

(33,34%), 11-20 ngày là 4 BN (44,44%), sau 20 ngày là 2 BN (22,22%) [7].

Như vậy phương pháp điện châm theo phác đồ trên đã góp phần làm giảm số lượng BN ăn qua sonde cũng như giảm thời gian BN ăn qua sonde vì vậy sẽ giảm những biến chứng do đặt sonde dạ dày gây ra.

#### KẾT LUẬN

Sau điều trị cho thấy điện châm là phương pháp an toàn và có hiệu quả cải thiện trong điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ não. Hiệu quả điều trị RLN theo GUSS đạt 90% bệnh nhân có dịch chuyển độ RLN, trong đó hiệu quả tốt đạt 76,7%, hiệu quả khá đạt 13,3%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dennis L. Kassper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson**, et al. (2015), *Harrison's Principles of internal medicine*, Mc Graw hill Education, 254-258.

2. **Cohen D.L., Roffe C., Beavan J.**, et al. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J*

*Stroke*, 11(4), 399–411.

3. **Trapl M., Enderle P., Nowotny M.**, et al. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.

4. **Hoàng Bảo Châu** (2010), *Nội khoa học cổ truyền, Nhà xuất bản Thời đại, Hà Nội*, trang 18-37, 251-254.

5. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2013), *Châm cứu và phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, trang 207.

6. **Lê Quý Ngưu** (2012), *Từ điển huyệt vị châm cứu, Nhà xuất bản Thuận Hóa, Huế*, trang 19,61,234,320,391,469,518,593,

7. **Nguyễn Văn Thành** (2014), *Bước đầu đánh giá tác dụng của điện châm điều trị rối loạn phân xạ nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.*

## TRƯỜNG HỢP SỐC PHẢN VỆ TRONG GÂY MÊ

PHẠM THỊ PHƯƠNG THẢO<sup>1</sup>,

PHẠM QUANG MINH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí Quảng Ninh*

<sup>2</sup>*Trường Đại học Y Hà Nội*

#### TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ 45 tuổi, tiền sử điều trị lao phổi cách 6 tháng hiện tại ổn định, không có tiền sử dị ứng thuốc, thức ăn, thời tiết, chưa từng gây mê gây tê. Phẫu thuật nội soi cắt khối chửa ngoài tử cung. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định sốc phản vệ độ 3 sau khởi mê. Triệu chứng lâm sàng nổi bật là tím, xuất hiện ngay sau khi tiêm kháng sinh dự phòng Cefazolin 2g, trước đó bệnh nhân được khởi mê thường quy Propofol 1% 120mg, Piperocuronium 4 mg, Suxamethonium 100mg, Fentanyl 0,1 mg và đặt ống nội khí quản thở máy. Tím ban đầu ở môi, sau lan ra hai cánh tay, đầu ngón tay, SpO<sub>2</sub>: 80-85%; mạch, huyết áp còn ổn định. Khi được xử

trí theo hướng sốc phản vệ sau một giờ đồng hồ bệnh nhân tốt lên và được tiến hành phẫu thuật an toàn. Bệnh nhân xuất viện sau một tuần. Sốc phản vệ trong gây mê hiếm gặp và không điển hình, tỷ lệ tử vong và di chứng cao. Do đó, các bác sĩ gây mê cần phát hiện sớm triệu chứng, sớm nghĩ đến phản ứng phản vệ trong gây mê để có điều trị phù hợp, cải thiện tiên lượng bệnh.

**Từ khóa:** Sốc phản vệ, phản ứng phản vệ trong gây mê.

#### SUMMARY

**ANAPHYLAXIS SHOCK IN ANESTHESIA: A CASE REPORT**

45 year old female patient, patient was treated for tuberculosis for 6 months, no history of drug, food, weather allergy, no anesthesia history. Endoscopic surgery to cut the ectopic pregnancy block. Patient was diagnosed with Grade 3 Anaphylaxis after induction. The first Clinical symptoms was purple that appeared immediately after prophylactic antibiotics of Cefazolin 2g, anesthesia with Propofol 1%

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Phương Thảo

Email: thaokhanh3784@gmail.com

Ngày nhận: 03/8/2020

Ngày phản biện: 14/9/2020

Ngày duyệt bài: 25/9/2020

120mg, Piperocuronium 4 mg, Suxamethonium 100mg, Fentanyl 0.1 mg and ventilated intubation. Purple symptom appeared in lips following with face, later spreaded to arms, fingertips, SpO<sub>2</sub>: 80 - 85%. Hemodynamic were still stable. When the patient was treated like anaphylactic shock. An hour later, the patient was better and was safely operated. The patient was discharged from the hospital after a week. Anaphylaxis in anesthesia is not very uncommon, atypical but the mortality rate and sequela are quite high. Therefore, anesthesiologists need to identify symptoms early, think about anaphylaxis in anesthesia early, accurately predict exactly, and prevent and treat them appropriately to ameliorate the prognosis.

**Keywords:** Anaphylaxis, anaphylaxis in anesthesia.

### BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, 45 tuổi, 57 kg, BMI 23,4, tiền sử điều trị lao phổi cách 6 tháng hiện tại ổn định, không có tiền sử dị ứng thuốc, thức ăn, thời tiết, không có tiền sử gây mê gây tê. Bệnh nhân được chẩn đoán là chửa ngoài tử cung và được chỉ định phẫu thuật cắt khối chửa bằng phương pháp nội soi. Thăm khám trước mổ và các xét nghiệm bình thường, ngoại trừ K<sup>+</sup> thấp 3,4 mmol/l. Bệnh nhân được tiêm kháng sinh dự phòng Cefazolin 2g, khởi mê với Propofol 1% 120mg, Piperocuronium 4 mg, Suxamethonium 100mg, Fentanyl 0,1 mg và đặt ống nội khí quản thở máy mode VCV, Vt 450, FiO<sub>2</sub> 50%. Ngay khi lắp máy thở bác sỹ gây mê đã thấy bất thường SpO<sub>2</sub> 80-85%, EtCO<sub>2</sub> 11 mmHg (hình dạng thân đồ bình thường), bệnh nhân tím tái môi, mặt, lan ra hai cánh tay, đầu ngón tay, huyết động bệnh nhân vẫn ổn định (Mạch 80 l/ph, HA 110/70 mmHg) nhưng tình trạng tím tăng lên, SpO<sub>2</sub> tiếp tục giảm. Chúng tôi nghĩ đến sốc phản vệ và tiêm ngay 0,3mg Adrenalin tĩnh mạch sau đó duy trì Adrenalin SE 10ml/h (0,3 mcg/kg/ph) qua ven cảnh ngoài, Gelofusine 500ml truyền tĩnh mạch nhanh. Sau cấp cứu 10 phút bệnh nhân đỡ tím, thấy rõ nề mí mắt hai bên, nề môi, bì da mặt, không nổi ban trên da, tim nhanh đều 140 l/ph, HA 120/70 mmHg, SpO<sub>2</sub> 85- 95%, phổi thông khí đều hai bên, không rales. Sau đó bệnh nhân tím trở lại, nhịp tim dao động 70-130 l/ph, xuất hiện ngoại tâm thu thất, HA 60/30 mmHg, SpO<sub>2</sub> 78-85%. Tiếp tục bolus 0,3 mg Adrenalin tĩnh mạch, tăng liều Adrenalin 20ml/h (liều 0,6 mcg/kg/ph), 50mg Dimedron, 80mg Solumedron tĩnh mạch, lấy máu xét nghiệm công thức máu,

sinh hóa máu, đông máu, khí máu, Troponin T, pro BNP, D-Dimer. Tình trạng cải thiện hơn, 1h sau bệnh nhân dần hết tím, mí mắt 2 bên nề, bì da mặt, đồng tử hai bên đều 1,5 mm, phản xạ ánh sáng (+), tim nhanh đều 110l/ph, HA 120/80 mmHg, SpO<sub>2</sub> 99%, phổi không rales, FiO<sub>2</sub> 100%, EtCO<sub>2</sub> 28. Kết quả xét nghiệm công thức máu, chức năng thận, chức năng gan, đông máu, Troponin T trong giới hạn bình thường, glucose tăng 14,07, K<sup>+</sup> giảm 2,9, D-Dimer tăng 43924. Khí máu toàn chuyên hóa mất bù: PH 7,25, PaCO<sub>2</sub> 29,3, PaO<sub>2</sub> 335,4, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 14,4, BE -14,8, SaO<sub>2</sub> 99,8. Truyền tĩnh mạch NaHCO<sub>3</sub> 4,2% 250ml, KCl 1g truyền tĩnh mạch. Hội chẩn với phẫu thuật viên, ca mổ được tiến hành mổ mở cắt khối chửa ngoài tử cung. Sau mổ BN được theo dõi tại khoa gây mê hồi sức, huyết động ổn định, SpO<sub>2</sub> 100%, to 38,2°C, nước tiểu 1200ml/12h, Adrenalin duy trì 10ml/h (liều 0,3 mcg/kg/ph). Kết quả khí máu sau mổ cải thiện: PH 7,38, PaCO<sub>2</sub> 31,0, PaO<sub>2</sub> 77,6, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 19,6, SaO<sub>2</sub> 95,3, D-Dimer giảm 9111, Glucose 21,47, Na<sup>+</sup>/ K<sup>+</sup>/Cl<sup>-</sup>/ Ca<sup>+</sup> 143/2,5/101/1,06. Điều chỉnh đường huyết bằng Actrapid tiêm dưới da, điều chỉnh hạ Kali huyết bằng KCl 10% truyền tĩnh mạch. Bệnh nhân được rút ống nội khí quản 1h sau mổ, tiếp tục theo dõi tại khoa hồi sức tích cực 36h. Các triệu chứng lâm sàng ổn định và được xuất viện sau 1 tuần.

### BÀN LUẬN

#### 1. Khái niệm phản vệ

Thuật ngữ "phản vệ - anaphylaxis" lần đầu tiên được sử dụng bởi Charles Richet và Paul vào năm 1901 khi tiêm dung dịch glycerin chiết xuất từ sợi xúc tu một loài sứa biển vào vịt, thỏ và sau đó là chó. Năm 1945, hiện tượng này đã được Robert Cooke định nghĩa là một dạng miễn dịch đặc biệt gây ra bởi protein (hoặc hapten) nhạy cảm với cơ thể người hoặc động vật thí nghiệm và có thể coi phản vệ như một loại dị ứng [1]. Vào những năm 1970, phản vệ 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".

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 và các cơ quan chính phủ khác nhau đến từ Bắc Mỹ, châu Âu và Úc đã thống nhất 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 tiến triển và mức độ nghiêm trọng của phản vệ và có thể sử dụng cho cả giới y khoa và trong cộng đồng [2].

Trên thế giới, tỷ lệ phản vệ được báo cáo hàng năm vào khoảng 3,2 - 49,8/100.000 dân. Hiện nay, số trường hợp phản vệ do thuốc ngày càng tăng. Tại Việt Nam, theo tổng kết của Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc (Trung tâm DI & ADR Quốc gia), trong năm 2012 đã có 374 báo cáo phản vệ được tiếp nhận chiếm 11,6% toàn bộ báo cáo ADR [3].

## 2. Chẩn đoán

Không có tiêu chuẩn vàng để xác định các trường hợp phản vệ mà chủ yếu dựa vào các triệu chứng trên lâm sàng. Biểu hiện lâm sàng của phản vệ có thể xuất hiện trên bất kỳ hệ cơ quan nào, nhưng chủ yếu gặp trên da, hệ hô hấp, hệ tiêu hóa và hệ tim mạch. Các dấu hiệu và triệu chứng rất đa dạng bao gồm: mày đay, phù mạch, khó thở, thở khò khè, phù nề đường hô hấp trên, chóng mặt, hạ huyết áp, buồn nôn, nôn, đau quặn bụng, đỏ da, nhức đầu và đau ngực.

Bộ tiêu chí được áp dụng trong hầu hết các nghiên cứu cũng như hướng dẫn của các hội chuyên môn về phản vệ là tiêu chuẩn xác định của Viện Quốc gia về Dị ứng và Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ:

Bệnh nhân sẽ được chẩn đoán là phản vệ khi thỏa mãn một trong ba tiêu chí sau:

*Tiêu chí 1. Khởi phát cấp tính, có tổn thương của da/niêm mạc, hoặc cả hai (ví dụ, ban mày đay, ngứa hoặc ban đỏ giãn mạch, sưng môi-lưỡi-lưỡi gà) và có thêm ít nhất một trong các triệu chứng sau:*

a. Tổn thương đường hô hấp (ví dụ khó thở, thở khò khè, co thắt phế quản, thở rít, giảm PEF, giảm oxy máu)

b. Hạ huyết áp, hoặc có triệu chứng liên quan (ví dụ: ngất, tiểu không tự chủ)

*Tiêu chí 2. Hai hoặc nhiều triệu chứng sau đây xảy ra nhanh chóng sau khi tiếp xúc với một dị nguyên có khả năng gây dị ứng:*

a. Tổn thương trên da/niêm mạc (như ban mày đay, ngứa hoặc ban đỏ giãn mạch, sưng môi-lưỡi-lưỡi gà)

b. Tổn thương đường hô hấp (như khó thở, thở khò khè, co thắt phế quản, thở rít, giảm PEF, giảm oxy máu)

c. Hạ huyết áp hoặc các triệu chứng liên quan (ví dụ: ngất, tiểu không tự chủ)

d. Triệu chứng tiêu hóa dai dẳng (như đau quặn bụng, nôn)

*Tiêu chí 3. Hạ huyết áp xảy ra nhanh chóng sau khi tiếp xúc với chất gây dị ứng đã được biết đến:*

a. Trẻ sơ sinh và trẻ em: Huyết áp tâm thu thấp hoặc giảm hơn 30% huyết áp tâm thu. Huyết áp tâm thu thấp ở trẻ em được định nghĩa

là dưới 70 mmHg với trẻ 1 tháng - 1 năm; dưới (70 mmHg + [2 x số tuổi]) với trẻ 1 - 10 tuổi và dưới 90 mmHg với trẻ 11 - 17 tuổi.

b. Người lớn: Huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg hoặc giảm hơn 30% so với huyết áp bình thường

Các tiêu chuẩn này có khả năng giúp chẩn đoán được ít nhất 95% các trường hợp phản vệ. Do phần lớn các trường hợp phản vệ đều có triệu chứng trên da và đã được ghi nhận trong hơn 80% trường hợp khi đánh giá nên có trên 80% trường hợp phản vệ được xác định bởi tiêu chí 1, ngay cả khi không biết nguyên nhân và tình trạng dị ứng của bệnh nhân [2].

## 3. Chẩn đoán phân biệt

Các trường hợp sốc khác: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.

Tai biến mạch máu não.

Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).

Các bệnh lý ở da: Mày đay, phù mạch.

Các bệnh lý nội tiết: Cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.

Các ngộ độc: Rượu, opiat, histamine.

## 4. Đánh giá mức độ phản ứng phản vệ

(Lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

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

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, tiêu chảy...

d) Biến đổi huyết áp hay nhịp tim (huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp)

3. Nguy kịch (độ III): Biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn, cụ thể:

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.

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

Bệnh nhân của chúng tôi thỏa mãn tiêu chí 1 trong chẩn đoán shock phản vệ: Khởi phát cấp tính và có tổn thương của da/niêm mạc (tím tái môi, mặt, lan ra hai cánh tay, đầu ngón tay, nề mi mắt hai bên, nề môi, bì da mặt.), hạ oxy máu, tụt huyết áp và xác định mức độ phản vệ ở độ 3. Tuy nhiên, triệu chứng sớm nổi bật là SpO<sub>2</sub> giảm nhiều 78-85%, tím tái tăng dần. Biểu hiện này trên bệnh nhân gây mê sẽ làm bác sỹ gây mê nghĩ tới các vấn đề về hô hấp như dây SpO<sub>2</sub> đã bắt đúng chưa; hệ thống bóng, dây thở, máy thở; co thắt thanh khí phế quản sau khởi mê và trên thực tế chúng tôi cũng mất khoảng 2 phút để kiểm tra lại những vấn đề này. Gây mê làm mờ các triệu chứng điển hình của shock phản vệ, gây khó khăn trong chẩn đoán xác định, hơn nữa là khó khăn trong chẩn đoán xác định nguyên nhân gây dị ứng trong điều kiện Việt Nam khi mà cần phải định lượng được các chất trung gian như Tryptase, Histamine và xác định được IgE đặc hiệu. Nghiên cứu trên 4500 trường hợp dị ứng trong gây mê, hội GMHS Pháp (2002) xác nhận nguyên nhân chủ yếu là thuốc giãn cơ (62%), tiếp theo là Latex, thuốc ngủ, kháng sinh, và dịch keo. Dị ứng do thuốc dòng họ Morphine chỉ chiếm 1,9%. Mặc dù vậy, bệnh nhân gây mê cũng có thuận lợi trong hồi sức cấp cứu khi đã được đặt nội khí quản kiểm soát hô hấp và có đường truyền tĩnh mạch. Đây là một lợi thế giúp chúng tôi cấp cứu nhanh, hiệu quả khi chẩn đoán đúng.

### 5. Điều trị

Việc làm tức thì trước phản ứng phản vệ là ngừng ngay thứ nghi ngờ là thủ phạm, kiểm soát đường hô hấp và thở ô xy lưu lượng cao và dùng Adrenaline theo kiểu dò liều trong khi theo dõi chặt chẽ huyết động. Adrenaline có tác dụng kích thích receptor  $\alpha$ 1 làm co mạch do đó giảm phù niêm mạc và làm tăng huyết áp. Tác dụng kích thích  $\beta$ 1 của thuốc làm tăng sức co bóp cơ tim trong khi tác dụng kích thích  $\beta$ 2 của nó làm giảm giải phóng các chất trung gian và làm giãn phế quản. Adrenaline có hiệu quả khi phản ứng phản vệ được chẩn đoán sớm và thuốc được dùng ngay với liều phù hợp. Có thể tiêm TM trực tiếp liều ban đầu, tuy nhiên sau đó nếu BN vẫn cần nhắc lại các liều bolus nữa thì phải cân nhắc truyền TM liên tục với liều 0,05-0,4mcg/kg/phút.

Độ nặng của phản ứng phản vệ và liều Adrenaline

Người lớn:

- Độ 1-2: 5-20 microgram IV
- Độ 3: 100 – 200 microgram IV

- Độ 4: 01 miligram IV

Trẻ em:

- Độ 1-2: 1-5 microgram/Kg cân nặng IV
- Độ 3: 5-10 microgram/Kg cân nặng IV
- Độ 4: 0,01 miligram/Kg cân nặng IV

Không có ven 10 microgram/Kg cân nặng IM (Tối đa 500 microgram)

Sau khi đã xử trí cấp cứu ban đầu, có thể cân nhắc dùng Steroid và kháng Histamine. Tuy nhiên cả hai nhóm thuốc này đều có thời gian khởi phát tác dụng chậm và vẫn chưa được chứng minh là làm thay đổi kết quả điều trị [4] Steroid (Dexamethasone 0,1 0,4mg/kg hoặc Hydrocortisone 2-4mg/kg) có tác dụng ức chế sao chép những gen đã giải mã các protein ái viêm và có thể có hiệu quả trong những phản ứng (phản vệ) hai thì.

Khi phản ứng phản vệ xuất hiện trong cuộc mổ, cần thận trọng kết thúc cuộc mổ nhanh nhất có thể. Cho BN theo dõi hậu phẫu ở phòng HSTC vì tình trạng phản vệ có thể kéo dài đến 32 giờ và 20% trường hợp có phản ứng phản vệ thì 2. Ngay cả khi BN có đáp ứng tốt với điều trị thì vẫn phải theo dõi hết sức kỹ lưỡng tối thiểu trong vòng 6-8 giờ nếu có các triệu chứng hô hấp, và không dưới 12-24 giờ nếu có suy tuần hoàn. Sinh lý bệnh học và những yếu tố nguy cơ của phản vệ thì 2 vẫn chưa được biết vì chúng không hằng định ở các nghiên cứu. Một số giả thuyết của phản vệ thì 2 cho rằng đó là do việc điều trị ở thì 1 chưa đầy đủ, do các tế bào miễn dịch giải phóng các chất trung gian ở pha chậm, do hấp thu chậm dị nguyên từ đường tiêu hóa và vào hệ tuần hoàn, và do hoạt hóa các con đường trung gian thứ yếu [5].

Bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán phản vệ sớm, độ 3 ngay khi có biểu hiện giảm SpO<sub>2</sub> và trên da niêm mạc, khi chưa có tụt huyết áp và rối loạn nhịp tim. Bệnh nhân được tiêm Adrenalin 1mg nay qua đường tĩnh mạch rồi duy trì bơm tiêm điện. Các triệu chứng chỉ cải thiện sau tiêm Adrenalin lần 2. Bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị, triệu chứng trên da được cải thiện nhanh chóng, huyết động dần ổn định, SpO<sub>2</sub> 98-100%. Trong quá trình hồi sức cấp cứu bệnh nhân có hạ kali máu, toan hô hấp nặng và D-Dimer tăng cao, đường máu tăng cao. Chúng tôi điều chỉnh các rối loạn, tiếp tục duy trì Adrenalin tĩnh mạch trong 15 giờ và giảm dần liều cho tới khi dừng hẳn được vận mạch. Sau 36 giờ theo dõi điều trị tại khoa hồi sức tích cực bệnh nhân ổn định được chuyển về khoa sản phụ.

## 6. Dự phòng

Test dị ứng nên chỉ định cho tất cả bệnh nhân nguy cơ cao trước bất kỳ ca gây mê nào. Bệnh nhân nguy cơ cao là những người có tiền sử bị phản vệ trong mổ, tiền sử bị dị ứng với những thuốc có thể được dùng trong gây mê, trẻ em bị mổ nhiều lần (đặc biệt là mổ gai đôi đốt sống hoặc thoát vị màng não tủy) và những bệnh nhân bị dị ứng với latex hay dị ứng với hoa quả lạ. Làm test dị ứng thường quy cho bệnh nhân không có nguy cơ là không cần thiết.

Sau khi bệnh nhân bị phản ứng phản vệ, bác sĩ GMHS phải đảm bảo ghi hồ sơ rõ ràng mọi thông tin về biến cố, dị nguyên nghi ngờ, thuốc đã điều trị và đáp ứng điều trị. Cảnh báo về dị ứng phải được cập nhật ngay ở mọi nơi trong hồ sơ. Bác sĩ GMHS cũng phải chịu trách nhiệm gửi BN đến bác sĩ miễn dịch để thăm dò chuyên sâu, hẹn khám theo dõi lần tới để tư vấn cho BN về những vấn đề liên quan đến gây mê trong tương lai.

### KẾT LUẬN

Kiến thức về chẩn đoán, xử trí và dự phòng phản ứng phản vệ tại phòng mổ là rất cần thiết cho mọi bác sĩ GMHS. Trong gây mê, bệnh nhân phơi nhiễm với hàng loạt thuốc và hóa chất, việc xác định đâu là chất khởi phát phản ứng phản vệ rất khó khăn. Các xét nghiệm miễn

dịch đóng vai trò quan trọng, tuy nhiên không phải bệnh viện, cơ sở y tế nào cũng làm được và đọc kết quả phải thận trọng vì tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả cao. Chẩn đoán xác định sớm và sử dụng Adrenaline vẫn là can thiệp đầu tay và có hiệu quả nhất trong xử trí phản ứng phản vệ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cooke RA.** (1951), *Allergy in Theory and Practice*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company, pp. 1945:5.

2. **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.

3. **Trung tâm DI & ADR Quốc gia** (2013), "Tổng kết công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) năm 2012".

4. **Australian and New Zealand College of Anaesthetists.** ANZAAG-ANZCA Anaphylaxis Management Guidelines Version 1.1; 2013

5. **Tole JW, Lieberman P.** Biphasic anaphylaxis: review of incidence, clinical predictors, and observation recommendations. *Immunol Allergy Clin N Am.* 2007; 27: 309-326.

## TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2019 – 2020

LÊ SƠN VIỆT<sup>1</sup>, BÙI THỊ HƯƠNG GIANG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện 74 Trung ương, <sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ mắc các loại nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại Khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai năm 2019 - 2020.

**Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả 970 bệnh nhân nằm điều trị trên 2 ngày tại Khoa Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/08/2020 đến 31/07/2020.

---

Chịu trách nhiệm: Lê Sơn Việt  
Email: sonviet.hmu@gmail.com  
Ngày nhận: 01/9/2020  
Ngày phản biện: 02/10/2020  
Ngày duyệt bài: 21/10/2020

**Kết quả:** Tỷ lệ NKBV là 18,7%; NKP là hay gặp nhất với 50,8%, NKTN 19,3%, NKH 14,4%. Nằm viện  $\geq 7$  ngày làm tăng nguy cơ mắc NKBV cao gấp 11,39 lần (OR=11,39; 95%CI: 6,2 - 20,9), thở máy xâm nhập làm tăng nguy cơ mắc NKBV cao gấp 5,99 lần (OR=5,99; 95%CI: 3,18 - 11,27), đặt ống thông TMTT tăng nguy cơ mắc NKBV cao gấp 2,45 lần (OR=2,45; 95%CI: 1,57 - 3,85), đặt ống thông bàng quang tăng nguy cơ mắc NKBV cao gấp 3,72 lần (OR=3,72; 95%CI: 1,97 - 7,02).

**Kết luận:** Thời gian nằm viện  $\geq 7$  ngày, phải can thiệp các thủ thuật, phẫu thuật, lọc máu là các yếu tố nguy cơ chính dẫn tới NKBV tại Khoa Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Bạch Mai.