

THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ CẤP CỨU PHẢN VỆ TẠI THÁI BÌNH

Nguyễn Xuân Bái^{1*}, Nguyễn Việt Khánh¹, Trương Công Đạt¹, Lê Minh Tiến¹,
Bùi Duy Dũng¹, Đinh Quang Kiên¹, Vũ Thanh Bình¹, Vũ Thị Loan¹,
Trần Thị Hương¹, Vi Thị Thúy Hằng¹, Phan Yên Anh¹, Lê Trần Diệp Anh¹,
Đỗ Thanh Tuân¹, Lại Đức Trí², Doãn Tường Thi³, Phạm Văn Quyết⁴, Vũ Xuân Thùy⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tình hình phản vệ và trang thiết bị cấp cứu phản vệ tại 60 khoa/phòng thuộc một số cơ sở y tế tỉnh Thái Bình năm 2025 theo yêu cầu Thông tư 51/2017/TT-BYT.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại 4 bệnh viện (tuyến tỉnh, tuyến huyện) và 4 trạm y tế xã trên địa bàn Thái Bình từ 01/4/2025 đến 30/9/2025. Số liệu về tình hình phản vệ được thu thập từ phần mềm quản lý bệnh viện. Toàn bộ 60 khoa/phòng có chức năng khám, điều trị, thực hiện kỹ thuật có nguy cơ gây phản vệ đều được khảo sát. Thông tin được thu thập bằng bảng kiểm chuẩn hoá dựa trên danh mục thuốc, dụng cụ và trang thiết bị cấp cứu phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, kiểm tra trực tiếp tại khoa/phòng kết hợp phỏng vấn trưởng khoa/điều dưỡng trưởng.

Kết quả: Thực trạng phản vệ xảy ra không đồng đều giữa các tuyến cơ sở y tế. BVĐK Thái Bình (40,2%); BVĐK Vũ Thư (35,7%); BVĐK Kiến Xương (6,6%); TYT xã Vũ Hội (10,5%); TYT xã Việt Thuận (0,2%). Nguyên nhân phản vệ đa dạng: không phân loại (40%); do thức ăn (25,6%); do thuốc (25%); do nọc côn trùng (5,9%). Đa số là phản vệ mức độ I (69,2%). Mức độ II chiếm 27,4%. Mức độ III chiếm 3,3%. Hầu hết các trường hợp phản vệ được cấp cứu kịp thời (91,8%). Tỷ lệ chuyển viện (8,1%). Có 3 trường hợp tử vong (0,1%) tại BVĐK Thái Bình.

Tất cả các khoa/phòng đều có hộp thuốc và phác đồ xử trí phản vệ. Các thuốc cấp cứu cơ bản đạt tỷ lệ sẵn có 100%, trừ kim luồn tĩnh mạch cỡ lớn thiếu ở 8,3% đơn vị. Trang thiết bị tối thiểu như oxy, dịch truyền và bóng Ambu đạt 80–90%. Bộ đặt nội khí quản chỉ có tại 41,7% đơn vị. Một số phương tiện còn rất hạn chế, gồm bình xịt salbutamol (10,0%) và nhũ dịch Lipid 20% (6,7%).

Kết luận: Cần tập trung cập nhật kiến thức về chẩn đoán và xử trí phản vệ cho nhân viên y tế để kịp thời cấp cứu cho bệnh nhân, giảm thiểu tình trạng tử vong. Các trang thiết bị cấp cứu phản vệ cũng cần được kiểm kê và cập nhật thường xuyên đảm bảo cả về số lượng và chất lượng.

Từ khóa: phản vệ, cấp cứu phản vệ, trang thiết bị y tế, Thái Bình, Thông tư 51/2017/TT-BYT.

CURRENT STATUS OF ANAPHYLAXIS AND EMERGENCY EQUIPMENT FOR ANAPHYLAXIS MANAGEMENT IN THAI BINH

ABSTRACT

Objective: To describe the current situation of anaphylaxis and the availability of anaphylaxis emergency equipment in 60 departments/units of selected healthcare facilities in Thai Binh province in 2025, in accordance with Circular No. 51/2017/TT-BYT..

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted at four hospitals (provincial and district levels) and four commune health stations in Thai Binh from April 1 to September 30, 2025. Data on anaphylaxis cases were extracted from hospital management software. All 60 departments/units providing clinical care or procedures with a risk of anaphylaxis were surveyed. Information was collected using a standardized checklist based on the list of drugs, instruments, and equipment for anaphylaxis emergency care stipulated in Circular No. 51/2017/TT-BYT. Direct on-site verification was combined with interviews with department heads or head nurses.

Results:

The occurrence of anaphylaxis varied across healthcare levels. Thai Binh General Hospital accounted for 40.2%, Vu Thu General Hospital 35.7%, Kien Xuong General Hospital 6.6%, Vu Hoi Commune Health Station 10.5%, and Viet Thuan Commune Health Station 0.2%. Causes of anaphylaxis were diverse, including unclassified causes (40%), food (25.6%), drugs (25.0%), and insect stings (5.9%). Most cases were grade I

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

3. Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư

4. Bệnh viện Đa khoa Kiến Xương

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Bái

Ngày nhận bài: 8/01/2026

Ngày phản biện: 01/3/2026

Ngày duyệt bài: 12/3/2026

anaphylaxis (69.2%), followed by grade II (27.4%) and grade III (3.3%). Most patients received timely emergency treatment (91,8%). The referral rate was 8.1%. Three deaths (0.1%) were reported at Thai Binh General Hospital.

All departments/units had an anaphylaxis emergency drug box and management guidelines. Basic emergency drugs were available in 100% of units, except for large-bore intravenous cannulas, which were lacking in 8.3% of units. Essential equipment such as oxygen, intravenous fluids, and Ambu bags was available in 80–90% of units. Endotracheal intubation kits were present in 41.7% of units. Some items were very limited, including salbutamol inhalers (10.0%) and 20% lipid emulsion (6.7%).

Conclusion: It is necessary to strengthen training on the diagnosis and management of anaphylaxis for healthcare workers to ensure timely emergency care and reduce mortality. Anaphylaxis emergency equipment should be regularly inventoried and updated to ensure adequate quantity and quality.

Keywords: anaphylaxis, emergency equipment, Thai Binh, Circular 51/2017/TT-BYT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một trong những tình trạng cấp cứu tối khẩn cấp trong y khoa, có thể dẫn tới tử vong nhanh chóng nếu không được nhận biết sớm và xử trí đúng phác đồ. Nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước cho thấy tỷ lệ mắc phản vệ có xu hướng gia tăng song song với sự mở rộng của các kỹ thuật y tế hiện đại, sử dụng đa dạng thuốc, sinh phẩm, hóa chất chẩn đoán và điều trị [1].

Tỷ lệ phản vệ có xu hướng gia tăng trên toàn cầu trong hai thập kỷ gần đây do sự đa dạng của tác nhân dị ứng, lạm dụng kháng sinh, thuốc cản quang, các chế phẩm sinh học, cũng như sự thay đổi trong mô hình dị ứng và miễn dịch của cộng đồng [2]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận số ca phản vệ ngày càng tăng ở tuyến tỉnh và tuyến trung ương, trong đó nguyên nhân thường gặp bao gồm kháng sinh, thuốc gây mê - giảm đau, dịch truyền và nọc côn trùng [3,4]. Phản vệ có thể xảy ra ở mọi tuyến điều trị, từ bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện đến các trạm y tế, nơi nguồn lực và trang thiết bị cấp cứu còn hạn chế. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc tăng cường hệ thống báo cáo phản vệ, đảm bảo đầy đủ thuốc và trang thiết bị cấp cứu theo quy định của Bộ Y tế, đặc biệt là adrenaline – thuốc thiết yếu hàng đầu trong xử trí phản vệ.

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 51/2017/TT-BYT quy định chi tiết về phòng ngừa, chẩn đoán và xử trí phản vệ, trong đó nhấn mạnh yêu cầu mỗi cơ sở khám, chữa bệnh phải chuẩn bị đầy đủ thuốc, dụng cụ và trang thiết bị cấp cứu cần thiết để xử trí phản vệ kịp thời ở mọi tuyến điều trị [1]. Thông tư ban hành hướng dẫn chẩn đoán và xử trí phản vệ, đồng thời yêu cầu các cơ sở khám chữa bệnh chuẩn hóa quy trình cấp cứu, tổ chức đào tạo và bảo đảm sẵn sàng thuốc, trang thiết bị tối thiểu phục vụ cấp cứu phản vệ. Ở góc độ quản trị chất lượng, Thông tư 51 đóng vai trò như một chuẩn để đánh giá mức độ sẵn sàng, mức độ tuân thủ quy trình xử trí, và kết quả lâm sàng sau can thiệp. Các khuyến cáo quốc tế cũng đều nhấn mạnh các trang thiết bị tối thiểu cần phải luôn sẵn sàng tại vị trí tiếp nhận người bệnh, bao gồm bóng Ambu, mặt nạ, ống nội khí quản hoặc mask thanh quản, nguồn oxy ổn định, máy đo SpO₂, dụng cụ hút đờm dãi, dịch truyền, bơm tiêm điện và các thuốc hỗ trợ [2].

Mặc dù Thông tư 51/2017/TT-BYT đã nêu rõ danh mục thuốc và trang thiết bị cần thiết, trên thực tế mức độ đáp ứng giữa các cơ sở y tế và giữa các khoa/phòng trong cùng bệnh viện có thể rất khác nhau, tùy thuộc nguồn lực, nhận thức và cơ chế kiểm tra, giám sát nội bộ. Các nghiên cứu quốc tế về mức độ sẵn sàng xử trí phản vệ tại khoa cấp cứu, phòng khám dự ứng hay cơ sở ngoại trú cho thấy nhiều đơn vị còn thiếu bóng Ambu, thiếu oxy, không có bộ đặt nội khí quản, thiếu phác đồ dán tại chỗ hoặc thuốc không được kiểm tra hạn dùng định kỳ [5]. Ở trong nước, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về phản vệ [6-8], trong khi các khảo sát hệ thống và toàn diện về trang thiết bị cấp cứu phản vệ còn hạn chế.

Tại Thái Bình, chưa có nghiên cứu toàn diện nào đánh giá đồng thời tình hình phản vệ trong 5 năm gần đây và mức độ sẵn sàng về trang thiết bị cấp cứu ở các tuyến y tế khác nhau. Sự thiếu hụt dữ liệu hệ thống khiến việc lập kế hoạch đào tạo, dự trữ thuốc – vật tư, và xây dựng quy trình phản vệ gặp nhiều khó khăn. Do đó, một nghiên cứu mô tả thực trạng theo dõi và báo cáo phản vệ, đồng thời khảo sát trang thiết bị cấp cứu phản vệ tại các bệnh viện và trạm y tế của tỉnh là cần thiết nhằm cung cấp căn cứ khoa học cho công tác chỉ đạo tuyến, đào tạo chuyên môn và cải thiện chất lượng cấp cứu.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

Mô tả thực trạng tình hình phản vệ tại Thái Bình từ năm 2020 đến năm 2024

Mô tả thực trạng trang thiết bị cấp cứu phản vệ tại một số cơ sở y tế tỉnh Thái Bình năm 2025 theo yêu cầu của Thông tư 51/2017/TT-BYT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng của nghiên cứu bao gồm hai nhóm chính tương ứng với hai nội dung nghiên cứu. Nhóm đối tượng thứ nhất là thông tin tổng hợp từ bệnh án điện tử của các đơn vị nghiên cứu có tất cả các trường hợp phản vệ được ghi nhận, chẩn đoán hoặc điều trị tại các cơ sở y tế tham gia nghiên cứu trong giai đoạn từ năm 2020 đến năm 2024. Các trường hợp này được xác định thông qua hồ sơ bệnh án, sổ cấp cứu, phiếu báo cáo tai biến y khoa, hệ thống báo cáo phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT và các mã ICD-10 (T78, T80.5, T88.6) liên quan đến phản vệ dựa trên chẩn đoán ra viện. Các ca trùng lặp trong một đợt điều trị được loại trừ dựa trên mã bệnh nhân và mã bệnh án. Nguyên nhân của phản vệ được hỏi cứu từ hồ sơ bệnh án (nếu có). Các trường hợp không có thông tin nguyên nhân phản vệ trong hồ sơ bệnh án, hoặc hồ sơ bệnh án ghi nhận không xác định được nguyên nhân gây phản vệ thì được ghi nhận là “Không rõ”.

Nhóm đối tượng thứ hai của nghiên cứu bao gồm các khoa, phòng chuyên môn thuộc 4 bệnh viện và 4 trạm y tế xã trên địa bàn tỉnh có chức năng khám bệnh, điều trị hoặc thực hiện thủ thuật/kỹ thuật có nguy cơ gây phản vệ, tổng cộng 60 khoa/phòng. Người cung cấp thông tin tại mỗi đơn vị là trưởng khoa, điều dưỡng trưởng hoặc nhân viên phụ trách công tác cấp cứu của khoa/phòng.

Địa điểm nghiên cứu: 4 bệnh viện (Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư, Bệnh viện Đa khoa Kiến Xương) và 4 trạm y tế xã (Vũ Hội, Việt Thuận, Bình Nguyên, Tây Sơn) trên địa bàn tỉnh Thái Bình như đã nêu ở trên.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/4/2025 đến 30/9/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi thu thập dữ liệu thông tin đã được thiết kế sẵn.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: 04 bệnh viện và 04 trạm y tế xã, chọn toàn bộ (60 khoa/phòng) đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

Công cụ và nội dung thu thập số liệu:

- Sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn nhằm thu thập thông tin về tình hình phản vệ
- Sử dụng bảng kiểm được xây dựng dựa trên danh mục “Hộp thuốc cấp cứu phản vệ” và “Trang thiết bị tối thiểu phục vụ cấp cứu phản vệ” theo Thông tư 51/2017/TT-BYT.

Quy trình thu thập số liệu:

Điều tra viên được tập huấn thống nhất quy trình khảo sát, thực hiện:

- Trích xuất thông tin về các ca phản vệ từ phần mềm quản lý bệnh viện. Phân loại mức độ phản vệ như sau: Độ I (nhẹ): triệu chứng khu trú da/niêm mạc (mày đay, ngứa, ban đỏ, phù môi-mi) không kèm khó thở, tụt huyết áp, rối loạn ý thức. Độ II (trung bình): có ≥ 1 biểu hiện toàn thân nhưng chưa có sốc hoặc suy hô hấp nặng: khô khè nhẹ/khó thở vừa, đau bụng/nôn, chóng mặt, tụt huyết áp nhẹ, đáp ứng nhanh với xử trí ban đầu. Độ III (nặng): đe dọa tính mạng với suy hô hấp và/hoặc tụt huyết áp rõ: SpO₂ giảm, co thắt phế quản nhiều, phù thanh quản, tụt huyết áp cần adrenalin/bolus dịch lặp lại; có thể rối loạn ý thức. Độ IV (ngừng tuần hoàn/hô hấp): ngừng tim hoặc ngừng thở, cần hồi sinh tim phổi. Về kết quả xử trí: Cấp cứu kịp thời được xác định là bệnh nhân được xử trí tại chỗ và thoát phản vệ. Chuyển viện là các tình huống bệnh nhân nặng lên phải chuyển tuyến trên để xử trí. Tử vong là các tình huống tử vong được xác nhận có liên quan đến phản vệ.

- Phòng vấn trưởng khoa/điều dưỡng trưởng để ghi nhận tình trạng sẵn có của thuốc và trang thiết bị, cơ chế kiểm tra – bổ sung.

- Kiểm tra thực tế (01 lần trong thời gian nghiên cứu) tại tủ thuốc cấp cứu, hộp cấp cứu phản vệ, phòng cấp cứu, phòng thủ thuật... để đối chiếu thông tin, ghi nhận số lượng, tình trạng hoạt động, hạn dùng của thuốc. Các trang thiết bị được ghi nhận là “có” khi có đầy đủ về số lượng và còn hạn sử dụng (đối với các vật tư trang thiết bị có hạn sử dụng).

- Ghi nhận số liệu vào bảng kiểm chuẩn hoá; trong trường hợp có sai khác giữa lời khai và thực tế, ưu tiên số liệu quan sát trực tiếp.

Xử lý và phân tích số liệu:

- Dữ liệu được mã hoá và nhập bằng phần mềm thống kê; kiểm tra logic và loại bỏ các bản ghi thiếu thông tin cơ bản.

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

- Do mục tiêu chính là mô tả thực trạng, nghiên cứu không thực hiện phân tích suy luận (so sánh tỷ lệ giữa tuyến hoặc giữa nhóm khoa) mà tập trung vào mô tả xu hướng chung.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng tình hình phản vệ tại Thái Bình

Bảng 1. Thực trạng tổng số ca phản vệ được ghi nhận trong thời gian nghiên cứu

| Số ca phản vệ | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Tổng |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------------|
| Số lượng ca phản vệ | | | | | | |
| BVĐK Thái Bình | - | 109 | 211 | 227 | 287 | 834 (40,2) |
| BV Đại học Y Thái Bình | 7 | 31 | 12 | 24 | 20 | 94 (4,5) |
| BVĐK Kiến xương | 23 | 11 | 34 | 59 | 10 | 137 (6,6) |
| BVĐK Vũ Thư | 120 | 147 | 138 | 174 | 161 | 740 (35,7) |
| TYT xã Vũ Hội | 43 | 44 | 43 | 46 | 42 | 218 (10,5) |
| TYT xã Việt Thuận | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 (0,2) |
| TYT xã Vũ Tây | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 9 (0,4) |
| TYT xã Bình Nguyên | 5 | 4 | 8 | 10 | 11 | 38 (1,8) |
| Nguyên nhân gây phản vệ | | | | | | |
| Thức ăn: sữa, trứng, hải sản | 65 | 83 | 104 | 152 | 126 | 530 (25,6) |
| Thuốc | 36 | 91 | 82 | 152 | 158 | 519 (25,0) |
| Nọc độc côn trùng | 25 | 26 | 18 | 25 | 28 | 122 (5,9) |
| Mỹ phẩm | 14 | 19 | 12 | 15 | 14 | 74 (3,6) |
| Khác, không xác định | 60 | 132 | 231 | 199 | 207 | 829 (40,0) |
| Tổng số | 200 | 351 | 447 | 543 | 533 | 2074 |

Nhận xét:

Tổng số ca phản vệ ghi nhận trong 5 năm là 2.074 ca, trong đó BVĐK Thái Bình có số ca phản vệ cao nhất: 834 ca (40,2%), tiếp theo là BVĐK Vũ Thư: 740 ca (35,7%). Các cơ sở còn lại: BV Đại học Y Thái Bình: 94 ca (4,5%), BVĐK Kiến Xương: 137 ca (6,6%), TYT xã Vũ Hội: 218 ca (10,5%). Các trạm y tế xã Việt Thuận, Vũ Tây, Bình Nguyên: tổng cộng 51 ca (2,5%).

Số ca phản vệ tăng dần theo từng năm: từ 200 ca (2020) lên đến 543 ca (2023), sau đó giảm nhẹ còn 533 ca (2024).

Nguyên nhân gây phản vệ phổ biến nhất là nhóm “Khác, không xác định” với 829 ca (40,0%).

Tiếp theo là thức ăn (sữa, trứng, hải sản): 530 ca (25,6%), thuốc: 519 ca (25,0%). Các nguyên nhân ít gặp hơn gồm nọc độc côn trùng: 122 ca (5,9%), mỹ phẩm: 74 ca (3,6%).

Bảng 2. Mức độ phản vệ và kết quả xử trí

| Đặc điểm | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Tổng |
|-----------------------|------|------|------|------|------|-------------|
| Mức độ phản vệ | | | | | | |
| Độ I | 138 | 247 | 317 | 377 | 356 | 1435 (69,2) |
| Độ II | 60 | 100 | 116 | 146 | 146 | 568 (27,4) |

| Đặc điểm | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Tổng |
|-----------------------|------|------|------|------|------|-------------|
| Độ III | 2 | 3 | 13 | 20 | 31 | 69 (3,3) |
| Độ IV | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 (0,1) |
| Kết quả xử trí | | | | | | |
| Cấp cứu kịp thời | 197 | 342 | 415 | 509 | 441 | 1904 (91,8) |
| Chuyển viện | 3 | 9 | 30 | 33 | 92 | 167 (8,1) |
| Tử vong | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 (0,1) |
| Tổng số | 200 | 351 | 447 | 543 | 533 | 2074 |

Nhận xét:

Phản vệ mức độ I chiếm đa số: 1.435 ca (69,2%). Phản vệ mức độ II ghi nhận 568 ca (27,4%). Phản vệ mức độ III có 69 ca (3,3%). Phản vệ mức độ IV rất hiếm gặp: chỉ có 2 ca (0,1%).

Kết quả xử trí thành công cấp cứu kịp thời chiếm tỷ lệ cao nhất với 1.904 ca (91,8%). Chuyển viện chiếm 167 ca (8,1%). Tử vong xảy ra ở 3 ca (0,1%).

3.2. Thực trạng trang thiết bị cấp cứu phản vệ tại Thái Bình

Bảng 3. Thực trạng trang thiết bị phục vụ cấp cứu phản vệ

| Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ | Đơn vị | Yêu cầu | Hiện có (cỡ mẫu=60) |
|---|---------|---------|---------------------|
| Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ | bản | 01 | 60 |
| BKT vô khuẩn loại 10ml | cái | 02 | 60 |
| BKT vô khuẩn loại 5ml | cái | 02 | 60 |
| BKT vô khuẩn loại 1ml | cái | 02 | 60 |
| BKT vô khuẩn loại 14-16G | cái | 02 | 55 |
| Bông tiệt trùng tẩm cồn | gói/hộp | 01 | 60 |
| Dây garo | cái | 02 | 60 |
| Adrenalin 1mg/1ml | ống | 05 | 60 |
| Methylprednisolon 40mg | lọ | 02 | 60 |
| Diphenhydramin 10mg | ống | 05 | 60 |
| Nước cất 10ml | ống | 03 | 60 |
| Hộp cấp cứu phản vệ với đầy đủ thành phần cho mỗi xe tiêm | Hộp | 01 | 60 |
| Lưu đồ cấp cứu phản vệ được treo tại Phòng Cấp cứu của Khoa/Phòng | Cái | 01 | 60 |

Nhận xét:

Tất cả 60/60 khoa/phòng (100%) đều bố trí hộp thuốc cấp cứu phản vệ riêng biệt, kèm theo phác đồ và sơ đồ lưu đồ cấp cứu phản vệ dán tại phòng cấp cứu hoặc khu vực dễ quan sát.

Về thành phần hộp thuốc:

Adrenalin 1mg/1ml: có đủ theo yêu cầu (tối thiểu 5 ống/hộp) tại 60/60 đơn vị (100%).

Methylprednisolon 40mg: có 2 lọ/hộp tại 60/60 đơn vị (100%).

Diphenhydramin 10mg: có tối thiểu 5 ống/hộp tại 60/60 đơn vị (100%).

Nước cất 10ml, bông tiệt trùng tẩm cồn, dây garo: sẵn có đầy đủ ở tất cả các đơn vị.

Bơm kim tiêm vô khuẩn (1ml, 5ml, 10ml): đều đạt 100% so với yêu cầu.

Kim lùn tĩnh mạch 14–16G: có mặt tại 55/60 đơn vị (91,7%), 5 đơn vị (8,3%) thiếu kim cỡ lớn, chỉ có kim cỡ nhỏ hơn.

Như vậy, hộp thuốc cấp cứu phản vệ tại hầu hết các khoa/phòng đã đáp ứng khá đầy đủ yêu cầu về thuốc và vật tư tiêu hao theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, ngoại trừ tỷ lệ thiếu kim lùn tĩnh mạch cỡ lớn ở một số nơi.

Bảng 4. Thực trạng trang thiết bị tối thiểu

| Trang thiết bị tối thiểu | Yêu cầu | Hiện có (cỡ mẫu=60) |
|--|---------|------------------------|
| Oxy | x | 54 |
| Bóng AMBU và mặt nạ người lớn, trẻ em | x | 48 |
| Bình xịt Salbutamol | x | 6 |
| Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản | x | 25 |
| Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê. | x | 4 |
| Các thuốc chống dị ứng đường uống. | x | 28 |
| Dịch truyền: natriclorid 0,9%./. | x | 52 |

Nhận xét:

Khi đánh giá các trang thiết bị tối thiểu phục vụ cấp cứu phản vệ, kết quả cho thấy:

Nguồn oxy: 54/60 đơn vị (90,0%) có sẵn nguồn oxy (bình oxy hoặc hệ thống oxy trung tâm) tại vị trí cấp cứu.

Bóng Ambu và mặt nạ người lớn, trẻ em: có tại 48/60 đơn vị (80,0%).

Dịch truyền natriclorid 0,9%: 52/60 đơn vị (86,7%) có sẵn trong tủ thuốc cấp cứu hoặc ngay cạnh buồng bệnh nặng.

Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản: 25/60 đơn vị (41,7%) có ít nhất một trong các phương tiện kiểm soát đường thở nâng cao này.

Thuốc chống dị ứng đường uống: hiện diện tại 28/60 đơn vị (46,7%).

Bình xịt salbutamol: chỉ có 6/60 đơn vị (10,0%).

Nhũ dịch Lipid 20% (lọ 100ml, 2 lọ): có tại 4/60 đơn vị (6,7%), chủ yếu ở những nơi sử dụng thuốc tê/gây mê nhiều.

Như vậy, trong khi oxy, bóng Ambu và dịch truyền đẳng trương đạt tỷ lệ sẵn có tương đối cao, thì các phương tiện kiểm soát đường thở nâng cao, thuốc giãn phế quản dạng xịt và nhũ dịch Lipid còn thiếu nhiều ở đa số đơn vị.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình hình phản vệ trong hệ thống y tế Thái Bình có sự phân bố không đồng đều giữa các tuyến điều trị, với sự chênh lệch rõ rệt về số lượng ca mắc, nguyên nhân, mức độ phản vệ cũng như năng lực xử trí tại từng cơ sở y tế. Sự khác biệt này phản ánh đặc điểm chuyên môn, cơ cấu người bệnh, năng lực chẩn đoán và

báo cáo của từng tuyến, đồng thời cho thấy những khoảng trống quan trọng cần được quan tâm trong công tác dự phòng và đảm bảo an toàn người bệnh. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy hệ thống trang thiết bị cấp cứu phản vệ tại các cơ sở y tế ở Thái Bình đã có những điểm mạnh đáng ghi nhận, đồng thời còn tồn tại không ít khoảng trống so với yêu

cầu thực tế và các khuyến cáo hiện hành. Quan trọng hơn, các thiếu hụt về trang thiết bị, đặc biệt là nhóm kiểm soát đường thở và thuốc hỗ trợ hô hấp, có thể tạo ra điểm nghẽn trong chuỗi cấp cứu, góp phần làm tăng nhu cầu chuyển viện và nguy cơ tử vong ở các ca phản vệ nặng.

4.1. Đặc điểm tình hình phản vệ tại Thái Bình

Trước hết, phân bố tỷ lệ phản vệ giữa các cơ sở y tế cho thấy gánh nặng phản vệ chủ yếu tập trung tại các bệnh viện có quy mô lớn và tiếp nhận nhiều bệnh nhân cấp cứu. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình chiếm 40,2% tổng số ca phản vệ, tiếp theo là Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư với 35,7%. Đây đều là các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện lớn, có khối lượng bệnh nhân đông, thực hiện nhiều kỹ thuật can thiệp và sử dụng nhiều nhóm thuốc có nguy cơ gây phản vệ cao như kháng sinh tiêm truyền, thuốc gây mê – giảm đau, thuốc cản quang. Ngược lại, Bệnh viện Đa khoa Kiến Xương và các trạm y tế xã ghi nhận số ca phản vệ thấp hơn, phản ánh sự khác biệt trong cơ cấu bệnh nhân và mức độ thực hiện kỹ thuật. Tuy nhiên, kết quả cũng cho thấy rằng phản vệ vẫn xảy ra ở tuyến xã với tỷ lệ tuy thấp nhưng có ý nghĩa về mặt hệ thống, nhấn mạnh yêu cầu tất cả các cơ sở y tế, bao gồm trạm y tế xã, đều phải có năng lực nhận biết và xử trí ban đầu phản vệ.

Nguyên nhân gây phản vệ trong nghiên cứu khá đa dạng, bao gồm thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Tuy nhiên, tỷ lệ trường hợp “không phân loại được nguyên nhân” ở mức cao (40%) phản ánh hạn chế trong ghi chép hồ sơ, khai thác bệnh sử hoặc trong nhận diện tác nhân gây phản vệ. So với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ phản vệ do thuốc trong nghiên cứu này (25%) thấp hơn đáng kể so với các báo cáo tại các cơ sở y tế khác, nơi nguyên nhân do thuốc thường chiếm 60–80% [3,4]. Điều này nhiều khả năng liên quan đến sự khác biệt giữa các tuyến, khi tuyến tỉnh và huyện có xu hướng ghi nhận rõ nguyên nhân do thuốc, trong khi tuyến xã và một số khoa phòng ít kinh nghiệm thường khó xác định tác nhân.

Về mức độ phản vệ, kết quả cho thấy đa số trường hợp là mức độ I (69,2%), mức độ II chiếm 27,4% và mức độ III chỉ chiếm 3,3%. Cơ cấu này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, nơi phản vệ nhẹ và trung bình chiếm ưu thế. Tuy nhiên, sự phân bố mức độ phản vệ giữa các cơ sở y tế lại khác biệt đáng kể. Sự khác biệt này cho thấy cần có chiến lược phân tuyến tiếp nhận phản vệ hợp lý,

đồng thời tăng cường đào tạo để tuyến dưới có thể nhận diện và xử trí tốt các ca mức độ I và II, tránh chuyển viện không cần thiết.

Tỷ lệ cấp cứu kịp thời trong nghiên cứu đạt 98,1%, cho thấy năng lực tiếp cận và xử trí phản vệ ban đầu của các cơ sở y tế trong tỉnh nhìn chung khá tốt. Tuy nhiên, tỷ lệ chuyển viện 8,1% và ba trường hợp tử vong (0,1%) tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cho thấy vẫn tồn tại những trường hợp phản vệ nặng hoặc được tiếp cận y tế muộn. Tỷ lệ tử vong tuy thấp nhưng có ý nghĩa trong bối cảnh phản vệ có thể tử vong trong vài phút nếu xử trí chậm. Các trường hợp tử vong cần được phân tích sâu hơn trong nghiên cứu tiếp theo để xác định nguyên nhân như thời gian khởi phát triệu chứng, thời gian tiêm adrenaline, tình trạng trang thiết bị hay kinh nghiệm của nhân viên y tế. Ở góc độ xử trí, cấp cứu kịp thời (tiêm adrenalin sớm) là điều kiện cần, nhưng chưa đủ đối với phản vệ độ III–IV: bệnh nhân vẫn có thể diễn biến suy hô hấp nhanh do co thắt phế quản nặng hoặc phù thanh môn, và/hoặc sốc kéo dài cần bù dịch nhanh, oxy và hỗ trợ thông khí. Khi tuyến dưới thiếu phương tiện kiểm soát đường thở nâng cao hoặc thuốc hỗ trợ co thắt phế quản, quyết định chuyển viện sẽ được đưa ra sớm hơn để giảm rủi ro; ngược lại, nếu chuyển viện bị chậm hoặc vận chuyển không tối ưu, nguy cơ tử vong/biến chứng tăng lên. Do đó, kết cục chuyển viện và tử vong trong nghiên cứu cần được diễn giải song hành với mức độ sẵn sàng trang thiết bị, thay vì chỉ nhìn vào tỷ lệ tiêm adrenalin kịp thời.

4.2. Thực trạng trang thiết bị cấp cứu phản vệ tại Thái Bình

Việc 100% khoa/phòng được khảo sát đều có hộp thuốc cấp cứu phản vệ với đầy đủ Adrenalin, Methylprednisolon, Diphenhydramin, nước cất, bơm kim tiêm, dây garo, bông cotton và phác đồ xử trí dán tại chỗ là một kết quả tích cực, thể hiện sự quan tâm của các cơ sở y tế trong việc tuân thủ Thông tư 51/2017/TT-BYT. Trong xử trí phản vệ, Adrenalin tiêm bắp sớm là bước then chốt, được tất cả các hướng dẫn quốc tế khuyến cáo sử dụng ngay khi chẩn đoán phản vệ [1]. Thực tế ở nhiều quốc gia, một rào cản quan trọng là Adrenalin không được bố trí sẵn tại nơi cần thiết, hoặc không được bảo quản, kiểm kê định kỳ, dẫn đến thiếu thuốc đúng lúc [9]. Việc tất cả các đơn vị trong nghiên cứu đều có sẵn Adrenalin cùng phác đồ xử trí là tiền đề quan trọng giúp nâng cao khả năng cứu sống người bệnh khi phản vệ xảy ra.

Ngoài ra, các vật tư tiêu hao như bơm kim tiêm, dây garo, bông cotton, nước cất được chuẩn bị đầy đủ giúp rút ngắn thời gian chuẩn bị thuốc, đảm bảo việc tiêm Adrenalin diễn ra nhanh chóng, đúng liều. Sự hiện diện của lưu đồ xử trí phản vệ dán trực tiếp tại khu vực cấp cứu cũng góp phần giảm sai sót trong tình huống cấp bách, phù hợp với khuyến cáo của nhiều tác giả về vai trò của công cụ hỗ trợ quyết định dạng “checklist” và “algorithm” trong cấp cứu phản vệ [9]. Tuy nhiên, để chuyển hóa tiêm adrenalin kịp thời thành giảm chuyển viện và tử vong, chuỗi can thiệp tiếp theo (oxy, bù dịch nhanh, hỗ trợ thông khí và kiểm soát đường thở) đóng vai trò quyết định ở các ca nặng. Đây là điểm mà thiếu hụt trang thiết bị có thể tác động trực tiếp đến kết cục.

Tuy nhiên, tỷ lệ thiếu kim luân tĩnh mạch cỡ lớn (14–16G) tại 5/60 đơn vị (8,3%) cho thấy vẫn còn những điểm yếu cần khắc phục. Kim luân cỡ lớn đóng vai trò quan trọng trong bù dịch nhanh ở các trường hợp phản vệ nặng có tụt huyết áp, sốc [3,10]. Dù vậy, tỷ lệ chưa đạt 100% đồng nghĩa vẫn tồn tại khoảng trống sẵn sàng ở một số đơn vị; trong phản vệ nặng, thiếu oxy hoặc dịch truyền tại thời điểm cần có thể dẫn tới quyết định chuyển viện sớm hơn hoặc làm tăng rủi ro trong quá trình chờ chuyển tuyến.

Trong số các trang thiết bị tối thiểu, oxy và dịch truyền natriclorid 0,9% đạt tỷ lệ sẵn có cao (lần lượt 90,0% và 86,7%), phản ánh nỗ lực duy trì nguồn oxy và dịch truyền tại hầu hết các khoa/phòng. Đây là điểm tích cực, phù hợp với các khuyến cáo yêu cầu cung cấp oxy sớm và bù dịch nhanh trong phản vệ [3,10].

Bóng Ambu và mặt nạ người lớn/trẻ em có mặt ở 80,0% đơn vị là một con số tương đối khả quan, song vẫn chưa đạt mức lý tưởng 100%. Trong bối cảnh suy hô hấp là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân phản vệ, việc thiếu bóng Ambu ở bất kỳ khoa/phòng nào đều tiềm ẩn rủi ro đáng kể. Nhiều nghiên cứu ghi nhận rằng ở các cơ sở tuyến dưới hoặc vùng nông thôn, bóng Ambu và mặt nạ thường bị bỏ quên, không được kiểm tra định kỳ, hoặc không có đủ cỡ phù hợp cho trẻ em [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Thái Bình đã có mức độ chuẩn bị tốt hơn so với một số báo cáo quốc tế, song vẫn cần nỗ lực để bảo đảm 100% đơn vị có sẵn bóng Ambu hoạt động tốt. Xét theo chuỗi cấp cứu, bóng Ambu là cầu nối sống còn khi bệnh nhân tụt SpO₂, co thắt phế quản nặng hoặc phù thanh môn trước khi đặt được đường thở

nâng cao hoặc trong lúc chờ chuyển viện; vì vậy thiếu bóng Ambu có thể làm tăng nguy cơ biến cố trong giai đoạn vàng.

Đáng chú ý, các phương tiện kiểm soát đường thở nâng cao (bộ đặt nội khí quản, mask thanh quản, bộ mở khí quản) chỉ hiện diện tại 41,7% đơn vị. Trong khi đó, các hướng dẫn quốc tế đều khuyến cáo mọi cơ sở có khả năng thực hiện gây mê, thủ thuật xâm lấn hoặc tiếp nhận bệnh nhân nặng đều cần chuẩn bị tối thiểu một trong các phương tiện này, kèm nhân lực được đào tạo kỹ năng đặt đường thở [3,10]. Tỷ lệ thấp trong nghiên cứu cho thấy khả năng kiểm soát đường thở nâng cao tại nhiều khoa/phòng còn hạn chế, nhất là khi bệnh nhân phản vệ nhanh chóng chuyển sang suy hô hấp nặng, phù thanh môn hoặc ngừng thở.

Về thuốc hỗ trợ, bình xịt salbutamol – một công cụ quan trọng trong xử trí co thắt phế quản – chỉ có ở 10,0% đơn vị. Nhũ dịch Lipid 20%, vốn là “thuốc giải độc” của ngộ độc thuốc tê toàn thân, được khuyến cáo phải chuẩn bị sẵn ở nơi sử dụng thuốc tê/gây mê, nhưng chỉ có ở 6,7% đơn vị [10]. Tỷ lệ này phản ánh mức độ nhận thức chưa cao về nguy cơ ngộ độc thuốc tê và vai trò của Lipid trong chống độc; đồng thời có thể liên quan đến chi phí và khó khăn trong cung ứng.

Thuốc chống dị ứng đường uống chỉ có tại 46,7% đơn vị. Mặc dù các thuốc này không phải là trọng tâm trong xử trí phản vệ cấp, nhưng lại hữu ích trong giai đoạn ổn định, giảm triệu chứng ngứa, mào đay, phòng tái phát sau khi đã điều trị Adrenalin và ổn định huyết động. Việc thiếu thuốc đường uống cho thấy các đơn vị chưa chú trọng đầy đủ đến giai đoạn theo dõi và điều trị duy trì sau cấp cứu.

Các nghiên cứu tại châu Âu, Bắc Mỹ và châu Á cho thấy tình trạng thiếu hụt trang thiết bị cấp cứu phản vệ không phải là vấn đề riêng của các nước đang phát triển. Nhiều bệnh viện tuyến cuối vẫn ghi nhận tình trạng thiếu bộ đặt nội khí quản ở các khoa ngoại trú, không có Adrenalin dạng tiêm bắp tại phòng khám, hoặc bóng Ambu hỏng nhưng không được thay thế [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Thái Bình có lợi thế là đã chuẩn bị tương đối đầy đủ hộp thuốc cấp cứu, đặc biệt là Adrenalin và phác đồ; song lại tương đồng với xu hướng chung khi các phương tiện kiểm soát đường thở và thuốc hỗ trợ như salbutamol, Lipid còn thiếu.

So với yêu cầu của Thông tư 51/2017/TT-BYT, mức độ đáp ứng về thuốc trong hộp cấp cứu phản vệ là khá tốt, nhưng trang thiết bị tối thiểu mới đáp

ứng đầy đủ ở nhóm oxy, dịch truyền, bóng Ambu. Các thành phần khác như bộ đặt nội khí quản, salbutamol, Lipid còn ở mức thấp. Điều này cho thấy việc triển khai Thông tư trong thực tế có xu hướng ưu tiên nhóm thuốc “thấy ngay” (Adrenalin, corticosteroid, kháng histamin) hơn là nhóm trang thiết bị “ít dùng nhưng rất quan trọng” (đường thở nâng cao, Lipid).

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, việc xác định ca bệnh dựa trên trích xuất phần mềm và hồ sơ có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch ghi chép và mã hóa (ICD/coding), bao gồm bỏ sót ca hoặc phân loại chưa chính xác nguyên nhân và mức độ phản vệ. Thứ hai, đánh giá trang thiết bị được thực hiện tại một thời điểm (năm 2025), nên không phản ánh được biến động theo thời gian (mua sắm, hỏng hóc, thiếu tạm thời) và không chứng minh quan hệ nhân quả giữa thiếu thiết bị và kết cục lâm sàng. Thứ ba, nghiên cứu chỉ ghi nhận “có/không” trang thiết bị mà chưa đánh giá chất lượng hoạt động, hạn dùng, bảo trì, khả năng tiếp cận tại điểm chăm sóc và mức độ sẵn sàng thực sự trong tình huống cấp cứu. Thứ tư, nghiên cứu mang tính mô tả, không thực hiện phân tích liên quan hoặc so sánh giữa các cơ sở/tuyến, do đó chưa lượng hóa được mức độ ảnh hưởng của từng nhóm thiếu hụt lên chuyển viện hay tử vong. Các nghiên cứu tiếp theo nên áp dụng thiết kế phân tích (ví dụ hồi cứu theo đợt phản vệ, audit theo chuỗi thời gian) để làm rõ mối liên quan giữa cấu trúc–quy trình–kết cục và xác định ưu tiên can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Thái Bình năm 2025 ghi nhận phản vệ không đồng đều giữa các tuyến và đa số chưa xác định được nguyên nhân. Kết cục nhìn chung thuận lợi với 91,8% được cấp cứu kịp thời, chuyển viện 8,1% và tử vong 0,1%. Mặc dù hộp thuốc và phác đồ theo Thông tư 51 được triển khai đầy đủ, năng lực sẵn sàng còn thiếu ở nhóm kiểm soát đường thở nâng cao và một số thuốc/vật tư thiết yếu (salbutamol xịt, Lipid 20%). Cần chuẩn hóa gói trang thiết bị, tăng giám sát chất lượng và đào tạo/điễn tập để giảm nguy cơ biến chứng và tử vong do phản vệ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Thông tư 51/2017/TT-BYT hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. 2017.
2. Shaker MS, Wallace DV, Golden DBK, et al. (2020). Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*;145(4):1082–1123. doi: 10.1016/j.jaci.2020.01.017
3. Nguyễn ĐP, Trần BB, Nguyễn HT. (2017). Đánh giá tình trạng phản vệ ở khoa cấp cứu bệnh viện hữu nghị đa khoa nghệ an. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 7(2):26–30.
4. Đinh TTP, Lê ND, Trương TMH. (2021). Nguyên nhân phản vệ và đặc điểm lâm sàng theo nguyên nhân ở trẻ em tại bệnh viện nhi trung ương (2017-2021). *Tạp chí Y học Việt Nam*. 507(1):310-313.
5. Antolín-Amérigo D, Vidal-Albareda C, González de Olano D, de la Hoz-Caballer B. (2024). Current update on anaphylaxis: anaphylaxis management in recent guidelines. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 56(2):51-64. doi: 10.23822/EurAnnACI.1764-1489.306.
6. Đoàn TTT, Phạm MK, Nguyễn TTH, et al. (2022). Thực trạng kiến thức, thái độ về dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên điều dưỡng chính quy trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2021. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 32(1):365–371.
7. Vũ TL, Đàm TD, Nguyễn MD, Hoàng TMT, Võ TTH. (2022). Kiến thức dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên Đại học chính quy Khóa 10 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định | *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2(3):11–15.
8. Nguyễn TMT, Nguyễn VT, Dương THL. (2022). Hiệu quả chương trình can thiệp nâng cao kiến thức dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên điều dưỡng năm thứ 2 tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế*. 12(06):68-74
10. Yu JE, Lin RY. (2018). The Epidemiology of Anaphylaxis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 54(3):366–374.
11. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, et al. (2020). World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. *World Allergy Organ J*. 13(10):100472.