

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG BUỒN NÔN, NÔN VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GRANISETRON SAU PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP

Nguyễn Đức Anh¹, Nguyễn Ngọc Thạch²,
Trần Đắc Tiệp², Phạm Thị Thanh Huyền³

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

³Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả dự phòng buồn nôn và nôn, các tác dụng không mong muốn của Granisetron sau phẫu thuật tuyến giáp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 80 bệnh nhân tuổi từ 16 trở lên, tình trạng sức khỏe theo phân loại ASA I, II có chỉ định phẫu thuật tuyến giáp dưới gây mê nội khí quản, được chia làm hai nhóm, mỗi nhóm 40 bệnh nhân.

Nhóm Granisetron (G): Ngay trước tiền mê, tiêm tĩnh mạch Granisetron 1mg.

Nhóm Ondansetron (O): Ngay trước tiền mê, tiêm tĩnh mạch Ondansetron 4mg.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn, nôn sau phẫu thuật 6 - 8 giờ và 0 - 24 giờ ở nhóm G tương ứng là 0% và 5% thấp hơn ở nhóm O là 15% và 22,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ đau đầu, chóng mặt, khô miệng, táo bón ở nhóm G tương ứng là 10%; 12,5%; 7,5%; 7,5% và ở nhóm O tương ứng là 15%; 15%; 10%; 17,5% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết luận: Granisetron tiêm tĩnh mạch có hiệu quả dự phòng buồn nôn nôn sau phẫu thuật tuyến giáp với các tác dụng không mong muốn thấp, nhẹ, thoáng qua.

Từ khóa: Buồn nôn và nôn, phẫu thuật tuyến giáp, Granisetron.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effectiveness of prevention from nausea and vomiting, adverse effects of Granisetron after thyroid surgery.

Subjects and methods: 80 cases aged 16 and over with American Society of Anaesthesiologists physical status class I or II having indications for thyroid surgery under endotracheal anesthesia were divided into two groups with 40 cases for each group.

¹ Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Anh, Học viện Quân y

Email: dr.ndanh2501@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/5/2021; Ngày phản biện: 11/6/2021; Ngày duyệt bài: 18/6/2021

Immediately before premedication, patients of each group were intravenously injected with Granisetron 1mg (group G) or Ondansetron 4mg (group O).

Results: *The percentages of nausea and vomiting from 6 to 8 hours (0%), from 0 to 24 hours after surgery (5%) in group G were lower than that in group O (15% and 22.5%), respectively. The difference was statistically significant with $p < 0.05$. The percentages of headache, dizziness, dry mouth, constipation were 10%, 12.5%, 7.5%, 7.5%, respectively in the group G and 15%, 15%, 10%, 17.5%, respectively in group O. The difference was not statistically significant with $p > 0.05$.*

Conclusion: *Intravenous injection Granisetron had effectiveness on prevention from nausea and vomiting after thyroid surgery with low, mild, transient adverse effects.*

Keywords: *Nausea and vomiting, thyroid surgery, Granisetron*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật (BNNSPT) là biến chứng có thể gặp sau gây mê và phẫu thuật với tỷ lệ từ 20 - 30% [1]. Tuy nhiên tỷ lệ BNNSPT có thể tăng lên tới 63 - 84% sau phẫu thuật tuyến giáp (PTTG) [2].

BNNSPT tuyến giáp không được điều trị là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến việc xuất viện chậm trễ hoặc phải mổ cấp cứu sau phẫu thuật do biến chứng chảy máu sau phẫu thuật, máu tụ vùng cổ, chèn ép đường thở gây ức chế hô hấp và đe dọa tính mạng [2]. Do đó, việc dự phòng BNNSPT tuyến giáp là vô cùng cần thiết, góp phần thúc đẩy quá trình hồi phục sau phẫu thuật.

Trước đây có một số loại thuốc chống nôn thường được dùng để kiểm soát BNNSPT tuyến giáp tuy nhiên các thuốc này có một số tác dụng không mong muốn như an thần, triệu chứng ngoại tháp, khô miệng, bồn chồn, nhịp tim nhanh, kéo dài khoảng QT...

Do đó gần đây, nhóm thuốc dự phòng nôn đối kháng thụ thể 5-HT₃ như Ondansetron đang được áp dụng rộng rãi trong dự phòng BNNSPT tuyến giáp. Tuy

nhien. hiện nay Granisetron một thuốc dự phòng nôn cũng thuộc nhóm đối kháng thụ thể 5-HT₃ cho thấy hiệu quả cao hơn Ondansetron trong dự phòng BNNSPT tuyến giáp với thời gian tác dụng dài hơn [3].

Tuy nhiên, cho đến nay tại Việt nam vẫn chưa có công bố về tác dụng dự phòng buồn nôn, nôn của Granisetron sau phẫu thuật tuyến giáp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả dự phòng buồn nôn, nôn và các tác dụng không mong muốn của Granisetron sau phẫu thuật tuyến giáp.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân (BN) điều trị tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực (PTLN) / Bệnh viện Quân y 103 có chỉ định phẫu thuật tuyến giáp dưới gây mê nội khí quản (NKQ) tại phòng mổ từ tháng 9/2020 đến tháng 4/2021.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu, không có chống chỉ định sử dụng Granisetron, Ondansetron, Metoclopramid.

* Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai hoặc cho con bú, có triệu chứng buồn nôn hoặc nôn trước mổ, có bệnh lý thần kinh kèm theo, tiền sử có rối loạn nhịp tim, Q-T kéo dài, bệnh tâm thần, suy gan, suy thận, đái tháo đường, điều trị mãn tính với một chất đối kháng thụ thể 5HT₃.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

* Chọn cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện và chúng tôi lựa chọn được 80 bệnh nhân, chia thành hai nhóm, mỗi nhóm 40 bệnh nhân

Nhóm G: Ngay trước tiền mê, tiêm tĩnh mạch (TM) Granisetron 1mg.

Nhóm O: Ngay trước tiền mê, tiêm tĩnh mạch Ondansetron 4mg.

* Chuẩn bị thuốc, phương tiện: Granisetron ống 1mg/ml (Công ty Dược phẩm CPC1 Việt Nam), Ondansetron ống 8mg/4ml (Công ty Hameln, Đức), Metoclopramid ống 10mg/2ml (Công ty dược phẩm Vĩnh phúc, Việt nam), máy theo dõi các chỉ số sinh tồn, thuốc và các phương tiện, trang bị sử dụng trong gây mê hồi sức.

* Tiến hành: Tất cả bệnh nhân ở 2 nhóm đều được gây mê NKQ theo cùng một phác đồ.

- Tại phòng mổ bệnh nhân được lắp đặt các thiết bị theo dõi và đặt đường truyền tĩnh mạch (TM) ngoại vi với kim lùn 20G. Ngay trước tiền mê, ở nhóm G tiêm TM Granisetron 1mg và ở nhóm O tiêm TM Ondansetron 4mg. Tiền mê được thực hiện bằng tiêm TM Atropin 0,25mg và Solumedron 40mg.

- Khởi mê được thực hiện bằng tiêm TM Fentanyl 2 - 5mcg/kg, Propofol 1,5 -

2,5mg/kg và Esmeron 0,6 - 0,8 mg/kg. Khi bệnh nhân đạt đủ độ mê, độ giãn cơ, tiến hành đặt ống NKQ kích cỡ phù hợp qua miệng.

- Duy trì mê bằng Sevofluran 1 - 3%, tiêm TM Fentanyl 1mcg/kg sau mỗi 30 phút, tiêm TM Esmeron 30mg theo đáp ứng trên lâm sàng. Trước khi đóng da 30 phút tiêm TM thuốc giảm đau Kerotolac 30mg. Trước khi kết thúc phẫu thuật 30 phút, không bổ sung Fentanyl, Esmeron.

- Khi phẫu thuật kết thúc ngừng Sevofluran và tiến hành giải giãn cơ bằng tiêm TM hỗn hợp Neostigmin 40mcg/kg và Atropin 15mcg/kg. Khi bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn rút ống NKQ, sẽ rút ống NKQ và chuyển bệnh nhân về buồng hậu phẫu khoa phẫu thuật lồng ngực.

- Ở khoa PTLN: Khi bệnh nhân đau tương ứng với điểm đau VAS (visual analogue scale - thang điểm đau đồng dạng nhìn) ≥ 4 , bệnh nhân sẽ được tiêm bắp Disomic 50mg (Dexketoprofen trometamol 50mg/2ml)

* Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê, liều lượng thuốc và thể tích dịch truyền sử dụng trong và 24 giờ sau phẫu thuật

- Hiệu quả dự phòng buồn nôn và nôn:

+ Điểm Apfel cho các yếu tố nguy cơ BNNSPT gồm nữ -1 điểm, không hút thuốc lá -1 điểm, tiền sử buồn nôn nôn phẫu thuật trước đó hoặc say tàu xe - 1 điểm, sử dụng giảm đau nhóm opioid sau mổ - 1 điểm. Tổng điểm thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 4 điểm.

+ Tỷ lệ buồn nôn và nôn tại các thời điểm trong 24 giờ sau phẫu thuật

+ Mức độ BNNSPT ở mỗi nhóm được đánh giá dựa vào thang điểm của Pang W.W. và cộng sự (2000) [4] với 0 điểm - không buồn nôn, nôn; 1 điểm - buồn nôn dưới 10 phút và hoặc nôn một lần duy nhất, không cần điều trị; 2 điểm - buồn nôn kéo dài > 10 phút và hoặc nôn hai lần, nhưng không cần điều trị; 3 điểm - buồn nôn kéo dài > 10 phút và hoặc nôn > 2 lần, cần điều trị; 4 điểm - buồn nôn hoặc nôn khó chữa không đáp ứng với điều trị.

+ Số lần “giải cứu nôn” đã sử dụng trong 24 giờ sau phẫu thuật ở mỗi nhóm. Tiến hành “giải cứu nôn” khi điểm buồn nôn, nôn ≥ 3 bằng tiêm tĩnh mạch Metoclopramid 10mg x 1 ống, lặp lại sau 6 giờ nếu điểm buồn nôn, nôn vẫn ≥ 3 .

- Các tác dụng không mong muốn (TDKMM) trong 24 giờ sau phẫu thuật ở hai nhóm bao gồm đau đầu, chóng mặt, táo bón, khô miệng,...

- Thời điểm nghiên cứu:

+ H0: Thời điểm ngay sau rút ống NKQ, H2, H4, H6, H8, H12, H24 là thời điểm tương ứng với thời gian sau rút ống NKQ 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 24 giờ.

+ H0-2: Thời gian ngay sau rút ống NKQ đến 2 giờ sau rút ống NKQ; H2-4, H4-6, H6-8, H8-12, H12-24: Thời gian sau rút ống NKQ tương ứng từ 2 giờ đến 4 giờ, từ 4 giờ đến 6 giờ, từ 6 giờ đến 8 giờ, từ 8 giờ đến 12 giờ, từ 12 giờ đến 24 giờ, H0-24: Thời gian ngay sau rút ống NKQ đến 24 giờ sau rút ống NKQ.

* Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0 và được biểu diễn dưới dạng giá trị tối đa, tối thiểu, $\bar{X} \pm SD$, tần suất, tỷ lệ %. So sánh hai giá trị trung bình của hai nhóm bằng kiểm định T-test và so sánh hai tỷ lệ bằng kiểm định chi bình phương, $p < 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm chung		Nhóm G (n = 40)	Nhóm O (n = 40)	p
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$	46,20 $\pm$ 12,18	50,20 $\pm$ 11,85	> 0,05
	Min - Max	25 - 77	20 - 67	
Chiều cao (cm)	$\bar{X} \pm SD$	157,13 $\pm$ 7,44	156,63 $\pm$ 5,82	
	Min - Max	146 - 175	150 - 170	
Cân nặng (kg)	$\bar{X} \pm SD$	53,73 $\pm$ 7,99	53,95 $\pm$ 7,87	
	Min - Max	40 - 78	41 - 74	
Nữ (%)		87,5	85	

Nhận xét: Tuổi, giới, chiều cao, cân nặng giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật

Nhóm		Nhóm G (n = 40)	Nhóm O (n = 40)	p
Thời gian (phút)				
Thời gian phẫu thuật	$\bar{X} \pm SD$	68,38 $\pm$ 11,57	66,53 $\pm$ 15,85	> 0,05
	Min - Max	55 - 100	50 - 110	
Thời gian gây mê	$\bar{X} \pm SD$	76,07 $\pm$ 11,59	74,65 $\pm$ 16,29	
	Min - Max	62 - 105	60 - 120	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Liều lượng thuốc và thể tích dịch truyền sử dụng trong phẫu thuật

Nhóm		Nhóm G (n = 40)	Nhóm O (n = 40)	p
Chỉ tiêu				
Propofol (mg)	$\bar{X} \pm SD$	114,25 $\pm$ 18,66	114,00 $\pm$ 25,09	> 0,05
	Min - Max	70 - 160	80 - 200	
Fentanyl (mcg)	$\bar{X} \pm SD$	288,00 $\pm$ 61,53	277,50 $\pm$ 43,78	
	Min - Max	250 - 500	250 - 450	
Sevofluran (ml)	$\bar{X} \pm SD$	17,05 $\pm$ 4,04	16,15 $\pm$ 3,18	
	Min - Max	11 - 25	10 - 24	
Thể tích dịch truyền (ml)	$\bar{X} \pm SD$	2087,5 $\pm$ 597,94	2050 $\pm$ 490,94	
	Min - Max	1500 - 3500	1500 - 3500	

Nhận xét: Liều lượng thuốc mê, thuốc giảm đau, thể tích dịch truyền sử dụng trong phẫu thuật giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân theo điểm Apfel ở hai nhóm

Nhóm	Nhóm G (n = 40)		Nhóm O (n = 40)		p
	Số lượng bệnh nhân	%	Số lượng bệnh nhân	%	
0	5	12,5	2	5	> 0,05
1	0	0	3	7,5	> 0,05
2	11	27,5	16	40	> 0,05
3	24	60	19	47,5	> 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân theo điểm Apfel tương ứng giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn và nôn tại các thời điểm sau phẫu thuật

Thời điểm	Nhóm G (n = 40)		Nhóm O (n = 40)		p
	Số lượng bệnh nhân	%	Số lượng bệnh nhân	%	
H0	0	0	0	0	$> 0,05$
H0-2	1	2,5	1	2,5	$> 0,05$
H2-4	0	0	0	0	$> 0,05$
H4-6	0	0	0	0	$> 0,05$
H6-8	0	0	6	15	$< 0,05$
H8-12	0	0	1	2,5	$> 0,05$
H12-24	1	2,5	2	5	$> 0,05$
H0-24	2	5	9	22,5	$< 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân BNNSPT ở nhóm G thấp hơn nhóm O tại thời điểm H6-8 và H0-24, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. Điểm buồn nôn, nôn trong 24 giờ sau phẫu thuật

Nhóm Điểm buồn nôn, nôn 24 giờ sau phẫu thuật	Nhóm G (n = 40)		Nhóm O (n = 40)		p
1	0	0	2	5	$> 0,05$
2	0	0	0	0	$> 0,05$
3	2	5	6	15	$> 0,05$
4	0	0	0	0	$> 0,05$

Nhận xét: Điểm buồn nôn, nôn trong 24 giờ sau phẫu thuật giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 7. Số lần “giải cứu nôn” ở hai nhóm

Nhóm Số lần “giải cứu nôn”	Nhóm G (n = 40)		Nhóm O (n = 40)		p
	Số lượng bệnh nhân	%	Số lượng bệnh nhân	%	
1 lần	2	5	6	15	$> 0,05$
2 lần	0	0	1	2,5	$> 0,05$

Nhận xét: Số lần “giải cứu nôn” giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 8. Tác dụng không mong muốn (TDKMM)

Nhóm TDKMM	Nhóm G (n = 40)		Nhóm O (n = 40)		p
	Số lượng bệnh nhân	%	Số lượng bệnh nhân	%	
Đau đầu	4	10	6	15	$> 0,05$
Chóng mặt	5	12,5	6	15	$> 0,05$
Khô miệng	3	7,5	4	10	$> 0,05$
Táo bón	3	7,5	7	17,5	$> 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn trong 24 giờ sau phẫu thuật giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả dự phòng BNNSPT tuyến giáp của Granisetron

Đặc điểm của hai nhóm nghiên cứu tương đồng nhau với tỷ lệ nữ giới phải can thiệp phẫu thuật tuyến giáp cao hơn nam. Thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê, liều lượng thuốc và thể tích dịch truyền sử dụng trong phẫu thuật giữa hai nhóm cũng như yếu tố nguy cơ tính theo thang điểm Apfel của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê (bảng 1,2,3,4).

Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Apfel bằng 3 chiếm nhiều nhất, cụ thể ở nhóm G là 60% và nhóm O là 47,5%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 4). Trên bệnh nhân có điểm Apfel bằng 3, tỷ lệ BNNSPT có thể lên tới 79% [5]. Thời gian phẫu thuật cũng là yếu tố ảnh hưởng đến BNNSPT do phải tăng sử dụng liều lượng thuốc mê, thuốc giảm đau khi phẫu thuật kéo

dài. Tong.J. Gan và cộng sự (2003) đã nhận thấy khi thời gian phẫu thuật kéo dài thêm mỗi 30 phút, tỷ lệ BNNSPT tăng 60% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng gây mê nội khí quản với duy trì mê bằng thuốc mê đường hô hấp Sevofluran, thuốc giảm đau trong phẫu thuật bằng Fentanyl thuộc nhóm opioid. Việc sử dụng hai thuốc này góp phần gia tăng tỷ lệ BNNSPT so với khi duy trì mê bằng thuốc mê đường tĩnh mạch Propofol, cụ thể tỷ lệ BNNSPT ở nhóm O trong 24 giờ sau phẫu thuật là 22,5% (bảng 5) cao hơn Nguyễn Thanh Tú và cộng sự (2011) khi gây mê nội khí quản bằng các thuốc mê đường tĩnh mạch trong phẫu thuật tuyến giáp gặp tỉ lệ buồn nôn và nôn là 20% trong 72 giờ sau phẫu thuật [7].

Mặc dù trước đây có một số loại thuốc chống nôn như Atropin, Dimedrol, Droperidol... đã được dùng để kiểm soát BNNSPT tuyến giáp tuy nhiên các thuốc này có một số tác dụng phụ như an thần, triệu chứng ngoại tháp, bồn chồn, nhịp tim nhanh, kéo dài khoảng QT. Do đó, hiện nay các thuốc trên ít được sử dụng mà nhóm thuốc đối kháng thụ thể 5-HT₃ với đặc tính hiệu

quả cao trong dự phòng buồn nôn nôn cũng như không có các tác dụng phụ nêu trên đang được áp dụng rộng rãi để dự phòng BNNSPT tuyến giáp.

Ondansetron và Granisetron đều là thuốc đối kháng thụ thể 5-HT₃, tác động của các thuốc này trong việc dự phòng BNNSPT liên quan tới cả cơ chế trung ương và ngoại vi. Ở trung ương, thuốc phong bế thụ thể Serotonin ở vùng nhạy cảm thụ thể hóa học (chemoreceptor trigger zone - CTZ) ở sán não thất IV của hệ thần kinh trung ương. Ở ngoại vi, các thuốc này phong bế thụ thể serotonin ở hệ thống dạ dày ruột, giúp ngăn ngừa tác động của serotonin và ức chế hội chứng nôn [2]. Tuy nhiên, Granisetron có ái lực cao và đặc hiệu hơn so với Ondansetron đối với các thụ thể 5-HT₃ và thời gian bán thải trong huyết tương của Granisetron là 9 giờ ở người lớn dài hơn Ondansetron là 4 giờ ở người lớn [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù liều lượng các thuốc mê, thuốc giảm đau sử dụng trong phẫu thuật giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 3) tuy nhiên tỷ lệ BNNSPT ở nhóm G thấp hơn nhóm O tại thời điểm H6-8 và H0-24, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 5).

Như vậy, Granisetron có tác dụng dự phòng BNNSPT vượt trội hơn Ondansetron trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Tỷ lệ BNNSPT của chúng tôi trong nhóm G sau phẫu thuật 6 giờ và 12 giờ đều thấp hơn Metaxari M và cộng sự (2011) khi các tác giả này cũng đã sử dụng Granisetron dự phòng BNNSPT tuyến giáp và thông báo tỷ lệ buồn nôn

sau phẫu thuật 6 giờ, 12 giờ tương ứng là 26%, 18% và tỷ lệ nôn sau phẫu thuật 6 giờ và 12 giờ tương ứng là 10% và 6% [8]. Liều lượng Granisetron 1mg tiêm tĩnh mạch mà chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu này dựa trên kết quả của A.J.Wilson và cộng sự (1996) khi thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên, có đối chứng với các liều lượng granisetron 0,1mg; 1mg; 3mg. Các tác giả này đã nhận thấy rằng liều lượng Granisetron tối ưu là 1mg [9].

4.2. Tác dụng không mong muốn

Các TDKMM 24 giờ sau phẫu thuật bao gồm đau đầu, chóng mặt, khô miệng, táo bón ở nhóm G lần lượt là 10%; 12,5%; 7,5%; 7,5% trong khi ở nhóm O lần lượt là 15%; 15%; 10%; 17,5% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 8). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Abhishek Kumar Barnwal và cộng sự (2014) khi so sánh hiệu quả dự phòng BNNSPT của granisetron so với ondansetron ở các bệnh nhân gây mê đã nhận thấy nhóm granisetron chỉ có 3,33% chóng mặt và 10% đau đầu, trong khi nhóm odansetron có tỷ lệ 6,67% chóng mặt và 13,33% đau đầu [10].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp được tiêm tĩnh mạch Granisetron 1mg ngay trước tiền mê, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ buồn nôn, nôn trong 6 - 8 giờ và trong 24 giờ sau phẫu thuật tương ứng là 0% và 5% thấp hơn so với nhóm sử dụng Odansetron tương ứng là 15% và 22,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn bao gồm đau đầu, chóng mặt, khô miệng, táo bón tương ứng là 10%; 12,5%; 7,5%; 7,5%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng ondansetron ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim, S., et al.**, Comparison of ramosetron with ondansetron for prevention of postoperative nausea and vomiting in patient under going gynaecological surgery. *British journal of anaesthesia*, 2009. **103**(4): p. 549-553.
2. **Fujii, Y.**, The benefits and risks of different therapies in preventing postoperative nausea and vomiting in patients undergoing thyroid surgery. *Curr Drug Saf.*, 2008. **3**: p. 27-34.
3. **Biby, M.K. and N. Veena**, Comparison of ondansetron, granisetron and dexamethasone for prevention of postoperative nausea and vomiting in thyroidectomy patients in our rural tertiary care center. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 2017. **6**(33): p. 2692-2697.
4. **Pang, W.-W., et al.**, Intraoperative loading attenuates nausea and vomiting of tramadol patient-controlled analgesia. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2000. **47**(10): p. 968-973.
5. **Apfel, C.C. and N. Roewer**, Risk assessment of postoperative nausea and vomiting. *Int Anesthesiol Clin*, 2003. **41**(4): p. 13-32.
6. **Gan, T.J., et al.**, Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 2003. **97**(1): p. 62-71.
7. **Nguyễn Thanh Tú**, Đánh giá hiệu quả thông khí của mask thanh quản proseal trong gây mê phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp. Luận văn Tốt nghiệp Bác sỹ Chuyên khoa II. Học viện Quân y, 2011.
8. **Metaxari, M., et al.**, Antiemetic prophylaxis in thyroid surgery: a randomized, double-blind comparison of three 5-HT₃ agents. *J Anesth*, 2011. **25**(3): p. 356-62.
9. **Wilson, A., et al.**, Single-dose iv granisetron in the prevention of postoperative nausea and vomiting. *British journal of anaesthesia*, 1996. **76**(4): p. 515-518.
10. **Barnwal, A.K., et al.**, Efficacy of granisetron compared to ondansetron as prophylactic antiemetic in general anaesthesia. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 2014. **3**(67): p. 14458-14467.