

3. **Lortet-Tieulent J, Soerjomataram I, Ferlay J, et al:** International trends in lung cancer incidence by histological subtype: Adenocarcinoma stabilizing in men but still increasing in women. *Lung Cancer* 84:13–22, **2014**
4. **Socinski MA, Obasaju C, Gandara D, et al:** Current and Emergent Therapy Options for Advanced Squamous Cell Lung Cancer. *J Thorac Oncol* 13:165–183, **2018**
5. **Soldera SV, Leigh NB:** Update on the Treatment of Metastatic Squamous Non-Small Cell Lung Cancer in New Era of Personalized Medicine [Internet]. *Front Oncol* 7, 2017 Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fonc.2017.00050>
6. **Paz-Ares, L.; Luft, A.; Vicente, D.; Tafreshi, A.; Güümüş, M.; Mazières, J.; Hermes, B.; Çay Şenler, F.; Csósz, T.; Fülöp, A.; et al.** Pembrolizumab plus Chemotherapy for Squamous Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* **2018**, 379, 2040–2051, doi:10.1056/NEJMoa1810865.
7. **Rosell, R.; Gatzemeier, U.; Betticher, D.C.; Keppler, U.; Macha, H.N.; Pirker, R.; Berthet, P.; Breau, J.L.; Lianes, P.; Nicholson, M.; et al.** Phase III Randomised Trial Comparing Paclitaxel/Carboplatin with Paclitaxel/Cisplatin in Patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: A Cooperative Multinational Trial. *Ann. Oncol.* **2002**, 13, 1539–1549, doi:10.1093/annonc/mdf332.
8. **Sandler, A.; Gray, R.; Perry, M.C.; Brahmer, J.; Schiller, J.H.; Dowlati, A.; Lilienbaum, R.; Johnson, D.H.** Paclitaxel–Carboplatin Alone or with Bevacizumab for Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* **2006**, 355, 2542–2550, doi:10.1056/NEJMoa061884.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA TRẺ BỊ SỐC PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019 - 2020

Dinh Văn Thức^{1,2}, Phạm Văn Thức¹,
Nguyễn Mai Phương^{1,2}, Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Sốc phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019-2020 và nhận xét kết quả điều trị ở các bệnh nhân nói trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có sử dụng số liệu hồi cứu của 54 trường hợp trẻ bị sốc phản vệ lựa chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Triệu chứng chủ yếu của SPV: triệu chứng tim mạch, thần kinh, da; các triệu chứng hô hấp, tiêu hóa gặp với tỉ lệ thấp hơn. Tỉ lệ trẻ có toan hóa máu khi sốc là 50% và tăng lactate là 75,9%. 100% bệnh nhi được dùng adrenalin tiêm bắp liều đầu tiên. Solumedrol, dimedrol là các thuốc được sử dụng đồng thời với adrenalin nhiều nhất. Tỉ lệ trẻ tái sốc thấp (1,9%). Hầu hết bệnh nhân đều hết triệu chứng (87,0%), có 13,0% trẻ diễn biến nặng hơn hoặc không cải thiện phải chuyển tuyến. **Kết luận:** Phát hiện sớm và điều trị sốc phản vệ là yếu tố quyết định và tiên lượng bệnh. Điều trị chính là tiêm bắp adrenalin càng sớm càng tốt, dự phòng tái tiếp xúc với dị nguyên gây ra sốc phản vệ.

Từ khóa: Sốc phản vệ; trẻ em; adrenalin

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF CHILDREN WITH ANAPHYLAXIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019 – 2020

Anaphylaxis is a particularly serious allergic condition that can be life-threatening if not diagnosed and treated promptly. **Objectifs:** To describe the clinical and subclinical characteristics of children with anaphylaxis at Hai Phong Children's Hospital in the years 2019-2020 and comment on the treatment results in the above patients. **Materials and methods:** Descriptive study using retrospective data of 54 cases of children with anaphylaxis selected by convenience sampling method. **Results:** The main symptoms of anaphylaxis were: cardiovascular, neurological and skin symptoms. Respiratory and gastrointestinal symptoms were seen at a lower rate. The rate of children with acidemia in shock was 50% and increased lactate was 75.9%. 100% of children received the first dose of intramuscular adrenaline. Solumedrol, dimedrol were the drugs most commonly used concurrently with adrenaline. The rate of children re-shocked was low (1.9%). Most of the patients were symptom-free (87.0%), 13.0% of the children got worse or did not improve, requiring referral. **Conclusion:** Early detection and treatment of anaphylaxis are decisive and prognostic factors. The main treatment is intramuscular adrenaline injection as soon as possible, and prevent re-exposure to the allergen causing anaphylaxis. It is necessary to strictly manage the use of drugs, limit intravenous routes, preferably oral or intramuscular use.

Keywords: Anaphylaxis; children; adrenaline

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.8.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Sốc phản vệ có thể xảy ra trong vài giây đến vài phút sau tiếp xúc với dị nguyên. Nhập viện do sốc phản vệ cũng ngày càng gia tăng ở nhiều quốc gia, đặc biệt là ở trẻ nhỏ; sự gia tăng này được ghi nhận đặc biệt đối với các tác nhân gây ra như thuốc và thực phẩm. Nghiên cứu tại nhiều quốc gia trên thế giới cho thấy nhóm tác nhân phổ biến nhất gây ra sốc phản vệ ở trẻ em có thể thay đổi tùy vào địa điểm nghiên cứu, có thể là thực phẩm hoặc một số nhóm thuốc, trong đó chủ yếu là thuốc kháng sinh [5]. Epinephrine (adrenaline) là loại thuốc được lựa chọn cho cấp cứu sốc phản vệ. Nó là một chất chủ vận adrenergic không chọn lọc cứu sống người bị sốc phản vệ, có hoạt tính co mạch α 1-adrenergic, có thể ngăn ngừa và làm giảm phù nề thanh quản, hạ huyết áp và sốc. Hoạt động β 1-adrenergic của nó tạo ra các tác dụng co bóp, do đó làm tăng lực và tốc độ co bóp của tim. Hoạt động β 2 của nó bao gồm làm giãn phế quản và giảm giải phóng các chất trung gian của viêm. Các hoạt động của nó phụ thuộc vào thời gian và cần phải được sử dụng nhanh chóng ngay sau khi xảy ra sốc phản vệ [7]. Nghiên cứu gần đây cho thấy một tỷ lệ thấp nhưng ngày càng gia tăng các trường hợp sốc phản vệ cần phải nhập viện điều trị từ báo cáo nhiều quốc gia. Nghiên cứu này cũng cho thấy thực tế rằng thuốc đóng một vai trò quan trọng trong các phản ứng dị ứng nghiêm trọng ở trẻ em và các phản ứng xảy ra chủ yếu trong bệnh viện và trong phòng phẫu thuật. Việc chẩn đoán chính xác và điều trị sớm đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu nguy cơ tử vong và di chứng nặng nề của sốc phản vệ [5]. Để góp phần rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí sốc phản vệ ở trẻ em, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019-2020; và nhận xét kết quả điều trị của các bệnh nhân nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân ≤ 15 tuổi được chẩn đoán là sốc phản vệ theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Theo đó, áp dụng tiêu chuẩn của Hiệp hội Hen, Dị ứng Miễn dịch Hoa kỳ năm

2006, chẩn đoán phản vệ ở trẻ khi có một trong những tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: khởi phát cấp tính (vài phút tới vài giờ) với các biểu hiện ở da, niêm mạc, hoặc cả hai (mẩn ngứa, nóng bừng, phù nề môi, lưỡi, hầu họng) và có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau: biểu hiện hô hấp (vd: khó thở, khò khè/co thắt phế quản, thở rít, giảm PEF, thiếu ô xy); hạ huyết áp hoặc các dấu hiệu của thiếu máu các cơ quan (vd: giảm trương lực cơ, ngất, mất trương lực).

Tiêu chuẩn 2: có hai hoặc nhiều hơn những biểu hiện sau đây và xuất hiện nhanh (vài phút tới vài giờ) sau khi tiếp xúc với chất có thể là dị nguyên với người đó: biểu hiện ở da và niêm mạc (mẩn ngứa, nóng bừng, phù nề lưỡi, môi, mang hầu), biểu hiện hô hấp (khó thở, khò khè/co thắt phế quản, thở rít, giảm PEF, thiếu ô xy); hạ huyết áp hoặc các dấu hiệu của thiếu máu các cơ quan (vd: giảm trương lực cơ, ngất, mất trương lực); các triệu chứng tiêu hóa dai dẳng (đau quặn bụng, nôn...).

Tiêu chuẩn 3: hạ huyết áp nhanh (vài phút tới vài giờ) sau khi tiếp xúc với dị nguyên đã biết trước với người đó; trẻ em và nữ nhi: huyết áp tâm thu thấp (theo tuổi) hoặc giảm $>30\%$ HA tâm thu; hạ huyết áp tâm thu ở trẻ em khi HA <70 mm Hg ở trẻ từ 1 tháng tới 1 tuổi, thấp hơn (70 mm Hg + $[2 \times \text{tuổi}]$) với trẻ từ 1 tới 10 tuổi và <90 mm Hg với trẻ từ 11 tới 17 tuổi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu này được tiến hành tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTEHP) trong thời gian từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2020.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu. Chúng tôi thu thập được 54 ca bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.5. Cách chọn mẫu. Cách chọn mẫu thuận tiện, theo đó, lấy toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu. Triệu chứng lâm sàng: triệu chứng tim mạch, thần kinh, hô hấp, da, niêm mạc và tiêu hóa. Triệu chứng cận lâm sàng: tỉ lệ toan hóa máu, tỉ lệ tăng lactate máu. Biện pháp điều trị SPV được áp dụng: hút đờm dãi, hỗ trợ hô hấp, solumedrol, dimedrol, truyền dịch, khí dung salbutamol, thuốc trợ tim. Kết quả điều trị: điều kiện thoát sốc, kết quả chung (khỏi, nặng chuyển tuyến trên).

2.7. Phương pháp thu thập thông tin.

Thu thập số liệu nghiên cứu từ các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.9. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Khoa học – Giáo dục Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện trẻ em Hải Phòng. Các thông tin của bệnh nhân được thu thập giấu tên, tuân thủ các nguyên tắc bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập mang tính chính xác, trung thực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của trẻ bị sốc phản vệ (n = 54)

Triệu chứng		Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng tim mạch (n=53)	Mạch nhanh nhỏ, khó bắt	51	94,4
	Refill kéo dài (≥ 3s)	24	44,4
	Huyết áp tụt	8	14,8
Triệu chứng thần kinh (n=52)	Kích thích vật vã	44	81,5
	Li bì	8	14,8
	Hôn mê	1	1,9
Triệu chứng hô hấp (n=30)	Co rút cơ hô hấp phụ	20	37
	Ho	17	31,5
	Khò khè	10	18,5
	Thở rít	3	5,6
	Khàn tiếng	2	3,7
	Thở rên	2	3,7
	Tăng tiết đờm rãi	1	1,9
Triệu chứng da, niêm mạc (n=38)	Tím môi đầu chi	32	59,3
	Da tái	29	53,7
	Nổi vân tím	28	51,9
	Nổi ban đỏ	12	22,2
	Da niêm mạc nhợt	11	20,4
	Tím toàn thân	6	11,1
	Mày đay	3	5,6
	Da xanh	1	1,9
Triệu chứng tiêu hóa (n=7)	Nôn	4	7,4
	Đi ngoài	2	3,7
	Đau bụng	1	1,9
	Buồn nôn	1	1,9

Nhận xét: Các biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ bị sốc phản vệ là: mạch nhanh nhỏ khó bắt, kích thích vật vã, tím môi và đầu chi, nổi vân tím, da tái, Refill kéo dài (≥ 3s) (44,4%), co rút cơ hô hấp phụ (37%), ho (31,5%). Hầu hết trẻ có triệu chứng tim mạch (98,1%) và triệu chứng thần kinh (92,6%). Các

triệu chứng của SPV trên da gặp ở 70,4% bệnh nhi và triệu chứng hô hấp gặp ở 55,6% số trẻ.

Bảng 2. Kết quả khí máu trước và sau điều trị (n = 54)

Thời điểm	Toan hóa máu		Tăng Lactate máu	
	Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)	Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)
Lúc bắt đầu sốc phản vệ	27	50	41	75,9
Sau điều trị sốc phản vệ	2	3,7	10	18,5

Nhận xét: Kết quả phân tích khí máu cho thấy có sự giảm rõ rệt các tỷ lệ nhiễm toan máu và tỷ lệ tăng lactat máu sau điều trị sốc phản vệ.

Trong xử trí các trường hợp sốc phản vệ ở nghiên cứu này, có 100% bệnh nhi được sử dụng adrenalin tiêm bắp liều đầu tiên, kết hợp với một số biện pháp điều trị sốc phản vệ được mô tả như dưới đây.

Bảng 3. Biện pháp điều trị sốc phản vệ (n = 54)

Biện pháp điều trị	Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)	
Hút đờm dãi	51	94,4	
Hỗ trợ hô hấp	Không sử dụng	5	9,3
	Thở oxy qua gọng	49	90,7
	Đặt nội khí quản, thở máy	6	11,1
Solu-Medrol (methylprednisolone)	52	96,3	
Dimedrol (diphenhydramin)	46	85,1	
Truyền dịch cao phân tử	22	40,7	
Khí dung salbutamol	2	3,7	
Trợ tim	2	3,7	

Nhận xét: khai thông đường thở bằng hút đờm dãi, hỗ trợ hô hấp được sử dụng rộng rãi trong điều trị SPV, cùng với một số biện pháp điều trị khác như methylprednisolone, diphenhydramin và truyền dịch cao phân tử.

Một số kết quả điều trị sốc phản vệ được mô tả như dưới đây.

Bảng 4. Kết quả điều trị sốc phản vệ bằng adrenalin và vận mạch (n = 54)

Kết quả điều trị	Số bệnh nhi (n)	Tỉ lệ (%)
Thoát sốc sau 1 liều Adrenalin TB	6	11,1
Thoát sốc sau 2 liều Adrenalin TB	9	16,7
Thoát sốc sau 3 liều Adrenalin TB	1	1,9
Thoát sốc sau ≥ 1 liều	36	66,6

adrenalin TB và adrenalin truyền TM			
Thoát sốc sau ≥ 1 liều adrenalin TB và adrenalin truyền TM + dopamin/dobutamin		2	3,7
Kết quả điều trị sốc phản vệ	Khỏi	47	87,0
	Nặng, chuyển tuyến trên	7	13,0

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ thoát sốc cao nhất là sau tiêm bắp và truyền tĩnh mạch adrenalin (chiếm 66,6%). Có 2 trẻ (chiếm 3,7%) phải điều trị bằng adrenalin tiêm bắp, truyền tĩnh mạch và dùng kết hợp với thuốc vận mạch. Trong số bệnh nhi sốc phản vệ được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, có 87% được điều trị khỏi và được xuất viện, 13% bệnh nhi chuyển tuyến trên do diễn biến nặng của sốc. Có 1/54 trẻ tái sốc sau thoát sốc 8h.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sốc phản vệ ở trẻ em. Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu hồ sơ bệnh án của 54 ca bệnh tại BVTEHP đã cho thấy các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhi bị sốc phản vệ bao gồm: mạch nhanh nhỏ khó bắt, trẻ trở nên kích thích vật vã, xuất hiện tím môi và đầu chi hoặc trẻ bị nổi vân tím trên da. Một số triệu chứng khác được thấy ít gặp hơn trên lâm sàng như: li bì, tím toàn thân, xuất hiện các tiếng thổi bất thường như tiếng thổi rít và thổi rên (Bảng 1). Phân loại theo hệ cơ quan biểu hiện các triệu chứng của SPV, chúng tôi nhận thấy triệu chứng thường gặp nhất của sốc phản vệ trong nhóm trẻ nghiên cứu này là các triệu chứng tim mạch (98,1%), triệu chứng thần kinh (92,6%), và triệu chứng trên da, niêm mạc (70,4%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu gần đây của tác giả Pouessel G. và cộng sự nghiên cứu trên 166 trường hợp trẻ bị SPV cho thấy các triệu chứng tim mạch và triệu chứng trên da, niêm mạc của SPV cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 80% và 79%), tuy nhiên trong nghiên cứu này, tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng thần kinh trong SPV chỉ chiếm một tỷ lệ tương đối thấp (31%) [5]. Cũng theo một báo cáo của Sheikh A. và cộng sự, các triệu chứng và dấu hiệu về da, bao gồm nổi mề đay toàn thân, đỏ bừng, ngứa và phù mạch (sưng các mô dưới da), là những biểu hiện phổ biến nhất của sốc phản vệ (ở 90% những người bị), sau đó là các triệu chứng hô hấp (70%) và đường tiêu hóa (40%); hạ huyết

áp xảy ra trong 10% đến 30% [6].

Phần lớn trẻ SPV có tình trạng tăng lactate máu chiếm 75,9% và nhiễm toan máu là 50%. Xét nghiệm này được làm ngay sau khi trẻ được đưa xuống khoa Hồi sức cấp cứu - bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tình trạng tăng lactate được giải thích là do tình trạng suy tuần hoàn, suy hô hấp trong SPV gây ra thiếu oxy tổ chức, dẫn đến rối loạn quá trình phosphoryl hóa và giảm tổng hợp ATP, tế bào thủy phân glucose yếm khí để tổng hợp ATP tạo thành sản phẩm cuối là lactate. Tình trạng toan hóa máu là do suy hô hấp, ứ đọng CO_2 , dưới tác dụng của men CA, CO_2 trở thành H_2CO_3 và được phân li thành H^+ và HCO_3^- làm giảm pH máu [3]. Như vậy, khí máu chỉ là xét nghiệm hỗ trợ đánh giá tình trạng nặng của bệnh nhi cũng như hậu quả của SPV là sự suy sụp tuần hoàn và hô hấp, không có giá trị để chẩn đoán SPV. Để hỗ trợ chẩn đoán SPV, người ta định lượng nồng độ tryptase trong máu, tuy nhiên ở phạm vi nghiên cứu tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng không được thực hiện xét nghiệm này, nên chủ yếu SPV được chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng xuất hiện nặng nề, đột ngột sau vài phút hoặc vài giờ sau khi tiếp xúc với dị nguyên.

4.2. Điều trị và kết quả điều trị sốc phản vệ. Các bệnh nhi SPV trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhi được dùng adrenalin tiêm bắp ngay khi được chẩn đoán là SPV. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Aziz Sheikh và cộng sự năm 2008 (97%) [6]. Tỷ lệ trẻ thoát sốc sau liều adrenalin tiêm bắp còn thấp, phần lớn trẻ thoát sốc sau ≥ 1 liều adrenalin tiêm bắp và adrenalin truyền tĩnh mạch 36/54 (chiếm 66,6%). Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Quốc và cộng sự là 15,6% [1].

Tỷ lệ trẻ được hỗ trợ hô hấp khá cao (90,7%) vì triệu chứng về hô hấp cũng chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu này, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Quốc (45%) [1]. Tỷ lệ trẻ phải đặt nội khí quản, thở máy trong nghiên cứu của chúng tôi còn khá cao (chiếm 11,1%). Tỷ lệ này tương đối thấp hơn nghiên cứu của Mai Văn Lục (14,3%) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi được dùng corticoid chiếm tỷ lệ cao (96,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Erdem Topal và cộng sự (90%) [8].

Tỷ lệ trẻ thoát sốc và được cho ra viện chiếm tỷ lệ 87,0%, có 13,0% trường hợp không thoát sốc, phải chuyển lên tuyến trên điều trị và không có trường hợp nào tử vong tại viện. Trong nghiên cứu này, có 1/54 (1,9%) trường hợp tái sốc sau 8h. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu

của Nguyễn Xuân Quốc và cộng sự (7,6%) [1]. Theo Dodd A., tái sốc thường xảy ra đến sau 8 – 10 giờ sau khi đã giải quyết xong các triệu chứng ban đầu của sốc phản vệ [4]. Điều này cho thấy không nên cho bệnh nhi xuất viện sớm, ít nhất là trong vòng 24h đầu kể từ khi bệnh nhi ra sốc vì khi về nhà bệnh nhân có thể có tái sốc (sốc pha hai). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Quốc: tỉ lệ trẻ ra sốc chiếm 99% (104/105), tái sốc 7,6%, tử vong do bệnh cảnh sốc nặng chiếm 1% [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 trường hợp trẻ bị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 – 2020, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: triệu chứng chủ yếu của SPV: triệu chứng tim mạch, thần kinh, da; các triệu chứng hô hấp, tiêu hóa gặp với tỉ lệ thấp hơn. Tỉ lệ trẻ có toan hóa máu khi sốc là 50% và tăng lactate là 75,9%. 100% bệnh nhi đều được dùng adrenalin tiêm bắp liều đầu tiên. Solumedrol, dimedrol là các thuốc được sử dụng đồng thời với adrenalin nhiều nhất. Tỉ lệ trẻ tái sốc thấp (1,9%). Hầu hết bệnh nhân đều hết triệu chứng (87,0%), có 13,0% trẻ diễn biến nặng hơn hoặc không cải thiện phải chuyển tuyến.

Phát hiện sớm và điều trị sốc phản vệ là yếu tố quyết định và tiên lượng bệnh. Điều trị chính là

tiêm bắp adrenalin càng sớm càng tốt, dự phòng tái tiếp xúc với dị nguyên gây ra sốc phản vệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Quốc, Phạm Văn Quang, Tăng Chí Thượng. Đặc điểm điều trị bệnh nhi bị sốc phản vệ tại bệnh viện Nhi đồng 1. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2016. phụ bản tập 20(2): p. 22 - 28.
2. Mai Văn Lục (2005). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Hà Nội.
3. Andersen, L.W. et al. Etiology and therapeutic approach to elevated lactate levels. Mayo Clinic proceedings, 2013. 88(10): p. 1127-1140.
4. Dodd, A., et al. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. Resuscitation, 2021. 163: p. 86-96.
5. Pouessel, G., et al. Anaphylaxis admissions to pediatric intensive care units in France. Allergy, 2018. 73(9): p. 1902-1905.
6. Sheikh, A., et al. Adrenaline (epinephrine) for the treatment of anaphylaxis with and without shock. The Cochrane database of systematic reviews, 2008. 2008(4): p. CD006312-CD006312.
7. Sicherer, S. H., Simons, F. E. R., Mahr, T. A., Abramson, S. L. et al. (2017). Epinephrine for First-aid Management of Anaphylaxis. Pediatrics, 139(3), e20164006. doi: 10.1542/peds.2016-4006
8. Topal, E., et al. Epidemiological and Clinical Features of Anaphylaxis: Single Center Experience with 109 Children. Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology, 2013. 26(2): p. 88-92.

CHỈ SỐ NHA CHU, NỒNG ĐỘ INTERLEUKIN 1 BETA TRONG DỊCH NƯỚC Ở RĂNG MANG MÃO

Tăng Văn Vĩnh*, Đoàn Minh Trí**, Trần Xuân Vĩnh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các chỉ số nha chu, nồng độ Interleukin 1 beta ở răng mang mào sứ kim loại và răng chứng sau 3 năm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân có phục hình mào sứ kim loại do sinh viên Răng Hàm Mặt- Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thực hiện sau 3 năm. Các chỉ số nha chu (PI, GI, DPP, BOP), dịch khe nước được thu thập ở răng trụ mang mào sứ kim loại và răng đối diện với PH trên cùng một cung hàm (răng chứng). Định lượng nồng độ Interleukin 1 beta trong dịch khe nước bằng xét nghiệm hấp thu

miễn dịch liên kết với enzyme ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay). **Kết quả:** Chỉ số GI, BOP và PPD của nhóm răng mang mào sứ kim loại có ý nghĩa thống kê so với nhóm răng chứng. Chỉ số PI của nhóm răng mang mào sứ kim loại nhỏ hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm răng chứng. Nồng độ Interleukin 1 β trong dịch nước của nhóm răng mang mào sứ kim loại lớn hơn nhóm răng chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, nồng độ Interleukin 1 β trong dịch nước không có mối tương quan với đa số các chỉ số nha chu ở nhóm răng mang mào sứ kim loại và nhóm chứng. **Kết luận:** Đa số các chỉ số nha chu và nồng độ Interleukin 1 beta ở răng mang mào sứ kim loại có ý nghĩa thống kê so với răng chứng nhưng chưa thấy thấy mối liên quan giữa hai yếu tố này (ngoại trừ độ sâu của túi nha chu).

Từ khóa: mào sứ kim loại, chỉ số nha chu, nồng độ Interleukin 1 beta.

SUMMARY

THE PERIODONTAL INDEXES, CONCENTRATIONS OF INTERLEUKIN 1

*Trường cao đẳng y tế Quảng nam

**Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Vĩnh

Email: vinhdentist@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.8.2022

Ngày duyệt bài: 11.8.2022