

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

medications and number of factors related to drug allergy in patients with HIV/AIDS. Subjects: 253 patients with HIV/AIDS are treated, monitored at the outpatient clinic's HIV/AIDS NHTD from 01/01/2007 to 31/08/2015. Methods: Retrospective and descriptive cross-sectional. Results: The most common symptoms are itching, erythema, urticaria with clinical type: rash, urticaria, Quincke edema. Duration of allergy symptoms: 16.1 ± 12.8 days, with 44.3% experiencing the first allergic symptoms after 14 days. Before treatment TCD4: 140.4 ± 122.1 cells/mm³, male patients: TCD4 <200 cells/mm³ very high proportion (82.5%); 41.1% patients has AST increased and 42.1% patients has ALT increased. Concentrations of AST and ALT are higher on average before allergy. Drug Allergies frequency was 11.9%. ARV Group accounted for the highest proportion (48.2%), prophylaxis drug for opportunistic infections: 47.4%... Cotrimoxazole allergy are most common: 48.1%; NVP: 33.6%... male patients with TCD4 <200 cells/mm³ will increase the risk of allergy to cotrimoxazole. Age, gender, and stage of the disease are not related to the severity of allergy. Conclusion: The most common allergic symptoms of patients with HIV/AIDS are itching, erythema, urticaria with clinically type: rash, urticaria. The frequency of drug allergy in patients with HIV/AIDS: 11.9%. ARV Group accounted for the highest proportion (48.2%); Cotrimoxazole allergy are most common: 48.1%; NVP: 33.6%... The age, gender and stage of the disease are not related to the severity of allergy.

Keywords: Drug allergy, HIV/AIDS.

ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV (Human Immunodeficiency Virus) gây suy giảm miễn dịch ở người, tiếp tục lan tràn toàn cầu, đến 7/2014 thế giới đã có 74 triệu người, 39 triệu người bị chết và khoảng 35 triệu người nhiễm HIV/AIDS. Tại Việt Nam đến 31/12/2014, nhiễm HIV là 226.964 trường hợp, thực tế ở cộng đồng còn cao hơn nhiều. Sử dụng thuốc antiretrovirus (ARV) cùng điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội làm giảm nhiễm mới và chết do AIDS. Tuy nhiên, do phải sử dụng đồng thời, kéo dài nhiều loại thuốc nên tác dụng phụ của thuốc cũng gia tăng nhất là dị ứng thuốc. Vì vậy, nghiên cứu (NC) đề tài này với hai mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị ứng thuốc ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

Xác định tần suất, những thuốc gây dị ứng và một số yếu tố liên quan đến dị ứng thuốc ở BN nhiễm HIV/AIDS.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm NC: Phòng khám HIV/AIDS Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.
- Thời gian NC: Từ 01/01/2007 đến 31/08/2015.

2. Đối tượng nghiên cứu

* 253 bệnh nhân (BN) HIV/AIDS điều trị, theo dõi tại Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS của BVBNĐTƯ, trong đó: 240 BN hồi cứu (2007 -2014) và 13 BN NC

mô tả cắt ngang từ 1- 8/2015.

3. Phương pháp NC: Hồi cứu và mô tả cắt ngang.

3.1. Vật liệu NC: Hồ sơ bệnh án của tất cả các BN có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS của BVBNĐTƯ; Thu thập các dữ liệu NC tại các thời điểm đánh giá.

3.2. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0 với các thuật toán thống kê y học.

3.3. Đạo đức NC: Có sự đồng ý của BVBNĐTƯ, Bộ môn Dị ứng-MDLS, không thực hiện thủ thuật, BN đồng ý tham gia NC, được giải thích về xét nghiệm, thông tin BN được mã hóa, bảo mật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN HIV/AIDS bị dị ứng thuốc

1.1. Đặc điểm chung đối tượng NC

Phân bố BN theo giới: Trong 253 BN nghiên cứu có 125 BN nam: 49,4% và 128 BN nữ: 50,6%. Tỷ lệ nam: nữ = 1:1.

Phân bố BN theo tuổi: Tuổi trung bình $34,6 \pm 9,1$; < 40 tuổi: 78,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Phân bố BN theo nơi sinh sống: Trong 21 tỉnh: Hà Nội, Phú Thọ, Bắc Giang, Hải Dương, Thái Bình, Ninh Bình, Vĩnh Phúc, Hưng Yên, Bắc Ninh, Nam Định, Quảng ninh, Thanh Hóa, Yên Bái, Thái Nguyên, Hà Nam, Hà Giang, Lạng Sơn, Nghệ An, Hải Phòng, Sơn La, Bắc Cạn, BN chủ yếu sống ở Hà Nội (48 BN: 41,7%) và một số tỉnh lân cận (16 BN ở Phú Thọ, 15 BN ở Bắc Giang, 11 BN ở Hải Dương, Thái Bình có 8 BN và một số tỉnh khác...)

Phân bố BN theo nghề nghiệp: 148 BN là Lao động tự do: 58,5%; 59 BN (23,3%): Viên chức nhà nước; 24 BN (9,5%): Công nhân và 22 BN Làm ruộng: 8,7%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Phân bố đường lây truyền theo giới: Không có BN nữ lây bệnh qua đường tiêm chích ma túy, nhưng đường tình dục rất cao: 98,4%. Nam giới lây qua tiêm chích: 23,2%, lây truyền qua tình dục: 57,6%, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tình trạng đồng nhiễm vi rus viêm gan theo giới

- 169 BN (66,8%) nhiễm HIV đơn thuần, 55 BN (21,7%) đồng nhiễm HCV, 21BN (8,3%) đồng nhiễm HBV, 8 BN (3,2%) đồng nhiễm cả HCV và HBV.

- Ở nữ giới, BN nhiễm HIV đơn thuần tỷ lệ cao nhất (84,4%), 10 BN (7,8%) đồng nhiễm HBV, 9 BN (7,0%) đồng nhiễm HCV. Ngược lại, nam giới có tới 46 BN (36,8%) đồng nhiễm HCV, 11 BN (8,8%) đồng nhiễm HBV, 7 BN (5,6%) đồng nhiễm cả HBV và HCV, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng và thể lâm sàng

- Trong 14 dấu hiệu lâm sàng: Ngứa, Ban đỏ, Mày đay, Sốt, Phù Quincke, Loét miệng, Phồng nước, Tồn thương mắt, Nôn, Đau đầu, Đau người, Loét sinh dục, Chấm xuất huyết, Đau bụng, gặp nhiều nhất là ngứa: 214 BN (84.6%), ban đỏ (180 BN: 71,1%), mày đay (116 BN: 45,8%), sốt: 70 BN (27,7%). Các triệu

chứng khác: phù Quincke, loét miệng, phỏng nước, tổn thương mắt...

- Trong 7 thể lâm sàng: (Sẩn ngứa, Mày đay, Phù Quincke, Viêm da dị ứng, DRESS, SJS, Lyell) sẩn ngứa hay gặp nhất (37,5%), mày đay (32,8%), phù Quincke (9,1%) và viêm da dị ứng (8,0%). Các hội chứng DRESS, SJS, Lyell gặp ít.

Giai đoạn lâm sàng của BN HIV/AIDS có dị ứng thuốc: Giai đoạn 1: 128 BN (50,6%); Giai đoạn 2: 18 BN (7,1%), Giai đoạn 3: 45 BN (17,8%) và Giai đoạn 4: 62 BN (24,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Phân loại mức độ phát ban: Trong 4 mức độ, Mức độ 2 - Vừa gặp nhiều nhất: 250 BN (59,3%); Mức độ 1 - Nhẹ: 64 BN (25,3%); Mức độ 3 - Nặng: 25 BN (9,9%); Mức độ 4 - Rất nặng rất ít: 14 BN (5,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Thời gian xuất hiện triệu chứng dị ứng thuốc: Sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất: 63 ngày. Có 5 khoảng thời gian: ≤ 1 ngày, 1-7 ngày, 7-14 ngày, 14-21 ngày và ≥ 21 ngày; sau 14 ngày (44,3%), thời gian trung bình: $16,1 \pm 12,8$ ngày...

Tiền sử dị ứng: Có tiền sử dị ứng 14 BN: 5,6% và 3 BN (1,2%) có tiền sử dị ứng thuốc.

Đặc điểm cận lâm sàng

Một số chỉ số cận lâm sàng trước điều trị

Bảng 1. Một số chỉ số cận lâm sàng trước điều trị

Chỉ số	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$	n
TTCD4 (TB/mm ³)	1	490	140,4 \pm 122,1	246
AST (U/l)	12	338	42,7 \pm 35,5	221
ALT (U/l)	8	268	42,6 \pm 38,2	222
BC (G/l)	1,3	13,3	5,7 \pm 2,0	229
Hb (g/l)	55	167	123,2 \pm 19,2	233
TC (G/l)	28	517	226,0 \pm 76,0	226

Nhận xét: Trước điều trị TCD4 có giá trị thấp ($140,4 \pm 122,1$ TB/mm³). Các chỉ số trung bình của AST, ALT, bạch cầu, nồng độ Hb, tiểu cầu giao động không đáng kể.

Phân loại TCD4 theo giới tính: Số BN có TCD4 < 200 TB/mm³ có tỷ lệ cao nhất (165 BN), nhóm có TCD4 từ 200 - 349 TB/mm³ và TCD4 \geq 350 TB/mm³ gặp tỷ lệ thấp hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Ở nam giới, BN có số lượng TCD4 < 200 TB/mm³ tỷ lệ rất cao (82,5%), ở nữ giới là 52,4%, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Nồng độ AST, ALT:

Bảng 2. Nồng độ AST, ALT tại thời điểm dị ứng

Nồng độ (U/l)	AST		ALT	
	n	%	n	%
<50	56	58,9	55	57,9
50-100	20	21,1	19	20
100-200	11	11,6	10	10,5
200-400	2	2,1	5	5,3
>400	6	6,3	6	6,3
Tổng	95	100	95	100

Nhận xét:

- 41,1% BN tăng AST; 6,3% BN tăng > 10 lần. Tăng ALT là 42,1%, tăng > 10 lần là 6,3%.

- Nồng độ AST, ALT trung bình tại thời điểm dị ứng là $100,5 \pm 203,8$ U/l; $111,7 \pm 211,9$ U/l cao hơn

trước điều trị ($42,8 \pm 35,5$ U/l; $37,1 \pm 38,2$ U/l) với $p=0,021$ và $p=0,004$.

Xét nghiệm dị ứng thuốc: Có 2 BN được làm test lấy da thì cả 2 đều (-), 13 BN làm test áp: 2 BN: 15,4% (+); 115 BN làm test mastocyte: 55 BN: 47,8% (+).

2. Tần suất, thuốc gây dị ứng và một số yếu tố liên quan

2.1. Tần suất dị ứng thuốc ở BN HIV/AIDS theo năm: Qua 9 năm, tỷ lệ BN bị dị ứng cao nhất là 2011: 59/300 (19,7%), 2009: 19/148 (12,8%); 2012: 51/407 (12,5%); 2014: 35/297 (11,8%); 2013: 38/357 (10,6%); 2010: 23/231 (9,9%); 2008: 9/88 (9,8%); 2007: 6/87 (6,9%); thấp nhất là 2015 (6,2%). Tỷ lệ BN dị ứng chung cho các năm là 11,9% (253/2124).

2.2. Các nhóm thuốc gây dị ứng: Trong 5 nhóm thuốc điều trị HIV/AIDS: ARV, Dự phòng nhiễm trùng cơ hội, Điều trị lao, Chống nấm, Thuốc khác, dị ứng nhóm ARV có tỷ lệ cao nhất (122 BN: 48,2%); Nhóm Dự phòng nhiễm trùng cơ hội: 120 BN (47,4%); Nhóm điều trị lao, chống nấm và thuốc khác tỷ lệ thấp nhất (0,7%), sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

2.3. Một số thuốc gây dị ứng

Bảng 3. Một số thuốc gây dị ứng

Tên thuốc	Thuốc gây dị ứng	%
Cotrimoxazole	129	48,1
NVP	90	33,6
EFV	23	8,6
TDF+3TC+EFV	11	4,1
Thuốc lao	6	2,2
TDF	5	1,9
Thuốc điều trị nấm	2	0,7
3TC	2	0,7
Tổng thuốc DU/ BN	268	100%

Nhận xét:

- Có 268 thuốc gây dị ứng ở 253 BN, Cotrimoxazole gặp nhiều nhất (48,1%), NVP: 33,6%; EFV: 8,6%, dị ứng thấp nhất: thuốc điều trị nấm và 3TC (0,7%).

- Trên 253 BN, dị ứng 1 thuốc gặp nhiều nhất: 244 trường hợp: 96,4%, với 2 thuốc là 3: trường hợp; 1,2%; với 3 thuốc: 6 trường hợp: 2,4%.

2.4. Một số yếu tố nguy cơ dị ứng với thuốc

Yếu tố nguy cơ dị ứng với NVP: BN có TCD4 < 200 TB/mm³ sẽ nguy cơ dị ứng với NVP thấp hơn nhóm BN TCD4 \geq 200 TB/mm³ 0,32 lần ($p < 0,01$) khoảng tin cậy 95% (0,18-0,58). Nam giới có nguy cơ dị ứng NVP thấp hơn nữ giới 0,29 lần ($p < 0,01$) khoảng tin cậy 95% (0,16-0,53). Dị ứng với NVP không phụ thuộc vào độ tuổi > hay < 40 tuổi.

Yếu tố nguy cơ dị ứng với CTX: BN có TCD4 < 200 TB/mm³ có nguy cơ dị ứng CTX gấp 5,56 lần so với BN TCD4 \geq 200 TB/mm³. Dị ứng với CTX không phụ thuộc giới và tuổi.

Yếu tố nguy cơ dị ứng với EFV: BN có TCD4 < 200 TB/mm³ có nguy cơ dị ứng EFV thấp hơn 0,48 lần so với BN có TCD4 \geq 200 TB/mm³. Dị ứng với EFV không phụ thuộc giới và tuổi.

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dị ứng

- Tỷ lệ các mức độ phát ban của các nhóm tuổi là

không có sự khác biệt ($p=0,37$).

- Mức độ phát ban nhẹ, vừa, nặng, rất nặng của nam và nữ không có sự khác biệt ($p=0,73$).

- Tỷ lệ BN phát ban mức độ nặng, rất nặng ở nhóm có $TCD4 < 200$ TB/mm³: 12,1% và 7,3% cao hơn nhóm $TCD4 \geq 200$ TB/mm³ (5,7% và 2,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,015$).

- Mức độ phát ban Nhẹ, Vừa, nặng, Rất nặng không có sự khác biệt ($p=0,25$).

2.5. Xử trí dị ứng thuốc: Với 5 cách xử lý: Nhập viện, Điều trị ngoại trú, Ngừng thuốc/chuyển thuốc, kháng histamin, Kháng histamine + corticoid thì Nhập viện: 62 BN (24,5%); Điều trị ngoại trú: 191 BN (75,5%); Ngừng thuốc/chuyển thuốc: 53 BN (20,9%), Kháng histamine: 106 BN (41,9%); 56 BN (21,1%) phải sử dụng Kháng histamine và corticoid.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN HIV/AIDS bị dị ứng thuốc

1.1. Đường lây truyền, tình trạng đồng nhiễm virus viêm gan: Lây truyền chủ yếu qua đường tình dục không an toàn: 78,3%, các đường lây truyền khác thấp hơn nhiều (chích ma túy: 11,5%, chích ma túy + quan hệ tình dục: 7,5%; không xác định: 2,8%). Trước đây chủ yếu lây HIV qua tiêm chích ma túy do không hiểu biết dùng chung bơm kim tiêm.

1.2. Triệu chứng lâm sàng và bệnh cảnh lâm sàng: Triệu chứng dị ứng thuốc rất đa dạng, ngứa là triệu chứng gặp nhiều nhất (214 BN: 84,6%), ban đỏ (71,1%), mày đay (45,8%), sốt (27,7%), các triệu chứng gặp ít: loét miệng, phỏng nước, tổn thương mắt... Kết quả NC này phù hợp với NC của Nguyễn Văn Đoàn, Nguyễn Đình Hoàn.

1.3. Giai đoạn lâm sàng của BN HIV/AIDS có dị ứng thuốc: Giai đoạn lâm sàng 1 gặp nhiều nhất: 50,6%, giai đoạn 3, 4: 42,3%. Kết quả này tương tự NC của Nguyễn Thị Minh Thu, 2009 [1] và Nguyễn Hữu Chí, 2007 [2].

1.4. Số lượng tế bào TCD4: TCD4 trung bình là $140,4 \pm 122,1$ TB/mm³. Số BN có $TCD4 \leq 200$ TB/mm³ có tỷ lệ cao nhất (165 BN). Ở nam giới, BN có số lượng $TCD4 < 200$ TB/mm³ tỷ lệ rất cao (82,5%); nữ: 52,4%; $TCD4$ ở nữ là $186,1 \pm 117,2$ TB/mm³ cao hơn $TCD4$ ở nam ($92,4 \pm 108,2$ TB/mm³). Điều này có thể do BN nam chủ yếu lây qua chích ma túy, giai đoạn nặng [1].

1.5. Nồng độ AST, ALT: Có 41,1% BN có tăng AST, trong đó 6,3% BN có chỉ số AST tăng > 10 lần. Có 42,1% BN có tăng ALT, số BN có nồng độ ALT tăng > 10 lần: 6,3%. Nồng độ AST trung bình khi dị ứng: $100,5 \pm 203,8$ U/l cao hơn trước dị ứng ($42,8 \pm 35,5$ U/l). Nồng độ ALT trung bình khi dị ứng: $111,7 \pm 211,9$ U/l cao hơn trước dị ứng là $37,1 \pm 38,2$ U/l. Điều đó cho thấy, BN bị dị ứng thuốc thường có tổn thương gan.

2. Tần suất, những thuốc gây dị ứng và một số yếu tố liên quan

2.1. Thuốc gây dị ứng

- Dị ứng thuốc cotrimoxazole nhiều nhất (48,1%);

NVP: 33,6%; EFV với tỷ lệ 8,6%; thuốc điều trị nấm và 3TC thấp nhất (0,7%). Kết quả này tương đương NC của các tác giả [3]. Theo Shubber Z: dị ứng NVP: 20%, EFV: 14%. Theo tác giả Somsit Tansuphaswadol dị ứng NVP: 10,2%; Weerawat Manosuthi và CS, dị ứng của NVP là 10,2%.

2.2. Một số yếu tố liên quan với dị ứng thuốc ở BN HIV/AIDS

- Dị ứng thuốc NVP không phụ thuộc độ tuổi. BN nam hoặc BN có $TCD4 < 200$ TB/mm³ nguy cơ dị ứng NVP thấp, còn khi $TCD4 \leq 200$ TB/mm³ sẽ tăng nguy cơ dị ứng cotrimoxazole.

- Nguy cơ dị ứng thuốc EFV và cotrimoxazole không phụ thuộc giới và tuổi. Khi số lượng $TCD4 < 200$ TB/mm³ sẽ giảm nguy cơ dị ứng EFV, kết quả này phù hợp NC khác [2] [4]. Theo hướng dẫn mới nhất của Bộ Y tế (2015) cũng khuyến cáo không nên sử dụng NVP cho phụ nữ có $TCD4 \geq 200$ TB/mm³.

KẾT LUẬN

1. Lâm sàng, cận lâm sàng của BN HIV/AIDS bị dị ứng thuốc

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ngứa, ban đỏ, mày đay, sốt, phù Quincke.

- Bệnh cảnh lâm sàng hay gặp là sẩn ngứa, mày đay; ít gặp: phù Quincke, viêm da dị ứng. Các hội chứng DRESS, SJS, TEN chiếm tỷ lệ thấp.

- Mức độ phát ban Vừa gặp nhiều nhất: 59,3%; Nhẹ: 25,5%; Nặng: 9,9%; Rất nặng: 5,5%.

- Thời gian xuất hiện triệu chứng dị ứng trung bình: $16,1 \pm 12,8$ (ngày), sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 63 ngày. Xuất hiện triệu chứng đầu tiên sau 14 ngày: 44,3%.

- Trước điều trị số lượng $TCD4$: $140,4 \pm 122,1$ TB/mm³. Ở nam giới BN có số lượng $TCD4 < 200$ TB/mm³ tỷ lệ rất cao (82,5%), ở nữ giới: 52,4%.

- Tại thời điểm dị ứng có 41,1% BN tăng AST và 42,1% BN tăng ALT. Nồng độ AST, ALT trung bình tại thời điểm dị ứng đều cao hơn trước dị ứng.

2. Tần suất, thuốc gây dị ứng và một số yếu tố liên quan đến dị ứng thuốc

- Tần suất dị ứng thuốc ở BN HIV/AIDS: 11,9%.

- Nhóm thuốc ARV gặp nhiều nhất (48,2%), Dự phòng nhiễm trùng cơ hội (47,4%), thuốc điều trị lao và nấm chiếm tỷ lệ thấp.

- Thuốc gây dị ứng nhiều nhất là cotrimoxazole (48,1%), NVP: 33,6%; EFV: 8,6%, dị ứng thuốc điều trị nấm và 3TC thấp nhất: 0,7%.

- BN nam hoặc BN có $TCD4 < 200$ TB/mm³ nguy cơ dị ứng NVP thấp; BN có $TCD4 < 200$ TB/mm³ sẽ tăng nguy cơ dị ứng cotrimoxazole.

- Tuổi, giới, giai đoạn lâm sàng không liên quan đến mức độ dị ứng. Tỷ lệ BN bị phát ban mức độ Nặng và Rất nặng ở nhóm $TCD4 \leq 200$ TB/mm³ cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khổng Minh Quang** (2010), *Đánh giá kết quả điều trị ARV ở BN HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú BV Bệnh Nhiệt đới Trung ương*, Luận văn thạc sỹ y học,

DHYHN.

2. Prosoeri MC, Fabbiani M, Fanti I, Zaccarelli M et al (2012), Predictors of first-line antiretroviral therapy discontinuation due to drug-related adverse events in HIV-infected patients: a retrospective cohort study. BMC Infect Dis 12: 296.

3. Kesselring AM, Wit FW, Sabin CA, Lundgren JD, Gill MJ, et al. (2009). Risk factors for treatment-

limiting toxicities in patients starting nevirapine-containing antiretroviral therapy. AIDS 23: 1689-1699.

4. Lichtenstein KA, Armen C, Buchacz Knts Chemiel SJ, Moorman AC, et al. (2008). Initiation of antiretroviral therapy at CD4 cell count ≥ 350 cells/mm³ does not increase incidences or risk of peripheral neuropathy, anemia, or renal insufficiency. J Acquir Immune Defic Syndr 47: 27-35.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ CỦA GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH THẮT LƯNG VÀ GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG PHẪU THUẬT CHI DƯỚI

ĐỖ TRUNG DŨNG, CÔNG QUYẾT THẮNG
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau sau mổ chi dưới giữa gây tê đám rối thần kinh thắt lưng và gây tê ngoài màng cứng bằng bơm liên tục hỗn hợp levobupivacaine 0,1% và fentanyl qua Catheter đặt vào khoang đám rối thắt lưng dưới hỗ trợ của siêu âm định vị thần kinh hoặc vào khoang ngoài màng cứng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Điều trị theo yêu cầu 1C, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 3/2016 đến tháng 4/2017, tiến cứu trên 60 bệnh nhân của hai nhóm, tuổi từ 18 đến 80, ASA 1-2, được phẫu thuật chi dưới theo chương trình. Bệnh nhân được gây tê tủy sống bằng marcain để mổ ở cả hai nhóm, sau đó theo dõi khi mổ xong lúc điểm VAS ≥ 4 , tiêm liều bolus levobupivacain 0,1% 0,4ml/kg qua catheter đặt trong khoang đám rối thần kinh thắt lưng hoặc ngoài màng cứng, rồi duy trì 2-4ml/giờ. Theo dõi liên tục trong 48 giờ bằng cách đánh giá hiệu quả giảm đau bằng thang điểm VAS và các tác dụng không mong muốn. **Kết quả:** Hiệu quả giảm đau tốt với điểm VAS trung bình trong 48 giờ đầu sau mổ ≤ 4 điểm ở cả hai nhóm, nhóm ngoài màng cứng có điểm VAS trung bình thấp hơn nhưng không có sự khác biệt. **Kết luận:** Hiệu quả giảm đau sau mổ chi dưới khi bơm liên tục levobupivacain 0,1% qua Catheter vào ngoài màng cứng tốt hơn vào khoang đám rối thần kinh thắt lưng nhưng đều tốt ở cả hai nhóm với VAS trung bình trong 48 giờ đầu sau mổ ≤ 4 điểm.

Từ khóa: Giảm đau sau mổ, đám rối thần kinh thắt lưng, ngoài màng cứng, siêu âm, levobupivacain.

SUMMARY

Objective: Comparison of postoperative analgesic efficacy in some lower limb surgery of lumbar plexus block versus epidural anesthesia by continuously pumping the mixture levobupivacain 0.1% and

fentanyl through a catheter placed into the psoas lumbar plexus under ultrasound supports or into the epidural cavity. **Subjects and methods:** The study was conducted at the request treatment Department 1C, Viet Duc hospital from March 2016 to April 2017, describes prospective on 60 patients in two groups, aged 18 to 80, ASA 1-2, lower limb surgery under the program. Patients received spinal anesthesia with marcain to surgery for both groups, and then at the time of VAS score ≥ 4 after surgery, bolus injection 0.1% levobupivacaine 0,4ml / kg through a catheter placed in the psoas lumbar plexus or epidural, then maintain 2-4ml / hour. Continuous follow up for 48 hours by evaluating analgesic effects by VAS scale. **Results:** The analgesic effect with average VAS score in the first 48 hours postoperatively ≤ 4 points in both groups, the epidural group had a lower average VAS score but no difference. **Conclusions:** The analgesic efficacy in some lower limb surgery by continuously pumping levobupivacaine 0.1% through the catheter placed into the epidural was better than the psoas lumbar plexus, but was good in both groups with average VAS in the first 48 hours postoperatively ≤ 4 points.

Keywords: Postoperative analgesia, lumbar plexus, epidural, ultrasound, levobupivacaine.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm đau sau mổ trong một số phẫu thuật chi dưới bằng phong bế đám rối thần kinh thắt lưng (ĐRTL) đã bắt đầu được nghiên cứu từ thập niên 70 của thế kỷ trước ghi nhận có kết quả giảm đau đáng kể trong một số phẫu thuật chi dưới, nhưng hiệu quả chưa cao vì việc tiếp cận khoang đám rối thắt lưng còn hạn chế do vị trí ở sâu.

Gần đây, với kỹ thuật siêu âm định vị thần kinh, trên thế giới, một số tác giả bắt đầu áp dụng kỹ thuật này để giảm đau trong phẫu thuật chi dưới bằng phong bế ĐRTL. Ở Việt Nam, hiện nay chưa có nghiên cứu nào về lĩnh vực này, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với những mục tiêu sau:

So sánh hiệu quả giảm đau sau mổ bằng bơm liên tục levobupivacaine 0,1% qua catheter đặt vào

Chịu trách nhiệm: Đỗ Trung Dũng

Email: dungbsgmhs@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2017

Ngày phản biện: 22/6/2017

Ngày duyệt bài: 02/7/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017