

Nguyên nhân gây bệnh thường không rõ.

Với phương pháp điều trị bằng chiếu Bức xạ hồng ngoại lên vị trí viêm mang lại kết quả cao. Phương pháp điều trị đơn giản, dễ thực hiện, ít tổn kém, thực hiện được ở tất cả các tuyến.

KHUYẾN NGHỊ

Cần phát hiện và chỉ định điều trị sớm cho các bệnh nhân bị viêm sụn vành tai để rút ngắn thời gian điều trị. Hạn chế các di chứng như: cứng, dày, biến dạng tổ chức sụn làm ảnh hưởng đến khả năng nghe và thẩm mỹ của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hon Pak** (2007), "Pseudocyst of the ear", *Emedicine*. Nov 1, 2007.
2. **Lee JA, Panarese A.** "Endochondral pseudocyst of the auricle". *J Clin Pathol*. October 1994;47(10); pp: 961-3.
3. **Laschen J, Datema FR, Koot VC, Lohuis PJ** (2014). "Bilateral auricular pseudocyst: recognizing and treating". *Facial Plastic Surgery*. December 2014;30(6); pp:690-3.
4. **Tan BY, Hsu PP.** "Auricular pseudocyst in the tropics: a multi-racial Singapore experience". *J Laryngol Otol*. Mar 2004;118(3); pp: 185-8.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHENYLEPHRIN DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP TRONG GÂY TÊ TỬY SỐNG PHẪU THUẬT LẤY THAI

SÀM THỊ QUY - Khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ
TRẦN THẾ QUANG – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
TRINH VĂN ĐỒNG - Bệnh viện Việt Đức
NGUYỄN ĐỨC LAM - Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của Phenylephrin tiêm tĩnh mạch để dự phòng tụt huyết áp trong gây tê tửy sống phẫu thuật lấy thai.

Phương pháp: 60 sản phụ (SP) có chỉ định phẫu thuật lấy thai được GTTS chia ngẫu nhiên 2 nhóm bằng nhau: Nhóm 1: Sử dụng 50µg phenylephrin tiêm tĩnh mạch trước khi GTTS. Nhóm 2: không sử dụng phenylephrine. Cả hai nhóm đều và truyền ringerlactat trước và trong GTTS với liều 6-8ml/kg. Hạ HA khi HA tối đa giảm $\geq 20\%$ so với HA nền của SP trước gây tê hoặc HA tối đa $< 100\text{mmHg}$. Sau khi GTTS đánh giá tỷ lệ tụt HA, tần số tim, tần số thở, SpO₂ ở các thời điểm nghiên cứu, lượng thuốc hỗ trợ dùng để nâng HA và tỷ lệ buồn nôn, ngứa, nôn, rét run... cũng như điểm Apgar của trẻ sơ sinh.

Kết quả: Mức HA trong mổ của nhóm tiêm dự phòng ổn định hơn nhóm chứng ($p < 0,05$). Tỷ lệ SP phải hỗ trợ bằng thuốc nâng HA ở nhóm tiêm TM dự phòng trước mổ thấp hơn 20% so với không dự phòng 83,3% với ($p < 0,05$). Lượng thuốc co mạch và dịch truyền phải dùng để nâng HA ở nhóm được dự phòng bằng phenylephrine thấp hơn nhóm chứng. Không có ảnh hưởng về hô hấp giữa hai nhóm. Tỷ lệ nôn-buồn nôn, rét run, ngứa ở nhóm 1 gặp tỷ lệ thấp và không nghiêm trọng, hai nhóm không có sự khác biệt với ($p > 0,05$). Chỉ số Apgar tốt ngay từ phút thứ nhất đến phút thứ năm.

Kết luận: Sử dụng dự phòng phenylephrine tiêm tĩnh mạch 50µg trước khi GTTS để mổ lấy thai thì có

hiệu quả hơn trong việc giảm tỷ lệ hạ HA và phản ứng phụ của mẹ. Với phương pháp này không ảnh hưởng đến thai.

Từ khóa: Dự phòng, phenylephrine, gây tê tửy sống, hạ huyết áp, mổ lấy thai.

SUMMARY

EVALUATION OF PRE-EMPTIVE INTRAVENOUS PHENYLEPHRINE FOR REDUCTION OF SPINAL ANAESTHESIA-INDUCED HYPOTENSION DURING CAESAREAN

Objective: Evaluation of pre-emptive intravenous phenylephrine for reduction of spinal anaesthesia-induced hypotension during Caesarean.

Methods: Our study evaluated in 60 patients undergoing elective Caesarean section under spinal anaesthesia, assigned to two groups in a randomized, placebo-controlled study. Group 1 received pre-emptive phenylephrine 50mcg intravenous before spinal anesthesia. Group 2: non received pre-emptive phenylephrine. Patients were perfused 6-8 ml /kg of ringerlactat in two groups. Hypotension was defined as a 20% decrease in maximum arterial pressure or less than 100mmHg. Rescue IV boluses of phenylephrine were given if the patient was hypotensive. Incidence of hypotension, nausea, vomiting, and breathe, also Apgar score of baby were evaluated in two groups.

Results: Patient's blood pressure (BP) of group pre-emptive intravenous phenylephrine was more stable than controled group ($p < 0.05$). Incidence of patients was used vasoconstriction drug to increase BP in group preemptive 20% higher than group non-preemptive 83.3% ($p < 0.05$). Rescue intravenous boluses of phenylephrine and solution were given in group 1 lesser than group 2. There were not different in breath rate also Apgar score of baby in two groups ($P > 0.05$).

Chịu trách nhiệm: Sâm Thị Quy

Email: drsamquy@gmail.com

Ngày nhận: 01/6/2017

Ngày phản biện: 21/6/2017

Ngày duyệt bài: 30/6/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

Conclusions: pre-emptive 50 mcg phenylephrine intravenous for reduction of spinal anaesthesia-induced hypotension during Caesarean was effect. There were not influence of phenylephrine intravenous on breath rate, nausea, vomiting, also Apgar score of baby.

Keywords: Pre-emptive, phenylephrine, spinal anaesthesia, hypotension during Caesarean.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam cũng như trên thế giới, phương pháp vô cảm trong phẫu thuật lấy thai phổ biến nhất là gây tê tủy sống (GTTS) [1]. Đây là phương pháp hữu hiệu, dễ thực hiện, thành công cao, vô cảm và giãn cơ tốt trong phẫu thuật, quá trình theo dõi hậu phẫu đơn giản, mẹ tỉnh táo được chứng kiến sự ra đời của con, sớm tiếp xúc với con và con được bú mẹ sớm. Tuy nhiên, một trong những biến chứng nguy hại và thường gặp nhất của GTTS mổ lấy thai là hạ huyết áp (HA) với tỉ lệ 80% [1],[2], nếu các biện pháp dự phòng không được thực hiện. Một số chiến lược đề ra để ngăn chặn tụt HA trong GTTS bao gồm việc truyền dịch, đảm bảo đúng tư thế sản phụ (SP) sau khi gây tê, đặc biệt là sử dụng thuốc co mạch [3],[4]. Ephedrin đã được sử dụng từ lâu để dự phòng hạ HA trong GTTS. Phenylephrin là thuốc mới được đưa vào sử dụng trên thế giới. Đã có một số NC sử dụng Phenylephrin để dự phòng tụt HA trong GTTS phẫu thuật lấy thai với kết quả khả quan. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam đề cập tới vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu "Đánh giá hiệu quả của Phenylephrin tiêm tĩnh mạch để dự phòng tụt huyết áp trong gây tê tủy sống phẫu thuật lấy thai".

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối chứng. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2017 - 06/2017. Địa điểm nghiên cứu tại Khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai, không có bệnh mãn tính từ trước, không có chống chỉ định GTTS và không có dấu hiệu suy thai trước khi phẫu thuật, được lựa chọn vào nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 60 sản phụ (SP) được chia thành hai nhóm ngẫu nhiên, bốc thăm mỗi nhóm 30 SP.

Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. So sánh sự khác nhau các giá trị ở hai nhóm khi có $p < 0.05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 60 sản phụ mổ lấy thai tại khoa Gây mê - Hồi sức Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chúng tôi thu được các kết quả như sau:

Đặc điểm chung về sản phụ: Tuổi trung bình hai nhóm $27,4 \pm 3,9$, cân nặng trung bình $63,5 \pm 6,2$, không có sự khác nhau ở hai nhóm với $P > 0,05$. Huyết áp, tần số tim, tần số thở và SpO_2 trước GTTS của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Lượng dịch truyền: Hai nhóm trước GTTS là như nhau. Tuy nhiên, lượng dịch truyền sau GTTS đã dùng ở nhóm I là $1083,3 \pm 102,8$ ml ít hơn nhóm II là $1271,7 \pm 132,4$ với $p < 0,01$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số SP phải dùng thuốc để đưa HA về mức bình thường ở nhóm I (6 SP chiếm 20%) ít hơn nhóm II (25 SP chiếm 83,3%), và ở nhóm I không có trường hợp nào phải nâng HA từ lần 2 trở đi chứng tỏ HA của các SP ở nhóm II tụt nhiều hơn ở nhóm I với $p < 0,05$.

Đánh giá thay đổi HA, nhịp tim, tần số thở, SpO_2

Bảng 1. Tỉ lệ sản phụ có thay đổi HA sau GTTS

Tụt HA	Nhóm I		Nhóm II		p
	n	%	n	%	
Không tụt HA	24	80,0	5	16,7	<0,01
20% < Tụt HA ≤ 30%	6	20,0	20	66,6	<0,01
Tụt HA >30%	0	0	5	16,7	<0,01
Tổng tụt HA	6	20,0	25	83,3	<0,01

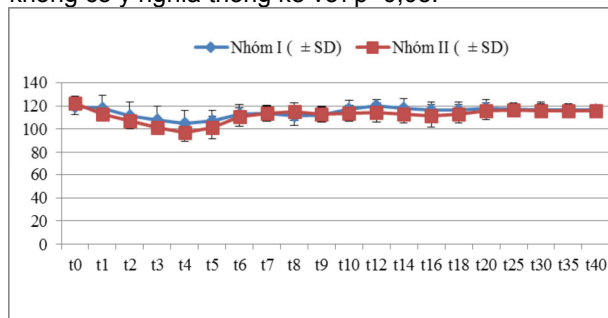
Tỉ lệ tụt HA 20% < Tụt HA ≤ 30%: Nhóm I là 6 ca chiếm 20% và nhóm II là 20 ca chiếm 66,6% trong đó nhóm 2 cao hơn nhóm 1.

Tỉ lệ tụt HA >30%: Nhóm I là 0% và nhóm II là 5 ca chiếm 16,7% trong đó chủ yếu sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ cho thấy HA nhóm I ổn định hơn nhóm II. Thời gian tụt HA chủ yếu xảy ra ở phút thứ 4 sau GTTS và thời gian tái tụt HA thường xảy ra ở phút thứ 16 và phút thứ 18 sau GTTS.

Bảng 2. Tỉ lệ tăng huyết áp

Tăng huyết áp	Nhóm I		Nhóm II		p
	n	%	n	%	
Không tăng HA	28	93,3	30	100	
Tăng HA > 10%	2	6,7	0	0	>0,05
Tăng HA >20%	0	0	0	0	
Tổng tăng HA	2	6,7	0	0%	

Nhóm I có 2 SP (chiếm 6,7%) tăng HA >10%, nhóm II không có trường hợp nào và cả 2 nhóm không có SP nào tăng HA >20%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ: Thay đổi HATT theo thời gian

Tại thời điểm trước GTTS (t0), HA tâm thu giữa 2 nhóm nghiên cứu tương đương nhau ($p > 0,05$). Từ các thời điểm t1 đến t5, HA tâm thu của mỗi nhóm đều tụt hơn so với thời điểm (t0) và thấp nhất ở phút thứ 3 và thứ 4. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các thời điểm sau HA tâm thu tăng dần về thời điểm trước gây tê (t0), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). HA trung bình của

nhóm I tương đối ổn định trong suốt cuộc mổ. Ở các thời điểm sau gây tê HA trung bình ở nhóm II đều giảm so với trước gây tê. Mức độ giảm nhiều nhất là vào các thời điểm t3, t4, t5, t16 với $p < 0,05$.

Theo thời gian, nhịp tim dần ổn định và gần như không có sự khác biệt giữa hai nhóm ở cùng một thời điểm với $p > 0,05$. Nhịp tim chậm nhất vào thời điểm sau GTTS 4 phút sự khác biệt 2 nhóm tại thời điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). 100% SP trong nghiên cứu không có biểu hiện suy hô hấp, tần số thở > 12 lần/phút. SpO_2 của tất cả các SP đều ở mức trên 97% và không có sự khác biệt giữa hai nhóm ở cùng một thời điểm với $p > 0,05$.

Hiệu quả GTTS

Tất cả các Sp ở cả hai nhóm đều xuất hiện mất cảm giác ở mức T10 và T6 khá nhanh, hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ và thời gian tê của hai nhóm gần như nhau sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời gian khởi phát ức chế vận động theo Bromage ở các mức Br₁, Br₂, Br₃ giữa 2 nhóm nghiên cứu có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đánh giá các tác dụng phụ

Tỷ lệ nôn và buồn nôn ở nhóm II cao hơn nhóm I tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ sản phụ có tác dụng phụ ngứa sau khi GTTS là như nhau. Tỷ lệ rét run của hai nhóm không có sự khác biệt thống kê.

Đánh giá thay đổi trên trẻ sơ sinh

Bảng 3. Trên trẻ sơ sinh

Điểm Apgar	Nhóm I		Nhóm II		p	
	n	%	n	%		
Apgar phút thứ 1 (Điểm)	8	0	0	2	6,7	$> 0,05$
	9	30	100	20	83,3	
Apgar phút thứ 5 (Điểm)	9	0	0	0	0	$> 0,05$
	10	30	100	30	100	

Ở phút thứ nhất không có trẻ sơ sinh Apgar < 7 điểm và ở phút thứ 5 Apgar của 2 nhóm đều ≥ 9 điểm. Như vậy chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh ở cả hai nhóm gần như nhau ở phút thứ nhất và phút thứ 5, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

Trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các sản phụ của hai nhóm có đặc điểm hình thể, tình trạng sức khỏe, tuổi thai khá đồng đều cho nên các kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khách quan với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Tổng lượng dịch truyền nhóm I là $1083,3 \pm 102,8$ ml và nhóm II là $1271,7 \pm 132,4$ ml, lượng dịch truyền ở 2 nhóm là khác nhau với $p < 0,01$. Nhóm II truyền dịch tĩnh mạch trước, phải sử dụng nhiều dịch truyền và tiêm tĩnh mạch thuốc nâng HA nhiều hơn vì ở nhóm này có tỷ lệ tụt HA cao hơn. Từ kết quả này chúng tôi nhận thấy nhóm II phải bù một lượng dịch lớn hơn do HA tụt nhiều hơn nhóm I.

Kết quả tương đương như nghiên cứu của Trần Xuân Hưng [5] nghiên cứu dự phòng tụt HA bằng ephedrine là $1002,34 \pm 122,26$ ml và nhóm không có ephedrine là $1258,33 \pm 123,67$ ml, Wendy H.L ở nhóm

truyền HES trước GTTS hết tổng lượng dịch là 1100 ± 200 ml.

Sản phụ ở nhóm I được tiêm TM 50 μ g và truyền dịch ringerlactat trước khi làm thủ thuật GTTS thì sự cứu trợ của thuốc nâng HA là rất ít (20%) trong khi đó ở nhóm II không dùng phenylephrin tiêm TM chỉ truyền dịch ringerlactac thì hầu như phải dùng thuốc nâng HA cứu trợ đường tĩnh mạch (83,3%) chứng tỏ nhóm II tụt HA mạnh hơn và nhiều hơn nhóm I. Sự khác biệt trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Neves và cộng sự thì sự cứu trợ ở nhóm I là 30% còn nhóm II là 70%. Sự khác biệt trong nghiên cứu của tác giả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tỷ lệ tụt HA trong khoảng $20\% < \text{Tụt HA} \leq 30\%$ ở nhóm I có 6 SP 20% nhóm II có 20 SP (66,6%), sự khác biệt về tỷ lệ tụt HA giữa 2 nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy, tỷ lệ tụt huyết áp nhóm II thường xảy ra nặng hơn ở nhóm I khi không được dự phòng mặc dù chúng tôi dùng liều đồng nhất thuốc gây tê là 8 mg bupivacain phối hợp với 30 mcg fentanyl.

Tăng HA $> 10\%$ ở nhóm I có 2 SP (6,7%), nhóm II không có SP nào và cả 2 nhóm không có SP nào tăng HA $> 20\%$. Sự tăng HA này vẫn trong giới hạn bình thường sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đây là trường hợp tăng HA phản ứng nên không cần điều trị. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Neves J.F và cộng sự.

Tần số tim của 2 nhóm trước GTTS cao hơn người bình thường là do các SP mang thai ở tháng cuối, cơ thể phải tăng tần số tim để tăng lưu lượng tim để đảm bảo cung cấp máu cho cơ thể mẹ và cơ thể con, hơn vậy tăng tần số tim ở cả 2 nhóm trước gây tê là do đau và lo lắng. Sau khi gây tê, tần số tim giảm dần, và ổn định trong giới hạn bình thường, điều này có lẽ là do SP bớt đau và tinh thần ổn định hơn kết hợp với tác dụng ức chế thần kinh giao cảm và tác dụng ức chế trực tiếp của bupivacain lên cơ tim nên nhịp tim giảm hơn so với trước tê. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu ở trong cùng một thời điểm ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy tác dụng của tiêm Tm phenylephrin trước GTTS và dùng thuốc tiêm tĩnh mạch trong mổ nhịp tim không bị ảnh hưởng nhiều.

Tần số thở cơ bản hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Tất cả các SP tỉnh táo và cả hai nhóm được theo dõi bão hòa oxy liên tục, vào phòng mổ đều được thở oxy qua kính mũi 3 lít/phút, nên trong suốt quá trình theo dõi đều đạt mức bão hòa oxy tốt ($SpO_2 > 98\%$), không có SP nào bị suy hô hấp, hai nhóm không có sự khác biệt trong mỗi thời điểm và trong cả quá trình theo dõi.

Thời gian khởi phát ức chế cảm giác và vận động của 2 nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy thời gian chờ tác dụng là khá nhanh, đảm bảo và phù hợp với yêu cầu

trong mổ lấy thai là cần phải nhanh kể cả trong mổ chủ động hoặc mổ cấp cứu cũng như thời gian ức chế cảm giác và vận động ở 2 nhóm trong nghiên cứu này hoàn toàn đủ thời gian mềm cơ đáp ứng cho một cuộc phẫu thuật mổ lấy thai diễn ra thuận lợi, an toàn. Việc sử dụng tiêm TM phenylephrin dự phòng trước gây tê không ảnh hưởng tới tác dụng vô cảm và vận động của thuốc GTTS.

Các tác dụng không mong muốn như buồn nôn, nôn, rét run, ngứa cho kết quả ở bảng 3 chúng tôi gặp với tỉ lệ ít và nhẹ. Các triệu chứng này hết khi cho thuốc điều trị và nâng huyết áp trở về bình thường. Hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với $p > 0,05$ [5].

Chỉ số Apgar của sơ sinh được tính điểm theo bảng điểm Apgar ở phút thứ 1 và phút thứ 5 sau khi lấy thai. Chỉ số Apgar cho phép đánh giá tình trạng thai nhi bị ảnh hưởng do thiếu oxy hoặc do các thuốc sử dụng cho mẹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% sơ sinh có Apgar > 7 ở phút thứ 1 và ≥ 9 ở phút thứ 5, không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Chỉ số Apgar sơ sinh của chúng tôi tốt ngay từ đầu là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các sản phụ có thai đủ tháng, thai phát triển bình thường. Như vậy việc dùng liều bupivacain và phenylephrin ở nghiên cứu này không ảnh hưởng xấu tới chỉ số Apgar.

KẾT LUẬN

Mức HA trong mổ của nhóm tiêm dự phòng ổn định hơn ($p < 0,05$). Tỷ lệ SP phải hỗ trợ bằng thuốc

nâng HA ở nhóm tiêm TM dự phòng trước mổ là 20% thấp hơn so với không dự phòng 83,3% với ($p < 0,05$). Tỷ lệ nôn-buồn nôn, rét run, ngứa ở nhóm I gặp tỷ lệ thấp và không nghiêm trọng, 2 nhóm không có sự khác biệt với ($p > 0,05$). Chỉ số Apgar tốt ngay từ phút thứ nhất, phút thứ 5.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shibli. KU, Russell. IF** (2000), *A survey of anaesthetic techniques used for cesarean section in the UK in 1997*. J Obstet Anesth 2000. Jub; 9(3): 160-7.
2. **Rout CC, Rocke DA, Levin J, Gouws E, Reddy D**. *A reevaluation of the role of crystalloid preload in the prevention of hypotension associated with spinal anesthesia for elective cesarean section*. Anesthesiology 1993; 79: 262-9.
3. **Mercier FJ, Bonnet MP, De la Dorie A, Moufouki M, Banu F, Hanaf A, Edouard D, Roger-Christoph S**. *Spinal anaesthesia for caesarean section: fluid loading, vasopressors and hypotension*. Ann Fr Anesth Reanim. 2007 Jul-Aug; 26(7-8): 688-93. Epub 2007 Jun 27.
4. **Burns SM, Cowan CM, Wilkes RG**. *Prevention and management of hypotension during spinal anaesthesia for elective Caesarean section: a survey of practice*. Anaesthesia, 2001; 56: 794-798.
5. **Trần Xuân Hưng** (2016), *Đánh giá hiệu quả dự phòng tụt huyết áp của ephedrin tiêm bắp trước GTTS để mổ lấy thai*. Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU DỊ ỨNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN VĂN ĐOÀN - Bộ môn Dị ứng - MDLS Đại học Y Hà Nội
VŨ THỊ THU HƯƠNG - Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1). Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị ứng thuốc ở BN nhiễm HIV/AIDS; 2). Xác định tần suất, thuốc gây dị ứng và một số yếu tố liên quan đến dị ứng thuốc ở BN nhiễm HIV/AIDS. **Đối tượng:** 253 BN HIV/AIDS điều trị, theo dõi tại Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS của BVBNĐTƯ từ 01/01/2007-31/08/2015, **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Triệu chứng hay gặp nhất: ngứa, ban đỏ, mày đay với thể lâm sàng: sẩn ngứa, mày đay, phù Quincke. Thời gian xuất hiện triệu chứng dị ứng: 16,1±12,8 ngày, triệu chứng đầu tiên sau 14 ngày: 44,3%. Trước điều trị TCD4: 140,4 ±122,1 TB/mm³, nam BN: TCD4 <200 TB/mm³ tỷ lệ rất cao: 82,5%; 41,1% BN tăng AST và 42,1% BN

tăng ALT. Nồng độ AST, ALT trung bình cao hơn trước dị ứng. Tần suất dị ứng thuốc: 11,9%. Nhóm ARV chiếm tỷ lệ cao nhất: 48,2%, thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội: 47,4%...thuốc cotrimoxazole gặp nhiều nhất: 48,1%, NVP: 33,6%...BN nam có TCD4 <200 TB/mm³ sẽ tăng nguy cơ dị ứng cotrimoxazole. Tuổi, giới tính, giai đoạn bệnh không liên quan đến mức độ dị ứng. **Kết luận:** BN HIV/AIDS có triệu chứng dị ứng hay gặp nhất: ngứa, ban đỏ, mày đay với thể lâm sàng: sẩn ngứa, mày đay. Tần suất dị ứng thuốc ở BN HIV/AIDS: 11,9%. Nhóm ARV có tỷ lệ cao nhất (48,2%); Thuốc cotrimoxazole gặp nhiều nhất: 48,1%; NVP: 33,6%; Tuổi, giới tính, giai đoạn bệnh không liên quan đến mức độ dị ứng.

Từ khóa: Dị ứng thuốc, HIV/AIDS.

SUMMARY

STUDY ON DRUG ALLERGY IN PATIENTS WITH HIV/AIDS AT NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES

Objective: 1). Clinical and preclinical characterization of drug allergy in patients with HIV/AIDS; 2). Determine the frequency, allergy

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Đoàn
Email: mr.doan1956@yahoo.com.vn
Ngày nhận: 24/5/2017
Ngày phản biện: 16/6/2017
Ngày duyệt bài: 29/6/2017
Ngày xuất bản: 20/7/2017