

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐAU ĐẦU VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT LẤY THAI

Phạm Thị Minh Thư, Đỗ Thị Hoàng Yến, Lê Văn Long, Nguyễn Văn Minh, Võ Việt Hà, Bùi Thị Thúy Nga

Bộ môn Gây mê hồi sức, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đau đầu và khảo sát các yếu tố nguy cơ gây đau đầu sau gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên các sản phụ được chỉ định gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai tại khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược từ tháng 6/2018 đến 31/12/2018. Các biến số đánh giá bao gồm: triệu chứng đau đầu, thời điểm xuất hiện đau đầu, mức độ đau đầu, tiền sử gây tê tủy sống, đau đầu sau gây tê tủy sống lần trước, đau đầu trước khi gây tê tủy sống lần này, tiền sản giật, bệnh lý đau nửa đầu, viêm xoang, đang trong quá trình cai nghiện cafein, vị trí chọc kim, số lần chọc kim, đường chọc, kích thước kim, thuốc dùng để gây tê, tụt huyết áp trong phẫu thuật, nôn hoặc buồn nôn trong phẫu thuật, số lượng dịch truyền trong phẫu thuật. **Kết quả:** Có 389 sản phụ được đưa vào nghiên cứu: Tỷ lệ đau đầu sau gây tê tủy sống 14,65% (mức độ nhẹ và trung bình chiếm 75,44%, nặng chiếm 21,05% và đau khủng khiếp chiếm 3,51%). Các yếu tố nguy cơ gây đau đầu sau gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai bao gồm: tiền sử đau đầu sau lần gây tê tủy sống trước đây (OR = 4,5; 95% CI: 1,8 - 11,09), viêm xoang (OR = 2,65; 95% CI: 1,10 - 6,36), thuốc tê (Marcain spinal 0,5% heavy) (OR = 6,66; 95% CI: 2,25 - 19,11), tụt huyết áp trong quá trình phẫu thuật (OR = 2,42; 95% CI: 1,25 - 4,70). **Kết luận:** Đau đầu sau gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai là 14,65%. Các yếu tố nguy cơ là: Sản phụ có tiền sử tiền sử đau đầu sau lần gây tê tủy sống trước đây, viêm xoang, sử dụng thuốc gây tê tủy sống Marcain spinal 0,5% heavy, có tụt huyết áp trong quá trình phẫu thuật.

Từ khóa: Đau đầu sau gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai, đau đầu sau gây tê tủy sống.

Abstract

POST-DURAL PUNCTURE HEADACHE AND RISK FACTORS IN WOMEN UNDERGOING CESAREAN SECTION WITH SPINAL ANESTHESIA

Phạm Thị Minh Thư, Đỗ Thị Hoàng Yến, Lê Văn Long, Nguyễn Văn Minh, Võ Việt Hà, Bùi Thị Thúy Nga

Department of Anesthesiology and Intensive care, Hue University of Medicine and Pharmacy

Objective: To estimate the incidence of post-dural puncture headache (PDPH) and risk factors in women underwent Cesarean section with spinal anesthesia. **Materials and method:** In a prospective descriptive study, parturients underwent Cesarean section with spinal anesthesia. Incidence of post-dural puncture headache, the history of spinal anesthesia and PDPH, presence of headache, preeclampsia, migraine, sinusitis, caffeine withdraw, insertion site, repeated puncture attempts, direction of the needle, size of the needle, local anesthetic, perioperative hypotension, nausea and vomiting, amount of intravenous fluid were recorded. **Results:** There were 389 patients in the study. The incidence of PDPH was 14.65% (mild and moderate pain: 75.44%; severe pain 21.05%; worst pain: 3.51%). The risk factors were history of PDPH (OR = 4.5; 95% CI: 1.8 - 11.09), sinusitis (OR = 2.65; 95% CI: 1.10 - 6.36), local anesthesia (Marcain spinal 0.5% heavy) (OR = 6.66; 95% CI: 2.25 - 19.11), perioperative hypotension (OR = 2.42; 95% CI: 1.25 - 4.70). **Conclusion:** The incident of PDPH in women undergoing Cesarean section with spinal anesthesia was 14.65%. Four risk factors were the history of PDPH, sinusitis, local anesthesia (Marcain spinal 0.5% heavy) and perioperative hypotension.

Key word: post-dural puncture headache (PDPH), Cesarean section, spinal anesthesia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê hồi sức là vấn đề đang được quan tâm nhiều trong thời gian gần đây. Đối với mỗi loại phẫu thuật sẽ có một hoặc nhiều phương pháp vô cảm

phù hợp, đặc biệt trong phẫu thuật lấy thai, việc lựa chọn phương pháp vô cảm phù hợp với tình trạng của sản phụ, của thai nhi là một việc làm cần được cân nhắc kỹ lưỡng và hết sức quan trọng. Hiện nay,

Địa chỉ liên hệ: Phạm Thị Minh Thư, email: minhthu.dhyk@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/5/2019, Ngày đồng ý đăng: 28/5/2019; Ngày xuất bản: 1/7/2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.4.5

có nhiều phương pháp vô cảm như gây tê tủy sống (GTTS), gây tê ngoài màng cứng, gây mê toàn thân đặt nội khí quản có thể áp dụng cho phẫu thuật lấy thai. Trên thế giới, cũng như ở Việt Nam, tỷ lệ phẫu thuật lấy thai chiếm 35,9% (theo WHO), trong đó GTTS chiếm đến 99%. Đây thật sự là một phương pháp hữu hiệu, thực hiện nhanh, dễ dàng, kéo dài thời gian giảm đau sau phẫu thuật, làm hài lòng phẫu thuật viên, hài lòng sản phụ và cũng ít ảnh hưởng nhất đến trẻ sơ sinh [1], [3]. Đặc biệt, GTTS giúp sản phụ tránh phải gây mê toàn thân, do đó tránh được các nguy cơ như đặt nội khí quản khó, nôn, trào ngược dịch dạ dày vào phổi ..., phần nào làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và sơ sinh [4], [5], [7], [8], [11], [13], [14].

Tuy nhiên, bất kì một phương pháp điều trị hay một thủ thuật nào cũng có những thuận lợi và khó khăn của nó, ngoài những ưu điểm mà gây tê tủy sống mang lại, phương pháp này vẫn có thể gây ra những biến chứng như gây tê thất bại, chọc vào các rễ thần kinh, mạch máu và sau khi gây tê như tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, ngừng tuần hoàn hô hấp, đau đầu, đau lưng, bí tiểu [2], [11].

Đau đầu sau gây tê tủy sống (post dural puncture headache - PDPH) là một trong số những phiền mạn của việc chọc kim thủng màng cứng. Nguyên nhân chính xác của tình trạng này chưa được xác định rõ ràng nhưng nó được cho là có liên quan đến sự thoát dịch não tủy qua lỗ thủng ở màng cứng. Tỷ lệ đau đầu sau gây tê tủy sống rất khác nhau tùy thuộc vào từng đối tượng (tuổi, giới, tình trạng mang thai, chỉ số khối của cơ thể) và cách thức thực hiện (loại kim, kích thước kim, hướng chọc kim) [15].

Đau đầu sau gây tê tủy sống là một biến chứng không nguy hiểm nhưng rất khó chịu, cản trở sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Vấn đề này chưa được nghiên cứu tại Việt Nam. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ đau đầu sau gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai.*

2. *Khảo sát các yếu tố nguy cơ gây đau đầu sau gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 389 sản phụ có chỉ định gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Những sản phụ có chỉ định gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ có chỉ định gây tê tủy sống nhưng quá lo lắng và không hợp tác dù đã được giải thích.

- Có gây tê tủy sống nhưng sau đó mức vô cảm không đạt, phải chuyển sang gây mê nội khí quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 6/2018 đến tháng 4/2019 tại Khoa Gây mê Hồi sức cấp cứu và khoa Phụ Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Kim gây tê tủy sống Quincke 25G, 27G của hãng Tibbi Medikal Malz - Thổ Nhĩ Kỳ.

- Thuốc gây tê tủy sống: Marcain spinal 0,5% heavy của hãng Astrazeneca - Thụy Điển ống 4 ml, Bupivacain 0,5% của hãng Aguettant- Pháp 4 ml, Fentanyl 100 mcg/2 ml của hãng Siegfried Hameln GmbH - Đức.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được chuẩn bị để gây tê phẫu thuật như thường quy.

- Lấy thêm các thông tin về tiền sử mắc các bệnh lý đau đầu (viêm xoang, đau nửa đầu), đang trong quá trình cai nghiện, tiền sử gây tê tủy sống và đau đầu liên quan đến gây tê tủy sống trước đó, đau đầu và tiền sản giật trước phẫu thuật lần này.

2.4.2. Chuẩn bị phương tiện và thuốc dùng

- Các phương tiện hồi sức cấp cứu: Bóngambu, đèn đặt nội khí quản, ống nội khí quản, máy gây mê kèm thở, máy hút, bình oxy,....

- Chuẩn bị thuốc hồi sức: Atropin, Ephedrin, Adrenalin.

- Các thuốc gây mê: Sevofluran, propofol, rocuronium, fentanyl.

- Các thuốc gây tê: Marcaine spinal 0,5% heavy hoặc Bupivacain 0,5%.

- Dụng cụ gây tê tủy sống: Khay vô trùng gồm: Sàng lỗ, bơm tiêm 5 ml, kẹp sát trùng, cốc đựng Betadin, gạc nhỏ. Kim chọc tủy sống Quincke, số 25G hoặc 27G.

2.4.3. Tiến hành kỹ thuật gây tê tủy sống

- Người chọc: Đo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng.

- Sát khuẩn: Dùng Betadin sát khuẩn tại vùng chọc 5 lần, sau đó phủ khăn lỗ lên trên.

- Thường chọc tại vị trí L2 - L3. Chọc kim đường giữa, nếu gặp các trường hợp khó thì chọc đường bên (vị trí chọc cách đường giữa 1,5 - 2 cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước).

- Khi thấy dịch não tủy chảy ra thì rút nòng kim, quay mũi vát lên trên và tiến hành bơm thuốc.

Marcaïn spinal 0,5% heavy hoặc Bupivacain 0,5% liều 8 mg phối hợp với Fentanyl 20 µg. Tốc độ bơm thuốc 5 giây cho mỗi mililit dung dịch thuốc tê.

Bơm thuốc xong rồi rút kim và băng kín lại.

- Đặt bệnh nhân trở về tư thế nằm ngửa, nghiêng trái 20 - 30 độ.

- Dùng kim đầu tù để kiểm tra mức lan của thuốc tê (pinkprick test) sau gây tê 2 phút và sau mỗi 5 phút. Khi thuốc lan đến mức T4 (ngang núm vú) là đạt yêu cầu phẫu thuật.

- Theo dõi liên tục các thông số: điện tim, mạch, huyết áp động mạch không xâm lấn, tần số thở, SpO₂. Xử trí biến chứng trong phẫu thuật nếu có.

- Sau phẫu thuật sản phụ được đưa về phòng hậu phẫu, truyền dịch, kháng sinh, giảm đau theo y lệnh và theo dõi về mạch, huyết áp, tần số thở, độ bão hòa oxy máu mao mạch (SpO₂), độ co hồi tử cung, máu mất qua âm đạo, lượng nước tiểu ... trong vòng 6 giờ đầu. Sau đó được chuyển về khoa sản.

2.4.4. Theo dõi sau phẫu thuật

- Theo dõi 1 lần/ngày về tình trạng đau đầu, các yếu tố làm dịu cho đến khi ra viện.

- Đối với những bệnh nhân vẫn còn đau đầu sau khi ra viện thì gọi điện thoại thăm hỏi.

2.5. Định nghĩa biến số và phương pháp thu thập

2.5.1. Các biến số trong quá trình phẫu thuật

- Tuổi, chiều cao, cân nặng: dựa vào thông tin có sẵn trong bệnh án.

- Tiền sử phẫu thuật có gây tê tủy sống, tiền sử đau đầu sau gây tê tủy sống trước đó, đau nửa đầu,

viêm xoang, nghiện cafein và đang trong quá trình cai nghiện cafein: thu thập bằng cách hỏi bệnh nhân và điền vào phiếu điều tra.

- Yếu tố tiền sản giật trong lần mang thai này: dựa vào chẩn đoán trong biên bản duyệt mổ.

- Các yếu tố liên quan đến kỹ thuật gây tê tủy sống: kích thước kim, số lần chọc, vị trí chọc, đường chọc, ... được ghi nhận bằng cách quan sát cách thực hiện của bác sĩ gây mê và điền vào phiếu điều tra.

- Các yếu tố tụt huyết áp, buồn nôn và nôn, số lượng dịch truyền trong quá trình phẫu thuật: Quan sát và ghi vào phiếu điều tra.

2.5.2. Theo dõi đau đầu sau gây tê tủy sống

- Chẩn đoán đau đầu sau gây tê tủy sống (Post dural puncture headache - PDPH) theo tiêu chuẩn của Phân loại quốc tế về đau đầu lần thứ 3 (International Classification of Headache Disorders 3rd - ICHD-III beta) khi có 3 yếu tố sau:

+ Đã được chọc kim tủy sống.

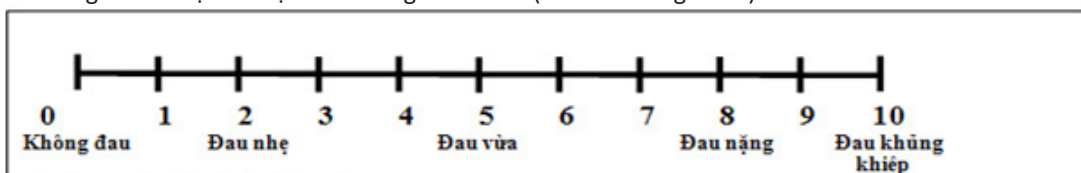
+ Đau đầu xuất hiện trong vòng 5 ngày sau khi chọc kim.

+ Đau đầu không phù hợp với các chẩn khác của ICHD-III beta.

- Việc đánh giá đau được tiến hành 2 lần/ngày (sáng và tối).

- Các yếu tố thời điểm xuất hiện đau đầu, vị trí đau, các yếu tố làm dịu cơn đau (tư thế, uống nhiều nước, uống cafein, uống coca-cola, dùng thuốc), thời gian kéo dài cơn đau: dựa vào hỏi bệnh nhân.

- Đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS (Visual Analog Scale):



• 0 : không đau

• 1 - 3 : đau nhẹ

• 4 - 6 : đau vừa

• 7 - 9 : đau nặng

• 10 : đau khủng khiếp.

2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm về nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm nghiên cứu

Đặc điểm (n = 389)	Giá trị trung bình	Min - Max
Tuổi (năm)	29,09 ± 4,93	16 - 45
Chiều cao (cm)	152,83 ± 6,00	120 - 168
Cân nặng (kg)	61,49 ± 8,05	36 - 84

3.2. Tình trạng đau đầu sau phẫu thuật lấy thai

Bảng 2. Tỷ lệ đau đầu sau phẫu thuật lấy thai và một số đặc điểm của tình trạng đau đầu sau phẫu thuật lấy thai

		n	Tỷ lệ %
Tỷ lệ đau đầu sau mổ lấy thai		57	14,65
Thời điểm xuất hiện đau đầu	Ngày 1	34	59,65
	Ngày 2	11	19,30
	Ngày 3	11	19,30
	Ngày 4	1	1,75
Mức độ đau	Nhẹ	25	43,86
	Đau vừa	18	31,58
	Nặng	12	21,05
	Khủng khiếp	2	3,51

Tỷ lệ đau đầu sau gây tê tủy sống mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 14,65%. Căn đau đầu thường xuất hiện vào ngày thứ 1 sau gây tê (chiếm 59,65%). Đa số là đau nhẹ và vừa (75,44%), đau nặng chiếm 21,05% và đau khủng khiếp chiếm 3,51%.

3.3. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố nguy cơ

3.3.1. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố về đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Bảng 3. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố về đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu	Đau đầu		p
	Có (n = 57) ± SD	Không (n = 332) ± SD	
Tuổi	29,04 ± 5,41	29,10 ± 4,85	0,924
Cân nặng (kg)	60,68 ± 9,44	61,83 ± 7,80	0,401
Chiều cao (cm)	151,93 ± 7,60	152,98 ± 5,68	0,223

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi, cân nặng, chiều cao giữa hai nhóm có và không có PDPH ($p > 0,05$).

3.3.2. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố tiền sử bệnh lý

Bảng 4. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố tiền sử bệnh lý

Yếu tố nguy cơ		Đau đầu		p
		Có (%) n = 57	Không (%) n = 332	
Tiền sử GTTS n (%)	Có	32 (15,46)	175 (84,54)	0,632
	Không	25 (13,74)	157 (86,26)	
Tiền sử PDPH n (%)	Có	10 (38,46)	16 (61,54)	0,002
	Không	47 (12,95)	316 (87,05)	
Đau đầu trước GTTS n (%)	Có	3 (20,00)	12 (80,00)	0,469
	Không	54 (14,44)	320 (85,56)	
Tiền sản giật n (%)	Có	3 (37,50)	5 (62,50)	0,097
	Không	54 (14,17)	327 (85,83)	

Tiền sử Migraine n (%)	Có	3 (12,50)	21 (87,50)	1,000
	Không	54 (14,79)	311 (85,21)	
Tiền sử viêm xoang n (%)	Có	9 (28,12)	23 (71,88)	0,035
	Không	48 (13,45)	309 (86,55)	

Trong các yếu tố về tiền sử bệnh lý, có 2 yếu tố là đau đầu sau gây tê tủy sống ở các lần trước và tiền sử viêm xoang là có liên quan đến đau đầu sau gây tê tủy sống lần này ($p < 0,05$).

3.3.3. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố liên quan đến quá trình gây tê phẫu thuật

Bảng 5. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố liên quan đến quá trình gây tê phẫu thuật

Yếu tố kỹ thuật		Đau đầu		p
		Có (n = 57)	Không (n = 332)	
Thuốc tê n (%)	Marcaín spinal 0,5% heavy	53 (18,79)	229 (81,21)	<0,001
	Bupivacain	4 (3,74)	103 (96,26)	
Vị trí chọc n (%)	L1 - L2	0 (0)	1 (100)	0,653
	L2 - L3	54 (15,08)	304 (84,92)	
	L3 - L4	3 (10,00)	27 (90,00)	
Đường chọc n (%)	Giữa	55 (14,44)	326 (85,56)	0,332
	Bên	2 (25,00)	6 (75,00)	
Kích thước kim n (%)	27G	56 (14,93)	319 (85,07)	0,703
	25G	1 (7,14)	13 (92,86)	
Tụt huyết áp n (%)	Có	42 (18,03)	191 (81,97)	0,022
	Không	15 (9,62)	141 (90,38)	
Nôn/ buồn nôn n (%)	Có	10 (23,81)	32 (76,19)	0,076
	Không	47 (13,54)	300 (86,46)	
Số lần chọc, $\pm$ SD		1,26 $\pm$ 0,61	1,30 $\pm$ 0,71	0,704
Dịch truyền (ml), $\pm$ SD		1440,35 $\pm$ 313,88	1396,08 $\pm$ 263,17	0,255

Trong số các yếu tố liên quan đến quá trình gây tê phẫu thuật, có 2 yếu tố có mối liên quan đến đau đầu sau gây tê tủy sống là loại thuốc tê và tình trạng tụt huyết áp trong quá trình phẫu thuật ($p < 0,05$).

3.4. Khảo sát các yếu tố nguy cơ

Bảng 6. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ		OR	Khoảng tin cậy		p
Tiền sử PDPH	Có	4,517	1,839	11,094	0,001
	Không	1			
Viêm xoang	Có	2,649	1,103	6,361	0,029
	Không	1			
Thuốc tê	Marcaín spinal 0,5% heavy	6,552	2,247	19,108	0,001
	Bupivacain 0,5%	1			
Tụt huyết áp	Có	2,421	1,247	4,700	0,009
	Không	1			

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử PDPH, viêm xoang, thuốc tê và tụt huyết áp với tỷ lệ PDPH ($p < 0,05$).

- Sản phụ có tiền sử PDPH và viêm xoang làm tăng nguy cơ mắc PDPH lần lượt là 4,5 lần và 2,6 lần.

- Sản phụ được sử dụng thuốc Marcain spinal 0,5% heavy làm tăng nguy cơ mắc PDPH lên 6,6 lần so với việc sử dụng thuốc tê Bupivacain 0,5%

- Sản phụ có tụt huyết áp trong mổ làm tăng nguy cơ mắc PDPH lên 2,4 lần

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng đau đầu sau gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đau đầu sau gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai là 14,65%, trong đó đau nhẹ chiếm 43,86%, trung bình 31,35%, nặng 21,05%, khủng khiếp 3,51%.

Theo tác giả Khraise Wail N và các cộng sự, tỷ lệ đau đầu chỉ 6,3% [12], theo Turnbull DK và cộng sự, 2003, tỷ lệ này nằm trong khoảng 2 - 40% [15].

Trong nghiên cứu của Gisore E và cộng sự, 13% bệnh nhân có mức độ đau nhẹ ($VAS < 3$), 48% trung bình ($VAS 4 - 7$), 39% nặng ($VAS > 7$) [6]. Mức độ đau trong nghiên cứu của Gisore E nặng hơn của chúng tôi. Đa số các cơn đau thường xuất hiện trong ngày đầu sau phẫu thuật, chiếm 59,56%. Chỉ có 1 trường hợp xuất hiện muộn, vào ngày thứ 4 sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 1,75%. Theo nghiên cứu của Jabbari A và cộng sự, hầu hết bệnh nhân PDPH khởi phát đau đầu trong 47 giờ đầu (2 ngày đầu) [10], một vài bệnh nhân xuất hiện triệu chứng trong 96 giờ sau chọc kim, tương tự như kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu của Imarengiaye C và cộng sự cho thấy đa phần xuất hiện vào ngày thứ 2 [9], khác với kết quả của chúng tôi.

4.2. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố nguy cơ

4.2.1. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố về đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Về đặc điểm của nhóm nghiên cứu, chúng tôi chỉ khảo sát các yếu tố tuổi, chiều cao và cân nặng. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi, cân nặng, chiều cao giữa hai nhóm có và không có PDPH ($p > 0,05$).

Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Imarengiaye C và cộng sự [9], Khraise WN và cộng sự [12]. Nghiên cứu của Jabbari A và cộng sự [10] cho thấy tỷ lệ PDPH cao hơn ở người lớn so với trẻ em, tỷ lệ này giảm với sự tăng của tuổi.

4.2.2. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố tiền sử bệnh lý

Các yếu tố tiền sử mà chúng tôi khảo sát bao gồm: Tiền sử gây tê tủy sống, tiền sử đau đầu sau gây tê tủy sống, đau đầu trước khi gây tê tủy sống

lần này, tiền sản giật, bệnh lý đau nửa đầu, viêm xoang, chỉ có yếu tố “tiền sử đau đầu sau gây tê tủy sống” là có liên quan đến đau đầu trong lần gây tê này ($p < 0,05$).

Theo tác giả Khraise Wail N và các cộng sự [12], tiền sử đau đầu trong các lần gây tê tủy sống trước không phải là yếu tố nguy cơ của việc đau đầu sau gây tê tủy sống lần này mà chính tình trạng đau đầu trước khi gây tê tủy sống ở lần này mới là yếu tố nguy cơ. Các yếu tố về tiền sản giật, đau nửa đầu, viêm xoang, đều cho kết quả tương tự. Khi phân tích các yếu tố nguy cơ theo mô hình logistic đa biến, chúng tôi nhận thấy sản phụ tiền sử PDPH làm tăng nguy cơ xuất hiện PDPH lần này lên 4,52 lần; tiền sử viêm xoang làm tăng nguy cơ PDPH lên 2,64 lần (bảng 5).

4.2.3. Mối liên quan giữa đau đầu sau gây tê tủy sống và các yếu tố liên quan đến quá trình gây tê phẫu thuật

Các yếu tố liên quan đến kỹ thuật gây tê tủy sống bao gồm: Vị trí chọc kim, số lần chọc kim, đường chọc, kích thước kim gây tê tủy sống, thuốc tê tủy sống, thì có yếu tố “thuốc tê tủy sống” có ảnh hưởng đến đau đầu sau gây tê. Thuốc gây tê chúng tôi dùng đều là bupivacain 0,5% nhưng thuộc 2 hãng khác nhau. Chúng tôi nhận thấy thuốc của hãng Delpharma Tours – Pháp (bupivacain 0,5%) cho tỷ lệ đau đầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thuốc của hãng Astrazeneca - Thụy Điển (Marcain spinal 0,5% heavy). Chúng tôi ghi nhận việc sử dụng thuốc tê Marcain spinal 0,5% heavy làm tăng nguy cơ PDPH lên 6,55 lần so với việc sử dụng thuốc tê Bupivacain 0,5% (bảng 5).

Về kích thước kim gây tê tủy sống, chúng tôi không nhận thấy có sự khác biệt về tỷ lệ đau đầu sau gây tê, kết quả này tương đồng với tác giả Khraise Wail N và các cộng sự [12]. Nhưng nhóm tác giả này lại ghi nhận việc cố gắng chọc tủy sống nhiều lần (≥ 2 lần) sẽ làm tăng tỷ lệ đau đầu sau phẫu thuật, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi thì không. Theo Imarengiaye C và cộng sự, vị trí và số lần chọc không liên quan đến PDPH [9], tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Gisore E và cộng sự cho thấy tỷ lệ PDPH cao hơn ở nhóm được sử dụng kim mặt vát so với kim đầu bút chì (24,2% với 4,5%, $p = 0,042$), tuy nhiên không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê về kích thước kim và tỷ lệ PDPH [6]. Chúng tôi chỉ dùng 1 loại kim nên không đánh giá được ảnh hưởng của kim đầu bút chì và kim mũi vát đối với PDPH.

Các yếu tố trong quá trình phẫu thuật như: Tụt huyết áp trong mổ, nôn hoặc buồn nôn trong mổ, số lượng dịch truyền trong mổ (ml) thì yếu tố “tụt

huyết áp trong mổ” có ảnh hưởng đến tỷ lệ đau đầu sau mổ. Nghiên cứu của Gisore E và cộng sự cũng cho thấy không có mối liên quan giữa PDPH và số lượng dịch truyền ($p = 0,643$) [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, những bệnh nhân có có tụt huyết áp trong mổ làm tăng nguy cơ mắc PDPH lên 2,4 lần (bảng 5).

5. KẾT LUẬN

Đau đầu sau gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai là 14,65%. Có 4 yếu tố nguy cơ là: Sản phụ có tiền sử tiền sử đau đầu sau lần gây tê tủy sống trước đây, viêm xoang, sử dụng thuốc Marcain spinal 0,5% heavy, có tụt huyết áp trong quá trình phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đình Kỳ (2014), “Gây mê mổ lấy thai”, *Bài giảng gây mê hồi sức*, Nhà xuất bản y học, tái bản lần 2, tập 2, tr. 274 - 310.
2. Nguyễn Văn Minh (2017), “Các kỹ thuật cơ bản trong gây mê - hồi sức”, Nhà xuất bản Đại học Huế, Trường Đại học Y Dược Huế, tr. 143 - 155.
3. Công Quyết Thắng (2014), “Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng”, *Bài giảng gây mê hồi sức*, Nhà xuất bản Y học, tái bản lần 2, tập 2, tr. 44- 83.
4. Buklin BA, Hawkin JL, Anderson JR. (2005), “Obstetric anesthesia workforce survey: twenty year update”, *Anesthesiology*, 103, pp. 645-653.
5. Carin Hagberg, Tiberiu Ezri, and Ezzat Abouleish (2001), “Etiology and incidence of endotracheal intubation following spinal anesthesia for caesarean section”, *IMAJ*, 3, pp. 653-656.
6. Gisore E, Mung’Ayi V and Sharif T et al (2010), “Incidence of post dural puncture headache following caesarean section under spinal anaesthesia at the Aga Khan University Hospital, Nairobi”, *East Afr Med*, 87(6), pp. 227 - 230.
7. Hawkins JL, (1997), “Anesthesia related deaths during obstetric delivery in the United States 1979-1990”, *Anesthesiology*, 86, pp. 277 - 284.
8. Hawkins JL, Chang J, Palmer (2011), “Anesthesia - related maternal mortality in the United States: 1997 - 2002”, *Obstet Gynecol*, 117, pp. 69 - 74.
9. Imarengiaye C, Ekwere I (2006), “Postdural puncture headache: a cross-sectional study of incidence and severity in a new obstetric anaesthesia unit”, *African journal of medicine and medical sciences*, 35(1), pp. 47 - 51.
10. Jabbari A, Alijanpour E, Mir M, Hashem NB, Rabiea SM and Rupani MA (2013), “Post spinal puncture headache, an old problem and new concepts: review of articles about predisposing factors”, *Caspian Journal of Internal Medicine*, 4(1), pp. 595 - 602.
11. Jennifer M. Lucero, Mark D. Rollins, (2011). *Obstetrics, Basics of anesthesia*, Ronal D. Miller, Manuel C. Pardo, sixth edition, Elsevier saunders, Philadelphia, pp. 514 - 545.
12. Khraise WN, Allouh MZ, El-Radaideh KM, et al (2017), “Assessment of risk factors for postdural puncture headache in women undergoing cesarean delivery in Jordan: a retrospective analytical study”, *Local Reg Anesth*, 10, pp. 9 - 13.
13. Kinsella S. M. (2011), “Anaesthetic deaths in the CMACE (Centre for Maternal and Child Enquiries) saving mother’s lives report 2006-2008”, *Anaesthesia*, 66, pp. 243 - 254.
14. Ngan Kee W. D (2005), “Confidential enquiries into maternal deaths: 50 years of closing the loop”, *British Journal of Anaesthesia*, 94(4), pp. 413 - 416.
15. Turnbull DK, Shepherd DB (2003), “Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment”, *Br J Anaesth*, 91(5), pp. 718 - 729.