

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG BỆNH NHI BỊ SỐC PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Xuân Quốc\*, Phạm Văn Quang\*\*, Tăng Chí Thượng\*\*

\* Bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức,

\*\* Bộ môn Nhi, Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch - Bệnh viện Nhi Đồng 1

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn tức thì, đe dọa sinh mạng bệnh nhân. Do đó vấn đề nhận biết sớm các triệu chứng khởi phát và xử trí đúng sốc phản vệ luôn được đặt ra tại các cơ sở y tế. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả các đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng bệnh nhi bị sốc phản vệ nhập bệnh viện Nhi đồng 1 từ 2006-2015. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích trên 105 bệnh nhi từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán sốc phản vệ nhập BVND1 từ 01/06/2006 đến 01/06/2015.

**Kết quả:** Đặc điểm dịch tễ học: Sốc phản vệ gặp ở mọi lứa tuổi (tuổi trung bình:  $7,1 \pm 4,4$  tuổi), nam/nữ: 1,4/1. 30,4% bệnh nhi do các cơ sở y tế tuyến trước chuyển đến BVND1. Nơi xảy ra sốc phản vệ: nhiều nhất ở nhà 80%, các cơ sở y tế 15,2%. Dị nguyên thường gặp nhất: thuốc (41,9%), thức ăn (33,3%). Thời gian từ lúc tiếp xúc dị nguyên đến lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu đa số trong vòng 6 giờ đầu (96,2%). 25,7% có tiền sử dị ứng và 9,5% có tiền sử bệnh dị ứng.

**Đặc điểm lâm sàng:** Triệu chứng khởi phát sớm nhất gồm các triệu chứng nguy hiểm (tim mạch, hô hấp, thần kinh) chiếm 28,6% và triệu chứng da niêm chiếm 71,4% (mề đay, đỏ da, sưng mắt, sưng môi). Triệu chứng lúc nhập viện thường gặp là da niêm (82,9%), thần kinh (81%) tim mạch (79%), tiêu hóa (29,5%), hô hấp (24,8%).

**Kết luận:** Sốc phản vệ có thể xảy ra ở bất cứ nơi đâu với nhiều tác nhân khác nhau.

**Từ khóa:** Sốc phản vệ, đặc điểm dịch tễ, lâm sàng.

### ABSTRACT

#### EPIDEMIOLOGIC, CLINICAL FEATURES OF CHILDREN WITH ANAPHYLACTIC SHOCK AT PEDIATRIC HOSPITAL No 1

Nguyễn Xuân Quốc\*, Phạm Văn Quang\*\*, Tăng Chí Thượng\*\*

**Objective:** Anaphylactic shock is an acute, severe reaction, threatening to children's life. So recognizing early signs of anaphylactic shock and appropriate treatment is always requested for hospitals and other health services. Our study described epidemiologic and clinical features of paediatric patients with anaphylactic shock at pediatric hospital N° 1 from June 1<sup>st</sup> 2006 to June 1<sup>st</sup> 2015.

**Method:** Cross-sectional, descriptive and analysis retrospective studies for 105 paediatric patients with age of 1 months to 15 years, diagnosed anaphylactic shock at pediatric hospital N° 1 from June 1<sup>st</sup> 2006 to June 1<sup>st</sup> 2015.

Nhận bài: 12-2016; Thẩm định: 10-6-2017

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Quốc

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP Hồ Chí Minh

**Results:** Epidemiologic features: All of age with mean age  $7.1 \pm 4.4$  years-old, male/female: 1.4/1. 30.4% cases were referred from tertiary healthy services to pediatric hospital N° 1. The locations for anaphylactic shock were almost at home (80%) and healthy services (15.2%). Drugs were the most common inciting agents (41.9%), after that, foods in 33.3%. Duration from exposing with allergens to appear the first symptoms under 6 hours account for 96.2% cases. 25.7% cases with personal allergic histories and 9.5% cases with allergic diseases histories.

**Clinical features:** The most common initial symptoms consisted of severe symptoms (cardiovascular, respiratory, neurologic symptoms) in 28,6% and skin symptoms in 71.4% (urticaria, erythema, eye swell, lip swell). The most common clinical symptoms at hospitalization were skin symptoms 82.9%, neurologic symptoms (81%), cardiovascular symptoms 79%, gastro-intestinal symptoms 29.5%, respiratory symptoms 24.8%.

**Conclusion:** Anaphylactic shock may occur at wherever with other allergens.

**Key words:** Anaphylactic shock, epidemiologic, clinical features.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn tức thì, đe dọa sinh mạng người bệnh, có thể dẫn đến tử vong nếu không nhận biết sớm và xử trí kịp thời [1],[17]. Sốc phản vệ có thể xảy ra ở bất cứ nơi đâu, ở nhà, trường học, ngoài đường cũng như trong bệnh viện với nhiều loại dị nguyên khác nhau. Có rất nhiều nguyên nhân đưa đến sốc phản vệ như thuốc, thức ăn, vaccine, ong đốt,... Do đó vấn đề nhận biết sớm các triệu chứng khởi phát và xử trí đúng, kịp thời sốc phản vệ luôn được đặt ra tại các cơ sở y tế.

Trong những năm gần đây, tại Việt Nam, sốc phản vệ do tiêm vaccine, tiêm thuốc thường gặp, đặc biệt là ở trẻ em, có thể dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Điều này đã và đang gây ra nhiều lo lắng không chỉ đối với người nhà bệnh nhi mà còn với cả nhân viên y tế, ít nhiều ảnh hưởng đến việc điều trị bệnh cũng như việc tiêm ngừa các vaccine trong chương trình Tiêm chủng mở rộng cho trẻ em tại các cơ sở y tế. Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về sốc phản vệ ở trẻ em. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát các đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng bệnh nhi bị sốc phản vệ tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi hy vọng sẽ đưa ra những kiến nghị giúp phát hiện sớm các triệu chứng ban đầu của sốc phản vệ, giúp chẩn đoán sớm, từ đó điều trị kịp thời, đúng các bệnh nhi bị sốc phản vệ, góp phần

làm giảm tỉ lệ sốc phản vệ nặng và tỉ lệ tử vong ở các trẻ bị sốc phản vệ.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

\* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích.

\* Dân số nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi được chẩn đoán sốc phản vệ tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/06/2006 đến 01/06/2015.

\* Tiêu chí chọn mẫu: Trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi nhập Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian từ 01/06/2006 đến 01/06/2015 được chẩn đoán là sốc phản vệ.

\* Định nghĩa sốc phản vệ [1],[7],[17]:

- Có tiếp xúc với dị nguyên hoặc tiêm thuốc.

Và - Khởi phát đột ngột (từ vài phút đến 12 giờ)

Và - Có biểu hiện sốc:

- Huyết áp kẹt: Huyết áp tâm thu - huyết áp tâm trương  $\leq 20$  mmHg, hoặc

- Huyết áp tụt: huyết áp tâm thu giảm

Huyết áp tâm thu  $< 70$  mmHg ở trẻ từ 1 tháng đến 1 tuổi.

Huyết áp tâm thu  $< (70 \text{ mmHg} + [2 \times \text{tuổi}])$  ở trẻ từ 1-10 tuổi.

Huyết áp tâm thu  $< 90$  mmHg ở trẻ từ 11-15 tuổi.

- Huyết áp không đo được

\* Tiêu chí loại trừ: Trẻ bị sốc phản vệ kèm với bất kỳ sốc do nguyên nhân khác.

\* Phương pháp thu thập số liệu:

- Tất cả các mã số bệnh án của các bệnh nhi được chẩn đoán là sốc phản vệ (mã ICD10 là

T78.2), sốc phản vệ do huyết thanh (mã ICD10 là T80.5), sốc phản vệ do thức ăn (mã ICD10 là T78.0), sốc phản vệ do thuốc (mã ICD10 là T88.6) từ 01/06/2006 đến 01/06/2015 sẽ được lấy từ dữ liệu của phòng Công nghệ thông tin bệnh viện.

- Từ danh sách các bệnh nhân này, chúng tôi sẽ chọn ra các bệnh nhi thỏa mãn các tiêu chí chọn mẫu và tiêu chí loại trừ để đưa vào mẫu nghiên cứu.

- Các số liệu từ các bệnh án sẽ được thu thập vào trong bệnh án nghiên cứu.

\* Xử lý và phân tích số liệu:

- Số liệu thu thập được nhập vào, xử lý và phân

tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Thống kê mô tả: Tần số, tỉ lệ %, Trung bình và độ lệch chuẩn (trung vị và khoảng tứ vị).

- Thống kê phân tích: phép kiểm Chi bình phương (phép kiểm chính xác Fisher), t-test.

- Ngưỡng ý nghĩa thống kê được lựa chọn  $p < 0,05$ .

### 3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/06/2006 đến 01/06/2015, có 105 bệnh nhi bị sốc phản vệ nhập BVNĐ1 đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

#### 3.1. Đặc điểm dịch tễ

**Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ (n=105)**

Đặc điểm dịch tễ	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi: Trung bình: 7,1 ± 4,4 (tuổi). Nhỏ nhất: 0,2 tuổi, lớn nhất: 15 tuổi		
Nhóm tuổi: ≤ 1 tuổi	15	13,3
> 1-5 tuổi	26	24,8
> 5-10 tuổi	38	36,2
> 10-15 tuổi	26	24,8
Giới tính: Nam		
Nữ	61	58,1
Nơi ở: TPHCM		
Các tỉnh Tây Nam Bộ	44	41,9
Các tỉnh Đông Nam Bộ	80	76,2
Nơi khác	11	10,5
Tình trạng dinh dưỡng: Bình thường		
Béo phì	24	22,9
Suy dinh dưỡng	21	20
Hình thức nhập viện: Tự đến		
Cơ sở y tế tuyến trước chuyển	68	64,8
Đang điều trị tại BVNĐ 1	32	30,4
	5	4,8

**Nhận xét:** Sốc phản vệ xảy ra ở mọi lứa tuổi (tuổi TB: 7,1 ± 4,4 (tuổi)). Nam/nữ: 1,4/1. 76,4% cư trú tại TPHCM. Đa số bệnh nhi tự đến BVNĐ 1 (64,8%).

**Bảng 2. Bệnh nhi do cơ sở y tế tuyến trước chuyển: nơi chuyển, chẩn đoán (n=32)**

Bệnh nhi do cơ sở y tế tuyến trước chuyển	Tần số	Tỉ lệ (%)
Nơi chuyển: Cơ sở y tế ở TPHCM		
Cơ sở y tế ở tỉnh	22	68,8
Chẩn đoán tuyến trước: Sốc phản vệ		
Dị ứng	10	31,2
Phản ứng phản vệ	28	87,5
	3	9,4
	1	3,1

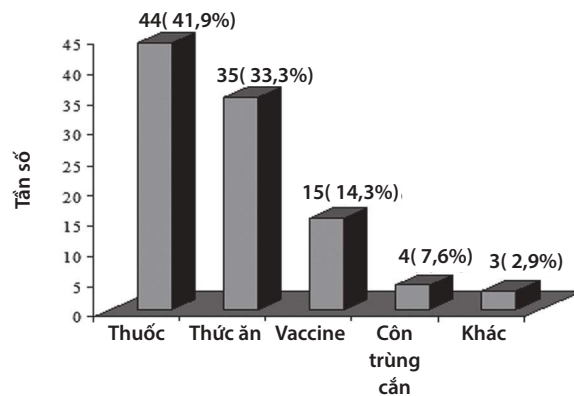
**Nhận xét:** Trong 32 ca chuyển từ tuyến trước, có 31,2% ca chuyển từ các cơ sở y tế ở tỉnh. Có 4 ca không được chẩn đoán là sốc phản vệ nhưng khi nhập BVNĐ 1 thì vào sốc.

**Bảng 3. Nơi xảy ra sốc phản vệ (n=105)**

Nơi xảy ra	Tần số	Tỉ lệ (%)
Ở nhà	84	80
Cơ sở y tế	16	15,2
Ngoài đường	3	2,9
Trường học	2	1,9

*Nhận xét:* Nơi xảy ra sốc phản vệ nhiều nhất là ở nhà (80%).

**3.2. Dị nguyên**



**Biểu đồ 1. Các loại dị nguyên (n=105)**

*Nhận xét:* Dị nguyên thường gặp nhất là thuốc (41,9%) và thức ăn (33,3%).

**Bảng 4. Tiền sử dị ứng (n=105)**

Tiền sử	Tần số	Tỉ lệ (%)
<b>Bản thân</b>		
Tiền sử dị ứng	42	40
Tiền sử bệnh dị ứng	11	10,5
<b>Gia đình</b>		
Tiền sử dị ứng	10	9,5
Tiền sử bệnh dị ứng	10	9,5

*Nhận xét:* 40% có tiền sử dị ứng bản thân, 10,5% có tiền sử bệnh dị ứng bản thân. 9,5% thân nhân bệnh nhi có tiền sử dị ứng và 9,5% thân nhân bệnh nhi có tiền sử bệnh dị ứng.

**3.3. Đặc điểm lâm sàng**

**3.3.1. Thời gian từ lúc tiếp xúc dị nguyên đến lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu**

**Bảng 5. Thời gian từ lúc tiếp xúc dị nguyên đến lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu (n=105)**

Thời gian từ lúc tiếp xúc dị nguyên đến lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu (Trung vị = 30 phút [15,120])	Tần số	Tỉ lệ (%)
0-5	12	11,4
6-15	24	22,9
16-30	21	20
31-120	29	27,6
> 120	19	18,1

*Nhận xét:* 54,3% ca xuất hiện triệu chứng ban đầu sau khi tiếp xúc với dị nguyên ≤ 30 phút.

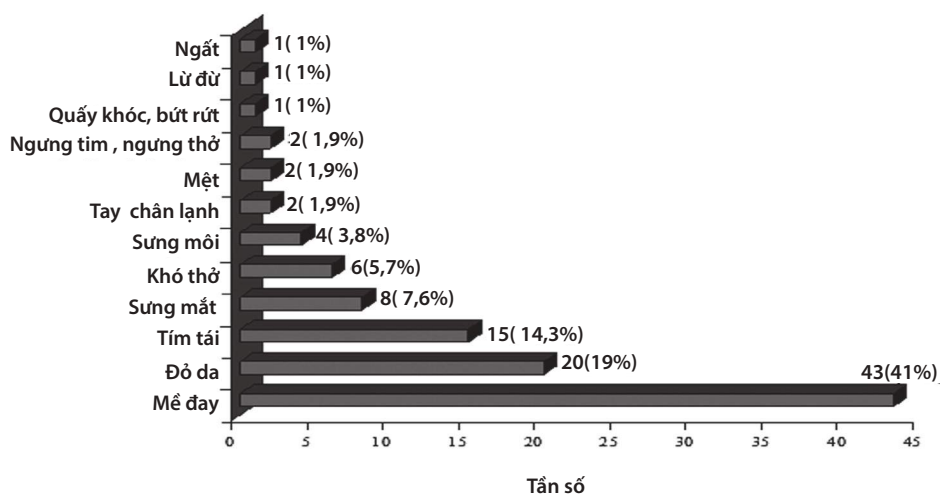
3.3.2. Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu đến lúc được điều trị

Bảng 6. Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu đến lúc được điều trị (n=105)

Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng ban đầu đến lúc điều trị (Trung vị = 1 (giờ) [0,5; 2])	Tần số	Tỉ lệ (%)
< 1 giờ	59	56,2
1-6 giờ	40	38,1
> 6 giờ	6	5,7

Nhận xét: 56,2% ca được điều trị sớm trong vòng 1 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng ban đầu.

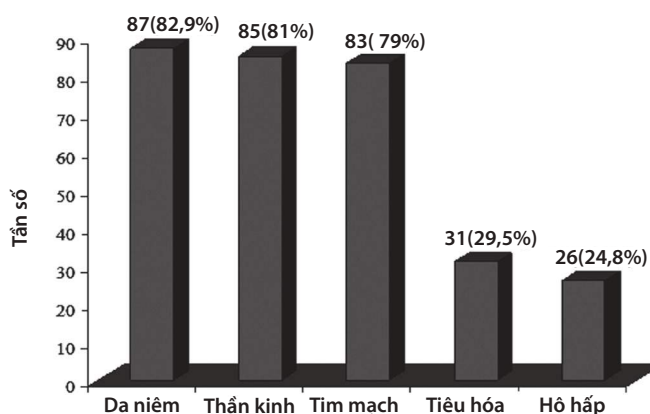
\* Triệu chứng khởi phát sớm nhất:



Biểu đồ 2. Triệu chứng khởi phát sớm nhất (n=105)

Nhận xét: Triệu chứng da niêm chiếm 71,4% (gồm mề đay, đỏ da, sưng mắt, sưng môi) thường gặp nhất, sau đó là triệu chứng hô hấp chiếm 20% (tím tái, khó thở), tim mạch chiếm 3,8% (tay chân lạnh, ngưng tim ngưng thở) và triệu chứng thần kinh chiếm 4,8% (mệt, quấy khóc, bứt rứt, lừ đừ, ngất).

\* Triệu chứng lâm sàng lúc nhập BVNĐ1:



Biểu đồ 3. Triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Thường gặp nhất là triệu chứng da niêm (82,9%), thần kinh (81%) và tim mạch (79%).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ

Trong lô nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sốc phản vệ gặp ở hầu hết mọi lứa tuổi, nhiều nhất ở trẻ > 1-10 tuổi (61%). Tuổi trung bình:  $7,1 \pm 4,4$  (tuổi), nhỏ nhất: 0,2 (tuổi), lớn nhất: 15 (tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là: 1,4/1. Đa số bệnh nhi cư trú tại TPHCM (76,2%), kể đến là các tỉnh miền Tây Nam Bộ (10,5%). Bệnh nhi tự đến BVNĐ1 chiếm 64,8% và có 32/105 bệnh nhi (30,4%) được chuyển từ các cơ sở y tế tuyến trước, trong đó từ các cơ sở y tế ở TPHCM là 22 ca (21%) và các cơ sở y tế ở các tỉnh là 10 ca (9,5%). Trong 32 ca do tuyến trước chuyển đến, có 4 ca không được chẩn đoán là sốc phản vệ (3 ca dị ứng và 1 ca phản ứng phản vệ), nhưng lúc nhập BVNĐ 1 thì cả 4 ca này đều vào sốc. Nơi xảy ra sốc phản vệ rất quan trọng trong vấn đề điều trị kịp thời cho bệnh nhi. Nếu sốc phản vệ xảy ra tại cơ sở y tế có thể sẽ được phát hiện sớm và xử trí kịp thời hơn là xảy ra tại nhà hoặc những nơi không có đầy đủ phương tiện cấp cứu. Trong lô nghiên cứu, nơi xảy ra sốc phản vệ thường gặp nhất ở nhà (80%), kể đến là các cơ sở y tế (15,9%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự (2006) [15] và Yi-Chen Hsin và cộng sự (2011) [20]. Các nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy sốc phản vệ xảy ra ở nhà hay ở ngoài bệnh viện là thường gặp nhất mặc dù tỷ lệ có thay đổi tùy từng tác giả.

Trong lô nghiên cứu, dị nguyên đứng hàng đầu là thuốc (41,9%), sau đó là thức ăn (33,3%), vaccine (14,3%), côn trùng cắn (7,6%) và các dị nguyên khác (3%). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự (2006) [15] (thuốc 57,9%), Erdem Topal và cộng sự (2013) [5] (thuốc 64,3%), Erdem Topal và cộng sự (2014) [6] (thuốc 61,8%) và Yi-Chen Hsin và cộng sự (2011) [20] (thuốc 53%). Trong nhóm dị nguyên là thuốc, kháng sinh đứng hàng đầu (24,7%). Trong nhóm dị nguyên thức ăn, đứng đầu là hải sản (15,2%).

Đa số bệnh nhi tiếp xúc với dị nguyên qua

đường ăn uống (67,6%), kể đến là đường tiêm chích 21,9% và qua da 10,5%. Điều này cũng phù hợp với các loại dị nguyên mà trẻ tiếp xúc, thuốc uống và thức ăn thường gặp nhất. Kết quả này cũng gần giống kết quả trong nghiên cứu của Joyce M. Lee và David S. Greenes (2000) [11], tiếp xúc dị nguyên đường miệng 60,2%, da 16,7%, tĩnh mạch 7,4% và hít 13,9%.

40% bệnh nhi có tiền sử dị ứng bản thân, 10,5% có tiền sử bệnh dị ứng bản thân, 9,5% có tiền sử gia đình bị dị ứng và 9,5% có tiền sử gia đình bị bệnh dị ứng. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Hoffer V và cộng sự (năm 2011) [9], 52% trẻ có tiền sử dị ứng; M. Serbes và cộng sự (2012) [13] có 75% bệnh nhi có bệnh dị ứng xảy ra cùng lúc, 75% có tiền sử cá nhân bị bệnh dị ứng, tiền sử gia đình dị ứng 61,4%; Erdem Topal và cộng sự (2013) [6], có 41,3% có bệnh dị ứng cùng lúc.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong lô nghiên cứu, các triệu chứng khởi phát sau khi tiếp xúc với dị nguyên trong vòng 30 phút chiếm 54,3%, trong vòng 0 đến 2 giờ là 72,4% (trung vị: 30 (phút) [15,120]). Thời gian này trong nghiên cứu chúng tôi dài hơn trong nghiên cứu của M. Serbes và cộng sự (2012) [13] (30 phút so với 12,5 phút) và IL. De Silva và cộng sự (2008) [10] (30 phút so với 10 phút) và ngắn hơn trong nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự (2006) [15] [30 phút so với ( $2,16 \pm 3,39$  giờ)] và Bùi Văn Cường (2014) [2] [30 phút so với ( $84 \pm 85,15$  phút)].

56,2% bệnh nhi được điều trị sớm trong vòng 1 giờ, 38,1% được điều trị trong vòng từ 1-6 giờ, chỉ có 5% bệnh nhi được điều trị trễ sau 6 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng khởi phát. Như vậy đa số bệnh nhi được điều trị sớm trong vòng 6 giờ đầu, có thể do đa số bệnh nhi trong lô nghiên cứu đều cư trú tại TPHCM nên đến điều trị sớm. Kết quả này gần giống kết quả nghiên cứu của Dirseu Solé và cộng sự (2011) [3].

Triệu chứng khởi phát sớm nhất sau khi tiếp xúc với dị nguyên gồm:

- Các triệu chứng nguy hiểm: hô hấp 20% (tím

tái, khó thở), tim mạch 3,8% (tay chân lạnh, ngưng tim ngưng thở) và thần kinh 4,9% (mệt, quấy khóc, bứt rứt, lừ đừ, ngất). Trong 15 ca (14,3%) có tím tái, chúng tôi nhận thấy 6/15 ca (40%) có tiếp xúc với dị nguyên là thuốc và 9/15 ca (60%) có dị nguyên là vaccine, trong đó qua đường tiêm chích là 14/15 ca (93,3%) và 1/15 ca (6,7%) là qua đường miệng (thuốc uống).

- Các triệu chứng không nguy hiểm: da niêm 71,4% (gồm mề đay, đỏ da, sưng mắt, sưng môi) thường gặp nhất.

Như vậy triệu chứng khởi phát sớm nhất thường gặp là da và hô hấp, tương tự kết quả nghiên cứu của Susan D. Dibs và cộng sự (1997) [19], da (60%), hô hấp (25%); F. Orhan và cộng sự (2011) [8], da (78,6%), hô hấp (14,9%). Triệu chứng lâm sàng lúc nhập BVNĐ1/lúc xảy ra sốc phản vệ thường gặp nhất là da niêm 82,9%, thần kinh 81% và tim mạch 79%. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác. Trong nhiều nghiên cứu của các tác giả khác lại nhận thấy triệu chứng da niêm và hô hấp thường gặp nhất: Elio Novembre và cộng sự (1997) [4], triệu chứng da 78%, hô hấp 79%; Russel S và cộng sự (2010) [18], triệu chứng da 98%, hô hấp 81%; F. Orhan và cộng sự (2011) [8], triệu chứng da 99,1% và hô hấp 96,9%; R. Silva và cộng sự (2011) [16], triệu chứng thường gặp nhất là hô hấp và da 69,9%; IL. De Silva và cộng sự [10], triệu chứng hô hấp 97%; Liew WK và cộng sự (2012) [12], triệu chứng da 91% và hô hấp 88%; Erdem Topal và cộng sự (2014) [6], triệu chứng da 91,7%; Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự (2006) [15], triệu chứng thường gặp ở da và hô hấp; Yi-Chen Hsin và cộng sự (2011) [20] triệu chứng da và hô hấp thường gặp nhất ở trẻ em; Bùi Văn Cường (2014) [2], triệu chứng hô hấp 81,2%, da 56%. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu chúng tôi ở bệnh nhi sốc phản vệ (phản ứng phản vệ nặng), trong khi hầu hết các nghiên cứu khác kể trên nghiên cứu về phản ứng phản vệ chung. Do vậy trong nghiên cứu chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất gồm da niêm, thần kinh và tim mạch.

## 5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 105 trẻ được chẩn đoán sốc phản vệ nhập BVNĐ1 từ 1/6/2006 đến 1/6/2015, chúng tôi nhận thấy sốc phản vệ có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, ở bất cứ nơi đâu với nhiều tác nhân khác nhau. Các triệu chứng khởi phát của sốc phản vệ thường xuất hiện sớm trong vòng 6 giờ đầu. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là da niêm, thần kinh và tim mạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bạch Văn Cam (2013), "Sốc phản vệ", Tăng Chí Thượng, chủ biên, Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2013, Nhà xuất bản Y học, xuất bản lần 8, tr. 38-44. 3

2. Bùi Văn Cường, Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị phản vệ tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, Hội thảo về cấp cứu sốc phản vệ, ngày 24 tháng 4 năm 2014, Bệnh viện Bạch Mai. 5

3. Dirceu Solé, Juan Carlos Ivancevich, Mario Sa1nchez Borges, Magna Adaci Coelho, Nelson A Rosário, Ledit Ramón Francisso Arduoso, Luis Antônio Guerra, Bernd and Latin American Anaphylaxis Working Group (2011), Anaphylaxis in Latin American children and adolescents: The online Latin American Survey on Anaphylaxis (OLASA), *Allergol Immunopathol*, 40 (6), pp. 331-335. 34.

4. Elio Novembre, Antonella Cianferoni, Roberto Bernardini, Luca Mugnaini, Carlo Caffarelli, Giovanni Cavagni, Anna Giovane, Alberto Vierucci (1998), Anaphylaxis in children: Clinical and allergologic features, *Pediatrics*, 101, pp. E8. 35.

5. Erdem Topal et al (2013), Epidemiological and clinical features of anaphylaxis: Single center experience with 109 children, *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology*, 26(2), pp. 88-92. 37

6. Erdem Topal et al (2014), Severe anaphylaxis in children: A single-center experience, *Pediatr Neonatol*, 55(4), pp. 320-332. 38.

7. **F Estelle R Simons, Carlos A Camargo** (2015), Anaphylaxis: Rapid recognition and treatment, [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), updated: Dec 18, 2014. 40.
8. **F. Orhan et al** (2011), Anaphylaxis in Turkish children: a multi-centre, retrospective, case study, *Clinical and Experimental Allergy*, 41(12), pp. 1767-1776. 44.
9. **Hoffer V et al** (2011), Anaphylaxis in Israel: Experience with 92 hospitalized children, *Pediatrics Allergy Immunol*, 22 (2), pp. 172-177. 47.
10. **I.L. De Silva, S. S. Mehr, D. Tey, M. L. K Tang** (2008), Paediatric anaphylaxis: a 5 year retrospective review, *Allergy*, 63(8), pp. 1071-1076. 50.
11. **Joyce M. Lee and David S. Greenes** (2000), Biphasic anaphylactic reactions in Pediatrics, *Pediatrics*, 106, pp. 762-766. 54.
12. **Liew WK et al** (2013), Paediatric anaphylaxis in a Singaporean children cohort: changing food allergy triggers over time, *Asia Pacific Allergy*, 3(1), pp. 29-34. 64.
13. **Malling H-J, Hansen KS** (2005), Anafylaksi [Anaphylaxis], *Ugeskr Laeger*, 167, pp. 664-666. 72
14. **Manivannan V, Cambell RL, Bellolio MF** (2009), Factors associated with repeated use of epinephrine for the treatment of anaphylaxis, *Ann Allergy Asthma Immunol*, 103, pp. 395-400. 73.
15. **Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Bùi Quốc Thắng** (2006), Phản ứng phản vệ tại khoa Cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 1, *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 10, phụ bản của số 1, 2006, tr. 112-115. 7.
16. **R.Silva et al** (2011), Anaphylaxis in children: A nine years retrospective study (2001-2009), *Allergologia et Immunopathologia*, 41(1), pp. 31-36. 89.
17. **Richard Nowak, Judith Rosen Farrar, Barry E. Brenner, Lawrence Lewis, Robert A. Silverman, Charles Emerman, Judi Miller, Ethan Singer, Carlos A, Camargo, Joseph Wood** (2013), Customizing anaphylaxis guidelines for emergency medicine, *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 45, No. 2, pp. 299-306. 92.
18. **Russell S et al** (2010), Anaphylaxis management in the pediatric emergency department: opportunities for improvement, *Pediatrics Emergency Care*, 26 (2), pp. 71-76. 94.
19. **Susan D. Dibs, M. Douglas Baker** (1997), Anaphylaxis in children: A 5-year experience, *Pediatrics*, 99 (1), e7. 109.
20. **Yi-Chen Hsin và cộng sự** (2011), Clinical features of adult and pediatric anaphylaxis in Taiwan, *Asian Pac J Allergy Immunol* 2011, 29, pp.307-12. 111.