

Gerald Liew et al	Can thiệp lâm sàng có đối chứng, HVMTTTD mạn	Giảm 2,5 (sau 3 tháng)	Tăng 0,9 (sau 3 tháng)
--------------------------	--	------------------------	------------------------

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi nhãn áp ở cả hai nhóm sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,216$). Theo nghiên cứu của Gerald Liew và cộng sự (2020), sự thay đổi nhãn áp giữa hai nhóm có sự khác biệt ($p=0,003$).⁶

V. KẾT LUẬN

Brinzolamide dạng dung dịch nhỏ mắt nồng độ 1% với liều dùng 2 lần/ngày có tác dụng cải thiện về chức năng và giải phẫu trên bệnh nhân mắc bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch.

Dung dịch nhỏ mắt Brinzolamide 1% là sự lựa chọn an toàn của bệnh nhân hắc võng mạc trung tâm thanh dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Daruich A. MA, Dirani A, et al.** (2015), Central serous chorioretinopathy: Recent findings and new physiopathology hypothesis. *Prog Retin Eye Res.* 48: p: 82-118.
- Liew G. QG, Gillies M, et al.** (2013), Central serous chorioretinopathy: a review of

epidemiology and pathophysiology. *Clin Exp Ophthalmol.* 41(2): p 201-214.

- Nicholson B. NJ, Forooghian F, et al.** (2013), Central serous chorioretinopathy: update on pathophysiology and treatment. *Surv Ophthalmol* 58(2): p: 103-126.
- Yavas G.F. KT, Kasikci M, et al.** (2014), Obstructive sleep apnea in patients with central serous chorioretinopathy. *Curr Eye Res.* 39(1): p 88-92.
- Wolfensberger TJ, Mahieu I, Jarvis-Evans J, et al.** Membrane-bound carbonic anhydrase in human retinal pigment epithelium. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1994; 35: 3401-3407..
- Liew G, Ho IV, Ong S, Gopinath B, Mitchell P.** Efficacy of Topical Carbonic Anhydrase Inhibitors in Reducing Duration of Chronic Central Serous Chorioretinopathy. *Transl Vis Sci Technol.* 2020;9(13):6.
- Wuarin R, Kakkassery V, Consigli A, et al,** Combined Topical Anti-inflammatory and Oral Acetazolamide in the Treatment of Central Serous Chorioretinopathy, *Optom Vis Sci,* 2019;96(7):500-506.
- Rubin GS.** Comparison of Acuity, Contrast Sensitivity, and Disability Glare Before and After Cataract Surgery. *Arch Ophthalmol.* 1993; 111(1):56.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ THÔNG SỐ HUYẾT ĐỘNG ĐƯỢC ĐO BẰNG USCOM Ở BỆNH NHÂN PHẢN VỆ

Nguyễn Thành Trung¹, Nguyễn Công Tấn^{1,2}, Nguyễn Đình Quân³, Bùi Thị Hương Giang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số thông số huyết động được đo bằng USCOM ở bệnh nhân phản vệ vào TT HSTC Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu tất cả bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ theo tiêu chuẩn của chẩn đoán phản vệ thông tư 51/2017 BYT [1] nhập viện vào Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023. Mô tả các chỉ số lâm sàng, lactate, creatinin máu, các thông số huyết động của USCOM gồm FTc, CI, SMII, SVRI. **Kết quả:** Trong số 41 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 57,4 ± 21,0 tuổi, phản vệ độ 2 chiếm 29,3%, phản vệ độ 3 chiếm 68,3%, phản vệ độ 4 chiếm 2,4%. Dị nguyên do thuốc chiếm 68,3 %, chế

phẩm máu 29,3%, thuốc khác 2,4%. Nồng độ lactat trung bình là 4,73 ± 2,65mmol/L. Kết quả thăm dò huyết động bằng USCOM: 76,3% bệnh nhân có FTc ≤ 340ms, 21,6% bệnh nhân có CI < 2,5 L/min/m², 19,5% bệnh nhân có SVRI < 1200 d.s.cm⁻⁵.m², 30,6 có INO < 1,2W. Nồng độ lactate máu và chỉ số SMII khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phản vệ độ 3,4 và phản vệ độ 2, giữa nhóm tiêm bắp adrenalin muộn trên 30 phút và dưới 30 phút. **Kết luận:** Bệnh nhân phản vệ vào HSTC chủ yếu ở mức độ nguy kịch, dị nguyên hay gặp là do thuốc. Xét nghiệm cận lâm sàng chủ yếu tăng nồng độ lactate máu. Hầu hết các bệnh nhân khi vào HSTC đều đã được hồi sức dịch và duy trì adrenalin truyền tĩnh mạch. Tuy nhiên kết quả USCOM cho thấy có 21,6% giảm cung lượng tim sau phản vệ, 19,5% giảm sức cản mạch hệ thống, 70,7% thiếu dịch và 30,6% bệnh nhân cần được bù dịch thận trọng. Những bệnh nhân được xử trí tiêm bắp adrenalin muộn trên 30 phút và phản vệ độ 3 trở lên có ngưỡng lactate máu cao hơn, chỉ số co bóp cơ tim (SMII) thấp hơn. USCOM là 1 thiết bị có thể ứng dụng để đánh giá hồi sức huyết động cho bệnh nhân phản vệ. Cần thêm những nghiên cứu đánh giá sâu hơn về hiệu quả áp dụng của các thông số USCOM trong hướng dẫn hồi sức huyết động.

Từ khóa: Phản vệ, Bệnh viện Bạch Mai, USCOM.

¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Bạch Mai
³Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Tấn
 Email: tanhstc@gmail.com
 Ngày nhận bài: 4.01.2024
 Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024
 Ngày duyệt bài: 6.3.2024

SUMMARY**CLINICAL FEATURES, LABORATORY TESTING AND SOME HEMODYNAMIC PARAMETERS MEASURED BY USCOM IN ANAPHYLACTIC PATIENTS**

Objective: Describe some clinical and paraclinical characteristics and some hemodynamic parameters measured by USCOM in anaphylactic patients admitted to the Intensive Care Center - Bach Mai Hospital.

Research method: Prospective descriptive study of all patients diagnosed with anaphylaxis according to WAO 2020 criteria, admitted to the Intensive Care Center - Bach Mai Hospital during the period from October 2022 to September 2023. Description of clinical indicators, blood lactate, creatinine, hemodynamic parameters of USCOM including SVI, FTc, SVV, CI, SMII, SVRI. **Results:** Among 41 patients eligible to participate in the study, the average age was 57.4 ± 21.0 years, grade 2 anaphylaxis was 29.3%, grade 3 anaphylaxis was 68.3%, grade 4 anaphylaxis was 2.4%. Allergens due to drugs account for 68.3%, blood products 29.3%, other drugs 2.4%. The average lactate concentration was 4.73 ± 2.65 mmol/L. Results of USCOM hemodynamic: 76.3% of patients had FTc ≤ 340 ms, 21.6% of patients had CI < 2.5 L/min/m², 19.5% of patients had SVRI < 1200 d.s.cm⁻⁵.m², 30.6 has INO < 1.2 W. Blood lactate concentration and SMII index were statistically significantly different between the anaphylaxis group of grade 3, 4 and anaphylaxis of grade 2, between the group of intramuscular injection of adrenalin delayed more than 30 minutes and less than 30 minutes.

Conclusion: Patients with anaphylaxis in ICU are mainly at a critical level. Common allergens are caused by drugs. Paraclinical tests mainly increased blood lactate concentration. Most patients entering HSTC were given fluid resuscitation and maintained on intravenous adrenaline. However, USCOM results showed that 21.6% decreased cardiac output after anaphylaxis, 19.5% decreased systemic vascular resistance, 70.7% were hypovolemic and 30.6% of patients needed careful fluid replacement. Patients who were treated with intramuscular adrenaline injection more than 30 minutes late and had grade 3 or higher anaphylaxis had higher blood lactate concentration and lower Madigan Inotropy Index (SMII). USCOM is a device that can be applied to evaluate hemodynamic resuscitation for anaphylactic patients. More research is needed to further evaluate the effectiveness of USCOM parameters in hemodynamic resuscitation guidelines. **Keywords:** Anaphylaxis, Bach Mai hospital, USCOM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng toàn thân nghiêm trọng đe dọa tính mạng sau khi tiếp xúc với dị nguyên. Tỷ lệ mắc bệnh gia tăng mỗi năm [2]. Tỷ lệ tử vong vẫn còn cao ở mức 5% mặc dù đã được điều trị thích hợp [3]. Theo hướng dẫn xử trí phản vệ của tổ chức Dị ứng thế giới: adrenalin tiêm bắp vẫn là lựa chọn đầu tay trong

xử trí phản vệ nặng và nguy kịch, tuy nhiên một số trường hợp phản vệ không đáp ứng với liều adrenalin tiêm bắp ban đầu, tỷ lệ tử vong lên đến 26% so với dưới 1% ở nhóm bệnh nhân có đáp ứng [4]. Những trường hợp này thường có bệnh cảnh huyết động phức tạp. Do đó việc đánh giá sớm huyết động có ý nghĩa quan trọng trong việc đưa ra quyết định xử trí và tiên lượng cho bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp thăm dò huyết động đã được áp dụng trong thực hành lâm sàng giúp đánh giá, hỗ trợ điều trị hiệu quả tình trạng rối loạn huyết động trong đó có phương pháp thăm dò huyết động USCOM. Với ưu thế là một thiết bị thăm dò huyết động không xâm lấn, dễ dàng thực hiện, cho kết quả nhanh chóng. Thăm dò huyết động USCOM phù hợp với hoàn cảnh cấp cứu phản vệ, tuy nhiên vẫn còn ít nghiên cứu về vai trò của USCOM trong hướng dẫn điều trị phản vệ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số thông số huyết động trên USCOM ở bệnh nhân phản vệ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Tất cả bệnh nhân có đầy đủ số liệu, được chẩn đoán phản vệ theo tiêu chuẩn chẩn đoán phản vệ thông tư 51/2017 BYT

- Người bệnh và/hoặc gia đình tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có rối loạn nhịp tim nặng
- Bệnh nhân có bệnh lý van tim từ trước
- Bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh, shunt tim
- Bệnh nhân có sốc khác (sốc nhiễm khuẩn, sốc mất máu, sốc tim)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023.

Bước 2: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án, tiến hành đo USCOM, đo CVP và làm khí máu động nhịp tim tại thời điểm vào trung tâm Hồi sức tích cực.

Bước 3: Tổng hợp và phân tích số liệu.

- **Quy trình đo USCOM:**
- Người thực hiện phải thực hành đo USCOM trên 30 lần đạt chuẩn
- Nhập thông tin bệnh nhân vào máy
- Đặt vị trí đầu dò tại hõm ức tương ứng van động nhịp tim chủ
- Loại bỏ sóng nhiễu, sóng USCOM chấp nhận được khi điểm Fremantle ≥ 4 điểm,
- Ghi kết quả

2.3. Phân tích số liệu

- Các dữ liệu được thu thập, lưu trữ và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.00.
- Các thuật toán sử dụng: tính tỷ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình, tính giá trị trung vị với giá trị tối đa, tối thiểu, so sánh tỷ lệ với test kiểm định T-test, Mann-Whitney test. Khoảng tin cậy 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đề cương nghiên cứu Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng khoa học và đạo đức bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của người bệnh và/hoặc người nhà người bệnh và chỉ nhằm phục vụ cho mục đích điều trị cho người bệnh, không gây nguy hiểm cho người bệnh.

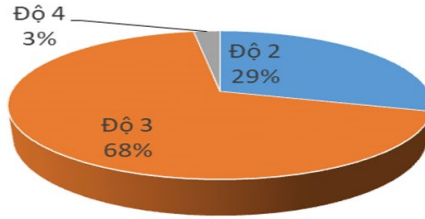
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023, có 41 bệnh nhân phản vệ đáp ứng đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 18 bệnh nhân nam chiếm 43,9%, 23 bệnh nhân nữ chiếm 56,1%, tuổi từ 18 – 86 (trung bình $57,4 \pm 21,0$ tuổi).

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Nghiên cứu trên 41 bệnh nhân
- Tỷ lệ giới tính: bệnh nhân nam chiếm 43,9%, bệnh nhân nữ chiếm 56,1%
- Tuổi từ 18 đến 86 tuổi, tuổi trung bình là $57,4 \pm 21,0$ năm
- Dị nguyên chủ yếu là do thuốc chiếm 68,3%, chế phẩm máu chiếm 29,3%, thuốc khác 2,4%.
- Trong nhóm phản vệ do thuốc, có 13 bệnh nhân (31,7%) phản vệ do kháng sinh, 7 bệnh nhân (17,1%) phản vệ do thuốc cản quang, 8 bệnh nhân (19,5%) phản vệ do thuốc khác.
- Tỷ lệ dị nguyên gây phản vệ qua đường tiêm tĩnh mạch là cao nhất chiếm 82,2%. Qua đường tiêm bắp chiếm 4,4%, đường tiêu hoá 6,7%, tiếp xúc da, niêm mạc chiếm 6,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mức độ phản vệ trong nghiên cứu

- Nghiên cứu trên 41 bệnh nhân, phản vệ độ 2 chiếm 29,3%, phản vệ độ 3 chiếm 68,3%, phản vệ độ 4 chiếm 2,4%.

- Thời gian từ khi tiếp xúc với dị nguyên đến khi phản vệ trung bình $27,2 \pm 36,5$ phút, sớm nhất là 1 phút, muộn nhất là 180 phút. Thời gian từ khi phản vệ đến khi được xử trí tiêm bắp Adrenalin trung bình $26,8 \pm 95,5$ ph:

- Có 29 bệnh nhân (33,0%) được tiêm bắp adrenalin dưới 5ph. Có 8 bệnh nhân (9,1%) tiêm bắp adrenalin trong khoảng thời gian 5-30ph. 4 bệnh nhân (4,5%) tiêm bắp adrenalin sau 30 phút

3.3. Đặc điểm huyết động của nhóm BỆNH NHÂN tại thời điểm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm huyết động, liều adrenalin và lượng dịch đã truyền tại thời điểm nghiên cứu

	Trung bình	Nhỏ nhất – Lớn nhất
Nhịp tim (ck/ph)	$112,0 \pm 21,7$	68 - 154
HATB (mmHg)	$88,1 \pm 19,8$	50 - 139
CVP (mmHg)	$6,6 \pm 3,2$	0 - 17
Adrenalin truyền TM ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{ph}$)	$0,16 \pm 0,13$	0,03 – 0,6
Lượng dịch đã truyền (mL)	$1364,6 \pm 1104,0$	0 - 6000

- Tất cả bệnh nhân đã được sử dụng adrenalin truyền liên tục tại thời điểm nghiên cứu với liều trung bình là $0,16 \pm 0,13\mu\text{g}/\text{kg}/\text{ph}$. không có bệnh nhân nào dùng thêm loại vận mạch, cường tim khác. Lượng dịch đã bù trước thời điểm nghiên cứu trung bình là $1364,6 \pm 1104,0\text{ml}$. có 2 bệnh nhân không được bù dịch trước thời điểm nghiên cứu.

- Hầu hết bệnh nhân đều có huyết áp trung bình $\geq 65\text{mmHg}$. Nhịp tim trung bình là $112,0 \pm 21,7$ ck/ph. Có 19 (46,3%) bệnh nhân có mức CVP $\leq 6\text{mmHg}$. Trong nghiên cứu, có 5 (12,2%) bệnh nhân có tình trạng thiếu niệu (nước tiểu $< 0,5\text{mL}/\text{kg}/\text{h}$)

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu

Bảng 2. Một số xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu

Xét nghiệm cận lâm sàng	Trung bình
-------------------------	------------

Lactate (mmol/L)	4,73 ± 2,65
Urê (mmol/L)	6,9 ± 3,8
Creatinin (µmol/L)	95,3 ± 48,2
Hematocrit (%)	33,8 ± 7,8

- Trong 41 bệnh nhân phản vệ, có 36 (87,8%) bệnh nhân tăng lactate máu (≥ 2 mmol/L). 17,8% bệnh nhân có lactate máu $> 6,9$ mmol/L.

- Hầu hết các bệnh nhân có mức urê máu trong giới hạn bình thường. Nồng độ creatinin máu trung bình là $95,3 \pm 48,2$ µmol/L, có 8 (19,5%) bệnh nhân có mức creatinin máu ≥ 130 µmol/L. Chỉ số hematocrit trung bình là $33,8 \pm 7,8\%$

3.5. Một số thông số huyết động được đo bằng USCOM

Bảng 3. Một số thông số huyết động được đo bằng USCOM tại thời điểm nghiên cứu

	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
FTc (ms)	331,5 ± 34,2	226	424
SVRI (d.s.cm ⁻⁵ .m ²)	1984,9 ± 991,2	542	4290
CI (L/min/m ²)	3,85 ± 1,40	1,4	6,5
SMII (W)	1,41 ± 0,50	0,6	2,5

- FTc trung bình trong nghiên cứu là $331,5 \pm 34,2$ ms. Trong đó có 29 bệnh nhân (70,7%) FTc ≤ 340 ms.

- Hầu hết các bệnh nhân phản vệ dù đã được bù dịch trước thời điểm nghiên cứu. Các thông số USCOM vẫn chỉ ra rằng các bệnh nhân trong nghiên cứu vẫn còn tình trạng thiếu dịch chiếm 70,7%. Có 15 (36,6%) bệnh nhân có mức SMII < 1.2 W. Những bệnh nhân này cần bù dịch thận trọng hơn vì nguy cơ phù phổi. Có 8 (19,5%) bệnh nhân có chỉ số sức cản mạch hệ thống (SVRI) thấp (< 1200 d.s.cm⁻⁵.m²) và 9 (21,9%) bệnh nhân có giảm chỉ số tim (CI). những bệnh nhân này cần điều chỉnh liều vận mạch và hồi sức dịch phù hợp.

Bảng 4. Phân nhóm đặc điểm lâm sàng, CLS, thông số USCOM theo mức độ phản vệ

	Trung bình		P
	ĐỘ 2	ĐỘ 3 và 4	
Nhịp tim (lần/ph)	108,8±26,7	113,3±20,0	0,5
HATB (mmHg)	97,8±16,6	83,0±19,7	<0,05
CVP (mmHg)	6,4±3,0	6,6±3,4	0,8
Hematocrit (%)	35,9±6,2	32,6±8,5	0,3
Lactate (mmol/L)	3,29±1,69	5,32±2,77	<0,05
FTc (ms)	343,1±36,4	326,7±32,7	0,2
SVRI (d.s.cm ⁻⁵ .m ²)	2009,7±894,1	1974,7±1043,6	0,9
CI (L/min/m ²)	4,02±1,38	3,78±1,42	0,6
SMII (W)	1,69±0,45	0,27±0,47	<0,05
Liều adrenalin truyền TM	0,11±0,06	0,18±0,14	0,07

- Những bệnh nhân phản vệ độ 3,4 có mức huyết áp trung bình thấp hơn và sức co bóp cơ tim thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

- Nồng độ lactate máu ở nhóm phản vệ độ 3,4 cao hơn so với nhóm phản vệ độ 2 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về nhịp tim, CVP, hematocrit giữa các nhóm.

Bảng 5. Phân nhóm đặc điểm lâm sàng, CLS, thông số USCOM theo thời gian xử trí tiêm bắp adrenalin

	Thời gian tiêm bắp Adrenalin			P
	Dưới 5ph	5-30ph	trên 30ph	
Nhịp tim (lần/ph)	108,8 ± 21,7	117,9 ± 26,0	123,0 ± 5,7	0,35
HATB (mmHg)	90,8 ± 17,1	94,4 ± 22,5	63,4 ± 13,8	<0,05
CVP (mmHg)	7,0 ± 3,4	5,7 ± 2,7	5,0 ± 2,4	0,4
Hematocrit (%)	33,9 ± 6,7	28,1 ± 5,3	44,2 ± 9,2	<0,05
Lactate máu (mmol/L)	4,35 ± 2,42	4,87 ± 2,74	7,15 ± 3,52	0,15
FTc (ms)	336,0 ± 25,0	334,4 ± 55,2	292,7 ± 19,7	<0,05
SVRI (d.s.cm ⁻⁵ .m ²)	1980,2 ± 878,7	1957,4 ± 1131,6	2074,7 ± 1700,9	0,9
CI (L/min/m ²)	3,76 ± 1,18	4,35 ± 1,86	3,50 ± 2,04	0,5
SMII (W)	1,47 ± 0,46	1,52 ± 0,62	0,89 ± 0,21	<0,05

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ hematocrit, huyết áp trung bình, thời gian tổng máu (FTc) và sức co bóp cơ tim (SMII) giữa các nhóm thời gian tiêm bắp adrenalin.

- Ở nhóm tiêm bắp adrenalin muộn > 30 phút nhận thấy huyết áp trung bình, chỉ số co bóp cơ tim thấp hơn, nồng độ hematocrit, lactate máu cao hơn và thời gian tổng máu FTc thấp hơn so với nhóm tiêm bắp adrenalin dưới 30 phút

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 41 bệnh nhân phản vệ điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 10/2022 đến 9/2023 đã đưa ra một số kết luận về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các thông số huyết động của USCOM ở bệnh nhân phản vệ. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nam chiếm 41,9%, bệnh nhân nữ chiếm 56,1%. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $57,4 \pm 21,0$ Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai giới. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý

Ninh [5] năm 2014 tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai trong 275 bệnh nhân phản vệ, tuổi trung bình không có sự khác biệt, nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2016 tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai cũng có kết quả tương tự với tuổi trung bình trẻ hơn $42,0 \pm 18,0$ tuổi [6]. Nguyên nhân phản vệ hay gặp nhất là do thuốc chiếm 68,9%, trong đó thuốc kháng sinh chiếm 31,1%, thuốc cận quang chiếm 15,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2016) cũng cho kết quả tương đồng. Dị nguyên gây phản vệ qua đường tĩnh mạch là chủ yếu, chiếm 82,2%. Tiêm bắp chiếm 4,4%, đường tiêu hoá 6,7%, tiếp xúc da, niêm mạc 6,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân được dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, hiện nay rất ít khi cho chỉ định tiêm bắp nên tỷ lệ phản vệ cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Ninh (2014) phản vệ qua đường tiêu hoá là 54,4%, tiêm tĩnh mạch 38,9%, tiêm bắp 6,6%. Mức độ phản vệ trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là phản vệ độ 3 chiếm 68,3%, độ 2 chiếm 29,3% và độ 4 chiếm 2,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Philippe Guerci (2020) nghiên cứu trên 339 bệnh nhân nhập viện tại ICU với tỷ lệ phản vệ độ 2 chiếm 17,1%, phản vệ độ 3 chiếm 65,4% và phản vệ độ 4 chiếm 15% [7]

Lactate máu cao được cho là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập trong phản vệ. Ngưỡng lactate máu $> 6,9$ mmol/L tiên lượng tử vong với độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 87,5% và giá trị tiên đoán dương tính là 80% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ lactate trung bình là $4,73 \pm 2,65$ mmol/L, có 86,7% bệnh nhân có tình trạng tăng lactate máu. (lactate ≥ 2 mmol/L), trong đó có 17,8% có ngưỡng lactate máu $> 6,9$ mmol/L. Nồng độ lactate máu tăng thể hiện tình trạng giảm tưới máu mô, giảm cung lượng tuần hoàn. Đây là hậu quả của một loạt rối loạn tuần hoàn sau sốc.

Từ bảng 4 cho thấy ở nhóm bệnh nhân phản vệ độ 3 trở lên có mức huyết áp trung bình thấp hơn, nồng độ lactate máu cao và chỉ số co bóp cơ tim (SMII) thấp hơn dù liều adrenalin duy trì cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân phản vệ độ 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có bệnh nhân nào có tiền sử bệnh tim từ trước.

Từ bảng 5 cho thấy nhóm bệnh nhân được xử trí tiêm bắp adrenalin muộn (>30 phút) có ngưỡng lactat máu cao hơn, trung bình $7,15 \pm 3,52$ mmol/L so với $4,87 \pm 2,74$ mmol/L ở nhóm từ 5 – 30ph và $4,35 \pm 2,42$ mmol/L ở nhóm tiêm

bắp dưới 5 phút. Nồng độ hematocrit ở nhóm tiêm bắp adrenalin muộn cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Các thông số huyết động đo bằng USCOM cho thấy ở nhóm tiêm bắp adrenalin muộn có chỉ số FTc trung bình là $292,7 \pm 19,7$ ms, thấp hơn so với 2 nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Chỉ số co bóp cơ tim (SMII) ở nhóm tiêm bắp adrenalin muộn trung bình là $0,89 \pm 0,21$ W, thấp hơn so với 2 nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Không có sự khác biệt về nhịp tim, CVP, SVRI và CI giữa các nhóm.

Trong nghiên cứu này, dù các bệnh nhân đều được duy trì adrenalin truyền tĩnh mạch và được bù dịch trước đó (lượng dịch bù trung bình là $1364,6 \pm 1104$ mL). Các thông số USCOM chỉ ra rằng có đến 70,7% bệnh nhân còn tình trạng thiếu dịch với ngưỡng tham chiếu của FTc là ≤ 340 ms. Có 30,6% bệnh nhân cần được bù dịch thận trọng vì nguy cơ phù phổi (SMII <1.2 W). 19,5% bệnh nhân có tình trạng giảm sức cản mạch hệ thống (SVRI <1200 d.s.cm⁻⁵.m²), 21,6% bệnh nhân có giảm chỉ số tim (CI <2.5 L/min/m²).

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân phản vệ vào HSTC chủ yếu ở mức độ nguy kịch, dị nguyên hay gặp là do thuốc. Xét nghiệm cận lâm sàng chủ yếu tăng nồng độ lactate máu. Hầu hết các bệnh nhân khi vào HSTC đều đã được hồi sức dịch và duy trì adrenalin truyền tĩnh mạch. Tuy nhiên kết quả USCOM cho thấy có 21,6% giảm cung lượng tim sau phản vệ, 19,5% giảm sức cản mạch hệ thống, 70,7% thiếu dịch và 30,6% bệnh nhân cần được bù dịch thận trọng. Những bệnh nhân được xử trí tiêm bắp adrenalin muộn trên 30 phút và phản vệ độ 3 trở lên có ngưỡng lactate máu cao hơn, chỉ số co bóp cơ tim (SMII) thấp hơn. USCOM là 1 thiết bị có thể ứng dụng để đánh giá hồi sức huyết động cho bệnh nhân phản vệ. Cần thêm những nghiên cứu đánh giá sâu hơn về hiệu quả áp dụng của các thông số USCOM trong hướng dẫn hồi sức huyết động

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2017). Thông tư: Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. .
2. **Sala-Cunill A. and Cardona V.** (2015). Definition, Epidemiology, and Pathogenesis. *Curr Treat Options Allergy*, 2(3), 207–217.
3. **Cardona V., Ansotegui I.J., Ebisawa M., et al.** (2020). World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. *World Allergy Organ J*, 13(10).
4. **Francuzik W., Dölle-Bierke S., Knop M., et al.** (2019). Refractory Anaphylaxis: Data From the

- European Anaphylaxis Registry. Front Immunol, 10, 2482.
5. **Nguyen K.-D., Nguyen H.-A., Vu D.-H., et al.** (2019). Drug-Induced Anaphylaxis in a Vietnamese Pharmacovigilance Database: Trends and Specific Signals from a Disproportionality Analysis. Drug Saf, 42(5), 671–682.
6. **Nguyễn Anh Tuấn** (2018). Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai. Luận Văn Y Học
7. **Guerci P., Tacquard C., Chenard L., et al.** (2020). Epidemiology and outcome of patients admitted to intensive care after anaphylaxis in France: a retrospective multicentre study. Br J Anaesth, 125(6), 1025–1033.

STRESS, TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI DÂN SAU NHIỄM COVID-19 TẠI QUẬN TÂN PHÚ, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Nguyễn Minh Thu¹, Diệp Từ Mỹ¹,
Võ Ý Lan¹, Trịnh Tú Thanh¹, Trần Thị Tuyết Nga¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2023 trên người dân từ đủ 18 tuổi trở lên và đã hồi phục sau nhiễm COVID-19 ít nhất 6 tháng. Đối tượng nghiên cứu được chọn ngẫu nhiên từ danh sách quản lý các trường hợp mắc COVID-19 của Trung tâm y tế quận Tân Phú, Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). Thang đo DASS-21 (Depression anxiety and stress scales) được sử dụng để xác định stress, trầm cảm và lo âu ở người dân. Tổng cộng có 378 người dân hoàn thành bộ câu hỏi và được đưa vào phân tích. Tỷ lệ người có căng thẳng, trầm cảm và lo âu lần lượt là 5,3%, 3,2% và 24,6%. Nghiên cứu tìm ra các yếu tố liên quan, chẳng hạn như tuổi tác, tình trạng hôn nhân, tình trạng sống chung với gia đình, tình trạng bệnh COVID-19, và duy trì tập thể dục.

Từ khóa: COVID-19, stress, trầm cảm, lo âu, DASS-21.

SUMMARY

STRESS, DEPRESSION, ANXIETY, AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WHO HAVE RECOVERED FROM COVID-19 IN TAN PHU DISTRICT, HO CHI MINH CITY

A cross-sectional study was conducted between January and March 2023 among adult patients at least six months after COVID-19 infection. The participants were randomly chosen based on the list of COVID-19 patients managed by the Medical Center in Tan Phu District, Ho Chi Minh City. This study used the DASS-21 scale to address the stress, depression, and anxiety of the participants. A total of 378 participants who completed questionnaires were included for further analysis. The proportion of people with stress, depression, and anxiety was 5.3%, 3.2%, and 24.6%, respectively. The study shows some associated factors, such as age, marital status, living with family,

COVID-19 disease severity, and maintaining exercise.

Keywords: COVID-19, stress, depression, anxiety, DASS-21.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các báo cáo đã chứng minh rằng mặc dù đã khỏi COVID-19 nhưng các triệu chứng vẫn xuất hiện từ 2 tháng đến 10 tháng sau nhiễm[1], trong đó, các dấu hiệu về sức khỏe tâm thần đang có chiều hướng gia tăng. Trong nghiên cứu của Thụy Sĩ gần đây phát hiện tỷ lệ các triệu chứng trầm cảm và lo lắng cao hơn so với trước khi cách ly hoặc một tháng sau khi nhiễm, căng thẳng cũng tăng lên trong cách ly và sẽ còn tăng sau nhiễm[2]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Lê Thị Hương cho kết quả trầm cảm (4,9%), lo âu (7%), căng thẳng (3,4%) và có mức độ từ trung bình đến rất nặng[3]. Hậu quả mà stress, trầm cảm và lo âu đem đến cho người dân là xuất hiện cảm xúc tiêu cực, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, chất lượng giấc ngủ, thể chất yếu và hiệu suất công việc suy giảm. Hiện nay các nghiên cứu liên quan về stress, trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân sau nhiễm COVID-19 tại Việt Nam vẫn còn khá ít, cần có thêm nghiên cứu đánh giá sức khỏe tâm thần ở người dân sau nhiễm COVID-19 ít nhất 6 tháng nhằm mục đích kiểm tra tác động của COVID-19 lên tâm lý và đề xuất các biện pháp kịp thời nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần lẫn thể chất. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích xác định tác động lâu dài của COVID-19 lên sức khỏe tâm thần và đề xuất các biện pháp nhằm nâng cao sức khỏe.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí chọn vào: Người dân từ đủ 18 tuổi trở lên và có xét nghiệm dương tính (bằng test nhanh hoặc bằng kết quả Realtime-PCR theo

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Diệp Từ Mỹ

Email: dtm@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024