

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO AEROMONAS HYDROPHILA ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Thúy¹, Trần Văn Giang^{1,2}, Nguyễn Xuân Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố tiên lượng tử vong ở người bệnh (NB) nhiễm khuẩn huyết (NKH) do Aeromonas hydrophila điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu toàn bộ NB được chẩn đoán NKH do A. hydrophila điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương trong thời gian từ 2011 đến 2016. **Kết quả:** Trong thời gian 7 năm, bệnh viện có tổng số 32 NB được chẩn đoán NKH do A. hydrophila. Trong đó, tỷ lệ NB sốc nhiễm khuẩn là 37,5%; tỷ lệ tử vong là 34,4%. Các yếu tố tiên lượng tử vong có ý nghĩa bao gồm: suy tạng (suy thận, suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy chức năng thần kinh) nguy cơ tử vong ($p \leq 0,009$; $OR > 13$, khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1); PCT $\geq 2,2$ ng/ml ($OR = 7,4$ (95% CI: 1,4 – 38,4) và độ thanh thải PCT (PCT-c) giảm nhỏ hơn -25,8% ($OR=16$ (95%CI: 2,6 – 97,2); Điểm APACHE II ≥ 20 điểm có liên quan chặt chẽ tới nguy cơ tử vong, $OR = 35$ (95% CI: 3,3 – 368). **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết, A. hydrophila, yếu tố tiên lượng tử vong.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS IN BACTEREMIA CAUSED BY AEROMONAS HYDROPHILA AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASE

Objective: Describe prognostic factors in patients with septicemia caused by A. hydrophila at National Hospital for Tropical Diseases. **Materials and methods:** A cross-sectional study was carried out on all patients diagnosed with septicemia caused by A. hydrophila at National Hospital for Tropical Diseases during the period from 2011 to 2016. **Results:** A total of 32 patients with bacteremia due to A. hydrophila were identified. The incidence of septic shock was 37.5%, the mortality was 34.4%. Mortality was significantly associated with organ dysfunction (kidney failure, respiratory failure, circulatory failure, neurological failure) ($P \leq 0.009$; $OR > 13$, 95%CI no contains value 1); Procalcitonin (PCT) ≥ 2.2 ng/ml ($OR = 7.4$ (95% CI: 1.4 – 38.4)); PCT-clearance (PCT-c) decreased less than -25.8% ($OR=16$, (95%CI: 2.6 – 97.2)); APACHE II score ≥ 20 points ($OR = 35$ (95% CI: 3.3 – 368)). **Keywords:** Sepsis, A. hydrophila, prognostic factors.

¹Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thúy

Email: buithithuy.3008@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một tình trạng đe dọa tính mạng do rối loạn điều hòa phản ứng của vật chủ đối với nhiễm trùng dẫn đến rối loạn chức năng cơ quan và là nguyên nhân chính gây tử vong ở các đơn vị chăm sóc hồi sức tích cực tại nhiều quốc gia [1]. Tại Việt Nam, NKH cũng là nguyên nhân tử vong quan trọng được ghi nhận tại các bệnh viện, đặc biệt ở các đơn vị hồi sức tích cực. Với mỗi tác nhân gây bệnh NKH thường sẽ có những yếu tố nguy cơ mắc bệnh và yếu tố nguy cơ tử vong khác nhau (tuổi, giới, bệnh nền, tình trạng suy các tạng,...). Vì vậy việc tìm hiểu các yếu tố tiên lượng sớm trong việc can thiệp điều trị và dự đoán tử vong cần sẽ giúp ích rất nhiều cho các bác sĩ lâm sàng. Tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, trong những năm gần đây chúng tôi ghi nhận những ca bệnh NKH do A. hydrophila, đa số các ca bệnh đều nhập viện trong bệnh cảnh lâm sàng nặng và tỷ lệ tử vong cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu các yếu tố tiên lượng nặng ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết do A. hydrophila điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tất cả các người bệnh khám và điều trị nội trú tại bệnh viện được chẩn đoán xác định là NKH do A. hydrophila.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán NKH do A. hydrophila khi có đủ 2 tiêu chuẩn sau:

- Có $\geq 2/4$ tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và/hoặc có triệu chứng lâm sàng gợi ý đường vào NKH

- Cây máu cho kết quả dương tính với A. hydrophila và được làm kháng sinh đồ đánh giá độ nhạy cảm và kháng kháng sinh của vi khuẩn

* Tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống:

- Nhiệt độ > 38 độ C hoặc < 36 độ C

- Tần số tim > 90 chu kỳ/phút

- Tần số thở > 20 chu kỳ/phút hoặc PaCO₂ < 32 mmHg

- Bạch cầu > 12 G/l hoặc < 4 G/l hoặc $> 10\%$ bạch cầu non

* Các triệu chứng gợi ý đường vào nhiễm khuẩn huyết

- Có ổ nhiễm khuẩn khởi điểm như: nhiễm khuẩn da mô mềm, nhiễm khuẩn tiết niệu...

- Sốt, mạch nhanh
- Gan, lách, hạch to
- Có hoặc không có ổ nhiễm khuẩn di bệnh

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong thời gian từ tháng 01/2011 đến tháng 6/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian từ trên sẽ được thu thập.

Cách thức thu thập thông tin: thông tin người bệnh được thu thập theo một mẫu bệnh án.

Xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 7 năm, bệnh viện có tổng số 32 NB được chẩn đoán NKH do A. hydrophila

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Tình trạng lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh

Chỉ số		n	Tỷ lệ (%)
Phân loại mức độ	NKH	4	12,5
	NKH nặng	17	53,1
	Sốc nhiễm khuẩn	12	37,5
Sốc (n=9)	Trước vào viện	6	18,7
	Sau vào viện	6	18,7
APACHE II	Sau triệu chứng đầu tiên X ± SD (min-max)	2,7±1,3 (1 - 5)	
	X ± SD (min - max)	19,25±9,6(5-50)	
Suy tạng	≥ 20 điểm	8	25
	Suy hô hấp	11	34,4
	Suy gan	21	65,6
	Suy chức năng thần kinh	4	12,5
	Suy tuần hoàn	9	28,1
	Suy thận	8	25
	Rối loạn huyết học	5	15,6
	Không suy tạng	5	15,6
	Suy 1 tạng	15	46,9
	Suy 2 tạng	3	9,4
	Suy 3 tạng	2	6,3
	Suy 4 tạng	4	12,5
	Suy ≥ 5 tạng	3	9,4
Kết quả điều trị	Khỏi bệnh	21	65,6
	Tử vong	11	34,4

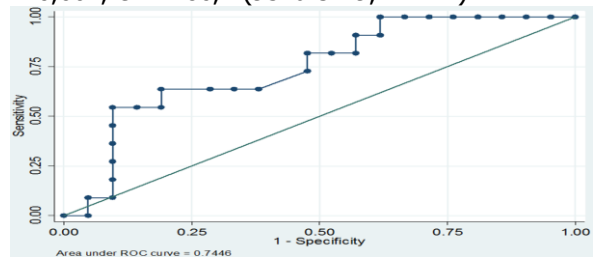
Nhận xét: tỷ lệ người bệnh sốc nhiễm khuẩn 37,5%. Điểm trung bình APACHE II của nhóm BN nghiên cứu là 19,25 ± 9,6. Tỷ lệ BN suy chức năng các cơ quan là: hay gặp nhất là suy gan 65,6%; suy hô hấp chiếm 34,4%; có 28,1% BN suy tuần hoàn, 25% BN suy thận và

15,6% có rối loạn huyết học. Tỷ lệ tử vong 34,4%.

Bảng 2. Liên quan một số yếu tố lâm sàng và nguy cơ tử vong

Yếu tố	Sống n(%)	Tử vong n(%)	P	OR (95% CI)
Tuổi ≥65	4 (19)	1 (9,1)	0,44	0,42 (0,04 - 4,35)
Giới nam	17 (81)	9 (81,8)	0,95	1,05 (0,16 - 6,94)
Bệnh lý nền				
Xơ gan	10 (47,6)	9 (81,8)	0,053	4,9 (0,85 - 28,6)
Đái tháo đường	3 (14,3)	1 (9,1)	0,66	0,6 (0,05 - 6,56)
Ô nhiễm khuẩn đường vào				
Tiêu hóa	14 (66,7)	9 (81,8)	0,35	2,2 (0,37 - 13,35)
Da và mô mềm	3 (14,3)	2 (18,2)	0,77	1,3 (0,18 - 9,4)
NKH bệnh viện	7 (33,3)	5 (45,5)	0,5	1,67 (0,37 - 7,42)
Sốc	1/21 (4,7)	11/12 (91,7)	< 0,001	137,8(15,8 - +∞)
Suy gan	11 (52,4)	10 (90,9)	0,02	9,1 (0,99 - 84,3)
Suy thận	0 (0)	8 (72,7)	< 0,001	54,2 (6,7 - +∞)
Suy hô hấp	3 (14,3)	8 (72,7)	< 0,001	16 (2,6 - 97,2)
Rối loạn huyết học	3 (14,3)	2 (18,2)	0,77	1,3 (0,18 - 9,47)
Suy tuần hoàn	0 (0)	9 (81,8)	< 0,001	80,4 (9,7 - +∞)
Suy thần kinh	0 (0)	4 (36,4)	0,009	13,3 (1,5 - +∞)
2 tạng	1 (4,8)	2 (18,2)	0,23	4,4 (0,35 - 55,57)
≥ 3 tạng suy	0 (0)	9 (81,8)	< 0,001	80,4 (9,7 - +∞)

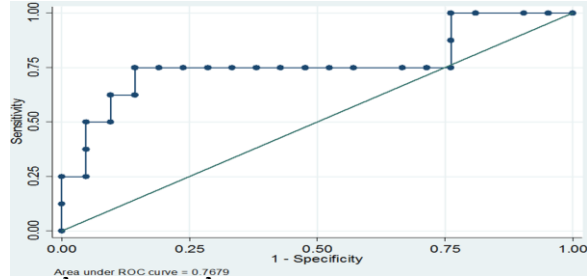
Nhận xét: Yếu tố tuổi, giới, bệnh lý nền như xơ gan, đái tháo đường không có liên quan tới nguy cơ tử vong. Tình trạng suy hô hấp, suy thận, suy tuần hoàn và suy chức năng thần kinh có liên quan rõ rệt đến nguy cơ tử vong. Tình trạng suy ≥ 3 tạng có liên quan chặt với nguy cơ tử vong, với P < 0,001, OR = 80,4 (95% CI: 9,7 - +∞).



Biểu đồ 1: Biểu đồ ROC của trị số

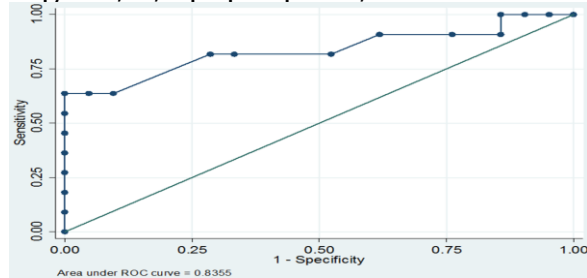
procalcitonin và kết quả điều trị

Nhận xét: Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và nhóm tử vong là 2,2 ng/ml, với độ nhạy là 0,64; độ đặc hiệu: 0,81



Biểu đồ 2: Biểu đồ ROC của trị số PCT-c và kết quả điều trị

Nhận xét: Điểm phân tách là $\geq -25,8$; độ nhạy là 0,75, độ đặc hiệu là 0,857.



Biểu đồ 3: Biểu đồ ROC của trị số APACHE II và kết quả điều trị

Nhận xét: Điểm phân tách giữa nhóm sống và nhóm tử vong là 20 điểm, với độ nhạy là 0,636; độ đặc hiệu 0,904.

Bảng 3. Liên quan một số yếu tố tiên lượng và nguy cơ tử vong

Yếu tố	Sống n (%)	Tử vong n (%)	P	OR (95% CI)
PCT \geq 2,2 ng/ml	4 (19)	7 (63,6)	0,012	7,4 (1,4 - 38,4)
PCT-c \geq -25,8%	3 (14,3)	8 (72,7)	<0,001	16 (2,6 - 97,2)
APACHE II \geq 20	1 (4,8)	7 (63,6)	<0,001	35 (3,3 - 368)

Nhận xét: Giá trị PCT \geq 2,2 ng/ml có giá trị tiên lượng tử vong với P = 0,012, OR = 7,4 (95% CI: 1,4 - 38,4). Chỉ số PCT-c giảm \leq 25,8% có giá trị tiên lượng tử vong với P < 0001, OR = 16 (95% CI: 2,6 - 97,2). Điểm APACHE II \geq 20 có giá trị tiên lượng tử vong với P < 0001, OR = 35 (95% CI: 3,3 - 368).

IV. BÀN LUẬN

A. hydrophila được biết đến như vi khuẩn gây bệnh cơ hội, chúng sẽ gây bệnh cho người khi sức đề kháng suy giảm và hầu hết các NB NKH do A. hydrophila đều nhập viện trong tình trạng NKH nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn. Nghiên

cứu của chúng tôi cho kết quả: tỷ lệ NB nhập viện điều trị trong tình trạng NKH nặng (59,4%), và tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn là 37,5%, tỷ lệ tử vong là 34,4%. Kết quả này của chúng tôi tương đồng so với một số nghiên cứu trước đó: tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của Duyren và cộng sự là 46% [2]; hay nghiên cứu năm 2014 tại Đà Loan với tỷ lệ tử vong chung là 23%, tỷ lệ tử vong tại các NB điều trị hồi sức tích cực là 33% [3].

Khi sử dụng bộ tiêu chuẩn suy chức năng các tạng theo MODS (Multiple organ dysfunction score) và Knaus, chúng tôi thấy tỷ lệ suy các tạng lần lượt là: suy gan (65,6%); suy hô hấp (34,4%); suy tuần hoàn là 28,1%; suy thận (25%); rối loạn huyết học là 15,6% và suy chức năng thần kinh là 12,5%. Nghiên cứu của tác giả Chuang và cộng sự về NKH do A. hydrophila năm 2011 cho kết quả: suy tuần hoàn là 40%, suy thận là 25% và suy hô hấp là 14% [4]. So sánh với nghiên cứu trên thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng về tỷ lệ suy thận và tỷ lệ suy tuần hoàn thì thấp hơn. Khi đánh giá số tạng suy ở NB nghiên cứu: có tới 84,4% NB có suy tạng, 44,4% NB có tình trạng suy đa tạng (\geq 2 tạng): tỷ lệ suy 2 tạng là 9,4%; suy 3 tạng là 6,3%; suy 4 tạng là 12,5% và có 9,4% NB có suy \geq 5 tạng. Tình trạng suy chức năng các tạng khiến tình trạng NB nặng lên và nguy cơ tử vong tăng cao.

Khi đánh giá cụ thể liên quan giữa yếu tố các tạng suy và nguy cơ tử vong, chúng tôi nhận thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa tình trạng suy thận, suy hô hấp, suy tuần hoàn và suy chức năng thần kinh với nguy cơ tử vong. Cụ thể, nguy cơ tử vong của NB có suy thận cao gấp 54,2 lần so với không có suy thận, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (95% CI: 6,7 - $+\infty$). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Jae-Phil Choi và cộng sự [5]. Và các NB có suy hô hấp cũng có nguy cơ tử vong cao gấp 16 lần so với các NB không có suy hô hấp, với giá trị p < 0,001 (95% CI: 2,6 - 97,2).

Hiện nay, việc sử dụng các dấu ấn sinh học trong việc theo dõi và điều trị nhiễm trùng được áp dụng rộng rãi, trong đó thì procalcitonin vừa là xét nghiệm có giá trị xác định và theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn vừa là xét nghiệm có giá trị tiên lượng NKH nặng và sốc nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu này, tất cả NB nghiên cứu đều được tiến hành làm xét nghiệm PCT huyết thanh để xác định tình trạng bệnh và theo dõi quá trình điều trị. Phân tích biểu đồ đường cong ROC giá trị PCT thì diện tích dưới đường cong là 0,744; 95% CI: 0,564 - 0,924. Đây là mức độ khá có giá trị phân biệt hai nhóm sống và tử vong, điểm

phân tách là 2,2 ng/ml (độ nhạy là 0,64 và độ đặc hiệu là 0,91). Kết quả phân tích hồi suy logistic cho thấy, nguy cơ tử vong của nhóm có giá trị PCT $\geq 2,2$ ng/ml cao gấp 7,4 lần so với nhóm có giá trị PCT $< 2,2$ ng/ml, với $P = 0,12$; khoảng tin cậy 95% là 1,4 – 38,4. Nghiên cứu gộp của tác giả Dan Liu và cộng sự năm 2015, phân tích kết quả từ 23 nghiên cứu khác nhau và tổng số NB NKH nghiên cứu là 3994 với mục đích đánh giá liên quan yếu tố PCT với nguy cơ tử vong. Các tác giả nhận thấy mặc dù điểm phân tách có thể khác nhau giữa các nghiên cứu (do đặc điểm cụ thể từng nhóm NB nghiên cứu), PCT có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong ở NB NKH với $p < 0,05$ (OR lớn hơn 1 và khoảng tin cậy không chứa 1) [6].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu, do đó chúng tôi không thể tiến hành tính chỉ số PCT-c tại 1 thời điểm cho tất cả các NB. Hầu hết các NB nghiên cứu của chúng tôi (29/32 NB) được tiến hành đánh giá chỉ số PCT lần 2 ở thời điểm trong vòng 7 ngày đầu sau lần xét nghiệm đầu tiên. Vì vậy chúng tôi tiến hành phân tích giá trị tiên lượng của PCT-c trong 7 ngày đầu. Kết quả chúng tôi thu được: giá trị trung bình PCT-c của nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm sống (2036 ± 5279 so với $-51,5 \pm 44,3$; với $P = 0,028$). Phân tích đường cong ROC của PCT-c trong 7 ngày đầu cho kết quả: diện tích dưới đường cong là 0,769; điểm phân tách là $\geq -25,8\%$, độ nhạy là 75% và độ đặc hiệu 85,7%. Với những NB có giá trị PCT-c giảm nhỏ hơn 25,8% trong vòng 7 ngày cơ nguy cơ tử vong cao gấp 16 lần so với nhóm còn lại (với khoảng tin cậy 95%: 2,6 – 97,2). Hiện chưa có nghiên cứu nào trên đối tượng NB NKH do A. hydrophila, sử dụng yếu tố PCT-c đánh giá nguy cơ tử vong. Nhưng các nghiên cứu trên đối tượng NB NKH nói chung hay sốc nhiễm khuẩn cho thấy: PCT-c có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong rất tốt: nghiên cứu của Guan và cộng sự năm 2011 cho kết quả: nhóm NB có giá trị PCT-c giảm nhỏ hơn 25% trong 5 ngày có nguy cơ tử vong cao gấp 50 lần so với nhóm còn lại (95% CI: 3,2 – 779,9) [7]; hay nghiên cứu của Mat Nor năm 2014, PCT-c giảm dưới 30% trong vòng 48 giờ đầu có liên quan với nguy cơ tử vong, OR = 2,18 (95% CI: 1,07 – 4,45) [8].

Điểm APACHE II trung bình của NB nghiên cứu là 19,25; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sống và nhóm tử vong với $p = 0,002$. Bệnh càng nặng thì điểm càng cao và đồng nghĩa nguy cơ tử vong cũng tăng theo. Phân tích biểu đồ đường cong ROC của thang điểm APACHE II: diện tích dưới đường cong là

0,835; thang điểm có giá trị tương đối tốt để phân biệt hai nhóm sống và tử vong. Và điểm phân cắt là 20 điểm với độ nhạy là 63,6% và độ đặc hiệu là 90,4%. Các NB có điểm số APACHE II ≥ 20 điểm có nguy cơ tử vong gấp 35 lần so với nhóm còn lại, $p < 0,001$; (khoảng tin cậy 95%: 3,3 – 368). Kết quả này tương tự với kết quả của nhóm tác giả tại Đài Loan năm 2011: nhóm NB có điểm số APACHE II ≥ 20 điểm có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm còn lại ($P < 0,001$, OR = 29,3) [4]. Bảng điểm này có rất nhiều ưu điểm trong quá trình sử dụng: để áp dụng trong lâm sàng đặc biệt khi kết hợp với việc đánh giá một nhóm bệnh được mô tả cụ thể (như NKH do vi khuẩn cụ thể), giúp các bác sĩ lâm sàng phân loại NB theo tiên lượng để có kế hoạch điều trị và theo dõi khác nhau.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn là 37,5%; Tỷ lệ NB có suy tạng là 84,4%: suy 1 tạng (46,9%), suy 2 tạng (9,4%), suy ≥ 3 tạng (28,1%).

- Kết quả điều trị: 65,6% NB khỏi bệnh, 34,4% NB tử vong.

- Yếu tố tuổi cao ≥ 65 , giới, bệnh nền xơ gan, đái tháo đường không có liên quan nguy cơ tử vong.

- Có sự liên quan chặt chẽ giữa tình trạng suy chức năng tạng: suy thận, suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy chức năng thần kinh và nguy cơ tử vong ($p \leq 0,009$; OR > 13 , khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1).

- Nhóm NB có ≥ 3 tạng suy có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm còn lại với $p < 0,001$; OR = 80,4% (95% CI: 9,7 - $+\infty$).

- Điểm phân tách PCT $\geq 2,2$ ng/ml có giá trị tiên lượng tử vong với $p = 0,012$; OR = 7,4 (95% CI: 1,4 – 38,4).

- Nhóm NB có độ thanh thải PCT giảm nhỏ hơn -25,8% có nguy cơ tử vong cao gấp 16 lần so với nhóm còn lại, $p < 0,001$ (95%CI: 2,6 – 97,2).

- Điểm APACHE II ≥ 20 điểm có liên quan chặt chẽ tới nguy cơ tử vong với $p < 0,001$, OR = 35 (95% CI: 3,3 – 368).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dugar S, Choudhary C, Duggal A.** Sepsis and septic shock: Guideline-based management. *Cleve Clin J Med*, 2020. 87(1): p. 53-64.
2. **Dryden M and Munro R.** Aeromonas septicemia: relationship of species and clinical features. *Pathology*, 1989. 21(2): p. 111-4.
3. **Tang HJ et al.** Clinical manifestations of bacteremia caused by Aeromonas species in southern Taiwan. *PLoS One*, 2014. 9(3): p. e91642.
4. **Han-Chuan Chuang et al.** Different clinical characteristics among Aeromonas hydrophila, Aeromonas veronii biovar sobria and Aeromonas

- caviae monomicrobial bacteremia. J Korean Med Sci, 2011. 26(11): p. 1415-20.
5. **Choi J.P, et al.** Clinical significance of spontaneous Aeromonas bacterial peritonitis in cirrhotic patients: a matched case-control study. Clin Infect Dis, 2008. 47(1): p. 66-72.
 6. **Dan Liu, L.S., et al.** Prognostic Value of Procalcitonin in Adult Patients with Sepsis: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One, 2015. 10(6): p. e0129450.
 7. **Guan J, Lin Z, and Lue H.** Dynamic change of procalcitonin, rather than concentration itself, is predictive of survival in septic shock patients when beyond 10 ng/mL. Shock, 2011. 36(6): p. 570-4.
 8. **Mat Nor, M.B. and A. Md Ralib.** Procalcitonin clearance for early prediction of survival in critically ill patients with severe sepsis. Crit Care Res Pract, 2014. 2014: p. 819034.

KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Hải Lâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và một số yếu tố liên quan đến kiến thức của điều dưỡng trong việc phòng và xử trí phản vệ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 230 đối tượng tại địa điểm nghiên cứu từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu là nữ, tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cao đẳng, đại học và sau đại học tương đối cao so với tỷ lệ chung của một số bệnh viện khác. Đối tượng tham gia nghiên cứu đã được học theo hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ theo thông tư 51/2017/TT-BYT là 92,2%. Nghiên cứu chỉ ra có sự liên quan giữa trình độ điều dưỡng với kiến thức phòng, xử trí và theo dõi phản vệ nhưng không có sự liên quan giữa thâm niên công tác và nơi công tác với kiến thức phòng, xử trí và theo dõi phản vệ. **Kết luận:** Qua nghiên cứu đã cho thấy cần yêu cầu nhân viên y tế đặc biệt là điều dưỡng học tập nâng cao trình độ giúp người điều dưỡng tự tin hơn khi chăm sóc người bệnh, ra quyết định, đảm bảo sự an toàn cho người bệnh. Cần tổ chức các lớp tập huấn, củng cố kiến thức về phòng, xử trí và cấp cứu phản vệ theo hướng dẫn mới nhất của Bộ Y tế cho nhân viên y tế trong bệnh viện. **Từ khóa:** phản vệ, điều dưỡng, phòng, xử trí

SUMMARY

NURSING KNOWLEDGE ABOUT PREVENTATION AND MANAGING OF ANALYSIS AT NAM DINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the current state of knowledge and some factors related to nurses' knowledge in preventing and managing anaphylaxis at Nam Dinh Provincial General Hospital. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 230 subjects from October

2020 to June 2021. **Results:** The majority of research participants were female, the proportion of nurses with diploma, bachelor and postgraduate degrees was relatively high compared to the general proportion of some other hospitals. 92.2% of the study participants were educated according to the instructions for preventing, diagnosing and treating anaphylaxis according to Circular 51/2017/TT-BYT. Results showed that there is a relationship between nursing qualifications and knowledge of prevention, management and monitoring of anaphylaxis, but there is no relationship between seniority and place of work with knowledge of prevention, management and monitoring of anaphylactic. **Conclusion:** It is necessary for medical staff, especially nurses, to study and improve their qualifications to help nurses become more confident when caring for patients, making decisions, and ensuring patient safety. It is necessary to organize training classes to consolidate knowledge on anaphylactic prevention, treatment and emergency treatment according to the latest instructions of the Ministry of Health for medical staff in hospitals. **Keywords:** anaphylaxis, nursing, prevention, management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là tình trạng 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]. Phản ứng phản vệ biểu hiện ở nhiều cơ quan như: da và niêm mạc (mẩn đỏ, ngứa, nổi mề đay, phù...), đường tiêu hóa (ôn, đau bụng, ỉa chảy...), đường hô hấp (khó thở do phù nề thanh quản hoặc khó thở kiểu hen...), hệ tim mạch (mạch nhanh, tụt huyết áp, loạn nhịp [1]. Do đó nhân viên y tế cấp cứu phản vệ phải khẩn trương để đảm bảo đường thở, hô hấp và tuần hoàn cho người bệnh.

Nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành đề tài Kiến thức của điều dưỡng về phòng và xử trí phản vệ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm để từ đó có kế hoạch bồi dưỡng cho điều

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Lâm
Email: hailamdhd@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.4.2024
Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024
Ngày duyệt bài: 8.7.2024