

KIẾN THỨC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ TẠI THÁI BÌNH NĂM 2025

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 Yến Anh¹, Lê Trần Diệp Anh¹,
Đỗ Thanh Tuấn¹, Lại Đức Trí², Doãn Tường Thi³, Phạm Văn Quyết⁴, Vũ Xuân Thủy⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức của nhân viên y tế về chẩn đoán và xử trí phản vệ tại một số cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Thái Bình năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại 4 bệnh viện (Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư, Bệnh viện Đa khoa Kiến Xương, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình) và 4 trạm y tế xã (Vũ Hội, Việt Thuận, Bình Nguyên, Tây Sơn) từ 01/4/2025 đến 30/9/2025. Đối tượng là 300 nhân viên y tế (100 bác sĩ, 200 nhân viên y tế khác) đang làm việc tại các cơ sở nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi xây dựng dựa trên Thông tư 51/2017/TT-BYT và các khuyến cáo quốc tế về phản vệ, bao gồm 50 câu hỏi với các nhóm nội dung: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (8 câu), kiến thức về chẩn đoán phản vệ (22 câu, tối đa 30 điểm), kiến thức về xử trí và quản lý phản vệ (20 câu, tối đa 20 điểm). Kiến thức được phân loại là đạt khi đối tượng nghiên cứu trả lời đúng $\geq 80\%$ số câu hỏi.

Kết quả: Tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 36 (Q1–Q3: 31–41), nữ chiếm 76,7%, thời gian công tác trung vị 11 năm (Q1–Q3: 7–17). Kiến thức tổng quát về phản vệ ở mức cao: trên 90% đối tượng cho rằng phản vệ không hiếm gặp tại Việt Nam, là một chẩn đoán lâm sàng và mọi nhân viên y tế đều cần có khả năng xử trí. Kiến thức về nguyên nhân phản vệ cũng rất tốt, trên 95% xác định đúng thuốc, thức ăn và nọc côn trùng là các tác nhân thường gặp. Tuy nhiên, ở nội dung chẩn đoán mức độ và nhận diện tình huống lâm sàng phức tạp, tỷ lệ trả lời đúng giảm xuống còn 70–80%, và bác sĩ có tỷ lệ trả lời đúng cao hơn nhóm nhân viên y tế khác với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điểm kiến thức chẩn đoán trung vị của bác sĩ là 26 điểm, cao hơn nhóm nhân viên y tế khác (25 điểm;

$p < 0,001$), trong khi điểm kiến thức xử trí trung vị tương đương (16 điểm ở cả hai nhóm; $p = 0,15$). Tỷ lệ đạt yêu cầu về kiến thức chẩn đoán ở bác sĩ là 84,0% so với 60,5% ở nhân viên y tế khác ($p < 0,001$); còn kiến thức xử trí đạt yêu cầu ở 61,0% bác sĩ và 50,5% nhân viên y tế khác ($p = 0,08$).

Kết luận: Nhân viên y tế tại các cơ sở khảo sát ở Thái Bình năm 2025 có kiến thức tương đối tốt về phản vệ, đặc biệt là các khái niệm tổng quát và nguyên nhân thường gặp. Tuy nhiên, kiến thức về phân loại mức độ, nhận diện tình huống lâm sàng không điển hình và các bước xử trí chi tiết (liều, đường dùng Adrenalin, phối hợp biện pháp hỗ trợ, chăm sóc sau phản vệ) vẫn còn hạn chế, nhất là ở nhóm nhân viên y tế ngoài bác sĩ.

Từ khóa: kiến thức, nhân viên y tế, chẩn đoán phản vệ, xử trí phản vệ, Thái Bình.

KNOWLEDGE OF MEDICAL STAFF ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ANAPHYLAXIS IN THAI BINH, 2025

ABSTRACT

Aims: To comprehensively assess knowledge of healthcare workers on the diagnosis and management of anaphylaxis at selected health facilities in Thai Binh province in 2025, and to provide evidence for designing targeted training programs.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from April 1st to September 30th, 2025, in four hospitals (Thai Binh General Hospital, Vu Thu General Hospital, Kien Xuong General Hospital, Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital) and four commune health stations. A total of 300 healthcare workers (100 physicians and 200 other healthcare workers) were surveyed using a structured self-administered questionnaire developed according to the Vietnamese Ministry of Health Circular 51/2017/TT-BYT and international anaphylaxis guidelines. The questionnaire with 50 questions which covered sociodemographic characteristics (8 questions), knowledge of anaphylaxis diagnosis (22 questions, maximum 30 scores), knowledge of anaphylaxis management (20 questions, maximum 20 scores).

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

Knowledge scores were calculated and classified as adequate if $\geq 80\%$ of questions were answered correctly.

Results: The median age of respondents was 36 years (IQR: 31–41), 76.7% were female, and the median length of service was 11 years (IQR: 7–17). General knowledge of anaphylaxis was high: over 90% of respondents recognised that anaphylaxis is not rare in Viet Nam, is primarily a clinical diagnosis, and should be managed by all healthcare workers. Knowledge about common triggers was also good, with more than 95% correctly identifying drugs, food and insect venom as frequent causes. However, knowledge decreased for items on severity grading and atypical clinical scenarios, with correct response rates dropping to 70–80%, and physicians performing significantly better than other healthcare workers on several items. Median diagnostic knowledge scores were 26 for physicians and 25 for other healthcare workers ($p < 0.001$), whereas median management knowledge scores were both 16 ($p = 0.15$). Adequate diagnostic knowledge was found in 84.0% of physicians compared with 60.5% of other healthcare workers ($p < 0.001$), while adequate management knowledge was present in 61.0% and 50.5%, respectively ($p = 0.08$).

Conclusion: Healthcare workers in Thai Binh demonstrated generally good knowledge of anaphylaxis, especially regarding basic concepts and common triggers. Nevertheless, important gaps remain in recognising severe or atypical presentations and in detailed management steps (indications, dose and route of adrenaline, adjunctive measures and follow-up care), particularly among non-physician staff.

Keywords: knowledge, healthcare workers, anaphylaxis, diagnosis, management, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ (anaphylaxis) là một phản ứng quá mẫn toàn thân, khởi phát đột ngột, tiến triển nhanh và có thể gây tử vong trong thời gian ngắn nếu không được nhận biết và xử trí kịp thời. Về sinh lý bệnh, phản vệ thường liên quan đến phản ứng quá mẫn type I qua trung gian IgE, với sự hoạt hóa tế bào mast và bạch cầu ưa base, phóng thích hàng loạt chất trung gian như histamin, tryptase, prostaglandin, leukotriene... gây giãn mạch mạnh, tăng tính thấm thành mạch, phù mô, co thắt phế quản và rối loạn tuần hoàn toàn thân [1],[2].

Theo Thông tư 51/2017/TT-BYT, phản vệ tại Việt Nam được phân loại thành bốn mức độ từ nhẹ đến nguy kịch ngừng tuần hoàn, gắn liền với các

quyết định xử trí tương ứng. Đồng thời, Thông tư cũng nhấn mạnh yêu cầu tất cả nhân viên y tế tham gia khám chữa bệnh phải nắm vững kiến thức về phòng ngừa, chẩn đoán và xử trí phản vệ, đặc biệt là sử dụng Adrenalin đúng chỉ định, đúng liều, đúng đường dùng [1]. Trên bình diện quốc tế, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc phản vệ có xu hướng tăng theo thời gian, song song với sự mở rộng của các kỹ thuật can thiệp, sử dụng đa dạng thuốc, chế phẩm sinh học và hóa chất chẩn đoán [3],[4].

Tại Việt Nam, số liệu về phản vệ ngày càng được ghi nhận đầy đủ hơn nhờ hệ thống báo cáo theo Thông tư 51/2017/TT-BYT. Tuy nhiên, các báo cáo cũng chỉ ra không ít sai sót trong xử trí, đặc biệt là chậm dùng hoặc dùng sai đường Adrenalin, nhầm lẫn giữa mức độ phản vệ và các tình trạng sốc khác, cũng như hạn chế trong theo dõi và quản lý bệnh nhân sau khi qua cơn nguy kịch. Một trong những yếu tố quan trọng giải thích cho thực trạng này là kiến thức không đồng đều giữa các nhóm nhân viên y tế và giữa các tuyến điều trị.

Thái Bình là tỉnh có mạng lưới y tế tương đối đầy đủ với các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện và hệ thống trạm y tế xã. Người bệnh có thể gặp phản vệ trong nhiều bối cảnh: sử dụng thuốc điều trị, gây mê – gây tê, truyền dịch, tiêm chủng, ăn uống tại bệnh viện, côn trùng cắn, v.v... Do đó, không chỉ bác sĩ mà mọi nhân viên y tế tham gia chăm sóc bệnh nhân đều cần có kiến thức thích hợp về nhận diện và xử trí phản vệ. Nghiên cứu đánh giá kiến thức của nhân viên y tế về chẩn đoán và xử trí phản vệ tại địa phương là cơ sở quan trọng để nhận diện khoảng trống kiến thức, xác định nhóm ưu tiên can thiệp và xây dựng chương trình đào tạo phù hợp.

Một số nghiên cứu trong và ngoài nước đã khảo sát kiến thức và thực hành của điều dưỡng, sinh viên điều dưỡng, bác sĩ về phản vệ và cho thấy tỷ lệ trả lời đúng tiêu chuẩn chẩn đoán, chỉ định và liều dùng Adrenalin chưa cao, đặc biệt tại tuyến cơ sở hoặc ở các nhóm ít tiếp xúc trực tiếp với cấp cứu [5]. Tuy nhiên, tại Thái Bình, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kiến thức về chẩn đoán và xử trí phản vệ của cả nhóm bác sĩ và nhân viên y tế khác trên diện rộng.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

Mô tả thực trạng kiến thức của nhân viên y tế về chẩn đoán và xử trí phản vệ tại một số cơ sở y tế ở Thái Bình năm 2025.

So sánh mức độ kiến thức giữa nhóm bác sĩ và các nhóm nhân viên y tế khác nhằm xác định khoảng trống kiến thức và nhu cầu đào tạo phù hợp với từng nhóm đối tượng nhân viên y tế.

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 nghiên cứu là nhân viên y tế đang làm việc tại các cơ sở y tế thuộc địa bàn nghiên cứu bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, dược sĩ và kỹ thuật viên xét nghiệm. Tất cả những người này đều trực tiếp tham gia khám, điều trị, chăm sóc người bệnh và có khả năng tiếp xúc, xử trí các tình huống phản vệ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Đang công tác tại một trong các cơ sở nghiên cứu trong thời gian khảo sát (Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư, Bệnh viện Đa khoa Kiến Xương, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình và 4 trạm y tế xã Vũ Hội, Việt Thuận, Bình Nguyên, Tây Sơn).

- Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích về mục tiêu, nội dung, quyền lợi và nghĩa vụ.

Địa điểm nghiên cứu:

- 4 bệnh viện: Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư, Bệnh viện Đa khoa Kiến Xương, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

- 4 trạm y tế xã: Vũ Hội, Việt Thuận, Bình Nguyên, Tây Sơn.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/04/2025 đến 30/09/2025 (06 tháng).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: 300 nhân viên y tế (100 bác sĩ, 200 nhân viên y tế khác), được xác định dựa trên khả năng tiếp cận và nguồn lực của nghiên cứu, đồng thời đảm bảo đủ lớn để mô tả và so sánh giữa hai nhóm chính.

- Chọn mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện, mời tất cả nhân viên y tế đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại các đơn vị tham gia.

Công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi do nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên Thông tư 51/2017/TT-BYT và các hướng dẫn của Tổ chức Dị ứng Thế giới (WAO) và các hiệp hội chuyên ngành. Bộ câu hỏi bao gồm 50 câu, chia làm 3 phần. Phần 1 là các

thông tin chung gồm 8 câu hỏi. Phần 2 khảo sát kiến thức về chẩn đoán phản vệ (22 câu hỏi (trong đó có 02 câu nhiều đáp án) với tối đa 30 điểm). Phần 3 khảo sát kiến thức về xử trí phản vệ (20 câu hỏi, tương đương tối đa 20 điểm). Bộ câu hỏi đã được thí điểm trên một nhóm nhỏ 30 nhân viên y tế để chỉnh sửa, hoàn thiện về nội dung và hình thức. Độ tin cậy được xác định bằng điểm Cronbach alpha >0.7. Kiến thức về chẩn đoán và xử trí phản vệ được phân loại là “đạt” khi đối tượng nghiên cứu trả lời đúng $\geq 80\%$ số câu hỏi. Tiêu chuẩn “đạt” $\geq 80\%$ được chúng tôi xác định từ trước khi phân tích số liệu như một ngưỡng đánh giá mức tối thiểu về năng lực kiến thức. Do nghiên cứu này là khảo sát thực trạng và bộ công cụ được xây dựng phù hợp với hướng dẫn và bối cảnh địa phương, không có một điểm cắt chuẩn hóa hoặc tiền lệ nghiên cứu thống nhất để bắt buộc phải theo. Lý do lựa chọn ngưỡng 80% vì phản vệ là cấp cứu tối khẩn; các nội dung trọng yếu có ảnh hưởng trực tiếp đến an toàn người bệnh, nên cần một ngưỡng đủ nghiêm ngặt để phân biệt nhóm “đạt tối thiểu” với nhóm còn khoảng trống kiến thức.

- Mỗi đối tượng được phát một phiếu khảo sát, được giải thích cách trả lời, đảm bảo tính độc lập, không trao đổi tại phòng riêng, không sử dụng tài liệu và phương tiện hỗ trợ trả lời. Thời gian hoàn thành trung bình 10–15 phút. Tất cả các câu hỏi đều là những câu bắt buộc phải trả lời. Điều tra viên kiểm tra nhanh tính đầy đủ của phiếu trước khi thu hồi.

Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được mã hóa, làm sạch và nhập liệu bằng Microsoft Excel và phân tích bằng RStudio v. 4.5.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng kiểm định Shapiro–Wilk. Do đa số biến định lượng không phân phối chuẩn, số liệu được trình bày dưới dạng trung vị (Q1–Q3). Kiểm định χ^2 hoặc Fisher exact dùng để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ. Kiểm định Mann–Whitney U được dùng để so sánh sự khác biệt về trung vị của các biến định lượng. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng số liệu từ đề tài đã được Hội đồng Khoa học của Sở Khoa học và Công nghệ phê duyệt về mặt khoa học và đạo đức (Số 05/HĐ-KHCN, phê duyệt ngày 28/04/2025), tuân thủ các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki và quy định hiện hành của Bộ Y tế. Dữ liệu thu thập được đảm bảo hoàn toàn bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 300 nhân viên y tế tham gia, tuổi trung vị là 36, khoảng tứ phân vị từ 31 đến 41 tuổi. Nữ giới chiếm 76,7%, nam giới 23,3%. Về chức danh nghề nghiệp, bác sĩ chiếm 33,3%, còn lại 66,7% là nhân viên y tế khác (điều dưỡng, hộ sinh, dược sĩ, kỹ thuật viên). Thời gian công tác trung vị là 11 năm (Q1–Q3: 7–17).

Bảng 1. Kiến thức tổng quát của nhân viên y tế về phản vệ và nguyên nhân gây phản vệ

Biến số	Bác sĩ	Nhân viên y tế khác	Giá trị p
Kiến thức tổng quát			
Phản vệ không hiếm gặp tại Việt Nam	90 (90,0)	189 (94,5)	0,15
Phản vệ là một chẩn đoán lâm sàng	97 (97,0)	188 (94,0)	0,40
Có các tiêu chuẩn để chẩn đoán phản vệ	98 (98,0)	187 (93,5)	0,09
Bản thân nhân viên y tế phải có khả năng xử trí phản vệ	99 (99,0)	195 (97,5)	0,67
Nguyên nhân gây phản vệ			
Thức ăn	99 (99,0)	194 (97,0)	0,43
Thuốc	97 (97,0)	199 (99,5)	0,11
Nọc độc côn trùng	98 (98,0)	193 (96,5)	0,72
Mỹ phẩm	88 (88,0)	180 (90,0)	0,60

Nhận xét:

Tỷ lệ trả lời đúng các câu hỏi kiến thức tổng quát về phản vệ đều cao ở cả hai nhóm. Phần lớn nhân viên y tế khác (94,5%) và bác sĩ (90,0%) cho rằng phản vệ không hiếm gặp tại Việt Nam ($p = 0,15$). Nhận định phản vệ là một chẩn đoán lâm sàng được trả lời đúng bởi 94,0% nhân viên y tế khác và 97,0% bác sĩ ($p = 0,40$).

Đa số nhân viên y tế khác (97,0%) và bác sĩ (99,0%) xác định thức ăn là nguyên nhân gây phản vệ ($p = 0,43$). Tỷ lệ nhận biết thuốc là nguyên nhân gây phản vệ đạt 99,5% ở nhân viên y tế khác và 97,0% ở bác sĩ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,11$).

Bảng 2. Kiến thức của nhân viên y tế về chẩn đoán và phân loại mức độ nặng của phản vệ

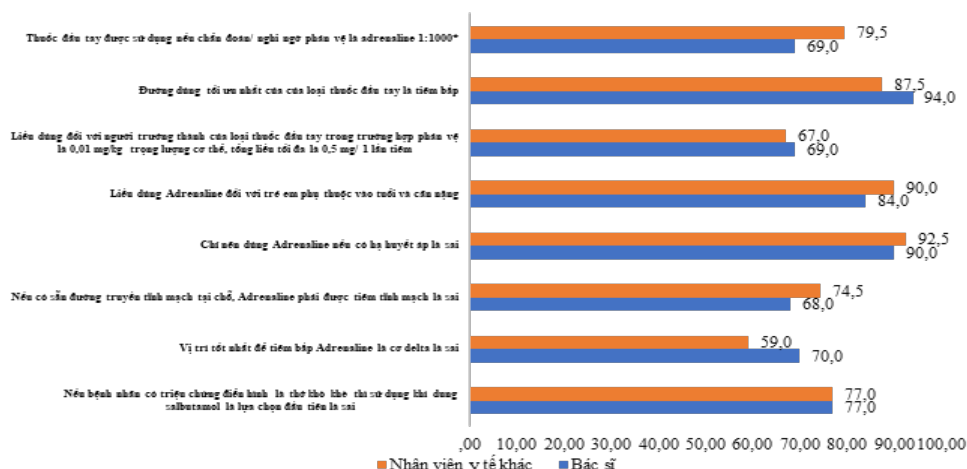
Biến số	Bác sĩ	Nhân viên y tế khác	Giá trị p
Chẩn đoán và phân loại mức độ nặng của phản vệ			
Phản vệ có thể xảy ra ở bệnh nhân không có tiền sử dị ứng	100 (100)	195 (97,5)	0,17
Phản vệ có thể xảy ra mà không có biểu hiện ngoài da như ngứa và nổi mề đay	98 (98,0)	189 (94,5)	0,16
Phản vệ có thể xảy ra mà không có biểu hiện hạ huyết áp	96 (96,0)	175 (87,5)	0,02
Phản vệ được chia thành mấy mức độ (4 mức độ)	91 (91,0)	163 (81,5)	0,04

Biến số	Bác sĩ	Nhân viên y tế khác	Giá trị p
Triệu chứng: khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi gặp ở mức độ II của phản vệ	89 (89,0)	149 (74,5)	0,003
Triệu chứng: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản gặp ở mức độ III của phản vệ	93 (93,0)	188 (94,0)	0,80
Chẩn đoán phân biệt			
Các trường hợp sốc: sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn	96 (96,0)	171 (85,5)	0,006
Tai biến mạch máu não	69 (69,0)	117 (58,5)	0,08
Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản	97 (97,0)	174 (87,0)	0,006
Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch	92 (92,0)	174 (87,0)	0,20
Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hạ đường máu	75 (75,0)	140 (70,0)	0,36
Các ngộ độc: rượu, opiate	74 (74,0)	141 (70,5)	0,66

Nhận xét:

Nhận thức rằng phản vệ có thể xảy ra mà không có biểu hiện hạ huyết áp thấp hơn ở nhóm nhân viên y tế khác (87,5%) so với bác sĩ (96,0%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$). Về phân loại mức độ phản vệ, 81,5% nhân viên y tế khác và 91,0% bác sĩ trả lời đúng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$). Tỷ lệ trả lời đúng các triệu chứng thuộc mức độ II của phản vệ (khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi) là 74,5% ở nhân viên y tế khác và 89,0% ở bác sĩ, sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$).

Kiến thức về chẩn đoán phân biệt các trường hợp sốc (sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn) cao hơn ở bác sĩ (96,0%) so với nhân viên y tế khác (85,5%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,006$). Tỷ lệ nhận biết tai biến mạch máu não là chẩn đoán phân biệt thấp hơn, với 58,5% ở nhóm nhân viên y tế khác và 69,0% ở bác sĩ, sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,08$).



Biểu đồ 1. Kiến thức của nhân viên y tế về sử dụng thuốc và liều lượng thuốc xử trí phản vệ

Nhận xét:

Tỷ lệ nhận biết adrenaline 1:1000 là thuốc đầu tay trong phản vệ ở nhóm nhân viên y tế khác (79,5%) cao hơn so với bác sĩ (69,0%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$).

Tỷ lệ nhận biết cách điều chỉnh liều theo tuổi/cân nặng ở trẻ em đạt 90,0% ở nhân viên y tế khác và 84,0% ở bác sĩ ($p = 0,13$).

Nhận biết vị trí tiêm đúng thấp hơn, với 59,0% ở nhân viên y tế khác và 70,0% ở bác sĩ, sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,06$).

Bảng 4. Kiến thức của nhân viên y tế về chẩn đoán và xử trí phản vệ

Điểm kiến thức	Bác sĩ	Nhân viên y tế khác	Giá trị p
Điểm kiến thức			
Chẩn đoán			
Trung vị	26	25	<0,001
Tứ phân vị	25 - 27	22 - 27	
Lớn nhất – nhỏ nhất	14 - 30	10 - 29	
Xử trí			
Trung vị	16	16	0,15
Tứ phân vị	15 - 17	14 - 17	
Lớn nhất – nhỏ nhất	6 - 19	6 - 19	
Phân loại kiến thức			
Chẩn đoán			
Không đạt	16 (16,0)	79 (39,5)	<0,001
Đạt	84 (84,0)	121 (60,5)	
Xử trí			
Không đạt	39 (39,0)	99 (49,5)	0,08
Đạt	61 (61,0)	101 (50,5)	

Nhận xét:

Điểm kiến thức chẩn đoán của bác sĩ cao hơn nhân viên y tế khác với trung vị lần lượt là 26 và 25, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Khoảng giá trị điểm (tứ phân vị và giá trị lớn nhất–nhỏ nhất) ở nhóm bác sĩ cũng cao hơn. Đối với điểm kiến thức xử trí, trung vị của hai nhóm đều bằng 16, khoảng tứ phân vị tương tự nhau, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,15$).

Về phân loại kiến thức chẩn đoán, tỷ lệ đạt yêu cầu cao hơn ở bác sĩ (84,0%) so với nhân viên y tế khác (60,5%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong khi đó, tỷ lệ đạt yêu cầu về kiến thức xử trí giữa hai nhóm tương đương nhau, với 50,5% ở nhân viên y tế khác và 61,0% ở bác sĩ, không có sự khác biệt đáng kể ($p = 0,08$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bức tranh về kiến thức của nhân viên y tế tại Thái Bình về chẩn đoán và xử trí phản vệ. Nhìn chung, kiến thức nền tảng về bản chất phản vệ, tần suất, nguyên nhân và yêu cầu trách nhiệm của nhân viên y tế ở mức tốt, tuy nhiên các khoảng trống nguy hiểm nhất tập trung ở (i) nhận diện phản vệ trong tình huống không điển hình và phân loại mức độ, và (ii) thực hành sử dụng adrenalin theo nguyên tắc đúng chỉ định – đúng đường – đúng liều – đúng vị trí. Những thiếu hụt này có ý nghĩa trực tiếp đến an toàn người bệnh vì dễ dẫn đến bỏ sót, chẩn đoán muộn hoặc xử trí không chuẩn hóa, đặc biệt ở nhóm nhân viên y tế ngoài bác sĩ.

Tỷ lệ trên 90% nhân viên y tế nhận biết rằng phản vệ không hiếm gặp, có các tiêu chuẩn chẩn đoán và mọi nhân viên y tế đều phải có khả năng xử trí cho thấy nhận thức đúng đắn về mức độ cấp thiết của vấn đề. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trên điều dưỡng và bác sĩ tại các bệnh viện lớn trong nước, nơi tỷ lệ nhận diện đúng khái niệm phản vệ cũng đạt trên 80–90% [6-14]. Tuy nhiên, điểm mạnh về nhận thức/khái niệm chưa chuyển hóa đầy đủ thành năng lực thao tác ở các nội dung có tính quyết định như phân loại mức độ và dùng adrenalin, cho thấy khoảng cách giữa kiến thức lý thuyết và kỹ năng thực hành.

Tỷ lệ bác sĩ trả lời đúng về khả năng phản vệ không có hạ huyết áp, số mức độ phân loại và các biểu hiện thuộc mức độ II, III cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại. Điều này phù hợp với vai trò của bác sĩ trong chẩn đoán và định hướng xử trí, vốn đòi hỏi khả năng đánh giá toàn diện và liên hệ với tiêu chuẩn chẩn đoán trong các hướng dẫn [1]. Tuy vậy, việc một số nội dung liên quan adrenalin và xử trí chi tiết vẫn chưa đạt mức mong đợi ở cả hai nhóm gợi ý rằng kiến thức cốt lõi để cứu sống bệnh nhân chưa được củng cố đồng đều, có thể liên quan đến khác biệt về cơ hội tham gia cấp cứu thực tế, mức độ tiếp cận đào tạo mô phỏng, và mức độ chuẩn hóa quy trình tại từng đơn vị.

Tương tự nhiều nghiên cứu quốc tế, nhân viên y tế trong nghiên cứu này dễ nhận diện phản vệ trong các tình huống “điển hình” (có tiền sử dị ứng, triệu chứng rõ rệt, dị nguyên xác định) hơn là các tình huống “không điển hình” (không tiền sử dị ứng, biểu hiện không đầy đủ hoặc dị nguyên chưa rõ ràng) [5]. Điều này hàm ý nguy cơ bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn phản vệ trong thực tế, nhất là ở những bệnh nhân không có tiền sử dị ứng trước đó – một nhóm không hề hiếm gặp theo nhiều báo cáo dịch tễ [3],[4]. Về mặt hệ thống, khoảng trống này có thể xuất phát từ thực hành đào tạo thiên về các ca bệnh điển hình, trong khi phản vệ ngoài thực địa thường đa dạng biểu hiện, dễ nhầm với hen cấp, ngất, sốc nhiễm khuẩn sớm hoặc phản ứng thuốc thông thường. Do đó, cần ưu tiên nội dung nhận diện và chẩn đoán phân biệt trong các kịch bản lâm sàng mô phỏng.

Một điểm đáng chú ý khác là kiến thức về sử dụng Adrenalin thuốc thiết yếu của xử trí phản vệ – dù ở mức khá nhưng vẫn chưa thật sự vững chắc. Tỷ lệ đúng về liều adrenalin người lớn chỉ khoảng 2/3 ở cả bác sĩ và nhóm nhân viên y tế khác, đồng thời các nội dung về vị trí tiêm/đường dùng và sai lầm thường gặp cũng chưa đạt mức chắc chắn. Đây là khoảng trống cốt lõi vì adrenalin là can thiệp quyết định trong phản vệ và sai sót có thể làm chậm điều trị hoặc gây biến chứng. Nhiều nghiên cứu tại châu Âu, Bắc Mỹ và châu Á cũng ghi nhận tình trạng chậm dùng hoặc dùng sai đường Adrenalin trong thực tế, dù nhân viên y tế được đào tạo khẳng định biết thuốc đầu tay trong phản vệ là Adrenalin [5]. Kết quả của chúng tôi bổ sung bằng chứng rằng việc “biết Adrenalin là thuốc đầu tay” không đồng nghĩa với “sử dụng đúng và kịp thời” nếu không được luyện tập thường xuyên và mô phỏng thực hành. Điều này cũng giải thích hiện tượng ngược

kỳ vọng có thể gặp ở một số câu hỏi: người trả lời có thể nhớ đúng tên thuốc đầu tay nhưng nhầm lẫn về dạng nồng độ/đường dùng hoặc diễn giải khác nhau về câu hỏi. Vì vậy, các câu hỏi liên quan adrenalin cần được diễn giải và huấn luyện theo đúng ngữ cảnh thao tác (nồng độ, liều, đường tiêm bắp, vị trí tiêm) thay vì chỉ dừng ở mức nhận biết.

So với các nghiên cứu trên điều dưỡng và sinh viên điều dưỡng ở Nam Định, Hải Phòng [7,8], mức độ kiến thức của nhân viên y tế tại Thái Bình có phần nhỉnh hơn ở mảng kiến thức tổng quát và nguyên nhân, nhưng vẫn tương đồng về những hạn chế trong xử trí và sử dụng Adrenalin. Điều này cho thấy khoảng trống kiến thức về xử trí phản vệ là vấn đề mang tính phổ biến, đòi hỏi chiến lược đào tạo cấp quốc gia và địa phương, gắn với việc triển khai Thông tư 51 một cách thực chất hơn.

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, phương pháp chọn mẫu thuận tiện và mời tất cả nhân viên y tế tại 4 bệnh viện và 4 trạm y tế xã tham gia có thể gây sai lệch lựa chọn, do mẫu nghiên cứu có thể chưa đại diện đầy đủ cho toàn bộ nhân viên y tế của tỉnh Thái Bình cũng như các địa phương khác. Những người đồng ý tham gia có thể quan tâm hơn đến chủ đề hoặc tự tin hơn về kiến thức, dẫn đến khả năng ước tính mức kiến thức chung tốt thực tế. Ngoài ra, nghiên cứu chưa ghi nhận đầy đủ tỷ lệ từ chối tham gia và đặc điểm của nhóm không tham gia (nếu có), nên khó đánh giá mức độ sai lệch lựa chọn. Thứ hai, dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi tự điền nên có nguy cơ sai lệch thông tin. Bên cạnh đó, bộ công cụ được xây dựng dựa trên Thông tư 51 và tài liệu tham khảo, nhưng vẫn còn hạn chế, có thể ảnh hưởng đến tính chính xác của phân loại “đạt/không đạt”. Cuối cùng, nghiên cứu chủ yếu so sánh theo hai nhóm nghề nghiệp và chưa thực hiện phân tích đa biến để kiểm soát các yếu tố nhiễu quan trọng (tuyển công tác, khoa/phòng, thâm niên, tiền sử tập huấn, kinh nghiệm gặp phản vệ), do đó chưa thể kết luận về mối liên quan độc lập và chưa tối ưu hóa gợi ý can thiệp theo từng nhóm nguy cơ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế tại Thái Bình năm 2025 có kiến thức tổng quát tốt về phản vệ và các nguyên nhân thường gặp. Kiến thức chẩn đoán tương đối khá nhưng chưa đồng đều; bác sĩ có tỷ lệ đạt cao hơn nhân viên y tế khác, đặc biệt trong nhận diện các trường hợp không điển

hình. Kiến thức xử trí phản vệ, nhất là sử dụng Adrenalin, còn hạn chế ở cả hai nhóm và là điểm yếu chung. Kết quả cho thấy cần tăng cường đào tạo thường xuyên, tập trung vào xử trí cấp cứu, sử dụng Adrenalin và quản lý sau phản vệ nhằm nâng cao hiệu quả đáp ứng phản vệ tại Thái Bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Thông tư 51/2017/TT-BYT hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. 2017.
- Simons FER, Arduoso LRF, Bilò MB, et al.** World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2011;4(2):13–37.
- Neugut AI, Ghatak AT, Miller RL.** Anaphylaxis in the United States: An investigation into its epidemiology. *Arch Intern Med.* 2001;161(1):15–21.
- Pühringer V, Jilma B, Herkner H.** Population-based incidence of all-cause anaphylaxis and its development over time: a systematic review and meta-analysis. *Front Allergy.* 2023;4:1249280.
- Yu JE, Lin RY.** The Epidemiology of Anaphylaxis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;54(3):366–374.
- Chung NT, Quỳnh NT, Anh ĐH.** Kiến thức dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên năm cuối phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2024 – 2025 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025;66:246-251
- Đoàn TTT, Phạm MK, Nguyễn TTH, et al.** 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.* 2022;32(1):365–371.
- Lâm NH.** Kiến thức của điều dưỡng về phòng và xử trí phản vệ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;540(3):141-145
- Lan TLTN.** Thực trạng kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ của điều dưỡng Viện Y học Phòng không - Không quân, năm 2020. *Tạp chí Y học Quân sự.* 2021 Apr 1;(351):161–164.
- Le TKC, Nguyen THD, Le TTH, Duong TTT, Nguyen TNH.** Khảo sát kiến thức về dự phòng và xử trí phản vệ của sinh viên Điều dưỡng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược Cần Thơ.* 2023 June 9;(39):1–7.
- Phạm NQ, Hoàng TT, Vũ VD.** Đánh giá khả năng đáp ứng của điều dưỡng trong phòng và xử trí phản vệ tại bệnh viện 19-8 bộ công an năm 2021. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 2021 Dec 24;4(4):122–131.
- Thạch LBN, Vinh NT, Thanh NT, Anh BTL.** Đánh giá kiến thức về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2020. *Tạp chí Y học Thăm hoạ và Bông.* 2020 Nov 20;(5):95–101.
- Tôn TNA, Nguyễn TT.** Kiến thức về dự phòng, xử trí và chăm sóc phản vệ của điều dưỡng tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y Dược Huế.* 2024 Feb 26;14(1):37-45
- Vũ TL, Đàm TD, Nguyễn MD, Hoàng TMT, Võ TTH.** 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.* 2022 May 24;2(3):11–15.