INCIDENCE OF NAUSEA AND VOMITING AND TREATMENT OUTCOMES IN PARTURIENTS DURING THE FIRST 6 HOURS AFTER CESAREAN SECTION UNDER SPINAL ANESTHESIA

Nguyễn Thị Minh Thu, Nguyễn Thanh Bình, Vũ Thị Hân, Nguyễn Thị Mai

Hai Duong Medical Technical University

Received: 10/08/2026
Reviced: 24/08/2026; Accepted: 18/10/2026

ABSTRACT

Objectives: 1) To determine the incidence of postoperative nausea and vomiting (PONV); 2) To investigate factors associated with PONV; 3) To describe the outcomes of PONV management.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 190 parturients undergoing spinal anesthesia for cesarean section at Hai Duong Obstetrics and Gynecology Hospital from October to December 2024. The incidence and severity of PONV were assessed using the Klockgether-Radke scale. Associations between PONV and several factors — including history of motion sickness and/or vestibular disorders, history of severe hyperemesis gravidarum, intraoperative opioid use, and antiemetic prophylaxis — were analyzed. Treatment outcomes were described in parturients who received PONV intervention.

Results: The overall incidence of PONV was 45.8%, with severity grades 1, 2, 3, and 4 accounting for 12.6%, 11.5%, 72.4%, and 3.4%, respectively. The odds of PONV were 2.11 times higher (95% CI: 1.18–3.77; p = 0.01) in parturients with a history of motion sickness/vestibular disorders compared with those without such history. Among the 26 parturients who received PONV treatment, symptoms improved in 65.38% and resolved completely in 34.62%.

Conclusion: The incidence of PONV was high, predominantly of grade 3 severity. A statistically significant association was found between history of motion sickness/vestibular disorders and PONV. Initial management of PONV yielded favorable outcomes.

Keywords: Spinal anesthesia, cesarean section surgery, the first 6 hours after the cesarean, nausea, vomiting, Klockgether-Radke score, history of vestibular disorders, history of motion sickness...

*Corresponding author
Email: thuntm@hmtu.edu.vn **Phone**: (+84) 983.212.333 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

THỰC TRẠNG BUỒN NÔN/NÔN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở SẢN PHỤ TRONG 6 GIỜ ĐẦU SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI ĐƯỢC VÔ CẢM BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ TỦY SỐNG

Nguyễn Thị Minh Thu[1], Nguyễn Thanh Bình[1], Vũ Thị Hân[1], Nguyễn Thị Mai[1]

[1]Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Ngày nhận bài: 10/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/08/2026; Ngày duyệt đăng: 18/10/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1/ Khảo sát tỉ lệ buồn nôn/nôn; 2/ Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ buồn nôn/nôn; 3/ Mô tả kết quả điều trị buồn nôn/nôn.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 190 sản phụ được gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Hải Dương trong khoảng thời gian tháng 10 – 12/2024. Đánh giá tỉ lệ và mức độ buồn nôn/nôn theo thang điểm Klockgether- Radke. Tìm hiểu mối liên quan giữa buồn nôn/nôn với một số yếu tố như tiền sử say tàu xe/rối loạn tiền đình, tiền sử nôn nghén nặng, sử dụng nhóm thuốc Opioid, sử dụng thuốc phòng nôn. Mô tả kết quả điều trị buồn nôn/nôn trên sản phụ có can thiệp.

Kết quả: tỉ lệ buồn nôn/nôn là 45,8%, với các mức độ 1; 2; 3; 4 tương ứng là 12,6%; 11,5%; 72,4%; 3,4%; Odds buồn nôn/nôn ở nhóm có tiền sử say tàu xe/rối loạn tiền đình cao gấp 2,11 lần (95% CI: 1,18–3,77; p=0,01) so với nhóm không có tiền sử; Trong 26 sản phụ được điều trị buồn nôn/nôn, có 65,38% giảm triệu chứng, 34,62% hết triệu chứng.

Kết luận: Tỷ lệ buồn nôn/nôn cao, cao nhất ở mức độ 3; Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử say tàu xe/rối loạn tiền đình với tình trạng buồn nôn/nôn; Điều trị buồn nôn/nôn đạt kết quả.

Từ khóa: gây tê tủy sống, phẫu thuật lấy thai, 6 giờ đầu sau phẫu thuật lấy thai, buồn nôn, nôn, thang điểm Klockgether- Radke, tiền sử rối loạn tiền đình, tiền sử say tàu xe...

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy thai có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây ở Việt Nam, năm 2005 là 12%, tới năm 2022 là 37%, trong đó gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai hơn 95%. Triệu chứng buồn nôn và nôn là tác dụng không mong muốn thường gặp ở sản phụ trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật với tỷ lệ khá cao. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoài (2023) trên 69 sản phụ gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai cho thấy tỉ lệ tác dụng nôn ói là 18,8% [1]. Một số nghiên cứu nước ngoài: tỷ lệ buồn nôn/nôn sau phẫu thuật lấy thai bằng dưới gây tê tủy sống tại bệnh viện Gandhi Memorial của Ethiopia là 54,3% [2]; tại các bệnh viện khu vực phía nam Gondar là 40,2% [3]; của Jabalameli tại Iran cho thấy tỷ lệ buồn nôn là 73,6% trong 2 giờ đầu sau phẫu thuật được gây tê tủy sống [4]. Tác dụng này tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại gây phiền nạn, ảnh hưởng đến sự thoải mái và trải nghiệm sinh nở của sản phụ, đồng thời gây khó khăn cho công tác chăm sóc hậu phẫu. Tại bệnh viện Phụ sản Hải Dương chưa có nghiên cứu về tỉ lệ buồn nôn/nôn của sản phụ trong 6 giờ gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai cũng như các yếu tố liên quan, mô tả đáp ứng xử trí buồn nôn/nôn. Với mong muốn tìm hiểu về mức độ cũng như một số yếu tố liên quan tới buồn nôn và nôn ở sản phụ sau phẫu thuật, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này với mục tiêu: 1/ Khảo sát tỉ lệ buồn nôn/nôn ở sản phụ; 2/ Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ buồn nôn/nôn; 3/ Mô tả kết quả điều trị buồn nôn/nôn ở sản phụ trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật lấy thai được vô cảm bằng phương pháp gây tê tủy sống.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Phòng Hồi tỉnh thuộc Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức của bệnh viện Phụ sản Hải Dương. Thời gian thu thập số liệu: tháng 10 – 12/ 2024;

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Những sản phụ trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật lấy thai được vô cảm bằng gây tê tủy sống thỏa mãn điều kiện là đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các sản phụ có vấn đề về giao tiếp, mắc bệnh lý hoặc có tai biến sản khoa, sản phụ có triệu chứng buồn nôn/nôn trước phẫu thuật.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu được áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ, theo nghiên cứu ở Iran của Jabalameli, trong số 132 sản phụ được phẫu thuật lấy thai cho thấy tỷ lệ buồn nôn là 73,6% trong 2 giờ sau phẫu thuật gây tê tủy sống [4]:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{pq}{e^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu của nghiên cứu

p: tỷ lệ (%) hiện mắc được ước tính cao nhất tại thời điểm hiện tại.

q: 100-p

e: khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu p và tỷ lệ quần thể (P). Chọn khoảng sai lệch với mong muốn trong nghiên cứu e = 7.

*Tác giả liên hệ
Email: thuntm@hmtu.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 983.212.333 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy với giả định trong nghiên cứu α = 0,05 thì Z= 1,96

Áp dụng vào công thức tính cỡ mẫu ước tính tối thiểu:

$$n \geq 1{,}96^2 . \frac{73{,}6.26{,}4}{7^2} \geq 153 \text{ người.}$$

Cỡ mẫu thực tế là 190 sản phụ được lấy ngẫu nhiên trong tuần.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu:

- Quan sát triệu chứng buồn nôn/ nôn theo thang điểm Klockgether-Radke. Mức độ 0: không nôn và không buồn nôn; Mức độ 1: Buồn nôn nhẹ (cảm giác lợm giọng); Mức độ 2: Buồn nôn nặng (cảm giác muốn nôn nhưng không nôn được); Mức độ 3: Nôn khan hoặc nôn thực sự dưới 2 lần/phút; Mức độ 4: Nôn thực sự ≥ 2 lần/phút [5].

- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới buồn nôn và nôn: tiền sử nghén nặng, tiền sử say tàu xe và/hoặc rối loạn tiền đình, sử dụng morphin sulfat liều thấp tê tủy sống (0,1 – 0,2 mg) giảm đau sau phẫu thuật....

** Ghi chú: Dung dịch thuốc tê: Bupivacain 0,12-0,16 mcg/kg kết hợp Fentanyl 30-50mcg, có thể phối hợp với 100-200mcg Opiphine (morphin sulfat) để giảm đau sau phẫu thuật.*

- Kết quả điều trị buồn nôn/nôn bằng Metoran 10mg tiêm bắp kết hợp Dexamethason 8 mg tiêm tĩnh mạch được áp dụng từ mức độ 2 trở lên: giữ nguyên, giảm, hết.

2.6. Công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- Công cụ nghiên cứu: bệnh án nghiên cứu, bút, monitor, thước đo buồn nôn/nôn. Số liệu được thu thập bằng cách: xem bệnh án, phỏng vấn, khám lâm sàng.

- Quy trình nghiên cứu: Tập huấn cho nhóm nghiên cứu; Tiếp cận giải thích, thông báo với bệnh nhân/ người nhà bệnh nhân sau phẫu thuật về mục đích, phương pháp của nghiên cứu, đảm bảo tính bảo mật của nghiên cứu và thuyết phục bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đồng ý để bệnh nhân tham gia nghiên cứu; Khám lâm sàng kết hợp thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án; Làm sạch số liệu trong phiếu bệnh án sau mỗi lần thu thập số liệu trước khi nhập số liệu; Nhập và xử lý số liệu theo mục tiêu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

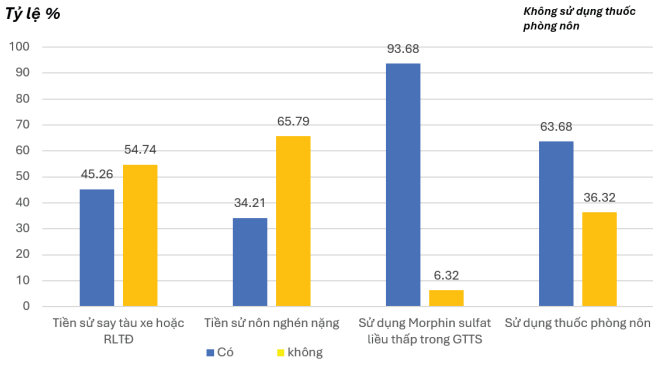
Số liệu được làm sạch, mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0; biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%); biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; Kiểm định χ^2 (hoặc Fisher's exact test khi có ô kỳ vọng < 5) được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ; mối liên quan được lượng hóa bằng tỷ suất chênh thô (OR), khoảng tin cậy 95% (95% CI). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng Khoa học và Công nghệ của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương thông qua đề cương đề tài (quyết định số 651/QĐ-ĐHKTYTHD ngày 04/9/2024). Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của lãnh đạo bệnh viện Phụ Sản Hải Dương. Đối tượng nghiên cứu tham gia dựa trên tinh thần tự nguyện. Thông tin người bệnh được bảo đảm bí mật, số liệu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung:

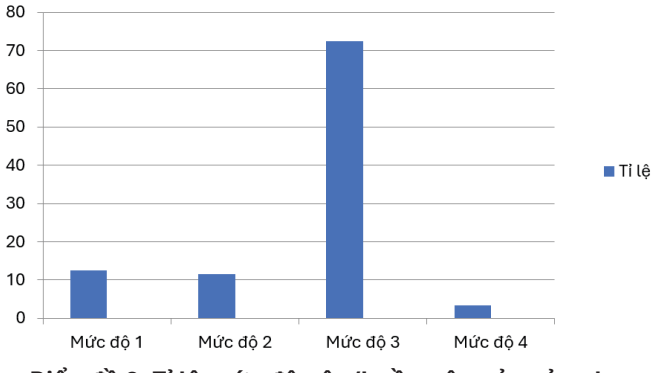


Biểu đồ 1. Tỉ lệ của một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: sản phụ có tiền sử say tàu xe hoặc rối loạn tiền đình là 86 người (45,3%); tiền sử nôn nghén nặng là 65 người (34,2%); có sử dụng Morphin liều thấp kết hợp trong gây tê tủy sống là 178 người (93,7%); không sử dụng thuốc phòng nôn là 121 người (63,7%).

3.2. Tỉ lệ buồn nôn/nôn:

Số lượng sản phụ được gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai gặp triệu chứng buồn nôn và nôn trong khoảng thời gian 6 giờ đầu sau phẫu thuật là 87 người, chiếm tỉ lệ 45,8%.



Biểu đồ 2. Tỉ lệ mức độ nôn/buồn nôn của sản phụ

Nhận xét: Trong 87 sản phụ có triệu chứng buồn nôn/nôn: mức 1 là 11 sản phụ (12,6%), mức 2 là 10 sản phụ (11,5%), mức 3 là 63 sản phụ (72,4%), mức 4 là 3 sản phụ (3,4%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến buồn nôn/nôn:

Bảng 1. Yếu tố liên quan đến buồn nôn/nôn

Yếu tố liên quan		Có buồn nôn/ nôn	Không buồn nôn/ nôn	OR 95 % CI	p
		n (%)	n (%)		
Tiền sử nôn nghén nặng	Có	34 (52,3)	31 (47,7%)	1,49 [0,82;2,72]	0,19
	Không	53(42,4%)	72(57,6%)		
Tiền sử say tàu xe hoặc/ và Rối loạn tiền đình	Có	48(55,8%)	38(44,2%)	2,11 [1,18;3,77]	0,01
	Không	39(37,5%)	65(62,5%)		
Sử dụng Morphin sunfat liều thấp	Có	83(46,6%)	95(53,4%)	1,75 [0,51;6,01]	0,37
	Không	4(33,3%)	8(66,7%)		
Sử dụng thuốc phòng nôn	Không	61(50,4%)	60(49,6%)	1,68 [0,92;3,07]	0,09
	Có	26(37,7%)	43(62,3%)		

Nhận xét: Odds buồn nôn/nôn ở nhóm có tiền sử say tàu xe/rối loạn tiền đình cao gấp 2,11 lần (95% CI: 1,18–3,77; p=0,01) so với nhóm không có tiền sử.

3.4. Kết quả điều trị buồn nôn/nôn:

Trong 87 sản phụ có triệu chứng buồn nôn/nôn có 26 sản phụ cần phải xử trí. Kết quả tỉ lệ buồn nôn/nôn sau sử dụng thuốc trong 6 vòng 6 giờ:

Bảng 2. Tỷ lệ buồn nôn/nôn trước - sau điều trị (mức độ buồn nôn/nôn theo Klockgether-Radke)

Mức độ buồn nôn/ nôn	Trước điều trị		Sau điều trị	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Mức 4	3	11,5	0	0
Mức 3	21	80,8	1	3,8
Mức 2	2	7,7	3	11,5
Mức 1	0	0	13	50
Mức 0	0	0	9	34,7
Tổng	26	100	26	100

Nhận xét: tỉ lệ mức độ buồn nôn/nôn nặng (mức 3 và mức 4) thấp hơn sau xử trí.

Bảng 3. Kết quả điều trị buồn nôn/nôn

Mức độ buồn nôn/nôn	Sau điều trị	
	Tần số	Tỷ lệ %
Hết	9	34,62
Giảm	17	65,38
Giữ nguyên	0	0
Tổng	26	100

Nhận xét: Sau xử trí, tỷ lệ giảm buồn nôn/nôn là 17 sản phụ (65,38%), tỷ lệ hết buồn nôn/nôn là 34,62%, không có sản phụ không thuyên giảm hay nặng thêm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Khảo sát tỉ lệ buồn nôn/nôn:

Theo kết quả nghiên cứu, số lượng sản phụ được gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai gặp triệu chứng buồn nôn và nôn trong khoảng thời gian 6 giờ đầu sau phẫu thuật là 87 người, chiếm tỉ lệ 45,8%. Tỉ lệ buồn nôn/nôn dao động nhiều trong các nghiên cứu trong và ngoài nước. Trong nước, nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoài (2023) trên 69 sản phụ gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai cho thấy tỉ lệ tác dụng nôn ói là 18,8% [1]; tại bệnh viện Gandhi Memorial của Ethiopia là 54,3% [2]; tại các bệnh viện khu vực phía nam Gondar là 40,2% [3]; của Jabalameli tại Iran cho thấy tỷ lệ buồn nôn là 73,6% trong 2 giờ đầu sau phẫu thuật được gây tê tủy sống [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 93,6% sản phụ có được sử dụng morphin sulfat liều thấp phối hợp trong gây tê tủy sống, có 36,32% sản phụ không được sử dụng thuốc phòng nôn, 45,26% sản phụ có tiền sử say tàu xe hoặc rối loạn tiền đình, 34,21% sản phụ có tiền sử nôn nghén nặng (biểu đồ 3.1). Đây có thể là những yếu tố gây ảnh hưởng đến tỉ lệ buồn nôn/nôn của nghiên cứu này.

Trong tổng số 87 sản phụ buồn nôn/nôn, tỷ lệ buồn nôn/nôn mức độ 3 (theo phân loại Klockgether- Radke là "nôn khan hoặc nôn thực sự dưới 2 lần/phút") chiếm 72,4%, cho thấy đây là mức độ phổ biến nhất đối với các sản phụ có triệu chứng buồn nôn/nôn. Tỷ lệ buồn nôn/nôn mức độ 1 và 2 lần lượt là 12,6% và 11,5%, tương đối thấp so với mức độ 3. Tỷ lệ buồn nôn/nôn mức độ 4 chiếm tỷ lệ thấp nhất, chỉ có 3,4%, cho thấy rất ít trường hợp gặp phải triệu chứng nghiêm trọng (biểu đồ 3.2). Tỉ lệ sản phụ buồn nôn/nôn đã được dự phòng nôn là 37,7% (bảng 3.1). Theo nghiên cứu của Vũ Văn Hiệp (2020), tỉ lệ buồn nôn/nôn của sản phụ sau gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai đã được dự phòng nôn bằng ondansetron hoặc dexamethasone hoặc metoclopramide với tỉ lệ chung là 21,1%: mức "0" là 78,9%; mức "1" là 0%; mức "2" là 11,1%; mức "3" là 8,%; mức 4 là 1,1% [6].

4.2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến buồn nôn/nôn:

Để xác định một số yếu tố có ảnh hưởng đến tỉ lệ buồn nôn/nôn hay không, chúng tôi lập bảng xem xét mối liên quan của các yếu tố tồn tại trong nhóm đối tượng nghiên cứu như tiền sử nôn nghén nặng, tiền sử say tàu xe và/hoặc rối loạn tiền đình, sử dụng morphin sulfat liều thấp phối hợp trong gây tê tủy sống, sử dụng thuốc phòng nôn và xác định tỉ suất chênh OR giữa nhóm sản phụ buồn nôn/nôn với nhóm sản phụ không buồn nôn/nôn. Kết quả thể hiện tại bảng 3.1. Theo nghiên cứu, tỉ lệ sản phụ buồn nôn/nôn có tiền sử nôn nghén nặng (52,3%) không khác biệt với tỉ lệ sản phụ buồn nôn/nôn không có tiền sử nôn nghén nặng, với OR 1,49, 95% CI [0,82;2,72] (p>0,05), nghĩa là yếu tố tiền sử nôn nghén nặng không là nguy cơ gây tăng buồn nôn/nôn của sản phụ được gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai trong 6 giờ đầu hậu phẫu. Kết quả này khác với nghiên cứu của Jacobs (2020) trên 76 sản phụ bị nghén khi mang thai và 315 sản phụ không bị tình trạng này cho thấy tỉ lệ buồn nôn/nôn sau phẫu thuật lấy thai của nhóm bị nghén (43,4%) cao gấp 1,95 lần so với nhóm sản phụ không bị nghén (29,6%) [7]. Có thể nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tiền sử nôn nghén với buồn nôn/nôn sau phẫu thuật do sự khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu của Jacobs là trên 391 sản phụ còn nghiên cứu của chúng tôi là 190 sản phụ.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố sản phụ có tiền sử say tàu xe và/hoặc rối loạn tiền đình có ảnh hưởng đến tỉ lệ buồn nôn, nôn với tỉ suất chênh OR 2,11, 95% CI [1,18;3,77] (p <0,05), được hiểu là tỉ lệ sản phụ có tiền sử say tàu xe/rối loạn tiền đình có triệu chứng buồn nôn/nôn trong khoảng thời gian 6 giờ sau gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai là 48 người (55,8%) gấp 2,11 lần so với sản phụ không có tiền sử say tàu xe/rối loạn tiền đình (37,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hồ Văn Huấn và cộng sự trên 150 bệnh nhân sau gây mê trong khoảng thời gian 24 giờ đầu, tỷ lệ buồn nôn/nôn sau phẫu thuật của nhóm có tiền sử say xe cao gấp 5,76 lần so với nhóm không có tiền sử say tàu xe, 95% CI [2,18 – 11,8] (p<0,01) [8].

Theo bảng 3.1, tỉ lệ sản phụ buồn nôn/nôn không sử dụng thuốc phòng nôn (50,4%) không khác biệt với tỉ lệ sản phụ buồn nôn/nôn có sử dụng thuốc phòng nôn (37,7%) với p> 0,05. Kết quả này tương đồng với Voigt M. và cộng sự (2013) khi nghiên cứu ngẫu nhiên trên 308 sản phụ phẫu thuật lấy thai bằng gây tê tủy sống: không có khác biệt đáng kể giữa nhóm dùng thuốc phòng nôn với nhóm có dùng thuốc phòng nôn trong giai đoạn sau mổ muộn (2–24 giờ) [9].

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan của việc sử dụng morphin sulfat liều thấp phối hợp trong gây tê tủy sống với tỉ lệ buồn nôn/nôn ở sản phụ được gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai trong 6 giờ đầu hồi tỉnh.

4.3. Kết quả điều trị buồn nôn/nôn:

Trong nghiên cứu này, mặc dù có 87 sản phụ ghi nhận triệu chứng buồn nôn/nôn sau phẫu thuật lấy thai, có 26

sản phụ cần phải xử trí, trong đó 100% sản phụ buồn nôn/nôn mức độ 4 đều được xử trí, mức độ 3 có 33,3% sản phụ được xử trí, mức độ 2 chỉ có 20% sản phụ được xử trí, mức độ 1 không được xử trí. Nguyên nhân chủ yếu của tỷ lệ xử trí thấp là do chỉ định xử trí không được chuẩn hóa và phụ thuộc quyết định lâm sàng.

Theo bảng 3.2, mức độ buồn nôn/nôn nặng (mức 2, mức 3) trước điều trị là 92,3%, sau khi điều trị giảm xuống còn 3,8%, đặc biệt không còn sản phụ mức độ 4. Những sản phụ này được sử dụng phối hợp thuốc chống nôn Merotan kết hợp Dexamethason. Kết quả điều trị buồn nôn/nôn đạt được: tỷ lệ giảm buồn nôn/nôn là 17 sản phụ (65,38%), tỷ lệ hết buồn nôn/nôn là 34,62%, không có sản phụ không thuyên giảm hay nặng thêm (bảng 3.3). Nghiên cứu của Jabalameli M. (2012) cho thấy sự phối hợp thuốc Midazolam với Ondansetron trong điều trị cũng làm giảm tỉ lệ buồn nôn/nôn hơn khi dùng riêng lẻ cho sản phụ tại thời điểm 6 giờ sau phẫu thuật lấy thai có gây tê tủy sống [4].

5. KẾT LUẬN:

Tỷ lệ buồn nôn/nôn cao, cao nhất ở mức độ 3; Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử say tàu xe/rối loạn tiền đình với tình trạng buồn nôn/nôn; Điều trị buồn nôn/nôn đạt kết quả.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Văn Hoài và Vũ Văn Kim Long. Khảo sát sự hài lòng ở sản phụ sau mổ lấy thai tại khoa phẫu thuật-gây mê hồi sức, bệnh viện sản-nhi Cà Mau năm 2022-2023. *Tạp chí y dược học Cần Thơ*. Số 66/2023, tr72. [https://doi.org/10.58490/ctump.2023i66.1290] (https://doi.org/10.58490/ctump.2023i66.1290)

[2] Bantie A.T., Woldeyohannes M., Ferede Z.A., Regasa B.A. Magnitude and associated factors of nausea and vomiting after cesarean section under spinal anesthesia in Gandhi Memorial Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. A cross-sectional study. *African Journal of Health Sciences and Medicine*. 2021;1(1). [https://doi.org/10.20372/duhj001-000004]

[3] Chekol B., Zewudu F., Eshetie D., Temesgen N., Molla E. Magnitude and associated factors of intraoperative nausea and vomiting among parturients who gave birth with the cesarean section under spinal anesthesia at South Gondar zone Hospitals, Ethiopia. *Ann Med Surg;* 2021; Vol66, 102-383. [https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102383]

[4] Jabalameli M., Honarmand A., Safavi M., Chitsaz M. Treatment of postoperative nausea and vomiting after spinal anesthesia for cesarean delivery: a randomized, double-blinded comparison of midazolam, ondansetron, and a combination. *Adv. Biomed;* 2012; Res.;1. [https://doi.org/10.4103/2277-9175.94424](https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.4103/2277-9175.94424)

[5] Klockgether-Radke A, Piorek V, Crozier T, Kettler D. "Nausea and vomiting after laparoscopic surgery: a comparison of propofol and thiopentone/halothane anaesthesia." *European Journal of Anaesthesiology*. 1996;13(1):3-9

[6] Vũ Văn Hiệp, Nguyễn Duy Ánh, Nguyễn Đức Lam. Đánh giá tác dụng dự phòng nôn, buồn nôn của ondansetron, dexamethasone hoặc metoclopramide trong và sau mổ lấy thai dưới gây tê tủy sống". *Tạp chí nghiên cứu y học số 133 (9);* 2020; 133 (9).

[7] Jacobs N.F. The incidence of postoperative nausea and vomiting after caesarean section in patients with hyperemesis gravidarum: a retrospective cohort study. *International Journal of Obstetric Anesthesia;* 2020; volume 44, p81-89. [https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2020.06.002]

[8] Hồ Văn Huấn, Hồ Khả Cảnh, Trần Xuân Thịnh. Đánh giá một số yếu tố liên quan đến nôn và buồn nôn sau phẫu thuật ở các bệnh nhân sau gây mê nội khí quản. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2010;14(1):98–104.

[9] Voigt M., Fröhlich CW, Hüttel C, Kranke P, Mennen J, Boessneck O, et al. Prophylaxis of intra- and postoperative nausea and vomiting in patients during Cesarean section in spinal anesthesia. *Med Sci Monitor: Int Med J Experimental Clin Res*; 2013;19; 993–1000. [https://doi.org/10.12659/MSM.889597] (https://doi.org/10.12659/MSM.889597)