

SHOCK PHẢN VỆ TRÊN BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ MẠCH VÀNH: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Phạm Quang Minh*, Trần Xuân Bách*

TÓM TẮT

Sốc phản vệ là một tình trạng nguy kịch khi cơ thể tiếp xúc với các kháng nguyên gây mẫn cảm. Lý thuyết kinh điển về bệnh học của sốc phản vệ là giãn mạch hệ thống, tụt huyết áp, giảm tưới máu mạch vành, tăng tính thấm thành mạch, giảm cung lượng tim trầm trọng và suy sụp tuần hoàn. Một số báo cáo lâm sàng cho thấy cơ tim và mạch vành là đích tác động đầu tiên của các chất trung gian hóa học trong phản ứng phản vệ. Ở các bệnh nhân như vậy, các chất trung gian gây viêm như histamine, tryptase, leukotriene... được giải phóng gây ra co thắt động mạch vành và bong mảng xơ vữa. Hội chứng này được gọi là hội chứng vành cấp liên quan đến phản ứng phản vệ, hay hội chứng Kounis. Trong bài này, chúng tôi muốn trình bày một ca lâm sàng: bệnh nhân nam 53 tuổi, tiền sử bệnh mạch vành, có phản ứng phản vệ với kháng sinh Cefoperazone, sau đó xuất hiện nhồi máu cơ tim cấp tính trong khi đang được phẫu thuật bắc cầu chủ đầu. ST chênh điện tâm đồ xuất hiện sớm trên bệnh nhân có tiền sử mạch vành làm bác sỹ điều trị theo hướng nhồi máu cơ tim trước khi nghĩ đến phản ứng phản vệ. Điều này làm chậm trễ việc cho thuốc Adrenalin, thời gian huyết tụt kéo dài, tạo vòng xoắn bệnh lý làm nặng thêm mạch vành. Bác sỹ gây mê cần có kiến thức về hội chứng Kounis và thận trọng với các phản ứng phản vệ trên đối tượng bệnh nhân có bệnh lý mạch vành. Đôi khi điều trị quá mạnh mẽ shock phản vệ lại làm bệnh mạch vành nặng lên trên bệnh nhân có hội chứng Kounis.

Từ khóa: shock phản vệ, nhồi máu cơ tim, gây mê hồi sức

SUMMARY

ANAPHYLACTIC SHOCK IN PATIENTS WITH CORONARY DISEASE: A CASE REPORT

Anaphylaxis shock is a serious state happening when the body is exposed to antigens. The classic theory about pathophysiology of anaphylaxis is a systemic vasodilation which causes hypotension, decreased coronary perfusion. Increased vascular permeability results a profound decrease in cardiac output and circulatory system collapse. Some clinical reports showed that the myocardium and coronary arteries are the primary targets action of anaphylaxis mediators. In patients with this syndrome, releasing inflammatory mediators such as histamine, tryptase, leukotriene cause coronary artery spasm and aparting from atherosclerosis plaque. This syndrome is called

acute coronary syndrome associated with anaphylaxis, or Kounis syndrome. In this article, we would like to present a clinical case: a 53-year-old male patient with a history of coronary artery disease who had an anaphylactic reaction to the antibiotic cefoperazone and subsequently developed an acute myocardial infarction while undergoing femoral artery bypass surgery. The early presence of ST elevation on ECG in patients with a history of coronary artery disease let the physician immediately thought to myocardial infarction before treating of an anaphylactic reaction. This can delay the administration of adrenaline, prolong the time to control low blood pressure, create a pathological spiral that aggravates the coronary artery. Anesthesiologists should be have knowledge about Kounis syndrome and be cautious of anaphylactic in patients with coronary artery disease. Because when aggressively manage anaphylaxis shock maybe cause aggravates the coronary artery disease.

Keywords: anaphylactic shock, myocardial infarction, anesthesia resuscitation

I. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 53 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường nhiều năm, mới phát hiện bệnh mạch vành (hẹp 70% động mạch liên thất trước và 70% động mạch vành phải), vào viện vì bệnh động mạch chi dưới, hẹp tắc 95% động mạch đùi 2 bên. Bệnh nhân được điều trị nội trú tại khoa tim mạch, dự kiến phẫu thuật bắc cầu chủ đầu 2 bên. Khám trước gây mê: ASA III, không có đau ngực, không khó thở, chỉ số hoạt động cơ năng METS >4. Bệnh nhân không có tiền sử gây mê toàn thân và dị ứng trước đó. Điện tâm đồ trước phẫu thuật không có bất thường, không có tổn thương thiếu máu cũ. Siêu âm tim qua thành ngực cho thấy bệnh nhân có giãn nhẹ thất trái, không có rối loạn vận động vùng trước đây, chức năng thất trái còn bù với EF 56%. Bệnh nhân không có bất thường khi đo chức năng hô hấp, các xét nghiệm khác không có gì đặc biệt.

Bệnh nhân được chuyển lên phòng mổ trong tình trạng tỉnh táo, hợp tác, tim đều 85ck/ph, huyết áp 180/90mmHg, SpO₂ 98% với khí phòng. Chúng tôi lắp thiết bị theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn và dự trữ oxy cho bệnh nhân trước khi khởi mê. Quá trình khởi mê diễn ra thuận lợi, bệnh nhân được đặt ống nội khí quản sau khi tiêm tĩnh mạch 100mcg Fentanyl, 80mg Propofol, 50mg Rocuronium. Trong quá trình khởi mê bệnh nhân không tụt huyết áp (huyết áp

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

sau khởi mê duy trì ổn định ở mức 160/80mmHg). Bệnh nhân được duy trì mê bằng sevofluran, bệnh nhân được làm thêm một đường truyền tĩnh mạch cánh ngoài bên phải. 10 phút sau khi đặt ống nội khí quản bệnh nhân được tiêm tĩnh mạch kháng sinh dự phòng Cefoperazon 1g. Ba phút sau khi tiêm kháng sinh, bệnh nhân xuất hiện nhịp xoang nhanh 100-110l/ph, huyết áp tụt xuống 100/60mmHg, ngay sau đó huyết áp tiếp tục tụt 65/40mmHg. Trên điện tim có ghi nhận nhịp nhanh nhĩ tần số 130ck/ph và đoạn ST có chênh xuống đáng kể. Ở thời điểm này, phẫu thuật viên mới bắt đầu rạch da bệnh nhân. Bệnh nhân được ngừng phẫu thuật, bóc lộ để thăm khám và ghi điện tim. Bệnh nhân không xuất hiện tiếng tim bất thường, không có ran hoặc co thắt ở phổi, nhưng có biểu hiện mẩn đỏ nhẹ trên da ở ngực và cánh tay 2 bên. Thuốc vận mạch Ephedrine và Phenylephrine được sử dụng với liều cao, huyết áp vẫn tiếp tục xu hướng xuống thấp, lúc thấp nhất 45/25mmHg. Ngay sau đó, chúng tôi sử dụng liều bolus Adrenalin 100mcg tĩnh mạch nhưng không thấy có đáp ứng, tiếp tục liều bolus Adrenalin 0,1mcg/kg/ph và Noradrenalin 0,1mcg/kg/ph... Bệnh nhân được dùng thêm thuốc corticoid (methylprednisolon 80mg) và kháng histamine (diphenhydramin 20mg) và truyền dịch tinh thể. Chúng tôi lấy mẫu máu xét nghiệm Troponin T và đồng thời tiến hành siêu âm tim tại giường. Sau 5 phút duy trì vận mạch, huyết áp bệnh nhân bắt đầu cải thiện duy trì ở mức 90/50mmHg. Kết quả siêu âm tim cho thấy nghi ngờ có rối loạn vận động vùng thành trước thất trái, không có bệnh lý van và huyết khối. Bệnh nhân tiếp tục được bù dịch, duy trì vận mạch, bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị. Sau 15 phút xảy ra biến cố, điện tâm đồ được thực hiện lại, cho kết quả: nhịp nhanh nhĩ tần số 120ck/ph, block nhĩ thất độ I, hình ảnh ST chênh xuống giảm. Sau 40 phút xảy ra biến cố, bệnh nhân duy trì mạch 120ck/ph, huyết áp 130/70mmHg với noradrenalin và adrenalin truyền liên tục (liều 0,1mcg/kg/ph). Sau khi cân nhắc lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật trong bệnh cảnh trên, chúng tôi vẫn tiếp tục cho tiến hành phẫu thuật bắc cầu chủ đầu hai bên. Sau phẫu thuật, bệnh nhân bắt đầu có biểu hiện phù quince rõ và được chuyển khu điều trị tích cực (ICU).

Sau phẫu thuật, bệnh nhân huyết động ổn định, mạch 100ck/ph, huyết áp duy trì ở mức 150/90mmHg, liều vận mạch dùng cho bệnh nhân được giảm dần và ngừng sau 6 giờ. Điện

tâm đồ sau đó không thấy có thay đổi đoạn ST và không có rối loạn thêm so với trước phẫu thuật. Tại khu ICU, bệnh nhân phải điều trị thêm 2 ngày do biến chứng loạn thần sau phẫu thuật và được rút ống nội khí quản vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

II. BÀN LUẬN

Sốc phản vệ được quan tâm do có tính chất nguy hiểm đến tính mạng và sự thường gặp của nó trong gây mê hồi sức. Trong quá trình sốc phản vệ hoặc phản ứng dị ứng, các chất trung gian gây viêm khác nhau được giải phóng có thể tiến triển thành hội chứng vành cấp. Quá trình này được gọi là "nhồi máu cơ tim dị ứng (allergic myocardial infarction)," hoặc hội chứng Kounis [1]. Hội chứng này ít được biết đến và hầu hết thông tin đến từ các báo cáo ca lâm sàng, gần đây hội chứng vành cấp liên quan các phản ứng dị ứng ngày càng được báo cáo nhiều hơn. Nhiều loại thuốc hoặc tác động do động vật, côn trùng cắn gây ra phản ứng dị ứng là nguyên nhân gây ra hội chứng Kounis [2].

Bệnh nhân của chúng tôi xuất hiện nhồi máu cơ tim cấp tính, xảy ra đồng thời với sốc phản vệ sau khi dùng Cefoperazone trong khi đang được gây mê toàn thân. Bệnh nhân này có biểu hiện của suy sụp hệ tuần hoàn nhanh chóng, trong khi không có biểu hiện rõ ràng của phản ứng quá mẫn ngay ban đầu. Nhồi máu cơ tim chu phẫu khó được chẩn đoán chính xác ở các bệnh nhân gây mê toàn thân, do các triệu chứng như đau ngực, khó thở không được ghi nhận [3]. Vì vậy các dấu hiệu như thay đổi đoạn ST trên điện tim và tăng các dấu ấn sinh học như Troponin T, Troponin I có ý nghĩa chẩn đoán trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp. Ở bệnh nhân chúng tôi trình bày, có đoạn ST trên điện tâm đồ có sự chênh xuống nhiều và xét nghiệm Troponin T tăng có ý nghĩa, gợi ý có xảy ra hội chứng vành cấp. Phản ứng phản vệ được nghi ngờ có thể là nguyên nhân gây ra thiếu máu cơ tim cấp tính ở bệnh nhân này. Về lý thuyết có 2 cơ chế gây ra thiếu máu cơ tim trong trường hợp mà chúng tôi đã trình bày. Thứ nhất, có thể phản ứng phản vệ đã gây ra giảm sức cản hệ thống một cách nhanh chóng, từ đó làm giảm lưu lượng máu mạch vành, dẫn đến giảm tưới máu cơ tim ở bệnh nhân đã có bệnh mạch vành có sẵn. Thứ hai, theo cơ chế của hội chứng Kounis, phản ứng phản vệ đã tạo ra một số lượng lớn các chất trung gian chuyển hóa, các chất này gây co thắt mạch vành phản ứng, có thể gây bong các mảng xơ vữa có sẵn trong mạch vành, gây ra thiếu

máu cơ tim cấp tính và làm cơ tim giảm đột ngột sức co bóp, từ đó làm giảm cung lượng tim trầm trọng [4]. Với bệnh nhân này, chúng tôi chưa định lượng nồng độ tryptase trong máu để khẳng định rõ ràng phản ứng phản vệ, tuy nhiên triệu chứng lâm sàng phù quince xảy ra sau đó là gợi ý chẩn đoán phản ứng phản vệ đã xảy ra. Sau đó, bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm test lấy da cho tất cả các loại thuốc được sử dụng trong gây mê toàn thân. Test lấy da cho kết quả dương tính với kháng sinh.

Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân có khả năng thuộc biến thể loại II của hội chứng Kounis do bệnh mạch vành từ trước [5]. Bằng chứng là thiếu máu cục bộ cơ tim biểu hiện là đổi đoạn ST trên ECG, tăng nồng độ men tim Troponin T và giảm vận động vùng tại thành bên thất trái. Tuy nhiên, hội chứng vành cấp xảy ra ở bệnh nhân này cũng có thể do nguyên nhân hạ huyết áp do sốc phản vệ làm mất bù thêm lưu lượng máu đến động mạch vành vốn đã bị ảnh hưởng bởi bệnh mạch vành từ trước. Sinh lý bệnh của sốc phản vệ đề cập đến ảnh hưởng của các chất trung gian chuyển hóa đến các hệ cơ quan trọng là hô hấp, tuần hoàn, thần kinh, các biểu hiện ngoài da đôi khi lại là gợi ý quan trọng trong chẩn đoán phản vệ [6]. Trên hệ tuần hoàn, phản ứng phản vệ gây giảm trương lực mạch máu, dẫn đến hạ huyết áp giống trong sốc nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, một quan điểm mới là sốc phản vệ cũng có các đặc điểm của sốc giảm thể tích, với sự thoát mạch của huyết tương do tăng tính thấm thành mạch, gây giảm tiền gánh và sốc phản vệ cũng có đặc điểm của sốc tim do các chất trung gian chuyển hóa cũng ảnh hưởng lên cơ tim và làm suy giảm chức năng cơ tim [6].

Hội chứng Kounis, đã được mô tả lần đầu tiên bởi tác giả Nicolas Kounis vào năm 1991. Tác giả đã mô tả nhiều ca bệnh tuy phản ứng dị ứng biểu hiện mức độ nhẹ nhưng biểu hiện tim mạch, đặc biệt là hội chứng vành cấp xảy ra nhanh chóng và khá nặng nề. Thậm chí có các trường hợp bệnh nhân khỏe mạnh xuất hiện triệu chứng đau thắt ngực nặng nhưng hồi phục nhanh chóng, sau khi tiếp xúc với các dị nguyên gây dị ứng [1]. Trong hội chứng Kounis, phản ứng phản vệ tạo ra hàng loạt các chất trung gian chuyển hóa, là nguyên nhân kích thích làm cho mạch vành co thắt hoặc bong mảng xơ vữa tại mạch vành, gây ra hội chứng mạch vành cấp. Ngày càng có nhiều trường hợp được báo cáo xảy ra hội chứng Kounis trong nhiều bệnh cảnh khác nhau, khi người bệnh tiếp xúc với các chất gây dị ứng như thuốc, thức ăn, hay côn trùng. Những

dữ liệu thu thập được tại Mỹ cho thấy tỷ lệ xuất hiện hội chứng Kounis xảy ra ở quần thể 235.420 bệnh nhân bị phản vệ các mức độ cần nhập viện là 1,1% (2616 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Kounis). Một vài nghiên cứu cỡ mẫu nhỏ hơn ở Nhật Bản và Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy tỷ lệ xuất hiện hội chứng này ở những bệnh nhân có phản ứng dị ứng từ 2-3,4%. Các nghiên cứu này cho thấy, tuy với tỷ lệ thấp nhưng hội chứng Kounis đang ngày càng được biết đến và trở nên phổ biến, đặc biệt với nhóm người cao tuổi và nhóm có bệnh lý tim mạch. Có ba biến thể của hội chứng này, biến thể loại I bao gồm các đối tượng có động mạch vành bình thường không mắc bệnh tim. Trong khi biến thể loại II hay gặp nhất, bao gồm các đối tượng mắc bệnh động mạch vành trước đó, trong đó các biến cố dị ứng cấp tính dẫn đến co thắt động mạch vành hoặc tắc mạch vành cấp tính do bong mảng xơ vữa đã có sẵn. Biến thể loại III là tắc động mạch do huyết khối hoặc bong mảng xơ vữa trên các bệnh nhân đã đặt stent mạch vành [5].

Về vấn đề điều trị, các thuốc điều trị trong sốc phản vệ đôi khi có thể làm trầm trọng thêm nếu bệnh nhân thuộc nhóm mắc hội chứng Kounis thật sự. Các điều trị cơ bản trong sốc phản vệ là thuốc vận mạch mạnh (epinephrine), corticoid, kháng histamin và truyền dịch. Nếu bệnh nhân trong bệnh cảnh hội chứng Kounis bị ảnh hưởng tới huyết động nặng nề, việc sử dụng epinephrine phải rất thận trọng vì tác động gây co mạch vành của thuốc có thể gây có thắt mạch vành mạnh hơn, càng gây trầm trọng thiếu máu cơ tim. Còn với các trường hợp hội chứng Kounis biểu hiện hội chứng vành cấp nhưng chưa ảnh hưởng nặng nề tới huyết động, thuốc giãn mạch như các thuốc chẹn kênh canxi, nhóm nitrat cần được sử dụng giúp tăng lưu lượng máu mạch vành. Nhóm chẹn beta là thuốc hay được sử dụng để giúp kiểm soát nhịp tim trong nhồi máu cơ tim, nhưng nếu bệnh nhân có biểu hiện dị ứng, nghi ngờ hội chứng Kounis thì betablocker không nên sử dụng vì nó có thể làm mạch vành co thắt mạnh hơn [4]. Hội chứng Kounis là trường hợp mà hội chứng mạch vành cấp tính xảy ra trên nền bệnh cảnh có phản ứng dị ứng xảy ra, đòi hỏi chẩn đoán thích hợp, quyết định ngay lập tức và điều trị nhanh chóng. Việc thiếu hiểu biết và sự liên hệ giữa hội chứng mạch vành cấp và các phản ứng dị ứng có thể đưa đến việc chẩn đoán sai lầm và điều trị không thích hợp. Với các trường hợp nghi ngờ, bệnh nhân cần được kiểm tra toàn diện về tim mạch, bao gồm điện tâm đồ 12 đạo trình, siêu âm tim, chụp mạch để quyết

định điều trị. Sau giai đoạn cấp tính, test dị ứng nên được thực hiện để xác định chính xác nguyên nhân gây bệnh.

III. KẾT LUẬN

Shock phản vệ trong gây mê hồi sức dễ kiểm soát hơn vì xảy ra trong phòng mổ nơi có đầy đủ thuốc, phương tiện cấp cứu hơn nữa bệnh nhân thường đã kiểm soát được đường thở. Lúc này các triệu chứng tim mạch thường nổi trội và bác sỹ khó phân biệt nhồi máu cơ tim cấp hoặc hai bệnh cảnh phối hợp. Việc nắm chắc sinh lý bệnh shock phản vệ, hiểu rõ sinh lý bệnh hội chứng vành cấp là rất quan trọng. Phản ứng phản vệ đôi khi không dự phòng được, thường xảy ra bất ngờ nhưng những bệnh nhân có tiền sử mạch vành mà xuất hiện rối loạn huyết động không giải thích được cần được nghĩ tới hội chứng Kounis để có thái độ xử trí kịp thời và phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eva Rajha et al.** Acute ST Elevation Myocardial Infarction Due to Allergic Reaction, Kounis Syndrome. The american journal of emergency medicine. 2020; 38(2), p: 409-409.
2. **Kounis N.G. et al.** Anaphylactic cardiovascular collapse and Kounis syndrome: systemic vasodilation or coronary vasoconstriction? Ann Transl Med.2018; 6: 332.
3. **Stephen Slogoff.** Anesthetic Considerations in Acute Myocardial Infarction. Tex Heart Inst J. 1991; 18(4): 269-274.
4. **Kounis N.G.Kounis syndrome:** an update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapeutic management.Clin Chem Lab Med. 2016; 54: 1545-1559
5. **Abdelghany M. et al.** New classification of Kounis Syndrome. Int J Cardiol. 2017; 247: 14.
6. **Helbling A et al.** Incidence of anaphylaxis with circulatory symptoms: a study over a 3-year period comprising 940,000 inhabitants of the Swiss Canton Bern.Clin Exp Allergy: J Br Soc Allergy Clin Immunol. 2004; 34: 285-290.

SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI DÂN TẠI TRẠM Y TẾ PHƯỜNG 9, QUẬN 8, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Thị Kim Anh¹, Nguyễn Hồng Chương²,
Nguyễn Thị Mỹ Trang³, Lê Phú Nguyên Hưng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng y học cổ truyền của người dân tại trạm y tế phường 9, quận 8, thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 347 người dân đến khám tại trạm y tế phường 9 từ tháng 12/2018 đến tháng 4/2019, hình thức phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ người dân sử dụng y học cổ truyền tại trạm y tế là 70,6%. Lý do chủ yếu được chọn sử dụng là gần nhà 87,3% và chi phí thấp 84,1%. Hình thức sử dụng chủ yếu là kết hợp giữa thuốc y học cổ truyền và xoa bóp, bấm huyệt chiếm 71%. Các yếu tố thực sự có tác động mạnh đến tỷ lệ sử dụng dịch vụ y học cổ truyền bao gồm: biết chữa bệnh bằng y học cổ truyền, được nhân viên y tế hướng dẫn sử dụng dịch vụ và trạm y tế đáp ứng tốt việc khám chữa bệnh.

Từ khóa: Sử dụng dịch vụ, y học cổ truyền, trạm y tế.

SUMMARY

USING THE TRADITIONAL MEDICINE SERVICES OF PEOPLE AT 9 MEDICAL STATION, DISTRICT 8, HO CHI MINH CITY

Objectives: To describe the current situation of using traditional medicine of people at 9 ward health station, District 8, Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study describing over 347 people at 9 ward health clinic from December 2018 to April 2019, the form of direct interview with a structured questionnaire. **Results:** The percentage of people using traditional medicine at the health station is 70.6%. The main reason chosen was near 87.3% and low cost of 84.1%. The main form of use is a combination of traditional medicine and massage, reflexology accounts for 71%. Factors that really have a strong impact on the utilization rate of traditional medicine services include: knowing how to treat with traditional medicine, being well instructed by health workers to use services and health stations. medical examination and treatment.

Keywords: Using services, traditional medicine, health stations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học cổ truyền (YHCT) Việt Nam từ lâu đã trở thành một nền y học chính thống của dân tộc góp phần không nhỏ trong công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân [2]. Hiện nay, hệ

¹Đại Học Thăng Long Hà Nội

²Sở Y tế tỉnh Bình Dương

³Bệnh Viện Đa Khoa Nam Anh

⁴Phòng Khám Đa Khoa Hiền Anh TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022