

- (Sao Paulo). 68 Suppl 1:27-34.
- Glina S, Fragoso JB, Martins FG, Soares JB, Galuppo AG, Wonchockier R (2003).** Percutaneous epididymal sperm aspiration (PESA) in men with obstructive azoospermia. *Int Braz J Urol.* 29(2):141-145; discussion 145-146.
 - Hồ Sỹ Hùng, Trần Thị Phương Mai (2013).** Kết quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng lấy từ mào tinh. *Tạp chí Phụ Sản.* 11(2):139-142.
 - Trịnh Thị Ngọc Yến, Nguyễn Mạnh Hà (2018).** Đánh giá kết quả điều trị tinh trùng trích xuất vào bào tương noãn tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. *Y học Việt Nam.* 471:114-118.
 - Shih K-W, Shen P-Y, Wu C-C, Kang Y-N (2019).** Testicular versus percutaneous epididymal sperm aspiration for patients with obstructive azoospermia: a systematic review and meta-analysis. *Translational Andrology and Urology.* 8(6):63140-63640.
 - Choudhary A (2013).** Comparison of Intracytoplasmic Sperm Injection Outcomes Using Ejaculated Sperm and Retrieved Sperm. 4(6):3.
 - Esteves (2018).** Use of testicular sperm for intracytoplasmic sperm injection in men with high sperm DNA fragmentation: a SWOT analysis.
 - Aboulghar M, Mansour R, Al-Inany H, et al (2007).** Paternal age and outcome of intracytoplasmic sperm injection. *Reprod Biomed Online.* 14(5):588-592.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CHÌ CẤP Ở TRẺ EM DO DÙNG “THUỐC CAM”

Đình Thị Hồng*, Lê Ngọc Duy*, Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị ngộ độc chì ở trẻ em do sử dụng “thuốc cam”. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang trên 89 trẻ, tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trong thời gian từ 6/2012 đến 6/2021. **Kết quả:** 60,7% trẻ dưới 1 tuổi; 47,2% trẻ được bôi vôi tư miêng. Triệu chứng lâm sàng: thay đổi tri giác (40,4%), co giật (48,3%), da xanh (82%), nôn (61,8%), tiêu chảy (29,2%). Cận lâm sàng: 80% quang có tăng cản quang đầu xương dài; giãn não thất 9,4%; xuất hiện sóng động kinh trên điện não đồ 19,4%. Dịch não tủy biến đổi với protein tăng cao ($1,64 \pm 1,36$ g/l) trong khi tế bào bình thường hoặc tăng nhẹ ($9,8 \pm 24,89$ bạch cầu). Nồng độ chì máu trung bình lúc nhập viện $108,39 \pm 55,8$ μ g/dl. Sau 30 ngày điều trị nồng độ chì máu giảm 49,7%, sau 1 năm giảm 71,3% và chì niệu đã tăng thái nhanh tại T₅ và T₃₀ với giá trị cao nhất là 5,664 mg/l. Tỷ lệ tử vong là 6/89 trẻ (6,7%). **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng của ngộ độc chì thường gặp là co giật, thay đổi tri giác và thiếu máu. Biến đổi dịch não tủy theo kiểu protein tăng, tế bào bình thường. Nồng độ chì máu giảm dần và chì niệu tăng dần trong quá trình điều trị. Tỷ lệ tử vong là 6,7%

Từ khóa: ngộ độc chì, thuốc cam.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF MANAGEMENT OF ACUTE LEAD POISONING IN CHILDREN USING TRADITIONAL MEDICINE

Objectives: To investigate the clinical, sub-clinical

features and the outcomes of management of acute lead poisoning in children using traditional medicine. **Subjects and method:** A descriptive cross sectional study to assess 89 patients in the NHP from June 2012 to June 2021. **Results:** 60,7% of the participants are under 12 months old. 47,2% patients used traditional medicine for the treatment of fungi infection in the mouth. Common clinical features include mental status change (40,4%), seizures (48,3%), skin pallor (82%), vomiting (61,8%) and diarrhea (29,2%). Sub-clinical features include: 80% of participants had increased mineral density of epiphysis, enlarge of ventricle (9,4%); 19,4% with epileptic waves in electroencephalogram. CSF changes in which protein elevates ($1,64 \pm 1,36$ g/l) and cells were normal or mild increased ($9,8 \pm 24,89$). The mean blood lead levels on admission is $108,39 \pm 55,8$ μ g/dl. After 30 day of treatment, the blood lead levels decreased dramatically to 49,7% and to 71,3% after 1 year of treatment. Urine lead levels increased in day 5 and day 30 with the peak of 5,644 mg/l. The mortality rate was of 6,7% (6/89 patients). **Conclusion:** Clinical presentation of children with lead poisoning included seizures and mental alternatives and anaemic. In the cerebrospinal fluid, proteins elevated but cells were unchanged. The blood lead levels decrease dramatically and urine lead levels gradually increased during treatment. The mortality rate was of 6,7%

Keywords: lead poisoning, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Hiệp hội nhi khoa Hoa Kỳ, ngộ độc chì khi nồng độ chì trong máu (BLL- Blood lead level) $\geq 10 \mu$ g/dl [1],[2]. Hội chứng não cấp như nôn, thay đổi hành vi, mất điều hòa, co giật, hôn mê thường chỉ xuất hiện trong ngộ độc chì nặng với BLL $\geq 70 \mu$ g/dl [3]. Hiện nay, người dân vẫn thường sử dụng “thuốc cam” không rõ nguồn gốc để chữa một số bệnh của trẻ em như tưa lưỡi, loét miệng, tiêu chảy, biếng ăn do đó

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đình Thị Hồng

Email: dr.hong2909@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2021

Ngày duyệt bài: 21.9.2021

có thể gây ngộ độc chì cấp. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về ngộ độc chì đặc biệt là trên bệnh nhi còn rất ít. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ngộ độc chì ở trẻ em do sử dụng "thuốc cam".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Tất cả trẻ ≤15 tuổi, có tiền sử dùng thuốc cam, chì máu ≥ 10µg/dl

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có tiền sử động kinh, bại não hoặc rối loạn ý thức do nguyên nhân khác như viêm não - màng não...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ 6/2012 đến 6/2021 tại Bệnh viện Nhi TW.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi

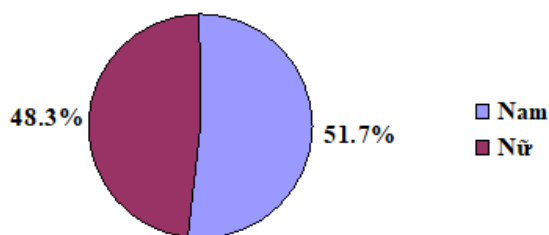
Nhóm tuổi	N	%
< 6 tháng	25	28,1
6 – 12 tháng	29	32,6
1 - 6 tuổi	31	34,8
≥ 6 tuổi	4	4,5
Tổng	89	100
X ± SD (tháng tuổi)	14.19 ± 19.28	

Nhận xét: 60,7% trẻ dưới 1 tuổi, trẻ nhỏ nhất là 1 tháng và lớn nhất là 108 tháng tuổi với tuổi trung bình là 14,19 ± 19,28 tháng.

Bảng 3.2. Tình trạng cải thiện lâm sàng sau 5 ngày điều trị

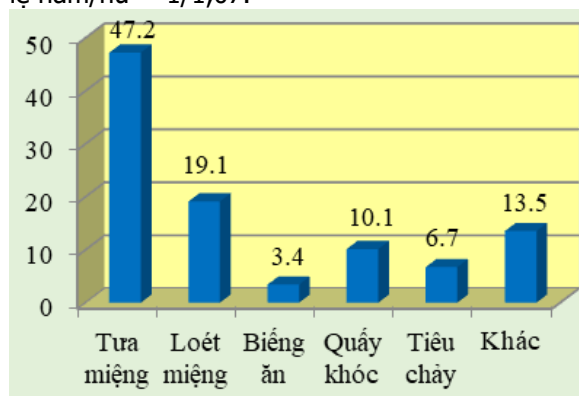
Triệu chứng		Lúc vào viện (N = 89)		Sau 5 ngày (N = 83)	
		n	%	n	%
Rối loạn ý thức	Không (Glasgow 15 điểm)	53	59,6	81	97,6
	Nhẹ (Glasgow 13 - 14 điểm)	3	3,4	2	2,4
	Vừa (Glasgow 9 -12 điểm)	26	29,2	0	0
	Nặng (Glasgow 3- 8 điểm)	7	7,8	0	0
Co giật		43	48,3	2	2,4
Thóp phồng		11/57	19,3	0	0
Nôn		55	61,8	3	3,6
Tiêu chảy		26	29,2	3	3,6
Suy hô hấp	Không	77	86,5	80	96,4
	Vừa	3	3,4	3	3,6
	Nặng	9	10,1	0	0
Da xanh		73	82,0	53	63,9
Liệt dây TK ngoại biên		1	1,1	1	1,2
Không triệu chứng		3	3,4	28	33,7

Nhận xét: Sau 5 ngày điều trị, có 6 trẻ tử vong, chỉ còn 83 trẻ. Lúc vào viện 40,4% trẻ có rối loạn tri giác đã giảm còn 2,4%; trẻ bị co giật 4,3% giảm còn 2,4% (2 trẻ); thiếu máu 82% giảm còn 63,9%; 3 trẻ suy hô hấp nặng lúc vào đã cai được máy, chỉ còn thở oxy hỗ trợ.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nữ là 43/89 trẻ (chiếm 51,7%) và nam là 46/89 trẻ (chiếm 48,3%). Tỷ lệ nam/nữ = 1/1,07.



Biểu đồ 3.2. Lý do sử dụng thuốc Cam

Nhận xét: Lý do chủ yếu trẻ được sử dụng thuốc cam là do tưa miệng (42/89 trẻ, chiếm 47,2%) và loét miệng (17/89 trẻ, chiếm 19,1%). Còn lại là do một số nguyên nhân khác như quấy khóc, biếng ăn, tiêu chảy, chày dãi, sẩn mặt, viêm da,...

Bảng 3.3. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

CLS		n	%
Điện não đồ có sóng ĐK		6/31	19,4
XQ biến đổi đầu xương dài		68/85	80,0
CT/MRI sọ não	Phù não	2/32	6,3
	Giãn não thất	3/32	9,4
	Không phát hiện gì	27/32	84,4

Nhận xét: 80% bệnh nhân có viền tăng sáng ở các đầu dưới xương dài trên phim XQ. Chỉ có 6/31 trẻ được làm điện não đồ thấy xuất hiện sóng động kinh. Chụp CT/MRI sọ não có 3/32 (chiếm 9,4%) trẻ giãn não thất, 2/32 (6,3%) trẻ có phù não.

Bảng 3.4. Biến đổi dịch não tủy

Chỉ số		n	%	X ± SD
Tế bào	Bình thường	24	68,6	9,8 ± 24,89 (0 - 135)
	Tăng	11	31,4	
Protein (g/l)	Bình thường	5	14,3	1,64 ± 1,36 (0,16 - 7,3)
	Tăng	30	85,7	
Glucose (mmol/l)	Bình thường	30	85,7	4.15 ± 1.49 (0.31 - 7.7)
	Giảm	5	14,3	

Nhận xét: 35 bệnh nhân được chọc dịch não tủy và đều có biến đổi dịch não tủy với nồng độ Protein tăng cao (85,7%) trong khi tế bào có thể bình thường (68,6%) hoặc tăng nhẹ và nồng độ glucose bình thường (85,7%).

3.4 Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3.5. Sự biến đổi nồng độ chì máu và chì niệu trong thời gian điều trị

Thời gian	n	Chì máu (µg/dl)		Chì niệu (mg/l)	
		X ± SD (Min - Max)	Sự thay đổi (%)	X ± SD (Min - Max)	Sự thay đổi (%)
T ₀	89				
	X ± SD (Min - Max)	108,37 ± 55,80 (34,60 - 384,20)		0,712 ± 0,539 (0,002 - 2,522)	
T ₅	n	83			
	X ± SD (Min - Max)	73,75 ± 36,67 (32,50 - 248,40)		1,298 ± 0,783 (0,047 - 5,037)	
	Sự thay đổi (%)	33,11 ± 31,97 (30,6%)		0,586 ± 0,702 (82,3%)	
	p	0,000		0,000	
T ₃₀	n	83			
	X ± SD (Min - Max)	52,94 ± 18,12 (22,7 - 155,28)		1,408 ± 0,808 (0,023 - 5,664)	
	Sự thay đổi (%)	53,91 ± 55,74 (49,7%)		0,680 ± 0,857 (95,5%)	
	p	0,000		0,000	
T ₉₀	n	78			
	X ± SD (Min - Max)	50,13 ± 24,02 (20,20 - 215,50)		0,463 ± 0,413 (0,024 - 1,898)	
	Sự thay đổi (%)	57,70 ± 55,67 (53,2%)		0,280 ± 0,509 (39,3%)	
	p	0,000		0,000	
T ₁₈₀	n	70			
	X ± SD (Min - Max)	40,55 ± 9,14 (18,20 - 68,70)		0,291 ± 0,304 (0,017 - 1,205)	
	Sự thay đổi (%)	69,10 ± 56,13 (63,8%)		0,475 ± 0,525 (66,7%)	
	p	0,000		0,000	
T _{1năm}	n	67			
	X ± SD (Min - Max)	33,13 ± 7,80 (19,50 - 63,20)		0,112 ± 0,159 (0,010 - 0,815)	
	Sự thay đổi (%)	77,28 ± 56,94 (71,3%)		0,680 ± 0,508 (95,5%)	
	p	0,000		0,000	

Nhận xét: Nồng độ chì máu trung bình của đối tượng nghiên cứu giảm dần theo thời gian điều trị, đặc biệt sau 30 ngày điều trị nồng độ chì máu đã giảm được 49,7%. Nồng độ chì niệu tăng nhanh sau gặp chì tại T₅ và T₃₀ với giá trị cao nhất là 5,664 mg/l.

Bảng 3.6. Mức độ nặng của bệnh sau điều trị

Mức độ nặng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	p	
T ₀	n(%)	2 (2,2)	17 (19,1)	70 (78,7)	0,000
	X ± SD	39,35 ± 6,72	58,64 ± 7,73	122,42 ± 54,85	
T ₅	n(%)	11 (13,3)	35 (42,2)	37 (44,6)	0,001

	X ± SD	40,17 ± 4,27	55,50 ± 6,86	100,99 ± 39,78	
T₃₀	n(%)	28 (33,7)	46 (55,4)	9 (10,8)	0,000
	X ± SD	38,08 ± 5,74	54,62 ± 5,34	90,59 ± 26,68	
T₉₀	n(%)	34 (43,6)	38 (48,7)	6 (7,7)	0,000
	X ± SD	35,10 ± 5,74	55,07 ± 6,65	104,07 ± 55,91	
T₁₈₀	n(%)	47 (67,1)	23 (32,9)	0	0,004
	X ± SD	35,70 ± 6,18	50,46 ± 5,41		
T_{1năm}	n(%)	66 (98,5)	1 (1,5)	0	0,000
	X ± SD	32,68 ± 6,90	63,2		

Nhận xét: mức độ nặng của bệnh đã được giảm dần, tại thời điểm 180 ngày điều trị, chỉ còn bệnh nhân ở mức độ nhẹ và trung bình. Sau 1 năm theo dõi chỉ có 1 bệnh nhân ở mức độ trung bình với nồng độ chì máu 63,2 µg/dl, còn lại 66 trẻ mức độ nhẹ.

Bảng 3.7. Nguyên nhân tử vong

Nguyên nhân	Tăng ALNS dai dẳng	Hôn mê sâu	Suy đa tạng	n	%
Tỷ lệ tử vong	1	6	3	6	6,7

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong của ngộ độc chì là 6,7% (6/89 trẻ) đa số là do hôn mê sâu. Có 1 trẻ tăng áp nội sọ dai dẳng. Có 3 trẻ suy đa tạng (suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy gan, rối loạn đông máu).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

❖ **Tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi 60,7% trẻ dưới 1 tuổi với tuổi trung bình là 14,19 ± 19,28 tháng. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Ngô Tiến Đông (2011) (trẻ dưới 1 tuổi chiếm 66%) [4], nhưng tuổi trung bình lại thấp hơn của Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự (2013) nghiên cứu 67 trẻ, tuổi trung bình là 26,9 ± 24,9 tháng (từ 4 tháng đến 10 tuổi) [5]. Đây là lứa tuổi hay có những cơn quấy khóc không rõ nguyên nhân, đồng thời trẻ cũng bắt đầu gặp các bệnh liên quan đến tiêu hóa thường gặp như tưa lưỡi, loét miệng, tiêu chảy... Đó là những lí do mà cha mẹ dùng thuốc cam cho trẻ.

❖ **Giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1/1,07 khác với nghiên cứu của Ngô Việt Hưng (2013) [6] trên 108 bệnh nhân thì tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1, có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ ngộ độc chì do thuốc cam.

❖ **Lí do dùng thuốc:** Trẻ được sử dụng thuốc cam chủ yếu do tưa miệng (47,2%) và loét miệng (19,1%). Kết quả này cũng tương tự như của Ngô Tiến Đông và cộng sự (2011), 40% trẻ được dùng thuốc cam điều trị tưa miệng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

❖ **Lâm sàng:** 40,4% trẻ có thay đổi tri giác ở các mức độ (đa phần là mức độ vừa), 53/89 trẻ (59,6%) tỉnh táo. Phần lớn trẻ có ít nhất 1 lần co giật (48,3%). Biểu hiện co giật trong ngộ độc chì là co giật toàn thân. Theo tác giả Ngô Việt Hưng [5], biểu hiện trên hệ thần kinh thường gặp là co giật, li bì, dễ kích thích, liệt dây thần kinh sọ, trong đó co giật chiếm tỷ lệ cao nhất (83,9%),

tiếp theo là dễ kích thích 6,5%, li bì 6,5% và liệt dây thần kinh sọ 3,2%. Triệu chứng thóp phồng chỉ gặp ở 11/57 trẻ còn thóp trũng. Những trẻ này khi đến viện thường kèm dấu hiệu mất nước do nôn, tiêu chảy, ăn kém, nên triệu chứng thóp phồng ít nhiều bị ảnh hưởng. Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp 1 ca bệnh có liệt thần kinh ngoại biên, gây yếu 2 chi dưới.

Dấu hiệu lâm sàng trên hệ tiêu hóa thường gặp bao gồm nôn chiếm 61,8%, tiêu chảy chiếm 29,2%. So sánh với tác giả Ngô Tiến Đông (2011) [3], nôn gặp ít hơn (21,3%), và tiêu chảy chỉ 4,6%. Điều này có thể do dấu hiệu nôn là biểu hiện của rối loạn tiêu hóa nhưng cũng có thể là biểu hiện của tăng áp lực nội sọ ở trẻ.

Trong nghiên cứu có 12/89 trẻ bị suy hô hấp, trong đó 3 trẻ bị suy hô hấp nhẹ hoặc trung bình, cần hỗ trợ oxy mask, 9 trẻ bị suy hô hấp nặng đòi hỏi phải đặt nội khí quản và thở máy hỗ trợ. Những trẻ này có biểu hiện phù não nặng, gây ức chế trung tâm hô hấp.

❖ **Cận lâm sàng:** 80% trẻ có viền tăng sáng ở đầu dưới xương dài trên phim Xquang. Kết quả này cũng tương tự như của Ngô Việt Hưng (100% bệnh nhân). Chúng tôi chỉ phát hiện 19,4% trường hợp xuất hiện sóng động kinh trên điện não đồ, trong khi nghiên cứu của Ngô Việt Hưng là 30,3%. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ. Hầu hết bệnh nhân có biến đổi dịch não tủy với nồng độ protein tăng cao (85,7%) trong khi số lượng tế bào bình thường hoặc tăng nhẹ. Đây chính là lý do bệnh chì não dễ bị chẩn đoán nhầm với viêm màng não mủ mất đầu hay viêm màng não do lao.

4.3. Kết quả điều trị. Trong quá trình theo dõi, có 6 trẻ tử vong trong vòng 5 ngày sau vào

viện (chiếm 6,7%). Đánh giá sau 5 ngày điều trị, 40,4% trẻ có rối loạn tri giác lúc vào giảm còn 2,4%, trẻ bị co giật 4,3% giảm còn 2,4% (2 trẻ); thiếu máu 82% giảm còn 63,9%; 3 trẻ suy hô hấp nặng lúc vào đã cai được máy, chỉ còn thở oxy hỗ trợ.

Kết quả cho thấy nồng độ chì máu đã giảm dần trong quá trình điều trị. Sau 5 ngày, nồng độ chì máu đã giảm được 33,11±31,97µg/dl (30,6%) và chì niệu đã tăng thải được 0,586 ± 0.702 (82,3%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn trên 67 bệnh nhân được điều trị bằng EDTA với liều 25mg/kg/ngày, nồng độ chì máu giảm trung bình 14,08 µg/dl (27,22%), chì niệu trung bình 0,59± 0,38. Đặc biệt sau 30 ngày điều trị nồng độ chì máu đã giảm được 49,7%, sau 1 năm giảm 71,3%. Mức độ nặng của bệnh đã được giảm dần, tại thời điểm 90 ngày điều trị, chỉ còn bệnh nhân ở mức độ nhẹ và trung bình. Sau 1 năm theo dõi chỉ còn 1 bệnh nhân ở mức độ trung bình với nồng độ chì máu 63,2 µg/dl [6].

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện lâm sàng của ngộ độc chì cấp ở trẻ em chủ yếu là co giật và thay đổi tri giác, da xanh. Biểu hiện cận lâm sàng đặc trưng bởi biến

đổi dịch não tủy theo kiểu protein tăng, tế bào bình thường, có thể thấy sóng động kinh trên điện não đồ. Nếu được chẩn đoán và điều trị sớm thì hiệu quả tương đối tốt, giảm tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Academy of Pediatric Committee on Environmental Health (2005)**, "Lead exposure in children: prevent, detection, and management", *Pediatric*; 116: 1036.
2. **Bộ Y Tế (2012)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ngộ độc chì". (Ban hành kèm theo Quyết định số 1548/QĐ-BYT ngày 10 tháng 5 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế). chủ biên.
3. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2005)**, "Blood lead levels-United States, 1999-2002", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 54:513.
4. **Ngô Tiến Đông, Phạm Thị Vân Anh, Phạm Văn Thắng (2012)**, "Ngộ độc chì ở trẻ em liên quan đến sử dụng thuốc nam: một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị", *Tạp chí y học*.
5. **Nguyễn Anh Tuấn, Phạm Duệ, Bế Hồng Thu và cộng sự (2013)**, "Nhận xét hiệu quả bước đầu điều trị Ngộ độc chì ở trẻ em bằng EDTA tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai 2012-2013", *Kỷ yếu hội nghị chống độc quốc tế Hà Nội 2013:113- 25*.
6. **Ngô Việt Hưng (2013)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngộ độc chì ở trẻ em điều trị tại Trung tâm chống độc Bạch Mai", *Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội*.

NGUYÊN NHÂN PHẢN VỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THEO NGUYÊN NHÂN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG (2017-2021)

Đinh Thị Thu Phương*, Lê Ngọc Duy*, Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nguyên nhân phản vệ và đặc điểm lâm sàng theo nhóm nguyên nhân tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 129 trẻ phản vệ tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2017 đến 7/2021. **Kết quả:** 63,6% trẻ dưới 1 tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 1,4/1, trong đó 64,3% người bệnh được chuyển lên từ các cơ sở y tế. Thuốc là nguyên nhân gây phản vệ cao nhất: 62,8%, vắc xin: 18,6%, thức ăn: 14%, côn trùng đốt 3,9%... Các triệu chứng lâm sàng của phản vệ đa dạng theo nhóm nguyên nhân: do thuốc biểu hiện ở tuần hoàn (91%) và thần kinh (88%); do vắc xin biểu hiện ở hệ tuần hoàn (92%), thần kinh (96%); do thức ăn và côn trùng biểu hiện nhiều ở da và niêm

mạc (100%; 100%). Căn nguyên thuốc và vắc xin thường gây phản vệ mức độ nặng, độ 3 (64,2%; 54,2%) và độ 4 (12,3%; 8,3%). **Kết luận:** Thuốc là nguyên nhân gây phản vệ chủ yếu. Phản vệ do thuốc và vắc xin biểu hiện triệu chứng nhiều ở hệ tuần hoàn, thần kinh và thường ở mức độ nặng. Phản vệ do thức ăn và côn trùng chủ yếu gây triệu chứng ở niêm mạc.

Từ khóa: phản vệ, triệu chứng, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS BY CAUSE OF ANAPHYLAXIS IN CHILDREN AT VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL (2017-2021)

Objectives: Trigger of anaphylaxis and characteristic symptoms for each trigger in children at Vietnam National Children's Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study was recorded 129 patients at Vietnam National Children's Hospital from January 2017 to July 2021. **Results:** 63,6% of the participants are under 12 months old. The ratio of boy-girl is 1.4/1; 64,3% of patients were transferred from medical facilities. Drugs are the most common trigger of anaphylaxis 62,8%, vaccines: 18,6%, food:

**Bệnh viện Nhi Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thu Phương

Email: dinhphuonghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.9.2021

Ngày duyệt bài: 20.9.2021