

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG 2014-2016

Đinh Văn Thúc\*, Nguyễn Thị Ngọc Yến\*\*, Nguyễn Văn Duy\*

\*Đại học Y Dược Hải Phòng. \*\*Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

### TÓM TẮT

Bằng phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả 105 bệnh nhân bị sốc phản vệ (SPV) điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2014 và 2016 các tác giả thu được những kết quả sau:

#### 1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng sốc phản vệ

- Số bệnh nhân sốc phản vệ cao nhất năm 2015.
  - Tỷ lệ SPV gặp ở nam (70,5%) cao hơn nữ (29,5%). Nam/nữ = 2,38/1.
  - SPV gặp nhiều nhất ở trẻ < 1 tuổi (61,9%).
  - Đa số trẻ bị SPV không có tiền sử dị ứng từ trước (94,3%) và vào viện vì bệnh lý cơ quan hô hấp (56,2%).
  - Nguyên nhân SPV chủ yếu là kháng sinh (79,0%): cefuroxime (33,3%), ceftriaxone (26,7%) là những kháng sinh hay gặp.
  - SPV thường xuất hiện ngay hoặc trong 30 phút đầu (70,47%) sau khi dùng thuốc, có thể xảy ra rất muộn 2 tuần sau lần đầu sử dụng thuốc. Thời gian xuất hiện SPV do thuốc dùng đường tĩnh mạch ( $23,49 \pm 5,72$  phút) sớm hơn đường tiêm bắp ( $73,33 \pm 21,76$  phút) ( $p < 0,01$ ).
  - Biểu hiện SPV ở da - niêm mạc hay gặp nhất: Da tái (57,1%), vân tím (32,4%), ban đỏ (73,3%); Hô hấp: Thở nhanh (67,6%), tím tái (77,1%); khó thở (68,6%). Tuần hoàn: Mạch nhanh nhỏ khó bắt, nhịp tim nhanh (91,4%); thần kinh kích thích vật vã 90,5%....
  - Cận lâm sàng không có thay đổi gì đặc biệt.
- #### 2. Kết quả điều trị
- 100% trẻ chẩn đoán SPV được dùng adrenalin và đa số có kết hợp với các điều trị khác: thở oxy, corticoid, kháng histamin, truyền dịch, an thần....
  - Adrenalin liều đầu chủ yếu là tiêm bắp (66,18%), tĩnh mạch (19,12%) và dùng 1 lần đã đạt kết quả cao (66,18%), phải dùng từ 2 lần trở lên còn khá cao (44,12%).
  - Tỷ lệ điều trị khỏi cao (92,65%), tỷ lệ tử vong thấp (1,47%).

### ABSTRACT

BY RETROSPECTIVE STUDY OF 105 PATIENTS WITH ANAPHYLACTIC SHOCK (SPV) TREATED AT CHILDREN'S HOSPITAL IN HAI PHONG IN 2014 AND 2016, THE AUTHORS OBTAINED THE FOLLOWING RESULTS

Đinh Văn Thúc\*, Nguyễn Thị Ngọc Yến\*\*, Nguyễn Văn Duy\*

#### 1. Clinical, subclinical, clinical characteristics of anaphylactic shock

- The number of patients with high anaphylactic shock in 2015.
- SPV prevalence is higher in males (70.5%) than females (29.5%). Male / female = 2.38 / 1.
- SPV is most common in children <1 year old (61.9%).

Most children with SPV have no previous allergic history (94.3%) and hospitalized for respiratory disease (56.2%).

Nhận bài: 17-7-2017; Thẩm định: 2-8-2017

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Yến

Địa chỉ: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

- The cause of SPV is mainly antibiotics (79.0%): cefuroxime (33.3%), ceftriaxone (26.7%) are common antibiotics.

SPV usually occurs immediately or in the first 30 minutes (70.47%) after drug administration, which can occur very late 2 weeks after first use. The duration of intravenous drug SPV ( $23.49 \pm 5.72$  minutes) was earlier than intramuscular injection ( $73.33 \pm 21.76$  minutes) ( $p < 0.01$ ).

The most common manifestation of skin rash (57.1%), violet (32.4%, erythema (73.3%; respiratory: 67.6%), violet Respiration (77.1%, dyspnea (68.6%); Circulatory: Rapidly difficult to catch, rapid heart beat (91.4%; nerve stimulation 90.5%).

- Clinically, there are no special changes.

## 2. Treatment results

- 100% of children diagnosed with SPV receive adrenaline and most of them are associated with other treatments: oxygen, corticosteroids, antihistamines, fluids, sedatives ....

Intravenous adrenalin is mainly intramuscular (66.18%), intravenous (19.12%) and single use has achieved high results (66.18%), used twice or more is quite high (44.12%).

- High treatment rate (92.65%), low mortality rate (1.47%).

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ (SPV) là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. SPV có thể xảy ra trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với dị nguyên. Những năm gần đây, vấn đề SPV ngày càng được quan tâm nhiều hơn và người ta cũng nhận thấy tỷ lệ SPV có xu hướng gia tăng. Ước tính, khoảng 1 - 2% dân số toàn thế giới có ít nhất một lần SPV trong đời, tỷ lệ tử vong của SPV ước tính khoảng 1%. Ở nước ta, theo Nguyễn Năng An, có khoảng 8,5% dân số từng bị dị ứng thuốc, trong số này có 10% bị SPV. Để rút kinh nghiệm cho chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng sốc phản vệ ở trẻ em ≤ 15 tuổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2014 - 2015.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị sốc phản vệ các bệnh nhân trên.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân ≤ 15 tuổi được chẩn đoán và điều trị SPV tại BVTE Hải Phòng.

\*Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Tuổi ≤ 15 tuổi.

- Chẩn đoán SPV khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau (theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Hiệp hội Dị ứng thế giới năm 2011):

Tiêu chuẩn 1: Các triệu chứng xuất hiện cấp tính (trong vài phút đến vài giờ) ở da, niêm mạc hoặc cả hai (mày đay toàn thân, ngứa hoặc đỏ da, sưng môi, lưỡi...) và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- Triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít, giảm lưu lượng đỉnh, giảm oxy máu...).

- Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (ngất, đại tiểu tiện không tự chủ...).

Tiêu chuẩn 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vòng vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với dị nguyên:

- Biểu hiện ở da - niêm mạc (mày đay toàn thân, ngứa, đỏ da, sưng môi, lưỡi...).

- Triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít, giảm lưu lượng đỉnh, giảm oxy máu...).

- Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (ngất, đại tiểu tiện không tự chủ...).

- Các triệu chứng tiêu hóa kéo dài (đau quặn từng cơn, nôn...).

Tiêu chuẩn 3: Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với dị nguyên mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- Trẻ em: Giảm ít nhất 30% HA tâm thu hoặc tụt HA tâm thu so với tuổi.

- Người lớn: HA tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu.

\*Tiêu chuẩn loại trừ: loại trừ những trường hợp:

Tuổi >15 tuổi, sốc do các nguyên nhân khác: giảm thể tích tuần hoàn, sốc nhiễm khuẩn, sốc tim.

**2.1.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ ngày 01/01/2014 đến ngày 31/12/2015.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

### 2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Toàn bộ 68 bệnh nhân được chẩn đoán SPV tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2014 đến ngày 31/12/2015.

### 2.2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nơi sống.

- Tiền sử dùng thuốc, tiền sử bệnh tật và tiền sử gia đình.

- Nguyên nhân gây sốc phản vệ.

- Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng toàn thân, triệu chứng các cơ quan: da - niêm mạc, hô hấp, tim mạch, thần kinh, tiêu hóa...

- Triệu chứng cận lâm sàng: công thức máu, điện giải đồ, khí máu, ure, creatinin, glucose...

- Phác đồ điều trị, theo dõi điều trị, kết quả điều trị.

### 2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng sốc phản vệ**

### 3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Nam	74	70,5
Nữ	31	29,5
Tổng số	105	100

Nhận xét: Tỷ lệ SPV ở nam cao hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 2,38/1.

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân sốc phản vệ theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
0 - < 1 tuổi	65	61,9
1 - < 5 tuổi	27	25,7
5 - ≤ 15 tuổi	13	12,4
Tổng	105	100

Nhận xét: SPV gặp nhiều nhất ở nhóm trẻ 0-< 1 tuổi, thấp nhất là nhóm trẻ 5-≤ 15 tuổi.

**Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo năm**

Năm	n	Tỷ lệ %
2014	28	26,7
2015	48	46,7
2016	29	27,6
Tổng số	105	100

Nhận xét: Số bệnh nhân sốc phản vệ cao nhất trong năm 2015

**Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng**

Tiền sử dị ứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Có dị ứng	6	5,7
Không dị ứng	99	94,3
Tổng	105	100

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân không có tiền sử dị ứng.

**Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo bệnh mắc kèm theo khi vào viện**

Bệnh mắc kèm theo khi vào viện	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Bệnh hô hấp	59	56,2
Bệnh tiêu hóa	17	16,2
Các bệnh khác	29	27,6

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân mắc bệnh lý đường hô hấp và tiêu hóa khi vào viện.

**Bảng 6. Nhóm thuốc gây sốc phản vệ**

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh	83	79,00
Imunoglobulin	2	1,90
Thuốc khác	20	18,1
Tổng	105	100

*Nhận xét:* Thuốc chủ yếu gây sốc phản vệ là kháng sinh, các thuốc khác ít gặp.

**Bảng 7. Tỷ lệ các thuốc kháng sinh gây sốc phản vệ**

Thuốc	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cefuroxime	35	33,3
Ceftriaxone	28	26,7
Cefepime	7	6,7
Cefoperazone	8	7,6
Thuốc khác	27	25,7

*Nhận xét:* Kháng sinh cefuroxime và ceftriaxone là thuốc gây sốc phản vệ hay gặp. Các thuốc kháng sinh khác ít gặp hơn.

**Bảng 8. Tỷ lệ đường dùng thuốc gây sốc phản vệ**

Đường dùng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tiêm tĩnh mạch	61	58,1
Tiêm bắp	44	41,9
Tổng	105	100

*Nhận xét:* SPV do thuốc dùng đường tĩnh mạch cao hơn dùng đường tiêm bắp.

### 3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 9. Thời gian xuất hiện sốc phản vệ sau dùng thuốc**

Thời gian	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
0 - < 30 phút	74	70,47
30 phút - <1 giờ	20	19,05
≥ 1 giờ	11	10,47
Tổng	105	100,00

*Nhận xét:* Đa số SPV xuất hiện ngay hoặc trong 30 phút đầu sau dùng thuốc.

**Bảng 10.** Ngày xuất hiện sốc phản vệ sau lần dùng thuốc đầu tiên

Thời gian (ngày)	1	2	3	4	5	6	7	8	14	Tổng số
n	96	3	2	0	1	1	0	1	1	105
Tỷ lệ %	91,2	2,9	1,9	0	1	1	0	1	1	100

*Nhận xét:* Thời gian xuất hiện sốc phản vệ chủ yếu trong ngày đầu, có trường hợp dùng thuốc sau 2 tuần vẫn xuất hiện sốc phản vệ.

**Bảng 11.** Thời gian xuất hiện sốc phản vệ sau dùng thuốc theo đường dùng

Thời gian	Tiêm tĩnh mạch		Tiêm bắp	
	N	%	N	%
0 - < 30 phút	51	83,61	12	26,67
30 phút - < 1 giờ	7	11,48	20	46,66
≥ 1 giờ	3	4,92	12	26,67
Tổng	61	58,09	44	41,91
Trung bình (phút)	23,49 ± 5,72		73,33 ± 21,76	
P	P < 0,01			

*Nhận xét:* Thuốc dùng đường tĩnh mạch gây SPV sớm hơn so với đường tiêm bắp. Thời gian trung bình xuất hiện sốc phản vệ do thuốc theo đường tĩnh mạch (23,49 ± 5,72 phút) sớm hơn đường tiêm bắp (73,33 ± 21,76 phút).

**Bảng 12.** Các triệu chứng lâm sàng của sốc phản vệ

Cơ quan	Biểu hiện	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Da - niêm mạc	Da tái	60	57,1
	Vân tím	34	32,4
	Chân tay lạnh	77	73,3
	Ban đỏ	15	14,3
	Vã mồ hôi	4	3,8
Hô hấp	Thở nhanh	71	67,6
	Tím tái	81	77,1
	Khó thở	72	68,6
	Tăng tiết đờm dãi	12	11,4
	Ran	59	56,2
Tuần hoàn	Nhịp nhanh	96	91,4
	Mạch nhanh nhỏ, khó bắt	96	91,4
Thần kinh	Kích thích, vật vã	95	90,5
	Li bì	2	1,9
Tiêu hóa	Nôn	2	1,9
Sốt		73	69,5

*Nhận xét:* Hầu hết bệnh nhân bị sốc phản vệ có biểu hiện ở da - niêm mạc, hô hấp, tuần hoàn và thần kinh. Triệu chứng về tiêu hóa ít gặp hơn; Triệu chứng ở các cơ quan khác. Sốt biểu hiện ở đa số bệnh nhân bị sốc phản vệ (73,68%).

**3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 13.** Công thức máu

Chỉ số	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Số lượng hồng cầu giảm	32	30,5
Hemoglobin giảm	32	30,5
Hematocrit giảm	12	11,4
Bạch cầu tăng	59	56,2
Tỷ lệ BC đa nhân trung tính tăng	50	47,6
Tỷ lệ BC ưa acid tăng	32	30,88

*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng hồng cầu, hemoglobin và hematocrit giảm thấp.

Đa số bệnh nhân sốc phản vệ có số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng. Tỷ lệ bạch cầu ưa acid tăng là 30,88%.

**Bảng 14. Điện giải đồ**

Chỉ số	Natri máu tăng	Natri máu giảm	Kali máu tăng	Kali máu giảm
Số bệnh nhân	14	5	8	12
Tỷ lệ (%)	13,23	4,41	7,35	11,7

*Nhận xét:* Ít có sự thay đổi về điện giải natri và kali máu trong sốc phản vệ

**3.2. Các biện pháp điều trị sốc phản vệ**

**Bảng 15. Các biện pháp điều trị đã áp dụng**

Thuốc, biện pháp	Adrenalin	Thở oxy	Corticoid	Truyền dịch	Kháng histamin H1	An thần	Hạ sốt	Thuốc khác
N	105	85	90	60	90	50	12	4
Tỷ lệ %	100,00	80,95	85,71	57,14	85,71	47,62	11,43	3,81

*Nhận xét:* - 100% bệnh nhân sốc phản vệ được dùng adrenalin.

- Đa số bệnh nhân được thở oxy, tiêm corticoid, truyền dịch và kháng histamin H<sub>1</sub>.

**Bảng 16. Tỷ lệ số lần dùng adrenalin trong điều trị sốc phản vệ**

Lần dùng adrenalin	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
1	59	55,88
2	39	36,77
3	5	4,41
4	3	2,94
	105	100

*Nhận xét:* Đa số dùng adrenalin 1 lần đã có hiệu quả điều trị, một số bệnh nhân phải dùng 2 đến 4 lần.

**Bảng 17. Tỷ lệ bệnh nhân sốc phản vệ phải duy trì bằng adrenalin tĩnh mạch**

Duy trì adrenalin tĩnh mạch	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Có	11	10,48
Không	94	89,52
Tổng	105	100,00

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân không phải duy trì adrenalin bằng đường tĩnh mạch.

**Bảng 18. Phân bố bệnh nhân theo đường dùng adrenalin đầu tiên**

Đường dùng	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Tiêm bắp	69	66,18
Tiêm tĩnh mạch	20	19,12
Tiêm dưới da	15	14,70
	105	100,00

*Nhận xét:* Đa số đường dùng adrenalin đầu tiên là tiêm bắp.

**Bảng 19. Tỷ lệ chuyển khoa hồi sức trong sốc phản vệ**

Chuyển hồi sức	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Có	86	82,35
Không	19	17,65
Tổng	105	100,00

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân bị sốc phản vệ được chuyển khoa hồi sức điều trị (82,35%).

**Bảng 20. Kết quả điều trị sốc phản vệ**

Kết quả	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	97	92,65
Chuyển tuyến trên	6	5,39
Tử vong	2	1,47
Tổng	105	100

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân được điều trị khỏi (92,65%)

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng sốc phản vệ

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số trẻ bị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong 3 năm. Số trẻ bị sốc phản vệ năm 2015 cao nhất.

\* Giới tính và nhóm tuổi trong sốc phản vệ: Tỷ lệ sốc phản vệ ở trẻ nam (70,5%) cao hơn ở trẻ nữ (29,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu sốc phản vệ ở trẻ em của Liew và Bohlke.

Về tuổi bị SPV, các tác giả đều cho rằng bất kỳ trẻ ở lứa tuổi nào đều có thể bị sốc phản vệ, ngay từ những ngày đầu sau sinh, tuy nhiên trẻ càng nhỏ tuổi việc chẩn đoán càng khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sốc phản vệ cao nhất ở trẻ < 1 tuổi chiếm 61,9%, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 5 ngày tuổi.

\* Tiền sử dị ứng và bệnh lý kèm theo trong sốc phản vệ: Những trẻ có tiền sử dị ứng thì nguy cơ bị sốc phản vệ cao hơn so với những trẻ không có tiền sử dị ứng trước đó, tuy nhiên trẻ không có tiền sử dị ứng cũng không loại trừ bị sốc phản vệ. Trong 105 trẻ bị sốc, số trẻ có tiền sử dị ứng trước đó chỉ chiếm 5,7% trong khi trẻ không có tiền sử dị ứng trước đó chiếm tỷ lệ cao tới 94,3%. Sự khác biệt này có thể được giải thích do ở trẻ nhỏ việc khai thác tiền sử dị ứng khó khăn cũng như tuổi trẻ nhỏ nên việc tiếp xúc với dị nguyên và biểu hiện dị ứng là thấp hơn so với những lứa tuổi khác.

Tỷ lệ bị trẻ bị sốc phản vệ kèm theo bệnh lý cơ quan hô hấp chiếm tỷ lệ cao 56,2% tiếp đó là bệnh lý cơ quan tiêu hóa 16,2%. Điều này có thể bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hóa là nhóm bệnh lý chiếm tỷ lệ cao ở trẻ em hiện nay. Tuy

nhiên có khác nhau giữa nhiễm khuẩn hô hấp cần điều trị kháng sinh còn bệnh lý tiêu hóa chỉ cần bù nước điện giải đó đó tỷ lệ này có sự khác biệt.

\* Thuốc sốc phản vệ: Chủ yếu là kháng sinh chiếm 79,0%, với các loại kháng sinh hay gặp là cefuroxime (33,3%), ceftriaxone (26,7%); immunoglobulin cũng gặp với tỷ lệ 1,94%.

Tỷ lệ bệnh nhân sốc phản vệ khi được dùng thuốc bằng đường tĩnh mạch cao nhất (58,1%) nhiều hơn đường tiêm bắp (41,9%).

\* Thời gian xuất hiện sốc phản vệ: Sốc xảy ra ngay hoặc trong 30 phút đầu chiếm đa số (70,47%), sốc xảy ra sau 30 phút đến 1 giờ là 19,05%, trên 1 giờ là 10,47%, bệnh nhân xuất hiện muộn nhất là 5 giờ sau tiêm. Thời gian xuất hiện sốc phản vệ sau lần đầu dùng thuốc cũng rất thay đổi. Xuất hiện ngay trong ngày đầu là chủ yếu 91,2% và những ngày sau thì tỷ lệ này thấp dần, có trường hợp sau 14 ngày sử dụng kháng sinh mới xuất hiện sốc phản vệ. Như vậy, sốc phản vệ có thể xảy ra ở bất cứ thời điểm nào khi đã tiếp xúc với dị nguyên không nhất thiết ngay sau khi tiếp xúc. Với dị nguyên lần đầu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thuốc được dùng đường tĩnh mạch thì thời gian xuất hiện sốc phản vệ sẽ sớm hơn, 0 - 30 phút (83,61%), 30 phút - < 1 giờ (11,48%), ≥ 1 giờ (4,92%), trung bình là 23,49 ± 5,72 phút. Sốc phản vệ xảy ra khi dùng thuốc bằng đường tiêm bắp xuất hiện muộn hơn đường tĩnh mạch, 0 - < 30 phút (26,67%), 30 phút - < 1 giờ ( 46,66%), ≥ 1 giờ (26,67%), trung bình 73,33 ± 21,76 phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,01). Điều này có thể giải thích bởi, khi dùng thuốc đường tĩnh mạch, thuốc trực tiếp vào trong lòng mạch sẽ giảm thời gian dẫn truyền, các phản ứng xảy ra sớm hơn, quá trình hoạt hóa tế bào

giải phóng hoạt chất trung gian nhanh hơn nên hiện tượng sốc phản vệ xảy ra sớm hơn.

**\* Đặc điểm lâm sàng sốc phản vệ**

Triệu chứng của sốc phản vệ rất đa dạng, xuất hiện ở nhiều cơ quan với các biểu hiện hay gặp như da tái (57,1%), nổi vân tím (32,4%), chân tay lạnh (73,3%), ban đỏ (14,3%), vã mồ hôi (3,8%) hay sốt (69,5%); biểu hiện cơ quan hô hấp cũng rất hay gặp với các biểu hiện như thở nhanh (67,6%), tím tái (77,1%), khó thở (68,6%), tăng tiết đờm dãi (11,4%). Biểu hiện tuần hoàn cũng hay gặp với biểu hiện mạch nhanh nhỏ khó bắt (51,47%), nhịp tim nhanh (86,88%). Các biểu hiện ở thần kinh (72,06%) hay gặp là trẻ kích thích (64,71%), li bì (8,82%), hôn mê (5,88%), co giật (4,41%); tiêu hóa (17,06%). Có 2 trường hợp trẻ ngừng tuần hoàn và hô hấp ngay sau dùng thuốc, đều rơi vào độ tuổi trẻ sơ sinh, một trẻ 5 ngày tuổi, một trẻ 26 ngày tuổi.

**\* Đặc điểm cận lâm sàng sốc phản vệ**

Các bệnh nhân sốc phản vệ thường vào viện vì các bệnh lý nhiễm trùng nên đa số trong công thức máu có số lượng bạch cầu tăng (56,2%) và bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm (47,6%), tăng bạch cầu ưa acid (30,88%), tỷ lệ bệnh nhân có số lượng hồng cầu giảm là 30,5%, hemoglobin giảm là 30,5%, hematocrit giảm là 30,5%. Trong xét nghiệm sinh hóa, ít có sự thay đổi về điện giải đồ. Như vậy có thể thấy, việc điều trị sốc phản vệ sớm bằng adrenalin và các điều trị hỗ trợ khác làm giảm tỷ lệ nặng cho bệnh nhân, tránh được các rối loạn.

**4.2. Kết quả điều trị sốc phản vệ**

\* Thuốc và cách dùng thuốc trong điều trị sốc phản vệ: 100% trẻ bị sốc phản vệ được dùng adrenalin, kết hợp thở oxy (80,95%), corticoid (85,71%), truyền dịch (57,14%), kháng histamin H<sub>1</sub> (85,71%), thuốc an thần (47,62%). Các thuốc hạ sốt, vận mạch, natri bicarbonat chỉ dùng khi trẻ có sốt, trụy mạch hay rối loạn kiềm toan đi kèm.

Kết quả trong nghiên cứu cho thấy, adrenalin lần đầu dùng chủ yếu theo đường tiêm bắp chiếm 66,18%, đường tĩnh mạch chiếm 19,12%, tiêm dưới da chiếm 14,70%. Thực tế, việc lựa chọn

đường dùng nào trong lần dùng adrenalin đầu tiên tùy thuộc vào nhiều yếu tố như đường dùng sẵn có, tình trạng hiện tại của bệnh nhân cũng như việc đường đưa thuốc nhanh nhất có thể mà lựa chọn đường dùng adrenalin.

Hiệu quả dùng adrenalin có sự thay đổi, phần lớn trẻ dùng 1 lần adrenalin đủ liều đã đạt kết quả điều trị tốt chiếm 55,88%, dùng 2 lần chiếm 36,77%, dùng 3 lần là 4,41% và hiếm khi phải dùng adrenalin lần 4 (2,94%). Sau khi đã qua cơn cấp thì 10/48 (36,76%) trường hợp trẻ được duy trì truyền adrenalin sau đó. Như vậy có thể thấy được rằng, việc điều trị sốc phản vệ ở trẻ nhỏ gặp nhiều khó khăn hơn so với người lớn.

**\* Kết quả điều trị sốc phản vệ**

Do tính chất nguy hiểm của sốc phản vệ có thể dẫn đến tử vong nên trong nghiên cứu này thấy rằng, đa số các trường hợp bệnh nhân sốc phản vệ (82,35%) được chuyển khoa hồi sức để theo dõi và điều trị bệnh.

Trong các nghiên cứu trước đây cho thấy, mặc dù tỷ lệ sốc phản vệ có xu hướng ngày càng gia tăng nhưng tỷ lệ tử vong do sốc phản vệ lại không có bằng chứng về sự gia tăng. Việc chẩn đoán sớm và chính xác cũng như xử trí đúng và kịp thời đã làm cho kết quả điều trị bệnh nhân tốt, tỷ lệ khỏi cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 105 trường hợp sốc phản vệ, tỷ lệ khỏi cao 92,65%, có 2 trường hợp bị tử vong (1,47%), một số trường hợp sốc phản vệ xảy ra trên một bệnh nhân có bệnh đồng mắc nặng phải chuyển trẻ lên tuyến trên để điều trị tiếp.

**5. KẾT LUẬN**

Từ kết quả nghiên cứu, cho phép chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

**5.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng sốc phản vệ**

- Số bệnh nhân sốc phản vệ cao nhất năm 2015.
- Tỷ lệ SPV gặp ở nam (70,5%) cao hơn nữ (29,5%). Nam/nữ=2,38/1.

- SPV gặp nhiều nhất ở trẻ < 1 tuổi (61,9%).
- Đa số trẻ bị SPV không có tiền sử dị ứng từ trước (94,3%) và vào viện vì bệnh lý cơ quan hô hấp (56,2%).
- Nguyên nhân SPV chủ yếu là kháng sinh (79,0%): cefuroxime (33,3%), ceftriaxone (26,7%) là những kháng sinh hay gặp.
- SPV thường xuất hiện ngay hoặc trong 30 phút đầu (70,47%) sau khi dùng thuốc, có thể xảy ra rất muộn 2 tuần sau lần đầu sử dụng thuốc. Thời gian xuất hiện SPV do thuốc dùng đường tĩnh mạch ( $23,49 \pm 5,72$  phút) sớm hơn đường tiêm bắp ( $73,33 \pm 21,76$  phút) ( $p < 0,01$ ).
- Biểu hiện SPV ở da - niêm mạc hay gặp nhất: Da tái (57,1%), vân tím (32,4%), ban đỏ (73,3%). Hô hấp: Thở nhanh 67,6%, tím tái (77,1%); khó thở (68,6%). Tuần hoàn: Mạch nhanh nhỏ khó bắt, nhịp tim nhanh (91,4%). Thần kinh kích thích vật vã 90,5%....
- Cận lâm sàng không có thay đổi gì đặc biệt.

## 5.2. Kết quả điều trị

- 100% trẻ chẩn đoán SPV được dùng adrenalin và đa số có kết hợp với các điều trị khác: thở oxy, corticoid, kháng histamin, truyền dịch, an thần....
- Adrenalin liều đầu chủ yếu là tiêm bắp (66,18%), tĩnh mạch (19,12%) và dùng 1 lần đã đạt kết quả cao (66,18%), phải dùng từ 2 lần trở lên còn khá cao (44,12%).
- Tỷ lệ điều trị khỏi cao (92,65%), tỷ lệ tử vong thấp (1,47%).

## 6. KIẾN NGHỊ

1. Cần thử test lấy da trước khi dùng kháng sinh, tiếp tục theo dõi sát sau khi dùng thuốc trong những giờ đầu và theo dõi sau khi dùng thuốc cho tất cả những lần sau cho đến khi ra viện.
2. Trong điều trị sốc phản vệ, tuân theo phác

đồ của Bộ Y tế, ưu tiên dùng đường tiêm bắp 1/3 giữa đùi cho liều adrenalin đầu, đánh giá sau 5 - 10 phút để quyết định có dùng tiếp adrenalin không cho đến khi có hiệu quả điều trị. Đồng thời, phối hợp thêm các phương pháp điều trị khác như thở oxy, corticoid, kháng histamin... để nâng cao hiệu quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đoàn, Nguyễn Năng An (2014). "Về một số trường hợp sốc phản vệ tử vong do dị ứng thuốc". Kỷ yếu Nghiên cứu Khoa học, Bộ Y tế. Trường Đại học Y Hà Nội, 97.
2. Nguyễn Văn Đoàn, Nguyễn Thị Thùy Ninh (2014). "Tình trạng sốc phản vệ ở Bệnh ở BV Bạch Mai". Tạp chí nghiên cứu y học, 24- 30.
3. Tăng Chí Thượng (2013). "Sốc phản vệ", Phác đồ điều trị nhi khoa 2013, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Nhà xuất bản Y học, 38-44.
4. Chipps BE (2013). Update in pediatric anaphylaxis: a systematic review. Clin Pediatr (Phila), 451-461.
5. Decker WW, Campbell RL, Manivannan V et al (2008). The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project. The Journal of allergy and clinical immunology, 1161-1165.
6. Koplin JJ, Martin PE, Allen KJ (2011). An update on epidemiology of anaphylaxis in children and adults. Current opinion in allergy and clinical immunology, 492-496.
7. Lin RY, Anderson AS, Shah SN et al (2011). Increasing anaphylaxis hospitalizations in the first 2 decades of life: New York State, 1990-2006. Ann Allergy Asthma Immunol, 387-393.