

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG PHẢN VỆ Ở KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc, Trần Bá Biên, Nguyễn Hữu Tân
Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An

Tóm tắt

Mục đích: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình hình phản vệ ở khoa Cấp Cứu – Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa (BV HNĐK) Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 87 bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ điều trị tại khoa Cấp Cứu – BV HNĐK Nghệ An từ 01/01/2016 – 31/08/2016. **Kết quả:** Kết quả cho thấy trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 31% và 69% - Tỷ lệ phản vệ là 0,31%. Biểu hiện ở da và niêm mạc hay gặp nhất (97,7%), tim mạch (75,9%), hô hấp (72,4%), tiêu hóa (41,4%) và thần kinh là ít nhất (27,6%). Có 4 trường hợp tử vong trong nghiên cứu (4,6%). Tỷ lệ sử dụng adrenalin là 82,8%, trong đó đường tiêm bắp dùng nhiều nhất (87,5%). **Kết luận:** Nguyên nhân gây phản vệ hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng.

Từ khóa: phản vệ

Abstract

TO ASSESS THE ANAPHYLAXIS IN THE NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL' EMERGENCY DEPARTMENT

Nguyen Duc Phuc, Tran Ba Bien, Nguyen Huu Tan
Nghe An Friendship General Hospital

Aim: To assess the anaphylaxis in the Nghe An Friendship General Hospital' Emergency Department during the period from 01/01/2016 to 31/08/2016. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 87 patients who were diagnosed with anaphylaxis at the Nghe An Friendship General Hospital's Emergency Department from 01/01/2016 to 31/08/2016. **Results:** Male and female rates were 31% and 69% respectively - the incidence of anaphylaxis was 0.31%. The most common symptoms are skin and mucosal manifestations (97.7%), cardiovascular (75.9%), respiratory (72.4%), gastrointestinal (41.4%), and neurological symptoms were the least (27.6%). There were 4 deaths in the study (4.6%). The use of adrenaline was 82.8% of cases, of which intramuscular use was the most common route (87.5%). **Conclusion:** The most common causes of anaphylaxis in our study are medications, food and insect venoms.

Keywords: anaphylaxis

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Phản vệ có thể xảy ra trong vòng vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên. Những năm gần đây, vấn đề phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn và người ta cũng nhận thấy tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng. Có nhiều nguyên nhân gây ra phản vệ nhưng hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Tỷ lệ thay đổi theo từng nghiên cứu. Ước tính, khoảng 1 – 2 % dân số toàn thế giới có ít nhất 1 lần phản vệ trong đời, riêng ở Châu Âu là 4 -5 trường hợp phản vệ/ 10.000 dân mỗi năm, ở Mỹ những năm gần đây là 58,9 trường hợp/ 100.000 dân hàng năm. Tỷ

lệ tử vong của phản vệ ước tính là 1% [1,2,8]. Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến mức độ nặng và tỷ lệ tử vong của phản vệ như: tuổi, các bệnh phối hợp, các thuốc đang dùng kèm theo, tiền sử cá nhân...Việc xác định những yếu tố này sẽ giúp làm giảm tỷ lệ tử vong do phản vệ. Có khoảng 75 -80% bệnh nhân phản vệ nhập viện ở khoa Cấp Cứu. Đặc biệt trong quá trình làm việc tại khoa Cấp Cứu Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An chúng tôi thấy rằng tình trạng phản vệ ngày càng gặp nhiều hơn, với rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá tình trạng phản vệ ở khoa Cấp Cứu bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An” với mục tiêu sau:

Đánh giá tình trạng phản vệ ở khoa Cấp Cứu

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Đức Phúc, Email: drnguyenhuutan1984@gmail.com

DOI: 10.34071/kỴDHLNMTH4

- Ngày nhận bài: 14/12/2016; Ngày đồng ý đăng: 12/4/2017; Ngày xuất bản: 20/4/2017

bệnh viện Hữu Nghị đa Khoa Nghệ An.

Xác định nguyên nhân gây phản vệ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

87 bệnh nhân vào khoa Cấp Cứu – Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An (BVHNĐK) từ 01/01/2016 đến 31/08/2016 đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán phản vệ của Tổ chức Dị ứng Thế giới (WAO) 2013 [3].

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau (theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của hội Dị ứng thế giới năm 2013):

1. Các triệu chứng xuất hiện cấp tính (trong vài phút đến vài giờ) ở da, niêm mạc và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

a. Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít, giảm lưu lượng đỉnh, giảm ôxy máu)

b. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA như ngất, đại tiểu tiện không tự chủ.

2. Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vòng vài phút – vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với thuốc:

a. Biểu hiện ở da, niêm mạc

b. Các triệu chứng hô hấp

c. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA

d. Các triệu chứng tiêu hoá kéo dài (nôn, đau bụng do co thắt)

3. Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với 1 dị nguyên mà người bệnh đã từng bị dị ứng

a. Trẻ em: giảm ít nhất 30% HA tâm thu hoặc tụt HA tâm thu so với tuổi.

b. Người lớn: HA tâm thu < 90 mm Hg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ những trường hợp sốc do các nguyên nhân khác:

- Sốc do giảm thể tích tuần hoàn

- Sốc tim

- Nhồi máu phổi

- Phình tách động mạch chủ

- Tràn dịch màng ngoài tim gây ép tim cấp

- Sốc nhiễm khuẩn

- Sốc do suy tuyến thượng thận cấp

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các chỉ số đánh giá:

- Tuổi

- Giới

- Nguyên nhân

- Tiền sử

- Triệu chứng lâm sàng

- Các chỉ số liên quan đến việc xử trí phản vệ: các thuốc được sử dụng và cách dùng, theo dõi, kết quả điều trị,...

2.3. Xử lý số liệu : nhập, quản lý, làm sạch số liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 với độ tin cậy > 95%.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

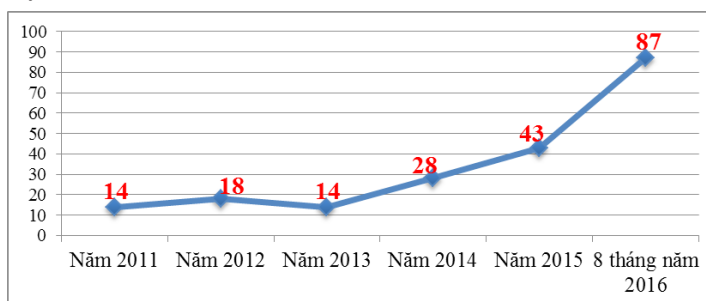
Tất cả hoạt động tiến hành trong nghiên cứu này đều tuân thủ quy định và nguyên tắc chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam và quốc tế. Toàn bộ số liệu thu thập được trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực. Việc tiến hành nghiên cứu này không gây nguy hại gì đến các đối tượng nghiên cứu và tất cả các đối tượng nghiên cứu đều tự nguyện tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Tỷ lệ giới tính: bệnh nhân nữ chiếm 69%, bệnh nhân nam chiếm 31%.

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: $47,55 \pm 20,33$ tuổi.

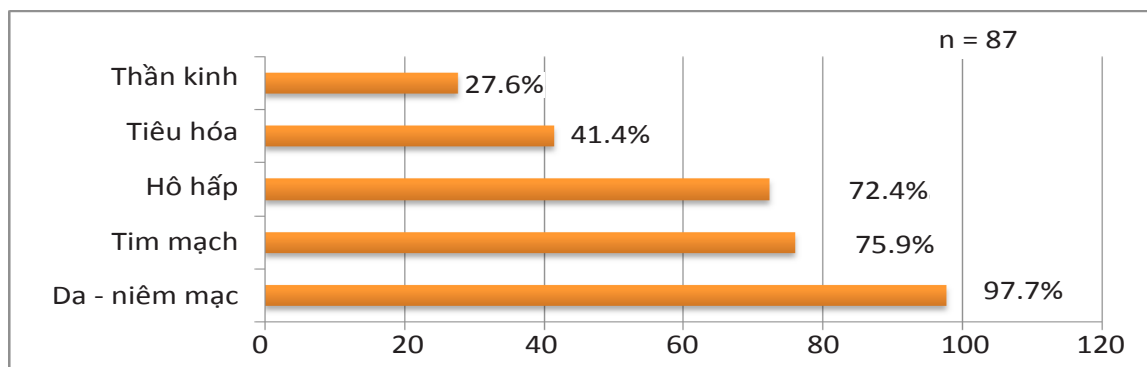


Biểu đồ 1. Số ca phản vệ trong 5 năm (2011 – 2016)

3.2. Tình hình phản vệ

3.2.1. Tỷ lệ phản vệ : 0,31%

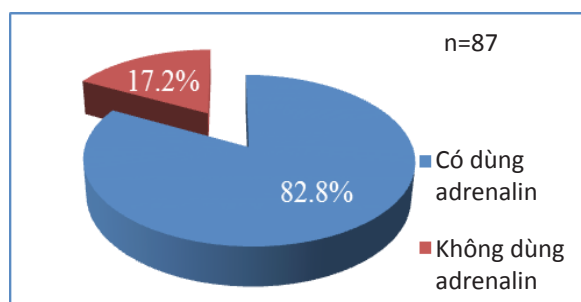
3.2.2. Triệu chứng phản vệ



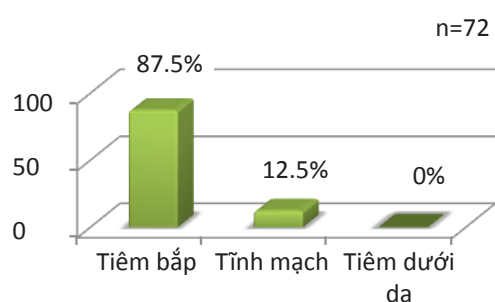
Biểu đồ 2. Tỷ lệ triệu chứng phản vệ

Triệu chứng phản vệ hay gặp nhất là triệu chứng trên da và niêm mạc, sau đó là tim mạch, hô hấp.

3.2.3. Tỷ lệ dùng adrenalin và cách dùng



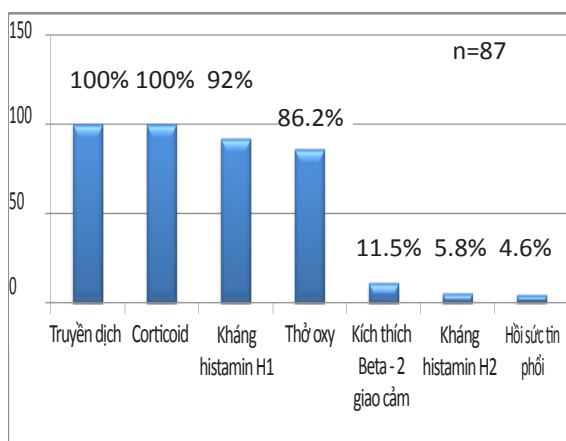
Biểu đồ 3. Tỷ lệ sử dụng adrenalin



Biểu đồ 4. Cách sử dụng adrenalin

Tỷ lệ sử dụng adrenalin là 82,8%, chủ yếu sử dụng bằng đường tiêm bắp, không có trường hợp nào dùng đường tiêm dưới da.

3.2.4. Các thuốc khác sử dụng trong điều trị phản vệ



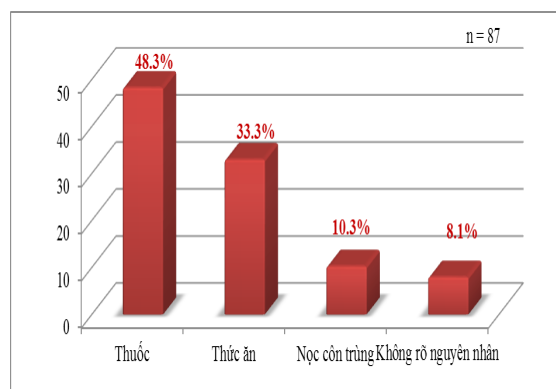
Biểu đồ 5. Tỷ lệ sử dụng các thuốc trong điều trị phản vệ

Truyền dịch và Corticoid được sử dụng phổ biến trong điều trị phản vệ (100%). Kháng histamin H1 (92%).

3.3. Kết quả điều trị

87 bệnh nhân phản vệ vào khoa Cấp Cứu BV HNĐK Nghệ An từ 01/01/2016 – 31/08/2016 được chẩn đoán và xử trí kịp thời, tỷ lệ bệnh nhân phản vệ được cứu sống là 95,4%, tỷ lệ tử vong là 4,6%.

3.4. Nguyên nhân gây phản vệ



Biểu đồ 6. Tỷ lệ nguyên nhân gây phản vệ
Nguyên nhân phản vệ hay gặp nhất là thuốc (48,3%), thức ăn (33,3%) và nọc côn trùng (10,3%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 87 bệnh nhân phản vệ, chúng tôi ghi nhận được 69% bệnh nhân nữ và 31% bệnh nhân nam. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 13 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 89 tuổi, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $47,55 \pm 20,33$ tuổi. Trong đó, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nam là $49,07 \pm 20,43$, nhóm bệnh nhân nữ là $46,87 \pm 20,42$, không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa nhóm nam và nữ.

Những năm gần đây, số người mắc bệnh dị ứng tăng lên đáng kể trong đó số người mắc phản vệ ngày càng nhiều. Theo nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ nhập vào khoa Cấp Cứu – BV HNĐK Nghệ An có xu hướng ngày càng tăng từ 14 ca năm 2011, 28 ca năm 2014 và 87 ca (0,31%) 8 tháng đầu năm 2016. Cùng với sự phát triển của các ngành công nghiệp, nông nghiệp, thủy hải sản xuất hiện nhiều loại chế phẩm trên thị trường cũng làm gia tăng tình trạng dị ứng cũng như phản vệ.

Biểu hiện lâm sàng của phản vệ rất đa dạng bao gồm nhiều cơ quan khác nhau trong cơ thể, những bệnh nhân khác nhau có biểu hiện lâm sàng khác nhau có bệnh nhân triệu chứng chỉ xuất hiện ở da, niêm mạc nhưng có bệnh nhân triệu chứng ở mức độ nặng (IV), thậm chí tử vong. Những biểu hiện đầu tiên thường ở da hoặc đường hô hấp. Các triệu chứng này có thể thay đổi, không có sự tham gia bắt buộc của tất cả các cơ quan hệ thống. Những biểu hiện ở da giúp phân biệt phản vệ với những tình trạng khác như nhồi máu cơ tim hay cơn hoảng loạn. Những triệu chứng ở hô hấp và tim mạch thường liên quan đến các tình trạng nặng, đe dọa tính mạng của sốc phản vệ và tử vong.

Để hạn chế tình trạng nặng cũng như tỷ lệ tử vong của phản vệ cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Chỉ cần chậm trễ một vài phút có thể dẫn đến thiếu oxy, thiếu máu não hoặc tử vong. Hầu hết các hướng dẫn điều trị trong vòng 30 năm qua đều nhấn mạnh vai trò của adrenalin (epinephrine), là thuốc được lựa chọn đầu tiên trong điều trị phản vệ [4]. Việc lựa chọn đường dùng của adrenalin cũng rất quan trọng, theo khuyến cáo mới nhất của EAACI năm 2014, adrenalin nên được tiêm bắp vào 1/3 giữa của đùi, có thể sử dụng adrenalin đường tĩnh mạch hoặc khí dung. Việc sử dụng adrenalin theo đường hít và tiêm dưới da không được khuyến cáo [5]. Nghiên cứu so sánh thời gian nồng độ cao nhất của adrenalin có trong huyết tương sau khi dùng adrenalin tiêm bắp và tiêm dưới da thì người ta thấy rằng dùng adrenalin tiêm bắp thời gian đạt

nồng độ cao nhất ngắn hơn (8 phút) so với tiêm dưới da (34 phút) và kỹ thuật tiêm cũng đơn giản và nhanh hơn [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm bệnh nhân được sử dụng adrenalin thì có 87,5% bệnh nhân được sử dụng adrenalin đường tiêm bắp, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh (58,5%) [7] và có 12,5% bệnh nhân được sử dụng adrenalin đường tĩnh mạch, không có bệnh nhân nào sử dụng adrenalin đường tiêm dưới da và khí dung. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chiếm 4,6%, cao hơn với tỷ lệ phản vệ chung (1%). Trong 4 trường hợp tử vong thì có 1 trường hợp bị phản vệ với thuốc paracetamol đường truyền tĩnh mạch và 3 trường hợp bị phản vệ do ong vò ve đốt, và tất cả 4 trường hợp này đều không được sử dụng adrenalin ở tuyến dưới trước khi chuyển vào khoa Cấp cứu.

Có rất nhiều nguyên nhân gây phản vệ nhưng hay gặp nhất là thuốc, thức ăn, nọc côn trùng. Tỷ lệ giữa các loại nguyên nhân gây 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 của chúng tôi nguyên nhân gây phản vệ nhiều nhất là thuốc (48,3%), kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh (49,5%) [7]. Nguyễn Văn Đoàn (62,3%) [8], nhưng khác với nghiên cứu của Beyer ở Đức, thức ăn là nguyên nhân chính gây phản vệ (32,2%) [9], hay theo nghiên cứu ở Trung tâm Châu Âu của Worm M và cộng sự, phản vệ do nọc côn trùng lại là nguyên nhân phổ biến nhất [10]. Nguyên nhân làm cho tình hình dị ứng thuốc ngày càng tăng có thể do hiện nay có nhiều loại thuốc đưa vào sử dụng, việc tự điều trị, tự kê đơn hay chính người bán thuốc kê đơn vẫn chưa được kiểm soát. Bên cạnh đó, vẫn còn những thầy thuốc chỉ định thuốc chưa đúng, không lưu ý đến vấn đề tương tác giữa các thuốc, phản ứng chéo giữa các thuốc, không khai thác tiền sử dị ứng cá nhân.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phản vệ có xu hướng ngày càng tăng. Triệu chứng của phản vệ đa dạng biểu hiện ở nhiều cơ quan trong cơ thể, đứng hàng đầu là các triệu chứng trên da – niêm mạc, tim mạch và hô hấp. Tỷ lệ sử dụng adrenalin cao 82,8%, trong đó tiêm bắp chiếm 87,5%, không có trường hợp nào dùng adrenalin đường tiêm dưới da và khí dung. Tỷ lệ tử vong còn cao 4,6%, đây là những trường hợp đều không được sử dụng adrenalin ở tuyến dưới trước khi chuyển vào khoa Cấp Cứu. Nguyên nhân gây phản vệ thường gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Decker WW, Campbell RL, Manivannan V et al (2008). The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2008; 122: 1161-5.
2. Simons FE, Arduzzo LR, Bilo MB et al (2011). World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *The World Allergy Organization journal* 2011; 4: 13-37.
3. Simons FE, Arduzzo LR, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, Lockey RF, Sanchez-Borges M et al (2013). World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 update of the evidence base. *International Archives of Allergy and Immunology* 2013; 162(3):193-204.
4. Kemp SF, Lockey RF, Simons FE, World Allergy Organization ad hoc Committee on Epinephrine in A (2008). Epinephrine: the drug of choice for anaphylaxis. A statement of the World Allergy Organization. *Allergy*; 63: 1061-1070.
5. Koplin JJ, Martin PE, Allen KJ (2011). An update on epidemiology of anaphylaxis in children and adults. *Current opinion in allergy and clinical immunology*; 11: 492-6.
6. Andrew P C McLean-Tooke, Claire A Bethune, Ann C Fay, Spickett GP (2003). Adrenaline in the treatment of anaphylaxis: what is the evidence? Available from: bmj.com.
7. Nguyễn Thị Thùy Ninh (2014), “ Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ ở Bệnh viện Bạch Mai”, luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Văn Đoàn (2004). Tìm hiểu nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng dị ứng thuốc tại Khoa Dị ứng -MDLS bệnh viện Bạch Mai. *Y học thực hành* ;6: 25-28.
9. Beyer K, Eckermann O, Hompes S et al (2012). Anaphylaxis in an emergency setting - elicitors, therapy and incidence of severe allergic reactions. *Allergy*; 67: 1451-1456.
10. Worm M, Edenharter G, Rueff F et al (2012). Symptom profile and risk factors of anaphylaxis in Central Europe. *Allergy*; 67: 691-698.