

khuyến trước khi dùng", do không thu thập được đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh nhân nên chưa đánh giá được tính phù hợp của kháng sinh trong các trường hợp này.

Đối với nhóm "Không có chẩn đoán nhiễm khuẩn và không có dấu hiệu nhiễm khuẩn trước khi dùng" (59 bệnh nhân), trong đó ghi nhận được 23 trường hợp mổ lấy thai. Trong mổ lấy thai, theo khuyến cáo của ACOG (Hiệp hội sản phụ Mỹ) kháng sinh được dùng 1 liều duy nhất đối với ca mổ không biến chứng vừa có hiệu quả tương tự chế độ dùng đa liều vừa giúp giảm chi phí, độc tính và kháng thuốc [3]. Trong nghiên cứu, cefuroxim được sử dụng trong mổ với 1 liều duy nhất và sau mổ với chế độ liều như điều trị nhiễm khuẩn. Do không thu thập được đầy đủ thông tin về yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn trong phẫu thuật nên chưa thể bàn luận về tính phù hợp của phác đồ kháng sinh này. Ngoài các bệnh nhân mổ lấy thai, cũng do không thu thập được đầy đủ thông tin về tình trạng của nhóm bệnh nhân còn lại nên chưa thể đánh giá được sự phù hợp của các phác đồ kháng sinh đã sử dụng.

Trong mẫu nghiên cứu, cefuroxim được dùng theo đường tiêm tĩnh mạch với liều 750 – 1500 mg × 2 lần/ngày. Tuy nhiên, cefuroxim hầu như không có trong các khuyến cáo điều trị nhiễm khuẩn sản phụ khoa. Theo thông tin sản phẩm của biệt dược gốc Zinacef, chế độ liều trong điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn là 750 – 1500 mg × 3 – 4 lần/ngày [7]. Như vậy có sự khác biệt giữa

số lần dùng/ngày thực tế và thông tin sản phẩm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mức tiêu thụ cefuroxim đứng hàng thứ 4 tại khoa Sản nhiễm khuẩn năm 2019. Tuy nhiên, đa số các phác đồ cefuroxim được sử dụng không có trong các hướng dẫn điều trị. Có sự khác biệt về liều dùng thực tế so với khuyến cáo của biệt dược gốc Zinacef. Cần có thêm các nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh với số lượng kết quả vi sinh lớn hơn để có những bàn luận rõ hơn về sự phù hợp của các phác đồ kháng sinh với tình hình đề kháng của vi khuẩn gây bệnh tại đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Từ Dũ (2019)**, "Phác đồ điều trị sản phụ khoa", pp.
2. **Nguyễn Thu Nga (2019)**, "Khảo sát tình hình tiêu thụ kháng sinh và đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện phụ sản Trung ương", Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội, pp.
3. **ACOG (2018)**, "Practice Bulletin No.199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery", Obstetrics & Gynecology, 132(3), pp. e103–e119.
4. **Antimicrobial Therapy Inc. (2016)**, The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy, pp. 6-78.
5. **CDC (2015)**, "Pelvic Inflammatory Disease, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines", pp.
6. **Gilles R. G. Monif David A. Baker (2008)**, Infectious Diseases In Obstetrics And Gynecology, pp. 17.
7. **GlaxoSmithKline UK**, Summary of Product Characteristics: Zinacef. 2020, Electronic Medicines Compendium (EMC).

VAI TRÒ CỘNG HƯỞNG TỪ 3 TESLA TRONG ĐỘNG KINH THỤY THÁI DƯƠNG

Lê Viết Thăng*, Nguyễn Thanh Lâm*, Đào Nguyễn Trung Luân*, Nguyễn Đức Vũ*, Phạm Thanh Bình*, Nguyễn Minh Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu. Mô tả đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) và đánh giá vai trò MRI sọ não 3 Tesla trong chẩn đoán nguyên nhân/vị trí/bản chất tổn thương trong động kinh thùy thái dương. **Phương pháp.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh thùy thái dương và điện não đồ có chụp cộng hưởng từ 3 Tesla.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, từ 01/01/2016 đến 31/12/2020, khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. **Kết quả.** Có 36 nữ và 20 nam, độ tuổi trung bình là 39,2 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều được bác sĩ thần kinh chẩn đoán động kinh thùy thái dương, kèm điện não đồ. Trong 56 trường hợp có 10/56 trường hợp xơ hóa hải mã, 1/56 trường hợp loạn sản vỏ não khu trú, 11/56 trường hợp u mạch máu dạng hang, 3/56 trường hợp dị dạng mạch máu não, 8/56 trường hợp u màng não, 16/56 trường hợp u sao bào, và 7/56 trường hợp khác. Trong 7 trường hợp khác, giải phẫu bệnh sau mổ giúp phân loại cụ thể: u quái thượng bì, u hạch thần kinh đệm, u ngoại bì thần kinh nghịch sản phôi... **Kết luận.** Cộng hưởng từ sọ não 3 Tesla là công cụ quan trọng, cần thiết trong chẩn đoán động kinh thùy thái dương có sang

**Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Viết Thăng

Email: Drlevietthang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 30.12.2020

Ngày duyệt bài: 15.01.2021

thương. MRI sọ não là một khâu quan trọng trong lượng giá trước phẫu thuật những bệnh nhân động kinh thùy thái dương có thương tổn não.

Từ khóa: cộng hưởng từ 3 Tesla, động kinh thùy thái dương.

SUMMARY

3 TESLA MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES IN LESIONAL TEMPORAL LOBE EPILEPSY

Objective of the study: To determine the usefulness and characteristics of 3 Tesla magnetic resonance imaging in lesional temporal lobe epilepsy.

Subjects and research methods: Patients were diagnosed temporal lobe epilepsy, presurgical evaluation tool based on semiology, electroencephalography and brain MRI with epilepsy protocol. This is a cross-sectional study, in Neurosurgery Department in Ho Chi Minh City University Medical Center. The duration was sixty months from 1st January 2016 to 31th December 2020. **Results:** 36 female; 20 male. Median age: 39,2 year-old. All patients are diagnosed temporal lobe epilepsy by neurologists (semiology and EEG). 56 leisonal temporal lobe epilepsy patients on MRI have: hippocampal sclerosis (n = 10), focal cortical dysplasia (n = 1), cavernoma (n = 11), arterioveinous malformation (n=3), meningioma (n = 8), astrocytoma (n = 16), and others (n = 7). Anatomical pathology details show to be what other cases: tetratoma, ganglioglioma, dysembryoplastic neuroepithelial tumor,... **Conclusions:** 3 Tesla MRI is a essential tool to diagnose for lesional temporal lobe epilepsy. MRI is one of the most important parts in the presurgical evaluation for temporal lobe epilepsy.

Key Words: 3 TESLA magnetic resonance imaging, temporal lobe epilepsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là vấn đề sức khỏe cộng đồng, ảnh hưởng trên 50 triệu người trên toàn thế giới. Động kinh là một nhóm bệnh mạn tính của hệ thần kinh. Bản chất của động kinh là sự phóng lực bất thường, đột ngột, quá mức của các tế bào thần kinh và được biểu hiện trên lâm sàng với các triệu chứng như cơn vận động, cảm giác, giác quan hay tâm thần. Theo Wiebe S. và cộng sự, động kinh chiếm tỉ lệ 0,45 -1,15% dân số, trong đó có 8,52 -15,3% là động kinh cục bộ phức tạp [7].

Động kinh đòi hỏi phải điều trị thuốc lâu dài, khoảng 30% bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa. Phẫu thuật động kinh có thể là phương pháp điều trị thay thế trong những trường hợp này [5], [7]. Cộng hưởng từ là công cụ hiệu quả giúp đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật. Gần đây, cộng hưởng từ 3 Tesla đã giúp phát hiện nhiều thương tổn não hơn trong động kinh. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh

giá vai trò và đặc điểm hình ảnh những thương tổn thường gặp trên cộng hưởng từ sọ não 3 Tesla trong động kinh thùy thái dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định động kinh thùy thái dương trên lâm sàng và điện não đồ chụp cộng hưởng từ 3 Tesla có sang thương tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ 01/01/2016 đến 31/12/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh về tâm thần kinh nặng: trầm cảm, tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực,...
- Nhiều vùng sinh động kinh rải rác hai bán cầu
- Bệnh thần kinh tiến triển: tai biến mạch máu não, viêm não,...

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu thu thập tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện ĐHYD TPHCM từ 01/01/2016 đến 31/12/2020. Thu thập các thông số về hành chánh (họ và tên, tuổi tác, giới tính,...), lâm sàng động kinh thùy thái dương được bác sĩ thần kinh chuyên về động kinh chẩn đoán, kết quả cộng hưởng từ sọ não và so sánh với kết quả giải phẫu thuật (nếu có). Thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Tất cả bệnh nhân chụp MRI 3T theo quy trình bệnh động kinh khoa chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. MRI thường quy ở bệnh nhân động kinh bao gồm hình T2 (T2 relaxometry) hướng trục; hình T2 spin-echo vuông góc với trục dài của hồi hải mã; hình FLAIR vuông góc với trục dài của hồi hải mã; hình T2 gradient-echo theo trục hoặc hình SWI; hình FSPGR-IR có trọng số T1 và kỹ thuật đo bề dày chất xám vỏ não trong loạn sản vỏ não khu trú. Bên cạnh những chuỗi xung thường dùng trên MRI, một qui trình thống nhất trong động kinh được sử dụng: T1WI bao gồm 3D sequence: MPR/FSPGR(Fast spoiled gradient echo)/MPRAGE, T2WI: axial/coronal lát cắt 1-3mm, FLAIR/FLAIR CUBE: axial/coronal (vuông góc trục hải mã) lát cắt 1-3mm. Việc dùng thuốc cản quang được thực hiện tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng, đặc biệt để đánh giá khối u cùng với các kỹ thuật tiên tiến hơn trong một số trường hợp được chọn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 36 nữ và 20 nam tham gia trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 39,2 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều được. Trong 56 trường hợp chụp cộng hưởng từ 3 Tesla có 10/56 trường hợp xơ hóa hải mã, 2/56 trường hợp loạn sản vỏ não khu trú, 11/56 trường hợp u mạch máu dạng hang,

3/56 trường hợp dị dạng mạch máu não, 8/56 trường hợp u màng não, 16/56 trường hợp u sao bào, và 6/56 trường hợp khác.



Biểu đồ 1: Sang thương trên cộng hưởng từ bệnh nhân động kinh thùy thái dương

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật điều trị động kinh thùy thái dương, có kết quả giải phẫu bệnh phân loại theo bảng 1.

Bảng 1: Liên quan cộng hưởng từ trước mổ và giải phẫu bệnh

Cộng hưởng từ	Số trường hợp	Giải phẫu bệnh lý	Số trường hợp
Xơ hóa hải mã	10	Xơ hóa hải mã	10
Bình thường	1	Loạn sản vỏ não khu trú	1
U mạch máu dạng hang	11	U mạch máu dạng hang	11
Dị dạng mạch máu não	3	Dị dạng mạch máu não	3
U màng não	8	U màng não	8
U sao bào	16	U sao bào	16
U thần kinh đệm độ ác thấp	3	U sao bào độ 1	1
DNET	1	Ganglioglioma	2
U quái thượng bì	1	DNET	1
U ngoài trực	2	U quái thượng bì	3
Tổng cộng	56		56

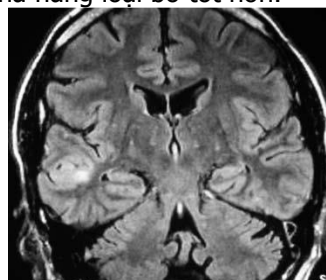
Qua bảng kết quả so sánh cộng hưởng từ trước phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh, hầu hết những trường hợp động kinh thùy thái dương chẩn đoán trên cộng hưởng từ phù hợp với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Có 1/56 trường hợp động kinh thùy thái dương không phát hiện trên cộng hưởng từ 3T, chiếm tỉ lệ 1,8%. Có 4/56 trường hợp MRI 3T chỉ phát hiện tổn thương thùy thái dương, chưa gợi ý chẩn đoán, chiếm tỉ lệ 7,1%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tổng kết những thương tổn thường gặp trên cộng hưởng từ 3T trong động kinh thùy

thái dương. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang kết quả cộng hưởng từ và kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân động kinh thùy thái dương, đa số gặp nữ nhiều hơn nam, độ tuổi trung bình 39,2. Với độ nhạy và độ đặc hiệu cao của cộng hưởng từ 3T trong báo cáo này, chúng tôi bàn luận thêm về những sang thương khó chẩn đoán trên MRI như loạn sản vỏ não khu trú, xơ hóa hải mã, u hạch thần kinh đệm, u ngoại bì thần kinh nghịch sản phôi,...

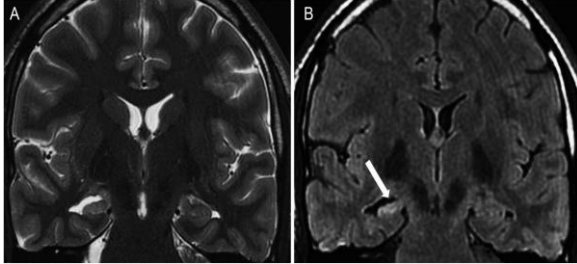
Loạn sản vỏ não khu trú: Dị tật phát triển vỏ não chiếm 10-50% tổng số ca bệnh động kinh ở trẻ em và 4-25% tổng số ca bệnh ở người lớn. Tuy nhiên, dị tật phát triển vỏ não thường gặp nhất ở những bệnh nhân này là loạn sản vỏ não khu trú. Các phát hiện MRI được đánh giá tốt nhất ở mức 3T bao gồm dày cục bộ vỏ não, thay đổi hình thái bề mặt, làm mờ điểm nổi chất xám với chất trắng, tăng cường độ T2 và FLAIR của chất xám và chất trắng và các dải cường độ tín hiệu bất thường từ vỏ não đến não thất bên [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, MRI 1.5T tiêu chuẩn không có protocol động kinh ở các trung tâm không chuyên khoa không phát hiện được tổn thương trong đó MRI 3T phát hiện được tổn thương động kinh rõ ràng. Các phát hiện tương tự đã được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây. Trong một nghiên cứu tiền cứu khác được thực hiện ở người lớn, chứng minh rằng trong gần 60% trường hợp, chụp MRI thông thường không có phương pháp diễn giải chuẩn hóa của bác sĩ thần kinh không phát hiện được tổn thương cấu trúc [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng loạn sản vỏ não khu trú cũng có thể ít bị bỏ sót với MRI 3T, có thể được chuyển hóa ở độ phân giải hình ảnh cao hơn, dẫn đến khả năng loại bỏ tốt hơn.



Hình 1: Loạn sản vỏ não khu trú thái dương phải BN: Đặng Công K.

Xơ hóa hải mã. Loại tổn thương thứ hai được phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi là xơ hóa hải mã. Xơ hóa hải mã đặc trưng bởi sự mất tế bào nơron và thần kinh đệm, là nguyên nhân thường gặp nhất trong động kinh thùy thái dương kháng thuốc. Lát cắt qua mặt

phẳng trán dọc theo chiều dài hải mã là cách tiếp cận tốt nhất phát hiện xơ hóa hải mã, tăng đậm độ trên T2W và teo hải mã. Một phương pháp khác giúp chẩn đoán xơ hóa hải mã là đo thể tích đầu hải mã, độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 100%. Ngoài ra, chúng ta còn có thể thấy tăng tín hiệu trên T2W ở thùy thái dương trước, teo trụ vòm não, thể vú và hồi cạnh hải mã. Việc đo kích thước hồi hải mã và thể tích đầu hải mã rất hữu dụng [4].

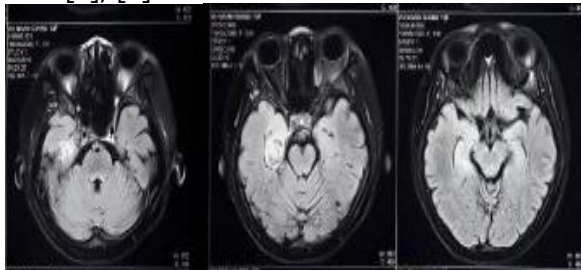


Hình 2: Xơ hóa hải mã phải

BN: Nguyễn Hoàng Quốc H.

Tổn thương tân sinh. Tổn thương tân sinh thường gặp ở thùy thái dương là u tế bào thần kinh đệm, u hạch thần kinh đệm, u ngoại bì thần kinh nghịch sản phôi thường được xem như dị dạng bất thường vỏ não thứ phát trong quá trình biệt hóa tế bào mầm. Những tổn thương tân sinh này thường gây động kinh kháng thuốc.

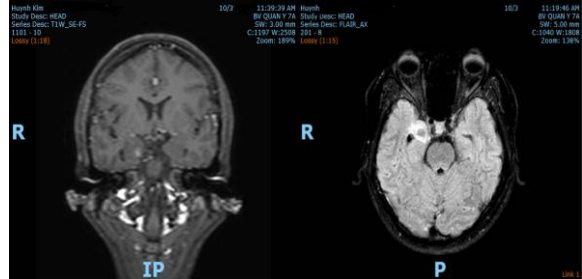
U thần kinh biểu mô nghịch sản phôi là một loại u thần kinh đệm, lành tính, xếp loại I theo WHO, phát sinh từ chất xám vỏ não, thường đi kèm với loạn sản vỏ não (80% các trường hợp). DNET thường là tổn thương sinh động kinh, đặc biệt trong thùy thái dương. Cộng hưởng tử ghi nhận tổn thương vỏ não, không phù xung quanh, giảm đậm độ trên chuỗi xung T1W, có thể bắt cản quang vùng nhân (khoảng 20-30% các trường hợp), tăng đậm độ trên T2W, có hình ảnh can-xi hóa bên trong, có dấu hiệu "gọng kính" trên FLAIR, không hạn chế khuếch tán trên DWI [1], [2].



Hình 3: Cộng hưởng tử trên người bệnh có tổn thương não DNET - BN: Bùi Thị T.

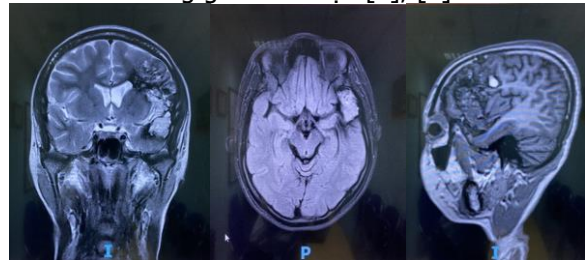
U hạch thần kinh đệm là loại u ít gặp, khoảng 2% u não, thường lành tính. U hạch thần kinh

đệm có đặc điểm đa dạng trên cộng hưởng tử. U là tổ chức đặc đồng nhất và giảm tín đậm độ trên T1W, vùng tổ chức đặc có thể bắt thuốc cản tử, tăng đậm độ trên T2W, phù nhẹ quanh u trên FLAIR, có thể can-xi hóa trong lòng u [1]. Chẩn đoán phân biệt với DNET, u độ ác thấp,...



Hình 4: U độ ác thấp trên phim cộng hưởng tử
BN: Huỳnh Kim T.

Dị dạng mạch máu não. U mạch máu dạng hang thường liên quan đến động kinh cục bộ kháng thuốc, và phẫu thuật cắt bỏ thích hợp trong trường hợp tổn thương duy nhất. U mạch máu dạng hang được phát hiện tốt nhất bằng cách sử dụng MRI. Bốn giai đoạn xuất huyết khác biệt được mô tả. Tổn thương loại 1 tương ứng với xuất huyết bán cấp và xuất hiện tăng tín hiệu T1 nhưng tăng cao hoặc giảm tín hiệu hình T2. Tổn thương loại 2 có một lõi lưới phức hợp được phân định rõ ràng với cường độ tín hiệu hỗn hợp biểu thị nhiều đợt xuất huyết ở các độ tuổi khác nhau, và một vành hemosiderin hoàn toàn đã được ghi nhận trên hình T2. Tổn thương loại 3 là giảm tín hiệu trên T1, T2. Cuối cùng, các tổn thương loại 4 chỉ được quan sát bằng cách sử dụng chuỗi phản xạ gradient hoặc SWI như là các vùng giảm tín hiệu [2], [4].



Hình 5: U mạch máu dạng hang có giá phình trong u

BN: Nguyễn Thị Vân T.

MRI là một trong phương pháp có giá trị nhất giúp định vị thương tổn gây động kinh trước phẫu thuật. Những kỹ thuật tiến bộ đo kích thước hồi hải mã, bề dày vỏ não,... đã góp phần giúp chẩn đoán vị trí, bản chất và nguyên nhân tổn thương chính xác góp phần quan trọng trong điều trị bệnh nhân [1], [2], [3], [4].

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