảm sức cản mạch máu toàn thân và HA động mạch. Cung lượng tim tăng lên với ít ảnh hưởng đến áp lực cuối tâm trương thất trái. Nicardipin gây ra sự giãn nở động mạch vành, do đó cải thiện tưới máu cơ tim, nhưng nó cũng làm tăng nhịp tim, do đó có xu hướng tăng hoạt động của cơ tim và nhu cầu oxy. Nên thận trọng để tránh sử dụng Nicardipin để điều trị khủng hoảng tăng huyết áp

phức tạp do thiếu máu cục bộ hoặc nhồi máu cơ tim. Theo bảng 3.2 và biểu đồ 3.1, trong nhóm 2 (nhóm có dùng Nicardipin can thiệp), mạch tăng từ 86.8 ± 7.6 lần/phút trước tiêm lên 102.7 ± 9.8 /phút tại thời điểm 1 phút sau tiêm Nicardipin (khoảng 18%) và tăng cao nhất lên tới 106.5 ± 10.0 lần/phút (khoảng 19%) lúc đặt NKQ, sau đó lại giảm xuống mức an toàn (dưới 100 lần/phút). Vì trong cả hai nhóm, mức tăng mạch này diễn ra trong khoảng thời gian ngắn, có thể kiểm soát được nên chúng tôi không dùng thêm thuốc kiểm soát mạch cho bệnh nhân. Ngoài ra, sự gia tăng nhịp tim đã được tổng kết được ở những bệnh nhân được điều trị bằng Nicardipin. Trong các nghiên cứu trước đây, Nicardipin được sử dụng để làm giảm các phản ứng tim mạch đối với nội soi thanh quản và đặt nội khí quản ở bệnh nhân bình thường. Kết quả của chúng tôi cũng đồng thuận với kết quả nghiên cứu: nhóm có sử dụng Nicardipin trước đặt NKQ có mạch nhanh hơn. Sự khác biệt về mạch trong nhóm 2 so với nhóm 1 trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích do áp lực tĩnh mạch trung tâm ở bệnh nhân tiền sản giật thấp và thay đổi ngược với mức độ nghiêm trọng của tăng huyết áp. Thể tích huyết tương trong TSG ít hơn 10% so với phụ nữ mang thai bình thường. Thể tích lòng mạch giảm dần này dẫn đến tăng hoạt động thụ thể nhận cảm áp và tăng cường hoạt động của hệ thống thần kinh giao cảm. Hơn nữa, Nicardipin nhờ tác dụng hạ huyết áp của nó kích hoạt thụ thể nhận cảm áp dẫn đến tăng nhịp tim. Cả hai yếu tố này có thể là nguyên nhân làm tăng nhịp tim nhiều hơn ở bệnh nhân nhóm 2 so với nhóm 1. Cũng có thể, phản ứng động kéo dài sau khi đặt nội khí quản là do tác dụng của cả đặt nội khí quản và kích thích phẫu thuật. Từ kết quả này, chúng tôi khuyến cáo nếu sử dụng Nicardipin, mạch/nhịp tim cần được theo dõi chặt chẽ.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận tác dụng phụ không mong muốn của Nicardipin là làm nhịp tim tăng nhanh. Do đó, khi sử dụng Nicardipin trước đặt nội khí quản cho bệnh nhân tiền sản giật, cần thận trọng và có thể là chống chỉ định đối với bệnh nhân có tiền sử tim mạch nặng. Đánh giá tính an toàn của Nicardipin lên sản phụ, chúng tôi khảo sát nồng độ oxy bão hòa. Bão hòa oxy trung bình (SpO₂-bảng 3.3) của các bệnh nhân ở 2 nhóm không có sự khác biệt tại cùng một thời điểm nghiên cứu. Không có sự khác biệt về bão hòa oxy tại các thời điểm khác nhau khi so với T0. Theo bảng 3.4, các biến chứng bao gồm huyết áp

tăng/giảm trên 30%, mạch nhanh/chậm trên 20%, nôn và buồn nôn, đau đầu, thiếu niệu chảy máu và phù phổi. Các biến chứng như nôn và buồn nôn, đau đầu, thiếu niệu và chảy máu xuất hiện rải rác ở cả 2 nhóm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo bảng 3.5, các chỉ số khí máu động mạch rốn sơ sinh của 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các chỉ số khí máu đều nằm trong giới hạn bình thường. Đo tốc độ Doppler được thực hiện trong một nghiên cứu trước đây [6]. Không có thay đổi trong sức cản mạch máu của tử cung, động mạch não giữa hoặc thai nhi được quan sát. Carbonne và cộng sự (1993) đã nghiên cứu nồng độ Nicardipin ở các khoang khác nhau của mẹ và thai nhi, và cho thấy có sự giảm nồng độ từ phía mẹ sang phía thai nhi. Hơn nữa, nồng độ mô đường như gần như không thể phát hiện trong các mô của mẹ và thai nhi vài giờ sau khi uống, cho thấy Nicardipin không tích lũy trong nhau thai, màng và dây rốn [6]. Điều này giải thích tại sao các chỉ số khí máu của trẻ sơ sinh không khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu của chúng tôi. Về cơ bản, tiêm Nicardipin kiểm soát huyết áp trước đặt nội khí quản mổ lấy thai có tính an toàn cao cho trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

- Tác dụng không mong muốn khi tiêm Nicardipin là gây ra nhịp tim nhanh.
- Các tác dụng không mong muốn khác cũng như sự ảnh hưởng đến thai nhi khi dùng nicardipin ở 2 nhóm là như nhau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dolea C, AbouZahr C**, Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. 2003, GBD 2000 Working Paper, World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf.
2. **Duley, L.**, Pre-eclampsia, eclampsia, and hypertension. J BMJ clinical evidence, 2011. 2011: p. 1402.
3. **Nij Bijvank, S.W. and J.J. Duvekot**, Nicardipin for the treatment of severe hypertension in pregnancy: a review of the literature. Obstet Gynecol Surv, 2010. 65(5): p. 341-7.
4. **Wig, J., et al.**, Nicardipin and verapamil attenuate the pressor response to laryngoscopy and intubation. Can J Anaesth, 1994. 41(12): p. 1185-8.
5. **Puri, G.D., et al.**, Attenuation of pulse rate & blood pressure-response to laryngoscopy & intubation with verapamil. Indian J Med Res, 1986. 84: p. 548-51.
6. **Carbonne, B., et al.**, Nicardipin treatment of hypertension during pregnancy. Obstet Gynecol, 1993. 81(6): p. 908-14.