

SỞ Y TẾ BẾN TRE  
**BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI**



**ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**  
**MÔ TẢ KIẾN THỨC ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI**  
**BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI BẾN TRE VỀ PHÒNG**  
**VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ NĂM 2023**

**Mã số: NT.NCKH.23.03**

**Chủ nhiệm đề tài : ĐD. Lê Hữu Đăng**  
**Cộng sự : ĐD. Trương Ngọc Diễm Trang**  
**: ĐD. Nguyễn Thị Lan**

Châu Thành - 2023

SỞ Y TẾ BẾN TRE  
**BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI**



**ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**  
**MÔ TẢ KIẾN THỨC ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI**  
**BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI BẾN TRE VỀ PHÒNG VÀ**  
**XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN ỨNG NĂM 2023**

**Mã số: NT.NCKH.23.03**

Chủ nhiệm đề tài : ĐD. Lê Hữu Đăng  
Cộng sự : ĐD. Trương Ngọc Diễm Trang  
: ĐD. Nguyễn Thị Lan

Châu Thành - 2023

## LỜI CAM ĐOAN

Chúng tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng chúng tôi. Chúng tôi đã thực hiện một cách khoa học. Các số liệu, kết quả nêu trong nghiên cứu là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác.

*Châu Thành, ngày 10 tháng 11 năm 2023*

**CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI**

**Lê Hữu Đăng**

## LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, Hội đồng nghiên cứu khoa học và sáng kiến kinh nghiệm và các Khoa, phòng liên quan đã tạo điều kiện cho chúng tôi trong quá trình thực hiện đề tài nghiên cứu này.

Xin cảm ơn các anh chị đồng nghiệp đã nhiệt tình tham gia phỏng vấn giúp chúng tôi thu thập số liệu phục vụ đề tài.

Cuối cùng, chúng tôi xin kính chúc Quý Hội đồng thật nhiều sức khỏe và thành công trong sự nghiệp cao quý của mình.

Xin trân trọng cảm ơn!

## MỤC LỤC

<b>DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT</b> .....	i
<b>DANH MỤC BẢNG</b> .....	ii
<b>DANH MỤC BIỂU ĐỒ</b> .....	iii
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	1
<b>CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU</b> .....	2
1.1. Định nghĩa và khái quát chung.....	2
1.2. Chẩn đoán phản vệ .....	2
1.3. Chẩn đoán phân biệt.....	3
1.4. Chẩn đoán và xử trí .....	3
1.5. Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân phản vệ .....	8
1.6. Đánh giá .....	14
<b>CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	15
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	15
2.2.Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang. ....	15
2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu .....	15
2.4. Cỡ mẫu .....	15
2.5. Phương pháp chọn mẫu .....	15
2.6. Biến số, chỉ số .....	15
2.7. Công cụ thu thập thông tin .....	16
2.8. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu.....	16
2.9. Đạo đức nghiên cứu .....	16
<b>CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	17
3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu .....	17
3.2. Hiểu biết về phòng và cấp cứu phản vệ .....	17
<b>CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN</b> .....	22
4.1. Về đặc điểm của đối tượng.....	22
4.2. Kiến thức của đối tượng về phản vệ.....	22
4.3. Kiến thức về phản vệ với những yếu tố liên quan .....	23
<b>CHƯƠNG 5. KẾT LUẬN – KIẾN NGHỊ</b> .....	24
5.1. Kết luận .....	24
5.2. Kiến nghị.....	24
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b> .....	iv
<b>PHỤ LỤC</b> .....	v

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BN :	Bệnh nhân
COPD:	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
ĐD :	Điều dưỡng
HA :	Huyết áp
PV :	Phản vệ
SPV:	Sốc phản vệ

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu.....	17
Bảng 3.2. Hiểu biết về triệu chứng phản vệ của đối tượng (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng).....	18
Bảng 3.3. Hiểu biết về cách xử trí tại chỗ phản vệ theo phác đồ quy định (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng) .....	18
Bảng 3.4. Kiến thức phòng chống phản vệ với độ tuổi của điều dưỡng viên (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng) .....	20
Bảng 3. 5. Kiến thức phòng chống phản vệ với số năm công tác của điều dưỡng viên (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng).....	20
Bảng 3.6. Kiến thức về phòng chống phản vệ với trình độ của các điều dưỡng viên (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng).....	21

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Hiểu biết về nguyên nhân gây phản vệ của đối tượng.....	17
Biểu đồ 3.2. Hiểu biết về cách phòng chống phản vệ (số liệu trong biểu đồ là tỷ lệ % trả lời đúng).....	19



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng ở người, có thể xuất hiện lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên, gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể diễn biến nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng. [2]

Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong cho người bệnh trong vòng một vài phút. Bệnh cảnh lâm sàng của sốc phản vệ rất đa dạng, đòi hỏi xử lý chính xác và nhanh chóng, tranh thủ từng phút theo phác đồ cấp cứu phản vệ, tuy nhiên các tai biến và tử vong do sốc phản vệ có thể giảm đi khi nhân viên y tế nắm vững được kiến thức về phòng chống phản vệ. [2]

Để phòng và chống phản vệ đạt hiệu quả cao, điều dưỡng viên phải nắm chắc kiến thức về phản vệ và những can thiệp cấp cứu khi xảy ra được quy định tại Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. [2]

Tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kiến thức của điều dưỡng đối với phòng và xử trí cấp cứu phản vệ, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Mô tả kiến thức điều dưỡng viên tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi về phòng và xử trí cấp cứu phản vệ”***. Đề tài này nhằm mô tả thực trạng kiến thức phòng chống phản vệ của điều dưỡng để có kế hoạch tập huấn cho điều dưỡng kiến thức phòng và xử trí phản vệ, qua đó giúp điều dưỡng xác định chính xác và xử trí phản vệ nhanh chóng trong công tác chăm sóc người bệnh, chính vì vậy đề tài được tiến hành với mục tiêu:

1. *Mô tả kiến thức điều dưỡng tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi về phòng và xử trí cấp cứu phản vệ.*
2. *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng và xử trí cấp cứu phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Lao và Bệnh phổi.*

## CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Định nghĩa và khái quát chung

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng. [2]

### 1.2. Chẩn đoán phản vệ

#### 1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của phản vệ khá đa dạng: Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- + Mày đay, phù mạch nhanh.
- + Khó thở, tức ngực, thở rít.
- + Đau bụng hoặc nôn.
- + Tụt huyết áp hoặc ngất.
- + Rối loạn ý thức. [3]

#### 1.2.2. Các bệnh cảnh lâm sàng

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

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...). [2]

**1.2.2.2. 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:

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

d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...). [2]

**1.2.2.3. 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:

a) 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).

b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền. [2]

### **1.3. Chẩn đoán phân biệt**

- + Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
- + Tai biến mạch máu não.
- + Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
- + Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
- + Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
- + Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./ [2]

### **1.4. Chẩn đoán và xử trí**

#### **1.4.1. Chẩn đoán mức độ phản vệ**

**Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:**

*(Lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)*

- **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:

- a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- d) 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:

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

- **Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./ [2]

#### **1.4.2. Xử trí**

- 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. [2]

- Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ. [2]

- **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. [2]

**1.4.2.1. 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. [2]

**1.4.2.2. Xử trí phản vệ nặng (độ II) và nguy kịch (độ 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:

- Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
- Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo phác đồ sử dụng adrenalin)
- Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
- Thở ô xy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/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.

a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

- Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo phác đồ xử dụng adrenalin).

- 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). [2]

#### **1.4.2.3. 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 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.

- 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 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 20-30 $\mu$ g/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15 $\mu$ g/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. [2]

#### **1.4.2.4. Theo dõi**

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<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 [2]

#### **1.4.3. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch**

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên  $\geq 90$ mmHg, trẻ em  $\geq 70$ 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. [2]

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:
  - a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).
  - b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
  - c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
  - d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
  - e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).
2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.
3. Tiêm nhắc lại adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.
4. 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 hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:
  - a) 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.
  - b) 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.
  - c) 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.

5. 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.

**Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch Nacl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm**

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4 $\mu$ g adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1 $\mu$ g/kg/phút)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt
Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

**1.5. Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân phản vệ**

**1.5.1. Vai trò của việc theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sốc phản vệ**

Phản vệ là tai biến dị ứng nghiêm trọng nhất dễ gây tử vong được biểu hiện trên lâm sàng bằng tình trạng tụt HA và giảm tưới máu cho tổ chức gây rối loạn chuyển hoá tế bào. Do đó, cần phải có một đội ngũ các bác sĩ và ĐD chuyên nghiệp cùng với các trang thiết bị máy móc hiện đại để có thể xử lý các tình huống một cách kịp thời tránh các trường hợp xấu có thể xảy ra. [2]

**1.5.2. Quy trình điều dưỡng chăm sóc người bệnh sốc phản vệ**

**1.5.2.1. Nhận định tình trạng người bệnh**



- Đánh giá tình trạng hô hấp:
  - + Tần số, biên độ, kiểu thở
  - + Dấu hiệu suy hô hấp: tím tái, co kéo cơ hô hấp, vật vã, hốt hoảng...
- Đánh giá tình trạng tuần hoàn máu:
  - + HA, mạch, nhịp tim
  - + Dấu hiệu giảm tưới máu tạng (cơ quan):
    - Da lạnh, ẩm, xanh tái, nổi vân tím
    - Đái ít, vô niệu
    - Vật vã, kích thích, lơ đờ, chậm chạp, hôn mê, lú lẫn...
- Nhận định các biểu hiện triệu chứng của nguyên nhân gây ra sốc
  - + Đau ngực, vã mồ hôi
  - + Nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc phân lỏng nhiều nước
  - + Toàn thân có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc...
- Tiền sử bệnh: nhanh chóng hỏi tiền sử, bệnh sử (qua người bệnh, người nhà...) để tìm nguyên nhân. Cụ thể là tiền sử tiếp xúc dị nguyên và tiền sử dị ứng thuốc [2].

### **1.5.3. Chẩn đoán điều dưỡng**

- Nguy cơ suy tuần hoàn cấp liên quan đến giãn mạch ngoại vi
- Nguy cơ suy hô hấp liên quan đến co thắt phế quản và thiếu oxy
- Người bệnh lo sợ, hoảng hốt liên quan đến các phản ứng của dị nguyên gây ra.
- Nguy cơ suy thận liên quan đến tụt HA làm giảm tưới máu thận
- Rối loạn chức năng hoạt động của não liên quan đến thiếu oxy não
- Các chăm sóc cơ bản: ăn uống, vệ sinh, theo dõi...

### **1.5.4. Lập kế hoạch chăm sóc**

Qua nhận định, ĐD cần phân tích, tổng hợp các dữ liệu để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra những kế hoạch chăm sóc cụ thể đề xuất những vấn đề ưu tiên, thứ tự thực hiện các vấn đề cho từng trường hợp cụ thể.

- Tăng cường tuần hoàn tới các cơ quan
  - + Chăm máu (nếu chảy máu)
  - + Nằm đầu thấp để đảm bảo tuần hoàn não
  - + Hồi phục khối lượng tuần hoàn: truyền dịch, truyền máu, chuẩn bị và phụ giúp bác sĩ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để bù nước, điện giải và đánh giá tiến triển của sốc.
    - + Theo dõi đáp ứng với dịch truyền và đề phòng quá tải tuần hoàn.
- Làm thông thoáng đường hô hấp
  - + Hút đờm dãi, đặt canuyn đề phòng tụt lưỡi.
  - + Cho thở oxy theo y lệnh
  - + Phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản, thở máy trong các trường hợp sốc nặng.
  - + Theo dõi màu sắc da niêm mạc, tần số thở, kiểu thở
  - + Ghi nhận và trình các kết quả xét nghiệm khí máu động mạch
- Thực hiện y lệnh
  - + Thuốc và các xét nghiệm đầy đủ và chính xác
  - + Đặt sonde tiểu để theo dõi lưu lượng nước tiểu, tiên lượng sốc
  - + Đặt sonde dạ dày trong trường hợp nghi ngờ mất máu do chảy máu dạ dày để theo dõi, điều trị và nuôi dưỡng.
- Theo dõi liên tục các thông số sau
  - + Theo dõi HA 15 phút/lần cho đến khi HA đạt 90/60 mmHg. Sau đó theo dõi 3 giờ/lần cho đến khi mạch và HA trở về bình thường và ổn định.
  - + Áp lực tĩnh mạch trung tâm 15 phút/lần khi làm xét nghiệm và 1 – 3 giờ/lần trong quá trình điều trị
    - + Theo dõi đề phòng trụy mạch
    - + Nhịp thở: để phát hiện và xử lý suy hô hấp kịp thời
    - + Đo thân nhiệt 2 – 3 giờ/lần
    - + Theo dõi nước tiểu từng giờ. Nếu có nước tiểu và nước tiểu tăng dần là

tốt

- Chăm sóc toàn thân, nuôi dưỡng và giáo dục sức khỏe
  - + Chăm sóc về tinh thần: nhẹ nhàng, ân cần để BN yên tâm
  - + Vệ sinh thân thể cho BN tại giường
  - + Hướng dẫn BN và người nhà những chăm sóc khi về gia đình
- Giảm lo lắng và sợ hãi
  - + Để BN nằm nơi yên tĩnh, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông
  - + ĐD luôn có mặt để theo dõi, động viên BN
  - + Giải thích và trấn an BN
  - + Giữ ấm hoặc hạ nhiệt cho BN.

#### **1.5.5. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

Cần ghi rõ giờ thực hiện các hoạt động chăm sóc. Các hoạt động chăm sóc cần được tiến hành theo thứ tự ưu tiên trong kế hoạch chăm sóc, các hoạt động theo dõi cần được thực hiện đúng khoảng cách thời gian trong kế hoạch, các thông số cần được ghi chép đầy đủ, chính xác và báo cáo kịp thời.

##### ***1.5.5.1. Đảm bảo tuần hoàn***

- Tư thế : người bệnh nằm đầu thấp, chân cao
- Adrenalin: là thuốc quyết định thành công điều trị (liều lượng, đường tiêm theo y lệnh của bác sĩ). Trong khi chờ y lệnh của bác sĩ, ĐD tiêm ngay Adrenalin theo phác đồ theo thông tư 51/2017/BYT
  - Thực hiện y lệnh thuốc : thuốc chống dị ứng và các thuốc khác
  - Đặt đường truyền tĩnh mạch, truyền dịch theo y lệnh

##### ***1.5.5.2. Đảm bảo hô hấp***

- Tư thế nằm nghiêng an toàn nếu người bệnh nôn, hôn mê
- Hút đờm dãi, đặt canuyl miệng nếu người bệnh tụt lưỡi
- Bóp bóng Ambu nếu người bệnh ngừng thở hoặc thở yếu
- Cho thở oxy mũi 4 lít/phút

- Hỗ trợ đặt nội khí quản và thở máy nếu suy hô hấp hoặc sốc nặng: chuẩn bị dụng cụ đặt nội khí quản, chuẩn bị máy thở.

#### **1.5.5.3. Loại bỏ, cách ly nguyên nhân**

- Khi người bệnh có dấu hiệu bồn chồn, lo lắng, hoảng hốt, ĐD phải lập tức cho ngừng ngay các chất tiếp xúc như thức ăn, quả và thức uống hoặc thuốc tiêm truyền...

- Nếu nguyên nhân qua đường tiêu hóa: rửa dạ dày, dùng than hoạt hoặc sorbitol.

#### **1.5.5.4. Xét nghiệm cận lâm sàng**

Xét nghiệm cơ bản: điện tim, công thức máu, điện giải đồ, ure, creatinine, đường máu, khí máu động mạch

#### **1.5.5.5. Lập bảng theo dõi**

Tùy theo tình trạng cụ thể của người bệnh

- Mạch, HA và các dấu hiệu tưới máu ngoại biên: 15 phút/lần đến khi HA lên 90/60 mmHg, sau đó 3 giờ/lần đến khi HA ổn định.

- Nhịp thở, SpO<sub>2</sub> : 15 – 30 phút/lần khi đang suy hô hấp

- Cân bằng nước vào ra và theo dõi cân nặng: hàng ngày

- Sự bài tiết: đặt ống thông tiểu để lưu ống thông và theo dõi lượng nước tiểu 1 giờ/lần, đến khi HA ổn định, nếu nước tiểu ít, vô niệu trong 6 giờ là tiên lượng xấu, phải thông báo ngay cho bác sĩ.

- Đặt ống thông dạ dày: để theo dõi xuất huyết tiêu hóa (nếu có) và nuôi dưỡng người bệnh nếu người bệnh không ăn được đường miệng.

- Theo dõi tình trạng ý thức của người bệnh

#### **1.5.5.6. Phòng bệnh và giáo dục sức khỏe**

- Thông báo cho người bệnh và người thân biết: người bệnh bị phản vệ, và chất gây phản vệ.

- Cung cấp cho người bệnh và người nhà biết nguyên nhân, các biểu hiện cũng

như diễn biến của phản vệ.

- Dẫn dò người bệnh và người nhà phải báo cáo tiền sử dị ứng nhất là tiền sử dị ứng thuốc.

- Hướng dẫn người bệnh loại bỏ tất cả những nguyên nhân gây dị ứng và sốc, tránh tiếp xúc với các tác nhân gây dị ứng, nếu PV do thuốc phải thông báo cho bác sĩ biết mỗi khi khám bệnh.

- Không tự ý dùng thuốc khi chưa có chỉ định của bác sĩ.

- Tuyệt đối không sử dụng, tiếp xúc với các loại thuốc đã gây PV trong tiền sử.

Đối với nhân viên y tế:

+ Phải cảnh giác với tất cả những người bệnh có nguy cơ sốc: trước tiên tiêm truyền kháng sinh và làm test cho người bệnh phải hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc.

+ Khi tiêm truyền cho người bệnh luôn phải có hộp thuốc phòng chống sốc bên cạnh.

Nội dung trong hộp thuốc cấp cứu phòng chống sốc

Các khoản cần thiết :

\* Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02

5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

\* Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Oxy.
2. Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
3. Bơm xịt salbutamol.
4. Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản.
5. Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
6. Các thuốc chống dị ứng đường uống.
7. Dịch truyền: natriclorid 0,9%./.

### **1.6. Đánh giá**

Người bệnh PV được chăm sóc tốt khi tình trạng lâm sàng của người bệnh được cải thiện, kiểm soát .

- Phát hiện sớm các dị nguyên, cách ly hiệu quả các dị nguyên
- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ không để xảy ra các biến chứng
- Người bệnh và gia đình yên tâm hợp tác điều trị.

## CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ các ĐD hiện đang làm việc tại các Khoa lâm sàng và Khoa Chẩn đoán hình ảnh tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi. Các ĐD tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các ĐD được thông báo trước thời gian từ 2 – 5 ngày. Buổi phỏng vấn được tiến hành tại các khoa ở phòng riêng dựa trên mẫu phiếu đánh giá.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

### 2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đề tài được thực hiện tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bến Tre từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023.

**2.4. Cỡ mẫu:** Toàn bộ ĐD tại các Khoa lâm sàng và Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bến Tre.

### 2.5. Phương pháp chọn mẫu

Phỏng vấn toàn bộ ĐD tại các Khoa lâm sàng và Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bến Tre.

### 2.6. Biến số, chỉ số

Tên biến số	Định nghĩa biến	Phân loại
<b>Thông tin chung</b>		
Tuổi	Số tuổi trong phiếu phỏng vấn	Phụ thuộc
Năm công tác	≤10 năm, >10 năm	Danh mục
Trình độ	CĐ, ĐH, TH	Danh mục
<b>Nội dung phỏng vấn và cấp cứu phản vệ</b>		
Nguyên nhân gây phản vệ	Do thuốc, Do hoá chất, Do thức ăn, Do nguyên nhân khác...	Danh mục
Triệu chứng phản vệ	Mày đay, phù mạch nhanh. Khó thở, tức ngực, thở rít. Đau bụng hoặc nôn. Tụt huyết áp hoặc ngất. Rối loạn ý thức	Danh mục

Cách xử trí phản vệ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).</li> <li>2. Tiêm Adrenaline 1ml/1mg dưới da: 1/2- 1 ống người lớn, không quá 0,3ml ở trẻ em.</li> <li>3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.</li> <li>4. Thở oxy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ hở.</li> <li>5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.</li> <li>6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch 01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh.</li> <li>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).</li> </ol> <p>- Điều dưỡng được tiêm Adrenaline khi bác sĩ không có mặt</p>	Danh mục
Cách phòng chống phản vệ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phải khai thác tiền sử dị ứng</li> <li>- Phải mang hộp chống sốc khi thử phản ứng</li> <li>- Thời gian đọc kết quả test lấy da: 20 phút</li> </ul>	Danh mục

## 2.7. Công cụ thu thập thông tin

Sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn rõ ràng, ngắn gọn, dễ hiểu và dễ trả lời. Nội dung phiếu phỏng vấn là những câu hỏi đóng và câu hỏi gồm nhiều sự lựa chọn.

## 2.8. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được mã hóa dưới dạng số, sử dụng phần mềm Excel. Kết quả thu thập được trình bày dưới dạng biểu đồ, dạng bảng. Nhận xét, so sánh tỷ lệ và nhận định kết quả của các bảng và biểu đồ.

## 2.9. Đạo đức nghiên cứu

Số liệu được thu thập đảm bảo độ tin cậy, chính xác, trung thực và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.



## CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

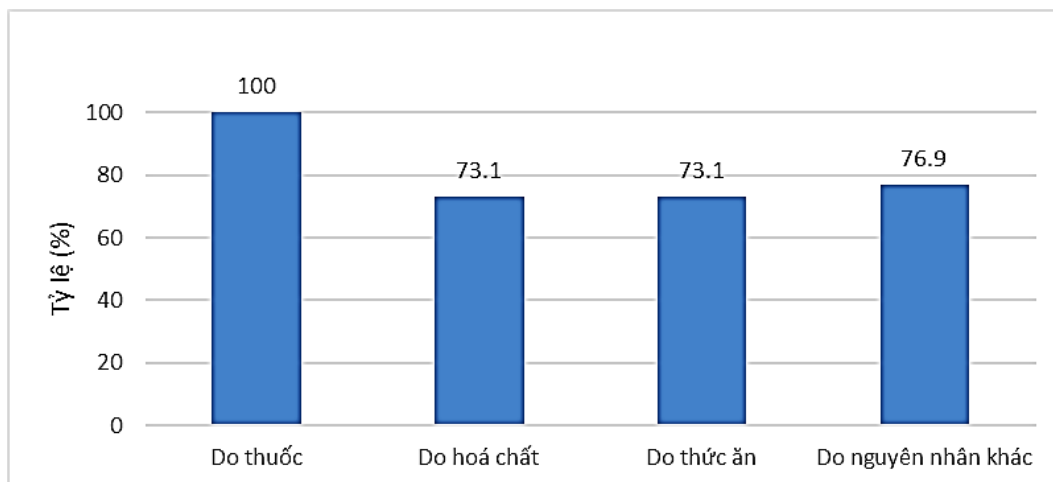
### 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤30	7	26,9
	>30	19	73,1
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
Năm công tác	≤10 năm	10	38,5
	>10 năm	16	61,5
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
Trình độ	Đại học	13	50
	Cao đẳng	5	19,2
	Trung học	8	30,8
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Qua số liệu của bảng 3.1, ta thấy các ĐD viên tham gia nghiên cứu có tuổi đời trên 30 tuổi khá lớn (73,1%), số năm công tác trên 10 năm (61,5%) và trình độ chủ yếu là đại học (50%).

### 3.2. Hiểu biết về phòng và cấp cứu phản vệ



**Biểu đồ 3.1. Hiểu biết về nguyên nhân gây phản vệ của đối tượng (số liệu trong biểu đồ là tỷ lệ % trả lời đúng)**

Nhận xét: Từ kết quả của biểu đồ 3.1, ta thấy tỷ lệ trả lời sai về nguyên nhân gây PV do thức ăn và do hóa chất là khá cao.

**Bảng 3.2. Hiểu biết về triệu chứng phản vệ của đối tượng (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng)**

Triệu chứng của sốc phản vệ	Trả lời đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ /(%)
Mày đay, phù mạch nhanh.	26	100
Khó thở, tức ngực, thở rít.	23	88,5
Đau bụng hoặc nôn.	23	88,5
Tụt huyết áp hoặc ngất.	26	100
Rối loạn ý thức	22	84,6

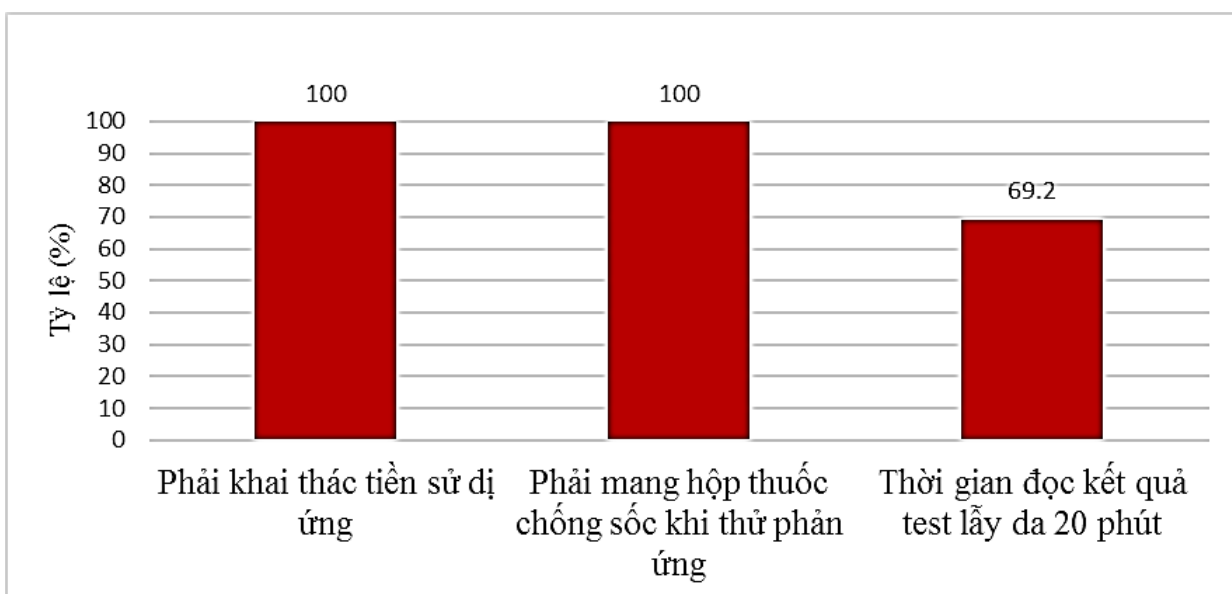
Nhận xét: Dựa vào tỷ lệ trả lời đúng của bảng 3.3, ta thấy triệu chứng có số người trả lời đúng nhất là mày đay, phù mạch nhanh và tụt huyết áp hoặc ngất (100%)

**Bảng 3.3. Hiểu biết về cách xử trí tại chỗ phản vệ theo phác đồ quy định (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng)**

Cách xử trí	Trả lời đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).	26	100
Tiêm Adrenaline 1ml/1mg dưới da: 1/2- 1 ống người lớn, không quá 0,3ml ở trẻ em.	24	92,3
Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.	26	100
Thở oxy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ	22	84,6

Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.	21	80,8
Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch 01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh.	18	69,2
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).	16	61,5
Điều dưỡng được tiêm Adrenaline khi bác sĩ không có mặt	24	92,3

Nhận xét: Dựa vào tỷ lệ các ĐD trả lời đúng ở bảng 3.3, ta thấy tỉ lệ các ĐD viên trả lời thiếu chính xác về cách xử trí 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) (61,5%) và kế tiếp là Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch 01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (69,2%).



**Biểu đồ 3.2. Hiểu biết về cách phòng chống phản vệ (số liệu trong biểu đồ là tỷ lệ % trả lời đúng)**

Nhận xét: Số ĐD có hiểu biết đúng về cách phòng chống sốc phản vệ ở biểu đồ 3.2 đạt tương đối cao, tuy nhiên ĐD hiểu chính xác về thời gian đọc kết quả còn thấp chiếm (69,2%).

**Bảng 3.4. Kiến thức phòng chống phản vệ với độ tuổi của điều dưỡng viên (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng)**

Nội dung		Nguyên nhân	Triệu chứng	Cách xử trí	Cách phòng
Tuổi	≤ 30 (7 ĐD)	6 (85,7%)	5 (71,4%)	6 (85,7%)	6 (85,7%)
	> 30 (19 ĐD)	13 (68,4%)	15 (78,9%)	10 (52,6%)	10 (52,6%)

Nhận xét: Qua số liệu bảng trên ta thấy, tỉ lệ điều dưỡng có kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng, cách phòng đầy đủ đúng về sốc phản vệ còn thấp, đặc biệt là cách xử trí còn rất thấp. Tỉ lệ các ĐD viên trả lời đúng tập trung chủ yếu ở độ tuổi trên 30 tuổi.

**Bảng 3.5. Kiến thức phòng chống phản vệ với số năm công tác của điều dưỡng viên (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng)**

Nội dung		Nguyên nhân	Triệu chứng	Cách xử trí	Cách phòng
Năm công tác	≤10 Năm (10ĐD)	9 (90%)	8 (80%)	7 (70%)	8 (80%)
	>10 Năm (16 ĐD)	10 (62,5%)	12 (75%)	9 (56,3%)	10 (62,5%)

Nhận xét: Tỷ lệ ĐD hiểu biết về phòng chống sốc ở bảng 3.5, ta thấy các ĐD có số năm công tác dưới 10 năm trả lời đúng chiếm tỷ lệ cao.

**Bảng 3.6. Kiến thức về phòng chống phản vệ với trình độ của các điều dưỡng viên (số liệu trong bảng là tỷ lệ % trả lời đúng)**

Nội dung		Nguyên nhân	Triệu chứng	Cách xử trí	Cách phòng
<b>Trình độ</b>	Đại học (13ĐD)	11 (84,6%)	12(92,3%)	9 (69,2%)	10 (76,9%)
	Cao đẳng (5 ĐD)	4 (80%)	4 (80%)	3 (60%)	3 (60%)
	Trung cấp (8 ĐD)	4 (50%)	4 (50%)	4 (50%)	5 (62,5%)

Nhận xét: Qua số liệu của bảng 3.6, ta thấy các câu trả lời đúng của các ĐD có trình độ đại học chiếm tỷ lệ cao nhất và ngược lại là trình độ trung cấp.

## **CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN**

### **4.1. Về đặc điểm của đối tượng**

Các đối tượng tham gia nghiên cứu đại đa số trên 30 tuổi (19/26 ĐD viên trên 30 tuổi), Điều này phù hợp với tình hình hoạt động của bệnh viện vì bệnh viện được thành lập từ năm 2011 nên đến nay số lượng điều dưỡng được tuyển dụng có tuổi đời từ 30-40 tuổi chiếm đa số.

Các ĐD viên tham gia nghiên cứu chủ yếu có số năm công tác trên 10 năm (chiếm 61,5%), như vậy hầu hết các ĐD viên là đối tượng được tuyển dụng từ lúc bệnh viện mới thành lập, gắn bó lâu dài với bệnh viện.

Hầu hết các ĐD tham gia nghiên cứu có trình độ khá cao, chủ yếu là đại học chiếm 50%, cao đẳng chiếm 19,2%, trung cấp chiếm 30,8%. Hiện nay các điều dưỡng tại bệnh viện đang tiếp tục học tập để nâng cao trình độ chuyên môn.

### **4.2. Kiến thức của đối tượng về phản vệ**

Về nguyên nhân gây phản vệ, các ĐD viên đều nhận thức được nguyên nhân do thuốc (100%) nhưng lại chưa có nhận thức hoàn toàn đúng về nguyên nhân gây PV do hóa chất (73,1%) và do thực phẩm (73,1%).

Các ĐD tham gia nghiên cứu đều nhận thức được các triệu chứng của phản vệ. Hầu hết các ĐD tại bệnh viện (trên 80%) đều nắm chắc về triệu chứng khi sốc phản vệ xảy ra.

Trong việc xử trí tại chỗ PV theo quy định, các ĐD đều biết cho BN ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên và cho BN nằm tại chỗ. Tuy nhiên, các ĐD lại chưa biết Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch 01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml NaCl 0,9% và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (69,2%)..

Tất cả các đối tượng đều có sự hiểu biết về việc khai thác tiền sử dị ứng cũng nhận thức được tầm quan trọng của việc mang hộp chống sốc khi thử test, tuy nhiên tỷ lệ ĐD hiểu về thời gian đọc kết quả test lấy da vẫn còn thấp (69,2%), vấn đề này

cần phải xem xét lại vì đây là một trong những điều hết *sức cơ bản của ĐD*.

### **4.3. Kiến thức về phản vệ với những yếu tố liên quan**

Sự liên quan giữa tuổi của các ĐD với nhận thức về phản vệ, nhóm ĐD có độ tuổi dưới 30 tuổi có tỷ lệ trả lời đúng cao hơn so với nhóm tuổi trên 30. Như vậy, có thể thấy rõ được sự khác biệt ở tuổi tác sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến nhận thức của ĐD về sức phản vệ.

Sự ảnh hưởng của năm công tác đến kiến thức của ĐD về phản vệ, những ĐD có số năm công tác dưới 10 năm tại viện có tỷ lệ trả lời đúng nhiều nhất ở các nội dung trên 80%, do nhóm ĐD này một phần vừa tốt nghiệp nên có kiến thức khá vững vàng và phong phú. Qua đó ta thấy số năm công tác cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức của ĐD về kiến thức phòng chống phản vệ. Ảnh hưởng của trình độ với nhận thức của ĐD về phản vệ.

Qua số liệu bảng 3.6 ta nhận thấy đối tượng ĐD đại học hiểu khá tốt về kiến thức phòng chống sốc. ĐD có trình độ trung cấp hiểu biết về kiến thức còn hạn chế nguyên nhân chiếm 50%, xử trí 50%, triệu chứng 50%, phòng chống 62,5%.

## CHƯƠNG 5. KẾT LUẬN – KIẾN NGHỊ

### 5.1. Kết luận

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

Vì thế cần phải có một đội ngũ các bác sĩ cùng ĐD có kiến thức chuyên môn cao cùng các máy móc trang thiết bị để xử lý kịp thời các ca bệnh tránh các trường hợp đáng tiếc xảy ra.

Qua kết quả nghiên cứu trên chúng tôi rút ra kết luận, đội ngũ ĐD của bệnh viện đã nắm cơ bản tốt về phòng chống sốc phản vệ, điều đó được chứng minh ở một số kết quả thống kê sau:

100% ĐD đã nhận thức đúng nguyên nhân PV là do thuốc.

100% ĐD biết được triệu chứng sốc (mày đay, phù mạch nhanh, HA tụt, ngất)

100% ĐD biết cách xử trí khi PV xảy ra là ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên và cho BN nằm tại chỗ.

100% ĐD nhận thức được khi thực hiện kỹ thuật phải khai thác tiền sử dị ứng và mang hộp chống sốc.

92,3% ĐD ý thức được rằng cần tiêm Adrenaline để cấp cứu kịp thời người bệnh khi bác sĩ không có mặt.

### 5.2. Kiến nghị

Qua kết quả thu được từ nghiên cứu trên, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

- Tổ chức tập huấn thông tư 51/2017/TT-BYT, Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ cho toàn bộ điều dưỡng bệnh viện.

- Phòng ĐD và ĐD trưởng phải tăng cường kiểm tra, giám sát về kiến thức của ĐD về công tác phòng và xử trí phản vệ.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004), *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh, Tập 2, Kỹ thuật test lấy da*, Hà Nội, Trang 57 - 60.
2. Bộ Y tế (2017), *Thông tư 51/2017/TT-BYT, Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*.
3. Hoàng Văn Sáng (2012), “Mô tả kiến thức điều dưỡng viên bệnh viện 354 về phòng và cấp cứu sốc phản vệ”.

## PHỤ LỤC

### PHIẾU PHÒNG VẤN

#### MÔ TẢ KIẾN THỨC ĐIỀU DƯỠNG VIÊN BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI BẾN TRE VỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

##### A – Hành Chính

1. Tuổi..... 2. Giới: Nam.....Nữ .....
3. Năm công tác.....
4. Trình độ: Đại học  Cao đẳng Trung cấp

##### B – Nội dung phòng và xử trí phản vệ

1.	Theo anh/ chị Nguyễn nhân gây phản vệ là gì?	1. Do thuốc 2. Do hoá chất 3. Do thức ăn 4. Do nguyên nhân khác
2.	Theo anh/ chị Triệu chứng của phản vệ là gì?	1. Mày đay, phù mạch nhanh. 2. Khó thở, tức ngực, thở rít. 3. Đau bụng hoặc nôn. 4. Tụt huyết áp hoặc ngất. 5. Rối loạn ý thức.
3.	Anh/ chị hãy nêu các bước xử trí phản vệ nặng (độ II), nguy kịch (độ 3).	1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có). 2. Tiêm Adrenaline 1ml/1mg dưới da:1/2- 1 ống người lớn, không quá 0,3ml ở trẻ em. 3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn. 4. Thở oxy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ hở

		<p>5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.</p> <p>6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch 01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (02 ống pha với 500ml nacl 0,9%) và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh.</p> <p>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).</p>
5.	Theo anh/ chị Điều dưỡng được tiêm Adrenaline khi bác sỹ không có mặt hay không?	<p>1. Được phép</p> <p>2. Không được phép</p>
4.	Theo anh/ chị Cách phòng chống phản vệ.	<p>1. Phải khai thác tiền sử dị ứng</p> <p>2. Phải mang hộp chống sốc khi thử phản ứng</p> <p>3. Thời gian đọc kết quả test lấy da: 20 phút</p>

*Cảm ơn anh (chị) đã trả lời!*