

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abolhassani H, Sharifi L, Yazdani R, et al.** Global systematic review of primary immunodeficiency registries. *Expert Rev Clin Immunol.* 2020;16(7):717-732.
2. **Itakura T, Sasaki H, Hosoya T, et al.** The role of TRECs/KRECs as immune indicators that reflect immunophenotypes and predict the risk of infection in systemic autoimmune diseases. *Immunological Medicine.* 2025;48(3):233-244.
3. **Kwok JSY, Cheung SKF, Ho JCY, et al.** Establishing simultaneous T cell receptor excision circles (TREC) and K-deleting recombination excision circles (KREC) quantification assays and laboratory reference intervals in healthy individuals of different age groups in Hong Kong. *Front Immunol.* 2020;11:1411.
4. **Lee WI HJ, Huang JL, Lin SJ, et al.** Applying T-cell receptor excision circles and immunoglobulin k-deleting recombination excision circles to patients with primary immunodeficiency diseases. *Annals of Medicine.* 2014;46:555-565.
5. **Serana F, Chiarini M, Zanotti C, et al.** Use of V(D)J recombination excision circles to identify T- and B-cell defects and to monitor the treatment in primary and acquired immunodeficiencies. *J Transl Med.* 2013;11:119.
6. **Thalhammer J, Kindle G, Nieters A, et al.** Initial presenting manifestations in 16,486 patients with inborn errors of immunity include infections and noninfectious manifestations. *J Allergy Clin Immunol.* 2021;148(5):1332-1341.
7. **Wagner U, Baerwald C, Rossol M.** Deficient Thymic Output in Rheumatoid Arthritis Despite Abundance of Prethymic Progenitors. *Arthritis Rheum.* 2013;65(10):2567-2572.
8. **Wang R, Lan C, Benlagha K, et al.** The interaction of innate immune and adaptive immune system. *MedComm.* 2024;5:e714

NGHIỆM PHÁP THỬ THÁCH ĐƯỜNG MIỆNG Ở TRẺ MÀY ĐAY TIẾP XÚC VỚI SỮA BÒ

Nguyễn Thị Kim Oanh², Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Trần Anh Tuấn², Nguyễn Thị Ngọc²

TÓM TẮT

Mở đầu: Mày đay tiếp xúc với sữa bò có thể gặp ở trẻ dị ứng đạm sữa bò qua trung gian IgE, nhưng cũng có thể chỉ là biểu hiện của mẫn cảm tại da đơn thuần, nên giá trị chẩn đoán của các xét nghiệm dị ứng trong nhóm này chưa rõ ràng.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 giai đoạn 2016-2025. Nghiên cứu nhằm đánh giá sự phù hợp giữa kết quả xét nghiệm lấy da (SPT) với sữa bò tươi,

slgE và nghiệm pháp thử thách đường miệng (OFC) ở trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất.

Kết quả: Có 13 trẻ được thực hiện OFC, tuổi trung vị 9 tháng. SPT với sữa bò tươi dương tính ở 2/13 trẻ; IgE đặc hiệu (slgE) dương tính ở 4/5 trẻ. Trong 8 trẻ thuộc nhóm chẩn đoán, tất cả đều có OFC âm tính. Trong 5 trẻ đánh giá dung nạp, 2 trẻ có OFC dương tính với mày đay tiếp xúc lan rộng toàn thân sau liều 1 mL sữa, tự giới hạn và không cần điều trị; 3 trẻ còn lại âm tính. Ở các trẻ OFC âm tính, liều dung nạp trung vị là 109 mL; 3 trẻ xuất hiện mày đay tiếp xúc ở liều 5-10 mL nhưng không tiến triển toàn thân khi tiếp tục tăng liều.

Kết luận: Trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò và xét nghiệm dị ứng dương tính vẫn có thể dung nạp sữa bò qua đường uống. OFC là công cụ quan trọng giúp xác định dị ứng đạm sữa bò có ý nghĩa lâm sàng và đánh giá khả năng dung nạp, từ đó hạn chế ăn kiêng không cần thiết.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Oanh

Email: nguyenthikimoanh0294@gmail.com

Mã bài: **ND1-5**

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

Từ khóa: Dị ứng đạm sữa bò, mày đay tiếp xúc, nghiệm pháp thử thách đường miệng với thức ăn.

SUMMARY

ORAL FOOD CHALLENGE IN CHILDREN WITH CONTACT URTICARIA TO COW'S MILK

Background: Contact urticaria to cow's milk may indicate IgE-mediated cow's milk allergy (CMA) but may also reflect isolated cutaneous sensitization. The diagnostic value of allergy tests in this subgroup therefore remains uncertain.

Methods: We conducted a retrospective descriptive case series at Children's Hospital 1 from 2016 to 2025. The study assessed the relationship between skin prick test (SPT) results with fresh cow's milk, cow's milk-specific IgE levels, and oral food challenge (OFC) outcomes in children whose main or only manifestation was contact urticaria to cow's milk.

Results: Thirteen children underwent OFC, with a median age of 9 months. SPT with fresh cow's milk was positive in 2/13 children, and cow's milk-specific IgE was positive in 4 of the 5 children tested. Among the 8 children undergoing OFC for diagnostic purposes, all had negative OFC results. Among the 5 children undergoing OFC to assess tolerance acquisition, 2 had positive results, both presenting with generalized urticaria after a 1 mL milk dose; both reactions were self-limited and required no treatment. The remaining 3 children had negative OFC results. Among children with negative OFC results, the median tolerated dose was 109 mL. Three children developed localized contact urticaria at doses of 5–10 mL, but these reactions did not progress to generalized or systemic symptoms with further dose escalation.

Conclusions: Children presenting with contact urticaria to cow's milk may still tolerate oral ingestion despite positive allergy test results. OFC remains essential for confirming clinically relevant cow's milk allergy (CMA) and for assessing tolerance, thereby helping to avoid unnecessary dietary elimination.

Keywords: cow's milk allergy, contact urticaria, oral food challenge

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị ứng thức ăn qua trung gian IgE là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em, với biểu hiện lâm sàng đa dạng và có thể ảnh hưởng đến dinh dưỡng, tăng trưởng cũng như chất lượng cuộc sống của trẻ [5]. Trong đó, dị ứng đạm sữa bò là một trong

những dạng dị ứng thức ăn phổ biến nhất ở lứa tuổi này [8], [7].

Mày đay tiếp xúc với sữa bò có thể là biểu hiện của dị ứng đạm sữa bò qua trung gian IgE, nhưng cũng có thể chỉ phản ánh tình trạng mẫn cảm tại da đơn thuần, không đồng nghĩa với dị ứng có ý nghĩa lâm sàng khi trẻ uống sữa. Vì vậy, ở nhóm trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất, giá trị chẩn đoán của các xét nghiệm dị ứng như SPT với sữa bò tươi và sIgE vẫn chưa thật sự rõ ràng. Theo các khuyến cáo hiện nay, chẩn đoán dị ứng thức ăn qua trung gian IgE cần dựa trên sự kết hợp giữa bệnh sử, xét nghiệm dị ứng và trong những trường hợp cần thiết, nghiệm pháp thử thách đường miệng (oral food challenge - OFC), vốn được xem là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán [8], [7].

Nghiên cứu của Coimbra và cộng sự cho thấy ở trẻ có tiền sử mày đay tiếp xúc với sữa bò, không phải tất cả trường hợp đều được xác nhận dị ứng đạm sữa bò bằng OFC; ngược lại, vẫn có trường hợp OFC dương tính dù xét nghiệm dị ứng âm tính [3]. Điều này cho thấy mối liên hệ giữa kết quả xét nghiệm dị ứng và dị ứng lâm sàng ở nhóm trẻ này còn chưa rõ ràng. Tại Việt Nam, dữ liệu về mày đay tiếp xúc liên quan dị ứng thức ăn ở trẻ em còn hạn chế. Nghiên cứu của Lê Thị Minh Hương và cộng sự ghi nhận biểu hiện mẫn đồ quanh miệng ở 60,5% trẻ dị ứng thức ăn [1], tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tập trung riêng vào nhóm trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự phù hợp giữa kết quả SPT với sữa bò tươi, sIgE và OFC ở trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 giai đoạn 2016-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nội Tổng Quát 2 – Hồ Hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1, từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2025.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất tại khoa Nội Tổng Quát 2 - Hồ Hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhi nhập viện tại khoa Nội Tổng Quát 2 - Hồ Hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1 có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất.

Chỉ định thực hiện nghiệm pháp thử thách đường miệng với thức ăn

Trẻ nghi ngờ dị ứng sữa qua trung gian IgE.

- Trẻ có xét nghiệm lấy da/ sIgE âm tính hoặc
- Trẻ có xét nghiệm lấy da/ sIgE dương tính

Trẻ đã được chẩn đoán dị ứng sữa qua trung gian IgE.

- Trẻ đã ăn kiêng sau thời gian 6-12 tháng kể từ khi có triệu chứng dị ứng lần cuối cùng.

- Có xét nghiệm lấy da/ sIgE âm tính hoặc giảm hiệu giá so với xét nghiệm ban đầu được thực hiện trước khi làm OFC.

Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ có biểu hiện toàn thân khác như: mày đay toàn thân, phù mạch, viêm mũi, viêm kết mạc, hen,... Tiền căn phản vệ nặng đe dọa tính mạng. Đang đợt cấp của bệnh mạn tính hoặc đang mắc bệnh cấp tính. Hen khó kiểm soát, FEV1 < 80% giá trị dự đoán.

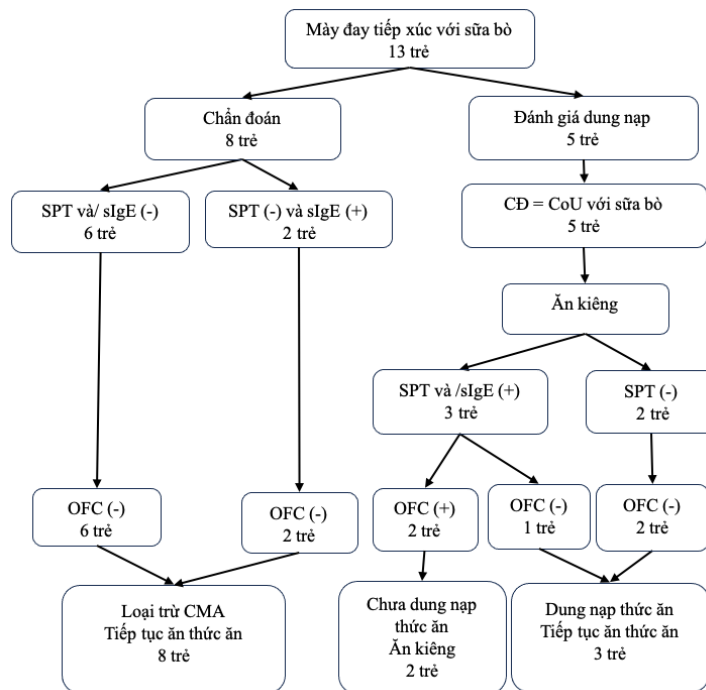
2.2. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án nội trú và ngoại trú theo mẫu thống nhất. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata IC 13.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Nhi Đồng 1 phê duyệt.

III. KẾT QUẢ



Sơ đồ 1. Kết quả nghiệm pháp thử thách đường miệng

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 13 trẻ được thực hiện OFC, tuổi trung vị là 9 tháng (6–14), nhỏ nhất 4 tháng và lớn nhất 25 tháng. Tuổi khởi phát triệu chứng nghi ngờ dị ứng trung vị là 6 tháng (4–7), tất cả đều khởi phát trước 24 tháng tuổi. Nhóm chẩn đoán ($n=8$) có tuổi trung vị khi làm OFC là 7 tháng (6–8), trong khi nhóm đánh giá dung nạp ($n=5$) là 18 tháng (14–20). Nữ chiếm ưu thế với 76,9%, nam chiếm 23,1%. Tất cả trẻ đều không suy dinh dưỡng. Có 69,2% trẻ có cơ địa dị ứng, trong đó chàm da chiếm 15,4%.

Về cận lâm sàng trước OFC, SPT với sữa bò tươi dương tính ở 2/13 trẻ (15,4%) và âm tính ở 11/13 trẻ (84,6%). Ở nhóm chẩn đoán, tất cả 8 trẻ đều có SPT âm tính; trong khi ở nhóm đánh giá dung nạp, 2/5 trẻ dương tính. sIgE dương tính ghi nhận ở 4/13 trẻ (30,8%), âm tính ở 1/13 trẻ (7,7%), và 8/13 trẻ (61,5%) không được thực hiện xét nghiệm. Tỷ lệ trẻ có ít nhất một xét nghiệm dị ứng dương tính (SPT hoặc sIgE) là 38,5%.

Kết quả OFC

Kết quả OFC cho thấy 11/13 trẻ (84,6%) âm tính và 2/13 trẻ (15,4%) dương tính. Trong nhóm chẩn đoán ($n=8$), tất cả trẻ đều có OFC âm tính, qua đó loại trừ chẩn đoán dị ứng đạm sữa bò ở nhóm này. Trong nhóm đánh giá dung nạp ($n=5$), có 3 trẻ (60,0%) dung nạp được sữa bò và 2 trẻ (40,0%) còn phản ứng. Các trường hợp OFC dương tính đều biểu hiện mề đay nhẹ ở da, khởi phát trong vòng ≤ 15 phút sau liều sữa gần nhất, với liều phản ứng là 1 mL sữa bò; triệu chứng tự hồi phục, không cần điều trị, và không ghi nhận sốc phản vệ. Ở nhóm OFC âm tính, 3 trẻ vẫn xuất hiện mề đay tiếp xúc khi thử thách nhưng không lan toàn thân và không kèm triệu chứng toàn thân khác khi tiếp tục tăng liều; liều dung nạp trung vị là 109 mL sữa bò.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có mề đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất được nhận diện ở lứa tuổi rất sớm. Tuổi khởi phát triệu chứng nghi ngờ dị ứng trung vị là 6

tháng, còn tuổi thực hiện OFC trung vị là 9 tháng; toàn bộ trẻ đều khởi phát trước 24 tháng tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của dị ứng đạm sữa bò ở trẻ nhỏ. So với nghiên cứu của Coimbra và cộng sự, tuổi khởi phát trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhẹ, nhưng tuổi thực hiện OFC lại thấp hơn [3]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc quản thể nghiên cứu của chúng tôi được chọn lọc hẹp hơn, chỉ bao gồm trẻ có mề đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất, đồng thời nhóm chẩn đoán được tiếp cận OFC khá sớm sau khi xuất hiện triệu chứng. Điều này cho thấy mề đay tiếp xúc với sữa bò là một biểu hiện có thể được nhận diện sớm trong thực hành lâm sàng, nhưng bản thân tuổi khởi phát không có giá trị xác lập chẩn đoán; chẩn đoán dị ứng đạm sữa bò vẫn cần dựa trên sự kết hợp giữa bệnh sử, xét nghiệm dị ứng và OFC [3], [7].

Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là mề đay tiếp xúc đơn thuần, chiếm 53,8%; 46,2% còn lại có kèm nôn nhẹ, không ghi nhận phản ứng toàn thân hay sốc phản vệ. Điểm đáng lưu ý là nôn trong nhóm này đều nhẹ và thoáng qua; trên lâm sàng, đây có thể là yếu tố làm sữa chảy ra thêm các vùng da khác, hơn là biểu hiện tiêu hóa của một phản ứng dị ứng toàn thân thực sự. So với nghiên cứu của Coimbra, dân số nghiên cứu của chúng tôi có phổ biểu hiện khu trú hơn, không ghi nhận phù mạch, viêm mũi hay mề đay toàn thân trong bệnh sử [3]. Kết quả này phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu của nghiên cứu hiện tại và gợi ý rằng ở nhóm trẻ có mề đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất, biểu hiện tại da có thể nổi bật hơn các biểu hiện ngoài da. Ngoài ra, 69,2% trẻ có ít nhất một yếu tố gợi ý cơ địa dị ứng, trong đó chàm da chiếm 15,4%. Điều này phù hợp với cơ sở bệnh sinh của phản ứng tiếp xúc miễn dịch qua trung gian IgE [4], [2], dù với cỡ mẫu hiện tại chúng tôi chưa thể xác định giá trị tiên lượng của cơ địa dị ứng đối với kết quả OFC.

Tỷ lệ dương tính của các xét nghiệm dị ứng trong nghiên cứu của chúng tôi không cao 5/13

trẻ. SPT với sữa bò tươi dương tính ở 15,4% trẻ, còn sIgE dương tính ở 30,8%. Ở nhóm chẩn đoán, không ghi nhận trường hợp nào có SPT dương tính, trong khi 25,0% có sIgE dương tính; ở nhóm đánh giá dung nạp, tỷ lệ dương tính của cả SPT và sIgE đều là 40,0%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Coimbra, trong đó SPT dương tính ở 61,9% và sIgE dương tính ở 23,8% [3]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, do nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm trẻ có biểu hiện khu trú tại da, trong khi nghiên cứu của Coimbra vẫn ghi nhận thêm các biểu hiện ngoài da và triệu chứng toàn thân. Từ góc độ thực hành, kết quả này cho thấy ở trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò đơn độc, xét nghiệm dị ứng dương tính không gặp thường xuyên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, OFC âm tính chiếm đa số với 84,6%, trong khi chỉ 15,4% trẻ có OFC dương tính. Đáng chú ý, toàn bộ 8 trẻ trong nhóm chẩn đoán đều có OFC âm tính, qua đó loại trừ dị ứng đạm sữa bò ở tất cả các trường hợp này. Ở nhóm đánh giá dung nạp, 60,0% trẻ đã dung nạp lại sữa bò và 40,0% còn phản ứng. Kết quả này nhấn mạnh vai trò trung tâm của OFC trong nhóm trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất: không chỉ giúp xác định trẻ có thực sự dị ứng hay không, mà còn hỗ trợ đánh giá khả năng dung nạp sau một thời gian ăn kiêng [7]. So với nghiên cứu của Coimbra, tỷ lệ OFC dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn [3], điều này phù hợp với việc quần thể nghiên cứu hiện tại có biểu hiện lâm sàng khu trú hơn và ít gợi ý phản ứng toàn thân hơn. Kết quả này cũng cho thấy mày đay tiếp xúc tại chỗ không đồng nghĩa với dị ứng đạm sữa bò có ý nghĩa lâm sàng khi uống, và nếu chỉ dựa vào biểu hiện da hoặc xét nghiệm dị ứng, trẻ có thể bị chẩn đoán quá mức, dẫn đến ăn kiêng kéo dài không cần thiết.

Về tính an toàn, cả hai trường hợp OFC dương tính trong nghiên cứu đều chỉ có biểu hiện nhẹ ở da, xuất hiện sớm sau liều 1 mL sữa, tự hồi phục và không cần điều trị; không ghi nhận

trường hợp sốc phản vệ. Ngoài ra, trong nhóm OFC âm tính vẫn có 3 trẻ xuất hiện mày đay tiếp xúc trong quá trình thử thách, nhưng khi tiếp tục tăng liều, phản ứng không lan toàn thân và không kèm triệu chứng ở cơ quan khác. Quan sát này có ý nghĩa thực hành quan trọng, cho thấy phản ứng da tại chỗ trong quá trình thử thách không nên được diễn giải là OFC dương tính nếu chưa đạt tiêu chuẩn lâm sàng để dừng thử thách. Nói cách khác, mày đay tiếp xúc trong lúc tiếp xúc với sữa chỉ phản ánh đáp ứng khu trú tại da ở một số trẻ, chứ không nhất thiết tương ứng với dị ứng lâm sàng khi đường uống được thử thách đầy đủ. Do đó, việc theo dõi diễn tiến triệu chứng theo từng bậc liều trong OFC là rất cần thiết để tránh kết luận sai lệch.

Mức độ tương ứng giữa xét nghiệm dị ứng và OFC trong nghiên cứu này không hoàn toàn tuyệt đối. Cả hai trẻ có OFC dương tính đều có SPT dương tính, với đường kính sẩn trên 4 mm, trong khi tất cả trẻ OFC âm tính đều có đường kính sẩn dưới 3 mm. Kết quả này gợi ý rằng SPT có thể có giá trị hỗ trợ phân tầng nguy cơ ở nhóm trẻ này. Tuy nhiên, do số lượng trường hợp còn hạn chế, chúng tôi chưa thể rút ra kết luận về giá trị tiên lượng hay ngưỡng cắt lâm sàng của SPT đối với kết quả OFC [3], [6]. Đối với sIgE, một trường hợp OFC dương tính có nồng độ sIgE với casein là 16,6 kUA/L, vượt rõ ngưỡng gợi ý mạnh cho dị ứng lâm sàng; ngược lại, vẫn có 3 trẻ OFC âm tính có sIgE > 0,35 kUA/L nhưng thấp hơn ngưỡng cắt chẩn đoán [6]. Như vậy, sIgE dương tính ở mức thấp có thể chủ yếu phản ánh tình trạng miễn cảm miễn dịch, trong khi hiệu giá cao, đặc biệt với casein, có thể gợi ý mạnh hơn khả năng có phản ứng lâm sàng. Chiều ngược lại cũng cần được lưu ý: xét nghiệm âm tính không loại trừ hoàn toàn dị ứng đạm sữa bò, như nghiên cứu của Coimbra đã ghi nhận vẫn có trường hợp OFC dương tính dù xét nghiệm dị ứng âm tính [3]. Do đó, ở trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất, SPT và sIgE nên được xem là công cụ hỗ trợ phân tầng nguy cơ và diễn giải xác suất dị ứng

lâm sàng, hơn là công cụ thay thế OFC trong xác định chẩn đoán.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần lưu ý khi diễn giải kết quả. Đây là nghiên cứu hồi cứu hàng loạt ca với cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại một trung tâm duy nhất, nên khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Một số xét nghiệm, đặc biệt là sIgE, chưa được thực hiện đồng nhất trên toàn bộ mẫu, và nghiên cứu chưa đủ cỡ mẫu để xác lập giá trị chẩn đoán chính thức của SPT hay sIgE trong dự đoán OFC. Tuy vậy, nghiên cứu vẫn có ý nghĩa thực tiễn vì tập trung vào một nhóm bệnh nhi còn ít dữ liệu tại Việt Nam và cho thấy rõ vai trò quyết định của OFC trong tránh chẩn đoán quá mức cũng như hạn chế ăn kiêng không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Ở trẻ có mày đay tiếp xúc với sữa bò là biểu hiện chính hoặc duy nhất, biểu hiện da tại chỗ và kết quả xét nghiệm dị ứng không đủ để khẳng định dị ứng đạm sữa bò có ý nghĩa lâm sàng khi uống. Nghiệm pháp thử thách đường miệng vẫn giữ vai trò quyết định trong xác định chẩn đoán và đánh giá khả năng dung nạp, qua đó giúp tránh chẩn đoán quá mức và hạn chế ăn kiêng không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hương L. T. M., Vinh N. T. L., Huyền T. T., Hải L. T.**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng dị ứng thức ăn ở trẻ em", *Tạp chí Nhi khoa*, 2016, 9(4), tr. 12-17.
2. **Bizjak M., Aerts O., Pesqué D., et al.**, "Contact Urticaria and Related Conditions: Clinical Review", *Contact Dermatitis*, 2025, 93(2), tr. 87-107.
3. **Coimbra M. R., Araújo L. M. L., Filho N. A. R.**, "Oral food challenge in children with contact urticaria in reaction to cow's milk", *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2023, 51(5), tr. 93-98.
4. **McFadden J.**, "Immunologic contact urticaria", *Immunol Allergy Clin North Am*, 2014, 34(1), tr. 157-167.
5. **Pavić I., Kolaček S.**, "Growth of Children with Food Allergy", *Horm Res Paediatr*, 2017, 88(1), tr. 91-100.
6. **Riggioni C., Ricci C., Moya B., et al.**, "Systematic review and meta-analyses on the accuracy of diagnostic tests for IgE-mediated food allergy", *Allergy*, 2024, 79(2), tr. 324-352.
7. **Sampson H. A., Arasi S., Bahnson H. T., et al.**, "AAAAI-EAACI PRACTALL: Standardizing oral food challenges-2024 Update", *Pediatr Allergy Immunol*, 2024, 35(11), e14276.
8. **Santos A. F., Riggioni C., Agache I., et al.**, "EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy", *Allergy*, 2025, 80(1), tr. 14-36.