COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTING VOMITING AND NAUSEA OF GRANISETRON COMBINED WITH DEXAMTHASONE WITH ONDANSETRON COMBINED WITH DEXAMETHASONE AFTER TOTAL MASTECTOMY AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Vu Dinh Tuyen*, Ha Kim Hao

Hanoi Oncology Hospital - 42A Thanh Nhan, Bach Mai ward, Hanoi, Vietnam

Received: 23/9/2025
Reviced: 15/10/2025; Accepted: 22/10/2025

ABSTRACT

Objective: To compare the efficacy of Granisetron combined with Dexamethasone regimen and Ondansetron combined with Dexamethasone regiment in preventing postoperative nausea and vomiting within the first 24 hours after total mastectomy and to evaluate the adverse effects of the two regimens.

Subjects and methods: The study was conducted on patients undergoing total mastectomy with ASA physical status I and II at Hanoi Oncology Hospital. Eligible patients were randomly assigned to two groups: one group received Ondansetron 4 mg combined with Dexamethasone 4 mg for postoperative nausea and vomiting, while one group received Granisetron 1 mg combined with Dexamethasone 4 mg. The frequency and severity of nausea and vomiting, as well as adverse effects within 24 hours postoperatively, were assessed using the Klockgether-Radke scale. Collected data were analyzed using SPSS version 16.

Results: A total of 60 patients were enrolled, with 30 patients in each group. Granisetron combined with Dexamethasone regimen and Ondansetron combined with Dexamethasone regimen were equivalently effective in preventing postoperative nausea and vomiting. In group Granisetron combined with Dexamethasone, 2 patients (6.7%) experienced postoperative vomiting, lower than in group Ondansetron combined with Dexamethasone with 4 patients (13.3%) ($p > 0.05$). Headache occurred in 2 patients (6.7%) in each group, while dizziness was observed in 2 patients (6.7%) in group Ondansetron combined with Dexamethasone and 4 patients (13.3%) in group Granisetron combined with Dexamethasone.

Conclusion: Granisetron or Ondansetron in combination with Dexamethasone showed equivalent efficacy in preventing postoperative nausea and vomiting, and adverse effects of both regimens were few in this study.

Keywords: Nausea, vomiting, mastectomy, Ondansetron, Granisetron.

*Corresponding author
Email: tuyenubhn2024@gmail.com **Phone**: (+84) 975073770 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3596

SO SÁNH HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG NÔN, BUỒN NÔN CỦA GRANISETRON KẾT HỢP DEXAMTHASONE VỚI ONDANSETRON KẾT HỢP DEXAMETHASONE SAU PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Vũ Đình Tuyển*, Hà Kim Hảo

Bệnh viện Ung bướu Hà Nội - 42A Thanh Nhàn, phường Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025
Ngày chỉnh sửa: 14/10/2025; Ngày duyệt đăng: 22/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ của phác đồ Granisetron kết hợp Dexamthasone với Ondansetron kết hợp Dexamethason sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú trong 24 giờ đầu sau mổ. Nhận xét các tác dụng không mong muốn của hai phác đồ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú có ASA I-II tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Các bệnh nhân đáp ứng tiêu chí lựa chọn được phân ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm: một nhóm được dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ bằng Ondansetron 4 mg kết hợp Dexamethason 4 mg; một nhóm được dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ bằng Granisetron 1 mg và Dexamethason 4 mg. Số lần, mức độ buồn nôn và nôn, các tác dụng không mong muốn trong giai đoạn 24 giờ sau phẫu thuật được đánh giá theo thang điểm Klockgether-Radke.

Kết quả: Nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân, mỗi nhóm có 30 bệnh nhân. Granisetron kết hợp Dexamethasone có tác dụng tương đương Ondansetron kết hợp Dexamethasone trong dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ, trong đó có 2 bệnh nhân của nhóm Granisetron kết hợp Dexamethasone, chiếm tỷ lệ 6,7% có nôn sau mổ, thấp hơn nhóm Ondansetron kết hợp Dexamethasone có 4 bệnh nhân (13,3%) nôn sau mổ (p > 0,05). Có 2 bệnh nhân (6,7%) đau đầu ở mỗi nhóm, chóng mặt xảy ra ở 2 bệnh nhân (6,7%) nhóm Ondansetron kết hợp Dexamethasone và 4 bệnh nhân (13,3%) nhóm Granisetron kết hợp Dexamethasone.

Kết luận: Granisetron hoặc Ondansetron kết hợp với Dexamethasone có hiệu quả tương đương về tác dụng dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ và ít gặp tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu này.

Từ khóa: Nôn, buồn nôn, mổ cắt tuyến vú, Ondansetron, Granisetron.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau phẫu thuật, nôn và buồn nôn là phiền nạn gây khó chịu nhất cho bệnh nhân, chỉ đứng sau tình trạng đau. Trong gây mê toàn thân, nôn là mối nguy hiểm cho những bệnh nhân chưa thoát mê hoàn toàn, đang ở trạng thái lơ mơ, giảm hoặc mất phản xạ bảo vệ đường thở, tăng nguy cơ biến chứng trào ngược chất nôn vào phổi gây suy hô hấp nhanh chóng. Giai đoạn hậu phẫu, buồn nôn và nôn làm tăng nguy cơ bục, chảy máu vết mổ, rối loạn nước-điện giải, tăng áp lực nội sọ... ảnh hưởng đến sự hồi phục của bệnh nhân, tăng thời gian nằm viện và chi phí điều trị. Đồng thuận hướng dẫn quản lý nôn, buồn nôn sau mổ lần thứ 4 của Gan T.J và cộng sự [1], đã tiếp tục khuyến cáo sử dụng phác đồ kết hợp các thuốc chống nôn thuộc các nhóm thuốc khác nhau cho các bệnh nhân có nguy cơ cao.

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào so sánh hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ của phác đồ Granisetron kết hợp Dexamethasone với phác đồ Ondansetron kết hợp Dexamethasone trên đối tượng bệnh nhân phẫu thuật vú, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu so sánh hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn của Granisetron kết hợp Dexamthasone với Ondansetron kết hợp

*Tác giả liên hệ
Email: tuyenubhn2024@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 975073770 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3596**

Dexamethasone sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, nhằm 2 mục tiêu: so sánh hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn của phác đồ Granisetron 1 mg kết hợp Dexamethasone 4 mg với phác đồ Ondansetron 4 mg kết hợp Dexamethasone 4 mg sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú trong 24 giờ đầu sau mổ; nhận xét các tác dụng không mong muốn của Granisetron và Ondansetron.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2024 tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân ≥ 16 tuổi; phân loại ASA I-II; phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú; không dùng thuốc chống nôn trước phẫu thuật, đồng ý hợp tác nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: chống chỉ định sử dụng các thuốc dùng trong nghiên cứu; nôn và buồn nôn trước mổ; đang điều trị thuốc Steroid, chống dị ứng, chống nôn, hướng thần, hóa chất; đái tháo đường không ổn định, suy tim, nhịp tim chậm, QT kéo dài trên điện tâm đồ; tai biến phẫu thuật như chảy máu...; không thực hiện đúng theo quy trình gây mê và thu thập dữ liệu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Gan T.J và cộng sự so sánh hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ phụ khoa của liều thấp Granisetron 1 mg kết hợp Dexamethasone 8 mg (nhóm G) với Ondansetron 4 mg kết hợp Dexamethasone 8 mg (nhóm O). Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 49% ở nhóm O và 46% ở nhóm G [1].

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right)^2}{\Delta^2}$$

Cỡ mẫu tính được là n = 27,1 bệnh nhân, làm tròn là 30 bệnh nhân mỗi nhóm.

2.5. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Khám bệnh nhân trước gây mê: đánh giá chung tình trạng bệnh nhân (tuổi, cân nặng, chiều cao, ASA, tiền sử bệnh tật, khám toàn thân, kiểm tra các xét nghiệm cận lâm sàng, điểm Apfel).

- Các bước tiến hành: lựa chọn ngẫu nhiên bệnh nhân vào các nhóm theo phương thức bốc thăm.

Trước khởi mê: tiêm tĩnh mạch 4 mg Dexamethasone.

Khởi mê: Fentanyl 2 µg/kg tiêm tĩnh mạch chậm, 3 phút trước khi tiêm Propofol 2 mg/kg, Esmeron 0,6 mg/kg.

Duy trì mê: Sevofluran 1,5-3%, nhắc lại Fentanyl tĩnh mạch 1 µg/kg cách khoảng 30 phút.

Thời điểm đóng da: nhóm O tiêm tĩnh mạch 4 mg Ondansetron, nhóm G tiêm tĩnh mạch 1 mg Granisetron.

Thoát mê: rút mask thanh quản khi đủ điều kiện, ghi số lượng thuốc, dịch truyền sử dụng trong phẫu thuật, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật của mỗi bệnh nhân.

Giai đoạn sau mổ: theo dõi toàn trạng bệnh nhân, đau, chảy máu sau phẫu thuật. Theo dõi, đánh giá, điều trị: buồn nôn, nôn, các tác dụng không mong muốn trong 24 giờ đầu tiên sau phẫu thuật.

- Các thời điểm thu thập số liệu: sau rút mask thanh quản 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 12 giờ và 24 giờ.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Đánh giá số lần, mức độ buồn nôn và nôn, các tác dụng không mong muốn trong giai đoạn 24 giờ sau phẫu thuật được đánh giá theo thang điểm Klockgether-Radke. Các số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

- Các phép kiểm định có p < 0,05 được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Ung bướu Hà Nội thông qua.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thời gian gây mê, phẫu thuật

Thời gian		Nhóm O (n = 30)	Nhóm G (n = 30)	p
Thời gian gây mê	$\bar{X}$ ± SD (phút)	84,7 ± 13,6	85,8 ± 14,9	> 0,05
	Min-max (phút)	70-120	65-120	
Thời gian phẫu thuật	$\bar{X}$ ± SD (phút)	58,2 ± 13,9	57,5 ± 11,9	> 0,05
	Min-max (phút)	45-90	40-95	

Bảng 1 cho thấy thời gian gây mê, phẫu thuật giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 2. Lượng thuốc, dịch truyền sử dụng trong và sau phẫu thuật

Thuốc, dịch truyền		Nhóm O (n = 30)	Nhóm G (n = 30)	p
Fentanyl	$\bar{X}$ ± SD (mcg)	201,7 ± 24,5	208,3 ± 29,6	> 0,05
	Min-max (mcg)	200-250	200-250	
Propofol	$\bar{X}$ ± SD (mg)	114,7 ± 16,6	115,0 ± 14,8	> 0,05
	Min-max (mg)	80-130	90-150	
Rocuronium	$\bar{X}$ ± SD (mg)	14,8 ± 3,3	14,7 ± 4,1	> 0,05
	Min-max (mg)	10-15	10-15	
Ephedrin	$\bar{X}$ ± SD (mg)	8,5 ± 2,3	6,8 ± 3,1	> 0,05
	Min-max (mg)	6-9	3-9	
Thể tích dịch truyền trong mổ	$\bar{X}$ ± SD (ml)	666,7 ± 239,7	766,7 ± 253,7	> 0,05
	Min-max (ml)	500-1000	500-1000	
Thể tích dịch truyền sau mổ	$\bar{X}$ ± SD (ml)	1166,7 ± 239,7	1216,7 ± 252,0	> 0,05
	Min-max (ml)	1000-1500	1000-1500	

Bảng 2 cho thấy lượng thuốc dùng trong gây mê, lượng dịch truyền trong và sau mổ của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân 2 nhóm theo số lượng yếu tố nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ của Apfel.

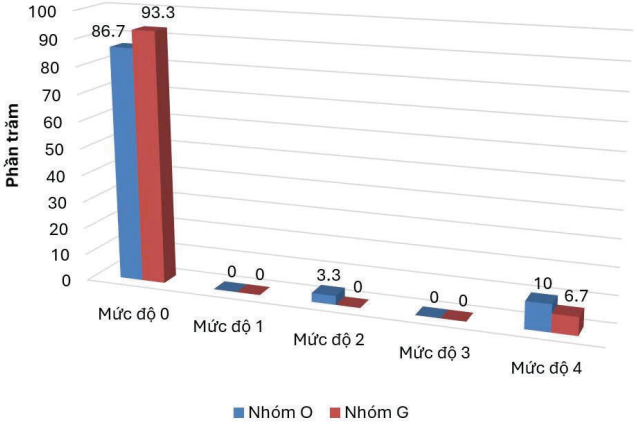
Điểm Apfel	Nhóm O (n = 30)		Nhóm G (n = 30)		p
	n	%	n	%	
1	0	0	0	0	> 0,05
2	17	56,7	19	63,3	
3	13	43,3	11	36,7	
4	0	0	0	0	

Bảng 3 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về sự phân bố bệnh nhân theo số lượng yếu tố nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ (p > 0,05).

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân nôn, buồn nôn sau mổ của hai nhóm

Biểu hiện	Nhóm O (n = 30)		Nhóm G (n = 30)		p
	n	%	n	%	
Buồn nôn	1	3,3	0	0	> 0,05
Nôn	3	10,0	2	6,7	> 0,05
Tổng số	4	13,3	2	6,7	> 0,05

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ của nhóm O và nhóm G khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân nôn, buồn nôn của hai nhóm theo mức độ phân loại Klockgether-Radke

Biểu đồ 1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về mức độ nôn, buồn nôn (p > 0,05).

Bảng 5. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm O (n = 30)		Nhóm G (n = 30)		p
	n	%	n	%	
Đau đầu	2	6,7	4	13,3	> 0,05
Chóng mặt	2	6,7	2	6,7	> 0,05
Rối loạn nhịp tim	0	0	0	0	> 0,05
Khô miệng	0	0	0	0	> 0,05
Rối loạn tiêu hóa (táo bón, tiêu chảy)	0	0	0	0	> 0,05

Bảng 5 cho thấy tỷ lệ đau đầu, chóng mặt sau mổ gặp ở hai nhóm là tương đương nhau với p > 0,05. Không có bệnh nhân nào xuất hiện rối loạn nhịp tim, khô miệng, táo bón, tiêu chảy.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Gan T.J và cộng sự [1] khi thời gian

phẫu thuật ung thư vú trung bình là 53 phút, ngắn nhất là 15 phút, dài nhất là 130 phút. Tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, phẫu thuật vú là phẫu thuật thường quy, nên thời gian phẫu thuật có thể ngắn hơn các trung tâm khác. Thời gian gây mê kéo dài làm tăng nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ. Apfel C.C và cộng sự thấy rằng, tăng thêm 30 phút phẫu thuật thì tăng nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ thêm 60% [2]. Lượng Fentanyl sử dụng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 201,7 ± 24,5 mcg ở nhóm O và 208,3 ± 29,6 mcg ở nhóm G, từ 3-4 mcg/kg. Một nghiên cứu trên 80 phụ nữ trải qua các can thiệp phụ khoa, được chia ngẫu nhiên để nhận Fentanyl hoặc Ketorolac trong phẫu thuật, cho thấy nhóm nhận Fentanyl có nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật cao hơn (84% so với 56%, p < 0,05) và tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ cần can thiệp cao hơn (29% so với 10%, p < 0,05). Bệnh nhân cần dùng liều cao Fentanyl trong mổ cũng thường kèm với nguy cơ cần dùng liều Morphin để giảm đau sau mổ cao hơn, dẫn tới nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ cao hơn nên có thể dùng để hướng dẫn dự phòng nôn, buồn nôn sau mổ. Lượng dịch truyền lớn trong phẫu thuật có thể làm tăng nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ. Điều này có thể liên quan đến việc dịch truyền quá nhiều gây ra căng dạ dày, thay đổi áp lực nội sọ hoặc làm giảm tưới máu ở đường tiêu hóa. Ngược lại, dịch truyền trong mổ quá ít, thêm với việc nhịn đói qua đêm, tác dụng của các thuốc gây mê, mất máu, mất dịch dẫn đến giảm thể tích lòng mạch, hạ huyết áp hoặc thiếu tưới máu ruột, gây giải phóng nhiều serotonin, cũng làm tăng nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ. Nhìn chung, việc quản lý dịch truyền trong phẫu thuật là một yếu tố quan trọng trong việc kiểm soát và phòng ngừa nôn, buồn nôn sau mổ, nhưng cần phải thực hiện một cách cẩn thận và có sự điều chỉnh dựa trên tình trạng của từng bệnh nhân.

Cả hai nhóm đều duy trì mê trong mổ bằng thuốc mê bốc hơi Sevoflurane 2-3%, do vậy lượng thuốc mê sử dụng trong mổ giữa hai nhóm là tương tự nhau. Thuốc mê bốc hơi là nguyên nhân hàng đầu gây nôn sớm sau phẫu thuật. Do đó, đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao nôn, buồn nôn sau mổ, việc tránh sử dụng gây mê bốc hơi sẽ hợp lý hơn so với chỉ đơn giản là thêm thuốc chống nôn, mặc dù thuốc chống nôn vẫn có thể cần thiết để ngăn ngừa hoặc điều trị nôn muộn [3]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nữ giới và tất cả bệnh nhân không có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào. Bệnh nhân nữ có nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ cao hơn đáng kể so với nam giới. Trong nghiên cứu của Sinclair D.R và cộng sự, nữ giới là yếu tố mạnh nhất gia tăng nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ với tỷ suất chênh OR = 3 [3]. Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng, những người hút thuốc lá ít bị nôn, buồn nôn sau mổ hơn những người không hút thuốc, điều này có thể do ảnh hưởng đến hệ dopaminergic hoặc là tăng enzym của gan, đặc biệt là P450 có tác dụng phân hủy thuốc và đẩy nhanh quá trình bài tiết thuốc mê theo Chimbira W và cộng sự [4]. Hầu hết các hệ thống tính điểm rủi ro nôn, buồn nôn sau mổ đều bao gồm tình trạng không hút thuốc như một yếu tố nguy cơ.

Theo kết quả của chúng tôi thì các bệnh nhân đều có ít nhất 2 yếu tố nguy cơ trở lên. Phân bố bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là có 2 và 3 yếu tố nguy cơ, trong đó 2 yếu tố nguy cơ chiếm 60%, 3 yếu tố nguy cơ chiếm 40%, không có bệnh nhân nào có đủ 4 yếu tố nguy cơ, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về số lượng yếu tố nguy cơ nôn, buồn nôn sau mổ theo Apfel. Vì vậy khi đánh giá tác dụng dự phòng nôn, buồn nôn của 2 nhóm thuốc sẽ mang đến kết quả khách quan hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ của nhóm O (13,3%) cao hơn so với nhóm G (6,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của Jain V và cộng sự khi đánh giá hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn sau phẫu thuật u não của Ondansetron 4 mg hoặc Granisetron 1 mg kết hợp Dexamethasone 4 mg mỗi 6 giờ [5]. Kết quả cho thấy hiệu quả tương đương giữa hai nhóm với tỷ lệ nôn là 14,8% ở nhóm O và 10% ở nhóm G; tỷ lệ buồn nôn là 33,3% ở nhóm O và 16,7% ở nhóm G (p > 0,05). Kết quả nghiên cứu của Gupta P và cộng sự cũng tương đương với chúng tôi khi đánh giá hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn sau phẫu thuật u não giữa phác đồ kết hợp Dexamethasone 8 mg với Ondansetron 4 mg hoặc Granisetron 1 mg, hiệu quả tương đương giữa hai nhóm với 4% ở nhóm Granisetron và 12% ở nhóm Ondansetron, p > 0,05 [6]. Nghiên cứu của Dua N và cộng sự so sánh hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn của Ondansetron và Granisetron trên bệnh nhân phẫu thuật vú triệt căn biến đổi cho kết quả tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ của hai nhóm G và O tương đương nhau, lần lượt là 20% và 25% (n = 20 mỗi nhóm) [7]. Tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ của Dua N và cộng sự cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, có thể do tác giả chỉ sử dụng Ondansetron và Granisetron đơn thuần mà không kết hợp với Dexamethason.

4.1. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, cỡ mẫu còn nhỏ (mỗi nhóm 30 bệnh

nhân), do đó có thể chưa đủ mạnh để phát hiện những khác biệt nhỏ nhưng có ý nghĩa lâm sàng giữa hai phác đồ. Thứ hai, nghiên cứu chỉ tiến hành trên bệnh nhân nữ phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú tại một trung tâm duy nhất, vì vậy khả năng khái quát hóa kết quả cho các đối tượng khác (nam giới, phẫu thuật khác, hoặc bệnh viện khác) còn hạn chế. Thứ ba, mặc dù bệnh nhân được phân nhóm ngẫu nhiên, nghiên cứu chưa áp dụng phương pháp làm mù hoàn toàn, nên nguy cơ sai lệch quan sát vẫn có thể xảy ra. Ngoài ra, chúng tôi chưa đánh giá thêm các biến số quan trọng như mức độ đau sau mổ, nhu cầu sử dụng Opioid bổ sung, thời gian hồi phục và chất lượng sống sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Granisetron kết hợp Dexamethasone có tác dụng tương đương với Ondansetron kết hợp Dexamethasone về tác dụng dự phòng nôn, buồn nôn sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú. Các tác dụng phụ như đau đầu, hoa mắt của cả hai nhóm tương đương nhau và thấp. Không gặp các tác dụng phụ khác như rối loạn tiêu hóa, rối loạn nhịp tim, khô miệng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Gan T.J, Coop A, Philip B.K. A randomized, double-blind study of Granisetron plus Dexamethasone versus Ondansetron plus Dexamethasone to prevent postoperative nausea and vomiting in patients undergoing abdominal hysterectomy. Anesth Analg, 2005, 101 (5): 1323-9.

[2] Apfel C.C, Kranke P, Katz M.H, Goepfert C, Papenfuss T, Rauch S et al. Volatile anaesthetics may be the main cause of early but not delayed postoperative vomiting: a randomized controlled trial of factorial design. British Journal of Anaesthesia, 2002, 88 (5): 659-68.

[3] Sinclair D.R, Chung F, Mezei G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? Anesthesiology, 1999, 91 (1): 109-18.

[4] Chimbira W, Sweeney B.P. The effect of smoking on postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia, 2000, 55 (6): 540-4.

[5] Jain V, Mitra J.K, Rath G.P, Prabhakar H, Bithal P.K, Dash H.H. A randomized, double-blinded comparison of Ondansetron, Granisetron, and placebo for prevention of postoperative nausea and vomiting after supratentorial craniotomy. J Neurosurg Anesthesiol, 2009, 21 (3): 226-30.

[6] Gupta P, Sabharwal N, Kale S, Gupta M, Gogia A.R. Granisetron versus Ondansetron for post-operative nausea and vomiting prophylaxis in elective craniotomies for brain tumors: A randomized controlled double-blind study. Anesth Essays Res, 2014, 8 (1): 72-7.

[7] Dua N, Bhatnagar S, Mishra S, Singhal A.K. Granisetron and Ondansetron for prevention of nausea and vomiting in patients undergoing modified radical mastectomy. Anaesth Intensive Care, 2004, 32 (6): 761-4.