

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN PHẢN VỆ QUANH PHẪU THUẬT

Ngô Đình Trung^{1*}, Hồ Nam¹, Lưu Xuân Huân¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân (BN) phản vệ (PV) quanh phẫu thuật (PT). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 64 BN được chẩn đoán PV trong thời gian từ tháng 01/2020 - 6/2025 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TWQĐ 108). Thu thập thông tin nhân khẩu học, thời điểm xuất hiện, nguyên nhân nghi ngờ, biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm, điểm SOFA, biện pháp xử trí và kết cục. Phân tích mô tả và đánh giá khả năng tiên đoán tử vong bằng đường cong ROC. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $57,4 \pm 6,6$; BN nam chiếm 60,9%. PV chủ yếu xảy ra trong mổ (45,3%) và khi khởi mê (41,2%). PV độ III chiếm 75%, độ IV chiếm 12,5%. Nguyên nhân thường gặp nhất là do kháng sinh (51,6%) và thuốc giãn cơ (31,3%). Biểu hiện tim mạch và hô hấp là phổ biến nhất, chiếm lần lượt 85,9% và 76,6%. Tỷ lệ tử vong là 3,13% (2/64), cả hai trường hợp đều PV ở độ IV. Nồng độ lactate và điểm SOFA là các chỉ số tiên đoán tử vong mạnh nhất (AUC lactate = 0,937, p = 0,004; AUC SOFA = 0,888, p = 0,010). **Kết luận:** PV quanh PT thường liên quan đến kháng sinh và thuốc giãn cơ, xuất hiện chủ yếu khi khởi mê hoặc trong mổ. Tăng nồng độ lactate và điểm SOFA ban đầu liên quan chặt chẽ đến tiên lượng xấu. Phát hiện sớm, sử dụng adrenaline kịp thời, bù dịch và theo dõi nồng độ lactate, điểm SOFA được khuyến cáo.

Từ khóa: Phản vệ quanh phẫu thuật; Nồng độ lactate; Điểm SOFA; Adrenaline; Kháng sinh; Thuốc giãn cơ.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH PERIOPERATIVE ANAPHYLAXIS

Abstract

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics and evaluate the treatment outcomes of patients with perioperative anaphylaxis (PA).

¹Khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Ngô Đình Trung (bsngotrung@gmail.com)

Ngày nhận bài: 27/10/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 25/12/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i2.1755>

Methods: A retrospective, descriptive study was conducted on 64 patients diagnosed with perioperative anaphylaxis between January 2020 and June 2025 at 108 Military Central Hospital. Data, including demographics, onset timing, suspected agents, clinical manifestations, laboratory tests, SOFA score, management interventions, and outcomes, were collected. Descriptive analysis and mortality prediction using ROC curves were performed. **Results:** The mean age was 57.4 ± 6.6 years; 60.9% were male. PA occurred predominantly during surgery (45.3%) or at induction of anesthesia (41.2%). Grade III and grade IV anaphylaxis accounted for 75% and 12.5% of cases, respectively. Suspected agents were antibiotics (51.6%) and neuromuscular blocking agents (31.3%). Cardiovascular and respiratory manifestations were the most frequent (occurring in 85.9% and 76.6%, respectively). The overall mortality was 3.13% (2/64), with both deaths in grade IV. Lactate levels and SOFA score showed the highest predictive value for mortality (AUC lactate = 0.937, $p = 0.004$; AUC SOFA = 0.888, $p = 0.010$). **Conclusion:** Perioperative anaphylaxis is most commonly associated with antibiotics and neuromuscular blocking agents, occurring predominantly during anesthesia induction or surgery. Initial elevations in lactate levels and SOFA scores at baseline are closely associated with poor prognosis. Early detection, timely adrenaline administration, adequate fluid resuscitation, and monitoring of lactate levels and SOFA scores are highly recommended.

Keywords: Perioperative anaphylaxis; Lactate levels; SOFA score; Adrenaline; Antibiotics; Neuromuscular blocking agents.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là phản ứng quá mẫn nghiêm trọng, có thể khởi phát nhanh chóng và đe dọa tính mạng nếu không được nhận diện và xử trí kịp thời. Trong môi trường PT, PV có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào, từ khi bắt đầu khởi mê cho đến sau hồi tỉnh, do sự tiếp xúc với nhiều yếu tố dị nguyên như thuốc gây mê, kháng sinh, giãn cơ, hoặc các chất sát khuẩn [1]. Tính chất phức tạp của PV quanh PT thường biểu hiện ở BN đang trong trạng thái gây

mê toàn thân, không thể mô tả triệu chứng chủ quan, trong khi biểu hiện lâm sàng có thể bị che lấp hoặc nhầm lẫn với các biến cố huyết động và hô hấp khác trong mổ [2]. Theo báo cáo của Hội Gây mê Hồi sức Pháp (French Society of Anesthesia and Intensive Care Medicine), tỷ lệ PV liên quan đến gây mê dao động từ 1/10.000 - 1/20.000 ca PT, trong đó, nhóm thuốc giãn cơ, kháng sinh là nguyên nhân phổ biến nhất [3]. Tại Việt Nam, việc ghi nhận và nghiên cứu có hệ thống các trường hợp PV quanh PT còn

hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: (1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN PV quanh PT*; (2) *Đánh giá kết quả điều trị BN PV quanh PT*.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 64 BN tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ ngày 01/01/2020 - 01/6/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN > 18 tuổi, được chẩn đoán PV theo tiêu chuẩn của Hội Dị ứng Thế giới (World Allergy Organization - WAO, 2020); phân loại mức độ PV theo thang phân loại của Brown (2004), chia thành 4 mức độ; PV xảy ra trong hoặc \leq 1 giờ sau PT/gây mê.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ; thiếu dữ liệu chính (lactate, điểm SOFA).

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

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

* *Phương pháp thu thập dữ liệu*:

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Biến số kết cục bao gồm tử vong hoặc phục hồi hoàn toàn, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện. Biến số đầu vào bao gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới tính), tiền sử dị ứng, bệnh lý nền, thời điểm xảy ra PV, loại PT, nguyên

nhân gây PV (được xác định dựa vào diễn tiến lâm sàng, mối liên quan giữa thời gian sử dụng thuốc và khởi phát PV, loại trừ tác nhân khác; không có xét nghiệm Tryptase hoặc test dị nguyên do đặc thù hồi cứu). Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm PV: Biểu hiện trên da/niêm mạc, triệu chứng hô hấp, triệu chứng tim mạch, triệu chứng tiêu hóa, thần kinh. Cận lâm sàng (tại thời điểm chẩn đoán PV, ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên hoặc khi nhập ICU): Lactate huyết thanh (mmol/L), pH, PaO₂, PaCO₂, HCO₃⁻, SaO₂, ure, creatinine (Cre), GOT, GPT huyết thanh, điểm SOFA. Biện pháp xử trí PV: Sử dụng adrenaline, thể tích dịch truyền trong 24 giờ đầu, vận mạch kết hợp, biện pháp hỗ trợ hô hấp.

* *Xử lý số liệu*: Bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm SD$, các biến định tính được xác định bằng tỷ lệ phần trăm. Đường cong ROC được sử dụng để đánh giá khả năng tiên đoán tử vong, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện TWQĐ 108 (Quyết định số 516/QĐ-BV ngày 18/01/2024). Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện TWQĐ 108 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của BN PV quanh PT

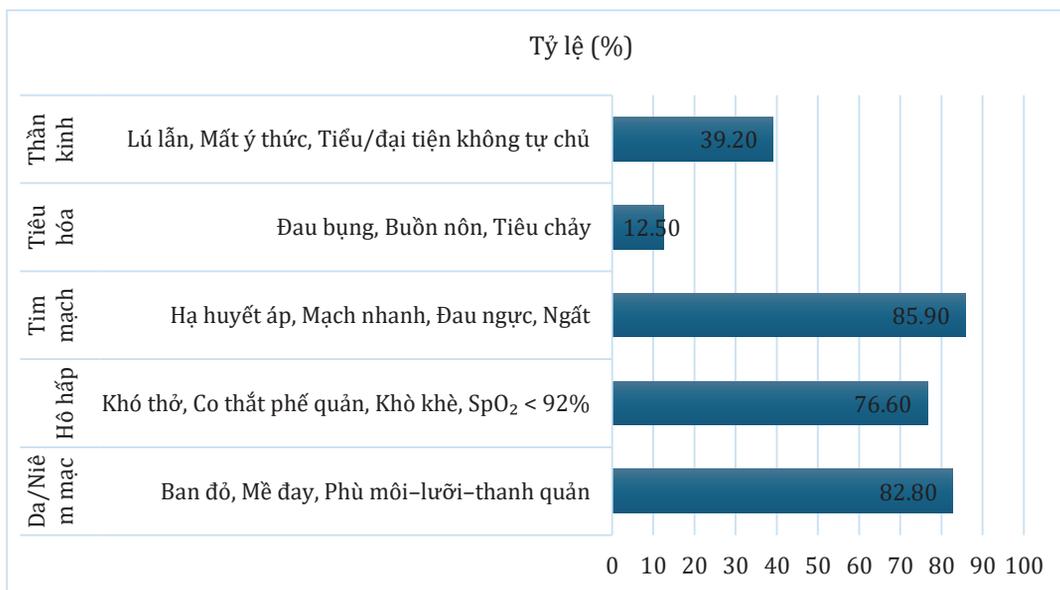
Bảng 1. Đặc điểm chung của BN theo mức độ PV.

Đặc điểm	Độ II (n = 8)	Độ III (n = 48)	Độ IV (n = 8)	Tổng (n = 64)
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)	65,2 ± 1,71	54,31 ± 3,67	67,80 ± 6,29	57,36 ± 6,61
Giới tính, n (%)				
Nam	5 (7,81)	27 (42,18)	7 (10,94)	39 (60,94)
Nữ	3 (4,68)	21 (32,82)	1 (1,56)	25 (39,06)
Tiền sử dị ứng, n (%)				
	1 (1,56)	9 (14,06)	5 (7,81)	15 (23,43)
Bệnh nền, n (%)				
Bệnh tim mạch mạn	2 (3,12)	4 (6,25)	2 (3,12)	8 (12,5)
Đái tháo đường type 2	4 (6,25)	4 (6,25)	8 (12,5)	16 (25)
Bệnh hô hấp mạn	0	3(4,68)	0	3 (4,68)
Bệnh thận mạn	2 (3,12)	0	2 (3,12)	4 (6,25)
Bệnh gan mạn	1 (1,56)	1 (1,56)	2 (3,125)	4 (6,25)
Gout mạn tính	1 (1,56)	1 (1,56)	0	2 (3,12)
Thời điểm PV, n (%)				
Khi khởi mê	3 (4,69)	20 (31,25)	4 (6,25)	27 (41,19)
Trong PT	4 (6,25)	21 (32,81)	4 (6,25)	29 (45,31)
Sau PT	1 (1,56)	5 (7,81)	2 (3,125)	8 (12,50)
Loại PT, n (%)				
Thần kinh	2 (3,125)	2 (3,125)	0	4 (6,25)
Cột sống	1 (1,56)	10 (15,625)	3 (4,69)	14 (21,875)
Lồng ngực	0	2 (3,125)	0	2 (3,125)
Ổ bụng	0	9 (14,06)	2 (3,125)	11 (17,185)
Chấn thương chỉnh hình	2 (3,125)	7 (10,94)	1 (1,56)	10 (15,625)
Khớp	3 (4,68)	3 (4,68)	1 (1,56)	7 (10,94)
Sản phụ khoa	0	2 (3,125)	0	2 (3,125)
Tiết niệu	1 (1,56)	3 (4,68)	0	4 (6,25)
Tai mũi họng	0	2 (3,125)	0	2 (3,125)
SOFA ($\bar{X} \pm SD$)	2,1 ± 0,8	5,8 ± 1,6	9,4 ± 2,1	5,9 ± 2,7

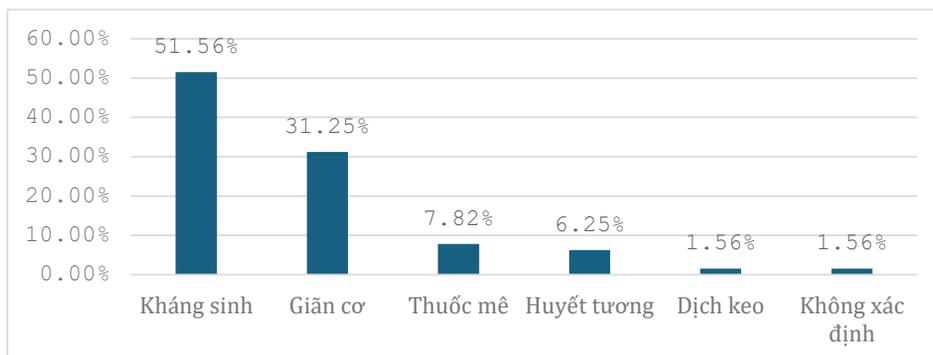
Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,4 \pm 6,6$, nam giới chiếm 60,9%, đa số thuộc PV mức độ III (75%). Tiền sử dị ứng ghi nhận ở 23,4%, trong khi bệnh lý nền thường gặp là đái tháo đường (25%) và tim mạch (12,5%). PV chủ yếu xảy ra trong PT (45,3%) hoặc khi khởi mê (41,2%), đặc biệt liên quan nhiều đến các PT ổ bụng (17,185%), cột sống và chấn thương chỉnh hình (15,625%). Điểm SOFA tăng theo mức độ nặng của PV trung bình $5,8 \pm 1,6$ ở độ III và $9,4 \pm 2,1$ ở độ IV.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của PV quanh PT

Triệu chứng tim mạch chiếm 85,9%. Các biểu hiện ở da và niêm mạc cũng phổ biến (82,8%). Triệu chứng hô hấp chiếm 76,6%. Rối loạn thần kinh gặp ở 39,2%, trong khi triệu chứng tiêu hóa ít gặp hơn (12,5%).



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng PV quanh PT.



Biểu đồ 2. Nguyên nhân gây PV quanh PT.

Kháng sinh là nguyên nhân gây PV hàng đầu (51,56%), tiếp theo là thuốc giãn cơ (31,25%). Các nguyên nhân khác ít gặp hơn, gồm thuốc mê (7,82%), huyết tương (6,25%), dịch keo (1,56%). Không ghi nhận trường hợp PV liên quan đến Latex.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng BN theo mức độ PV.

Đặc điểm cận lâm sàng	Độ II (n = 8)	Độ III (n = 48)	Độ IV (n = 8)	Tổng (n = 64)
pH ($\bar{X} \pm SD$)	7,31 \pm 0,04	7,25 \pm 0,01	7,21 \pm 0,07	7,25 \pm 0,04
PaO ₂ (mmHg)	132 \pm 30	113 \pm 6	88 \pm 19	112,25 \pm 17,53
PaCO ₂ (mmHg)	32 \pm 2	36 \pm 1	25 \pm 2	34,12 \pm 3,92
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	19 \pm 1,2	18,88 \pm 1,59	15,60 \pm 0,36	18,48 \pm 1,81
SaO ₂ (%)	97,6 \pm 0,75	94,92 \pm 1,87	94,48 \pm 1,12	95,20 \pm 1,62
Lactate (mmol/L)	4,36 \pm 0,98	3,98 \pm 0,48	6,26 \pm 2,25	4,23 \pm 1,09
Ure (mmol/L)	6,27 \pm 0,98	7,07 \pm 1,117	4,63 \pm 0,69	6,81 \pm 1,22
Cre (mcmol/L)	97,2 \pm 33,69	101,06 \pm 20,06	105,04 \pm 15,5	101,04 \pm 20,14
GOT (U/L)	34,56 \pm 6,5	37,22 \pm 5,23	132,68 \pm 63,23	51,93 \pm 35,89
GPT (U/L)	24,94 \pm 4,74	30,83 \pm 3,48	79,52 \pm 35,21	36,54 \pm 18,79

PV độ IV có pH thấp nhất (7,21 \pm 0,07), cùng với lactate tăng cao (6,26 \pm 2,25 mmol/L). Men gan (GOT, GPT) tăng rõ ở nhóm PV độ IV, gợi ý tổn thương gan do PV.

Bảng 3. Các biện pháp xử trí PV đã áp dụng.

Biện pháp xử trí	Độ II (n = 8)	Độ III (n = 48)	Độ IV (n = 8)	Tổng (n = 64)
Adrenaline				
Số liều tiêm bắp ($\bar{X} \pm SD$)	1,4 \pm 0,245	1,92 \pm 0,14	2,4 \pm 0,67	1,90 \pm 0,39
Truyền liên tục, n (%)	0	48 (100)	8 (100)	56 (87,5)
Liều tối đa (μ g/kg/phút)	0	0,41 \pm 0,072	0,56 \pm 0,12	0,43 \pm 0,09
Các biện pháp hỗ trợ huyết động khác				
Noradrenalin, n (%)	0	14 (21,87)	8 (12,50)	22 (34,37)
Dobutamin, n (%)	0	4 (6,25)	4 (6,25)	8 (12,5)
Tổng dịch truyền mL/24 giờ ($\bar{X} \pm SD$)	2.100 \pm 275	3.200 \pm 325	3.800 \pm 415	3.178 \pm 511

Biện pháp xử trí	Độ II (n = 8)	Độ III (n = 48)	Độ IV (n = 8)	Tổng (n = 64)
Hỗ trợ hô hấp, n (%)				
Thở oxy gọng kính	4 (6,25)	15 (23,44)	0	19 (29,69)
Thở Mask	3 (4,69)	10 (15,62)	0	13 (20,31)
Thở oxy dòng cao	1 (1,56)	5 (7,81)	0	6 (9,375)
Thở máy	0	18 (28,125)	8 (12,5)	26 (40,625)
Các biện pháp khác, n (%)				
Kháng histamin	4 (6,25)	39 (60,94)	5 (7,81)	48 (75)
Corticoid	8 (12,5)	48 (75)	8 (12,5)	64 (100)

Adrenaline là thuốc chủ đạo trong điều trị PV, với 87,5% BN phải truyền liên tục và trung bình 1,9 liều tiêm bắp. Liều adrenaline tối đa trong 24 giờ đầu trung bình là 0,43 µg/kg/phút. Các thuốc khác như noradrenaline (34,4%) và dobutamin (12,5%) được dùng bổ sung. 40,6% BN cần hỗ trợ hô hấp, chủ yếu ở nhóm PV độ III, IV.

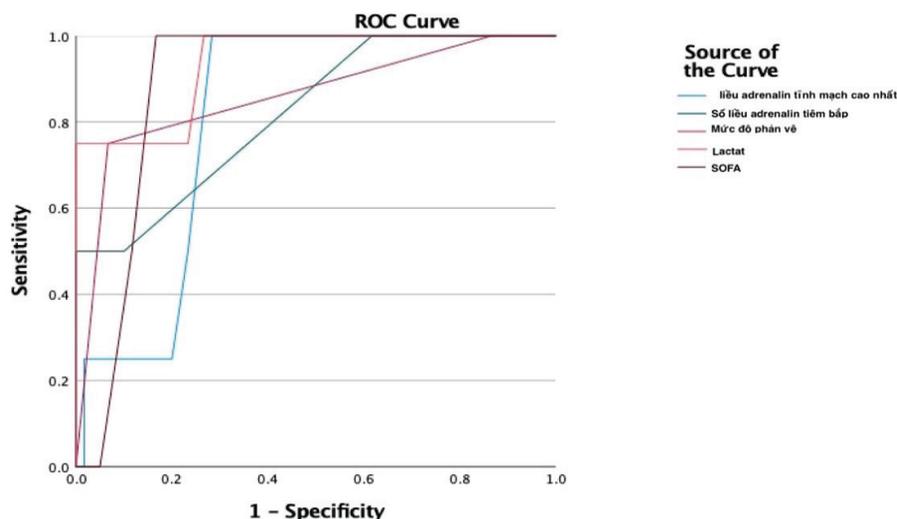
3. Kết quả điều trị PV quanh PT

Bảng 4. Kết quả điều trị PV.

Kết quả	Độ II (n = 8)	Độ III (n = 48)	Độ IV (n = 8)	Tổng (n = 64)
Tử vong, n (%)	0	0	2 (3,13)	2 (3,13)
Số ngày nằm ICU ($\bar{X} \pm SD$)	1,60 ± 0,40	1,75 ± 0,13	4,4 ± 0,9	3,72 ± 1,43
Thời gian nằm viện ($\bar{X} \pm SD$)	11,19 ± 1,96	15,60 ± 4,26	17,20 ± 7,87	16,25 ± 7,26

Tỷ lệ tử vong chung là 2 BN (3,13%), ghi nhận ở nhóm PV độ IV. 2 ca tử vong đều ở PV mức độ IV gồm 1 ca sốc không hồi phục mặc dù truyền adrenaline liên tục; 1 ca ngừng tim, cấp cứu tim đập lại nhưng tử vong do suy đa tạng, chết não sau 2 tuần. Thời gian nằm hồi sức trung bình là 3,7 ± 1,4 ngày, tăng rõ ở nhóm PV độ IV (4,4 ngày). Thời gian nằm viện trung bình là 16,3 ± 7,3 ngày, dài nhất ở nhóm PV nặng (17,2 ngày).

Phân tích đường cong ROC (Biểu đồ 3): Lactate có khả năng dự đoán cao nhất (AUC = 0,937; p = 0,004, giá trị cut-off tối ưu lactate ≥ 4,5 mmol/L), tiếp đến là điểm SOFA (AUC = 0,888; p = 0,010, giá trị cut-off tối ưu SOFA ≥ 6 điểm) và mức độ PV (AUC = 0,858; p = 0,017). Các chỉ số liên quan adrenaline cũng có ý nghĩa thống kê nhưng giá trị dự đoán thấp hơn.



Biểu đồ 3. Đường cong ROC đánh giá khả năng tiên lượng tử vong của các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trong PV quanh PT.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị BN PV quanh PT tại Bệnh viện TWQĐ 108 (tháng 01/2020 - 6/2025). PV chủ yếu xảy ra trong giai đoạn khởi mê hoặc trong mổ, liên quan đến thuốc gây mê, kháng sinh và thuốc giãn cơ. Phần lớn BN PV ở mức độ III, biểu hiện tụt huyết áp, khó thở, co thắt phế quản và ban đỏ. Nồng độ lactate máu tăng và điểm SOFA cao là các yếu tố dự báo tử vong hiệu quả nhất. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nhiều báo cáo về PV quanh PT. Mertes và CS (2003, n = 518) ghi nhận thuốc giãn cơ chiếm 58,2%, latex chiếm 16,7% và kháng sinh chiếm 15,1% [1]. Nghiên cứu GERAP (2017 - 2018) cũng cho kết quả tương tự, với thuốc giãn cơ chiếm 60% và kháng sinh chiếm 25% [4]. Nghiên cứu của Sadleir và CS (2013) trên 264 BN với tỷ lệ tử vong thực tế là 0%, cho

thấy tiên lượng chung khá tốt nếu xử trí kịp thời [5]. Các nghiên cứu gần đây trong khu vực châu Á cũng cho kết quả tương tự: Au và CS (Hồng Kông) nghiên cứu trên 60 ca PV quanh PT ghi nhận thuốc giãn cơ chiếm 25% và kháng sinh chiếm 23% [6]. Nghiên cứu của Takazawa và CS (Nhật, 2023) chỉ ra các tác nhân thường gặp nhất là rocuronium, sugammadex và cefazolin [7]. Tại Việt Nam, nghiên cứu có hệ thống về PV quanh PT còn hạn chế; kết quả của chúng tôi bổ sung dữ liệu thực tế đầu tiên tại bệnh viện tuyến trung ương.

Như vậy, cả về cơ chế (IgE và không IgE) và lâm sàng đều cho thấy nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nghiên cứu trên thế giới. Các thuốc dùng trong PT (đặc biệt là thuốc giãn cơ và kháng sinh tiêm tĩnh mạch) là nguyên nhân hàng đầu của các cơn PV nghiêm trọng. Điểm khác biệt nhỏ có thể là tần

suất gập latex (tuy cũng hiện diện ở các nước phương Tây, nhưng ít được báo cáo ở một số nước châu Á). Về tiên lượng, nghiên cứu của Guerci và CS (Pháp, 2020) cho thấy khoảng 5% BN PV nặng phải nằm ICU và tử vong, và lactate (SOFA và ICU) là chỉ số tiên lượng đáng tin cậy nhất [3]. Điều này tương ứng với phát hiện của chúng tôi cho thấy lactate và SOFA cao dự báo nguy cơ tử vong tốt nhất.

PV là dạng sốc phân bố do cơ chế miễn dịch IgE. Khi dị nguyên như thuốc xâm nhập, chúng gắn với kháng thể IgE trên tế bào mast và bạch cầu ái kiềm, kích hoạt giải phóng các chất trung gian như histamin, leukotriene, prostaglandin. Những chất này gây giãn mạch toàn thân, tăng tính thấm thành mạch, dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn hiệu dụng, tụt huyết áp và giảm tưới máu mô, gây thiếu oxy mô và tăng lactic acidosis [2]. Lactate tăng không chỉ phản ánh thiếu oxy mô do giảm tưới máu, mà còn có thể tăng do tác dụng β -adrenergic của adrenaline. Vì vậy, lactate máu tăng cao phản ánh cả thiếu oxy mô và tác dụng thuốc. Thiếu oxy và hạ huyết áp kéo dài gây suy đa cơ quan, thể hiện quan điểm SOFA cao, vốn có giá trị tiên đoán tử vong ở BN sốc [8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa mức độ PV, nồng độ lactate và điểm SOFA trong tiên lượng nặng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của nhận diện sớm và xử trí kịp thời bằng adrenaline, thuốc điều trị ưu tiên hàng đầu, đồng thời bù

dịch đầy đủ cũng cần được chú trọng nhằm duy trì huyết động ổn định [9]. Đề xuất xây dựng quy trình phản ứng nhanh khi nghi ngờ PV trong mổ, với hướng dẫn dùng adrenaline sớm, đánh giá SOFA/lactate định kỳ, và đào tạo định kỳ cho ê-kíp gây mê.

Hạn chế của nghiên cứu này là được thực hiện hồi cứu nên không có định lượng Tryptase hoặc test da xác định dị nguyên. Vì vậy, các nghiên cứu tiến cứu trong tương lai nên bổ sung các xét nghiệm này.

KẾT LUẬN

Phản vệ quanh PT thường xảy ra trong giai đoạn khởi mê hoặc trong mổ, chủ yếu do kháng sinh và thuốc giãn cơ. BN có rối loạn tim mạch, hô hấp, tăng lactate và điểm SOFA cao, phản ánh mức độ nặng và tiên lượng xấu. Điều trị kịp thời bằng adrenaline, bù dịch và hỗ trợ tuần hoàn, hô hấp giúp cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mertes PM, Laxenaire MC, Alla F. Anaphylactic and anaphylactoid reactions occurring during anesthesia in France in 1999-2000. *Anesthesiology*. 2003; 99(3):536-545.
2. Admass BA, Hassen AE, Agegnehu AF, Temesgen MM, Gebeyehu NA, Ferede YA, et al. Management of perioperative anaphylaxis: Systematic review. *International Journal of Surgery Open*. 2023; 52:100595.

3. Guerci P, Tacquard C, Chenard L, Millard D, Soufir L, Malinovsky JM, et al. Epidemiology and outcome of patients admitted to intensive care after anaphylaxis in France: A retrospective multicentre study. *Br J Anaesth.* 2020; 125(6):1025-1033.
4. Tacquard C, Serrier J, Viville S, Chiriac AM, Franchina S, Gouel-Cheron A, et al. Epidemiology of perioperative anaphylaxis in France in 2017-2018: The 11th GERAP survey. *Br J Anaesth.* 2024; 132(6):1230-1237.
5. Gibbs NM, Sadleir PH, Clarke RC, Platt PR. Survival from perioperative anaphylaxis in Western Australia 2000-2009. *Br J Anaesth.* 2013; 111(4):589-593.
6. Au EYL, Lau CS, Lam K, Chan E. Perioperative anaphylaxis and investigations: A local study in Hong Kong. *Singapore Med J.* 2020; 61(4):200-205.
7. Takazawa T, Horiuchi T, Nagumo K, Sugiyama Y, Akune T, Amano Y, et al. The Japanese epidemiologic study for perioperative anaphylaxis, a prospective nationwide study: Allergen exposure, epidemiology, and diagnosis of anaphylaxis during general anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2023; 131(1):159-169.
8. Singh SP. Distributive shock in cardiac intensive care unit patients. *Indian Heart Journal.* 2025.
9. Liu Z, Meng Z, Li Y, Zhao J, Wu S, Gou S, et al. Prognostic accuracy of the serum lactate level, the SOFA score and the qSOFA score for mortality among adults with Sepsis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.* 2019; 27(1):51.