

bám da mặt [1]. Nguyên nhân có thể do lạnh, nhiễm trùng, chấn thương, khối u hoặc các rối loạn trong xương đá, trong đó nguyên nhân do lạnh chiếm 80% [2]. Biểu hiện trên lâm sàng của liệt VII ngoại biên thường là miệng méo và mắt nhắm không kín. Bệnh tuy không nguy hại đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt như: vận động các cơ ở mặt, điều tiết mắt, khó khăn trong ăn uống và ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, làm người bệnh mất tự tin trong giao tiếp.

Về điều trị liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh, Y học hiện đại (YHHĐ) đã áp dụng các phương pháp như dùng thuốc corticoid, vitamin, phẫu thuật... tuy nhiên corticoid có nhiều tác dụng phụ, phương pháp phẫu thuật thì phức tạp và tốn kém và ít được áp dụng. Y học cổ truyền (YHCT) cũng đã có nhiều phương pháp điều trị bệnh trong đó phương pháp điện châm kết hợp cứu điều ngải và XBBH là phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc rất phổ biến, dễ thực hiện, ít tác dụng phụ và có hiệu quả cao trên lâm sàng. Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo sử dụng các phương pháp YHCT trong điều trị bệnh liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh để hạn chế tác dụng không mong muốn do dùng corticoid gây ra [3], [4].

Tại khoa Y học cổ truyền bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi áp dụng phối hợp điện châm, cứu điều ngải và XBBH trong điều trị bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh cho thấy hiệu quả cải thiện triệu chứng tốt, ít tác dụng phụ trên lâm sàng, bệnh nhân hài lòng với phương pháp điều trị. Vì vậy nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả điện châm kết hợp cứu điều ngải, xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán là liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh điều trị ngoại trú tại khoa Y học cổ truyền bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2022 – 10/2022. Lấy cỡ mẫu chủ đích là 42 bệnh nhân.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán là liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế [5]. Bắt buộc có rối loạn chức năng vận động: liệt vận động 1/2 mặt; Có thể có: Rối loạn thần kinh thực vật (RLTKTV): rối loạn điều tiết nước bọt và hoặc nước mắt.

Không kèm theo tổn thương dây thần kinh

sọ não hoặc bệnh lý thần kinh khác; Hội chứng nhiễm trùng (-); Không có chấn thương vùng đầu mặt; Khám tai mũi họng bình thường.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.

BN không tuân thủ đúng quá trình điều trị; BN bỏ điều trị vì lý do cá nhân; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu. BN có chống chỉ định với điện châm: người thiếu máu, mắc các bệnh về tim, tình trạng tinh thần không ổn định, phụ nữ có thai, vùng da lở loét, nhiễm trùng; BN có tiền sử dị ứng với ngải.

2.2. Phương tiện nghiên cứu. Máy điện châm, kim châm cứu, điều ngải, bông vô trùng, cồn 70 độ, hộp Inox, pince có mẫu, khay vô trùng, thước đo, mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

2.3.2. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng toàn diện theo mẫu bệnh án thống nhất, phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh nhân, đánh giá triệu chứng lâm sàng trước điều trị (D0). Phác đồ điều trị: Điện châm 30 phút/lần x 5 lần/tuần từ thứ 2 đến thứ 6 theo công thức huyệt chung: Toàn túc, Tỉnh minh, Đồng tử liêu, Dương bạch, Quyền liêu, Địa thương, Giáp xa, Ất phong, Nghinh hương, Thừa tướng, Nhân trung, Phong trì: bên liệt; Hợp cốc: bên đối diện. Đồng thời cứu điều ngải 10 phút trên đốc kim, sau đó XBBH 20 phút theo quy trình chung. Thủ thuật XBBH theo thứ tự các động tác trên da cơ: xát, miết, phân, day, véo và các động tác trên huyết: day, ấn huyết.

Theo dõi các biểu hiện lâm sàng, các tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị sau 20 ngày vào viện, hoặc sớm hơn khi bệnh nhân khỏi bệnh (D1). Thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu, đánh giá kết quả và đưa ra kết luận.

2.4. Các chỉ nghiên cứu và cách đánh giá

2.4.1. Đánh giá triệu chứng lâm sàng: Dựa vào các triệu chứng chính của bệnh nhân khi vào viện, kết hợp với thang điểm đánh giá của J. House – Lê Văn Thành [6]. Chúng tôi xây dựng bảng điểm đánh giá các triệu chứng tại thời điểm D0 và D1 như sau:

Bảng 2.1. Thang điểm triệu chứng lâm sàng chính

	Đặc điểm	Điểm
Khe hở mi mắt	>3mm	2
	≤3mm	1
	Bình thường	0
Tăng tiết	Nhiều - chảy nước mắt liên tục, có khi thành dòng	3

nước mắt	Trung bình - chảy nước mắt, không thành dòng	2
	Ít - mắt ướt, loáng nước	1
	Bình thường	0
Méo miệng	Méo rõ khi không cử động miệng	2
	Méo khi cười nói	1
	Bình thường	0
Rãnh mũi má	Mắt	2
	Mờ	1
	Bình thường	0

Bảng 2.2. Phân độ theo triệu chứng lâm sàng

Mức độ	Điểm
Nặng	7 – 9
Trung bình	4 – 6
Nhẹ	1 – 3
Bình thường	0

2.4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 2.3. Đánh giá kết quả điều trị

Mức độ Lâm sàng	Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Điểm	0	Giảm so với ban đầu từ 4-6 điểm	Giảm so với ban đầu từ 1-3 điểm	Không đổi

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị

Bảng 3.1. Sự thay đổi triệu chứng khe hở mắt sau điều trị

Thời điểm	Trước điều trị (D0)		Sau điều trị (D1)	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng				
>3mm	18	42,8	0	0
≤3mm	24	57,1	12	28,5
Bình thường	0	0	30	71,4
p(D0-D1)	<0,05			

Nhận xét: Sau điều trị, không có bệnh nhân nào khe hở mắt > 3mm, có 71,4% bệnh nhân mắt nhắm trở lại bình thường (p<0,05).

Bảng 3.2. Thay đổi triệu chứng méo miệng và lệch nhãn trung sau điều trị

Thời điểm	Trước điều trị (D0)		Sau điều trị (D1)	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng				
Bình thường	0	0	28	66,7
Lệch khi cười nói	25	59,5	12	28,6

Lệch khi nghỉ	17	40,5	2	4,7
p(D0-D1)	< 0,05			

Nhận xét: Sau điều trị có 66,7% miệng hết méo lệch (p<0,05).

Bảng 3.3. Thay đổi mức độ bệnh sau điều trị

Thời điểm	Trước điều trị (D0)		Sau điều trị (D1)	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Mức độ bệnh				
Nặng	18	42,8	0	0
Trung bình	19	45,2	8	19
Nhẹ	5	12	11	26,2
Bình thường	0	0	23	54,8
p(D0-D1)	<0,05			

Nhận xét: Sau điều trị có 54,8% bệnh nhân trở về bình thường tỷ lệ cao hơn hẳn so với trước điều trị (0%) (p<0,05).

Bảng 3.4. Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị chung	n	Tỉ lệ (%)
Tốt	23	54,7
Khá	14	33,3
Trung bình	5	12
Kém	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân có kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,7% và không có bệnh nhân nào có kết quả điều trị kém.

IV. BÀN LUẬN

Theo YHCT, chứng “Khẩu nhãn oa tà” thể phong hàn là do phong hàn tà xâm nhập vào các kinh dương ở mặt, đặc biệt là các kinh Thủ Dương minh Đại trường, kinh Túc Dương minh Vị và Túc Thái dương Bàng quang là những đường kinh tuần hành nhiều ở vùng mặt, gây bế tắc, khí trệ huyết ứ tại kinh lạc, kinh cân mất dinh dưỡng, cơ nhục mềm nhẽo. Do đó điều trị “Khẩu nhãn oa tà” thể phong hàn cần thông kinh hoạt lạc cho các đường kinh này, dùng tả pháp đưa tà khí ra ngoài. Trong kỹ thuật chọn huyết, dựa trên nguyên tắc “kinh mạch sở quá, chủ trị sở cập” tức là kinh mạch đi qua nơi nào thì có thể chữa bệnh ở nơi đó và “tuần kinh thủ huyết”, tức là lấy huyết ngay trên đường kinh đi qua nơi bị bệnh, chúng tôi chọn huyết dựa theo phác đồ huyết châm cứu liệt VII ngoại biên do lạnh trong “Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc” của Nguyễn Nhược Kim và Trần Quang Đạt. Các huyết được chọn đều là các huyết tiêu biểu, vừa có tác dụng tại chỗ, vừa có tác dụng theo kinh lạc, vì vậy đã có tác dụng tốt trong điều trị. Các huyết Toàn trúc, Tỉnh minh, Đồng tử liêu, Dương bạch, Thừa khấp có vị trí ở các vùng xung quanh trán và mắt, thuộc các đường kinh Túc Thái dương Bàng quang và kinh Túc Thiếu dương Đờm, khi châm vừa có tác

dụng kích thích tại chỗ trong điều trị liệt VII ngoại biên do lạnh, vừa có tác dụng với đường kinh quan hệ biểu lý với nó là kinh Thủ Thái dương Tiểu trường và Thủ Thiếu dương Tam tiêu đi tới vùng đầu - mặt, đồng thời kích thích sự phục hồi của cơ vòng mi chịu sự chi phối của nhánh thái dương của dây TK VII NB, từ đó cải thiện triệu chứng khe hở mắt. Các huyết Quyền liêu, Địa thương, Giáp xa, Thừa tương, Nghênh hương, Nhân trung tập trung chủ yếu ở vùng miệng, má, theo giải phẫu tiết đoạn thần kinh liên quan tới nhánh gò má, nhánh miệng, nhánh hàm dưới của dây TK VII NB, chi phối cho nhóm cơ vòng miệng và cơ gò má. Khi châm cứu kích thích điện vào nhóm các huyết vị này sẽ kích thích sự phục hồi cơ và tiết đoạn thần kinh liên quan từ đó đưa tới tác dụng cải thiện triệu chứng miệng méo lệch, lệch nhân trung, mờ mắt rãnh mũi má.

Theo YHHD xoa bóp là một kích thích vật lý tác động lên da cơ, thần kinh, mạch máu và các cơ quan cảm thụ gây nên những thay đổi về thần kinh, thể dịch, nội tiết. Qua đó, nâng cao năng lực hoạt động của hệ thần kinh, tăng cường dinh dưỡng cho khu vực vùng mặt bị tổn thương bởi sự chi phối của dây TK VII NB. Việc day ấn các huyết vị tại chỗ và toàn thân (Hợp cốc) cũng có tác động tới huyết vị đó, đuổi tà khí ra ngoài, thông kinh hoạt lạc tại chỗ, từ đó có tác dụng điều trị bệnh.

Cứu điều ngải là sử dụng mỗi ngải hơ trên đốc kim để truyền sức nóng theo kim xuống huyết, chủ yếu điều trị trong các chứng do phong hàn. Vị thuốc Ngải cứu theo YHCT có tác dụng trừ phong hàn, hoạt huyết ứ do phong hàn xâm phạm vào kinh lạc gây huyết ứ tại kinh lạc.

Do đó việc kết hợp điện châm và cứu ngải trên đốc kim giúp nâng cao hiệu quả tác động của điện châm lên huyết vị đó, đồng thời tán phong hàn tà, hoạt huyết ứ trệ, thông kinh hoạt lạc tại chỗ và theo đường kinh.

Sự phối hợp của 3 phương pháp: điện châm, cứu điều ngải và XBBH rõ ràng có tác dụng trong điều trị bệnh liệt VII NB do lạnh, thể hiện trong kết quả nghiên cứu này của chúng tôi với sự cải thiện triệu chứng mắt nhắm không kín và miệng méo lệch ở tất cả các bệnh nhân ở các mức độ bệnh khác nhau, trong đó kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,8%.

V. KẾT LUẬN

Điện châm, cứu điều ngải kết hợp XBBH có hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân liệt thần kinh VII ngoại biên do lạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Nhược Kim** (2012), "Liệt dây thần kinh VII ngoại biên", Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, tr. 187-189.
2. **Các bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội** (2011), Nội khoa cơ sở tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr. 301.
3. **Bộ Y tế** (2016). Dược lý học, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
4. **BS. Trần Thị Thanh và YS. Nguyễn Quốc Huy** (2006). Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng điện châm cực dãn, Kỷ yếu các công trình Nghiên cứu khoa học, Viện Y dược học Dân tộc TP. Hồ Chí Minh.
5. **Bộ Y tế** (2010). Triệu chứng học thần kinh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Lê Văn Thành** (2007). Đánh giá tác dụng điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết kết hợp với điện châm, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN NĂM 2024

Vũ Tuấn Dũng¹, Nguyễn Duy Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu được tiến hành trên 119 bệnh nhân phản vệ điều trị tại Bệnh viện đa

khoa Sóc Sơn từ tháng 01/4/2024 đến 31/12/2024.

Kết quả: Phản vệ gặp ở cả hai giới, nam chiếm 57,14%, không khác biệt có ý nghĩa so với nữ. Khoảng 42% bệnh nhân có tiền sử dị ứng, song đa số không xác định rõ dị nguyên (58%). Côn trùng đốt là nguyên nhân phổ biến nhất (44,53%), tiếp theo là đường tiêu hóa (29,41%) và không rõ nguyên nhân (22,7%). Phản vệ do tiêm truyền tĩnh mạch tuy hiếm (3,36%). Đa số xuất hiện triệu chứng sau 60 phút (42,03%). Thời điểm thường gặp là 5–30 phút (33,61%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ngoài da (91,59%), sau đó là tuần hoàn (66,38%) và hô hấp (50,42%). Mức độ phản vệ: Độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (63,86%), độ III (nguy kịch) chiếm 10,93%,

¹Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Dũng

Email: dr.vutuandung@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

không có trường hợp độ IV. Adrenalin được dùng ở 52,1% bệnh nhân, hoàn toàn theo đường tiêm bắp, phù hợp với thông tư 51[1]. Corticoid (100%), Dimedrol (94,12%) và truyền dịch (99,16%) được sử dụng phổ biến, cho thấy tuân thủ tốt phác đồ điều trị toàn diện. Trong 119 bệnh nhân, có 97,48% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, không có tử vong hay diễn tiến nặng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF ANAPHYLAXIS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF SOC SON GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the clinical characteristics and treatment outcomes of anaphylaxis at the Emergency Department of Soc Son General Hospital in 2024. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 119 patients diagnosed with anaphylaxis and treated at Soc Son General Hospital from April 1, 2024 to December 31, 2024. **Results:** Anaphylaxis occurred in both genders, with males accounting for 57.14%, showing no significant difference compared to females. Approximately 42% of the patients had a history of allergy, although most could not identify the specific allergen (58%). Insect stings were the most common cause (44.53%), followed by oral intake (29.41%) and unknown causes (22.7%). Anaphylaxis due to intravenous administration was rare (3.36%). Most patients developed symptoms after 60 minutes (42.03%), with the majority occurring within 5–30 minutes (33.61%). The most common clinical manifestations were cutaneous symptoms (91.59%), followed by cardiovascular (66.38%) and respiratory symptoms (50.42%). Regarding severity, Grade II anaphylaxis accounted for the highest proportion (63.86%), while Grade III (severe) represented 10.93%. No Grade IV cases were recorded. Adrenaline was administered to 52.1% of patients, exclusively via the intramuscular route, in accordance with Circular 51[1]. Corticosteroids (100%), diphenhydramine (94.12%), and intravenous fluids (99.16%) were widely used, demonstrating good adherence to comprehensive treatment guidelines. Among the 119 patients, 97.48% achieved full recovery, with no deaths or severe complications observed.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng [1]. Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng vài phút [1]. Những năm gần đây, vấn đề phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn và người ta cũng nhận thấy tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng. Có nhiều nguyên nhân gây ra phản vệ

nhưng hay gặp là thức ăn, thuốc và nọc côn trùng. Tỷ lệ thay đổi theo từng nghiên cứu. Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến mức độ nặng và tỷ lệ tử vong của phản vệ. Việc xác định những yếu tố này cùng với sự nắm vững kiến thức về khái niệm, phòng và cấp cứu phản vệ của nhân viên y tế sẽ giúp làm giảm tỷ lệ tai biến và tử vong do phản vệ. Trong những năm gần đây, Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn đã tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp phản vệ do các nguyên nhân khác nhau, trong đó nhiều ca bệnh nặng đã được chẩn đoán, xử trí kịp thời và điều trị thành công. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào hệ thống, tổng hợp và phân tích về đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị các trường hợp phản vệ tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tiễn đó, nhóm tác giả chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2024" với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh phản vệ tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2024.

2. Nhận xét về kết quả điều trị phản vệ tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 119 bệnh nhân phản vệ điều trị tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn từ tháng 01/4/2024 đến 31/12/2024

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ theo thông tư 51/2017/TT-BYT, mã ICD: T78.2

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp có bệnh cảnh lâm sàng như phản vệ nhưng do các nguyên nhân khác:

- Các trường hợp sốc: Sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn

- Tai biến mạch máu não

- Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản do dị vật, viêm).

- Các bệnh lý ở da: Mày đay, phù mạch.

- Các bệnh lý nội tiết: Cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm	N	%
<18 tuổi	14	11,76
18-44 tuổi	48	40,34
45-59 tuổi	28	23,53
Từ 60 tuổi trở lên	29	24,37
Tổng	119	100,00

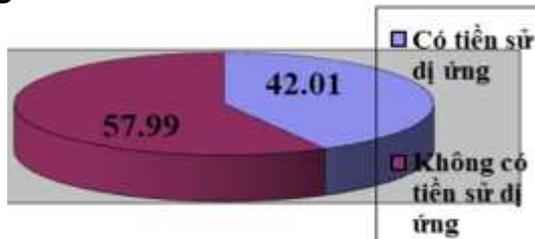
Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu độ tuổi từ 18-44 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 40,34%, độ tuổi < 18 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 11,76%.

Bảng 3.2. Giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

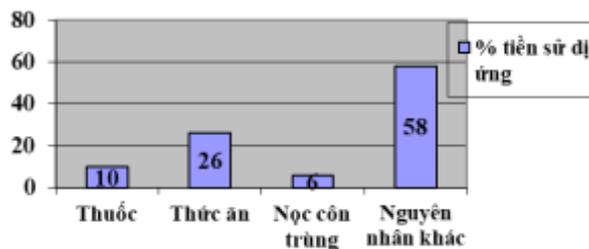
Giới tính	N	%
Nam	68	57,14
Nữ	51	42,86
Tổng	119	100,00

Nhận xét: Trong số 119 trường hợp phản vệ có 68 bệnh nhân nam chiếm 57,14% và 51 bệnh nhân nữ chiếm 42,86%. Tỉ lệ Nam/Nữ là 1,3.

3.1.2. Tiền sử dị ứng trong nhóm nghiên cứu



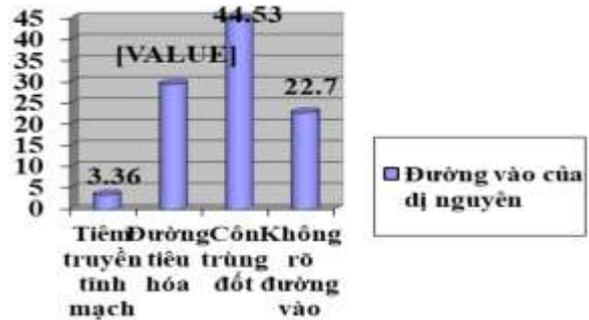
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ giữa các nhóm nguyên nhân gây tiền sử phản vệ

Nhận xét: Trong tổng số 119 bệnh nhân, có 50 bệnh nhân có tiền sử dị ứng chiếm 42,01%. Trong đó dị nguyên là Nọc côn trùng là 3 bệnh nhân (6,0%), Thuốc có 5 bệnh nhân (10%), Thức ăn có 13 bệnh nhân (26%) và 29 bệnh nhân là không rõ tác nhân gây dị ứng chiếm phần lớn (58%).

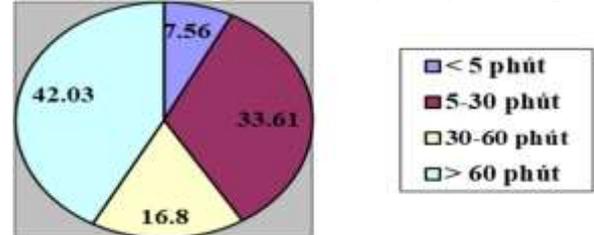
3.1.4. Đường vào của dị nguyên



Biểu đồ 3.3. Các đường vào dị nguyên gây phản vệ

Nhận xét: Côn trùng đốt là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm 44,53% (53/119 ca). Đường tiêu hóa đứng thứ hai, với 29,41% (35/119 ca). Không rõ đường vào chiếm 22,7% (27/119 ca). Tiêm truyền tĩnh mạch là nguyên nhân ít gặp nhất, chỉ chiếm 3,36% (4/119 ca).

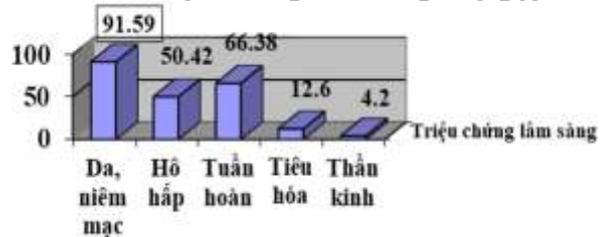
3.1.5. Thời gian xuất hiện triệu chứng



Biểu đồ 3.4. Thời gian xuất hiện triệu chứng

Nhận xét: >60 phút là thời điểm xuất hiện triệu chứng phổ biến nhất, chiếm 42,03% (50/119 ca). 5-30 phút là khoảng thời gian xuất hiện triệu chứng phổ biến thứ hai, chiếm 33,61% (40/119 ca). 30-60 phút chiếm 16,8% (20 ca). <5 phút là thời gian xuất hiện nhanh nhất, chỉ chiếm 7,56% (9 ca).

3.1.6. Triệu chứng lâm sàng hay gặp



Biểu đồ 3.5. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp

Nhận xét: Triệu chứng ở da là hay gặp nhất, chiếm 91,59% (109/119 ca). Triệu chứng tuần hoàn đứng thứ hai, chiếm 66,38% (79 ca). Triệu chứng hô hấp đứng thứ ba, chiếm 50,42% (60 ca). Triệu chứng tiêu hóa gặp ở 12,6% (15 ca). Triệu chứng thần kinh ít gặp nhất, chỉ 4,2% (5 ca).

3.1.7. Mức độ phản vệ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu: