

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BÌNH ĐỊNH
SỞ Y TẾ

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP NGÀNH

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÙ MỸ - BÌNH ĐỊNH,
NĂM 2022 - 2024

Chủ nhiệm đề tài: BSCKI. Phan Thị Hồng Trâm

CKII QLYT. Nguyễn Đình Hoàng

Phù Mỹ - 2024

UỶ BAN NHÂN DÂN TỈNH BÌNH ĐỊNH
SỞ Y TẾ

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP NGÀNH

**MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÙ MỸ - BÌNH ĐỊNH,
NĂM 2022 - 2024**

*Chủ nhiệm đề tài: CKI HSCC. Phan Thị Hồng Trâm
CKII QLYT. Nguyễn Đình Hoàng*

Phù Mỹ - 2024

MỤC LỤC

DANH MỤC KÝ HIỆU VIẾT TẮT.....	v
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	vi
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ.....	vii
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Tổng quan về phản vệ.....	4
1.1.1. Khái niệm phản vệ	4
1.1.2. Sinh lý bệnh.....	7
1.1.3. Giải thích từ ngữ	8
1.2. Tác nhân gây phản vệ.....	8
1.3. Chẩn đoán phản vệ.....	11
1.3.1. Triệu chứng gợi ý.....	11
1.3.2. Các bệnh cảnh lâm sàng.....	11
1.3.3. Chẩn đoán mức độ phản vệ.....	12
1.3.4. Chẩn đoán phân biệt.....	13
1.4. Dự phòng phản vệ	13
1.5. Chuẩn bị, dự phòng cấp cứu phản vệ.....	14
1.6. Xử trí phản vệ	15
1.6.1. Nguyên tắc chung.....	15
1.6.2. Xử trí phản vệ nhẹ.....	15
1.6.3. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch	16
1.6.4. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch	16
1.6.5. Xử trí tiếp theo	18
1.6.6. Theo dõi.....	19
1.6.7. Hướng dẫn xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt.....	20

1.7. Một số nghiên cứu về các trường hợp phản vệ.....	22
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	25
2.1. Đối tượng nghiên cứu	25
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	25
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	25
2.2. Thời gian tiến hành nghiên cứu	25
2.3. Địa điểm nghiên cứu	25
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	25
2.5. Xác định cỡ mẫu, cách chọn mẫu.....	25
2.5.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu.....	25
2.5.2. Phương pháp thu thập số liệu.....	26
2.6. Biến số nghiên cứu.....	26
2.7. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu.....	28
2.8. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu	29
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	30
3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	30
3.1.1 Phân bố tuổi và giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	30
3.1.2 Tiền sử dị ứng trong nhóm nghiên cứu	31
3.2 Đặc điểm lâm sàng và tình trạng phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ.....	31
3.2.1 Số trường hợp mắc phản vệ trong 3 năm tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ ..	31
3.2.2. Các nhóm nguyên nhân gây phản vệ	32
3.2.3 Thời gian khởi phát triệu chứng.....	32
3.2.4. Thời gian xuất hiện triệu chứng theo đường vào	33
3.2.5 Triệu chứng lâm sàng phản vệ	35
3.2.6. Mức độ phản vệ.....	36
3.2.7 Người đầu tiên phát hiện phản vệ	36
3.3 Tình hình điều trị phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ	37

3.3.1. Thuốc điều trị	37
3.3.2. Thời gian theo dõi bệnh nhân Phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ	39
3.4. Kết quả điều trị	40
3.4.1. Thời gian thay đổi triệu chứng ở các cơ quan.....	40
3.4.2. Thời gian thoát sốc	41
3.4.3. Tỷ lệ khỏi bệnh, chuyển viện, tử vong.....	41
Chương 4: BÀN LUẬN	43
4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	43
4.2. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng phản vệ	44
4.3. Tình hình điều trị phản vệ	48
4.4. Kết quả điều trị.....	50
KẾT LUẬN	52
1. Đặc điểm lâm sàng của phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024	52
2. Kết quả điều trị phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ năm 2022-2024	52
KIẾN NGHỊ.....	54
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	55
PHIẾU NGHIÊN CỨU PHẢN VỆ.....	57

DANH MỤC KÝ HIỆU VIẾT TẮT

ADR	Adverse drug reactions – Phản ứng có hại của thuốc
BYT	Bộ Y Tế
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
COX	Cyclooxygenase
DI & ADR	Drug Information and Adverse Drug Reactions - Thông tin thuốc và phản ứng có hại của thuốc
HA	Huyết áp
HSTC	Hồi sức tích cực
IgE	Immunoglobulin E - Kháng thể miễn dịch có trong huyết thanh
IgG	Immunoglobulin G - Kháng thể miễn dịch có trong huyết thanh
IgM	Immunoglobulin M - Kháng thể miễn dịch có trong huyết thanh
NC	Nghiên cứu
NSAIDs	Non-steroidal antiinflammatory drug - Thuốc chống viêm không steroid
SpO2	Saturation of peripheral oxygen - Độ bão hoà Oxy trong máu ngoại vi
TTYT	Trung tâm Y tế
WAO	World Allergy Organization – Tổ chức dị ứng thế giới

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1 Một số định nghĩa liên quan đến phản vệ.....	5
Bảng 2.1. Biên số nghiên cứu.....	26
Bảng 3.1. Phân bố tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	30
Bảng 3.2. Phân bố giới tính và tuổi trung bình theo giới tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	30
Bảng 3.3. Số trường hợp mắc phản vệ trong 3 năm.....	31
Bảng 3.4. Thời gian khởi phát triệu chứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.	32
Bảng 3.5. Thời gian xuất hiện triệu chứng theo đường vào	33
Bảng 3.6. Điều trị phản vệ bằng Adrenalin theo các mức độ	38
Bảng 3.7. Thời gian thay đổi triệu chứng ở các cơ quan	40

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng	31
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ giữa các nhóm nguyên nhân gây phản vệ	32
Biểu đồ 3.3. Thời gian xuất hiện triệu chứng	33
Biểu đồ 3.4. Triệu chứng lâm sàng phản vệ.....	35
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ mức độ phản vệ	36
Biểu đồ 3.6. Người phát hiện phản vệ	37
Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ sử dụng Adrenalin	37
Biểu đồ 3.8. Đường dùng Adrenalin liều đầu tiên	38
Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ sử dụng các thuốc trong điều trị phản vệ	39
Biểu đồ 3.10. Thời gian theo dõi bệnh nhân Phản vệ tại bệnh viện	39
Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ bệnh nhân thoát sốc theo thời gian	41
Biểu đồ 3.12. Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị kịp thời	42
Biểu đồ 3.13. Tỷ lệ ra viện, chuyển viện, di chứng, tử vong.....	42

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một cấp cứu nội khoa thường gặp và là phản ứng quá mẫn cấp tính đe dọa tính mạng, có thể được xác định như phản ứng dị ứng bùng phát nhanh, toàn thân và nhiều hệ thống. Nếu không được điều trị kịp thời nhanh chóng dẫn đến suy sụp hô hấp, tuần hoàn và tử vong [24].

Trên thế giới, tỷ lệ các trường hợp phản vệ được báo cáo hàng năm vào khoảng 3,2 - 49,8/100.000 dân [18]. Có nhiều nguyên nhân gây ra phản vệ nhưng hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Tỷ lệ phản vệ thay đổi theo từng nghiên cứu. Tỷ lệ phản vệ tại Châu Âu từ 0.0015-0.0079 % người mỗi năm, tức tương đương 0,3% dân số [25]. Tỷ lệ phản vệ tại Mỹ có 0.05–2 % dân số bị phản vệ tại một thời điểm trong cuộc đời [18]. Những năm gần đây, vấn đề phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn, cùng với sự phát triển của các ngành công nghiệp hóa mỹ phẩm, dược phẩm và tình trạng ô nhiễm môi trường, sự gia tăng tình trạng dị ứng nói chung, trong đó phản vệ xảy ra ngày càng nhiều và có nhiều trường hợp tử vong đáng tiếc. Ước tính toàn cầu có tỷ lệ phản vệ khoảng 1-3% và tỷ lệ này đang gia tăng trong những năm gần đây.

Tại Việt Nam, tỷ lệ phản vệ cũng ngày càng gia tăng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh năm 2014, tỷ lệ phản vệ nhập viện tại bệnh viện Bạch Mai ngày càng gia tăng, trong 5 năm từ năm 2009 đến năm 2013 tăng từ 0,056% đến 0,07% [10]. Riêng phản vệ do thuốc, theo tổng kết của Trung tâm DI & ADR Quốc gia, từ năm 2012 đã có 374 báo cáo phản vệ được tiếp nhận chiếm 11,55% toàn bộ báo cáo ADR [7]. Đây là một con số lớn và đáng quan tâm về tình hình phản vệ ở Việt Nam.

Hiện nay, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành Thông tư 51/2017/BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ [3] dựa trên các khuyến cáo

quốc tế và được áp dụng trong nhiều năm nay, đã giúp phát hiện và điều trị hiệu quả qua đó làm giảm tỷ lệ tử vong do phản vệ gây ra.

Tại Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ trong 03 năm trở lại đây tình hình phản vệ có nhiều hướng gia tăng, ước tính có khoảng hơn 100 trường hợp phản vệ nhập viện. Do đó, việc nghiên cứu phản vệ để xác định các nguyên nhân thường gặp, các biểu hiện phản vệ, mức độ phản vệ và những yếu tố liên quan rất quan trọng để chẩn đoán nhanh chóng và xử trí kịp thời cho bệnh nhân, nhưng đơn vị chưa có nghiên cứu nào liên quan đến phản vệ. Xuất phát từ thực tế trên, với mục đích cung cấp thông tin giúp thực hành dự phòng, phát hiện và xử trí phản vệ kịp thời, hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ năm 2022-2024” với mục tiêu:

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng phản vệ tại Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ năm 2022 - 2024.
2. Đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ năm 2022 - 2024.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về phản vệ

1.1.1. Khái niệm phản vệ

Vào năm 1901, thuật ngữ “phản vệ - anaphylaxis” lần đầu tiên được sử dụng bởi Charles Richet và Paul để mô tả hiện tượng quan sát được khi tiêm dung dịch glycerin chiết xuất từ sợi xúc tu một loài sứa biển vào vịt, thỏ và sau đó là chó. Ý định ban đầu của thí nghiệm là tạo miễn dịch với độc tố của loài sứa biển cho các vật nuôi này. Tuy nhiên, khi thực hiện họ đã thấy có một hiện tượng khác xảy ra. Sau lần tiêm thứ nhất nhằm “tạo miễn dịch”, những con chó nhạy cảm hơn với độc tố ở lần tiêm thứ hai, chúng mệt lả và chết nhanh chóng. Phản ứng xảy ra ở liều thấp hơn liều tạo miễn dịch rất nhiều, hơn nữa hình thức tử vong cũng khác với khi dùng liều độc. Điều này diễn ra trái ngược với ý định tạo miễn dịch ban đầu và họ gọi hiện tượng này là phản vệ - anaphylaxis (“ana” trong tiếng Hy Lạp có nghĩa là “chống lại” còn “phylaxis” nghĩa là “bảo vệ”). Phát hiện này đã giúp Charles Richet đoạt giải Nobel năm 1913[17].

Khái niệm này nhanh chóng được công nhận trên lâm sàng. Đến năm 1925, Arthur Coca đã viết một chương về phản vệ trong cuốn sách về miễn dịch của ông. Tuy nhiên, vào thời điểm đó, hiểu biết về hiện tượng này mới chỉ dừng lại trên một số mô hình động vật, và cũng chưa ghi nhận được ca tử vong nào do tăng nhạy cảm trên người, mặc dù có rất nhiều bệnh nhân phải tiêm thuốc trong khoảng thời gian dài. Vì thế một câu hỏi được đặt ra là: liệu con người có thuộc nhóm động vật miễn nhiễm với phản vệ[17].

Đến khi thuốc được sử dụng rộng rãi hơn, đã có những bằng chứng cho thấy con người cũng có nguy cơ gặp phản vệ và đến năm 1945, hiện tượng này đã được Robert Cooke định nghĩa là một tít miễn dịch đặc biệt của protein cảm ứng (hapten) nhạy cảm trong cơ thể người hoặc động vật và có thể coi phản vệ như một loại dị ứng[17].

Cùng với sự gia tăng chóng mặt các loại thuốc mới và việc kê đơn nhiều thuốc một lúc, thì số lượng các trường hợp phản vệ cũng tăng lên tương ứng, phần nhiều trong số đó xảy ra qua trung gian miễn dịch IgE. Do đó, vào năm 1970, phản vệ (anaphylaxis) được định nghĩa là "một phản ứng dị ứng toàn thân khởi phát nhanh do sự giải phóng IgE của các chất trung gian từ tế bào mast và basophil". Tuy nhiên đã có những trường hợp ghi nhận được, phản ứng xảy ra theo một cơ chế khác mà không liên quan đến trung gian miễn dịch IgE. Vì vậy, thuật ngữ "anaphylactoid reaction" đã được ra đời để mô tả những biến cố có biểu hiện lâm sàng tương tự nhưng không qua trung gian miễn dịch IgE[17].

Kể từ khi xuất hiện, đã có nhiều tranh luận về thuật ngữ này, năm 2003, Tổ chức Dị ứng Thế giới (WAO) đã đề nghị không sử dụng thuật ngữ "anaphylactoid" và tất cả các biến cố trên, bất kể thông qua cơ chế nào cũng đều gọi chung là phản vệ (anaphylaxis). Trong đó, phản vệ được phân loại theo cơ chế thông qua miễn dịch hoặc không thông qua miễn dịch. Các trường hợp phản vệ không thông qua miễn dịch được coi là tương tự thuật ngữ "anaphylactoid", và các trường hợp thông qua miễn dịch tiếp tục được phân thành nhóm qua trung gian IgE và không qua IgE. Tuy nhiên, cho đến nay thuật ngữ "anaphylactoid" vẫn được nhiều nghiên cứu sử dụng. Sự khác biệt giữa việc sử dụng các thuật ngữ "anaphylaxis" và "anaphylactoid" của WAO so với cách định nghĩa trước đây được trình bày trong bảng 1.1

Bảng 1.1 Một số định nghĩa liên quan đến phản vệ [17]

Định nghĩa	Định nghĩa theo WAO	Định nghĩa trước đây
Phản vệ anaphylaxis	- Có thể có hoặc không thông qua cơ chế miễn	Chỉ sử dụng cho các trường hợp phản vệ thông qua trung gian IgE

	dịch	
Anaphylactoid	Không sử dụng	Chỉ sử dụng cho các trường hợp phản vệ không thông qua trung gian IgE
Ví dụ về phản vệ - Phản ứng xảy ra khi truyền máu liên quan tới IgG hoặc IgM - Phản vệ do chất cản quang (giải phóng trực tiếp histamin) - Phản vệ do dị ứng tôm	- Phản vệ thông qua miễn dịch, không qua trung gian IgE - Phản vệ không thông qua miễn dịch - Phản vệ thông qua miễn dịch, qua trung gian IgE	Anaphylactoid reaction Anaphylactoid reaction Anaphylaxis

Các cuộc tranh luận này vẫn tiếp diễn với nỗ lực đưa ra một định nghĩa được chấp nhận rộng rãi. Tháng 7 năm 2005, Viện Quốc gia về Dị ứng và Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ phối hợp với Hệ thống giám sát Phản vệ và Dị ứng thức ăn đã triệu tập cuộc họp thứ hai về phản vệ, với đại diện từ 16 tổ chức và các cơ quan chính phủ khác nhau đến từ Bắc Mỹ, Châu Âu, và Úc. Tại đây, các chuyên gia đã thống nhất đưa ra một định nghĩa rộng về phản vệ như sau: "phản vệ là một phản ứng dị ứng nghiêm trọng, khởi phát nhanh và có thể gây tử vong". Định nghĩa này nhằm phản ánh diễn biến và mức độ nghiêm trọng của phản vệ và có thể sử dụng cho cả giới y khoa và trong cộng đồng [17].

1.1.2. Sinh lý bệnh

Phản vệ có thể do cơ chế miễn dịch (chất trung gian IgE hoặc chất trung gian không IgE), cơ chế không miễn dịch hoặc vô căn. Một lượng nhỏ dị nguyên là đủ để kích thích tế bào miễn dịch và gây ra phản vệ. Chẩn đoán và xử lý lâm sàng phản vệ tương tự nhau chưa kể đến cơ chế chi tiết.

Cơ chế miễn dịch của phản vệ bao gồm sản xuất immunoglobulin. Phản vệ chất trung gian IgE được gây ra bởi mối liên quan chéo của IgE khiến tế bào mast và bạch cầu ưa base mất hạt nhỏ. Hầu hết các tác nhân gây phản vệ đều thông qua cơ chế này, phản ứng qua mẫn type 1 theo phân loại Gell và Coombs [27].

	TYP I	TYP II		TYP III	TYP IV		
Phản ứng	IgE	IgG		IgG	T _H 1 cells	T _H 2 cells	CTL
Kháng nguyên	KN hoà tan	KN kết hợp cơ chất / màng TB	Thu thể màng TB	KN hoà tan	KN hoà tan	KN hoà tan	KN kết hợp tế bào
Cơ chế hiệu quả	Hoạt hoá tế bào mast	Complement, FcR ⁺ cells (phagocytes, NK cells)	KT thay đổi tín hiệu	Bổ thể, thực bào	Hoạt hoá thực bào	Tăng IgE; Hoạt hoá TB ái toan, tế bào mast	Độc tế bào
Lâm sàng	Viêm mũi dị ứng, hen, sốc phản vệ	Một số dị ứng thuốc (PNC...) tinh (KT anti FcεR1α)	Mày đay mạn tính (KT anti FcεR1α)	Đính huyết thanh, Arthus	Viêm da tiếp xúc, IDR	Hen và viêm mũi mãn tính	Viêm da tiếp xúc

Figure 12-2 Immunobiology, 6/e. (© Garland Science 2005)

Do phơi nhiễm với dị nguyên, Tế bào TH2 kích hoạt, kích thích sản xuất kháng thể IgE [27]. IgE gắn với receptor FcεRI trên bề mặt tế bào mast và bạch cầu ưa base khiến những tế bào này bị nhạy cảm. Sự kích ứng ban đầu này sẽ không biểu lộ ra ngoài. Khi tái phơi nhiễm với dị nguyên, receptor gắn với IgE tổng hợp và kích thích tế bào mast và bạch cầu ưa base nhạy cảm để chúng mất hạt. Điều này dẫn đến sự giải phóng chất trung gian chẳng hạn

histamine, prostaglandin, proteoglycan và cytokine, dẫn đến biểu hiện lâm sàng của phản vệ. Với phản vệ chất trung gian không IgE, phản ứng quá mẫn bị kích thích qua cơ chế khác bao gồm IgG và con đường bổ sung trung gian phức tạp của miễn dịch.

Cơ chế không miễn dịch của phản vệ không bao gồm immunoglobulin mà do kích thích trực tiếp của tế bào mast, do các tác nhân gây nên ví dụ: thuốc, cảm và luyện tập. Tương tự, tế bào mast mất hạt và chất trung gian được giải phóng chẳng hạn histamine. Thời điểm quanh mỗ, điều này có thể liên quan tới các thuốc chẳng hạn opioid, vancomycin và chất chẹn thần kinh cơ (Ví dụ atracurium), và thường thoáng qua, có chỉ thể hiện các dấu hiệu ngoài da.

Phản vệ không rõ nguyên nhân chỉ được chẩn đoán khi không có dị nguyên cụ thể nào có thể phát hiện từ tiền sử hoặc test da, và không tăng nồng độ IgE đặc hiệu trong huyết thanh [14].

1.1.3. Giải thích từ ngữ [3]

- *Phản vệ* là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

- *Dị nguyên* là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

- *Sốc phản vệ* là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng một vài phút.

1.2. Tác nhân gây phản vệ

Kết quả từ các nghiên cứu cho thấy những tác nhân gây phản vệ chủ yếu là thức ăn, nọc độc côn trùng và thuốc. Nguy cơ gây phản vệ của các tác nhân phụ thuộc tuổi, vùng, mức độ phơi nhiễm, nhưng cũng phụ thuộc nhiều vào nguồn dữ liệu. Trong một nghiên cứu từ các bác sĩ thực tập ở Đức, các học viên nói chung và bác sĩ da liễu coi nọc độc là nguyên nhân phổ biến nhất của phản vệ, trong khi các bác sĩ X quang và bác sĩ ung thư lại cho rằng thuốc

mới là nguyên nhân hay gặp nhất [29]. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Thị Thuỳ Ninh và Nguyễn Văn Đoàn trong bài nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ năm 2018 đến năm 2022, tỷ lệ bệnh nhân phản vệ có xu hướng ngày càng gia tăng chủ yếu với nguyên nhân do thuốc (53.8%), thức ăn (38.7%), nọc côn trùng (2.5%) [9]. Trong đó nguyên nhân do thuốc hay gặp là thuốc chống viêm không Steroid (26.6%), sau đó là kháng sinh 23.5%; thức ăn hay gặp nhất là các loại hải sản như tôm, cua...(40%)

Thức ăn

Phản vệ do thực phẩm là nguyên nhân hàng đầu của các ca cấp cứu tại Mỹ, đặc biệt với trẻ em [19]. Thực phẩm hay gây dị ứng khác nhau giữa các quốc gia và phụ thuộc vào thói quen ăn uống của từng nơi. Ở Mỹ, thực phẩm gây dị ứng nhiều nhất là đậu, trong khi ở Hồng Kông và Nam Âu lại là hải sản. Hầu hết các trường hợp phản vệ xảy ra khi sử dụng thức ăn qua đường thực quản, tuy nhiên, cũng đã có những bệnh nhân bị phản vệ do hít phải chất gây dị ứng từ cá, động vật có vỏ, đậu nành, ngũ cốc, trứng, sữa... trong không khí khi nấu hoặc chế biến thực phẩm [17].

Nọc độc côn trùng

Kết quả phân tích các nghiên cứu gần đây về phản vệ cho thấy phản vệ do côn trùng chiếm 7,3-59% tổng số các trường hợp được báo cáo. Ở Đức mỗi năm có khoảng 20 người chết vì phản vệ do côn trùng đốt. Nọc độc gây phản vệ hoặc các phản ứng dị ứng khác có nguồn gốc chủ yếu từ bộ Cánh màng (Hymenoptera), hay gặp nhất là ong mật, đôi khi là những loài ong khác hoặc kiến. Vết đốt của côn trùng khác như muỗi, rệp, bọ chét, muỗi vẫn tuy hiếm nhưng cũng có thể gây ra các phản ứng dị ứng toàn thân [24].

Thuốc

Kết quả từ một nghiên cứu tại Úc của Liew và Williamson cho thấy thuốc là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do phản vệ [20]. Theo hướng dẫn của

WAO, các nhóm dược lý thường gây phản vệ là, kháng virus, kháng nấm và NSAIDs [14]. Trong một nghiên cứu tại Thụy Sĩ về các trường hợp phản vệ nghiêm trọng với triệu chứng trên tuần hoàn, số ca phản vệ do thuốc gần gấp đôi số ca do thức ăn, trong đó, NSAIDs là nhóm thuốc bị nghi ngờ nhiều nhất sau đó là thuốc kháng sinh [24]. Tuy nhiên đối với các vùng khác nhau trên thế giới thì tỷ lệ thuốc nghi ngờ gây phản vệ khác nhau do dịch tễ và thói quen sử dụng thuốc của bác sĩ và cộng đồng.

Kháng sinh

Phản vệ là một phản ứng nguy hiểm có thể xảy ra khi dùng kháng sinh, phản ứng này thường qua trung gian miễn dịch IgE. Vì vậy các triệu chứng xảy ra rầm rộ do sự giải phóng histamin và các chất gây nên quá trình viêm ngay sau khi hapten và kháng thể tương tác với nhau [17].

NSAIDs

Phản vệ khi dùng NSAID có thể thông qua trung gian miễn dịch IgE nhưng cũng có một số ít bệnh nhân phản vệ không thông qua trung gian miễn dịch IgE mà theo con đường COX-1[17].

Thuốc gây mê và thuốc gây tê

Phản vệ trong quá trình gây mê là phản ứng nghiêm trọng và rất dễ gây tử vong. Trong quá trình gây mê, bệnh nhân phải dùng rất nhiều thuốc, tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra nguyên nhân hàng đầu gây phản vệ trong quá trình gây mê là thuốc ức chế dẫn truyền thần kinh cơ (NMBA) [24].

Thuốc gây tê là tác nhân thường gặp gây ra các phản ứng dị ứng kiểu phản vệ. Cơ chế phản ứng dị ứng do thuốc gây tê vẫn chưa được làm rõ, phản vệ do thuốc gây tê thường được cho là không qua trung gian miễn dịch. Nếu phản vệ trong quá trình gây mê thông qua trung gian miễn dịch IgE sẽ đặc biệt nghiêm trọng [24].

Chất cản quang

Việc sử dụng kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính càng ngày càng tăng thì chất cản quang được sử dụng ngày càng nhiều. Mặc dù từ khi chất cản quang không ion hóa nồng độ thấp được sử dụng thay cho chất cản quang ion hóa nồng độ cao thì nguy cơ bị dị ứng giảm mạnh, nhưng theo ước tính vẫn có 1-3 trường hợp tử vong do phản vệ xảy ra trên 100.000 - 1.000.000 lượt dùng nhóm này. Phản ứng dị ứng sau khi dùng chất cản quang thường xảy ra ngay lập tức (trong vòng 1 giờ) với cơ chế dị ứng thông qua trung gian miễn dịch IgE [24].

1.3. Chẩn đoán phản vệ [3]:

1.3.1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

1.3.2. Các bệnh cảnh lâm sàng:

1. Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2. Bệnh cảnh lâm sàng 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

3. Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).

b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

1.3.3. Chẩn đoán mức độ phản vệ [3]: Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau: (lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

1.3.3.1. Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

1.3.3.2. Nặng (độ II): có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.

c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

1.3.3.3. Nguy kịch (độ III): biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.

b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.

d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

1.3.3.4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

1.3.4. Chẩn đoán phân biệt [3]:

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
2. Tai biến mạch máu não.
3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
6. Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin.

1.4. Dự phòng phản vệ [3]

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bác sĩ, nhân viên y tế phải bảo đảm các nguyên tắc dự phòng phản vệ sau đây:

1. Chỉ định dùng dùng thuốc phù hợp nhất, chỉ tiêm khi không sử dụng được đường dùng khác.
2. Thử phản ứng thuốc cho các thuốc quy định trong thông tư 51/2017/TT-BYT.
3. Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh.

Trường hợp không có thuốc thay thế phù hợp mà cần dùng thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ để thống nhất chỉ định và phải được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh.

Việc thử phản ứng trên người bệnh với thuốc hoặc dị nguyên đã từng gây dị ứng cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa dị ứng-miễn dịch lâm sàng hoặc do các bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ thực hiện.

4. Tất cả trường hợp phản vệ phải được báo cáo về Trung tâm Quốc gia về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc hoặc Trung tâm Khu vực Thành phố Hồ Chí Minh về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc hiện hành theo quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư 22/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện.

5. Bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có thẩm quyền phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc. Tất cả thông tin liên quan đến dị ứng, dị nguyên phải được ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện.

6. Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ, bác sĩ, nhân viên y tế phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng, giải thích kỹ và nhắc người bệnh cung cấp thông tin này cho bác sĩ, nhân viên y tế mỗi khi khám bệnh, chữa bệnh.

1.5. Chuẩn bị, dự phòng cấp cứu phản vệ [3]

1. Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu, sẵn có để sử dụng cấp cứu phản vệ.

2. Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu phản vệ.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế theo quy định

4. Bác sĩ, nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành được cấp cứu phản vệ theo phác đồ.

5. Trên các phương tiện giao thông công cộng máy bay, tàu thủy, tàu hỏa, cần trang bị hộp thuốc cấp cứu phản vệ

1.6. Xử trí phản vệ [3]

1. Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu để tiêm bắp ngay cho người bị phản vệ khi được chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.
2. Bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên phải xử trí cấp cứu phản vệ.
3. Đối với người có tiền sử phản vệ có sẵn adrenalin mang theo người thì người bệnh hoặc người khác không phải là nhân viên y tế được phép sử dụng thuốc trong trường hợp khẩn cấp để tiêm bắp cấp cứu khi không có nhân viên y tế.

Hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Thông tư 51/2017/TT-BYT) [3]

1.6.1. Nguyên tắc chung

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.
3. **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ**, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.
4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

1.6.2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): Dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

1.6.3. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
2. Tiêm hoặc truyền adrenalin.
3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
4. Thở ô xy: người lớn 6-10 lít/phút, trẻ em 2-4 lít/phút qua mặt nạ hở.
5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.
 - a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
 - b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).
6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh.
7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

1.6.4. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên ≥ 90 mmHg, trẻ em ≥ 70 mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:
 - a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).
 - b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
 - c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
 - d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
 - e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).
2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:
- **Người lớn:** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100 μ g) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

- **Trẻ em:** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 μ g/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch Nacl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4 μ g adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1 µg/kg/phút)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt
Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

1.6.5. Xử trí tiếp theo

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

- a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,
- b) Bóp bóng AMBU có oxy,
- c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin
- d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,
- đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

e) Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100 μ g người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30 μ g/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15 μ g/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

1.6.6. Theo dõi

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

1.6.7. Hướng dẫn xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt (phụ lục IV, Thông tư 51/2017/TT-BYT) [3]

1.6.7.1. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

* Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:

- Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

- Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

- Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

- Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

* Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:

- Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

- Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

- Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

- Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có

thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

- Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

+ Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

+ Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

* Phản vệ với thuốc cản quang:

- Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.

- Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

1.6.7.2. Các trường hợp đặc biệt khác

* Phản vệ do gắng sức

- Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

- Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mào đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

- Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III.

- Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

* Phản vệ vô căn

- Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.
- Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2lần/2 tháng).
- Điều trị dự phòng theo phác đồ:
 - + Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó
 - + Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng
 - + Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày.

1.7. Một số nghiên cứu về các trường hợp phản vệ

Trên thế giới, tỷ lệ các trường hợp phản vệ được báo cáo hàng năm vào khoảng 3,2- 49,8/100.000 dân, tỷ lệ này có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây [18].

Thuốc là một trong những nguyên nhân chính được ghi nhận trong hầu hết các nghiên cứu. Một nghiên cứu trên cơ sở dữ liệu của Bồ Đào Nha cũng đưa ra tỷ lệ các trường hợp phản vệ do thuốc được báo cáo tại nước này trong vòng 10 năm là 0,79 trường hợp trên 100.000 dân [23]. Tuy nhiên, cần phải chú ý rằng chỉ có 5-10% các trường hợp ADR trên thực tế được báo cáo cho hệ thống Cảnh giác dược thậm chí với cả những ADR nghiêm trọng [15]. Kết quả cũng cho thấy xu hướng tăng đối với báo cáo liên quan đến trường hợp phản vệ ở cả người lớn và trẻ em trong thời gian nghiên cứu. Tuy nhiên, xu hướng này có lẽ là do sự gia tăng tổng thể trong báo cáo ADR và tỷ lệ giữa báo cáo liên quan đến phản vệ trên tổng số các báo cáo ADR không thay đổi đáng kể (dao động trong khoảng 5-7% theo từng năm) [23]. Tại Pháp, kết quả từ cơ sở dữ liệu cho thấy trong vòng 9 năm (2002-2010) đã có 333 trường hợp phản vệ được báo cáo tới hệ thống Cảnh giác dược. Trong đó tỷ lệ phản vệ là

76,6%, các phản ứng toàn thân nghiêm trọng là 10,5%, trường hợp phù thanh quản cấp tính là 9%, co thắt phế quản nghiêm trọng chiếm 2,1%, và đặc biệt có 6 trường hợp tử vong (1,8%) đã được ghi nhận [22]. Còn tại Hà Lan, theo kết quả một nghiên cứu trong vòng 20 năm (1974-1994) đã ghi nhận được 992 báo cáo liên quan đến các trường hợp phản vệ [26]. Hai nghiên cứu này, tuy không đưa ra một tỷ lệ về báo cáo phản vệ trong toàn bộ báo cáo ADR, nhưng những con số không hề nhỏ như trên rất đáng quan tâm.

Phản ứng phản vệ là phản ứng không dự đoán được và có thể xảy ra khi sử dụng bất kỳ loại thuốc nào. Trong nghiên cứu tại Pháp, đã có 48 thuốc được quy kết là nguyên nhân gây ra các trường hợp phản vệ được báo cáo. Trong đó kháng sinh (49,6%), đặc biệt là kháng sinh β -lactam được báo cáo nhiều nhất, thuốc giãn cơ với 23% báo cáo cũng là nguyên nhân phổ biến. Kết quả từ nghiên cứu cũng cho thấy xu hướng tăng số lượng các trường hợp phản vệ liên quan đến các dẫn xuất gadolinium [22]. Tại Hà Lan các thuốc được báo cáo trong tổng số 992 báo cáo phản vệ cũng rất đa dạng và bao gồm: glafenin (326 báo cáo), các chế phẩm phối hợp với (propy) phenazon hay propyphenazon/phenacetin (39), diclofenac (30), dextran (20), ibuprofen (14), floctafenin (12), sulfamethoxazol kết hợp với trimethoprim (12), và trimethoprim (11) [26]. Trong các báo cáo ADR, phản vệ do kháng sinh, các thuốc NSAID và thuốc gây mê là những nhóm nguyên nhân có tỷ lệ cao và được quan tâm nhất.

Ở Việt Nam, năm 1960 Võ Văn Vinh thông báo trường hợp phản vệ do Penicillin đầu tiên. Năm 1994, tác giả Nguyễn Năng An và Nguyễn Văn Đoàn đã thông báo 3 trường hợp sốc phản vệ hy hữu do thuốc gây tử vong [1]. Theo Vũ Văn Đỉnh, từ năm 1992 đến năm 1994, một số bệnh viện đã điều trị 131 trường hợp sốc phản vệ bằng Adrenalin và các biện pháp hồi sức. Trong số đó có 111 trường hợp sốc phản vệ do thuốc (84,73%), 63 trường hợp do kháng sinh và nhiều thông báo nhỏ lẻ khác [5].

Theo Nguyễn Thị Thuỳ Ninh và Nguyễn Văn Đoàn trong bài nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ năm 2018 đến năm 2022, tỷ lệ bệnh nhân phản vệ có xu hướng ngày càng gia tăng chủ yếu với nguyên nhân do thuốc (53.8%), thức ăn (38.7%), nọc côn trùng (2.5%). Trong đó nguyên nhân do thuốc hay gặp là thuốc chống viêm không Steroid (26.6%), sau đó là kháng sinh 23.5%; thức ăn hay gặp nhất là các loại hải sản như tôm, cua...(40%) [9]. Hay theo Đinh Thị Thu Phương, trong bài nghiên cứu mô tả nguyên nhân phản vệ và đặc điểm lâm sàng theo nhóm nguyên nhân tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2017 đến 7/2021, thuốc là nguyên nhân gây phản vệ cao nhất: 62,8%, vắc xin: 18,6%, thức ăn: 14%, côn trùng đốt 3,9% [11].

Theo Trung tâm DI &ADR Quốc gia, chỉ trong 6 tháng đầu năm 2013 đã có 18 báo cáo phản vệ với thuốc nghi ngờ là kháng sinh ceftazidim trong đó 2 trường hợp đã tử vong [7].

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 108 bệnh nhân phản vệ được chẩn đoán và điều trị tại trung tâm Y tế Phù Mỹ từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi là các bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ theo Thông tư 51 Bộ y tế về “Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ”

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân phản vệ có kèm sóc khác.

2.2. Thời gian tiến hành nghiên cứu

Từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2024.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Cấp cứu – Hồi sức tích cực và chống độc và các khoa lâm sàng khác thuộc Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ (nếu trong quá trình điều trị có xảy ra phản vệ).

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Vận dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu dữ liệu trên hồ sơ bệnh án lưu tại Khoa Cấp cứu – Hồi sức tích cực và chống độc và các khoa lâm sàng khác thuộc Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ.

2.5. Xác định cỡ mẫu, cách chọn mẫu

2.5.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu lấy toàn bộ bệnh nhân vào viện được chẩn đoán và điều trị phản vệ từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2024.

2.5.2. Phương pháp thu thập số liệu

Chúng tôi chọn một mẫu thống nhất bao gồm khai thác bệnh án từ hỏi bệnh, thăm khám, chẩn đoán, điều trị, kết quả điều trị và thu thập các bệnh án lưu trữ tại Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ.

2.6. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu

STT	Tên biến	Định nghĩa/ chỉ số	Loại biến số	Phương pháp thu thập	Công cụ thu thập
Mục tiêu 1: Mô tả tình trạng phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ năm 2022 - 2024					
1	Tuổi	Tuổi của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm nhập viện	Biến thứ tự	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
2	Giới tính	Giới tính của đối tượng nghiên cứu	Biến định danh	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
3	Nguyên nhân gây phản vệ	Nguyên nhân gây ra tình trạng phản vệ trên đối tượng nghiên cứu	Biến định danh	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
4	Đường vào dị nguyên	Đường vào dị nguyên gây ra tình trạng phản vệ	Biến định danh	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra

5	Tiền sử dị ứng	Tiền sử dị ứng của đối tượng nghiên cứu	Biến nhị phân	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
6	Người đầu tiên phát hiện Phản vệ	Người đầu tiên phát hiện phản vệ trên đối tượng nghiên cứu	Biến định danh	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
7	Thời gian xuất hiện triệu chứng sau khi tiếp xúc với dị nguyên	Thời gian kể từ lúc đối tượng nghiên cứu tiếp xúc với dị nguyên đến khi triệu chứng phản vệ đầu tiên xuất hiện	Biến thứ tự	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
8	Các triệu chứng lâm sàng của phản vệ	Các triệu chứng lâm sàng của phản vệ xuất hiện trên đối tượng nghiên cứu	Biến định danh	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
Mục tiêu 2: Đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ					
9	Các loại thuốc sử dụng trong điều trị	Các loại thuốc đã sử dụng để xử trí phản vệ trên đối tượng nghiên cứu	Biến định danh	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra

10	Liều dùng từng loại thuốc	Liều dùng của các thuốc xử trí phản vệ trên đối tượng nghiên cứu	Biến thứ tự	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
11	Đường dùng từng loại thuốc	Đường dùng của các thuốc xử trí phản vệ trên đối tượng nghiên cứu	Biến thứ tự	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
12	Thời gian theo dõi bệnh nhân Phản vệ	Thời gian từ khi bệnh nhân nhập viện điều trị đến khi xuất viện	Biến thứ tự	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
13	Thời gian thay đổi triệu chứng	Thời gian cải thiện của từng triệu chứng ở các cơ quan sau khi được xử trí	Biến thứ tự	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra
14	Kết quả điều trị	Kết quả điều trị trên đối tượng nghiên cứu (tỷ lệ khỏi, tỷ lệ chuyển viện, tỷ lệ tử vong)	Biến định danh	Thu thập số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án	Phiếu điều tra

2.7. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Sau khi làm sạch số liệu, được nhập vào máy tính với phần mềm Epi Data 3.1 và được xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) phiên bản 22.0 cho các thông tin mô tả, thống kê, phân

tích, kiểm định mối liên quan giữa các biến.

2.8. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được chúng tôi tiến hành theo các nguyên tắc đạo đức trong hướng dẫn chung về đạo đức đối với nghiên cứu y sinh học. Các nguyên tắc đạo đức được tuân thủ nghiêm ngặt trong toàn bộ quá trình nghiên cứu.
- Đề cương nghiên cứu được phê duyệt và thông qua hội đồng xét duyệt đề cương của ngành y tế trước khi triển khai. Nội dung nghiên cứu được lãnh đạo TTYT Phù Mỹ quan tâm, ủng hộ.
- Chúng tôi đảm bảo công bằng trong quá trình nghiên cứu, không có nhóm nào phải gánh chịu nguy cơ do nghiên cứu một cách không công bằng.
- Toàn bộ số liệu thu tập được trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực.
- Chúng tôi tôn trọng nhân phẩm, nhân quyền của đối tượng nghiên cứu.
- Chúng tôi quản lý và bảo quản các dữ liệu cá nhân của tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu theo đúng quy định. Toàn bộ thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ bí mật.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1 Phân bố tuổi và giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	n	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình	Min-Max
Nhỏ hơn 15 tuổi	23	21,3	38,96±21,645	4-86
15-64 tuổi	71	65,7		
65 tuổi trở lên	14	13		

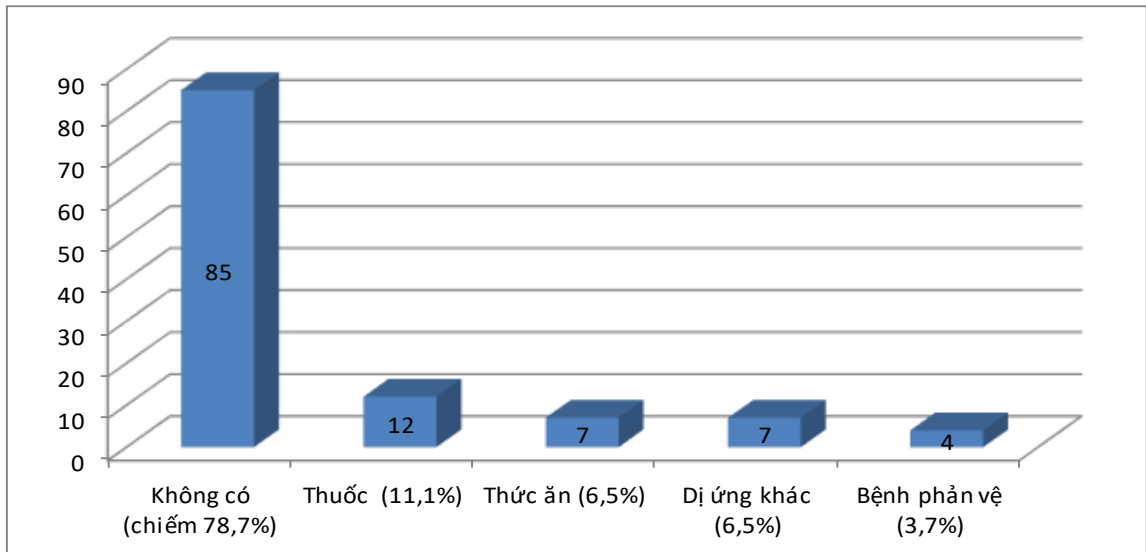
Bảng 3.2. Phân bố giới tính và tuổi trung bình theo giới tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	n	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình theo giới tính	Min-Max
Nam	73	67,6	35,93±21,196	4-75
Nữ	35	32,4%	45,29±21,499	6-86

Nhận xét:

- Nghiên cứu có 23 bệnh nhân (chiếm 21,3%) có độ tuổi nhỏ hơn 15 tuổi; Phần lớn bệnh nhân nằm trong khoảng từ 15-64 tuổi (71 bệnh nhân, chiếm 65,7%); Có 14 bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên (chiếm 13%).
- Nghiên cứu có 73 bệnh nhân nam (chiếm 67,6%) và 35 bệnh nhân nữ (chiếm 32,4%).
- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 38,96 ±21,645 tuổi. Trong đó, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 tuổi.
- Tuổi trung bình của nam và nữ không có sự khác biệt (có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$)

3.1.2 Tiền sử dị ứng trong nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 23 bệnh nhân (Chiếm 21,3%) có tiền sử dị ứng, trong đó 12 bệnh nhân (Chiếm 11,1%) có tiền sử dị ứng thuốc, 7 bệnh nhân (6,5%) có tiền sử dị ứng thức ăn, 7 bệnh nhân (6,5%) dị ứng với nguyên nhân khác và 4 bệnh nhân (3,7%) từng mắc phản vệ trước đó.

3.2 Đặc điểm lâm sàng và tình trạng phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ

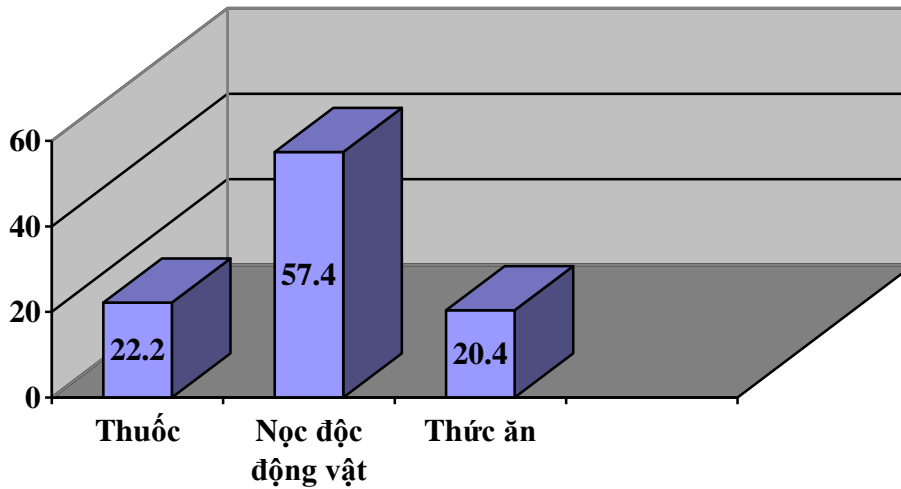
3.2.1 Số trường hợp mắc phản vệ trong 3 năm tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ

Bảng 3.3 Số trường hợp mắc phản vệ trong 3 năm

Năm	Số trường hợp
2022	33
2023	33
2024	42

Nhận xét: Số bệnh nhân phản vệ có xu hướng gia tăng mạnh từ năm 2023 đến năm 2024 (năm 2023 ghi nhận 33 trường hợp phản vệ vào viện, đến tháng 10 năm 2024 ghi nhận 42 trường hợp)

3.2.2. Các nhóm nguyên nhân gây phản vệ



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ giữa các nhóm nguyên nhân gây phản vệ

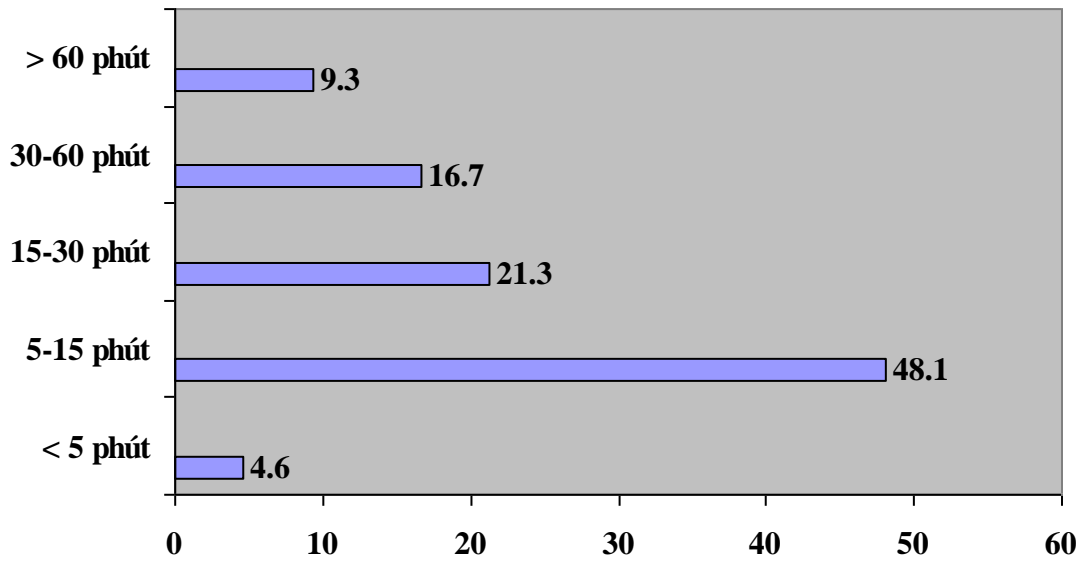
Nhận xét:

- Nguyên nhân gây phản vệ hay gặp nhất là nọc độc động vật (62 trường hợp chiếm 57,4%), trong đó do nọc độc Côn trùng chiếm tỷ lệ cao nhất (60 trường hợp, chiếm 55,6%).
- Phản vệ do thuốc đứng thứ 2 (24 trường hợp, chiếm 22,2%), do kháng sinh có 6 trường hợp, SAT có 3 trường hợp, Vitamin B12 có 1 trường hợp, 1 trường hợp do dung dịch đậm, 1 trường hợp do Vắc xin, còn lại phần lớn là tân dược không rõ loại (12 trường hợp).
- Phản vệ do thức ăn có 22 trường hợp chiếm 20,4%.

3.2.3 Thời gian khởi phát triệu chứng

Bảng 3.4. Thời gian khởi phát triệu chứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

n	Giá trị trung bình (phút)	Giá trị nhỏ nhất (phút)	Giá trị lớn nhất (phút)
108	24,38	2	180



Biểu đồ 3.3. Thời gian xuất hiện triệu chứng

Nhận xét:

- Thời gian xuất hiện phản vệ sau khi tiếp xúc với dị nguyên trung bình là 24,38; nhanh nhất là 2 phút, muộn nhất là 3 giờ.
- Tỷ lệ bệnh nhân phản vệ xuất hiện triệu chứng đầu tiên sau khi tiếp xúc dị nguyên <5 phút là 4,6%; phần lớn xuất hiện trong khoảng 5-15 phút (48,1%); Phản vệ xảy ra muộn >60 phút chiếm 9,3%

3.2.4. Thời gian xuất hiện triệu chứng theo đường vào

Bảng 3.5. Thời gian xuất hiện triệu chứng theo đường vào

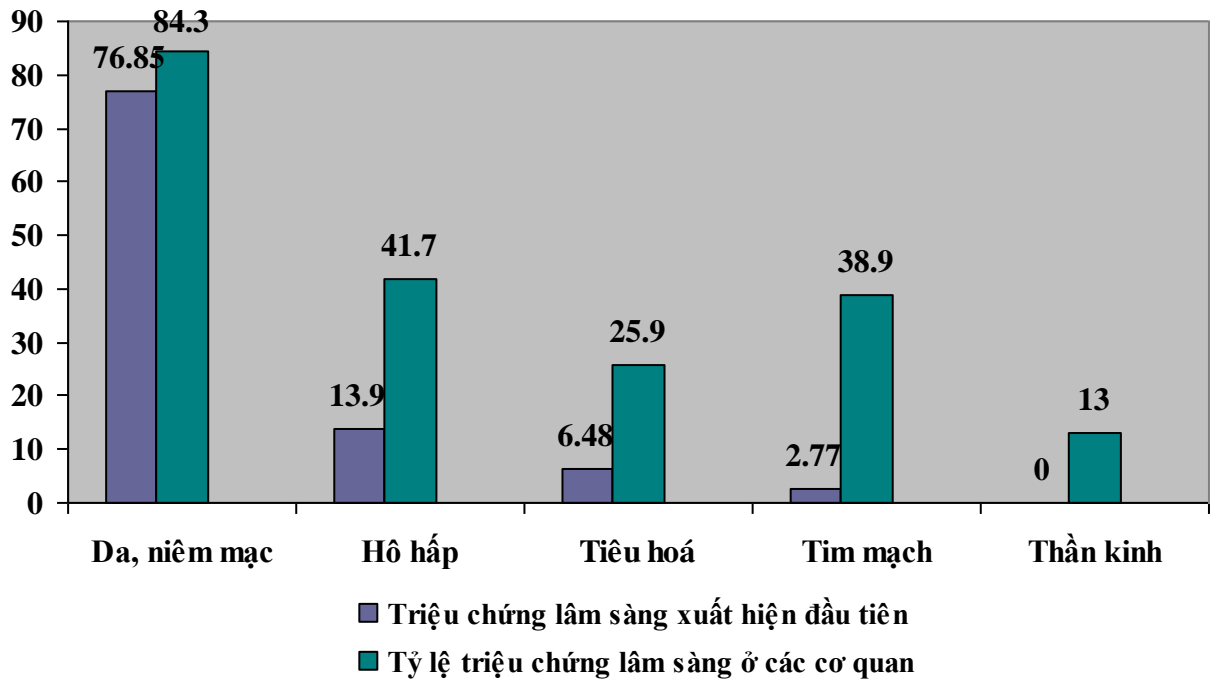
Đường vào	< 5 phút	5-15 phút	15-30 phút	30-60 phút	>60 phút	Tổng
Tĩnh mạch	2	1	1	0	0	4
Tiêm bắp	0	3	3	0	0	6
Uống (Đối với các dị nguyên)	0	9	4	1	0	14

là thuốc, được chất)						
Tiêu hoá (Đối với các loại dị nguyên là thức ăn, nước uống)	0	8	6	4	4	22
Động vật đốt, cần	3	31	9	13	6	62
Tổng	5	52	23	18	10	108

Nhận xét:

- Khi dị nguyên vào bằng đường tiêm truyền tĩnh mạch, thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên khá sớm, <5 phút chiếm 50%
- Thời gian xuất hiện triệu chứng phản vệ đầu tiên qua đường tiêm bắp, đường uống và đường hô hấp tập trung nhiều trong khoảng 5-30 phút
- Bằng đường động vật đốt, cần, thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên rất đa dạng, có nhiều trường hợp rất sớm (<5 phút) cũng có nhiều trường hợp xuất hiện sau 1 giờ

3.2.5 Triệu chứng lâm sàng phản vệ

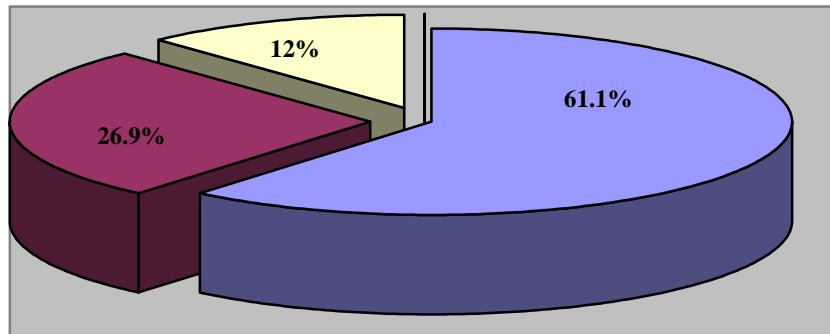


Biểu đồ 3.4. Triệu chứng lâm sàng phản vệ

Nhận xét:

- Các triệu chứng lâm sàng của phản vệ thường xuất hiện đầu tiên ở da, niêm mạc (83 trường hợp, chiếm 76,85%); theo sau là các triệu chứng hô hấp (15 trường hợp chiếm 13,9%); tiêu hoá (7 trường hợp chiếm 6,48%); tim mạch (3 trường hợp chiếm 2,77%); chưa ghi nhận trường hợp nào triệu chứng lâm sàng xuất hiện đầu tiên ở hệ thần kinh.
- Triệu chứng lâm sàng ở da, niêm mạc là hay gặp nhất (91 trường hợp chiếm 84,3%), ở cơ quan hô hấp là 45 trường hợp chiếm 41,7%; biểu hiện ở tim mạch là 42 trường hợp chiếm 38,9%; ở tiêu hoá 28 trường hợp chiếm 25,9%; triệu chứng ít gặp nhất là thần kinh (14 trường hợp chiếm 13%).

3.2.6. Mức độ phản vệ



■ Mức độ nhẹ
 ■ Mức độ nặng
 ■ Mức độ nguy kịch

Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ mức độ phản vệ

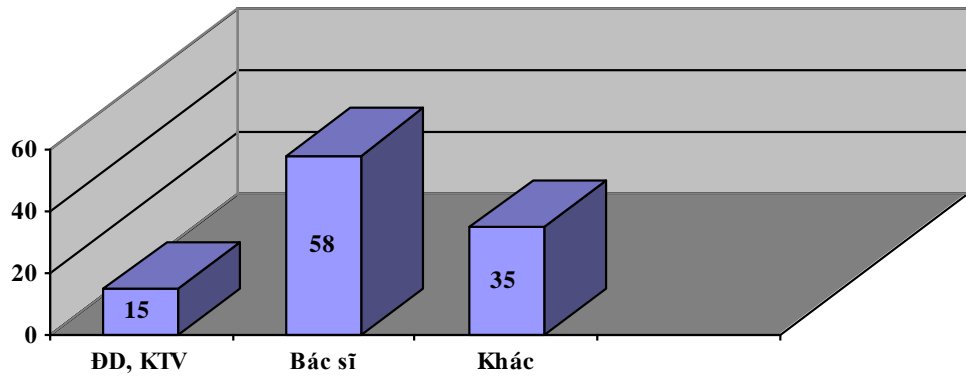
Nhận xét:

- Mức độ phản vệ của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu gặp chủ yếu là mức độ nhẹ (66 trường hợp chiếm tỷ lệ 61,1%)
- Tỷ lệ mức độ nặng là 26,9%
- Thấp nhất là mức độ nguy kịch (13 trường hợp chiếm 12%)

Không có sự liên quan giữa có hay không tiền sử dị ứng với mức độ nặng của phản vệ (với $p > 0,05$).

Đã thực hiện kiểm định về mối liên hệ giữa nguyên nhân và mức độ nặng nhưng kiểm định không đáng tin cậy do có 22,2% (>20%) số ô trong bảng chéo có tần số mong đợi <5.

3.2.7 Người đầu tiên phát hiện phản vệ



Biểu đồ 3.6. Người phát hiện phản vệ

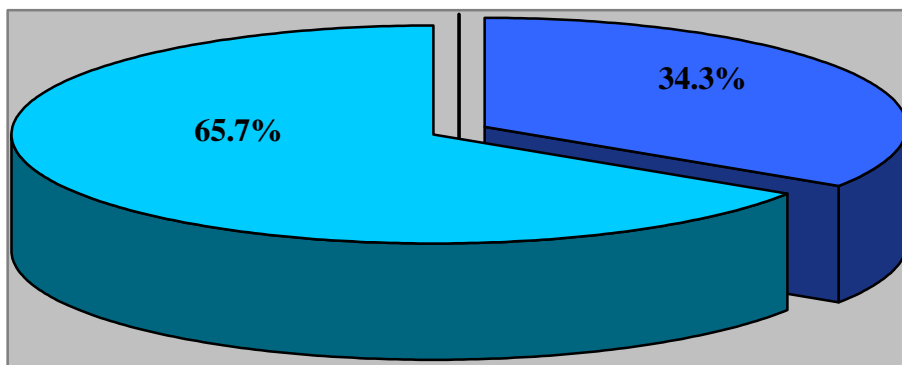
Nhận xét:

- Bác sĩ là người có tỷ lệ đầu tiên phát hiện phản vệ cao nhất (58 trường hợp chiếm 53,7%);
- Các nhân viên y tế khác như điều dưỡng, kỹ thuật viên tỷ lệ đầu tiên phát hiện phản vệ còn thấp (15 trường hợp chiếm 13,9%).

3.3 Tình hình điều trị phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ

3.3.1. Thuốc điều trị

3.3.1.1. Adrenalin



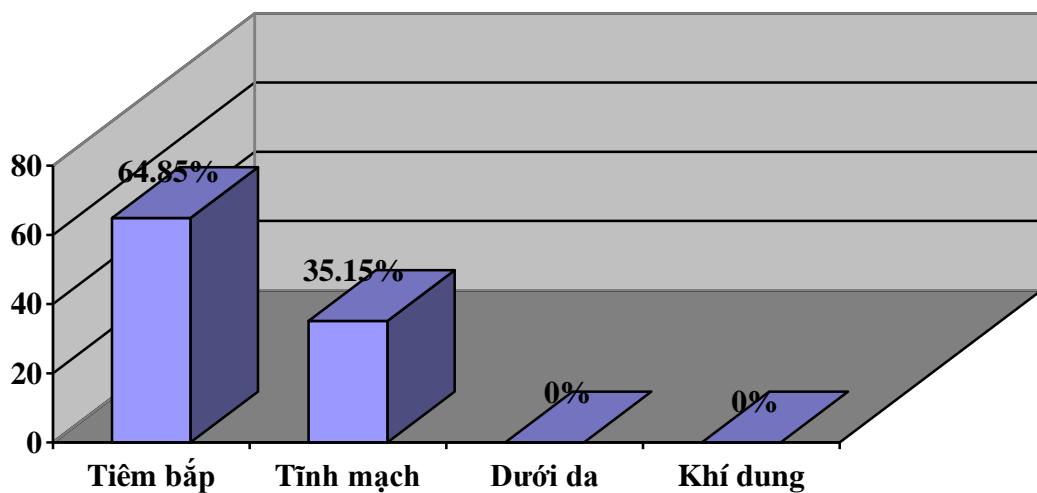
■ Có sử dụng Adrenalin

■ Không sử dụng Adrenalin

Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ sử dụng Adrenalin

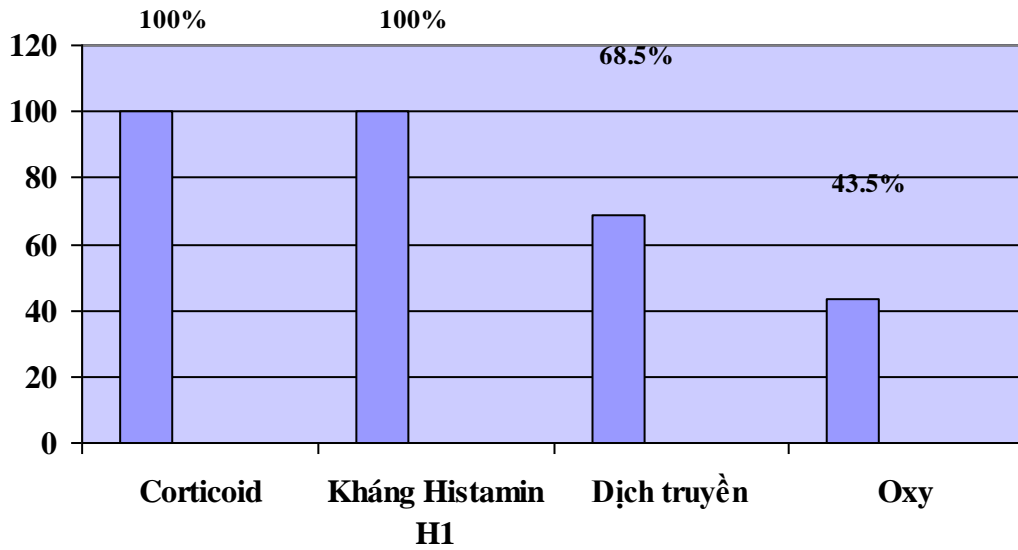
Bảng 3.6. Điều trị phản vệ bằng Adrenalin theo các mức độ

Mức độ	Sử dụng Adrenalin		Tổng
	Có	Không	
Nhẹ	0	66	66
Nặng	25	4	29
Nguy kịch	12	1	13

**Biểu đồ 3.8. Đường dùng Adrenalin liều đầu tiên****Nhận xét:**

- Adrenalin là thuốc thiết yếu trong điều trị phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34,3% bệnh nhân được sử dụng Adrenalin.
- Trong số bệnh nhân sử dụng Adrenalin, có 64,85% bệnh nhân sử dụng Adrenalin liều đầu tiên bằng đường tiêm bắp (có 50% trong số đó phải chuyển qua đường tĩnh mạch); 35,15% bệnh nhân sử dụng Adrenalin liều đầu tiên bằng đường tĩnh mạch; Không có trường hợp nào tiêm dưới da và khí dung.
- Trong nhóm bệnh nhân phản vệ mức độ nặng và nguy kịch, có 88,1% bệnh nhân được sử dụng Adrenalin, trong đó mức độ nặng có 86,2% được sử dụng, mức độ nguy kịch có 92,3% bệnh nhân được sử dụng.

3.3.1.2. Thuốc khác

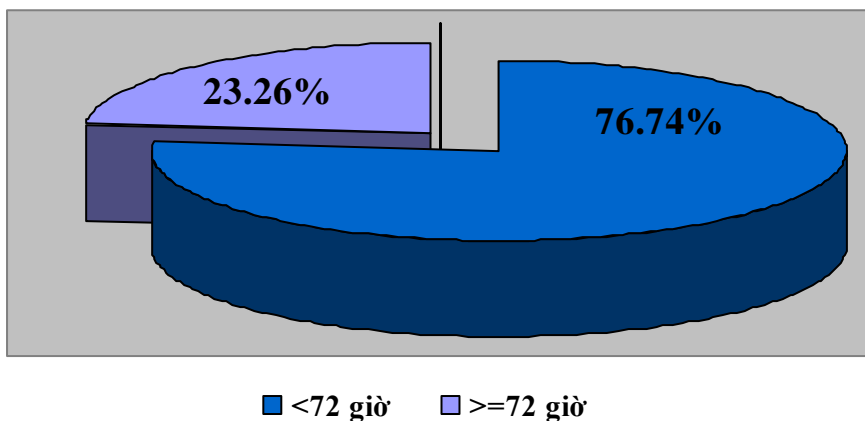


Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ sử dụng các thuốc trong điều trị phản vệ

Nhận xét:

- 100% các trường hợp phản vệ trong nghiên cứu được điều trị bằng Corticoid và Kháng Histamin H1.
- Có 68,3% bệnh nhân được truyền dịch và 43,5% bệnh nhân được hỗ trợ thở oxy.

3.3.2. Thời gian theo dõi bệnh nhân Phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ



Biểu đồ 3.10. Thời gian theo dõi bệnh nhân Phản vệ tại bệnh viện

Nhận xét: Bệnh nhân được theo dõi tại bệnh viện <72 giờ chiếm tỷ lệ cao hơn (66 trường hợp, chiếm 76,74%)

3.4. Kết quả điều trị

3.4.1. Thời gian cải thiện triệu chứng ở các cơ quan

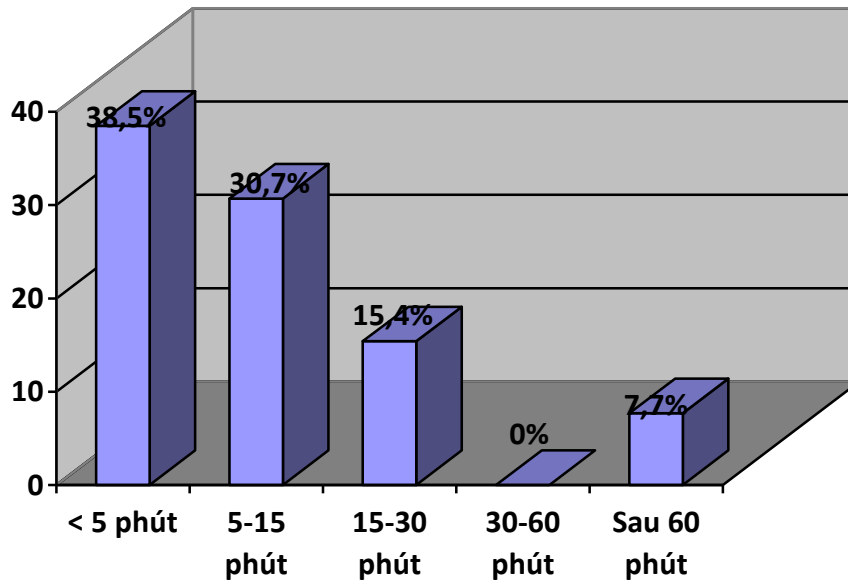
Bảng 3.7 Thời gian cải thiện triệu chứng ở các cơ quan

		Sau 5 phút	Sau 15 phút	Sau 30 phút	Sau 1 giờ	Sau 2 giờ	Tổng
Da, niêm mạc	n	1	10	39	26	15	91
	%	1,1	11	42,8	28,6	16,5	100
Hô hấp	n	19	18	7	1	0	45
	%	42,2	40	15,6	2,2	0	100
Tim mạch	n	14	17	5	5	1	42
	%	33,3	40,5	11,9	11,9	2,4	100
Tiêu hoá	n	4	18	5	0	1	28
	%	14,3	64,3	17,8	0	3,6	100
Thần kinh	n	5	4	4	1	0	14
	%	35,7	28,6	28,6	7,1	0	100

Nhận xét:

- Đa số các trường hợp triệu chứng hô hấp, tim mạch và tiêu hoá cải thiện sau 15 phút, sau 1 giờ hầu như tất cả các trường hợp đều cải thiện.
- Các triệu chứng ở da và niêm mạc cải thiện muộn hơn, phần lớn cải thiện sau 30 phút, tuy nhiên vẫn có nhiều trường hợp cải thiện muộn sau 2 giờ.
- Các triệu chứng ở hệ thần kinh thường đáp ứng nhanh với điều trị, gần như cải thiện rõ sau 30 phút, chỉ có 1 trường hợp cải thiện muộn sau 1 giờ.

3.4.2. Thời gian thoát sốc

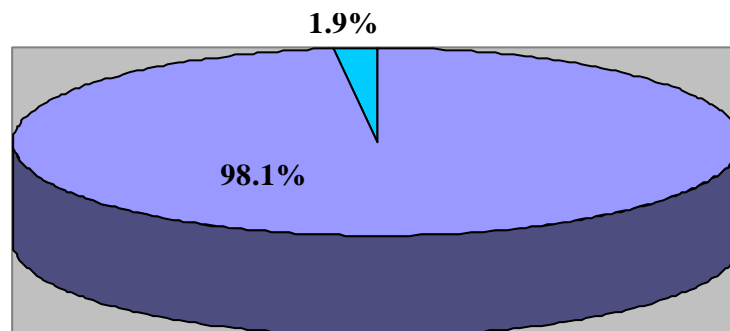


Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ bệnh nhân thoát sốc theo thời gian

Nhận xét:

- 92,3% bệnh nhân thoát sốc.
- Trong số 13 bệnh nhân sốc phản vệ, bệnh nhân thoát sốc sau 15 phút chiếm tỷ lệ cao (9 bệnh nhân chiếm 69,2%), trong đó có 5 trường hợp (chiếm 38,5%) thoát sốc trong 5 phút đầu tiên.
- Có 1 trường hợp thoát sốc sau 1 giờ (chiếm 7,7%).

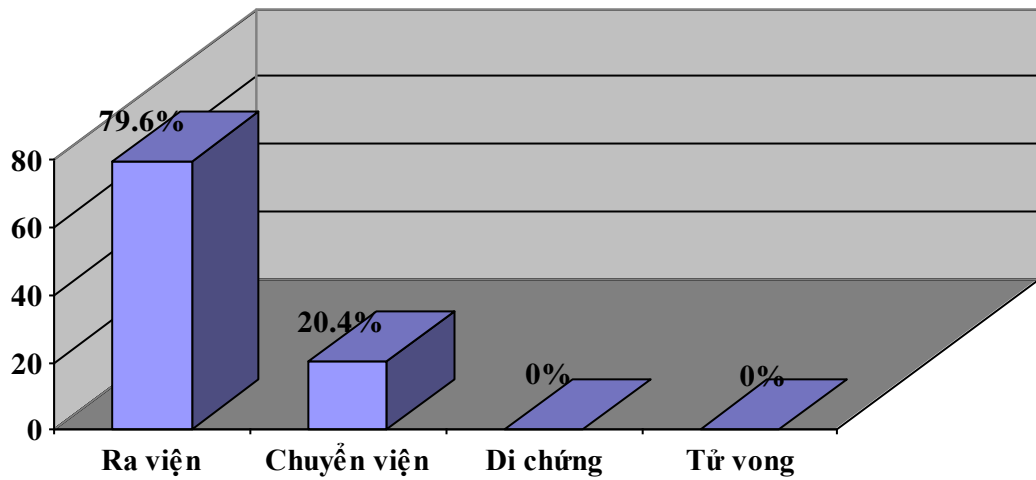
3.4.3. Tỷ lệ khởi bệnh, chuyển viện, tử vong



■ Chẩn đoán và điều trị kịp thời

■ Phát hiện và điều trị muộn

Biểu đồ 3.12. Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị kịp thời



Biểu đồ 3.14. Tỷ lệ ra viện, chuyển viện, di chứng, tử vong

Nhận xét:

- Trong số 108 trường hợp phản vệ được nghiên cứu có 2 trường hợp (chiếm 1,9%) được phát hiện và điều trị muộn.
- Bệnh nhân sống và ra viện chiếm tỷ lệ cao (79,6%), chuyển viện chiếm 20,4%, không ghi nhận trường hợp di chứng, tử vong nào.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024 có 108 trường hợp phản vệ. Nghiên cứu 108 trường hợp phản vệ, chúng tôi ghi nhận có 73 bệnh nhân nam chiếm 67,6% và 35 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 32,4% (Bảng 3.1). Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 4 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $38,96 \pm 21,645$; Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2016 trong 204 bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân có độ tuổi trung bình lớn hơn (42 ± 18 , tỷ lệ nam chiếm 50%) [12], nghiên cứu của Nanan Jiang 2016 trên 907 bệnh nhân có độ tuổi trung bình trẻ hơn (31 ± 14 , tỷ lệ nữ chiếm 55%) [30]. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nam là $35,93 \pm 21,196$, nhóm bệnh nhân nữ là $45,29 \pm 21,499$, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nam và nhóm bệnh nhân nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh năm 2014 tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai trong 275 bệnh nhân phản vệ, tuổi trung bình giữa hai nhóm nam và nữ không có sự khác biệt [10], nghiên cứu của Mai Văn Lục năm 2005 trong 63 bệnh nhân tại Trung tâm chống độc kết quả cũng tương tự [8].

Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 23 bệnh nhân (21,3%) có tiền sử dị ứng; trong đó 11,1% bệnh nhân dị ứng thuốc; 6,5% dị ứng thức ăn; 10,2% dị ứng với nguyên nhân khác (Biểu đồ 3.1). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2016 chỉ có 16,2% bệnh nhân có tiền sử dị ứng; 7,3% bệnh nhân dị ứng thuốc; 5,9% bệnh nhân dị ứng thức ăn; 0,5% bệnh nhân dị ứng với các chế phẩm của máu và 2,5% dị ứng với nguyên nhân khác [12]; Nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh, bệnh nhân có tiền sử dị ứng chiếm 31,3% [10]. Kết quả nghiên cứu

của Mai Văn Lục bệnh nhân Phản vệ có tiền sử dị ứng là 31,7%, dị ứng thuốc 7,9%, dị ứng thức ăn là 4,8% [8]. Theo nghiên cứu của Phan Quang Đoàn năm 2001 về phát hiện người có tiền sử dị ứng trong các trường hợp dị ứng thuốc cho thấy, người có tiền sử dị ứng thuốc có nguy cơ mắc Mày đay, Phù Quincke gấp 5 lần người bình thường và 2,5 lần so với người có tiền sử dị ứng [6]. Chính vì vậy, việc khai thác tiền sử dị ứng của bệnh nhân trước khi chỉ định thuốc đối với các bác sĩ lâm sàng là rất cần thiết.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng phản vệ

Những năm gần đây, số người mắc bệnh dị ứng tăng lên đáng kể, trong đó, số trường hợp phản vệ ngày càng nhiều. Tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ, trong năm 2024, mới chỉ ghi nhận trong 9 tháng đầu năm nhưng số trường hợp phản vệ đã cao hơn so với năm 2023. Nguyên nhân có thể do sự phát triển của các ngành công nghiệp hóa mỹ phẩm, dược phẩm và tình trạng ô nhiễm môi trường là sự gia tăng tình trạng dị ứng trong đó có phản vệ xảy ra ngày càng nhiều.

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra phản vệ, nhưng hay gặp nhất là thuốc, hoá chất dùng trong chẩn đoán và điều trị, thức ăn, nọc độc động vật.... Tỷ lệ giữa các loại nguyên nhân gây ra phản vệ giữa các vùng là khác nhau phụ thuộc vào tập quán sinh sống, trình độ, sự phát triển giữa các vùng. Trong nghiên cứu trên 108 bệnh nhân trong 3 năm tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ, nguyên nhân do thuốc chiếm 22,2%, do thức ăn chiếm 20,4%, do nọc độc động vật chiếm tỷ lệ cao nhất 57,4%, trong đó Nọc độc côn trùng chiếm 55,6% (Biểu đồ 3.3). Kết quả này có sự khác biệt lớn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2016 cũng như Nguyễn Thị Thuỳ Ninh năm 2014. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2016 trên 204 bệnh nhân tại bệnh viện Bạch Mai, nguyên nhân do thuốc chiếm 49,5%, thức ăn 9,3%, nọc côn trùng chiếm 4,4% [12]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh 2014 tại Bệnh viện Bạch Mai, nguyên nhân gây phản vệ do thuốc chiếm

49,5%, do thực phẩm chiếm 38,95%, do côn trùng chiếm 8,7% [10]. Sở dĩ có sự khác biệt lớn như vậy vì hai nghiên cứu trên được tiến hành tại Bệnh viện Bạch Mai, là một cơ sở y tế tuyến lớn, áp dụng nhiều thuốc, được chất trong chẩn đoán, điều trị cũng như nhiều kỹ thuật liên quan đến máu và các chế phẩm của máu... Vì vậy, phản vệ do nguyên nhân này chiếm tỷ lệ khá cao. Trong khi đó, bệnh nhân tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ phần lớn là người dân sinh sống trên địa bàn, huyện Phù Mỹ là 1 huyện đồng bằng ven biển, còn nhiều vùng đất hoang sơ, nhiều cây, bụi rậm, là môi trường thuận lợi cho côn trùng, các loài động vật sinh sống và phát triển, người dân sinh sống phần lớn bằng nghề nông, lâm, ngư nghiệp, nên khả năng tiếp xúc với côn trùng, các loài động vật có nọc độc cao, nên phản vệ do nọc độc động vật chiếm tỷ lệ lớn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Worm.M và cộng sự trên 4000 bệnh nhân từ năm 2006-2013, nguyên nhân phản vệ do nọc côn trùng chiếm tỷ lệ cao nhất 50,1%, do thực phẩm 25,1%, thấp nhất là do thuốc 15,1% [29]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 24 trường hợp phản vệ do thuốc thì có đến 50% nguyên nhân là do tân dược không rõ loại, điều này chứng tỏ tình hình dùng thuốc ngoài cộng đồng còn nhiều phức tạp.

Trong bảng 3.2, thời gian xuất hiện triệu chứng phản vệ sau khi tiếp xúc với dị nguyên của chúng tôi trung bình là 24,38 phút, trường nhất là 3 giờ. Thời gian trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nhiều so với nghiên cứu của Bùi Văn Cường năm 2014 (trung bình là 84,4 phút) [4]. Trong số những bệnh nhân bị phản vệ qua đường tĩnh mạch có đến 50% là triệu chứng phản vệ xuất hiện trong 5 phút đầu tiên, thời gian xuất hiện triệu chứng nhanh hơn qua đường khác. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn, trong số những bệnh nhân xuất hiện triệu chứng dưới 5 phút thì có 92,3% qua đường tĩnh mạch [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng ở da và niêm mạc chiếm 84,3%, ở cơ quan hô hấp là 41,7%, tiêu hoá là 25,9%, biểu hiện ở tim mạch

chiếm 38,9% còn trên hệ thần kinh là 13% (biểu đồ 3.5). Các triệu chứng đặc hiệu của phản vệ rất thay đổi, tùy thuộc vào mức độ mẫn cảm của bệnh nhân, cũng như đường tiếp xúc, số lượng và tốc độ đưa dị nguyên vào. Rất thường thấy tỷ lệ các biểu hiện đầu tiên ở da và niêm mạc (76,85%) như ngứa, đỏ da, mày đay và trong trường hợp nặng là phù mạch. Ngứa và sung huyết tác động tới màng niêm mạc mắt, mũi, miệng thường được thấy, sung phù môi hay lưỡi có thể gây trở ngại nuốt và thông khí. Biểu hiện đầu tiên ở hô hấp chiếm tỷ lệ thấp hơn (13,9%) nhưng thường nặng nề hơn, tắc nghẽn đường hô hấp trên do phù nề thanh quản, hạ thanh môn hay tổ chức xung quanh. Chính tình trạng phù khu vực hạ họng, thanh quản nói trên nếu nặng có thể gây ra tình trạng thở rít. Ngoài ra, do tăng tiết dịch và co thắt phế quản của đường hô hấp dưới gây ra cảm giác bó chặt lồng ngực, thở hỗn hển và tiếng cò cừ, các triệu chứng tương tự như được thấy trong cơn hen cấp, dẫn tới tình trạng suy hô hấp. Triệu chứng phản vệ xuất hiện đầu tiên ở hệ tiêu hoá chiếm tỷ lệ thấp hơn (6,48%), các triệu chứng như nôn, đau bụng, đại tiện phân lỏng là do tăng tiết dịch gây tăng co bóp ống tiêu hoá. Biểu hiện đầu tiên ở hệ tim mạch chiếm tỷ lệ thấp (2,77%) nhưng là các biểu hiện nghiêm trọng. Người bệnh hồi hộp, đánh trống ngực, nặng hơn là tình trạng sốc. Nguyên nhân là do giãn mạch ngoại vi, tăng tính thấm thành mạch và mất thể tích trong lòng mạch, trong 10 phút đầu của phản vệ có thể thoát quản tới 35% khối lượng tuần hoàn [2, 13]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào triệu chứng phản vệ đầu tiên xuất hiện trên hệ thần kinh.

Trong nghiên cứu của Mai Văn Lục, những triệu chứng lâm sàng về thần kinh thường gặp là bồn chồn, hốt hoảng (71,2%), hoa mắt, chóng mặt, ngất xỉu (63,5%); biểu hiện ở da hay gặp: mẫn ngứa (85,7%), ban đỏ (65,1%). Triệu chứng tiêu hoá gặp nhiều là nôn, buồn nôn (68,2%), đau quặn bụng (33,3%), các biểu hiện về tuần hoàn: mạch nhanh, trụy mạch (100%), triệu chứng khó thở (46%) [8].

Nguyễn Thị Thuỳ Ninh nghiên cứu 275 bệnh nhân phản vệ với các biểu hiện ở da, niêm mạc là 97,1%, tim mạch 96%, biểu hiện ít gặp nhất là thần kinh 33,1% [10].

Triệu chứng lâm sàng phong phú nhưng xuất hiện không theo quy luật nào, những bệnh nhân bị truy mạch hoặc khó thở nhanh, suy hô hấp thường xuất hiện và diễn biến nhanh có khi không kèm các triệu chứng ở da, niêm mạc [13, 21].

Mức độ phản vệ của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu (Biểu đồ 3.6) gặp chủ yếu là mức độ nhẹ (61,1%), triệu chứng chủ yếu xuất hiện ở da, niêm mạc, phát hiện và xử trí ngay ở mức độ này sẽ phòng tránh được phản vệ có thể diễn biến sang các mức độ nặng hơn. Mức độ nguy kịch chiếm tỷ lệ 12%, biểu hiện tụt huyết áp, suy hô hấp, có rối loạn ý thức,...Mức độ nặng (26,9%). Kết quả nghiên cứu nay khác so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn 2016 tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,1%) tiếp theo là mức độ nhẹ (36,8%) và thấp nhất là mức độ nguy kịch (20,1%) [12]; đồng thời khác xa so với nghiên cứu của Mai Văn Lục, trong số 63 bệnh nhân phản vệ thì độ I là 17,5%, độ II 36,5%, độ III tương đương với mức độ nguy kịch là 46% [8]. Sở dĩ có sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về tỷ lệ của các nhóm nguyên nhân gây phản vệ. Theo nghiên cứu của Đinh Thị Thu Phương và cộng sự trên 129 trường hợp phản vệ tại Bệnh viện Nhi Trung Ương cho thấy, nguyên nhân do thuốc, vắc xin thường gây ra phản vệ độ 3, độ 4 (lần lượt là 64,2% và 54,2%), trong khi đó nguyên nhân do thức ăn thường gây ra phản vệ độ 2 (66,7%), và do nọc côn trùng thường gây phản vệ độ 1 (60%).

Chúng tôi đã tiến hành kiểm định mối liên quan của tiền sử dị ứng với mức độ phản vệ, kết quả cho thấy, không có sự liên quan giữa có hay không tiền sử dị ứng với mức độ nặng của phản vệ (với $p > 0,05$). Đồng thời cũng đã thực hiện kiểm định về mối liên hệ giữa nguyên nhân và mức độ nặng nhưng

kiểm định không đáng tin cậy do có 22,2% (>20%) số ô trong bảng chéo có tần số mong đợi <5.

4.3. Tình hình điều trị phản vệ

Để hạn chế tình trạng nặng lên cũng như tỷ lệ tử vong của phản ứng phản vệ cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, nếu chậm trễ chỉ một vài phút có thể dẫn đến tình trạng nặng và tử vong. Tất cả các hướng dẫn điều trị hiện nay và đặc biệt là thông tư 51/2017 Bộ Y tế về dự phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ đều nhấn mạnh vai trò của Adrenalin, nó là thuốc lựa chọn đầu tay trong điều trị sốc phản vệ. Adrenalin là 1 Catecholamin nội sinh, trực tiếp tác dụng cường giao cảm α -adrenergic và đồng vận β -adrenergic. Thông qua các thụ thể α 1-adrenergic, nó làm tăng co mạch và tăng sức cản mạch máu ngoại vi dẫn đến giảm phù nề và tăng huyết áp. Thông qua thụ thể β 1-adrenergic, Adrenalin làm tăng cả tốc độ và lực co bóp cơ tim. Thông qua thụ thể β 2-adrenergic, nó có tác dụng giãn phế quản, giảm giải phóng các chất trung gian hoá học như Histamin và các tryptase từ các tế bào Mast và basophils, đối kháng tác dụng của Histamin trên tế bào đích, do đó Adrenalin có tác dụng đảo chiều ngay tác dụng của các chất trung gian hoá học gây ra. Trì hoãn việc sử dụng Adrenalin làm tăng mức độ nặng của Phản vệ, tăng nguy cơ xuất hiện sốc phản vệ 2 pha, tăng tỷ lệ tử vong. Do vậy, Adrenalin là thuốc được lựa chọn tuyệt đối trong điều trị phản vệ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34,3% bệnh nhân được tiêm Adrenalin (Biểu đồ 3.7). Trong nhóm bệnh nhân phản vệ mức độ nặng và nguy kịch, chỉ có 88,1% bệnh nhân được sử dụng Adrenalin, trong đó mức độ nặng có 86,2% được sử dụng, mức độ nguy kịch có 92,3% bệnh nhân được sử dụng (Bảng 3.3). Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh và Nguyễn Văn Đoàn 2022 trên 113 bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội, có tới 61,3% bệnh nhân được sử dụng Adrenalin [9], tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng Adrenalin theo nghiên cứu của Nguyễn Anh

Tuần là 71,1% [12], Brown và cộng sự 57% [16]. Tỷ lệ tiêm Adrenalin của trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ theo nghiên cứu của chúng tôi còn thấp, ngay cả bệnh nhân mức độ nặng và nguy kịch. Đây là một thực trạng đáng được quan tâm, vì ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết quả điều trị, tỷ lệ chuyển viện, tử vong của bệnh nhân.

Việc lựa chọn đường dùng của Adrenalin cũng rất qua trọng, trong các khuyến cáo hiện nay, kể cả Thông tư 51 Bộ Y tế, đầu tiên Adrenalin nên được tiêm bắp, có thể sử dụng Adrenalin theo đường tĩnh mạch ở những trường hợp nguy kịch và được thực hiện bởi các thầy thuốc chuyên khoa. Việc sử dụng Adrenalin theo đường hít và tiêm dưới da không được khuyến cáo [21]. Nghiên cứu so sánh thời gian nồng độ cao nhất của Adrenalin có trong huyết tương sau khi dùng tiêm bắp và tiêm dưới da thì người ta thấy rằng dùng Adrenalin tiêm bắp thời gian đạt nồng độ đỉnh ngắn hơn so với tiêm dưới da và kỹ thuật tiêm cũng đơn giản và nhanh hơn [28], nồng độ huyết tương tối đa trung bình cũng cao hơn đáng kể ở nhóm tiêm bắp so với nhóm tiêm dưới da [28]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số bệnh nhân được sử dụng Adrenalin, có 64,85% bệnh nhân được tiêm bắp liều Adrenalin đầu tiên, dùng đường tĩnh mạch 67,6% ở những bệnh nhân bị phản vệ nặng không đáp ứng với đường tiêm bắp, hoặc những bệnh nhân phản vệ nguy kịch có sẵn đường truyền tĩnh mạch, không có trường hợp tiêm Adrenalin dưới da và khí dung. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh và Nguyễn Văn Đoàn 2020, trong số bệnh nhân sử dụng Adrenalin có 89% bệnh nhân dùng Adrenalin đường tiêm bắp, 6.8% bệnh nhân dùng đường tiêm tĩnh mạch, 2.7% bệnh nhân dùng Adrenalin tiêm dưới da và 1.4% dùng Adrenalin đường khí dung [9].

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2017, ngoài Adrenalin là thuốc đầu tiên cần được sử dụng cho bệnh nhân thì Corticoid, kháng Histamin, thở oxy, dịch truyền là cần thiết. So với Adrenalin tỷ lệ sử dụng kháng Histamin H1 và Corticoid cao hơn đáng kể (cả 2 loại thuốc đều chiếm 100%), kết quả này cao

hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh và Nguyễn Văn Đoàn 2020, tỷ lệ sử dụng Corticoid và kháng Histamin lần lượt là 92,4% và 92,8% [9]. Corticoid là giảm thâm nhiễm tế bào Mast tại mô và làm tăng quá trình chết theo chương trình của tế bào Mast đồng thời ức chế hoạt động của bạch cầu ái kiềm thông qua việc hình thành hàng tỷ phân tử Lipid để gắn vào các receptor của Corticoid trên màng bạch cầu ái kiềm dẫn tới ức chế hoạt hoá tế bào này. Chính vì vậy sử dụng Corticoid đường uống hay đường tiêm có thể ngăn chặn triệu chứng phản vệ kéo dài đặc biệt ở những bệnh nhân có co thắt phế quản và ngăn ngừa xuất hiện phản vệ pha II. Khí dung Corticoid có thể có hiệu quả trong các trường hợp phù thanh quản. Kháng Histamin được chứng minh làm giảm các triệu chứng ở da và niêm mạc trong phản vệ. Cơ chế phản vệ làm giải phóng các chất trung gian hoá học gây giãn mạch, tăng tính thấm thành mạch làm thoát dịch trong lòng mạch gây tụt huyết áp, do vậy truyền dịch là 1 can thiệp rất cần thiết để khôi phục được khối lượng tuần hoàn đã mất, Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân phản vệ được truyền dịch là 68,5%, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh và Nguyễn Văn Đoàn 2020 (78,2%) [9].

4.4. Kết quả điều trị

Việc theo dõi các thay đổi về triệu chứng lâm sàng rất quan trọng trong xử trí phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng về da và niêm mạc như phù mạch, ban đỏ, ngứa, mào đay có sự cải thiện muộn nhất so với các triệu chứng ở các hệ cơ quan khác, tỷ lệ cải thiện nhiều nhất là sau 30 phút. Các triệu chứng về hô hấp như khó thở, co thắt phế quản, thở rít, khó thở khò khè hay các triệu chứng về tim mạch như tụt huyết áp thường cải thiện nhanh hơn, thông thường sẽ cải thiện sau 5 phút, giảm nhanh sau 15 phút. Kết quả này tương tự như kết quả của Nguyễn Thuỳ Thuỳ Ninh và Nguyễn Văn Đoàn 2020 nghiên cứu trên 113 bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội [9].

Thời gian thoát sốc phản vệ sẽ quyết định kết quả điều trị của bệnh nhân, thời gian thoát sốc càng nhanh thì tiên lượng càng tốt. Trong 13 bệnh nhân sốc phản vệ, số người bệnh thoát sốc < 5 phút chiếm 38,5% bệnh nhân, đáp ứng ngay với điều trị bước đầu, một trường hợp thoát sốc sau 2 giờ điều trị, một trường hợp bệnh nhân chưa thoát sốc và phải chuyển viện vào bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định. Tỷ lệ thoát sốc trong nghiên cứu của chúng tôi là 92,3%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Ninh và Nguyễn Văn Đoàn tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội (tỷ lệ thoát sốc là 100%) [9]. Nguyên nhân có thể do việc chậm trễ trong sử dụng Adrenalin, ảnh hưởng lên kết quả điều trị của bệnh nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị kịp thời là 98,1%, có 2 trường hợp chiếm 1,9% phát hiện và điều trị muộn, trong đó có 1 trường hợp chuyển viện. Tỷ lệ điều trị khỏi và ra viện trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 79,6%, chuyển viện là 20,4%, không có trường hợp nào để lại di chứng cũng như tử vong. Tỷ lệ chuyển viện còn cao so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Ninh và Nguyễn Văn Đoàn (2,5%) [9], nguyên nhân có thể một phần do chậm trễ trong việc sử dụng Adrenalin, một phần do Trung tâm Y tế Phù Mỹ là tuyến y tế cơ sở nên ảnh hưởng đến tâm lý người nhà.

Phản vệ là một cấp cứu nội khoa, bệnh tiến triển nhanh, khó lường, dễ dẫn đến tử vong. Triệu chứng lâm sàng phong phú, xuất hiện không theo quy luật nào. Việc chẩn đoán và điều trị phản vệ phải được tiến hành nhanh chóng, kịp thời, chính xác và đạt hiệu quả. Adrenalin là thuốc đầu tay và là thuốc quan trọng có tác dụng tuyệt đối trong cấp cứu phản vệ.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024

- Nguyên nhân phản vệ hay gặp nhất là nọc độc động vật (chiếm 57,4%), trong đó nọc độc côn trùng chiếm tỷ lệ cao nhất (60 trường hợp chiếm 55,6%). Phản vệ do thuốc chiếm 22,2%, thấp nhất là phản vệ do thức ăn (20,4%).

- Thời gian xuất hiện triệu chứng phản vệ sau khi tiếp xúc với dị nguyên trung bình là 24,38 phút, nhanh nhất là 2 phút và muộn nhất là 3 giờ.

- Triệu chứng ở da và niêm mạc là 84,3%, ở cơ quan hô hấp là 41,7%, biểu hiện ở tuần hoàn là 38,9%, ở tiêu hoá là 25,9%, thần kinh là 13%.

- Phản vệ mức độ nhẹ chiếm 61,1%, nặng 26,9% và nguy kịch là 12%

2. Kết quả điều trị phản vệ tại Trung tâm Y tế Phù Mỹ năm 2022-2024

- Có 34,3% bệnh nhân phản vệ được điều trị với Adrenalin, 86,2% phản vệ độ II và 92,3% ở phản vệ độ III, không có trường hợp phản vệ độ I nào điều trị với Adrenalin.

- Tỷ lệ bệnh nhân dùng Adrenalin đường tiêm bắp liều đầu tiên là 64,85%, đường tĩnh mạch 67,6% ở những bệnh nhân bị phản vệ nặng không đáp ứng với đường tiêm bắp, hoặc những bệnh nhân phản vệ nguy kịch có sẵn đường truyền tĩnh mạch, không có trường hợp nào dùng Adrenalin bằng đường tiêm dưới da và khí dung.

- 100% bệnh nhân phản vệ đều được điều trị bằng Corticoid và kháng Histamin H1.

- Tỷ lệ bệnh nhân được hỗ trợ hô hấp là 43,5%, dịch truyền là 68,5%.

- Các triệu chứng ở các cơ quan hô hấp, tuần hoàn, thần kinh, tiêu hoá giảm nhanh sau điều trị 30 phút, các triệu chứng ở da, niêm mạc tồn tại lâu hơn, nhưng cũng thường cải thiện rõ sau 2 giờ.

- Có 98,1% các trường hợp được chẩn đoán và điều trị kịp thời, 1,9% bệnh nhân phát hiện và điều trị muộn.

- Tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện là 79,6%, chuyển viện 20,4%, không có trường hợp nào tử vong hay để lại di chứng

KIẾN NGHỊ

- Nhân viên y tế cần nắm vững đặc điểm lâm sàng; phát hiện sớm và điều trị phản vệ kịp thời; Trung tâm Y tế thường xuyên tổ chức các buổi tập huấn, báo cáo chuyên đề, các buổi bình bệnh án nhằm củng cố lại kiến thức, chia sẻ kinh nghiệm trong việc phát hiện và điều trị phản vệ.

- Nhân viên y tế phải thành thạo trong sử dụng phác đồ cấp cứu phản vệ, luôn sẵn sàng đối phó với tai biến dị ứng thuốc, đặc biệt là tai biến phản vệ bởi nó xảy ra bất ngờ và khó lường trước.

- Quản lý chặt chẽ việc sử dụng thuốc, kê đơn thuốc.

- Người dân cần được giáo dục kiến thức, hiểu biết về phản ứng phản vệ, cách nhận biết những dấu hiệu sớm và những nguy cơ có thể dẫn đến phản vệ.

- Người bệnh cần được cấp thẻ dị ứng với dị nguyên khi khám, chữa bệnh, đồng thời được tư vấn cách phòng tránh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Nguyễn Năng An (1998), *Sốc phản vệ, phát hiện sớm dị ứng thuốc và dự phòng Sốc phản vệ*.
2. Nguyễn Gia Bình (2014), *Cấp cứu phản vệ từ lý thuyết đến thực hành*, Hội thảo khoa học chuyên đề Sốc phản vệ.
3. Bộ Y tế Việt Nam (2017), *Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*, chủ biên.
4. Bùi Văn Cường (2014), *Nhận xét kết quả lâm sàng và điều trị phản vệ tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai*, Hội thảo khoa học chuyên đề Sốc phản vệ.
5. Vũ Văn Đỉnh (2002), *Tình hình sốc phản vệ và kết quả nghiên cứu ở một số bệnh viện trong 3 năm (1992-1994)*, Hội thảo và tập huấn chống độc toàn quốc lần thứ 3.
6. Phan Quang Đoàn (2001), "Phát hiện người có tiền sử dị ứng trong các trường hợp dị ứng thuốc", *Y học thực hành*; 2: 27-29.
7. Trung tâm DI & ADR Quốc gia (2013), *tổng kết công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) 2012*, chủ biên.
8. Mai Văn Lục (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa cấp II.
9. Nguyễn Văn Đoàn Nguyễn Thị Thùy Ninh (2022), "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ ở Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam* (535), 58-61.
10. Nguyễn Thị Thùy Ninh (2014), *Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ ở bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
11. Đinh Thị Thu Phương (2021), "Nguyên nhân Phản vệ và đặc điểm lâm sàng theo nguyên nhân ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương (2017-2021)", *Tạp chí Y học Việt Nam* (507), 310-313.
12. Nguyễn Anh Tuấn (2016), *Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II.

Tài liệu Tiếng Anh

13. Sampson H. A et al (2006), "Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium", *J Allergy Clin Immunol*, 117(2), pp. 391-7.
14. Simons FE Arduzzo LR Bilo MB et al (2014), "Internatinonal consensus on (ICON) anaphylaxis", *The world Allergy Organization journal*; 7:9.
15. Mjorndal T. Backstrom M., Dahlqvist R. (2004), "Under-reporting of serious adverse drug reactions in Sweden", *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 13(7), pp. 483-7.

16. McKinnon D Brown AF, Chu K (2001), "Emergency department anaphylaxis: A review of 142 patient in a single year", *The Journal of allergy and clinical immunology*; 108:861-866.
17. Mariana C. Castells (2010), *Anaphylaxis and Hypersensitivity Reactions*, pp.vii, 1-3, 107-9, 146-65, 171-75.
18. Campbell RL Decker W W, Manivannan V et (2008), "The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project", *The Journal of allergy and Clinical immunology*, 122;1161-1165.
19. Wood R. A. Keet C. A. (2007), "Food allergy and anaphylaxis", *Immunol Allergy Clin North Am*, 27(2), pp. 193-212, vi.
20. Williamson E. Liew W. K., Tang M. L. (2009), "Anaphylaxis fatalities and admissions in Australia", *J Allergy Clin Immunol*, 123(2), pp. 434-42.
21. Roberts G Muraro A, Worm M et al (2014), "Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology", *Allergy*; 69:1026-1045.
22. Beaudouin E. Renaudin J. M., Ponvert C., Demoly P., Moneret-Vautrin D. A. (2013), "Severe drug-induced anaphylaxis: analysis of 333 cases recorded by the Allergy Vigilance Network from 2002 to 2010", *Allergy*, 68(7), pp. 929-37.
23. Marques J. Ribeiro-Vaz I., Demoly P., Polonia J., Gomes E. R. (2013), "Drug-induced anaphylaxis: a decade review of reporting to the Portuguese Pharmacovigilance Authority", *Eur J Clin Pharmacol*, 69(3), pp. 673-81.
24. Garcia-Figueroa BE Sanz ML Gamboa PM, Ferrer M (2010), *Anaphylaxis Chemical Immunology and Allergy, Kager*, pp. 180-185.
25. Hippisley-Cox J Sheikh A, Newton J, Fenty J (2008), "Trends in national incidence lifetime prevalence and adrenaline prescribing for anaphylaxis in England", *Journal of the Royal Society of Medicine*; 101: 139-143
26. Wilson JH. Van der Klauw MM., Stricker BH (1996), "Drug-associated anaphylaxis: 20 years of reporting in The Netherlands (1974-1994) and review of the literature", *Clin Exp Allergy*, 26(12), pp. 1355-63.
27. Pichler WJ (2003), *Delayed drug hypersensitivity reactions*, *Annals of internal medicine*; 139:683-693.
28. Joseph P Wood (2013), "Safety of epinephrine for anaphylaxis in the emergency setting", *World J Emerg Med*, Vol 4, No4, 2013.
29. et al Worm M (2014), *Triggers and treatment of anaphylaxis: an analysis of 4000 cases from Germany, Austria and Switzerland. Dtsch Arztebl Int. 2014; 111:367-75.*

PHỤ LỤC PHIẾU NGHIÊN CỨU PHẢN VỆ

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên bệnh nhân: Nam/Nữ:.....; Tuổi.....

Địa chỉ Cân nặng

Ngày vào viện Ngày vào khoa CC-HSTC-CĐ

Ngày ra viện:

Chẩn đoán lúc vào viện:.....

Ngày chẩn đoán phản vệ:.....

Chẩn đoán lúc ra viện:.....

Số hồ sơ bệnh án: Số lưu trữ

II. TIỀN SỬ DỊ ỨNG:

Dị ứng thuốc: có Kháng sinh Tên thuốc

Không Thuốc khác Tên thuốc

Dị ứng thức ăn: Có Tên loại thức ăn.....

Không

Bệnh dị ứng: Phản vệ

Bệnh tật: Tăng HA ; Suy thận ; ĐTĐ ; COPD ;

Suy tim ; Suy mạch vành ; Bệnh khác

III. NGUYÊN NHÂN GÂY PHẢN VỆ

Kháng sinh Tên K/S

Giảm đau, chống viêm Tên thuốc

Thuốc khác Tên thuốc.....

Thuốc gây tê, mê Thuốc cản quang

Truyền máu, huyết tương

Nọc độc động vật Thức ăn tên loại thức ăn

Nguyên nhân khác

IV. ĐƯỜNG VÀO CỦA DỊCH NGUYÊN:

Tiêm , truyền TM Khí dung Đường tiêu hóa
 Tiêm bắp Test lấy da Uống
 Tiêm dưới da Động vật cắn, đốt Khác

V. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:

1. Thời gian xuất hiện tr/ch đầu tiên sau khi tiếp xúc với dị nguyên:

Ngay sau dùng:

Sau (phút) < 5 phút ; 5-15 phút ; 15-30 phút
 30-60 phút sau 60 phút

Số phút cụ thể:

2. Đối tượng phát hiện phản vệ:

Điều dưỡng Hộ sinh KTV Bác sĩ Khác

3. Thứ tự xuất hiện các triệu chứng sau (phút):

- Mẩn ngứa (p), Đỏ da (p)
 - Mày đay (p), Phù Quincke (p)
 - Khàn tiếng (p), Khó thở (p)
 Co thắt thanh quản (p), Thở rít (p),
 Suy hô hấp (p), Nhịp thở
 SpO₂; bình thường , tụt ; không đo ;
 - Đau ngực (p), Da tái lạnh (p),
 Ngừng tuần hoàn (p), Mạch:/ phút,
 HA tăng HA tụt HA: mmHg;
 - Đau bụng (p), Buồn nôn (p),
 Nôn (p), Ỉa lỏng (p),
 - Đau đầu (p), Vật vã (p),
 Nhìn mờ (p), Hôn mê (p),

VI. CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ:

Nhẹ
 Nặng
 Nguy kịch
 Ngừng TH-HH

VII. XỬ TRÍ:

- Ngừng dị nguyên
 - Adrenalin + Liều khởi đầu..... Liều lặp lại.....
 Đường dùng: Tiêm bắp ; Tiêm dưới da ; Truyền TM ; Khí dung
 + Liều duy trì
- Đường dùng: Tiêm bắp ; Tiêm dưới da ; Truyền TM ; Khí dung
 Duy trì trong bao lâu
- Thời gia dùng Adrenalin sau chẩn đoán phản vệ (phút)
- Dimedrol Liều nhắc lại..... Sau phút
 - Solumedrol Liều nhắc lại..... Sau phút
 - Truyền dịch (ml) Loại dịch
- Hỗ trợ hô hấp Có ; Không
 Oxy kính ; Oxy mặt nạ
 Thông khí không KXN ; Thông khí xâm nhập

VIII. DIỄN BIẾN:

	Trước dị ứng	Khi dị ứng	Sau xử trí 5 phút	Sau xử trí 15 phút	Sau xử trí 30 phút	Sau xử trí 1 giờ
Mạch						
HA						
SPO2						
Nhịp thở						

Mày đay						
Ngứa						
Đỏ da						
Phù mạch						
Khó thở						
Thở rít						
Vật vã						
RL ý thức						
	Sau xử trí 2 giờ	Sau 24 giờ	Sau 48 giờ			
Mạch						
HA						
SPO2						
Nhịp thở						
Mày đay						
Ngứa						
Đỏ da						
Phù niêm						
Khó thở						
Thở rít						
Vật vã						
RL ý thức						

Các biến chứng trong quá trình điều trị:

Mạch nhanh Tăng HA Đau ngực
Suy đa tạng Ngừng tuần hoàn Khác.....
Chẩn đoán về điều trị kịp thời
Phát hiện và điều trị muộn (không chẩn đoán được)
Tình hình ra viện: Sống Chết Di chứng Chuyển viện