

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ CỦA  
SINH VIÊN ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG CHÍNH QUY NĂM THỨ 4  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**

*Nguyễn Thị Huyền Trang<sup>1</sup>, Dương Thị Thùy<sup>1a</sup>, Phạm Thị Hiếu<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thúy Nga<sup>1</sup>, Phạm Thị Hương<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và tìm các yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học chính quy năm thứ 4 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 270 sinh viên năm cuối (khóa 12) của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn dựa trên thông tư 51/2017/TT-BYT. **Kết quả:** Kiến thức về phòng phản vệ: 81,9% sinh viên cho rằng cần ghi chép các thông tin liên quan đến dị ứng của người bệnh vào bệnh án, giấy ra viện, chuyển viện. Tỷ lệ sinh viên biết khai thác rõ tiền sử dị ứng của người bệnh và chỉ định đường dùng thuốc phù hợp lần lượt chiếm 55,2% và 26,7%. Kiến thức về xử trí phản vệ: Phần lớn sinh viên biết cách xử trí ban đầu phản vệ là dùng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên chiếm 85,6%. Tỷ lệ sinh viên trả lời đúng về bước cấp cứu tiếp theo sau khi xử lý ban đầu chiếm 30%; Có lần lượt 43,3% và 42,2% sinh viên cho rằng cách sử dụng Adrenalin là tiêm bắp, ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ 1 và độ 2 trở lên. **Kết luận:** Kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên còn hạn chế với 74,1% có kiến thức trung bình. Các yếu tố: đã được học; thời gian gần nhất tìm hiểu về phản vệ và nguồn hướng dẫn ban đầu có mối liên quan với kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên.

**Từ khóa:** Kiến thức, phòng và xử trí, phản vệ

**CURRENT KNOWLEDGE OF ANAPHYLACTIC PREVENTION AND MANAGEMENT  
AMONG FINAL YEAR STUDENTS IN NAM DINH UNIVERSITY OF NURSING**

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe and to identify factors related to the knowledge of anaphylactic prevention and management among the 4<sup>th</sup> year full-time students in Nam Dinh University of Nursing. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 270 students studying at Nam

---

Tác giả: Nguyễn Thị Huyền Trang  
Địa chỉ: Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định  
Email: nguyenthihuyentrangnd89@gmail.com

Ngày phản biện: 08/9/2021  
Ngày duyệt bài: 11/9/2021  
Ngày xuất bản: 30/9/2021

*Dinh University of Nursing in 2020. A self-completed questionnaire based on the Circular 51/2017/TT-BYT issued by Ministry of Health of Viet Nam was used for data collection.*

**Results:** *in the content of knowledge regarding anaphylactic prevention: 81,9% of students said that it is necessary to record information related to the patient's allergies in the medical record, discharge paper, and hospital transfer. The proportion of students know clearly exploiting history of allergic diseases and specify the appropriate medications accounted for 55,2% and 26,7%. In the content of knowledge regarding anaphylactic management: Most students (85.6%) knew that the initial treatment of anaphylactic was to stop immediately the patient's exposure to the allergen. The percentage of students who answered correctly about the next emergency step after the initial treatment accounted for 30%; There were respectively 43.3% and 42.2%, of students had correct answers of IM Adrenalin as the first administered medication as soon as the diagnosis of the 1 and 2 degrees anaphylactic were diagnosed. Conclusion: Students' knowledge of anaphylactic prevention and treatment is limited with 74.1% having average knowledge. Elements: learned; The most recent study of anaphylactic and the primary source of instruction were related to students' knowledge of anaphylactic prevention and management.*

**Keywords:** *Knowledge, prevention and management, anaphylactic*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng toàn thân, có thể đe dọa đến tính mạng con người. Nó có thể xảy ra trong vòng vài giây hoặc vài phút sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể dẫn tới mất ý thức hoặc thậm chí tử vong nhanh chóng [1], [2], [3]. Vấn đề phản vệ hiện nay đã và đang được toàn xã hội quan tâm do tính chất gây nguy hiểm của nó và số trường hợp phản vệ cũng ngày càng gia tăng [4]. Theo nghiên cứu của Decker và cộng sự năm 2008 tại Hoa Kỳ, tỷ lệ phản vệ là 49,8/ 100.000 người/năm, trong khi đó tỷ lệ này ở Anh là 7,9/ 100.000 người/năm. Tỷ lệ tử vong ước tính khoảng 1% [3]. Hiện tại, Bộ Y tế Việt Nam chưa có thống kê cụ thể về số ca phản vệ tại các cơ sở y tế. Thế nhưng, thực tế đã ghi nhận rất nhiều trường hợp người bệnh tử vong do phản vệ. Dị nguyên gây phản vệ thường có 4 nhóm chính, đó là thuốc (thuốc tiêm hay truyền dịch), thức ăn, nọc côn trùng và phấn hoa (hay nấm mốc).

Để giảm tỷ lệ tử vong và các tai biến cho người bệnh phản vệ, nhân viên y tế cần có kiến thức phòng, xử trí phản vệ nhằm cấp cứu một cách khẩn trương, nhanh chóng và tiến hành ngay tại chỗ. Theo kết quả nghiên cứu của Ibrahim và cộng sự tại Singapore có 74,3% đối tượng nghiên cứu nhận thức được các hướng dẫn liên quan đến phòng và xử trí phản vệ [5]. Nghiên cứu của Tạ Thị Anh Thơ trên 140 điều dưỡng viên cho thấy: 17% nhận thức không đúng nguyên nhân gây phản vệ là máu; có lần lượt 60%; 25%; 36% và 72,1% trả lời sai về các biểu hiện tuần hoàn, hô hấp; nguyên tắc ngừng tiếp xúc dị nguyên; thời gian theo dõi huyết áp và nồng độ kháng sinh thử test [6].

Kết quả từ một nghiên cứu tại Úc của Liew và Williamson cho thấy trong số các nguyên nhân, tiêm truyền là một trong những “con đường” gây phản vệ với tỷ lệ cao [7]. Trong khi đó, Điều dưỡng viên (ĐDV) là người trực tiếp thực hiện các y lệnh thuốc của bác sỹ nên họ phải có trách nhiệm phát hiện sớm các trường hợp phản

vệ để xử trí kịp thời, đảm bảo an toàn cho người bệnh và hạn chế tối đa các tai biến do phản vệ gây ra. Sinh viên Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định là những nhân viên y tế trong tương lai nên việc trang bị các kiến thức về phản vệ là vô cùng cần thiết. Trước khi rời ghế nhà trường, để bắt đầu công việc chăm sóc người bệnh (NB) ở bất cứ đâu cũng như chăm sóc chính bản thân và gia đình mình, sinh viên ngành Điều dưỡng cần trang bị cho mình đầy đủ những kiến thức cơ bản về phản vệ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thực trạng kiến thức phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy năm thứ 4 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2020*”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu dịch tễ mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang

### 2.2. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2020 trên 270 sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy khóa 12 đang theo học tại Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2020

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những sinh viên Đại học chính quy khóa 12 đang học tại trường đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Những sinh viên vắng mặt tại thời điểm lấy số liệu.

### 2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

**Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: số sinh viên tham gia nghiên cứu
- p: được chọn =0,35 từ kết quả của một cuộc điều tra thử trên 30 sinh viên
- d: Sai số cho phép, chọn d=0,06.

Thay vào công thức trên có n = 243. Cộng thêm 10% sai số nên lấy n = 270

**Chọn mẫu cho nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian tiến hành thu thập số liệu có 270 sinh viên đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

### 2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bộ công cụ được nhà nghiên cứu xây dựng dựa trên Thông tư 51/2017/TT-BYT về phòng và xử trí phản vệ của Bộ Y Tế

- Bộ công cụ gồm 2 phần:

+ Phần 1: Thông tin cơ bản của đối tượng nghiên cứu gồm có 5 câu hỏi liên quan đến giới tính, lớp đang học, thời gian gần nhất học/đọc tài liệu liên quan đến phản vệ.

+ Phần 2: Kiến thức của sinh viên về phòng, xử trí phản vệ, gồm 16 câu hỏi liên quan đến kiến thức nhận biết, phân loại và các biện pháp dự phòng, xử trí phản vệ.

- Các bước thu thập số liệu:

+ Bước 1: Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn.

+ Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu.

+ Bước 3: Đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi tự điền: Nhà nghiên cứu gửi phiếu cho từng đối tượng nghiên cứu và hướng dẫn đối tượng

nghiên cứu tự điền phiếu theo hiểu biết của cá nhân trong khoảng 20 phút, sau đó thu phiếu.

### 2.5. Tiêu chí đánh giá

- Đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời phiếu điều tra với mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Phiếu điều tra gồm 20 câu hỏi liên quan đến kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên. Trong đó có 02 câu hỏi nhiều lựa chọn. Tổng điểm kiến thức tối đa là 26 điểm.

- Theo nghiên cứu của Tạ Thị Anh Thơ,

phân loại kiến thức của sinh viên thành 3 mức độ [6]:

+ Sinh viên có kiến thức tốt khi trả lời đúng trên 78% câu hỏi ( $\geq 20$  điểm)

+ Sinh viên có kiến thức trung bình khi trả lời đúng từ 55% đến 77% câu hỏi (14 đến  $< 20$  điểm).

+ Sinh viên có kiến thức kém khi trả lời đúng dưới 55% câu hỏi ( $< 14$  điểm).

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính (n=270)**

Đặc điểm		SL	%
Giới tính	Nam	35	13,0
	Nữ	235	87,0
Đã từng được học về phản vệ hay chưa	Đã từng	257	95,2
	Chưa từng	13	4,8
Thời gian gần nhất đọc tài liệu liên quan đến phản vệ	< 3 tháng	26	9,6
	3-6 tháng	30	11,1
	>6 tháng	199	73,7
	Chưa bao giờ	14	5,6
Thời gian gần nhất đọc thông tư 51/2017/TT-BYT	< 3 tháng	22	8,1
	3-6 tháng	22	8,1
	> 6 tháng	154	57,0
	Chưa bao giờ	72	26,8

Kết quả cho thấy trong số 270 SV được khảo sát có 87% là nữ và 13% là nam. Phần lớn sinh viên trả lời đã từng được học về phản vệ chiếm 95,2%. Thời gian gần nhất SV học/đọc tài liệu liên quan đến phản vệ trên 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,7%. Thời gian gần nhất đọc thông tư 51/2017/TT-BYT về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ trên 6 tháng chiếm 57% cao hơn số sinh viên chưa bao giờ đọc thông tư này (26,8%)



**3.2. Kết quả kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên.**

**Bảng 2. Kiến thức về giải quyết tình huống (n=270)**

Nội dung	Kiến thức	SL	%
Nhận biết giai đoạn của phản vệ	Trả lời đúng	118	43,7
	Trả lời sai	152	56,3
Xử trí ban đầu	Trả lời đúng	231	85,6
	Trả lời sai	39	14,4
Cấp cứu sau xử trí ban đầu	Trả lời đúng	81	30,0
	Trả lời sai	189	70,0
Phòng phản vệ 2 pha	Trả lời đúng	251	93,0
	Trả lời sai	19	7,0
Thời gian khám lại chuyên khoa	Trả lời đúng	37	13,7
	Trả lời sai	233	86,3

Số sinh viên nhận biết đúng về giai đoạn của phản vệ trong tình huống đưa ra chiếm tỷ lệ 43,7%. Phần lớn sinh viên biết cách xử trí ban đầu của phản vệ là dừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên chiếm 85,6%. Tỷ lệ sinh viên trả lời đúng về bước cấp cứu tiếp theo sau khi xử lý ban đầu chiếm 30%. Có 93% SV lựa chọn việc người điều dưỡng cần theo dõi mạch, huyết áp 1-2 giờ/lần, liên tục trong 24 giờ để đề phòng phản vệ 2 pha.

**Bảng 3. Kiến thức về sử dụng Adrenalin (n=270)**

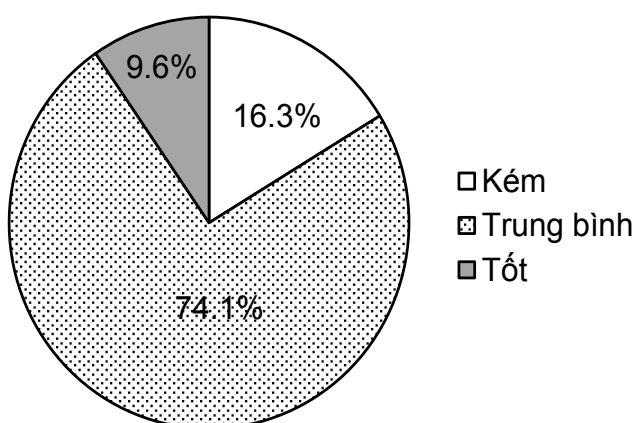
Nội dung	Kiến thức	SL	%
Cách sử dụng Adrenalin	Tiêm bắp, ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ 1 trở lên	117	43,3
	Tiêm bắp, ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ 2 trở lên	114	42,2
	Tiêm trong da, ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ 2 trở lên	5	1,9
	Tiêm tĩnh mạch, ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ 2 trở lên	34	12,6
Thời gian tiêm nhắc lại Adrenalin với phản vệ độ 2	2-3 phút	18	6,7
	3-5 phút	54	20,0
	5-10 phút	83	30,7
	10-15 phút	115	42,6

Có lần lượt 43,3% và 42,2% sinh viên cho rằng cách sử dụng Adrenalin là tiêm bắp, ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ 1 trở lên và từ độ 2 trở lên. Số sinh viên lựa chọn thời gian tiêm nhắc lại Adrenalin từ 10-15 phút chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,6% và số SV cho rằng 2-3 phút sẽ tiêm nhắc lại Adrenalin chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,7%.

**Bảng 4. Kiến thức về nguyên tắc cần đảm bảo để dự phòng phản vệ (n=270)**

Nội dung	SL	%
Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất	72	26,7
Tiêm là đường dùng an toàn nhất phòng phản vệ	15	5,6
Thử phản ứng thuốc cho tất cả NB có dùng thuốc	67	24,8
Khai thác rõ tiền sử dị ứng của NB	149	55,2
Ghi chép các thông tin liên quan đến dị ứng vào bệnh án, giấy ra viện, chuyển viện của NB	221	81,9

81,9% sinh viên biết đến việc ghi chép các thông tin liên quan đến dị ứng vào bệnh án, giấy ra viện, chuyển viện của người bệnh là 1 trong những nguyên tắc để phòng phản vệ. Tỷ lệ sinh viên biết khai thác rõ tiền sử dị ứng của người bệnh và chỉ định đường dùng thuốc phù hợp lần lượt chiếm 55,2% và 26,7%.



**Biểu đồ 1. Phân loại kiến thức của sinh viên về phòng và xử trí phản vệ**

Số sinh viên có kiến thức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 74,1%, tiếp đó là số sinh viên có kiến thức kém với 16,3% và thấp nhất là số sinh viên có kiến thức tốt với 9,6%.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa kiến thức về phòng và xử trí phản vệ với các đặc điểm của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy (n=270)**

Đặc điểm	Mức độ kiến thức			n	p	
	Kém	Trung bình	Tốt			
	SL (%)	SL (%)	SL (%)			
Giới tính	Nam	4 (11,4%)	26 (74,3%)	5 (14,3%)	35	0,401
	Nữ	34(14,5%)	174(74,0%)	27(11,5%)		
Học về phòng, xử trí phản vệ	Có	30(11,7%)	195(76,2%)	32(12,5%)	257	<0.01
	Không	8(61,5%)	5(38,5%)	0(0%)		
Lần gần nhất tìm hiểu về phản vệ	Chưa bao giờ	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1(14,3%)	7	<0,01
	< 3 tháng	8(30,8%)	12(46,2%)	6(23%)	26	
	3-6 tháng	3(10%)	18(60%)	9(30%)	30	
	>6 tháng	17(8,8%)	161(83%)	16(8,2%)	194	
Nguồn hướng dẫn ban đầu phòng và xử trí phản vệ	Chưa được hướng dẫn	7(11,1%)	40(63,5%)	16(25,4%)	63	0,287
	Bài học trong CTĐT	23(10,4%)	176(79,3%)	23(10,4%)	222	<0,01
	Phòng thực hành kỹ năng	10(9,5%)	78(74,3%)	17(16,2%)	105	0,216
	Khi thực hành lâm sàng	23(10,4%)	176(79,3%)	23(10,4%)	222	<0,01
	Khác	0(0)	3(60%)	2(40%)	5	<0,01

Các yếu tố: Học về phòng, xử trí phản vệ; Lần gần nhất tìm hiểu về phản vệ; Nguồn hướng dẫn ban đầu phòng và xử trí phản vệ có mối liên quan với kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy năm thứ 4 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Kiến thức về phòng và xử trí phản vệ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng nghiêm trọng, khởi phát nhanh và có thể gây tử vong. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bác sĩ, nhân viên y tế phải bảo đảm các nguyên tắc dự phòng phản vệ sau đây: (1) Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất, chỉ tiêm khi không sử dụng được đường dùng khác. (2) Không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ trường hợp có chỉ định của bác sĩ. (3) Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh. Trường hợp không có thuốc thay thế phù hợp mà cần dùng thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng - miễn dịch lâm sàng hoặc do bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ để thống nhất chỉ định và phải được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh. Việc thử phản ứng trên người bệnh với thuốc hoặc dị nguyên đã từng gây dị ứng cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa dị ứng - miễn dịch lâm sàng hoặc do các bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ thực hiện. (4) Tất cả trường hợp phản vệ phải được báo cáo về Trung tâm Quốc gia về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc hoặc Trung tâm Khu vực Thành phố Hồ Chí Minh về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc hiện hành theo quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư 22/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện. (5) Bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có

thâm quyền phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc theo quy định. Tất cả thông tin liên quan đến dị ứng, dị nguyên phải được ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện. (6) Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ, bác sĩ, nhân viên y tế phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng, giải thích kỹ và nhắc người bệnh cung cấp thông tin này cho bác sĩ, nhân viên y tế mỗi khi khám bệnh, chữa bệnh [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có 81,9% sinh viên lựa chọn ghi chép các thông tin liên quan đến dị ứng vào bệnh án, giấy ra viện, chuyển viện của NB; 55,2% lựa chọn khai thác rõ tiền sử dị ứng của NB; 24,8% cho rằng cần thử phản ứng thuốc cho tất cả NB có dùng thuốc và 26,7% lựa chọn nguyên tắc chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân (2013) với 47,4% ĐD cho là vẫn thử test kháng sinh với NB đã bị dị ứng với loại kháng sinh đó và 8,8% điều dưỡng cho rằng không phải khai thác tiền sử dị ứng trước khi dùng thuốc. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu và thời gian nghiên cứu. Nếu như Nguyễn Thanh Vân tiến hành nghiên cứu vào năm 2013 – thời điểm áp dụng Thông tư 08/1999/TT-BYT ngày 4 tháng 5 năm 1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng và cấp cứu sốc phản vệ thì nghiên cứu của chúng tôi tiến hành năm 2020 - đã áp dụng Thông tư 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. Nội dung của 2 thông tư này có nhiều điểm khác nhau về loại thuốc cần thử phản ứng trước khi sử dụng cho người bệnh.

Khoản 1 Điều 6 trong Thông tư 51 đã nêu rõ: Adrenalin là thuốc quan trọng hàng

đầu để tiêm bắp ngay cho người bị phản vệ khi được chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên. Thông tư 08/1999 khuyến cáo sử dụng adrenalin đường tiêm dưới da. Tuy nhiên các kết quả nghiên cứu sau đã làm thay đổi cách thực hành này. Trong nghiên cứu của Simons FE et al (1998) trên 17 trẻ em có tiền sử phản vệ với thức ăn, dùng adrenalin tiêm bắp cho thấy nồng độ đỉnh trung bình trong huyết tương cao hơn và đạt được nhanh hơn so với đường tiêm dưới da (trung bình 8 phút khi tiêm bắp so với 34 phút khi tiêm dưới da [8]). Trong nghiên cứu tiếp theo của Simons FE et al năm 2001 trên 13 người bệnh, kết quả cho thấy khi tiêm bắp adrenalin ở vùng bắp đùi, nồng độ adrenalin huyết tương cao hơn đáng kể so với khi tiêm adrenalin với liều tương tự bằng cách tiêm dưới da ở vùng cánh tay [9]. Sự khác biệt giữa đường tiêm dưới da và đường tiêm bắp có thể giải thích là do mô dưới da có hệ thống mạch máu ít; đồng thời adrenalin có hoạt tính gây co mạch làm giảm lưu lượng máu, do đó làm chậm sự hấp thu thuốc. Theo thông tư 51, thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp với liều lượng như sau: Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống); Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống); Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống); Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống); Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống). 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 1mg pha với 9ml 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: Người lớn: 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100µg) 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; 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 µg/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. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 90% sinh viên trả lời Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu sử dụng trong cấp cứu phản vệ. Có lần lượt 43,3% và 42,2% sinh viên cho rằng cách sử dụng Adrenalin là tiêm bắp, ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ 1 trở lên và từ độ 2 trở lên. Số sinh viên lựa chọn thời gian tiêm nhắc lại Adrenalin từ 10-15 phút chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,6% và số SV cho rằng 2-3 phút sẽ tiêm nhắc lại Adrenalin chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,7%. Có 87,0% cho rằng đường dùng thuốc cho người bệnh cần tuân theo chỉ định của bác sĩ và 1,5% sinh viên không rõ hoặc không biết về vấn đề này. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Đàm Thùy Dương (2018) với 100% sinh viên biết đường dùng adrenalin phù hợp nhất; 86,36% sinh viên trả lời đúng về thời gian tiêm nhắc lại adrenalin [10].

Ngoài việc phát hiện sớm các dấu hiệu phản vệ, việc xử trí nhanh có vai trò rất



quan trọng trong cấp cứu phản vệ. Theo Thông tư 51, với phản vệ nhẹ (độ I) cần 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. 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: (1) Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có). (2) Tiêm hoặc truyền adrenalin. (3) Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn. (4) Thở ô xy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ. (5) 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). (6) 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). (7) 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). Các biện pháp xử trí tiếp theo bao gồm: (1) 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 oxy 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 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 µg/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 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày. (2) 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). (3) 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 H2 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]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 43,7% sinh viên trả lời đúng về giai đoạn của phản vệ với tình huống mà nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên Thông tư 51. Có thể thấy mặc dù số sinh viên trả lời đúng về triệu chứng ban đầu phát hiện phản vệ chiếm tỷ lệ khá cao nhưng số sinh viên nhận biết được giai đoạn của phản vệ lại chiếm tỷ lệ khá thấp. Điều này có thể lý giải do sinh viên chưa có nhiều kinh nghiệm lâm sàng nên việc nhận biết giai đoạn phản vệ còn hạn chế. Kết quả nghiên cứu cũng

chỉ ra số sinh viên trả lời đúng về các biện pháp xử trí ban đầu chiếm tỷ lệ cao với 85,6%. Phần lớn sinh viên chưa biết cách cấp cứu sau xử trí ban đầu với 30% trả lời đúng và 70% trả lời sai. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Đàm Thùy Dương (2018) với 68,2% biết cách cấp cứu cho người bệnh phản vệ mức độ nhẹ và 100% biết cách cấp cứu cho người bệnh phản vệ mức độ nặng, nguy kịch [10].

**4.2. Mối liên quan giữa kiến thức về phòng và xử trí phản vệ và đặc điểm chung của sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy năm thứ 4.**

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ có kiến thức ở nam so với nữ. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,01$ ). Nguyên nhân dẫn đến tình trạng này có thể do đặc điểm đặc thù của ngành điều dưỡng: tỷ lệ sinh viên nữ nhiều hơn tỷ lệ sinh viên nam. Sinh viên nữ nắm chắc kiến thức hơn sinh viên nam có thể do sinh viên nữ có môi trường thuận lợi để trao đổi kiến thức, lĩnh hội kinh nghiệm từ các nhóm học tập chung. Hoặc do đặc thù của giới, giới nữ thường có xu hướng chăm chỉ, chịu khó hơn giới nam.

Nghiên cứu đã tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa những sinh viên đã được học về phòng, xử trí phản vệ với những sinh viên chưa được học ( $p < 0,01$ ). Tính trên tổng số 257 sinh viên đã được học về phòng, xử trí phản vệ, có 227 sinh viên có kiến thức ở mức độ trung bình và mức độ tốt. 30 sinh viên đã được học nhưng có kiến thức ở mức độ kém. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng này có thể do: Sinh viên được học ở thời điểm cách xa thời điểm tham gia trả lời nghiên cứu; Khả năng lĩnh hội của sinh viên về vấn đề này chưa tốt; Trong quá trình học, sinh viên chưa hiểu sâu, hiểu rõ bản chất của vấn đề dẫn đến tình trạng hiểu

mờ hồ, hiểu sai; Hoặc có thể do trong quá trình trả lời khảo sát, sinh viên hiểu sai câu hỏi, chưa đọc kỹ câu hỏi. Tuy nhiên, câu hỏi này là câu hỏi tầm chung khảo sát về phản vệ. Do đó, có thể do sinh viên chỉ dừng lại ở việc đã học phản vệ ở thông tư cũ mà chưa cập nhật được đầy đủ kiến thức ở thông tư mới.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong việc khảo sát về khoảng thời gian gần nhất sinh viên tìm hiểu về phòng, xử trí phản vệ với  $p < 0,01$ . Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số sinh viên đã tìm hiểu về phản vệ cách đây trên 6 tháng ( 194/275 sinh viên). Tuy nhiên, tỷ lệ sinh viên có kiến thức ở mức độ tốt vẫn còn hạn chế, chỉ chiếm 8,2%. Lý giải điều này có thể do thời gian đọc/ học về phòng và xử trí phản vệ theo thông tư mới của sinh viên năm thứ 4 Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định đã cách thời điểm trả lời nghiên cứu khá lâu nên xảy ra tình trạng sinh viên nhớ nhầm kiến thức dẫn đến việc trả lời sai câu hỏi. Song, nhìn chung mức độ kiến thức của sinh viên không chỉ phụ thuộc vào thời gian dài hay ngắn mà còn bị ảnh hưởng bởi mức độ kiến thức sinh viên lĩnh hội được tại thời điểm học có hiệu quả hay không. Một số sinh viên có thời gian học về phòng, xử trí phản vệ theo thông tư mới < 3 tháng nhưng mức độ kiến thức là kém. Ngược lại, một phần sinh viên đã học cách thời điểm trả lời nghiên cứu > 6 tháng nhưng vẫn xét kiến thức ở mức độ tốt.

Nghiên cứu đã chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa giữa kiến thức về phòng và xử trí phản vệ với nguồn hướng dẫn ban đầu của sinh viên ( $p < 0,01$ ). Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số sinh viên năm thứ 4 Trường Đại Học Điều Dưỡng Nam Định được tiếp cận với nguồn ban đầu từ bài học trong Chương trình đào tạo và khi đi thực hành lâm sàng tại Bệnh viện. Lý giải

điều này có thể do sinh viên nhận thức rõ được tầm quan trọng khi lĩnh hội kiến thức tại các bài giảng lý thuyết và sự cần thiết khi trau dồi kinh nghiệm đi lâm sàng tại các bệnh viện. Xét riêng về phản vệ, cho thấy khi đi lâm sàng, sinh viên sẽ được tiếp cận với các trường hợp, các ca bệnh gặp phải vấn đề này. Đó là cơ hội để sinh viên thực hiện xử trí cho người bệnh. Từ đó, khẳng định lại kiến thức lý thuyết và thêm khắc sâu kiến thức về phòng, xử trí phản vệ. Tuy nhiên, các nguồn kiến thức truyền thông bên ngoài như tivi, sách báo, tranh ảnh, mạng Internet,... cũng góp phần nâng cao kiến thức cho sinh viên. Đối với các nguồn này, sinh viên được lĩnh hội thoải mái, mọi lúc mọi nơi khi cần thiết, tạo cảm hứng cho sinh viên nhiều hơn. Do đó, nguồn khác tìm hiểu về phòng, xử trí phản vệ trong nghiên cứu này cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

## 5. KẾT LUẬN

Thực trạng kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy còn thấp với 74,1% sinh viên có kiến thức trung bình và 9,6% có kiến thức tốt.

Các yếu tố: Học về phòng, xử trí phản vệ; Lần gần nhất tìm hiểu về phản vệ; Nguồn hướng dẫn ban đầu phòng và xử trí phản vệ có mối liên quan với kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy năm thứ 4 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Thông tư số 51/2017/TT-BYT, ngày 29/12/2017, *Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*.

2. Ngô Huy Hoàng (2016). Chăm sóc người bệnh tích cực. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

3. Nguyễn Năng An (2007). Nội bệnh lý. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Nguyễn Thị Thùy Ninh (2014). Nghiên cứu tình trạng phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai, *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú*, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Ibrahim I. Chew B.L. Zaw W. (2014). Knowledge of anaphylaxis among Emergency Department staff. *Asia Pac Allergy*. 2014 Jul. 4 (3): 164-71.

6. Tạ Thị Anh Thơ (2010). Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trong việc xử trí và chăm sóc người bệnh SPV tại các khoa lâm sàng bệnh viện K. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 4-t ập 14, tr 750-755

7. Liew W. K., Williamson E., Tang M. L. (2009). Anaphylaxis fatalities and Admissions in Australia. *J Allergy Clin Immunol*, 123(2), pp. 434-42.

8. 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*; 4: 13-37.

9. Webb LM, Lieberman P (2006). Anaphylaxis: a review of 601 cases. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma & Immunology*; 97: 39-43.

10. Đàm Thùy Dương (2018). *Khảo sát kiến thức dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên đại học chính quy khóa 10 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*, *Khóa luận tốt nghiệp*, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.