

ống nội khí quản được thực hiện nhanh chóng. Đồng thời, thời gian thực hiện ngắn cũng hạn chế nguy cơ giảm oxy máu trong quá trình thao tác.

Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó đặc điểm giải phẫu đường thở và kinh nghiệm người thực hiện là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả đặt nội khí quản [5]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu quan sát và phân tích ghép cặp cho thấy phương pháp này làm tăng khả năng thành công và cải thiện quan sát thanh môn [3].

V. KẾT LUẬN

Đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản có video đạt tỷ lệ thành công cao, với phần lớn trường hợp thành công ngay lần đầu. Kết quả chịu ảnh hưởng bởi đặc điểm đường thở, tình trạng oxy hóa trước thủ thuật và mức độ cấp cứu. Thời gian thực hiện ngắn có liên quan đến khả năng thành công cao hơn. Những kết quả này cung cấp thêm dữ liệu về ứng dụng kỹ thuật trong thực hành cấp cứu lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jaber S, Amraoui J, Lefrant J-Y, Arich C, Cohendy R, Landreau L, et al. Clinical practice and risk factors for immediate complications of endotracheal intubation in the intensive care unit: a prospective, multiple-center study. *Crit Care Med*. 2006;34:2355–61. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000233879.58720.87>
2. Sakles JC, Chiu S, Mosier J, Walker C, Stolz U. The importance of first pass success when performing orotracheal intubation in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2013;20:71–8. <https://doi.org/10.1111/acem.12055>
3. Mosier JM, Whitmore SP, Bloom JW, Snyder LS, Graham LA, Carr GE, et al. Video laryngoscopy improves intubation success and reduces esophageal intubations compared to direct laryngoscopy in the medical intensive care unit. *Crit Care*. London, England; 2013;17:R237. <https://doi.org/10.1186/cc13061>
4. Lascarrou JB, Boisrame-Helms J, Bailly A, Le Thuaut A, Kamel T, Mercier E, et al. Video Laryngoscopy vs Direct Laryngoscopy on Successful First-Pass Orotracheal Intubation Among ICU Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;317:483–93. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.20603>
5. Hypes CD, Stolz U, Sakles JC, Joshi RR, Natt B, Malo J, et al. Video Laryngoscopy Improves Odds of First-Attempt Success at Intubation in the Intensive Care Unit. A Propensity-matched Analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13:382–90. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201508-505OC>
6. Ruiz FMP, Cruz IA, Cruz DC, Pérez LL, Cruz AC. Rapid sequence intubation. *Emergencias*. 2012;24:397–409.
7. Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia*. 1984;39:1105–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1984.tb08932.x>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SỐC PHẢN VỆ KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI THUỐC VẬN MẠCH - CƯỜNG TIM LIỀU CAO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc

vận mạch - cường tim liều cao điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có phân tích, thực hiện trên 54 bệnh nhân sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch - cường tim liều cao điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025.

Kết quả: Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân, nam chiếm 59,3%, tuổi trung bình $56,2 \pm 17,8$. Nguyên nhân chủ yếu là do thuốc (51,9%), với 55,6% trường hợp khởi phát trong bệnh viện. Tất cả bệnh nhân đều có tụt huyết áp, trong đó suy hô hấp gặp ở 75,9%.

¹ Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanb175@gmail.com

Mã bài: N715

Ngày nhận bài: 2.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2026

Ngày duyệt bài: 2.4.2026

Lactate trung bình là $5,6 \pm 2,3$ mmol/L, pH máu $7,28 \pm 0,08$. Tất cả bệnh nhân sử dụng ≥ 2 thuốc vận mạch, 70,4% cần thở máy xâm nhập, tỷ lệ tử vong là 24,1%. Lactate > 6 mmol/L, SpO₂ $< 90\%$ và không có biểu hiện ngoài da có liên quan đến tử vong ($p < 0,05$).

Kết luận: Sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch - cường tim liều cao có biểu hiện lâm sàng nặng, thường cần hỗ trợ tích cực và có tỷ lệ tử vong đáng kể. Các yếu tố như lactate > 6 mmol/L, SpO₂ $< 90\%$ và không có biểu hiện ngoài da được ghi nhận có liên quan đến tử vong.

Từ khóa: Sốc phản vệ, điều trị thuốc vận mạch - cường tim liều cao, sốc kháng trị, hồi sức cấp cứu.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH REFRACTORY ANAPHYLACTIC SHOCK UNRESPONSIVE TO HIGH-DOSE VASOPRESSOR AND INOTROPIC THERAPY AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with refractory anaphylactic shock unresponsive to high-dose vasopressor and inotropic therapy at Military Hospital 175.

Subjects and Methods: A prospective descriptive study with analytical components was conducted on 54 patients diagnosed with refractory anaphylactic shock unresponsive to high-dose vasopressor and inotropic therapy at Military Hospital 175 from December 2022 to October 2025.

Results: Among 54 patients, 59.3% were male, and the mean age was 56.2 ± 17.8 years. The leading cause was drug-induced anaphylaxis (51.9%), and 55.6% of cases occurred in the hospital setting. All patients presented with hypotension, and 75.9% developed respiratory failure. The mean lactate level was 5.6 ± 2.3 mmol/L, and mean arterial pH was 7.28 ± 0.08 . All patients required two or more vasopressor agents, 70.4% required invasive mechanical ventilation, and the mortality rate was 24.1%. Lactate > 6 mmol/L, SpO₂ $< 90\%$, and absence of cutaneous manifestations were significantly associated with mortality ($p < 0.05$).

Conclusion: Refractory anaphylactic shock unresponsive to high-dose vasopressor and inotropic therapy is characterized by severe clinical manifestations, frequently requiring advanced organ support, and is associated with a substantial mortality rate. Lactate > 6 mmol/L, SpO₂ $< 90\%$, and absence of cutaneous signs are significant predictors of mortality.

Keywords: Anaphylactic shock; high-dose vasopressor and inotropic therapy; refractory shock; critical care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ là một tình trạng cấp cứu nặng, đặc trưng bởi giãn mạch và rối loạn huyết động tiến triển nhanh, có thể dẫn đến tử vong nếu không được xử trí kịp thời. Adrenaline là thuốc điều trị đầu tay, với khoảng 90% trường hợp đáp ứng sau một liều thích hợp [1]. Tuy nhiên, một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân tiến triển thành sốc phản vệ nặng, không đáp ứng với điều trị chuẩn, bao gồm adrenaline và các thuốc vận mạch - cường tim liều cao, được xem là sốc phản vệ kháng trị (refractory anaphylaxis) [1]. Sốc kháng trị là biểu hiện nặng của suy tuần hoàn, liên quan đến giảm đáp ứng của hệ mạch với catecholamine và giãn mạch không kiểm soát, với tỷ lệ tử vong cao [2]. Trong bối cảnh này, các biện pháp điều trị bổ sung như phối hợp nhiều thuốc vận mạch, glucagon, methylene blue hoặc hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể có thể được xem xét, tuy nhiên bằng chứng còn hạn chế và chưa có khuyến cáo thống nhất [1]. Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch - cường tim liều cao còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch - cường tim liều cao điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 54 bệnh nhân sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch - cường tim liều cao điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025.

* Tiêu chí lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi; Được chẩn đoán sốc phản vệ theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế. Có biểu hiện sốc không đáp ứng với điều trị chuẩn, bao gồm sử dụng thuốc vận mạch - cường tim liều cao.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân sốc do nguyên nhân khác (sốc nhiễm khuẩn, sốc tim, sốc giảm thể tích) hoặc không xác định rõ sốc phản vệ.

- Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

Sốc phản vệ được chẩn đoán dựa trên thông tư 51 của Bộ Y tế với tiêu chuẩn lâm sàng với khởi phát nhanh, kèm tụt huyết áp hoặc suy tuần hoàn [3]. Sốc phản vệ kháng trị được xác định khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị chuẩn bằng adrenaline và bù dịch, vẫn còn tình trạng

sốc và cần phối hợp từ hai thuốc vận mạch hoặc cường tim liều cao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có phân tích.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần đạt

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%; α mức ý nghĩa, với $\alpha = 0,05$, có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: ước lượng tỷ lệ hồi phục sau điều trị sốc phản vệ, ước tính $p = 97,48\%$ (theo nghiên cứu của Vũ Tuấn Dũng và cộng sự) [4], chọn $p = 0,9748$; d: sai số chấp nhận được của ước lượng, lấy $d = 0,05$. Thay các chỉ số vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n = 38$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch - cường tim liều cao điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025; thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thực tế khảo sát được 54 bệnh nhân.

2.3. Quy trình tiến hành nghiên cứu:

- Lập bệnh án nghiên cứu.
- Thu thập thông tin:
 - + Đặc điểm chung: tuổi, giới, bệnh nền (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch).
 - + Nguyên nhân gây sốc phản vệ: thuốc, thức ăn, côn trùng, không rõ nguyên nhân.
 - + Hoàn cảnh khởi phát: trong bệnh viện (chu phẫu/thủ thuật), ngoài bệnh viện.
- Ghi nhận đặc điểm lâm sàng khi nhập viện:
 - + Tụt huyết áp, suy hô hấp, co thắt phế quản.
 - + Rối loạn ý thức.
 - + Biểu hiện ngoài da.
- Thu thập chỉ số cận lâm sàng: lactate máu, pH, PaO_2/FiO_2 , creatinine, troponin.
- Đánh giá điều trị:
 - + Sử dụng adrenaline và các thuốc vận mạch/cường tim.
 - + Số lượng thuốc vận mạch sử dụng.
 - + Hỗ trợ hô hấp (thở máy xâm nhập).
 - + Các biện pháp hồi sức nâng cao (ECMO).
- Ghi nhận kết cục điều trị: tử vong hoặc sống.
- Phân tích các yếu tố liên quan đến tử vong: lactate > 6 mmol/L, $SpO_2 < 90\%$, biểu hiện ngoài da, hoàn cảnh chu phẫu.

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS statistic 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến thành công đặt nội khí quản lần đầu (các biến có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến); giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu trước khi thu thập dữ liệu. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ($n = 54$)

Đặc điểm		Số lượng n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	32	59,3
	Nữ	22	40,7
Tuổi (Trung bình $\pm$ SD)		56,2 $\pm$ 17,8	
Bệnh nền	Tăng huyết áp	21	38,9
	Đái tháo đường	15	27,8
	Bệnh tim mạch	12	22,2
	Không bệnh nền	14	25,9

Nhận xét: Trong 54 bệnh nhân nghiên cứu, nam chiếm 59,3%, nữ chiếm 40,7%. Tuổi trung bình là 56,2 $\pm$ 17,8. Các bệnh lý nền thường gặp gồm tăng huyết áp (38,9%), đái tháo đường (27,8%) và bệnh tim mạch (22,2%). Có 25,9% bệnh nhân không ghi nhận bệnh nền.

Bảng 2. Nguyên nhân và hoàn cảnh khởi phát ($n=54$)

Nguyên nhân	Số lượng n	Tỷ lệ %
Thuốc	28	51,9
Thức ăn	9	16,7
Côn trùng	6	11,1
Không rõ	11	20,3
Hoàn cảnh		
Trong bệnh viện (chu phẫu/thủ thuật)	30	55,6
Ngoài bệnh viện	24	44,4

Nhận xét: Nguyên nhân gây sốc phản vệ chủ yếu là do thuốc (51,9%), tiếp theo là thức ăn (16,7%), côn trùng (11,1%) và không rõ nguyên

nhân (20,3%). Tình huống khởi phát trong bệnh viện chiếm 55,6%, cao hơn so với ngoài bệnh viện (44,4%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện (n=54)

Triệu chứng	Số lượng n	Tỷ lệ %
Tụt huyết áp (SBP < 90 mmHg)	54	100
Suy hô hấp	41	75,9
Co thắt phế quản	28	51,9
Rối loạn ý thức	19	35,2
Ban da/mày đay	22	40,7

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có tụt huyết áp (100%). Suy hô hấp gặp ở 75,9% trường hợp, co thắt phế quản chiếm 51,9%. Biểu hiện ngoài da ghi nhận ở 40,7% bệnh nhân, trong khi rối loạn ý thức gặp ở 35,2%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng (n=54)

Chỉ số	Giá trị
Lactate (mmol/L)	5,6 ± 2,3
pH máu	7,28 ± 0,08
PaO ₂ /FiO ₂	210 ± 85
Creatinine (μmol/L)	132 ± 54
Troponin tăng	18 (33,3%)

Nhận xét: Giá trị lactate trung bình là 5,6 ± 2,3 mmol/L. pH máu trung bình là 7,28 ± 0,08. Tỷ số PaO₂/FiO₂ trung bình đạt 210 ± 85. Creatinine trung bình là 132 ± 54 μmol/L. Tăng troponin ghi nhận ở 33,3% bệnh nhân.

Bảng 5. Kết quả điều trị (n=54)

Chỉ số	Số lượng n	Tỷ lệ %
Sử dụng ≥2 vận mạch	54	100
Adrenaline liều cao	54	100
Noradrenaline	49	90,7
Dobutamine	26	48,1
Thở máy xâm nhập	38	70,4
ECMO	3	5,6
Tử vong	13	24,1

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều sử dụng từ hai thuốc vận mạch trở lên (100%). Noradrenaline được sử dụng ở 90,7% trường hợp và dobutamine ở 48,1%. Có 70,4% bệnh nhân được thở máy xâm nhập và 5,6% sử dụng ECMO. Tỷ lệ tử vong là 24,1%.

Bảng 6. Yếu tố liên quan tử vong

Yếu tố	OR (95% CI)	p
Lactate > 6 mmol/L	3,8 (1,2–11,6)	0,021
SpO ₂ < 90%	2,9 (1,1–8,5)	0,038
Không có biểu hiện da	2,7 (1,0–7,9)	0,049
Chu phẫu	2,5 (0,9–7,2)	0,067

Nhận xét: Lactate > 6 mmol/L, SpO₂ < 90% và không có biểu hiện ngoài da có liên quan đến tử vong với p < 0,05. Yếu tố khởi phát trong bối cảnh chu phẫu có xu hướng liên quan đến tử vong nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,067).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân sốc phản vệ kháng trị cho thấy tuổi trung bình 56,2 ± 17,8 và nam chiếm 59,3%. Kết quả này tương đối phù hợp với dữ liệu từ các nghiên cứu về phản vệ nặng, trong đó bệnh nhân thường ở nhóm tuổi trung niên hoặc cao tuổi. Vũ Tuấn Dũng và cộng sự (2025) ghi nhận sốc phản vệ gặp chủ yếu nam giới với 57,14% [4]. Phân tích từ cơ sở dữ liệu châu Âu cho thấy tuổi trung bình trong phản vệ kháng trị khoảng 41,4 ± 20,8 tuổi và không khác biệt đáng kể so với phản vệ nặng nói chung [5].

Tỷ lệ bệnh nền tim mạch và chuyển hóa trong nghiên cứu khá cao. Điều này phù hợp với các báo cáo cho thấy các bệnh lý nền có thể làm giảm khả năng bù trừ huyết động và ảnh hưởng đến đáp ứng với adrenaline trong phản vệ nặng [1]. Theo hướng dẫn của World Allergy Organization, bệnh tim mạch và chuyển hóa là yếu tố nguy cơ làm nặng diễn tiến sốc phản vệ do giảm dự trữ tim mạch và tăng nguy cơ rối loạn tưới máu cơ quan đích [6].

Trong nghiên cứu, thuốc là nguyên nhân chính (51,9%) và hơn một nửa trường hợp xảy ra trong bệnh viện (55,6%). Kết quả này tương đồng với dữ liệu từ European Anaphylaxis Registry, trong đó thuốc chiếm khoảng 50% các trường hợp phản vệ kháng trị và thường liên quan đến đường dùng tĩnh mạch [5].

Ngoài ra, phản vệ kháng trị có xu hướng xảy ra nhiều hơn trong môi trường y tế và đặc biệt là chu phẫu. Nghiên cứu của Francuzik và cộng sự (2019) cho thấy tỷ lệ phản vệ kháng trị trong bối cảnh y tế cao gấp nhiều lần so với ngoài cộng đồng [5]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu, khi tỷ lệ trong bệnh viện chiếm ưu thế. Cũng theo Francuzik và cộng sự, nọc độc côn trùng và chất gây dị ứng thực phẩm thường gây ra các trường hợp sốc phản vệ nghiêm trọng, đồng thời các trường hợp sốc phản vệ kháng trị thường do ong gây ra [5].

Tụt huyết áp gặp ở 100% bệnh nhân là phù hợp với định nghĩa sốc phản vệ. Tỷ lệ suy hô hấp (75,9%) và co thắt phế quản (51,9%) phản ánh tổn thương đa cơ quan, phù hợp với đặc điểm của phản vệ nặng. Đáng chú ý, biểu hiện

ngoài da chỉ ghi nhận ở 40,7%. Kết quả này thấp hơn so với phản vệ nói chung, tuy nhiên phù hợp với các nghiên cứu cho thấy phản vệ nặng hoặc kháng trị có thể không biểu hiện đầy đủ triệu chứng điển hình, đặc biệt là triệu chứng da, do ưu thế của rối loạn huyết động và hô hấp [7].

Nồng độ lactate trung bình cao ($5,6 \pm 2,3$ mmol/L) phản ánh tình trạng giảm tưới máu mô nghiêm trọng. Lactate là chỉ dấu quan trọng trong sốc, và mức tăng cao liên quan chặt chẽ với nguy cơ tử vong trong bệnh cảnh sốc nặng. Tình trạng pH giảm (7,28) cùng với $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ giảm (210 ± 85) cho thấy sự phối hợp giữa sốc tuần hoàn và suy hô hấp cấp. Ngoài ra, tăng troponin (33,3%) gợi ý tổn thương cơ tim do thiếu máu cục bộ hoặc hội chứng tim do phản vệ, vốn đã được mô tả trong các trường hợp phản vệ nặng.

Các nghiên cứu hồi sức xác nhận lactate là yếu tố tiên lượng mạnh trong sốc, phản ánh mức độ mất cân bằng giữa cung-cầu oxy mô và tình trạng sốc kéo dài [1].

Tất cả bệnh nhân đều cần adrenaline liều cao và ≥ 2 thuốc vận mạch, phản ánh tình trạng sốc phản vệ kháng trị. Theo các hướng dẫn quốc tế, sốc phản vệ kháng trị được định nghĩa khi bệnh nhân không đáp ứng với nhiều liều adrenaline và bù dịch đầy đủ, cần sử dụng thêm thuốc vận mạch như noradrenaline hoặc vasopressin [1]. Noradrenaline được sử dụng ở 90,7% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, phù hợp với thực hành lâm sàng hiện nay trong ICU khi cần duy trì huyết áp trung bình trong bối cảnh giãn mạch kéo dài. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện tại chưa chứng minh sự vượt trội của một loại vận mạch nào so với loại khác trong sốc phản vệ kháng trị [1].

Tỷ lệ thở máy cao (70,4%) phản ánh mức độ suy hô hấp nặng, trong khi sử dụng ECMO (5,6%) cho thấy một số trường hợp đã tiến triển tới suy tuần hoàn kháng trị, cần hỗ trợ tuần hoàn-hô hấp ngoài cơ thể theo khuyến cáo cứu vãn trong các guideline ICU hiện đại. Tỷ lệ tử vong 24,1% cao hơn đáng kể so với báo cáo quốc tế ($<10\%$), điều này có thể do quần thể nghiên cứu tập trung vào nhóm sốc kháng trị và bệnh nhân nặng nhập ICU muộn. Báo cáo của Francuzik cho kết quả tương tự với tỷ lệ tử vong trong sốc phản vệ kháng trị cao hơn đáng kể (26,2%) so với các trường hợp nặng (0,353%, $p < 0,0001$) [5].

Phân tích hồi quy logistic cho thấy lactate >6 mmol/L, $\text{SpO}_2 < 90\%$ và không có biểu hiện da là

các yếu tố độc lập liên quan tử vong. Lactate tăng cao phản ánh sốc kéo dài và thiếu oxy mô nặng, đã được chứng minh là yếu tố tiên lượng tử vong trong nhiều nghiên cứu hồi sức. SpO_2 thấp phản ánh suy hô hấp nặng, thường đi kèm co thắt phế quản kháng trị. Đặc biệt, không có biểu hiện da làm tăng nguy cơ tử vong có thể do chẩn đoán muộn và trì hoãn sử dụng adrenaline - yếu tố đã được WAO nhấn mạnh là nguyên nhân chính làm tăng tử vong trong phản vệ. Yếu tố chu phẫu có xu hướng liên quan tử vong ($p = 0,067$) phù hợp với các nghiên cứu cho thấy phản vệ trong gây mê có diễn tiến rất nhanh, khó nhận diện và thường liên quan thuốc giãn cơ hoặc kháng sinh đường tĩnh mạch [8].

V. KẾT LUẬN

Sốc phản vệ không đáp ứng với điều trị vận mạch - cường tim liều cao là tình trạng nặng, chủ yếu gặp trong bối cảnh bệnh viện và liên quan nhiều đến thuốc. Bệnh nhân thường có biểu hiện tụt huyết áp sâu, suy hô hấp và rối loạn chuyển hóa rõ rệt, với tỷ lệ cao cần hỗ trợ hô hấp xâm nhập và phối hợp nhiều thuốc vận mạch. Lactate tăng cao, giảm oxy máu và không có biểu hiện da là các dấu hiệu liên quan độc lập đến tử vong, phản ánh mức độ sốc nặng và nguy cơ chẩn đoán muộn. Tỷ lệ tử vong còn cao cho thấy đây là nhóm bệnh nhân nguy kịch, đòi hỏi nhận diện sớm, xử trí tích cực và chiến lược hồi sức nâng cao nhằm cải thiện tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pouessel G, Dribin TE, Tacquard C, Tanno LK, Cardona V, Worm M, et al. Management of Refractory Anaphylaxis: An Overview of Current Guidelines. Clin Exp Allergy. 2024;54:470–88. <https://doi.org/10.1111/cea.14514>
2. Jentzer JC, Vallabhajosyula S, Khanna AK, Chawla LS, Busse LW, Kashani KB. Management of Refractory Vasodilatory Shock. Chest. 2018;154:416–26. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.12.021>
3. Bộ Y tế. Thông tư 51/2017/TT-BYT “hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. 2017.
4. Vũ Tuấn Dũng, Nguyễn Duy Tú. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ tại Khoa cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2026;559:338–43. <https://doi.org/10.51298/vmj.v559i2.17611>
5. Francuzik W, Dölle-Bierke S, Knop M, Scherer Hofmeier K, Cichocka-Jarosz E, Garcia BE, et al. Refractory Anaphylaxis: Data From the European Anaphylaxis Registry. Front Immunol. 2019;10:2482. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.02482>

6. Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. World Allergy Organ J. 2011;4:13–37. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e318211496c>
7. Pouessel G, Deschildre A, Dribin TE, Ansotegui IJ, Cardona V, Chinthrajah RS, et al. Refractory

Anaphylaxis: A New Entity for Severe Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023;11:2043–8. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.04.037>

8. Dewachter P, Savic L. Perioperative anaphylaxis: pathophysiology, clinical presentation and management. BJA Educ. 2019;19:313–20. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.06.002>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẢO TỒN TẠO HÌNH CHỮ B TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Minh Phong¹, Nguyễn Đoàn Tiến Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu, thực hiện trên 51 người bệnh với chẩn đoán ung thư tuyến vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình $52,3 \pm 9,8$, nhóm tuổi 40-60 chiếm 64,7%. Lý do vào viện chủ yếu là tự sờ thấy khối u (78,4%). Khối u gặp nhiều nhất ở 1/4 trên ngoài (43,1%). Kích thước u trung bình $2,1 \pm 0,7$ cm; T1 và T2 chiếm 92,2%. Đa số không có xâm lấn da - núm vú (86,3%); 29,4% sờ thấy hạch nách. BIRADS 4-5 chiếm 92,2%. Ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm 84,3%; độ mô học II chiếm 58,8%. Tỷ lệ không di căn hạch (N0) là 70,6%; giai đoạn I-II chiếm 100%, trong đó giai đoạn II là 58,8%. ER và PR dương tính lần lượt 72,5% và 68,6%; HER2 dương tính 19,6%; Ki-67 $\geq 20\%$ là 41,2%. Phân nhóm phân tử chủ yếu là Luminal A và Luminal B (68,6%). **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tạo hình chữ B chủ yếu ở giai đoạn sớm, với kích thước u nhỏ, tỷ lệ hạch âm tính cao và đặc điểm sinh học ưu thế thuộc nhóm Luminal.

Từ khóa: Ung thư vú, phẫu thuật bảo tồn, tạo hình chữ B.

SUMMARY

¹ Bệnh viện Quân Y 175

² Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Phong

Email: drphonglm175@gmail.com

Mã bài: N716

Ngày nhận bài: 3.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2026

Ngày duyệt bài: 3.4.2026

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING BREAST-CONSERVING SURGERY WITH B-PLASTY AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics of breast cancer patients undergoing breast-conserving surgery with B-plasty at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 51 patients diagnosed with breast cancer who underwent breast-conserving surgery with B-plasty at Military Hospital 175 from December 2022 to October 2025. **Results:** The mean age was 52.3 ± 9.8 years, with the 40–60 age group accounting for 64.7%. The most common presenting complaint was a self-detected breast lump (78.4%). Tumors were most frequently located in the upper outer quadrant (43.1%). The mean tumor size was 2.1 ± 0.7 cm; T1–T2 stages accounted for 92.2%. Most patients had no skin or nipple involvement (86.3%); 29.4% had palpable axillary lymph nodes. BI-RADS 4–5 accounted for 92.2%. Invasive ductal carcinoma was the predominant histological type (84.3%), and histological grade II was most common (58.8%). The rate of node-negative disease (N0) was 70.6%; stages I–II accounted for 100%, with stage II comprising 58.8%. ER and PR positivity rates were 72.5% and 68.6%, respectively; HER2 positivity was 19.6%; Ki-67 $\geq 20\%$ was observed in 41.2% of cases. The predominant molecular subtypes were Luminal A and Luminal B (68.6%). **Conclusion:** Patients undergoing breast-conserving surgery with B-plasty were predominantly at an early stage, with small tumor size, a high rate of node-negative disease, and predominantly Luminal biological subtypes.

Keywords: Breast cancer; breast-conserving surgery; B-plasty.