

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ (SPV) là tai biến dị ứng nghiêm trọng nhất, dễ gây tử vong nếu không được chẩn đoán và xử lý kịp thời. Tính chất nguy kịch của sốc phản vệ gây hoang mang cho mọi người kể cả thầy thuốc và thân nhân bệnh nhân. Bệnh xuất hiện nhanh, ngay lập tức hoặc 30 phút sau khi dùng thuốc, thử test, bị ong đốt hoặc sau khi ăn một loại thức ăn lạ. Triệu chứng bệnh xuất hiện càng sớm thì bệnh càng nặng, tỉ lệ tử vong càng cao. Các đường đưa thuốc vào cơ thể: tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, dưới da, trong da, uống, xông, bôi ngoài da, nhỏ mắt, đặt âm đạo.v.v...đều có thể gây sốc phản vệ, tuy nhiên đường tiêm tĩnh mạch là nguy hiểm nhất. Các loại thuốc, nhất là các thuốc kháng sinh là nguyên nhân chính gây sốc phản vệ. Vì vậy, sốc phản vệ là một cấp cứu cần được xử trí nhanh, kịp thời vì dễ dẫn đến tử vong do suy hô hấp cấp và tụt huyết áp.

Sốc phản vệ là một dạng của phản ứng dị ứng typ nhanh (typ reagin, typ phản vệ) phát sinh khi có sự xâm nhập lần thứ hai của dị nguyên vào cơ thể. Sốc phản vệ có đặc điểm tụt huyết áp, hạ thân nhiệt, trụy tim mạch, tăng tính thấm thành mạch và co thắt cơ trơn. Tuy nhiên trong thực tế có nhiều trường hợp bệnh nhân mới dùng thuốc lần đầu nhưng đã bị sốc phản vệ là do họ đã bị mẫn cảm trước với một loại dị nguyên nào đó có cấu trúc giống với cấu trúc của thuốc, ví dụ người bệnh đã bị nhiễm nấm penicillinum từ môi trường do ăn hoặc hít phải loại nấm này.

Chẩn đoán sốc phản vệ cũng Phải nhanh chóng, kịp thời, chủ yếu dựa vào sự xuất hiện nhanh trong vòng vài phút của các triệu chứng kể trên sau khi tiếp xúc với dị nguyên gây phản ứng phản vệ (thuốc, thức ăn, hoá chất đã dùng hay bị côn trùng đốt). Tuy nhiên chẩn đoán sẽ gặp khó khăn khi các triệu chứng này không đủ như chỉ có nổi mề đay hoặc co thắt phế quản cấp trên một bệnh nhân hen. Vì vậy khi chẩn đoán cần lưu ý tới tất cả các triệu chứng nhất là trụy tim mạch, huyết áp tụt sau khi đưa thuốc hoặc dị nguyên lạ vào cơ thể.

Sốc phản vệ là hội chứng lâm sàng biểu hiện bằng tình trạng tụt huyết áp và giảm tưới máu tổ chức, bản chất là phản ứng dị ứng rất nặng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Sau khi xác định được là bệnh nhân bị sốc phản vệ thì Cấp cứu sốc phản vệ là một cấp cứu tối cấp, phải tiến hành ngay tại chỗ, các tai biến và tử vong do sốc phản vệ có thể giảm đi khi nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng viên nói riêng có đầy đủ kiến

thức về sốc phản vệ để thực hiện đúng cách phòng và cấp cứu người bệnh sốc phản vệ.

Thực hiện chủ trương nâng cao chất lượng và đáp ứng sự hài lòng của NB của Bộ Y tế ( BYT) và của bệnh viện đa khoa Huyện Mèo Vạc, việc tiến hành khảo sát tìm ra các nguyên nhân vấn đề cần cải tiến, nâng cao chất lượng kiến thức phòng và cấp cứu sốc phản vệ của Điều dưỡng và Nữ hộ sinh tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện là việc làm cần thiết đáp ứng yêu cầu phục vụ người bệnh ngày càng tốt hơn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá thực trạng và giải pháp nâng cao kiến thức phòng và cấp cứu sốc phản vệ của Điều dưỡng và Nữ hộ sinh tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc”***, với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá được hiện trạng về kiến thức phòng và cấp cứu Shock phản vệ của Điều dưỡng và Nữ hộ sinh tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc.

2. Đề xuất các giải pháp, biện pháp để nâng cao kiến thức phòng và cấp cứu Shock phản vệ của Điều dưỡng và Nữ hộ sinh các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc.

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN**

#### **1.1. Định nghĩa sốc phản vệ (SPV)**

Sốc phản vệ đã được mô tả từ rất lâu trong các văn tự cổ của Trung Quốc và Hi Lạp, chủ yếu liên quan đến thức ăn, gọi là “ đặc ứng”. Trải qua nhiều năm đã có rất nhiều công trình nghiên cứu được thực hiện. Nhưng mãi đến năm 1902, khi giáo sư sinh lý học Charles Richat và cộng sự Paul Portier tiến hành tiêm độc tố của actini vào dưới da của chú chó Neptune đến lần thứ ba, chó xuất hiện tình trạng: khó thở, nôn, ỉa đái bừa bãi và mất sau 25 phút. Richet đặt tên cho hiện tượng này là sốc phản vệ. Từ đó, thuật ngữ sốc phản vệ được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới và được định nghĩa như sau [5]:

Sốc phản vệ là tình trạng lâm sàng xuất hiện đột ngột do hậu quả của sự kết hợp kháng nguyên với các thành phần miễn dịch IgE trên bề mặt tế bào ưa kiềm và các đại thực bào gây giải phóng các chất như histamin, leukotrienes và các hoá chất trung gian khác. Hậu quả của tình trạng này là tăng tính thấm thành mạch, giãn mạch, co thắt các cơ trơn tiêu hoá, hô hấp gây ra bệnh cảnh lâm sàng của sốc phản vệ.

#### **1.2. Nguyên nhân[5]**

Có nhiều nhóm nguyên nhân gây ra sốc phản vệ nhưng hay gặp là thuốc, thức ăn, nọc côn trùng...Thuốc là nguyên nhân hay gặp nhất. Theo một nghiên cứu ở Australia trong 105 trường hợp sốc phản vệ không do thức ăn thì có 64 trường hợp do thuốc. Mọi loại thuốc đều có thể gây ra sốc phản vệ kể cả những thuốc điều trị dị ứng nhưng hay gặp nhất là kháng sinh, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, thuốc gây tê, gây mê, dịch truyền, các loại thuốc cản quang có iot, thuốc chống nấm... Tất cả các đường đưa thuốc vào cơ thể: bôi ngoài da, uống, tiêm dưới da, tiêm bắp, truyền tĩnh mạch, đặt âm đạo, thuốc nhỏ mắt đều có thể gây ra sốc phản vệ dù với liều rất nhỏ.

Danh mục các thuốc gây sốc phản vệ [5]:

Các thuốc gây sốc phản vệ ngày càng nhiều, sau đây là những thuốc hay gặp: Penicillin, Streptomycin, Ampicillin, Vancomycin, Amoxycillin, Chloramphenicol, Cephalosporin, Tetracyclin Claforan, Trimazon Neomycin, Nevigram Kanamycin , Erythromycin Lincomycin, Polymycin B Gentamycin.

Các thuốc chống viêm không steroid: salicylat, colchicin, mofen, indomethacin.

Các vitamin: vitamin C tiêm tĩnh mạch là nguyên nhân gây sốc phản vệ hay gặp ở nước ta, tiếp sau là vitamin B1, vitamin B12 dạng tiêm.

Các loại dịch truyền: glucose, nutrisol, alvesin, bestamin, tryphosan.

Thuốc gây tê: procain, novocain, lidocain, thiopental.

Thuốc cản quang có iôt: visotrat.

Các hormon: insulin, ACTH, vasopressin.

Các loại vaccin, huyết thanh: vaccin phòng dại, phòng uốn ván, huyết thanh kháng bạch cầu, uốn ván.

Các thuốc có phân tử lượng thấp: dextran, gamma globulin, dịch chiết phủ tạng.

Các enzym: trypsin, chymotrypsin.

Các thuốc khác: visceralgin, aminazin, paracetamol, efferalgan-codein.

Sốc phản vệ do thức ăn hay gặp như trứng, lạc, sữa, cá, tôm, cua, ba ba... Theo một vài công trình nghiên cứu [5], trong vòng 11 năm từ năm 1994 đến năm 2005, ở Australia có 5007 ca nhập viện sốc phản vệ do thức ăn. Dị ứng thức ăn hay gặp ở trẻ em hơn người lớn. Thức ăn không những đóng vai trò là dị nguyên gây ra sốc phản vệ mà còn là cofactor (Phản ứng) gây ra sốc phản vệ. Nguyên nhân gây dị ứng ở trẻ em thường là đậu phộng, thủy hải sản... Theo nghiên cứu của Kanny G và cộng sự năm 2001 tỷ lệ dị ứng thức ăn xấp xỉ 3,2%. Hơn thế nữa, trong nghiên cứu này thức ăn là nguyên nhân phổ biến nhất gây sốc phản vệ. Một nguyên nhân hay gặp nữa là nọc côn trùng như nọc ong đốt, rắn, bọ cạp cắn...

### **1.3. Triệu chứng [8]**

Triệu chứng của sốc phản vệ rất đa dạng, xuất hiện ở nhiều cơ quan. Các triệu chứng biểu hiện khác nhau ở tùy từng bệnh nhân nhưng đều có đặc điểm chung xuất hiện nhanh trong vài phút đến vài giờ. Có những bệnh nhân chỉ nổi ban đỏ, phù Quincke nhưng cũng có bệnh nhân triệu chứng lâm sàng rầm rộ: khó thở, hạ huyết áp, có thắt thanh quản, đại tiểu tiện không tự chủ, vật vã kích thích...Nhiều yếu tố làm tăng mức độ nặng và tỷ lệ tử vong của sốc phản vệ.

Chúng bao gồm tuổi, giới, các bệnh kèm theo như hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, các bệnh mạn tính đường hô hấp, bệnh lý về tim mạch, bệnh dị ứng nặng như viêm mũi dị ứng. Một số thuốc dùng đồng thời như thuốc chẹn Beta giao cảm, thuốc ức chế men chuyển cũng làm tăng nguy cơ.

**Bảng 1.1: Triệu chứng sốc phản vệ**

<b>Cơ quan</b>	<b>Biểu hiện</b>
Da, niêm mạc	Ban đỏ, ngứa, mày đay, phù mạch, ban dạng sỏi. Ngứa, đỏ, phù nề xung quanh mắt, xung huyết kết mạc, chảy nước mắt. Ngứa môi, lưỡi, vòm miệng và vành tai, sưng môi, lưỡi Ngứa bộ phận sinh dục ngoài, gan bàn tay, gan bàn chân
Hô hấp	Ngứa mũi, sổ mũi, chảy nước mũi, nói khàn. Ngứa họng, co thắt thanh quản, nói khó, thở khò khè, ho khan từng cơn. Tím tái Suy hô hấp
Tiêu hóa	Đau bụng, nôn, buồn nôn, khó nuốt, tiêu chảy Đại tiểu tiện không tự chủ,
Tim mạch	Đau ngực Mạch nhanh, nhịp chậm (ít xảy ra), loạn nhịp, hồi hộp đánh trống ngực. Hạ huyết áp, ngất Suy tuần hoàn
Thần kinh	Bất tỉnh thoáng qua, lo lắng, khó chịu ( ở trẻ em thường biểu hiện: dễ bị kích thích, ngừng chơi, bám cha mẹ). Đau đầu, thay đổi nhận thức, hoa mắt, chóng mặt, lảo lộn, giảm thị

	lực
Triệu chứng khác	Thay đổi vị giác: Cảm giác có vị kim loại trong miệng Đau quặn, ra máu âm đạo do co bóp tử cung ở phụ nữ

**\* Phân loại sốc phản vệ theo mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng**

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau [1]:

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

- **Nặng (độ II)**: có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

- Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

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

- Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
- Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

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

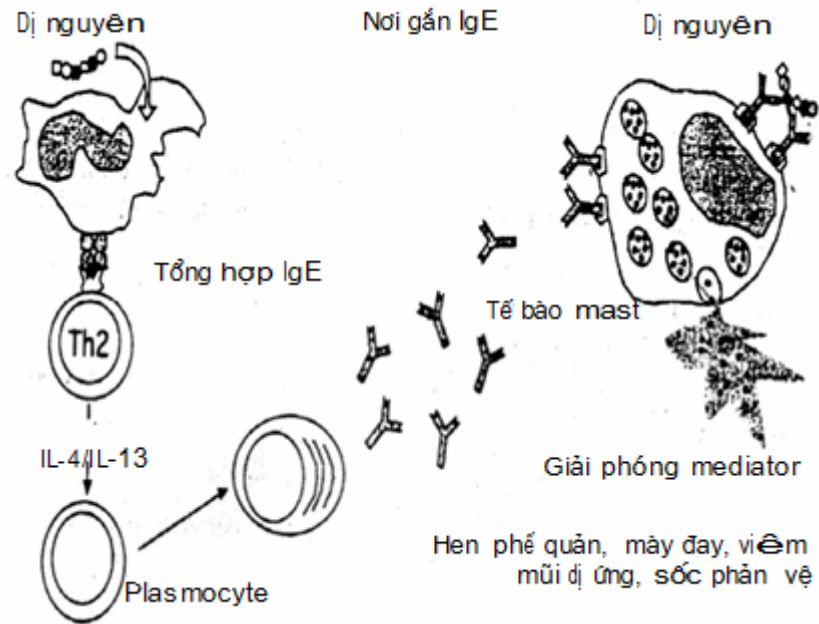
**1.4. Cơ chế bệnh sinh của sốc phản vệ [5]**

Phản ứng quá mẫn tức thì thường kéo theo sự giải phóng các chất trung gian hoá học (mediator) từ tế bào mast và basophil mà cơ chế là do sự kích thích của dị nguyên với kháng thể IgE.

Dị nguyên là những chất có bản chất kháng nguyên hoặc không kháng nguyên có khả năng gây nên trạng thái dị ứng (kích thích tạo kháng thể đặc hiệu IgE).

Kháng thể IgE là kháng thể quan trọng nhất tham gia cơ chế dị ứng được Coca phát hiện năm 1925. Các reagin của người là IgE được Ishizaka tìm ra năm

1967. Trong các bệnh dị ứng hàm lượng IgE trong huyết thanh tăng rất cao. Kết quả sự kết hợp của dị nguyên với kháng thể IgE trên màng tế bào mast là hàng loạt các chất trung gian hoá học được giải phóng.



**Hình.** Cơ chế sốc phản vệ (cơ chế dị ứng typ I)

Kết quả của phản ứng dị ứng nêu trên là hàng loạt các chất trung gian hoá học (mediator) được thoát ra từ tế bào mast và basophil như histamin, serotonin, bradykinin, leucotrien, chất tác dụng chậm của phản vệ (SRS-A: slow reacting substances of anaphylaxis), các prostaglandin, yếu tố hoạt hoá tiểu cầu (PAF - platelet activating factor)...các chất này làm giãn mạch, co thắt cơ trơn phế quản, mày đay, phù Quincke...tạo ra bệnh cảnh lâm sàng của sốc phản vệ.

Sau đây là tác dụng sinh lý của một số chất trung gian hoá học từ tế bào mast và basophil trong sốc phản vệ:

**\* Histamin**

- Kích thích receptor H1:
- Co mạch.
- Giãn mạch, phù niêm mạc phế quản.
- Tăng tính thấm thành mạch, tăng tiết dịch.
- Co thắt cơ trơn phế quản.

- Mày đay, phù Quincke, ban đỏ.
- Kích thích receptor H2:
- Giãn mạch.
- Tăng nhịp tim.
- Tăng co bóp cơ tim.
- Tăng tiết dịch dạ dày.

#### **\* Serotonin**

- Có vai trò quan trọng trong phản ứng sốc phản vệ của người và động vật. Chất này gây co thắt cơ trơn phế quản, tăng tính thấm thành mạch, co thắt các mạch máu tim, phổi, não, thận, kích thích các đầu mút thần kinh gây ngứa.

#### **\* Bradykinin**

- Co cơ trơn chậm hơn histamin, giãn mạch, hạ huyết áp, tăng tính thấm thành mạch.

#### **\* Các prostaglandin**

- Co thắt cơ trơn phế quản, tăng tính phản ứng phế quản (PGD2 gây co phế quản).

#### **\* PAF (yếu tố hoạt hoá tiểu cầu)**

- Ngưng kết tiểu cầu, kích thích tiểu cầu giải phóng histamin và các mediator khác, làm tăng tính thấm thành mạch, co thắt cơ trơn và phế quản.

#### **\* SRS.A**

- Tăng tính thấm thành mạch và sản sinh IL1, co thắt phế quản.

#### **\* Leucotrien**

- Co cơ trơn phế quản.
- Tăng tác dụng của histamin.

**\* Sốc phản vệ xảy ra ở nhiều cơ quan nội tạng trong cơ thể do sự tác động của các chất trung gian hoá học kể trên:**

- Trên hệ tim mạch làm giãn mạch, tụt huyết áp, trụy tim mạch.
- Trên hệ hô hấp: co thắt phế quản gây nghẹt thở.



- Trên hệ thần kinh: co mạch não gây đau đầu, hôn mê.
- Trên hệ tiêu hoá: tăng tiết dịch, tăng nhu động ruột gây ra ỉa chảy, đau bụng. Làm rối loạn vận động cơ trơn bàng quang, hậu môn gây đái ỉa không tự chủ.
- Trên da: gây mào đay, phù Quincke, mẩn ngứa.

## **1.5. Chẩn đoán xác định sốc phản vệ**

### **1.5.1. Triệu chứng gợi ý**

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

- Mào đay, phù mạch nhanh.
- Khó thở, tức ngực, thở rít.
- Đau bụng hoặc nôn.
- Tụt huyết áp hoặc ngất.
- Rối loạn ý thức.

### **1.5.2. Các bệnh cảnh lâm sàng**

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

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

- *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:

- Biểu hiện ở da, niêm mạc: mào đay, phù mạch, ngứa.
- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

- *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:

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

## 1.6. Xử trí [1]

Thông tư số 51 quy định việc xử trí cấp cứu phản vệ hướng dẫn xử trí như sau:

### 1.6.1. Nguyên tắc chung

- 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.

- Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

- **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.

- 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

- Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

- 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:

- Ngay lập tức tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
- Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).
- Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
- Thở ô xy: người lớn 6-10l/phút, trẻ em 2-4l/phút qua mặt nạ hở.
- Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

- Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

- 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 (theo mục IV dưới đây).

- 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  $\geq 90\text{mmHg}$ , trẻ em  $\geq 70\text{mmHg}$  và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

- Thuốc adrenalin  $1\text{mg} = 1\text{ml} = 1$  ống, tiêm bắp:

- Trẻ sơ sinh hoặc trẻ  $< 10\text{kg}$ :  $0,2\text{ml}$  (tương đương  $1/5$  ống).
- Trẻ khoảng  $10\text{ kg}$ :  $0,25\text{ml}$  (tương đương  $1/4$  ống).
- Trẻ khoảng  $20\text{ kg}$ :  $0,3\text{ml}$  (tương đương  $1/3$  ống).
- Trẻ  $> 30\text{kg}$ :  $0,5\text{ml}$  (tương đương  $1/2$  ống).
- Người lớn:  $0,5\text{-}1\text{ ml}$  (tương đương  $1/2\text{-}1$  ống).

- Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

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

- 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:

+ Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin  $1/10.000$  ( $1$  ống adrenalin  $1\text{mg}$  pha với  $9\text{ml}$  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:

- **Đối với người lớn:**  $0,5\text{-}1\text{ ml}$  (dung dịch pha loãng  $1/10.000=50\text{-}100\mu\text{g}$ ) 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.

- **Đối với trẻ em:** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

+ 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  $\mu\text{g/kg/phút}$ , cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

+ 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.

- 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.

#### **1.6.5. Xử trí tiếp theo**

- 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:

+ Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,

+ Bóp bóng AMBU có oxy,

+ Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,

+ Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

+ Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1  $\mu\text{g/kg/phút}$  hoặc terbutalin 0,1  $\mu\text{g/kg/phút}$  (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

+ Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100 $\mu\text{g}$  người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

- 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).

- 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 H<sub>2</sub> 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 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/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**

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpCO<sub>2</sub> và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.
- Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.
- 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 2.
- Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

#### **1.7. Tình hình sử dụng thuốc và phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc trong 3 năm gần đây**

Theo số liệu báo cáo của Khoa dược Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc, hiện nay bệnh viện đang sử dụng một số loại thuốc nằm trong danh mục là các thuốc có nguy cơ gây sốc phản vệ, gồm:

- *Nhóm thuốc kháng sinh, có:* Ampicillin, Amoxycillin, Cephalosporin, Trimazon Neomycin và Gentamycin.
- *Các thuốc chống viêm không steroid, có:* colchicin.
- *Các vitamin, có:* vitamin B1 và vitamin B12 dạng tiêm.
- *Các loại dịch truyền có:* glucose.
- *Thuốc gây tê, có:* lidocain.
- *Các hormon, có:* insulin.

- *Các loại vaccin, huyết thanh, có: phòng uốn ván.*
- *Các thuốc có phân tử lượng thấp, có: dextran.*
- *Các thuốc khác, có: paracetamol.*

Cũng theo số liệu báo cáo phản ứng có hại do thuốc của Khoa Dược Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc trong 3 năm gần đây: Đã xảy ra 01 trường hợp bệnh nhân Hoàng Quốc Huy (15 tuổi) vào ngày 20 tháng 01 năm 2020 trong khi điều trị viêm Amydan cấp có biểu hiện phản ứng thuốc Cefotiam 0,5g (Nhà sản xuất: VCP Việt Nam; số lô 6172019; với liều dùng 1 lần 2 lọ; đường dùng: tiêm tĩnh mạch); với các biểu hiện ADR: Bệnh nhân xuất hiện tức ngực, khó thở, đau bụng kèm đi ngoài; mức độ: không nghiêm trọng; phần thẩm định ADR của đơn vị đánh giá mối liên quan giữa thuốc và ADR là Chắc chắn.

#### **1.8. Kết quả công tác đào tạo, cập nhật kiến thức về sóc phản vệ của Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc trong 3 năm gần đây**

Nhận thức được tầm quan trọng của sóc phản vệ, trong những năm gần đây Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc đã tổ chức thực hiện việc cập nhật kiến thức cho cán bộ, nhân viên của bệnh viện thông qua việc đào tạo, tập huấn cập nhật kiến thức về sóc phản vệ. Kết quả trong năm 2018 đã tổ chức được 01 Hội nghị triển khai Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về *Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ* cho 70 cán bộ, viên chức bệnh viện. Ngoài ra trong các buổi sinh hoạt chuyên môn: lãnh đạo bệnh viện thường xuyên quan tâm, chỉ đạo các khoa, phòng làm tốt công tác cập nhật kiến thức sóc phản vệ cho cán bộ, nhân viên. Do vậy, đa số cán bộ điều dưỡng và nữ hộ sinh của bệnh viện đều nắm được kiến thức về sóc phản vệ, làm tốt công tác dự phòng và xử trí có hiệu quả các trường hợp sóc phản vệ xảy ra đáp ứng yêu cầu chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Điều dưỡng viên, Hộ sinh viên đang công tác tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những người đang đi học.

+ Những người nghỉ thai sản.

+ Những người nghỉ ốm.

#### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: Từ tháng 05 đến tháng 11 Năm 2020.

- Địa điểm: Tại 06 khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc (bao gồm: khoa Nội, Ngoại, Sản, Nhi, Đông y và Khoa Cấp cứu).

#### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

- Phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích.

#### **2.4. Mẫu nghiên cứu**

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Điều dưỡng, Nữ hộ sinh đang công tác tại 06 khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc.

- Cơ cấu chọn mẫu: Khảo sát đủ 30 Điều dưỡng, Nữ hộ sinh (chiếm tỷ lệ 63,83% tổng số cán bộ của các khoa lâm sàng) đang công tác tại 06 khoa lâm sàng: Khoa Nội, Khoa Ngoại, Khoa Sản, Khoa Nhi, Khoa Đông y và Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc.

#### **2.5. Phương pháp thu thập thông tin**

- Lấy ý kiến của Điều dưỡng NHS thông qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (Mỗi Điều dưỡng, NHS chỉ tham gia phỏng vấn một lần duy nhất).

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn bảo đảm tính giá trị và độ tin cậy cao.

- Phương pháp thu thập dữ liệu: Trong thời gian nghiên cứu giải thích, bảo đảm không ảnh hưởng gì đến thời gian quá trình công tác. Sau đó phát phiếu khảo sát hướng dẫn nội dung và cách chọn trả lời các câu hỏi.

## **2.6. Xử lý số liệu**

- Sử lý số liệu bằng phương pháp thống kê thông thường để phân tích kết quả.

- Phân tích số liệu: Các kỹ thuật thống kê sử dụng là tính tỷ lệ phần trăm, trung bình chung.

## **2.7. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

- Kiến thức của điều dưỡng về nguyên nhân và triệu chứng sốc phản vệ:

+ Kiến thức của điều dưỡng về nguyên nhân gây sốc phản vệ;

+ Kiến thức của điều dưỡng về triệu chứng sốc phản vệ.

- Kiến thức của điều dưỡng về phòng và cấp cứu sốc phản vệ:

+ Kiến thức của điều dưỡng về dự phòng sốc phản vệ;

+ Kiến thức của điều dưỡng về xử trí cấp cứu sốc phản vệ.

- Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng và cấp cứu sốc phản vệ:

+ Yếu tố trình độ chuyên môn;

+ Yếu tố thâm niên công tác.



### Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

***Bảng số 3.1. Phân bố đối tượng ĐD - NHS nghiên cứu theo giới***

Giới	Toàn bệnh viện	Đối tượng nghiên cứu	
		Số lượng ( n )	Tỷ lệ (%)
Nam	48	10	33,33
Nữ	56	20	66,67
<b>Tổng số</b>	<b>104</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Qua bảng số 3.1, cho thấy: Tổng số cán bộ công chức, viên chức của bệnh viện có 104 người, gồm: 48 nam (chiếm tỷ lệ 46,15%) và 56 cán bộ, viên chức là nữ (chiếm tỷ lệ 53,85%).

Về giới của các ĐD – NHS tham gia nghiên cứu: Tổng số đối tượng nghiên cứu có 30 người (chiếm tỷ lệ 28,85% so với tổng số cán bộ, viên chức trong bệnh viện). Trong đó: thì tỷ lệ ĐD - NHS nữ được nghiên cứu có 20 người, (chiếm 66,67% đối tượng nghiên cứu), số ĐD - NHS nam chỉ có 10 người (chiếm tỷ lệ 33,33% đối tượng nghiên cứu).

***Bảng số 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi***

Lứa tuổi	Toàn bệnh viện	Đối tượng nghiên cứu	
		Số lượng ( n )	Tỷ lệ (%)
Dưới 30	16	3	10,00
30 – 35	45	18	60,00
36 – 40	23	7	23,33
Trên 40	20	2	6,67
<b>Tổng số</b>	<b>104</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Qua bảng số 3.2, cho thấy: Số nhân viên ĐD – NHS được nghiên cứu thì nhóm tuổi từ 30 đến 35 là nhiều nhất, có 18 người chiếm tỷ lệ 60%; tiếp đến là nhóm tuổi từ 36 đến 40, có 07 người chiếm tỷ lệ 23,33%; độ tuổi dưới 30, có 03 người chiếm tỷ lệ 10,0% và ít nhất là nhóm tuổi trên 40 chỉ có 02 người, chiếm tỷ lệ 6,67%.

***Bảng số 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ chuyên môn***

Trình độ ĐD-NHS	Toàn bệnh viện	Đối tượng nghiên cứu	
		Số lượng ( n )	Tỷ lệ (%)
Đại học (Cao đẳng)	69	19	63,33
Trung cấp	35	11	36,67
Sơ cấp	0	0	0
<b>Tổng số</b>	<b>104</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Qua bảng số 3.3, cho thấy: Số nhân viên được nghiên cứu hầu hết có trình độ từ Trung cấp trở lên. Trong đó: Số có trình độ chuyên môn Đại học (Cao đẳng) là chủ yếu, có 19 người, chiếm tỷ lệ 63,33%; số người có trình độ Trung cấp có 11 người, chiếm tỷ lệ 26,7%.

***Bảng số 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo các khoa lâm sàng***

Khoa lâm sàng	Tổng số cán bộ của các khoa nghiên cứu	Đối tượng nghiên cứu	
		Số lượng ( n )	Tỷ lệ (%)
Khoa Nội	8	5	16,67
Khoa Ngoại	7	5	16,67
Khoa Sản	7	4	13,32
Khoa Nhi	12	9	30,00
Khoa Đông y	5	2	6,67
Khoa Cấp cứu	8	5	16,67
<b>Tổng số</b>	<b>47</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

### **Nhận xét:**

Qua bảng số 3.4, cho thấy: Số nhân viên ĐD – NHS được nghiên cứu ở 6 khoa lâm sàng là 30 người (chiếm tỷ lệ 63,83% tổng số cán bộ của các khoa lâm sàng). Trong đó: Khoa Nhi là nhiều nhất, có 9 người (chiếm tỷ lệ 30,0%); số nhân viên được nghiên cứu của các Khoa Nội, Khoa Ngoại và Khoa Cấp cứu là bằng nhau, mỗi khoa có 5 nhân viên được nghiên cứu và cùng chiếm tỷ lệ là 16,67%; Khoa Sản có 4 nhân viên được nghiên cứu (chiếm tỷ lệ 13,32%); Số nhân viên được nghiên cứu ở Khoa Đông y thấp nhất, là 2 người (chiếm tỷ lệ 6,67%).

***Bảng số 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thâm niên công tác***

<b>Thâm niên công tác</b>	<b>Toàn bệnh viện</b>	<b>Đối tượng nghiên cứu</b>	
		<b>Số lượng ( n )</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Dưới 10 năm	44	14	46,67
Từ 10 đến 20 năm	49	15	50,00
Từ 21 đến 30 năm	09	01	3,33
Trên 30 năm	02	0	0
<b>Tổng số</b>	<b>104</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

### **Nhận xét:**

Qua bảng số 3.5, cho thấy: Số ĐD-NHS được nghiên cứu có thời gian công tác dưới 10 năm, có 14 người chiếm tỷ lệ 46,67%; số người công tác từ 10-20 năm nhiều nhất, có 15 người, chiếm tỷ lệ 50%; số người công tác từ 21 – 30 năm chỉ có 01 người chiếm tỷ lệ 3,33%; số ĐD-NHS được nghiên cứu công tác trên 30 năm không có ai.

## **3.2. Kiến thức của ĐD - NHS về sức phản vệ**

### **3.2.1. Kiến thức của ĐD - NHS về nguyên nhân gây sốc phản vệ**

**Bảng số 3.6: Kiến thức của ĐD - NHS về nguyên nhân gây sốc phản vệ**

Nội dung (Nguyên nhân gây sốc phản vệ là do)	Kết quả			
	Đúng		Sai	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
(1) Thuốc: Kháng sinh, vitamin, dịch truyền, gây tê	30	100	0	-
(2) Máu và các chế phẩm của máu	30	100	0	-
(3) Hóa chất: Cồn, Iod..	19	63,33	11	36,66
(4) Thức ăn: Tôm, cua...	23	76,67	7	23,33
(5) Côn trùng, sinh vật: ong, bọ cạp,...	28	93,33	2	6,67

**Nhận xét:**

Về nguyên nhân gây sốc phản vệ, với 5 nhóm nguyên nhân đưa ra lấy ý kiến khảo sát, kết quả qua bảng số 3.6, cho ta thấy:

- Về nguyên nhân gây sốc phản vệ là do (1) *Thuốc: kháng sinh, vitamin, dịch truyền, gây tê...* và (2) *Máu và các chế phẩm của máu*: Có 100% ĐD – NHS được khảo sát cho là đúng, không có người nào cho là sai.

- Về nguyên nhân do (3) *Hóa chất: cồn, Iod...* : Có 19 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 63,33% và có 11 người cho là sai chiếm tỷ lệ 36,66%.

- Về nguyên nhân do (4) *Thức ăn: tôm, cua...*: Có 23 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 76,67% và có 7 người cho là sai chiếm tỷ lệ 23,3%.

- Nguyên nhân sốc phản vệ do (5) *Nọc côn trùng, sinh vật: ong, bọ cạp...*: Có 28 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 93,33% và chỉ có 2 người cho là sai chiếm tỷ lệ 6,67%.

**3.2.2. Kiến thức của ĐD - NHS về triệu chứng sốc phản vệ**

**Bảng số 3.7: Kiến thức của ĐD - NHS về triệu chứng sốc phản vệ**

Nội dung (Kiến thức về triệu chứng sốc phản vệ)	Kết quả			
	Đúng		Sai	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
(1) Triệu chứng đầu tiên xuất hiện ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn	29	96,67	1	3,33
(2) Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...) tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan	27	90,00	3	10,00
(3) Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quinck	23	76,67	7	23,33
(4) Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được	30	100	0	-
(5) Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở	30	100	0	-
(6) Đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ	26	86,67	4	13,33
(7) Đau đầu, chóng mặt, có khi hôn mê	30	100	0	-
(8) Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật	30	100	0	-

### **Nhận xét:**

Qua bảng số 3.7 ta thấy, khi được khảo sát về triệu chứng sốc phản vệ thì:

- Có tất cả 30 ĐD – NHS cho rằng cả 4 triệu chứng biểu hiện, gồm: (4) *Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được*; (5) *Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở*; (7) *Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê* và (8) *Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật* là đúng chiếm tỷ lệ 100%.

- Có 29 người cho rằng triệu chứng biểu hiện (1) *Triệu chứng đầu tiên xuất hiện ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn* là đúng chiếm tỷ lệ là 96,67%; có 01 người cho là sai chiếm 3,33%.

- Có 27 người cho rằng triệu chứng biểu hiện (2) *Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...)* là đúng, chiếm tỷ lệ 90,0% và có 03 người cho là sai chiếm tỷ lệ 10,0%.

- Có 26 người cho rằng triệu chứng biểu hiện (6) *Đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ* là đúng chiếm tỷ lệ 86,67% và có 04 người cho là sai chiếm tỷ lệ 13,33%.

- Có 23 người rằng triệu chứng biểu hiện (3) *Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quinck* là đúng chiếm tỷ lệ là 96,67% và có 01 người cho là sai chiếm 3,33%.

### 3.2.3. Kiến thức của ĐD - NHS về dự phòng sốc phản vệ

**Bảng số 3.8: Kiến thức của ĐD - NHS về dự phòng sốc phản vệ**

Nội dung (Dự phòng sốc phản vệ)	Kết quả			
	Đúng		Sai	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
(1) Khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi sử dụng thuốc	30	100	0	-
(2) Có hộp chống sốc khi tiêm, truyền	30	100	0	-
(3) Danh mục thuốc, vật tư đầy đủ có trong hộp chống sốc theo quy định	30	100	0	-
(4) Khi tiêm xong cần ở lại bệnh viện hoặc phòng tiêm 15 – 30 phút, không nên về ngay vì có thể xảy ra sốc phản vệ muộn	23	76,67	7	23,33
(5) Theo dõi sát người bệnh trong và sau khi dùng thuốc, sử dụng thuốc an toàn hợp lý đúng với chỉ định của bác sĩ	30	100	0	-

#### **Nhận xét:**

Về kiến thức của ĐD - NHS về dự phòng sốc phản vệ qua bảng số 3.8, ta thấy:

- Có tất cả 30 người chiếm tỷ lệ 100% cho rằng để dự phòng sốc phản vệ thì phải: (1) *Khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi dùng thuốc*; (2) *Có hộp chống sốc khi tiêm truyền*; (3) *Danh mục thuốc, vật tư có trong hộp chống sốc theo quy định* và (5) *Theo dõi sát người bệnh trong và sau khi dùng thuốc, sử dụng thuốc an toàn hợp lý đúng với chỉ định của bác sĩ*.

- Về nội dung (4) Khi tiêm xong cần ở lại bệnh viện hoặc phòng tiêm 15 – 30 phút, không nên về ngay vì có thể xảy ra sốc phản vệ muộn chỉ có 23 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 76,67% và còn có 7 người cho là sai chiếm tỷ lệ 23,33%.

### 3.2.4. Kiến thức của ĐD - NHS về xử trí cấp cứu sốc phản vệ

**Bảng số 3.9: Kiến thức của ĐD - NHS về xử trí cấp cứu sốc phản vệ**

Nội dung (Kiến thức xử trí cấp cứu sốc phản vệ)	Kết quả			
	Đúng		Sai	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
(1) Ngừng ngay đường tiếp súc với dị nguyên, cho người bệnh nằm tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ	28	93,33	2	6,67
(2) Adrenalin là thuốc thiết yếu quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị bệnh phản vệ	26	86,67	4	13,33
(3) Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp	24	80,00	6	20,00
(4) 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	22	73,33	8	26,67
(5) Thở oxy qua mặt nạ 6-10 lít/phút cho người lớn, 2 – 4 lít/phút cho trẻ em	29	96,67	1	3,33

#### **Nhận xét:**

Đối với việc xử trí cấp cứu sốc phản vệ qua bảng số 3.9, ta thấy:

- Về nội dung xử trí (1) Ngừng ngay đường tiếp súc với dị nguyên, cho người bệnh nằm tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ: Có 28 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 93,33%, còn 02 người cho là sai chiếm tỷ lệ 6,67%.

- Về nội dung xử trí (2) Adrenalin là thuốc thiết yếu quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị bệnh phản vệ: Có 26 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 86,67% và còn 04 người cho là sai chiếm tỷ lệ 13,33%.

- Về nội dung xử trí (3) Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp: Có 24 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 80% và còn 06 người cho là sai chiếm tỷ lệ 20,0%.

- Về nội dung xử trí (4) 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: Có 22 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 73,33% và còn 08 người cho là sai chiếm tỷ lệ 26,67%.

- Về nội dung xử trí (5) Thở oxy qua mặt nạ 6-10 lít/phút cho người lớn, 2 – 4 lít/phút cho trẻ em: Có 29 người cho là đúng chiếm tỷ lệ 96,67% và còn 01 người cho là sai chiếm tỷ lệ 3,33%.

### 3.2.5. Thái độ của ĐD-NHS về phòng và cấp cứu sốc phản vệ

**Bảng số 3.10 : Thái độ của ĐD-NHS về phòng và cấp cứu sốc phản vệ**

Nội dung (Thái độ về phòng và cấp cứu sốc phản vệ)	Kết quả					
	Quan trọng		Bình thường		Không quan trọng	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
Nguyên nhân gây sốc phản vệ	30	100	0	-	0	-
Triệu chứng về sốc phản vệ	30	100	0	-	0	-
Dự phòng sốc phản vệ	29	96,67	1	3,33	0	-
Xử trí cấp cứu sốc phản vệ	30	100	0	-	0	-

#### **Nhận xét**

Khi khảo sát thái độ của ĐD-NHS về phòng và cấp cứu sốc phản vệ thì qua bảng số 3.10, ta thấy: Đa số ĐD – NHS đều cho việc phòng và cấp cứu sốc phản vệ quan trọng nhất là Nguyên nhân gây sốc phản vệ; Triệu chứng về sốc phản vệ; Xử trí cấp cứu sốc phản vệ và đều chiếm tỷ lệ là 100%. Riêng nội dung Dự phòng sốc phản vệ có 29 người cho là quan trọng chiếm tỷ lệ 96,67%, chỉ có 01 người cho rằng phòng và cấp cứu sốc phản vệ là bình thường chiếm tỷ lệ 3,33%.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về cấp cứu sốc phản vệ

#### 3.3.1. Liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức về triệu chứng và xử trí phản vệ



**Bảng số 3.11: Liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức về triệu chứng**

Kiến thức về triệu chứng: Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck	Tổng số người	Kết quả			
		Đúng		Sai	
		Số người	Tỷ lệ	Số người	Tỷ lệ
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>76,67</b>	<b>7</b>	<b>23,33</b>
Tr. Đó: Đại học	19	17	89,47	2	10,53
Trung cấp	11	6	54,55	5	45,45

**Nhận xét:**

Qua bảng số 3.11, ta thấy: Có 100% ĐD-NHS có trình độ Đại học, Cao đẳng hiểu đúng về sự xuất hiện triệu chứng mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck; Có 50 % ĐD-NHS có trình độ trung cấp trả lời đúng về sự *Xuất hiện triệu chứng mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck* và 50% ĐD-NHS có trình độ trung cấp hiểu sai về sự *Xuất hiện triệu chứng mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck*.

**3.3.2. Liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức xử trí phản vệ**

**Bảng số 3.12: Liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức xử trí phản vệ**

Nội dung xử trí: Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp	Tổng số người	Kết quả			
		Đúng		Sai	
		Số người	Tỷ lệ	Số người	Tỷ lệ
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>80,00</b>	<b>6</b>	<b>20,00</b>
Tr. Đó: Đại học	19	17	89,47	2	10,53
Trung cấp	11	8	72,73	3	27,27

**Nhận xét:**

Liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức xử trí phản vệ qua bảng số 3.12, ta thấy: Có 17 người chiếm tỷ lệ 89,47% ĐD-NHS có trình độ Đại học, Cao đẳng và 8 người chiếm tỷ lệ 72,73% ĐD-NHS có trình độ Trung cấp trả lời

đúng về kiến thức xử trí phản vệ về Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp. Bên cạnh đó vẫn còn 2 cán bộ có trình độ ĐH, CĐ chiếm tỷ lệ 10,53% và 3 cán bộ có trình độ Trung cấp chiếm tỷ lệ 27,27% còn trả lời sai kiến thức xử trí phản vệ.

### 3.3.3. Liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức về triệu chứng và xử trí sốc phản vệ

**Bảng số 3.13: Liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức về triệu chứng**

Kiến thức về triệu chứng: Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck	Tổng số người	Kết quả			
		Đúng		Sai	
		Số người	Tỷ lệ	Số người	Tỷ lệ
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>76,67</b>	<b>7</b>	<b>23,33</b>
Dưới 10 năm	14	10	71,43	4	28,57
Từ 10 đến 20 năm	15	12	80,00	3	20,00
Dưới 30 năm	1	1	100	0	-

#### **Nhận xét:**

Qua bảng số 3.13, ta thấy: Khi khảo sát sự liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức về triệu chứng thì có 71,43% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm, 80,0% ĐD-NHS có thâm niên công tác từ 10 đến 20 năm và 100% ĐD-NHS có thâm niên công tác trên 30 năm cho là đúng khi khảo sát về sự *Xuất hiện triệu chứng Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck*. Đồng thời còn 28,57% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm và 20,0% ĐD-NHS có thâm niên công tác từ 10 đến 20 năm cho là sai khi khảo sát về sự *Xuất hiện triệu chứng Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck*.

### 3.3.4. Liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức xử trí phản vệ

**Bảng số 3.14: Liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức xử trí phản vệ**

Nội dung xử trí: Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp	Tổng số người	Kết quả			
		Đúng		Sai	
		Số người	Tỷ lệ	Số người	Tỷ lệ

<b><i>Tổng số</i></b>	<b><i>30</i></b>	<b><i>24</i></b>	<b><i>80,00</i></b>	<b><i>6</i></b>	<b><i>20,00</i></b>
Dưới 10 năm	14	11	78,57	3	21,43
Từ 10 đến 20 năm	15	12	80,00	3	20,00
Từ 21 đến 30 năm	1	1	100	0	-
Trên 30 năm	0	0	-	0	-

**Nhận xét:**

Qua bảng số 3.14, ta thấy: khi khảo sát về sự liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức xử trí phản vệ thì có 78,57% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm, 80,0% có thâm niên công tác từ 10 đến 20 năm và 100% ĐD-NHS có thâm niên công tác trên 30 năm cho là đúng. Bên cạnh đó vẫn còn 21,43% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm và 20,0% có thâm niên công tác từ 10 đến 20 cho là sai khi khảo sát về kiến thức *Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp.*

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua kết quả nghiên cứu 30 Điều dưỡng, nữ hộ sinh tại Bệnh viện ĐK huyện Mèo Vạc, chúng tôi thấy tỷ lệ ĐD-NHS là nữ giới là đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao hơn (66,67%) so với nam giới, điều này cũng phù hợp với đặc điểm, đặc thù và tính chất công việc của ngành. Cụ thể: toàn bệnh viện có 104 cán bộ, nhân viên, thì trong đó: số cán bộ, nhân viên là nữ có 56 người (chiếm tỷ lệ 53,85%). ĐD-NHS trong nhóm tuổi từ 30 - 45 tuổi cao hơn các nhóm khác và có tỷ lệ (60%), tiếp đến là nhóm tuổi 36 - 40 (chiếm tỷ lệ 23,33%) và nhóm tuổi <30 tuổi (chiếm tỷ lệ 10,0%) và ít nhất là nhóm tuổi > 40 tuổi (chiếm tỷ lệ 6,67%). Về trình độ chuyên môn thì ĐD-NHS được nghiên cứu chủ yếu là trình độ Đại học, Cao đẳng (chiếm tỷ lệ 63,33%) và trình độ Trung cấp (chiếm tỷ lệ 36,67%). Về số ĐD-NHS tham gia nghiên cứu thì có ĐD ở Khoa Nhi là đông nhất chiếm tỷ lệ 30,0%, tiếp đó là số ĐD-NHS ở các Khoa Nội, Khoa Ngoại và Khoa Cấp cứu (đều bằng nhau và chiếm tỷ lệ 16,67%); tiếp theo là Khoa Sản (chiếm tỷ lệ 13,32%) và Khoa Đông y thấp nhất (chiếm tỷ lệ 6,67%). Về thâm niên công tác thì chủ yếu là ĐD-NHS có thời gian công tác từ 10-20 năm nhiều nhất (chiếm tỷ lệ 50%); tiếp theo là số ĐD-NHS có thời gian công tác dưới 10 năm (chiếm tỷ lệ 46,67%) và ít nhất là số ĐD-NHS có thời gian công tác trên 30 năm (chiếm tỷ lệ 3,33%). Qua đó cho thấy Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc đã thực hiện tốt việc trẻ hóa đội ngũ cán bộ, làm tốt công tác đào tạo nâng cao trình độ cho cán bộ chuyên môn, bố trí hợp lý cơ cấu độ tuổi (thâm niên công tác) và biên chế của các khoa, phòng. Đây là những yếu tố liên quan đến kiến thức, kinh nghiệm và hiệu quả xử lý khi xảy ra sự cố trong quá trình thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

#### 4.2. Kiến thức của ĐD - NHS về sức phản vệ

Khảo sát kiến thức của ĐD - NHS về nguyên nhân gây sốc phản vệ thì có: 100% ĐD – NHS được nghiên cứu đều cho rằng nguyên nhân gây sốc là do: *Thuốc kháng sinh, vitamin, dịch truyền, gây tê...* Bởi vì đây toàn là những thuốc mà các ĐD – NHS sử dụng cho bệnh nhân hàng ngày và cho rằng đây cũng là những loại thuốc cho bệnh nhân gặp nguy cơ hay bị sốc nhất. Nguyên nhân sốc phản vệ là do *Máu và các chế phẩm của máu* có 100% cho là đúng, tuy bệnh viện đa

khoa huyện Mèo Vạc rất ít sử dụng máu để điều trị cho người bệnh, nhưng về nguyên nhân này vẫn còn nhiều người chưa hiểu hết tính chất của máu, vấn đề này liên quan đến kiến thức và trình độ chuyên môn của các ĐD-NHS. Nguyên nhân gây sốc phản vệ do *Hóa chất: côn, Iod...* có 63,33% ĐD-NHS cho là đúng và có 36,66% cho là sai, đây là những hóa chất dùng an toàn nhất để sát khuẩn cho người bệnh, do vậy rất khó gặp người bệnh bị sốc do hóa chất này nếu có gặp cũng chỉ là do bị kích ứng da tại chỗ do nồng độ côn cao hoặc do bôi cho da trẻ em mỏng dễ bị phỏng tại chỗ.... Tuy nhiên, hiểu biết của một số cán bộ ĐD-NHS ở bệnh viện đa khoa Mèo Vạc về vấn đề này còn hạn chế, cần được cải thiện. Sốc phản vệ do *Thức ăn: tôm, cua* thì có 76,67% ĐD-NHS cho là đúng và có 23,33% người cho là sai tức là vẫn còn có sự nhầm lẫn khi thức ăn không phải thuốc và có thể nhầm lẫn với ngộ độc thức ăn. Đối với nguyên nhân sốc phản vệ do *Nọc côn trùng, sinh vật: ong, bọ cạp* có 93,33% người cho là đúng và chỉ có 6,67% người cho là sai vì *côn trùng, sinh vật: ong, bọ cạp* đốt là những vấn đề gặp thường xuyên và hàng ngày và ai cũng biết những con côn trùng này có chất độc và có thể gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe con người.

Khi khảo sát kiến thức của điều dưỡng, nữ hộ sinh về triệu chứng của sốc phản vệ: Có 100% ĐD –NHS được khảo sát cho là đúng khi cho rằng các triệu chứng, như: *Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được; Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở; Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê và Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.* Tiếp đến là nhóm: *Triệu chứng đầu tiên xuất hiện ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn* có 96,67% ĐD –NHS được khảo sát cho là đúng và 3,33% cho là sai; triệu chứng *Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...), tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan* có 90,0% cho là đúng và có 10,0% cho là sai; triệu chứng *Đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ* có 86,67% cho là đúng và 13,33% cho là sai, ở nhóm các triệu chứng này đều có sự lựa chọn là đúng chiếm tỷ lệ cao vì đây toàn là những triệu chứng điển hình, nhưng vẫn còn ĐD –NHS được khảo sát cho là sai, tuy nhiên số này chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Cuối cùng là triệu chứng *Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quinck* có tới 76,67% cho rằng đúng và còn 23,33% cho là sai, tỷ lệ cho là sai vẫn chiếm tỷ lệ cao, tức là vẫn còn nhiều ĐD –NHS chưa hiểu biết rõ về triệu chứng này của sốc phản vệ.

Khi khảo sát Kiến thức của ĐD - NHS về dự phòng sốc phản vệ: Để dự phòng sốc phản vệ thì có 100% ĐD – NHS cho là đúng khi cho rằng cần phải

*Khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi dùng thuốc; Có hộp chống sốc khi tiêm truyền; Danh mục thuốc, vật tư có trong hộp chống sốc theo quy định và Theo dõi sát người bệnh trong và sau khi dùng thuốc, sử dụng thuốc an toàn hợp lý đúng với chỉ định của bác sĩ.* Đối với nội dung dự phòng sốc phản vệ *Khi tiêm xong cần ở lại bệnh viện hoặc phòng tiêm 15 – 30 phút, không nên về ngay vì có thể xảy ra sốc phản vệ muộn* thì có 76,67% ĐD – NHS cho là đúng và còn 23,33 cho là sai. Như vậy, về các nội dung dự phòng sốc phản vệ thì đa số điều dưỡng, nữ hộ sinh cho là đúng khi được khảo sát với các mục trên, chỉ có số ít cho là sai.

Khi khảo sát Kiến thức của điều dưỡng, nữ hộ sinh về xử trí cấp cứu sốc phản vệ: Có 93,33% ĐD – NHS cho là đúng và còn 6,67% cho là sai khi phải thực hiện *Ngừng ngay đường tiếp súc với dị nguyên, cho người bệnh nằm tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ; 86,67% ĐD – NHS cho là đúng và có 13,33% cho là sai khi cho rằng Adrenalin là thuốc thiết yếu quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị bệnh phản vệ; 80,0% ĐD – NHS cho là đúng và có 20,0% cho là sai khi xác định Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp; 73,33% ĐD – NHS cho là đúng và có 26,67% cho là sai nội dung thực hiện 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; 96,67% ĐD – NHS cho là đúng và còn 3,33% cho là sai nội dung thực hiện Thở oxy qua mặt nạ 6-10 lít/phút cho người lớn, 2 – 4 lít/phút cho trẻ em.* Về kiến thức của điều dưỡng, nữ hộ sinh về xử trí cấp cứu sốc phản vệ nhìn chung đa số điều dưỡng, nữ hộ sinh đều chọn đúng cho tất cả các mục và có tỷ lệ khá cao, còn tỷ lệ người chọn sai thì thấp.

Thái độ của ĐD-NHS về phòng và cấp cứu sốc phản vệ: Thì tất cả ĐD-NHS đều cho là quan trọng cho tất cả các mục như: *Nguyên nhân gây sốc phản vệ; Triệu chứng về sốc phản vệ; Xử trí cấp cứu sốc phản vệ* và đều đạt tỷ lệ 100%; còn về mục *Dự phòng sốc phản vệ* có 96,67% ĐD-NHS cho là quan trọng và chỉ có 3,33% cho là bình thường.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về cấp cứu sốc phản vệ, như: Sự liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức về triệu chứng, ta thấy có 89,47% ĐD-NHS được khảo sát có trình độ Đại học, Cao đẳng và 72,73% ĐD-NHS có trình độ Trung cấp hiểu đúng. Trong khi đó, vẫn còn 10,53% số ĐD-NHS được khảo sát có trình độ Đại học, Cao đẳng và 45,45% số ĐD-NHS có trình độ Trung

cấp trả lời sai về sự *Xuất hiện triệu chứng Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck.*

Khi khảo sát sự liên quan giữa trình độ chuyên môn với kiến thức xử trí sốc phản vệ ta thấy: Có 89,47% ĐD-NHS có trình độ Đại học, Cao đẳng cho là đúng và 72,73% ĐD-NHS có trình độ Trung cấp hiểu đúng. Trong khi đó, vẫn còn 10,53% số ĐD-NHS được khảo sát có trình độ Đại học, Cao đẳng và 27,27% số ĐD-NHS có trình độ Trung cấp trả lời sai khi cho rằng *Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp.*

Khi khảo sát sự liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức về triệu chứng ta thấy: 71,43% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm, 80,0% ĐD-NHS có thâm niên công tác từ 10 đến 20 năm và 100% ĐD-NHS có thâm niên công tác trên 30 năm cho là đúng khi khảo sát về sự *Xuất hiện triệu chứng Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck.* Đồng thời còn 28,57% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm và 20,0% ĐD-NHS có thâm niên công tác từ 10 đến 20 năm cho là sai khi khảo sát về sự *Xuất hiện triệu chứng Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù quinck.*

Khi khảo sát sự liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức xử trí sốc phản vệ cho thấy: 78,57% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm, 80,0% có thâm niên công tác từ 10 đến 20 năm và 100% ĐD-NHS có thâm niên công tác trên 30 năm cho là đúng. Bên cạnh đó vẫn còn 21,43% ĐD-NHS có thâm niên công tác dưới 10 năm và 20,0% có thâm niên công tác từ 10 đến 20 cho là sai khi khảo sát về kiến thức *Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp.*

## **Chương 5**

### **KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT, KIẾN NGHỊ**

#### **5.1. Kết luận**

Qua kết quả khảo sát kiến thức của 30 ĐD – NHS công tác tại 6 khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc về phòng và cấp cứu sốc phản vệ, ta thấy:

**(1) Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đó là:** Số ĐD - NHS tham gia nghiên cứu là nữ giới (tỷ lệ 66,67%) chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới; số ĐD - NHS có trình độ chuyên môn Đại học, Cao đẳng (tỷ lệ 63,33%); đa số ĐD - NHS có thâm niên công tác từ 10 – 20 năm (chiếm tỷ lệ 50,0%) và thâm niên công tác dưới 10 năm (chiếm tỷ lệ 46,67%).

**(2) Đánh giá kiến thức của điều dưỡng, NHS các khoa lâm sàng về phòng và cấp cứu sốc phản vệ, cho thấy:**

- Đa số ĐD - NHS tham gia nghiên cứu nắm vững được nguyên nhân gây sốc phản vệ. Song vẫn còn một số ít ĐD – NHS thiếu kiến thức về nguyên nhân gây sốc phản vệ, nhất là nguyên nhân do *Máu và các chế phẩm của máu và Hóa chất: Cồn, Iod...*

- Hầu hết ĐD - NHS tham gia nghiên cứu nắm vững được về triệu chứng sốc phản vệ. Bên cạnh đó, vẫn còn một số ĐD – NHS chưa biết được hết triệu chứng của SPV, nhất là triệu chứng *Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quinck*.

- Kiến thức của ĐD - NHS về dự phòng sốc phản vệ: Trong một số bước dự phòng vẫn còn một số ít ĐD – NHS chưa biết cách dự phòng SPV như *Khi tiêm xong cần ở lại bệnh viện hoặc phòng tiêm 15 – 30 phút, không nên về ngay vì có thể xảy ra sốc phản vệ muộn*.

- Kiến thức của ĐD - NHS về xử trí cấp cứu sốc phản vệ: Trong các bước xử trí SPV, vẫn còn nhiều ĐD – NHS thiếu kiến thức về xử trí cấp cứu sốc phản vệ nhất là kiến thức xử trí SPV như *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 1giờ/lần đến 24 giờ và Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml Adrenalin (tương đương 1/3 ống) tiêm bắp*.



- Thái độ của ĐD-NHS về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ: Vẫn còn số ít ĐD – NHS thờ ơ với vấn đề *Dự phòng sốc phản vệ*.

- Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ của 2 nhóm ĐD-NHS có trình độ chuyên môn là Đại học, Cao đẳng và Trung cấp cho thấy: Sự chênh lệch kiến thức giữa 2 nhóm là không lớn, vẫn còn tồn tại ở cả 2 nhóm một số ít thiếu kiến thức về triệu chứng và xử trí sốc phản vệ.

- Liên quan giữa thâm niên công tác với kiến thức về triệu chứng và xử trí phản vệ: Thì ĐD-NHS có thâm niên công tác ở cả 2 nhóm (gồm: nhóm có thâm niên dưới 10 năm và nhóm có thâm niên công tác từ 10 – 20 năm) đều có trả lời sai về triệu chứng của SPV và xử trí sốc phản vệ.

## **5.2. Đề xuất, kiến nghị**

### **5.2.1. Đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao kiến thức kỹ năng về phòng và cấp cứu sốc phản vệ**

Để nâng cao kiến thức, kỹ năng cho Điều dưỡng và nữ hộ sinh về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ cần phải tăng cường công tác đào tạo, bồi dưỡng, tập huấn về chuyên môn cũng như về cách dự phòng và cấp cứu sốc phản vệ cho nhân viên y tế nói chung và Điều dưỡng, nữ hộ sinh nói riêng.

Tổ chức học tập chuyên môn thường xuyên và chú trọng đến chất lượng học tập, nội dung học tập phải phong phú, đa dạng chủ đề nhưng phải gắn với mô hình bệnh tật của địa phương và diễn biến dịch bệnh của địa phương, trong nước và thế giới.

Tổ chức hội thảo, thi tay nghề thường xuyên cho nhân viên y tế nói chung và cho Điều dưỡng, nữ hộ sinh nói riêng ở Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.

### **5.2.2 Kiến nghị**

- *Đối với Lãnh đạo Sở y tế Hà Giang*: Cần thường xuyên tổ chức mở các lớp tập huấn, đào tạo lại cho NVYT nói chung và ĐD - NHS nói riêng về kiến thức phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

- *Đối với lãnh đạo Bệnh viện*: Cần ưu tiên và tạo điều kiện, bố trí cho cán bộ, nhân viên tham gia các lớp đào tạo, bồi dưỡng kiến thức phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ cho ĐD - NHS để có hiểu biết sâu rộng hơn, tự tin hơn khi chăm sóc người bệnh. Tổ chức cho cán bộ, nhân viên y tế học tập chuyên môn đầy đủ và thường xuyên, đa dạng về các nội dung. Tăng cường công tác kiểm tra, giám

sát kiến thức của Điều dưỡng viên về công tác phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. Tổ chức thi tay nghề cho nhân viên y tế nói chung và cho Điều dưỡng, nữ hộ sinh nói riêng.

- *Đối với cán bộ DD - NHS*: Phải chủ động tự giác học tập, học hỏi để nâng cao trình độ chuyên môn, luôn trau dồi kiến thức và đạo đức nghề nghiệp. Tham gia đầy đủ các lớp đào tạo, tập huấn tại Bệnh viện cũng như ở tuyến trên để có kiến thức vững chắc về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ để hạn chế những tai biến xảy ra, đảm bảo sự an toàn người bệnh./.