

# THE STATUS OF ANAPHYLAXIS AT THE ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL, 2024-2025

Bui Van Khanh<sup>1</sup>, Thai Nguyen Hoang<sup>1\*</sup>, Nguyen Hoang Phuong<sup>1</sup>, Cao Thi Trinh<sup>1</sup>, Nhu Dinh Hiep<sup>2</sup>, Ly Van Phuong<sup>2</sup>,  
Nguyen Minh Hoang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Center for Allergy and Clinical Immunology, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>Ha Noi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 27/12/2025

Revised: 05/01/2026; Accepted: 24/02/2026

## ABSTRACT

**Objectives:** To describe the epidemiological, clinical, and laboratory characteristics, suspected triggers, and initial management of anaphylaxis at the Center for Allergy and Clinical Immunology, Bach Mai Hospital, during 2024-2025.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 325 inpatients diagnosed with anaphylaxis at the Center for Allergy and Clinical Immunology, Bach Mai Hospital, from July 1, 2024, to June 30, 2025. Data on demographic characteristics, location of symptom onset, initial responders and management, anaphylaxis severity, suspected triggers, initial clinical manifestations, and selected laboratory findings were collected and analyzed descriptively.

**Results:** Females accounted for 66.8% of patients, with a mean age of  $41.39 \pm 17.42$  years. Anaphylaxis most commonly occurred at home (57.5%), and the majority of patients received initial management by healthcare professionals (98.2%) at various healthcare facilities. Grade II anaphylaxis was the most frequent (55.4%). Most cases were classified as anaphylaxis with unidentified triggers (91.4%). Cutaneous and mucosal manifestations were the most common initial symptoms (83.1%), followed by respiratory symptoms (53.2%), while gastrointestinal and cardiovascular symptoms were less frequent. Elevated total IgE was found in 34.8% of patients, renal impairment in 5.5%, and elevated CRP in 24.5%.

**Conclusions:** Anaphylaxis at Bach Mai Hospital predominantly occurred outside healthcare settings and was mainly of moderate severity. Although patients demonstrated appropriate healthcare-seeking behavior and initial management was largely guideline-adherent, the high proportion of unidentified triggers highlights limitations in exposure history assessment and patient awareness. Strengthening patient education and post-anaphylaxis follow-up is essential to improve long-term management and prevent recurrence.

**Keywords:** Anaphylaxis, initial management, Adrenaline, onset of symptoms, Bach Mai Hospital.

---

\*Corresponding author

Email: minhhoang.yhn@gmail.com Phone: (+84) 941902903 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4418>

# TÌNH TRẠNG PHẢN VỆ TẠI TRUNG TÂM DỊCH ỨNG - MIỄN DỊCH LÂM SÀNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024-2025

Bùi Văn Khánh<sup>1</sup>, Thái Nguyễn Hoàng<sup>1\*</sup>, Nguyễn Hoàng Phương<sup>1</sup>, Cao Thị Trinh<sup>1</sup>, Nhữ Đình Hiệp<sup>2</sup>, Lý Văn Phường<sup>2</sup>, Nguyễn Minh Hoàng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trung tâm Dịch ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 05/01/2026; Ngày duyệt đăng: 24/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân nghi ngờ và tình hình xử trí ban đầu của phản vệ tại Trung tâm Dịch ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai năm 2024-2025.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 325 người bệnh phản vệ, điều trị nội trú tại Trung tâm Dịch ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 1/7/2024 đến 30/6/2025. Các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, nơi khởi phát triệu chứng, đối tượng và biện pháp xử trí ban đầu, mức độ phản vệ, nguyên nhân nghi ngờ, triệu chứng khởi phát và một số xét nghiệm cận lâm sàng được thu thập và phân tích bằng thống kê mô tả.

**Kết quả:** Nữ giới chiếm 66,8%, tuổi trung bình  $41,39 \pm 17,42$ . Phản vệ chủ yếu khởi phát tại nhà (57,5%) và đa số trường hợp được xử trí ban đầu bởi nhân viên y tế (98,2%) tại các cơ sở y tế khác nhau. Phản vệ độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (55,4%). Nguyên nhân phản vệ chủ yếu chưa xác định được (91,4%). Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là biểu hiện da-niêm mạc (83,1%), tiếp theo là triệu chứng hô hấp (53,2%); các biểu hiện tiêu hóa và tuần hoàn gặp với tỷ lệ thấp hơn. Tỷ lệ tăng IgE toàn phần 34,8%; suy thận 5,5%; tăng CRP 24,5%.

**Kết luận:** Phản vệ tại Trung tâm Dịch ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu khởi phát ngoài cơ sở y tế và thường ở mức độ trung bình. Mặc dù người bệnh đã có ý thức tìm đến cơ sở y tế khi xảy ra phản vệ và việc xử trí ban đầu nhìn chung phù hợp với phác đồ, tỷ lệ phản vệ chưa xác định được nguyên nhân còn rất cao, phản ánh hạn chế trong khai thác tiền sử phơi nhiễm và hiểu biết của người bệnh. Việc tăng cường giáo dục sức khỏe, chuẩn hóa theo dõi sau phản vệ và xác định dị nguyên là cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả quản lý và dự phòng tái phát.

**Từ khóa:** Phản vệ, xử trí ban đầu, Adrenalin, triệu chứng khởi phát, Bệnh viện Bạch Mai.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng, có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Phản vệ thường khởi phát nhanh và có thể xảy ra trong vòng vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên, với biểu hiện lâm sàng đa dạng ở nhiều cơ quan như da, niêm mạc, hô hấp, tim mạch và tiêu hóa, trong đó suy hô hấp và tụt huyết áp là những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong.

Trong những năm gần đây, phản vệ ngày càng được quan tâm và ghi nhận có xu hướng gia tăng rõ rệt trên toàn cầu. Nghiên cứu dịch tễ học kéo dài 10 năm tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ phản vệ tăng từ 2,1/1.000 người/năm vào năm 2004 lên 3,3/1.000 người/năm vào năm 2016 [1]. Tỷ lệ phản vệ tại Ba Lan là 8,2/100.000 người/năm [2], tại Hàn Quốc ghi nhận tỷ lệ phản vệ là 11,6/100.000 người/năm [3]. Các kết quả này cho thấy phản vệ không còn là tình trạng hiếm gặp và đang trở thành một vấn đề y tế đáng lưu ý.

Nguyên nhân gây phản vệ rất đa dạng, trong đó thường gặp nhất là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Tỷ lệ và cơ cấu nguyên nhân phản vệ có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi và khu vực địa lý. Thức ăn là nguyên nhân thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, trong khi ở người trưởng thành và trung niên, thuốc và nọc côn trùng chiếm tỷ lệ cao hơn [2-3]. Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy phản vệ do thuốc ngày càng gia tăng, đặc biệt liên quan đến kháng sinh, thuốc giảm đau kháng viêm không steroid, thuốc gây mê và thuốc cản quang [4].

Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển của các ngành công nghiệp dược phẩm, hóa mỹ phẩm và tình trạng ô nhiễm môi trường, các bệnh lý dị ứng nói chung và phản vệ nói riêng có xu hướng gia tăng, trong đó đã ghi nhận nhiều trường hợp tử vong đáng tiếc. Một phần nguyên nhân được cho là liên quan đến việc lạm dụng thuốc và hóa mỹ phẩm của người dân, cũng như sự hiểu biết và tuân thủ các hướng dẫn chẩn

\*Tác giả liên hệ

đoán, xử trí phản vệ của nhân viên y tế còn chưa đồng đều. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh năm 2013 tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ phản vệ trong tổng số bệnh nhân điều trị nội trú là 0,07% [5]. Đến năm 2020, nghiên cứu của Thái Nguyễn Hoàng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhập viện vì phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai tăng gần gấp 3 lần trong giai đoạn 2016-2020, từ 0,036% lên 0,092% [6]. Đồng thời, nghiên cứu này ghi nhận sự cải thiện rõ rệt trong thực hành xử trí phản vệ khi 80% bệnh nhân được sử dụng Adrenalin và 100% bệnh nhân được dùng Adrenalin theo đường tiêm bắp, phù hợp với các khuyến cáo cập nhật.

Nhằm đánh giá một cách toàn diện đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của phản vệ, tình hình điều trị, cũng như công tác theo dõi và xác định nguyên nhân phản vệ trong bối cảnh tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng và phức tạp hiện nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tình trạng phản vệ tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai năm 2024-2025.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nội trú phản vệ tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, từ ngày 1/7/2024 đến ngày 30/6/2025.

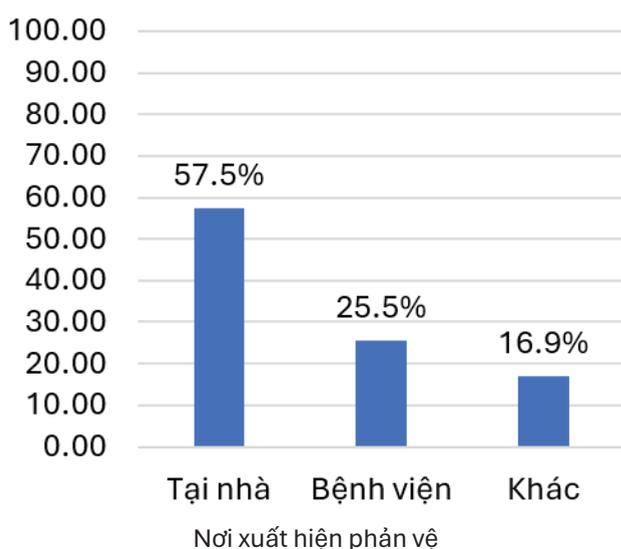
Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán phản vệ theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT của Bộ Y tế (mã ICD-10: T78). Các trường hợp sốc do nguyên nhân khác (sốc nhiễm khuẩn, sốc tim, sốc giảm thể tích), các bệnh lý có biểu hiện tương tự phản vệ và các trường hợp không đủ dữ liệu được loại trừ khỏi nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 325 người bệnh phản vệ điều trị nội trú tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. Toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị nội trú phản vệ trong thời gian nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

### 3.2. Nơi xuất hiện triệu chứng và xử trí ban đầu (n = 325)



Hình 1. Phân loại nơi xuất hiện phản vệ, đối tượng thực hiện xử lý ban đầu

### 2.3. Thu thập số liệu

Thông tin nghiên cứu được thu thập bằng phiếu nghiên cứu, bao gồm các đặc điểm dịch tễ (tuổi, giới), tiền sử dị ứng, tác nhân nghi ngờ và đường tiếp xúc, thời gian xuất hiện triệu chứng, biểu hiện lâm sàng, phân độ phản vệ, xử trí ban đầu và điều trị tại bệnh viện.

Người bệnh được hẹn tái khám sau ra viện từ 4-8 tuần để đánh giá và xác định nguyên nhân phản vệ bằng các phương pháp phù hợp như test da, test nội bì, test kích thích hoặc xét nghiệm IgE đặc hiệu.

### 2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm thống kê. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ( $\bar{X} \pm SD$ ) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị).

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Bạch Mai.

Thông tin người bệnh được mã hóa và bảo mật; việc tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

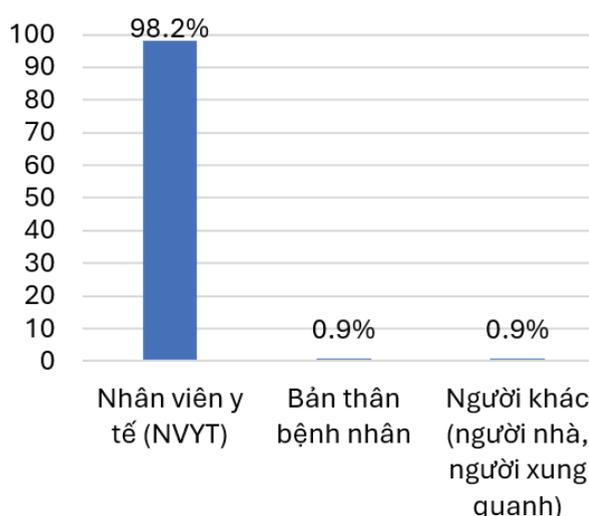
## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 1. Đặc điểm giới tính, tuổi nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	Tổng	Nam	Nữ
< 18 tuổi	12	10 (83,3%)	2 (16,7%)
18-39 tuổi	159	43 (27,0%)	116 (73,0%)
40-59 tuổi	99	34 (34,3%)	65 (65,7%)
≥ 60 tuổi	55	21 (38,2%)	34 (61,8%)

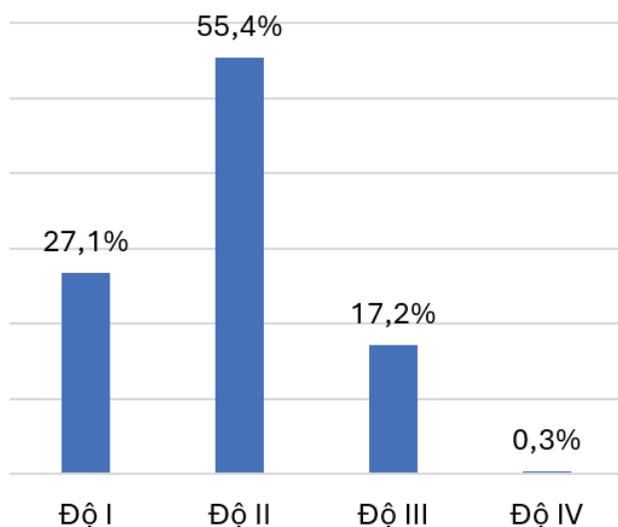
Trong số 325 đối tượng nghiên cứu, nam 108 người (33,2%), nữ 217 người (66,8%); tuổi trung bình là  $41,39 \pm 17,42$ .



Đối tượng thực hiện xử lý ban đầu

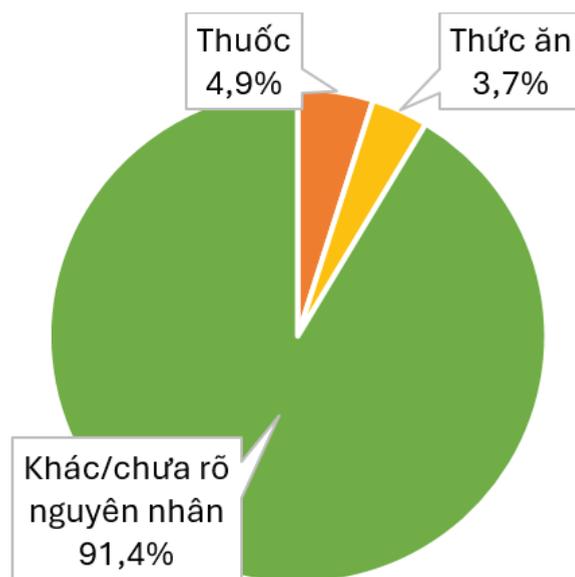
Triệu chứng phản vệ xuất hiện tại nhà ở 187 người bệnh (57,5%), tại bệnh viện ở 83 người bệnh (25,5%), và tại các địa điểm khác ở 55 người bệnh (16,9%).

### 3.3. Mức độ phản vệ, nguyên nhân phản vệ (n = 325)



Tỉ lệ mức độ phản vệ

Về đối tượng xử trí ban đầu, đa số các trường hợp phản vệ được xử trí bởi nhân viên y tế (98,2%); còn lại được xử trí bởi bản thân người bệnh hoặc người xung quanh (0,9%).



Phân bố nguyên nhân phản vệ

Hình 2. Phân loại mức độ phản vệ, nguyên nhân phản vệ

Phản vệ độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 180 trường hợp (55,4%), độ I: 88 trường hợp (27,1%) và độ III: 56 trường hợp (17,2%). Phản vệ độ IV ghi nhận 1 trường hợp (0,3%).

Trong 325 trường hợp, nguyên nhân nghi ngờ chủ yếu thuộc nhóm khác/chưa rõ nguyên nhân với 297 trường hợp (91,4%). Phản vệ nghi do thuốc ghi nhận 16 trường hợp (4,9%), và nghi do thức ăn là 12 trường hợp (3,7%).

### 3.4. Đặc điểm triệu chứng khởi phát

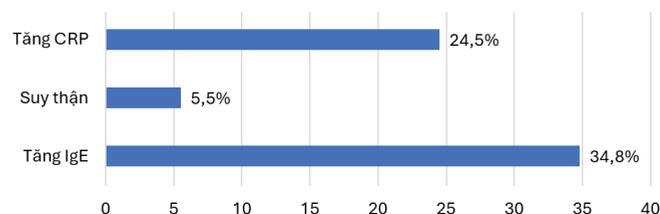
Bảng 2. Các biểu hiện lâm sàng khởi phát của phản vệ (n = 325)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Da niêm mạc	270	83,1%
Ngứa	214	65,8%
Ban đỏ	198	60,9%
Mày đay	85	26,2%
Phù mạch	11	3,4%
Sưng môi, mắt, lưỡi	11	3,4%
Hô hấp	173	53,2%
Khó thở	171	52,6%
Co thắt thanh quản	3	0,9%
Tím tái	2	0,6%
Nói khàn, nói khó	1	0,3%
Tiêu hóa	73	22,5%
Đau bụng	56	17,2%

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nôn, buồn nôn	21	6,5%
Tiêu chảy	17	5,2%
Tuần hoàn	60	18,5%
Mạch nhanh (> 100 lần/phút)	43	13,2%
Tụt huyết áp (< 90/60 mmHg)	24	7,4%

Các triệu chứng khởi phát của phản vệ trong nghiên cứu biểu hiện đa dạng và thường liên quan đến nhiều hệ cơ quan, trong đó biểu hiện da - niêm mạc là nhóm triệu chứng thường gặp nhất, xuất hiện ở 83,1% người bệnh, với các biểu hiện chủ yếu là ngứa, ban đỏ và mày đay. Triệu chứng hô hấp cũng gặp với tỷ lệ cao (53,2%). Các biểu hiện tiêu hóa và tuần hoàn xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 22,5% và 18,5%, trong đó tụt huyết áp ghi nhận ở 7,4% trường hợp.

### 3.5. Một số đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng



Hình 3. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ tăng IgE toàn phần (> 100 IU/mL) là 34,8% và 65,2% không tăng IgE. Về chức năng thận, suy thận (tăng creatinin: nam > 110  $\mu\text{mol/L}$ , nữ > 90  $\mu\text{mol/L}$ ) ghi nhận 5,5%; không suy thận là 94,5%. Tỷ lệ tăng CRP (> 10 mg/L) là 24,5% và không tăng CRP là 75,5%.

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 325 người bệnh phản vệ điều trị nội trú trong 12 tháng từ 1/7/2024 đến 30/6/2025. Về đặc điểm nhân khẩu học, nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt (66,8%), với tuổi trung bình là  $41,39 \pm 17,42$ . Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy phản vệ ở người trưởng thành thường gặp nhiều hơn ở nữ giới, đặc biệt trong nhóm tuổi lao động, có thể liên quan đến sự khác biệt về nội tiết, đáp ứng miễn dịch và mức độ phơi nhiễm với thuốc, thực phẩm, hóa mỹ phẩm giữa hai giới [7-8]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho thấy sự khác biệt giới không nhất quán và phụ thuộc vào nguyên nhân phản vệ cũng như bối cảnh nghiên cứu [9]. Phân bố theo nhóm tuổi trong nghiên cứu cho thấy phản vệ gặp nhiều nhất ở nhóm 18-39 tuổi và 40-59 tuổi, phù hợp với nhận định rằng phản vệ thường xảy ra ở nhóm dân số có tần suất tiếp xúc dị nguyên cao. Về nơi xuất hiện triệu chứng đầu tiên, hơn một nửa trường hợp phản vệ khởi phát tại nhà (57,5%), trong khi chỉ 25,5% xảy ra tại bệnh viện. Kết quả này tương đồng với nhiều báo cáo cho thấy phản vệ chủ yếu khởi phát ngoài cơ sở y tế [10].

Về biểu hiện lâm sàng khởi phát, da-niêm mạc là hệ cơ quan thường bị ảnh hưởng sớm và phổ biến nhất, xuất hiện ở hơn 80% trường hợp, chủ yếu là ngứa, ban đỏ và mày đay. Triệu chứng hô hấp cũng gặp với tỷ lệ cao (trên 50%), trong đó khó thở là biểu hiện nổi bật. Các triệu chứng tiêu hóa và tuần hoàn xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn, trong khi tụt huyết áp chỉ ghi nhận ở một tỷ lệ nhỏ. Kết quả này tương đồng với ý kiến, trong đó các biểu hiện da-niêm mạc và hô hấp thường là dấu hiệu khởi phát điển hình của phản vệ, còn các biểu hiện tuần hoàn thường gặp ở các trường hợp nặng hơn. Phân tích mức độ phản vệ cho thấy phản vệ độ II chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi phản vệ nặng (độ III-IV) chiếm dưới 20%. Cơ cấu này phù hợp với các nghiên cứu tại bệnh viện tuyến cuối, nơi nhiều trường hợp được chuyển đến khi triệu chứng đã tiến triển ở mức trung bình đến nặng. Tuy nhiên, tỷ lệ phản vệ nặng vẫn đáng lưu ý, nhấn mạnh tính chất không thể dự đoán và nguy cơ đe dọa tính mạng của phản vệ. Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là đa số các trường hợp phản vệ được xử trí ban đầu bởi nhân viên y tế (98,2%), cho thấy người bệnh đã có ý thức tìm đến cơ sở y tế khi xảy ra phản vệ, dù triệu chứng khởi phát chủ yếu ngoài bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc xử trí ban đầu nhìn chung tuân thủ phác đồ phản vệ, với Adrenalin được sử dụng là thuốc chính, phối hợp corticoid và kháng histamin. Cần lưu ý rằng, việc xử trí ban đầu này được thực hiện tại nhiều cơ sở y tế khác nhau, không chỉ tại Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả này phản ánh khả năng tiếp cận hệ thống y tế ban đầu của người bệnh là tương đối tốt, đồng thời cho thấy nhận thức về mức độ nguy hiểm của phản vệ đã được cải thiện ở một bộ phận người dân. Tuy nhiên, việc người bệnh phải di chuyển qua nhiều tuyến trước khi đến bệnh viện tuyến cuối cũng có thể ảnh hưởng đến thời gian xử trí tối ưu và chất lượng can thiệp ban đầu, đặc biệt nếu các cơ sở y tế ban đầu chưa được trang bị đầy đủ hoặc chưa tuân thủ đầy đủ các khuyến cáo trong xử trí phản vệ [11]. Mặc dù đa số người bệnh đã được tiếp cận và xử trí ban đầu bởi nhân viên y tế, chất lượng và tính chuẩn hóa của

xử trí phản vệ tại tuyến ban đầu vẫn là vấn đề cần được xem xét. Các nghiên cứu và khuyến cáo quốc tế cho thấy việc chậm trễ hoặc sử dụng Adrenalin không đúng chỉ định, không đúng đường dùng vẫn còn phổ biến ở tuyến cơ sở và trong cộng đồng, ảnh hưởng đến diễn biến lâm sàng và nguy cơ phản vệ nặng hoặc phản vệ pha hai [11-12]. Trong bối cảnh đó, việc người bệnh phải chuyển qua nhiều tuyến trước khi đến bệnh viện tuyến cuối có thể làm kéo dài thời gian xử trí tối ưu, đặc biệt khi các cơ sở y tế ban đầu chưa được trang bị đầy đủ hoặc chưa tuân thủ thống nhất các hướng dẫn về xử trí phản vệ.

Bên cạnh vấn đề xử trí ban đầu, tỷ lệ rất cao các trường hợp phản vệ chưa xác định được nguyên nhân (91,4%) trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hạn chế chủ yếu không nằm ở khả năng tiếp cận y tế, mà ở khai thác tiền sử phơi nhiễm và mức độ hiểu biết của người bệnh. Nhiều người bệnh không ghi nhận hoặc không nhận thức được các yếu tố nghi ngờ như thuốc đã sử dụng trước đó, thực phẩm mới ăn, thực phẩm chức năng, hóa mỹ phẩm hoặc các yếu tố đồng kích hoạt (nhiễm trùng, gắng sức, rượu). Điều này làm giảm khả năng định hướng chẩn đoán nguyên nhân ngay từ giai đoạn cấp cứu và ảnh hưởng trực tiếp đến công tác quản lý lâu dài sau phản vệ. Kết quả này không tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, nơi nguyên nhân phản vệ, đặc biệt là do thuốc và thức ăn, thường được xác định với tỷ lệ cao hơn [13]. Sự khác biệt này gợi ý rằng trong thực hành lâm sàng, nếu không có quy trình chuẩn hóa trong khai thác tiền sử và theo dõi sau ra viện, nhóm chưa rõ nguyên nhân có xu hướng bị đánh giá cao hơn thực tế. Các khuyến cáo của WHO và EAACI đều nhấn mạnh rằng mọi trường hợp phản vệ cần được tái khám chuyên khoa để đánh giá nguyên nhân bằng các phương pháp phù hợp như test da, xét nghiệm IgE đặc hiệu hoặc test kích thích khi cần thiết [14]. Ngoài ra, việc chỉ khoảng 1/3 người bệnh có tăng IgE toàn phần cũng phù hợp với nhận định rằng không phải tất cả phản vệ đều qua cơ chế IgE trung gian, và xét nghiệm IgE toàn phần có giá trị hạn chế nếu được sử dụng đơn lẻ [12]. Điều này càng nhấn mạnh vai trò trung tâm của bệnh sử chi tiết và sự hợp tác của người bệnh trong quá trình chẩn đoán nguyên nhân phản vệ.

#### Hạn chế của nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang tại một bệnh viện tuyến cuối nên kết quả chưa phản ánh đầy đủ tình hình phản vệ trong cộng đồng và khả năng khái quát còn hạn chế. Một số thông tin về yếu tố phơi nhiễm và triệu chứng khởi phát dựa vào khai thác bệnh sử có thể gặp sai lệch nhớ lại. Ngoài ra, không phải tất cả người bệnh đều có đầy đủ dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng cũng như được theo dõi sau ra viện để xác định nguyên nhân phản vệ.

#### 5. KẾT LUẬN

Tình trạng phản vệ gặp chủ yếu ở nữ giới và nhóm tuổi lao động, với phần lớn các trường hợp khởi phát ngoài cơ sở y tế. Đa số người bệnh đã có ý thức tìm đến cơ sở y tế và được xử trí ban đầu bởi nhân viên y tế. Tuy nhiên, mức độ và chất lượng xử trí phản vệ tại các tuyến ban đầu có thể chưa đồng đều. Biểu hiện lâm sàng của phản vệ chủ yếu

liên quan đến da-niêm mạc và hô hấp, các biểu hiện tim mạch và tiêu hóa ít gặp hơn. Xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy chỉ một phần người bệnh có tăng IgE toàn phần.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Chaaban M.R, Warren Z, Baillargeon J.G et al. Epidemiology and trends of anaphylaxis in the United States, 2004-2016. *Int Forum Allergy Rhinol*, 2019, 9 (6): 607-614. doi: 10.1002/alr.22293.
- [2] Jahnz-Rozyk K, Raciborski F, Śliwaczyński A.M et al. Anaphylaxis in Poland: the epidemiology and direct costs. *Postepy Dermatol Alergol*, 2017, 34 (6): 573-579. doi: 10.5114/pdia.2017.70361.
- [3] Lee M.H, Roh E.J, Jung Y.M et al. Characteristics of anaphylaxis patients who visited emergency departments in Korea: Results from a national emergency department information system. *PLoS One*, 2022, 17 (4): e0266712. doi: 10.1371/journal.pone.0266712.
- [4] Simons F.E.R, Arduzzo L.R.F, Bilò M.B et al. World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J*, 2011, 4 (2): 13-37. doi: 10.1097/WOX.0b013e318211496c.
- [5] Nguyễn Thị Thùy Ninh. Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ ở Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [6] Thái Nguyễn Hoàng. Nghiên cứu tình trạng phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [7] De Martinis M, Sirufo M.M, Suppa M et al. Sex and gender aspects for patient stratification in allergy prevention and treatment. *Int J Mol Sci*, 2020, 21 (4): 1535. doi: 10.3390/ijms21041535.
- [8] Salvati L, Vitiello G, Parronchi P. Gender differences in anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 2019, 19 (5): 417-424. doi: 10.1097/ACI.0000000000000568.
- [9] Turner P.J, Jerschow E, Umasunthar T et al. Fatal anaphylaxis: mortality rate and risk factors. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2017, 5 (5): 1169-1178. doi: 10.1016/j.jaip.2017.06.031.
- [10] Nduwimana M.J, Liu S.W, Goldberg E.M et al. Characteristics and outcomes of anaphylaxis in emergency department visits among older adults. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2025, 13 (8): 2014-2024. doi: 10.1016/j.jaip.2025.04.023.
- [11] Cardona V, Ansotegui I.J, Ebisawa M et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organ J*, 2020, 13 (10): 100472. doi: 10.1016/j.waojou.2020.100472.
- [12] Shaker M.S, Wallace D.V, Golden D.B.K et al. Anaphylaxis-a 2020 practice parameter update, systematic review, and grading of recommendations, assessment, development and evaluation (GRADE) analysis. *J Allergy Clin Immunol*, 2020, 145 (4): 1082-1123. doi: 10.1016/j.jaci.2020.01.017.
- [13] Le M, Gabrielli S, Clarke A et al. Emergency management of anaphylaxis due to an unknown trigger: an 8-year follow-up study in Canada. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2019, 7 (4): 1166-1173.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2018.11.015.
- [14] Muraro A, Roberts G, Worm M et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 2014, 69 (8): 1026-1045. doi: 10.1111/all.12437.

