

NHẪN DỊ ỨNG KHÁNG SINH BETA LACTAM KHI NÀO GỠ

PGS . TS . PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM
VÀ ĐƠN VỊ DỊ ỨNG BVNĐ 1

NỘI DUNG

1. LÝ DO GỖ NHÃN DỊ ỨNG KHÁNG SINH
2. CÁC BƯỚC GỖ NHÃN DỊ ỨNG KS
3. BỆNH ÁN DỊ ỨNG

DỊ ỨNG KHÁNG SINH

- Dị ứng KS : phản ứng quá mức, bất thường, có hại cho người bệnh khi dùng hoặc tiếp xúc với KS do đã có giai đoạn mẫn cảm

TẠI SAO CẦN GỖ NHÃN DỊ ỨNG KS

10% TE được dán nhãn là dị ứng KS beta lactam theo Mỹ, Châu Âu

Tỷ lệ dị ứng thật sự với beta-lactam ở TE là dưới 1%.

Hầu hết các nhãn đều không chính xác (>90% được xóa sau khi test)

NN có thể do nhiễm virus hoặc do tương tác giữa thuốc/thuốc chuyển hóa

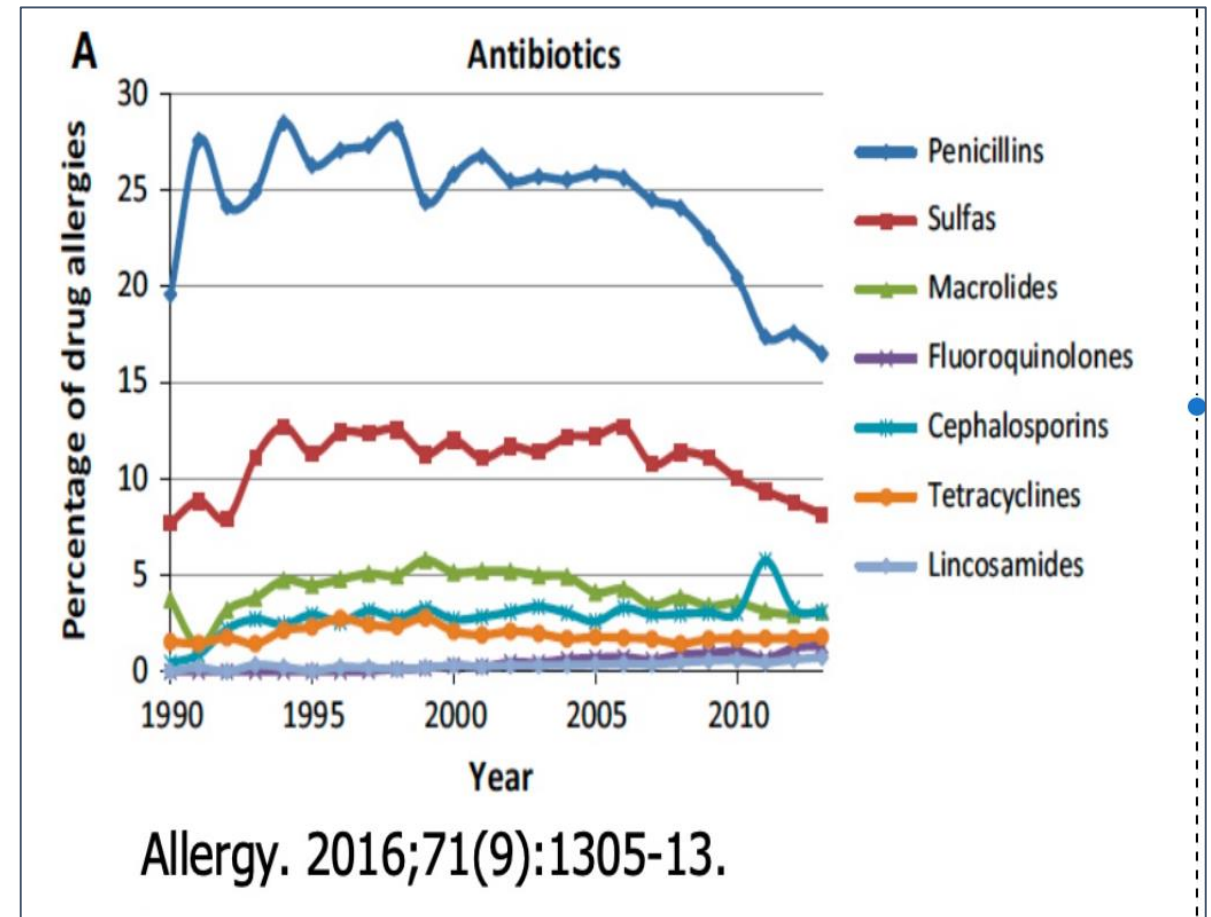
NHÃN SAI

Tránh KS ban đầu (amoxcilline, các cefalosporin);
chi phí cao hơn, tác dụng phụ, kháng thuốc, cha mẹ lo lắng

Nhóm KS NÀO ĐƯỢC DÁN NHÃN NHIỀU NHẤT

- Châu Âu, Bắc Mỹ: 5 – 8% trẻ em báo cáo dị ứng với β -lactam
- BV Nhi đồng 1: β -lactam có số ADR nghi dị ứng nhiều nhất (2022: 71,3% → 2023: 57,1%)

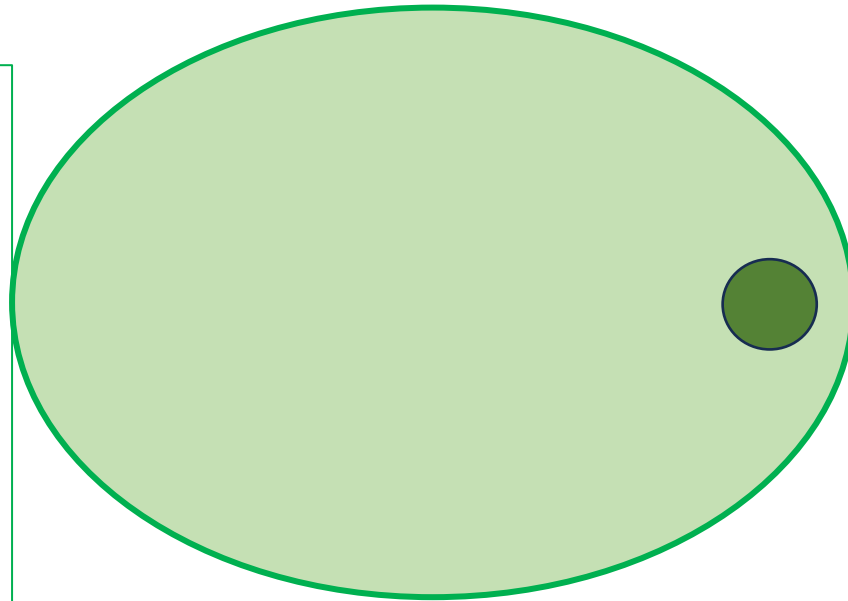
Thuốc hay gặp
Amoxicillin +++
Tuổi khởi phát: ++ < 3 tuổi
Đa số nguy cơ thấp



Hoàn cảnh dẫn đến dân nhãn dị ứng Kháng sinh

Không cần thiết :

- Phát ban do virus
- Tương tác thuốc/virus (ví dụ: virus Epstein–Barr và amoxicillin)
- Tác dụng phụ nhẹ, không phải dị ứng
- Tiền sử gia đình có phản ứng bất lợi với penicillin
- Lo sợ thuốc



Cần thiết

TRẺ EM : 5-10%
NL: 10-15%

Allergy lost over time



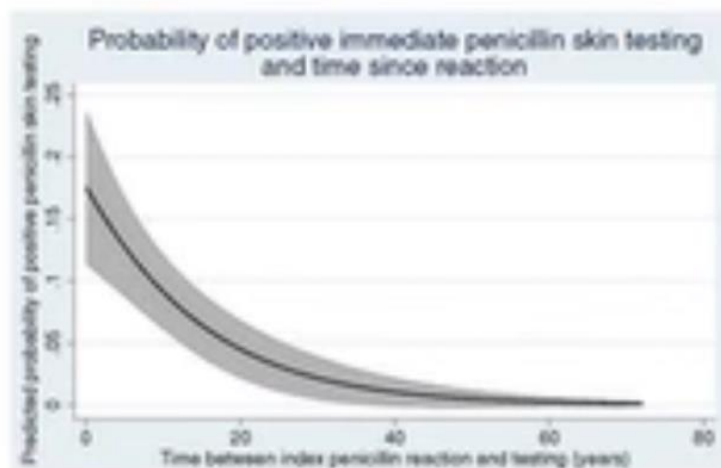
50%
Negative at 5 years



80%
Negative at 10 years



> 90%
Negative on testing



Blanca et al. J Allergy Clin Immunol 1999; 103: 918

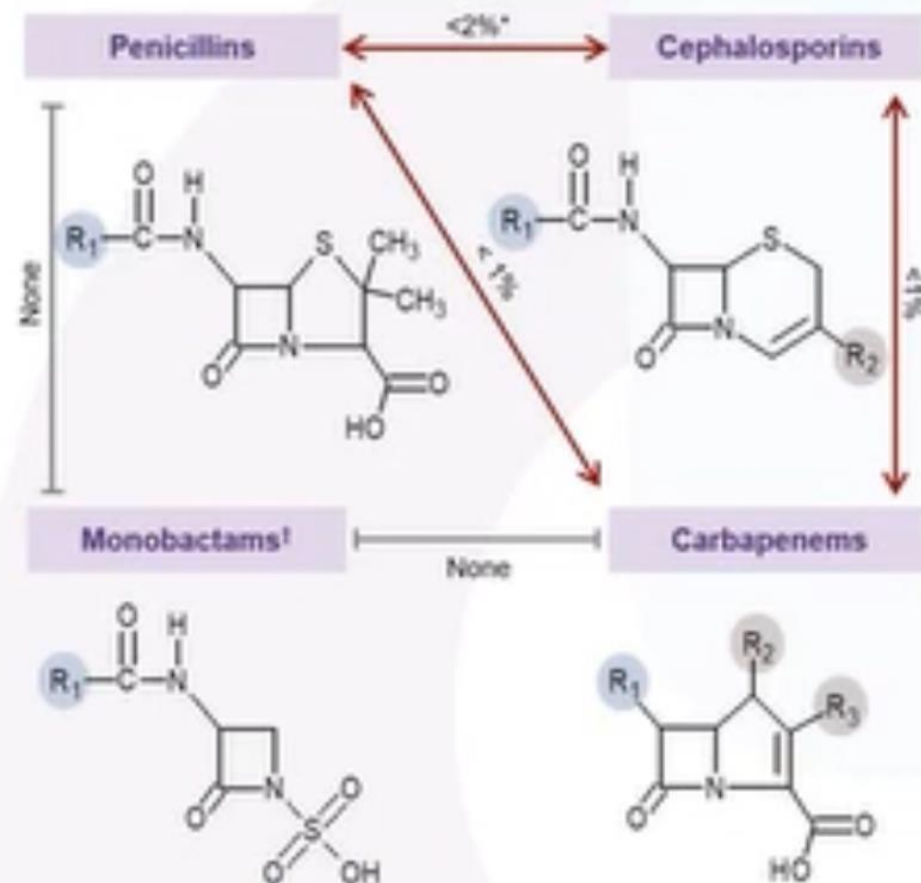
Gadde et al. JAMA 1993; 270(2): 2456

Bourke et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2015; 3(3): 365

Stone et al. JACI Pract 2021; 9(1): 435

Centre for Antibiotic Allergy & Research

Cross-reactivity is rare



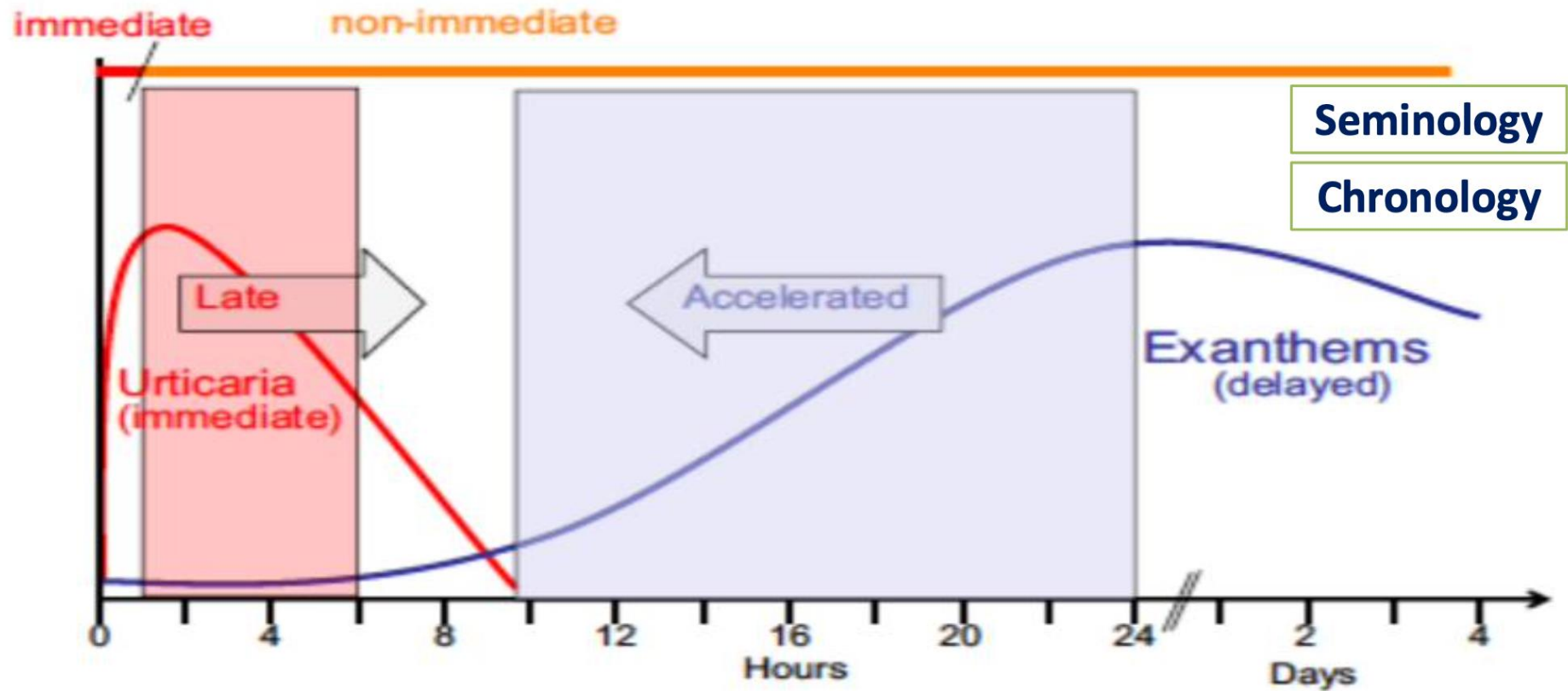
Campagna et al. J Emerg Med 2012; 42(5): 612

Romano et al. JACI Pract 2018; 6(5): 1662

CÁC BƯỚC GỠ NHÃN DỊCH ỨNG KHÁNG SINH



PHÂN LOẠI LÂM SÀNG



KHAI THÁC BỆNH SỬ VÀ TIỀN SỬ DỊ ỨNG

- Chi tiết về phản ứng (rash, anaphylaxis?)
- Thời gian xảy ra (immediate vs delayed), tg cải thiện
- Tiền sử atopy (chàm da, mề đay, hen , VMDU), tiền sử gia đình
- Tên thuốc nghi ngờ, thuốc liên quan.
- Phương pháp điều trị

Questions to ask in an antibiotic allergy history:

Severity and type of reaction	• Do you remember the details of the reaction? • How was the reaction managed? • Did it require treatment or hospitalisation?
Timing	• How long after taking the antibiotic did the reaction occur? • How many years ago did the reaction occur?
Antibiotic use since reaction	• Are there other antibiotics that have you taken without problems since the reaction?

Document responses in the patient's medical and pharmacy records in [ieMR](#) and iPharmacy.

Your child's reaction was likely **NOT** an allergy.
It was probably a side effect or **NOT** due to the medicine.

SIDE EFFECTS:

Headache

Delayed vomiting

Stomach pain

Diarrhoea

Delayed hives or rash

ALLERGIC SYMPTOMS:

Passing out

Face, lip, or throat swelling

Trouble breathing or wheezing

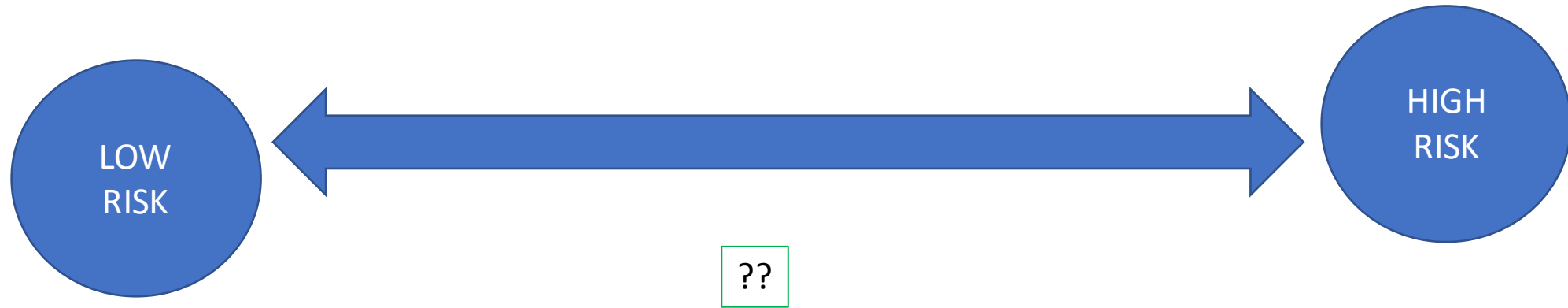
Immediate, repetitive vomiting

Immediate hives or rash

Câu hỏi khai thác tiền sử, bệnh sử, triệu chứng dị ứng β -lactam

1. Dị ứng với kháng sinh nào của nhóm β -lactam, đường dùng?
2. Mức độ dị ứng và thời điểm từ lúc sử dụng kháng sinh đến khi xuất hiện dị ứng?
3. Khi dị ứng xảy ra thì được xử trí ra sao và kết quả như thế nào?
4. Thời gian từ lúc dị ứng đến nay?
5. Ngoài kháng sinh nhóm β -lactam, có bị dị ứng với kháng sinh khác không?

KHAI THÁC BỆNH SỬ VÀ TIỀN SỬ DỊ ỨNG



Shock phản vệ

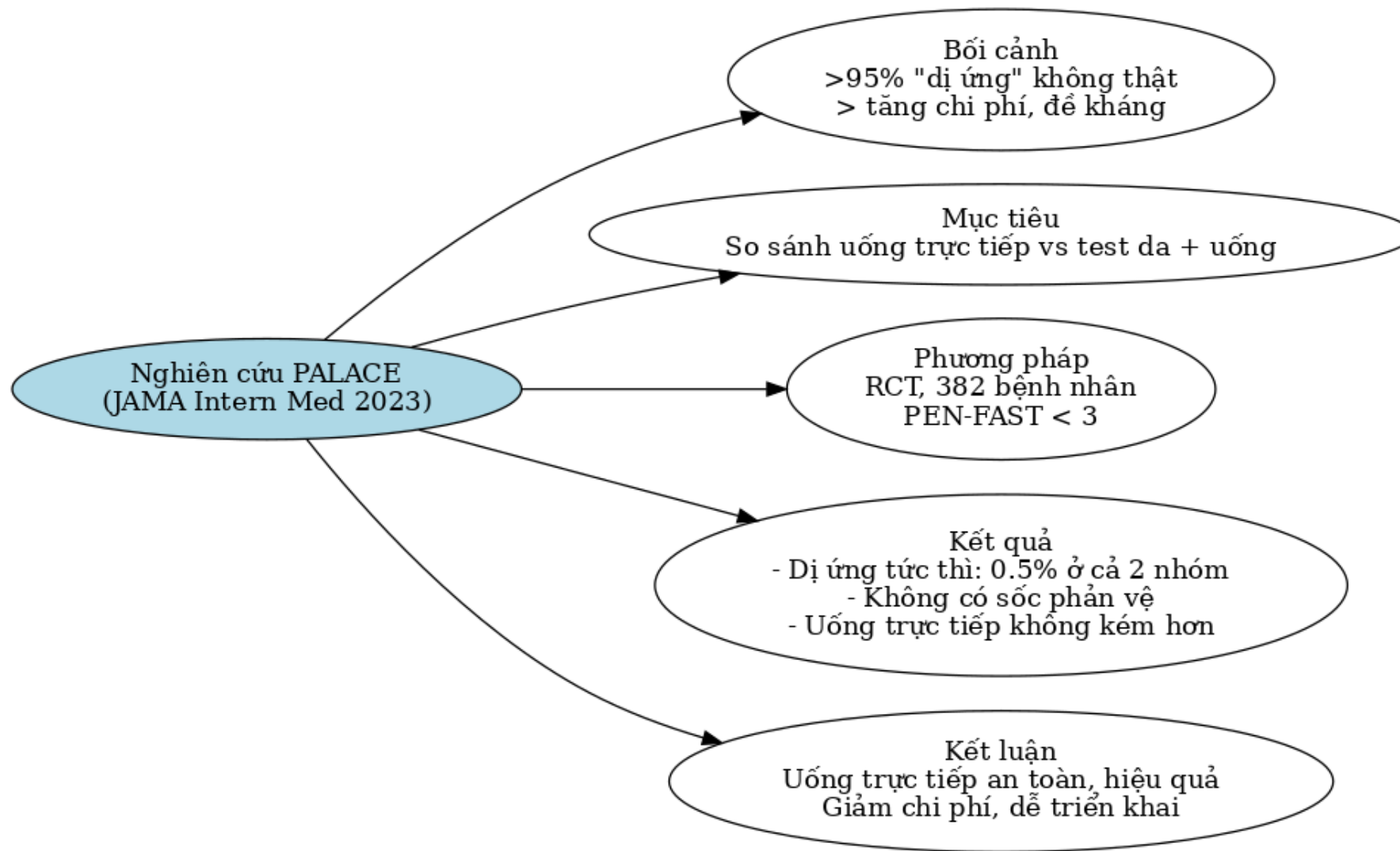


SCAR(severe cutaneous adverse reaction

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ

Figure. PEN-FAST Penicillin Allergy Clinical Decision Rule.

PEN	Penicillin allergy reported by patient	☐ If yes, proceed with assessment
F	Five years or less since reaction ^a	☐ 2 points
A	Anaphylaxis or angioedema	☐ 2 points
	OR	
S	Severe cutaneous adverse reaction ^b	
T	Treatment required for reaction ^a	☐ 1 point
		☐ Total points
Interpretation		
Points		
☐ 0	Very low risk of positive penicillin allergy test <1% (<1 in 100 patients reporting penicillin allergy)	
☐ 1-2	Low risk of positive penicillin allergy test 5% (1 in 20 patients)	
☐ 3	Moderate risk of positive penicillin allergy test 20% (1 in 5 patients)	
☐ 4-5	High risk of positive penicillin allergy test 50% (1 in 2 patients)	



Efficacy of a Clinical Decision Rule to Enable Direct Oral Challenge in Patients With Low-Risk Penicillin Allergy
The PALACE Randomized Clinical Trial 2023

Canadian pediatric prospective multicenter cohort -> Validation of the PEN-FAST Score in a Pediatric Population
2.208 bn

Table 2. Subgroup Analysis for Positive Penicillin Testing (Skin Testing or Challenge), According to Various Age Groups and Considering the Timing Since the Reaction							
Subgroups	Participants, No.	AUC	Prevalence (95% CI), %	Sensitivity (95% CI), %	Specificity (95% CI), %	PPV (95% CI)	NPV (95% CI)
Immediate vs delayed positive reactions							
Immediate	48	0.524	2.4 (1.7-3.1)	45.8 (31.4-60.8)	45.4 (43.2-47.6)	2.0 (1.3-3.0)	97.2 (95.9-98.2)
Delayed	61	0.560	3.0 (2.3-3.8)	63.9 (50.6-75.8)	45.9 (43.7-48.1)	3.5 (2.5-4.8)	97.6 (96.4-98.5)
Age groups, y							
≤2	472	0.535	6.4 (4.3-9.0)	60.0 (40.6-77.3)	36.7 (32.1-41.3)	6.0 (3.6-9.4)	93.1 (88.3-96.4)
2-12	1339	0.533	4.9 (3.8-6.2)	57.6 (44.8-69.7)	45.1 (42.3-47.9)	5.2 (3.7-7.0)	95.3 (93.3-96.9)
≥13 ^a	171	0.622	4.7 (2-9.0)	37.5 (8.5-75.5)	73 (65.5-79.7)	6.4 (1.3-17.5)	96 (90.8-98.7)
Timing of the reaction							
Within the last year	879	0.530	6.0 (4.5-7.8)	62.3 (47.9-75.2)	32.6 (29.4-35.9)	5.6 (3.9-7.8)	93.1 (89.5-95.7)
>1 y Before testing	1067	0.574	4.8 (3.6-6.2)	52.9 (38.5-67.1)	58.2 (55.1-61.2)	6.0 (4.0-8.6)	96.1 (94.2-97.5)
Abbreviations: AUC, area under the curve; NPV, negative predictive value; PPV, positive predictive value.				^a There were no patients aged 13 to 15 years old; therefore, aged 13 years or older represents participants aged 15 years or older.			

Công cụ này không hữu ích trong việc phân tầng nguy cơ ở < 12 tuổi.
Ở thanh thiếu niên (13 t), khả năng dự đoán của công cụ tăng lên (AUC, độ đặc hiệu và NPV cao hơn nhưng độ nhạy thấp hơn),



Original Article

Urticaria: The 1-1-1 Criterion for Optimized Risk Stratification in β -Lactam Allergy Delabeling

Vito Sabato MD, PhD^{a b c *}, Francesco Gaeta MD, PhD^{d *},

Rocco Luigi Valluzzi MD^e, Athina Van Gasse MD, PhD^a,

Didier Gaston Ebo MD, PhD^{a b c}  , Antonino Romano MD^f

Tiêu chuẩn “1-1-1”:

- mày đay xuất hiện trong vòng 1 giờ
- sau liều 1 (đầu tiên)
- ` thuyên giảm trong vòng 1 ngày
- Xảy ra trong vòng 1 năm nay

□ Có nguy cơ cao:

- cần được test da
- Hoặc đo IgE đặc hiệu trước khi test kích thích

Độ nhạy và độ đặc hiệu: 85%,
Giá trị dự đoán âm tính: 80%
Giá trị tiên đoán dương tính: 90%

parenteral cephalosporin should be performed prior to challenge to determine tolerance. Urticaria fulfilling “1-1-1” criterion (appearance within 1 hour after the first dose and regression within 1 day and occurred within 1 year) suggests a high likelihood of having a positive skin test.²²

Định nghĩa mức độ nặng của phản ứng dị ứng

(Tổ chức Dị ứng TG (WAO) và Học viện Dị ứng & Miễn dịch học LS Châu Âu (EAACI))

Nặng

- **1. Khởi phát cấp tính** (vài phút -vài giờ) **tham gia đồng thời của da, niêm mạc hoặc cả hai** (ví dụ: nổi mề đay toàn thân, ngứa hoặc đỏ bừng, sưng môi-lưỡi-lưỡi gà) **VÀ ít nhất một trong các dấu hiệu sau:**
 - a. Hô hấp (khó thở, khò khè-thở rít, stridor, giảm oxy máu)
 - b. Hạ huyết áp hoặc , ngất, tiểu không kiểm soát
 - c. Tiêu hoá : đau bụng quặn dữ dội, nôn ói liên tục
- **2. Khởi phát cấp tính tụt huyết áp hoặc co thắt phế quản hoặc tổn thương thanh quản** sau khi tiếp xúc với dị nguyên đã biết hoặc có khả năng cao gây dị ứng cho bệnh nhân (vài phút -vài giờ), ngay cả khi không có tổn thương da điển hình.
- **3. Dấu hiệu nguy hiểm của phản ứng da nặng:**
 - a. Bọng nước nhỏ hoặc vảy, màu tím-xám hoặc xám xỉn, tổn thương đau rát ở da và, bong tróc da (hội chứng Stevens-Johnson / hoại tử thượng bì nhiễm độc)
 - b. Ban mụn mủ (ví dụ: mụn mủ lan toả cấp tính)
 - c. Ban xuất huyết (viêm mạch)
 - d. Ban dạng dát-sẩn kèm tổn thương cơ quan ngoài da; lan rộng >50% diện tích bề mặt da, có rối loạn xét nghiệm (bach cầu, chức năng gan thận) → phản ứng thuốc kèm tăng bạch cầu ái toan và triệu chứng toàn thân
 - e. Phù mắt, phù nề và viêm da thâm nhiễm. Sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ (ban mụn mủ lan toả cấp tính / phản ứng thuốc kèm tăng bạch cầu ái toan và triệu chứng toàn thân)

Không nặng

- **1. Có triệu chứng từ 1 hệ cơ quan:**
 - a. Da: nổi mề đay, da ám-đỏ, ngứa, tê hoặc ngứa ran môi
 - b. Đường hô hấp trên: triệu chứng mũi (hắt hơi, chảy mũi, ngứa mũi, nghẹt mũi), khạc họng (ngứa họng), ho không do co thắt phế quản
 - c. Kết mạc: đỏ mắt, ngứa, chảy nước mắt
- **HOẶC 2. Ban dát-sẩn không kèm tổn thương cơ quan khác**
- **HOẶC 3. Khác: buồn nôn, vị kim loại trong miệng**

CHỌN LỰA PHÁC ĐỒ GỠ NHÃN DỊ ỨNG KS BETA LACTAM

- **Phản ứng quá mẫn tức thì :**

- SPT , IDR
- IgE huyết thanh, test kích hoạt Basophiles , test phóng thích Histamin

Trong khi điều trị bằng beta-lactam ở trẻ em:

Phản ứng da, đơn lẻ, không có dấu hiệu nặng ; HAY xảy ra > 10 năm

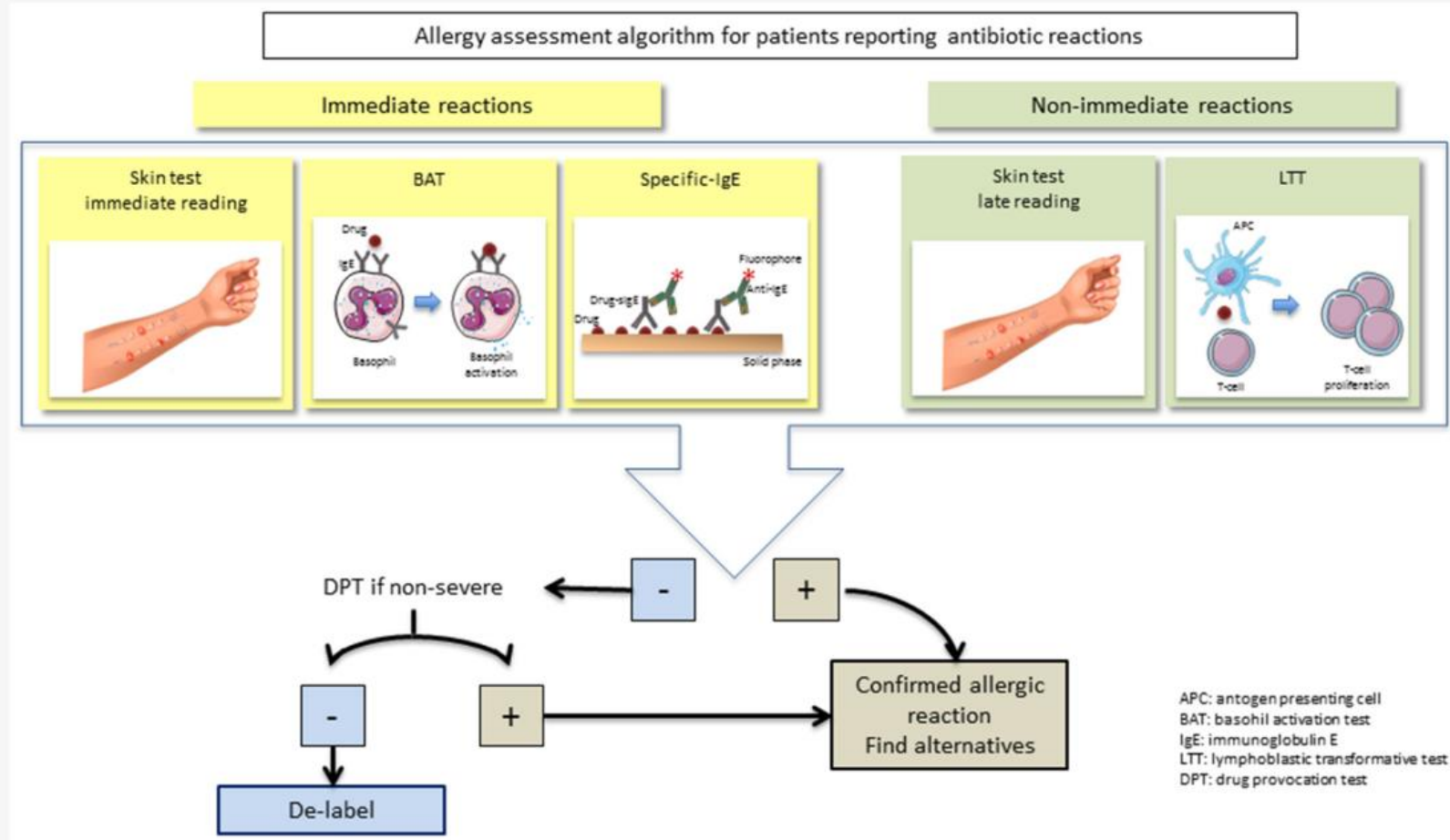
-> **Không cần làm test da.**

- **Phản ứng quá mẫn chậm**

- IDR đọc chậm, patch-test
- Test chuyển dạng lympho*

1. Hiếm khi +
2. Tốn thời gian
3. Dành cho vài ekip

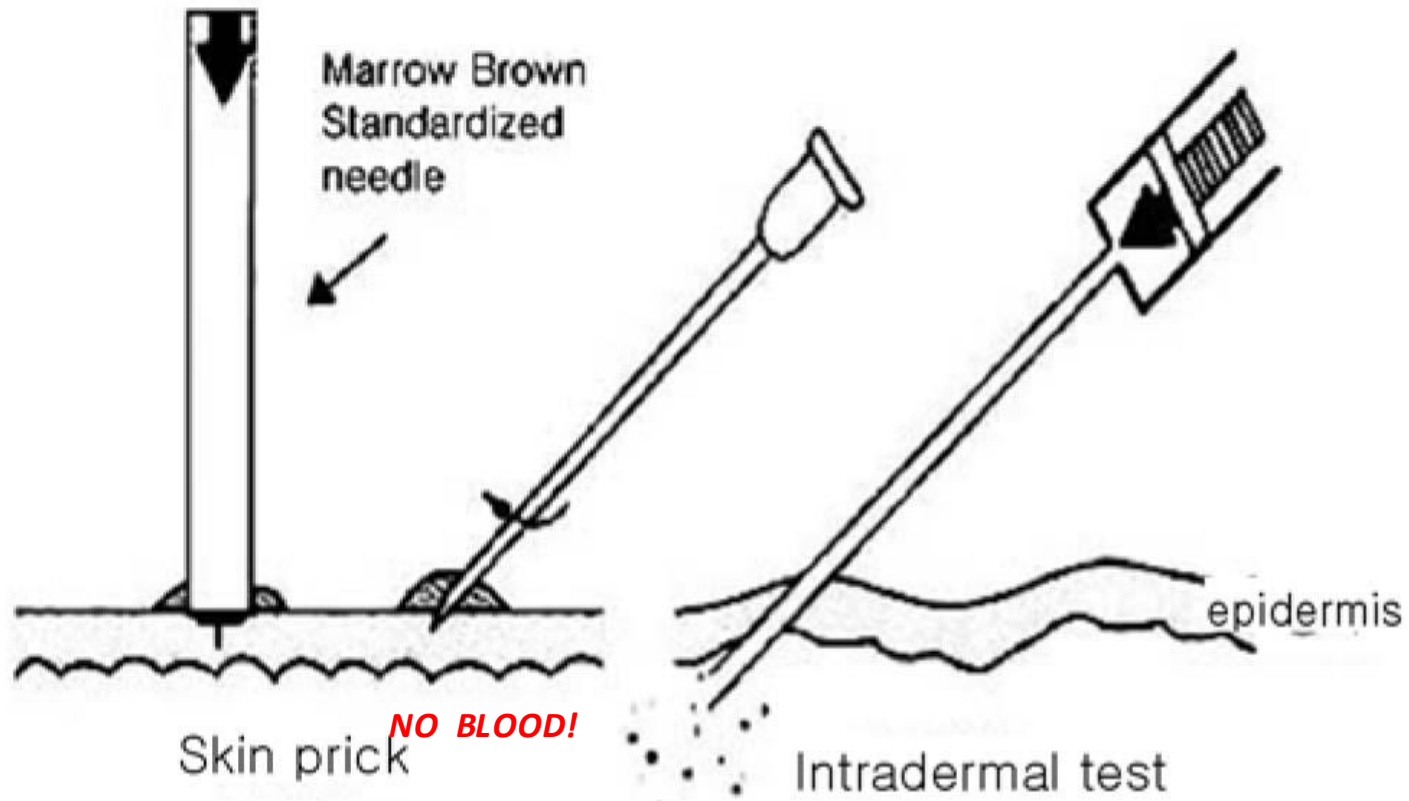
Figure 2. Algorithm for evaluating suspicion of allergic reactions to antibiotics.



Antibiotic Allergy De-Labeling: A Pathway against Antibiotic Resistance

Antibiotics **2022**, *11*, 1055.

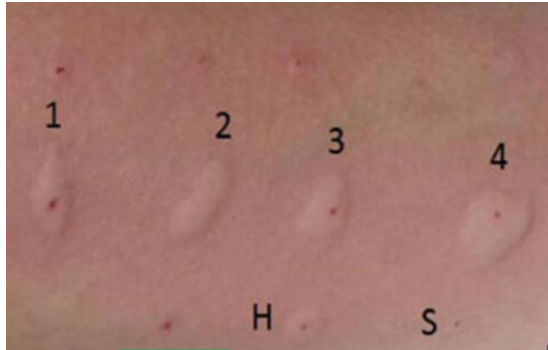
SPT - intradermal test (IDR)



Test da và/hoặc thử thách thuốc (DPT) : phương pháp then chốt trong việc loại bỏ nhãn dị ứng kháng sinh

Nghi ngờ dị ứng thuốc phản ứng nhanh $\leq 1-6$ giờ (mề đay, phù mạch, viêm kết mạc-mũi, co thắt pq, phản vệ).

Thời điểm thực hiện: 4–6 tuần sau phản ứng dị ứng(vì có "giai đoạn tro", âm tính giả do cạn kiệt các chất trung gian trong phản vệ gần đây.)



SPT

Test da vẫn có nguy cơ phản ứng toàn thân



IDR

Với một số thuốc, nồng độ tiêu chuẩn không gây kích ứng vẫn chưa được xác định rõ

Độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán của test da phụ thuộc vào loại KS.:
Test da với β -lactam độ đặc hiệu 97% khi sử dụng đầy đủ các chất như benzylpenicilloyl, hỗn hợp chất quyết định phụ, ampicillin và amoxicillin.
Quinolon, độ đặc hiệu chỉ khoảng 46,5%.

TABLE V. Immediate hypersensitivity cephalosporin skin testing^{80,929-931}

Test type	Cephalexin	Cefazolin	Cefuroxime	Cefotaxime	Ceftazidime	Ceftriaxone	Cefepime*	Cefixime
Step 1: Epicutaneous	25 mg/mL	330 mg/mL	100 mg/mL	100 mg/mL	100 mg/mL	100 mg/mL	200 mg/mL	2 mg/mL
Step 2: Intradermal†	NA‡	3.3 mg/mL	1 mg/mL	1 mg/mL	1 mg/mL	1 mg/mL	2 mg/mL	NA‡
Step 3: Intradermal	NA‡	33 mg/mL	10 mg/mL	10 mg/mL	10 mg/mL	10 mg/mL	20 mg/mL	NA‡

NA, Non-applicable/not available.

Penicillin skin testing may also be appropriate for patients presenting with cephalosporin allergy.

*Nonirritating in clinical practice, MGH Allergy Associates (unpublished data, 2020).

†Optional for patients with history of severe and/or recurrent reactions.

‡Cephalexin and cefixime are not available as an intravenous preparation.

Thử thách thuốc (DPT) : tiêu chuẩn vàng trong việc loại bỏ nhãn dị ứng kháng sinh

Thử thuốc

Tiêu chuẩn vàng để đánh giá tính an toàn khi dùng thuốc

Phương pháp thực hiện

• Tăng dần liều lượng (theo từng bước nhỏ)

→ Để:

- Kiểm tra khả năng dung nạp, gỡ nhãn dị ứng KS
- Tìm thuốc thay thế an toàn

Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu về liều và thời gian giữa các liều

Thuật ngữ liên quan

- Thử nghiệm kích thích bằng thuốc (drug provocation test=DPT)
- Graded challenge = Thử thách tăng dần
- Test dose = Liều thử
- Drug challenge = Thử thuốc

	Challenge	No Challenge
		
Reaction history	Mild cutaneous reaction Itching Rash Maculopapular eruption	Moderate to severe reaction Anaphylaxis, convincing angioedema Blistering, mucosal lesions Fever, joint pain
Time elapsed	>5 years	<5 years
Reason	Antibiotic Needed Therapy indicated at time of challenge Elective delabeling for penicillin	Antibiotic not needed Effective alternatives exist Use not anticipated in future

Figure 1. Indications for graded challenge or graded challenge avoidance.

Direct challenges are the gold standard for most antibiotic allergy evaluations
2023 American College of Allergy, Asthma & Immunology

Drug Provocation Test (DPT)

Được thực hiện tại bệnh viện, thuốc ưa thích là AMOXCILLINE

General Guide to Antibiotic Challenge

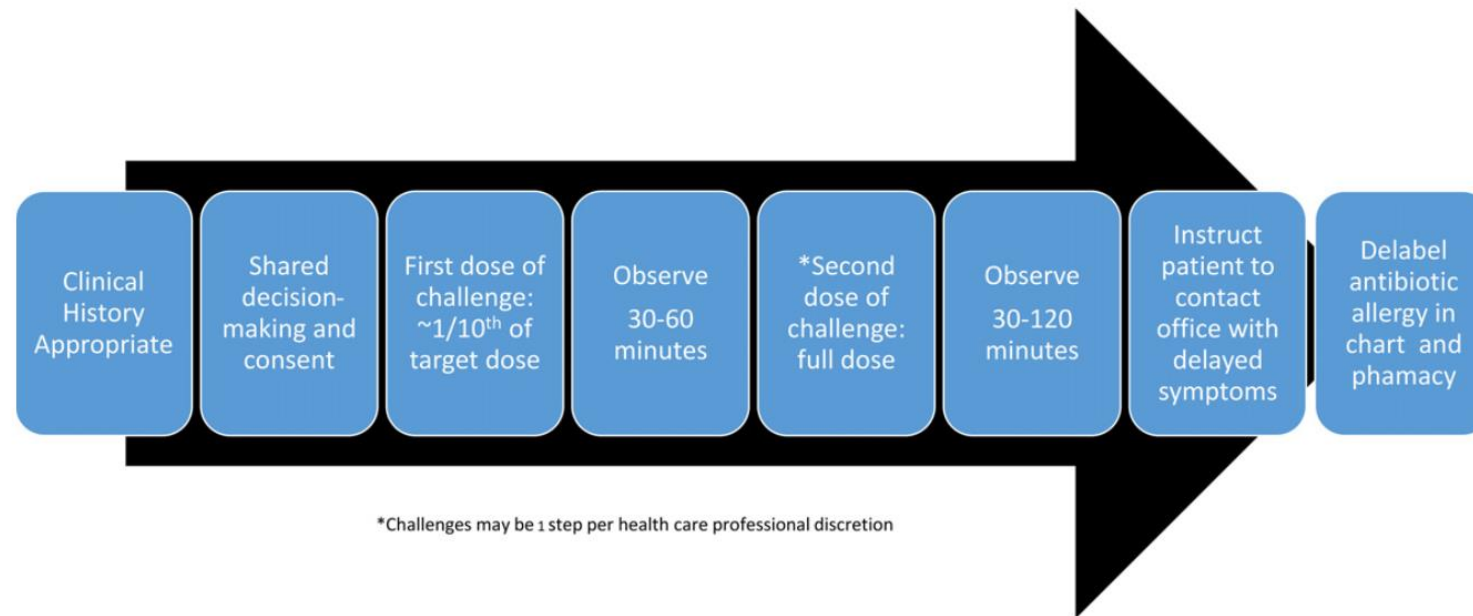


Figure 2. Schematic of graded challenge process.

TABLE VI. Cephalosporin drug challenge^{73,84}

Step 1	$\frac{1}{4}$ of an oral dose/pill/1/10th of parenteral or oral liquid dose, observe for 30-60 min
Step 2	1 full dose, observe for 60 min

- If **no reaction** → allergy label removed
- If **mild reaction** → document, consider referral
- If **severe reaction** → allergy confirmed, manage accordingly

TÍNH AN TOÀN CỦA TEST THỬ THÁCH (DPT)

Đối tượng thực hiện

- Trẻ em **nguy cơ thấp**:
 - Chỉ có **phản ứng da đơn lẻ**
 - **Không có dấu hiệu nghiêm trọng**
 - Phản ứng xảy ra khi **điều trị bằng beta-lactam**

Tổng quan nghiên cứu

- **23 nghiên cứu tại Châu Âu, Bắc Mỹ, Châu Á**
- Tổng cộng **8.334 lần DPT** được thực hiện

Kết quả phản ứng

• Tỷ lệ DPT dương tính:

- 3,69% ở phản ứng **không tức thì**
- 0,8% ở phản ứng **tức thì**
- Chủ yếu là **phản ứng da nhẹ**

Yếu tố làm tăng nguy cơ DPT dương tính

- Phản ứng ban đầu là **tức thì**
- Trẻ có độ tuổi **> 5 tuổi**

Phản ứng nặng sau DPT (rất hiếm, 0,036%)

- 3 trường hợp ghi nhận:
 - 1 ca **sốc phản vệ**
 - 1 ca **ban + sốt + tổn thương gan**
 - 1 ca **bệnh huyết thanh**

Khuyến cáo an toàn

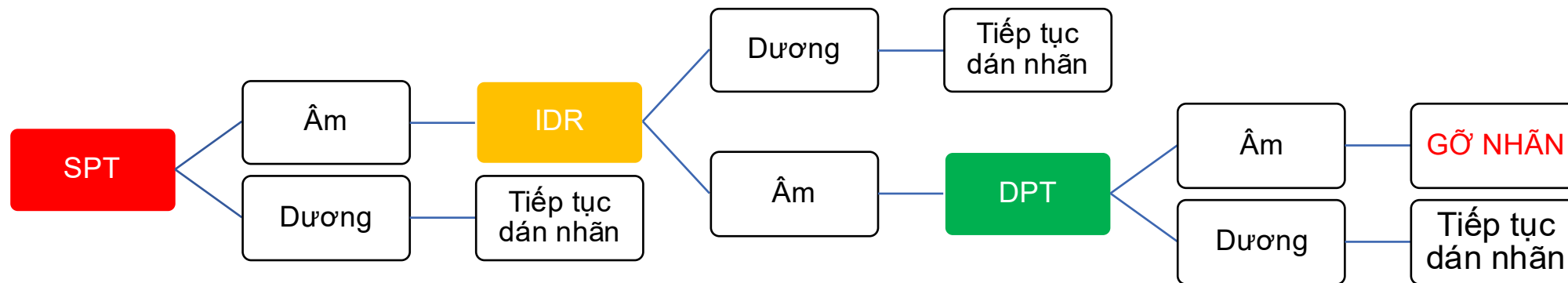
- Với **phản ứng da đơn thuần, không tức thì, không nặng**
 - Xảy ra khi điều trị bằng **beta-lactam ở trẻ < 5 tuổi**
- **Test DPT được xem là an toàn**

Tính an toàn của test thử thách(DPT)

	DÂN SỐ	Study Design	Evaluation Protocol	Number Delabeled (%)	Cases where label remained
Mill et al,33 2016	Pediatric / outpatient allergy clinic	Prospective enrollment and evaluation	Two-dose amoxicillin challenge (10% then 90% dose, 20 min apart)	770/818 (94)	48 oral challenge positive (17 immediate mild reactions, 31 nonimmediate reactions)
Vyles et al,68 2020	Pediatric /emergency department	Prospective enrollment of patients with low-risk history in the emergency department setting	Single-dose 500 mg amoxicillin challenge	36/37 (97)	1 oral challenge positive (immediate mild urticaria)

Penicillin allergy “delabeling” 2022 American College of Allergy, Asthma & Immunology

GỖ NHÃN DỊ ỨNG KHÁNG SINH NHÓM NGUY CƠ CAO (trừ SCAR, SHOCK PHẢN VỆ < 5 NĂM)



SHOCK PHẢN VỆ : Không làm với thuốc gây shock,
có thể làm với thuốc thay thế cùng nhóm phản ứng chéo thấp

SCAR : severe cutaneous adverse reaction

Beta-lactam cross reactivity

📌 Dị ứng Penicillin qua trung gian miễn dịch

→ . Cơ chế chính:

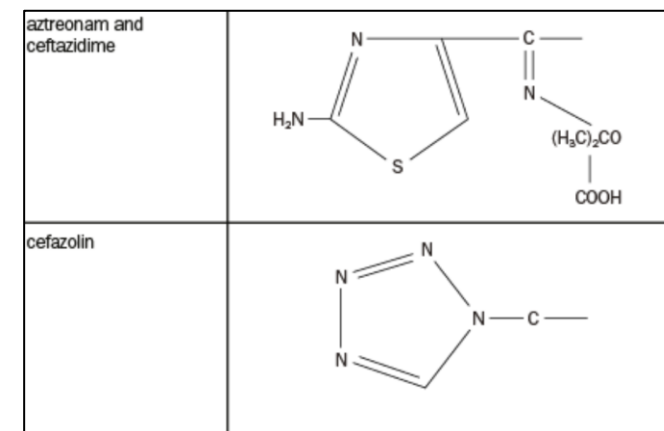
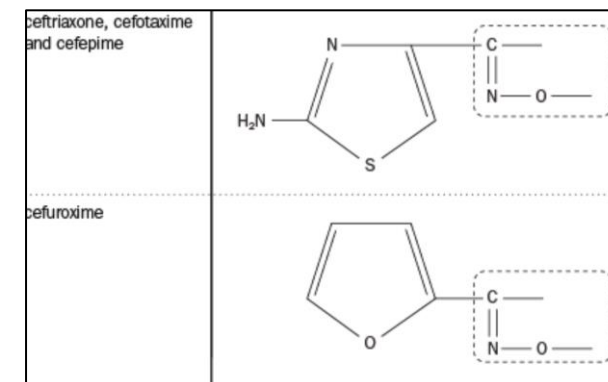
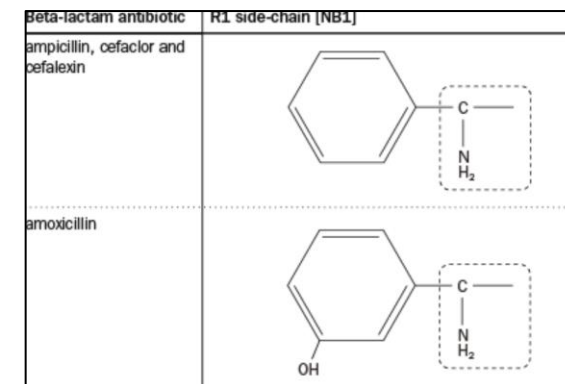
- Trước đây: Do **vòng beta-lactam**
- Hiện nay: Chủ yếu do **chuỗi bên R1**

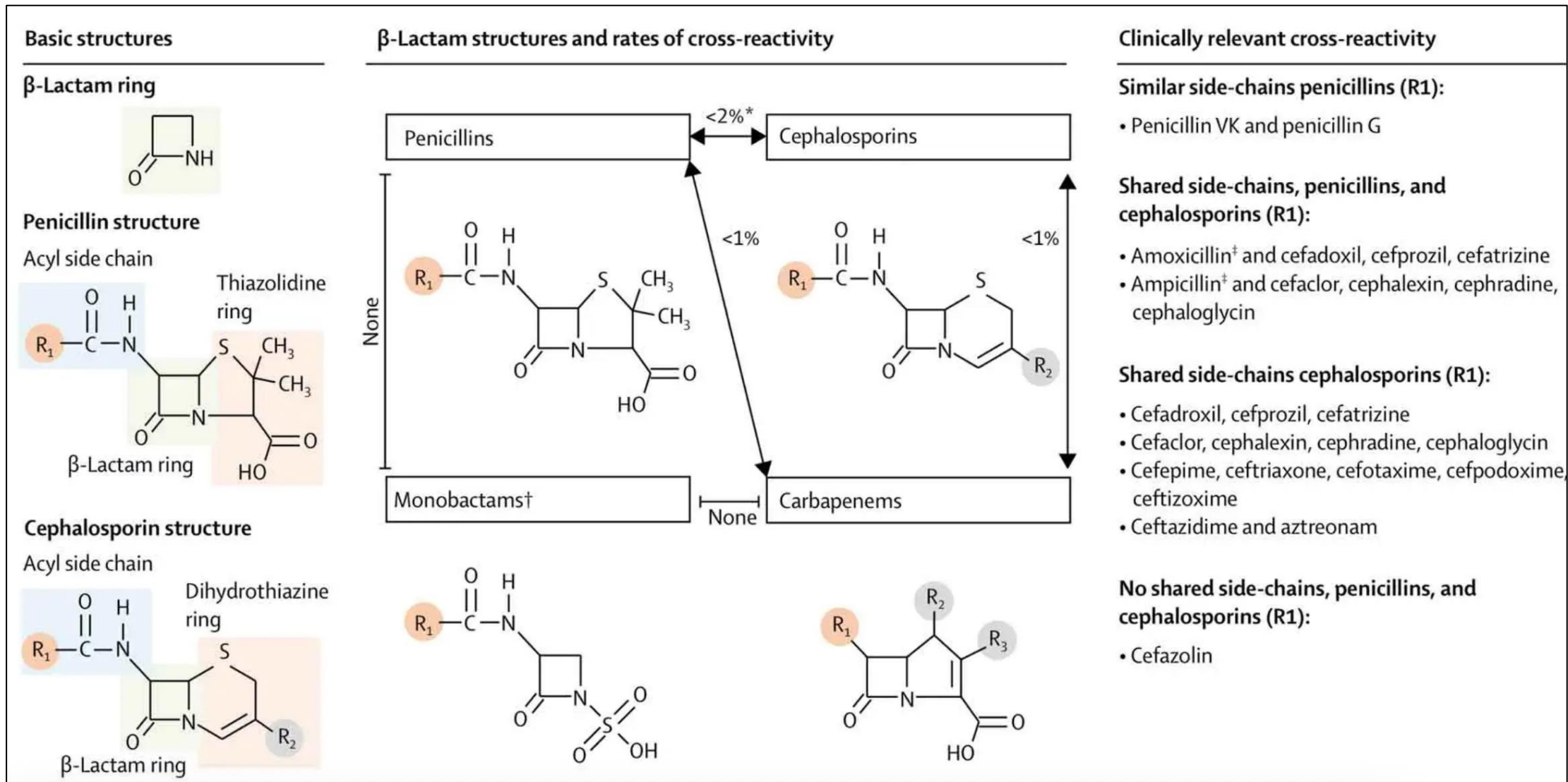
. Tương tác chéo:

- Beta-lactam có **R1 giống/ tương tự** → tăng nguy cơ dị ứng chéo
- Penicillin: 1 chuỗi bên (**R1**)
- Cephalosporin: 2 chuỗi bên (**R1, R2**)
- Phản ứng chéo chủ yếu liên quan đến **R1**

Khuyến cáo tránh dùng (nếu không xn được dị ứng):

- **Dị ứng amoxicillin/ampicillin**
 - ↳ Tránh: **cefalexin, cefaclor**
(ngoại trừ dị ứng nhẹ, khởi phát muộn)
- **Dị ứng ceftriaxone**
 - ↳ Tránh: **cefotaxime, cefepime, cefuroxime**
- **Dị ứng ceftazidime**
 - ↳ Tránh: **aztreonam**



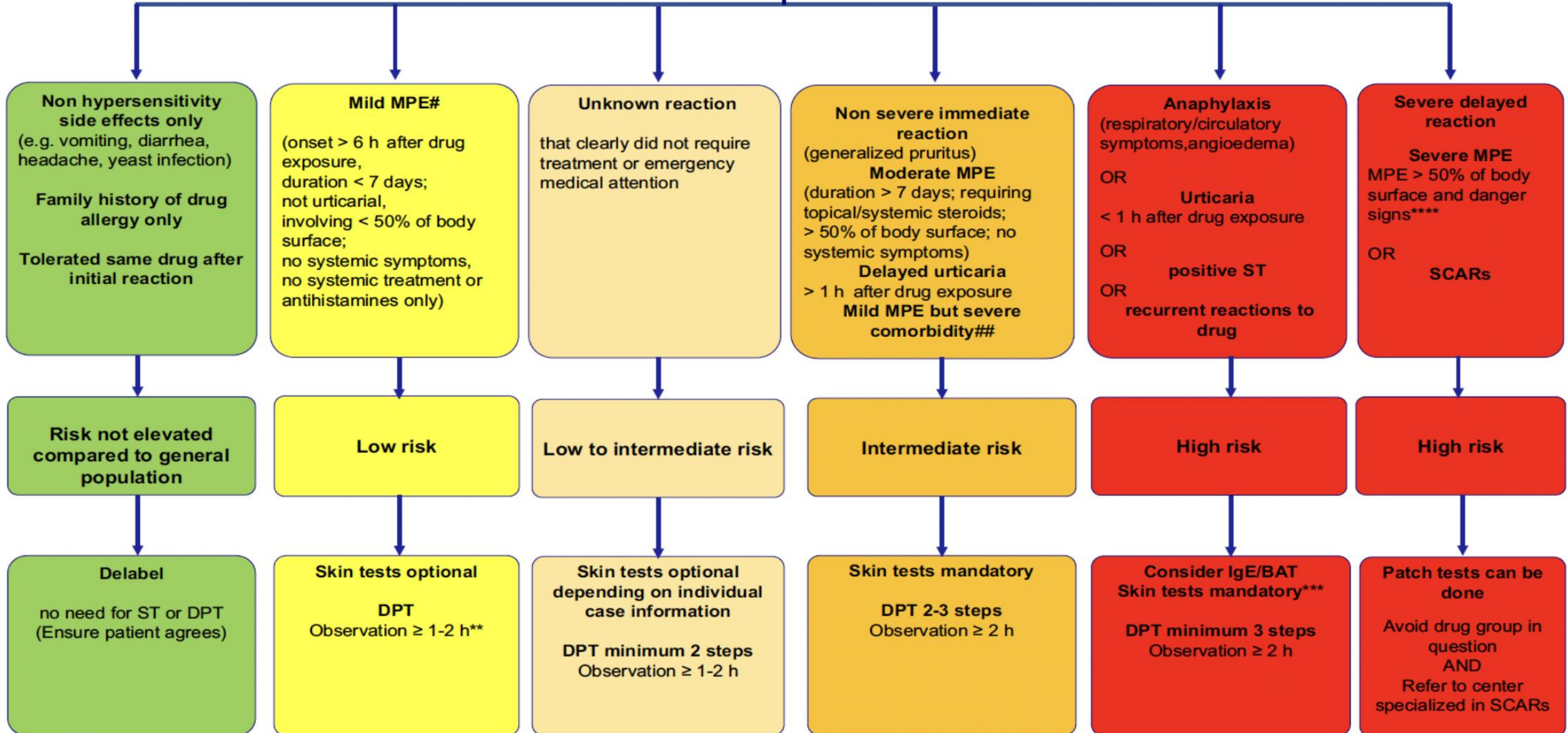


Antibiotics relevant to the ICU may be broken down into eight *groups* of cross-allergic antibiotics, listed below. If a patient has an IgE-mediated allergy to an antibiotic in one group, then drugs from a different group can be utilized.

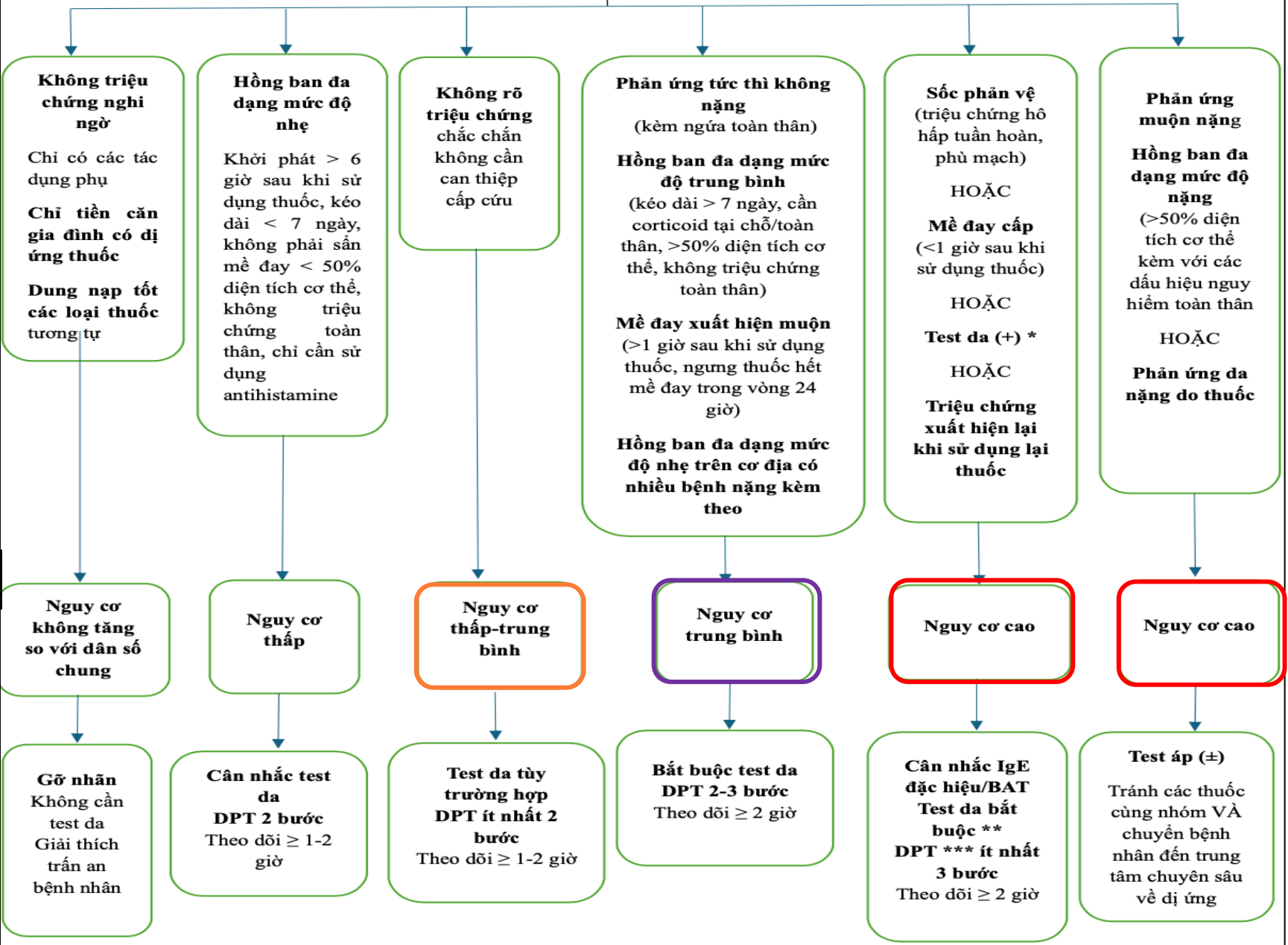
1. Penicillin, aminopenicillins, and select G1-G2 cephalosporins
2. Cefazolin
3. Nafcillin
4. Piperacillin-tazobactam
5. Cefepime & most G3 cephalosporins
6. Ceftazidime & aztreonam
7. Ceftaroline
8. Carbapenems

Approach to beta-lactam allergy in critical care
July 20, 2024 by [Josh Farkas](#)

Reaction evoking drug hypersensitivity in adults and children*



Hỏi các triệu chứng nghi ngờ dị ứng thuốc



Phác đồ BV NĐ1

BỆNH ÁN DỊ ỨNG

BS CK1 PHAN THUÝ MAI

THS. BS NGUYỄN THỊ KIM OANH

THS.BS NGÔ THỊ THU HIỀN

ĐƠN VỊ DỊ ỨNG –BVNĐ1

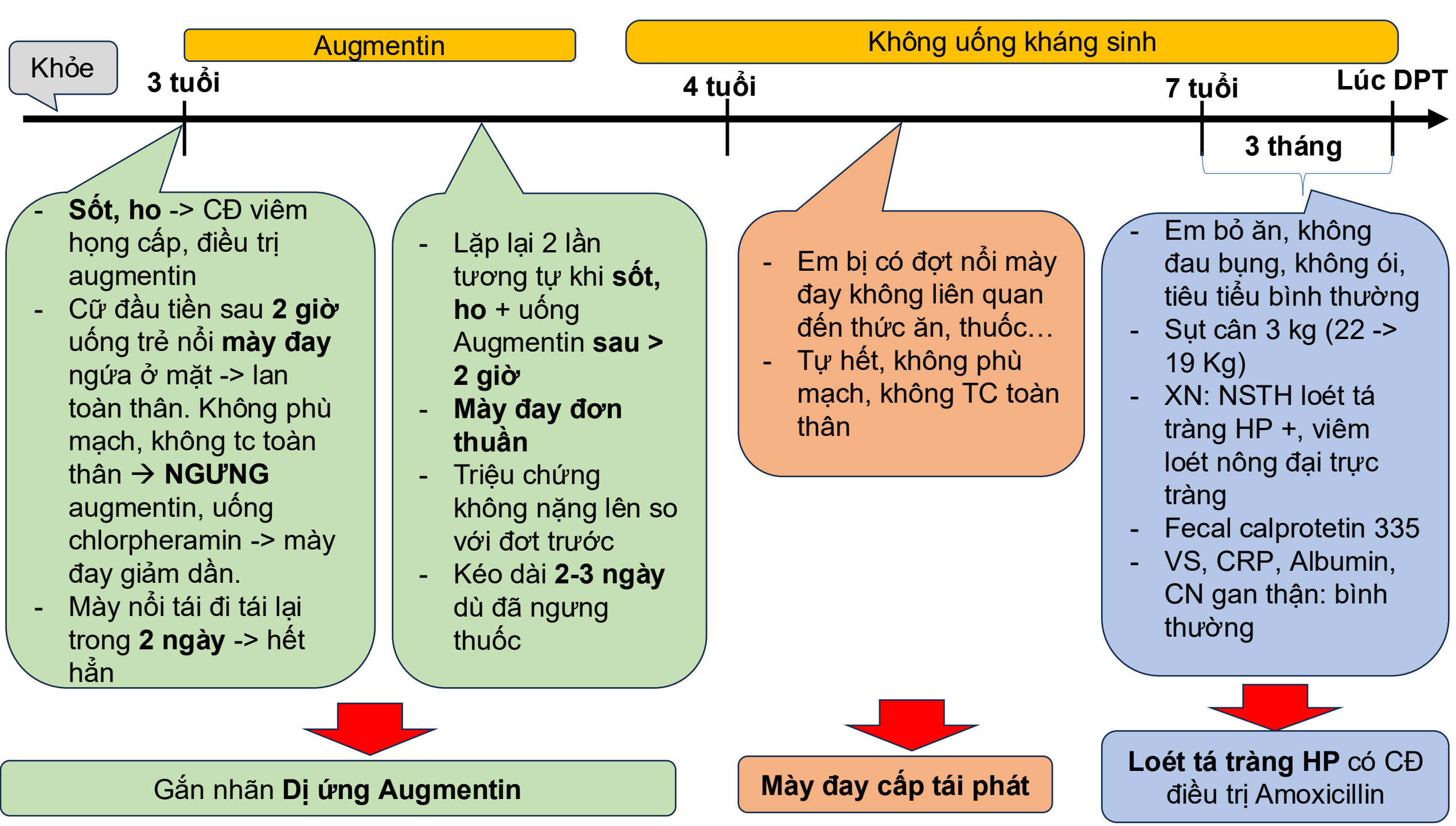
CA LÂM SÀNG 1

1. Hành chính

- Họ và Tên: Lê Đan Th.
- NS: 08/03/2017 (7 tuổi)
- NV: 09/07/2024

2. Tiền căn

- Con 2/2 sinh thường, đủ tháng CNLS 3,5 kg
- Sau sinh khỏe đến 3 tuổi. Trước 3 tuổi, trẻ uống Augmentin bình thường,
- Không ghi nhận: chàm da, VMDU, hen ...
- Gia đình: không mày đay, VMDU, hen,.....

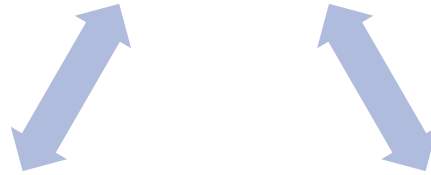


4. Vấn đề nghi dị ứng Augmentin

- Mày đay xuất hiện > 1 giờ
- Mày đay đơn thuần không kèm triệu chứng toàn thân
- Mày đay kéo dài > 1 ngày dù đã ngưng kháng sinh
- Triệu chứng không nặng lên ở các lần tiếp xúc tiếp theo
- Không tiếp xúc lại với thuốc trong > 3 năm kể từ lúc có triệu chứng nghi ngờ
- Mày đay tái đi tái lại không liên quan đến thuốc, thức ăn ...

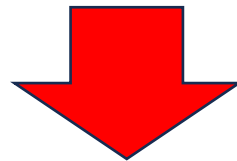
Nguy cơ thấp

BS ĐV
Dị ứng



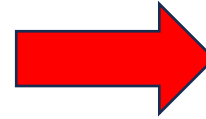
BS Tiêu hóa

Dược sĩ
lâm sàng



**Nghiệm pháp thử thách đường miệng với
Amoxicillin**

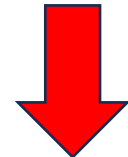
Nghiệm pháp thử thách đường miệng với Amoxicillin



Không triệu chứng



**Gỡ nhãn dị ứng
Amoxicillin**



Bs Tiêu hóa

**Điều trị phác đồ tiết
trừ HP**

CA LÂM SÀNG 2

Họ tên: N.N.K.N 07/02/2021

10/1/25

20/1/25

15/2/25

Tiền sử nhập viện nhiều lần tại khoa Tim mạch.

•**NV viện gần nhất** với các chẩn đoán: VP, CIV, Bệnh cơ tim dẫn nỡ. Mỡ KQ. Di chứng não sau bệnh TCM

•**Điều trị:** Meropenem trong 12 ngày

•**Biến cố:** Sau truyền Meropenem, ghi nhận **nổi mẩn đỏ da**, uống pheniramin giảm-> nghi **dị ứng Meropenem**

•**NV lại : Chẩn đoán**

- VP+ CIV+Bệnh cơ tim dẫn nỡ
- Mỡ khí quản/ Di chứng não do tay chân miệng
- **Nghi dị ứng Meropenem**

Diễn tiến điều trị:

•**KS ban đầu:**

Levofloxacin **24 ng**+Amikaci **5 ngày**

•**Lâm sàng:** Bé sốt tái đi tái lại, bilan nhiễm trùng tăng, X-quang phổi cải thiện chậm

•**Hội chẩn Đơn vị Dị ứng:** Đề nghị **test thử thách** với Meropenem

Thực hiện Test thử thách Meropenem:

•**Phương pháp:** Theo protocol 3 bước

•**Kết quả: Âm tính** ->

Bệnh nhân được sử dụng lại Meropenem an toàn

•**Xuất viện** sau 28 ngày điều trị Meropenem

GẮN NHÃN DỊ ỨNG MEROPENEM

GỠ NHÃN DỊ ỨNG MEROPENEM

CA LÂM SÀNG 3

- Họ tên: Đ.N.A.T. Ngày sinh: 18/04/2022 SHS 83036/24. Tiền căn: Chưa ghi nhận bất thường

N1

N22

N30

Nhập viện tại khoa Tiêu hóa

• Chẩn đoán lúc nhập viện:

Tiêu đàm máu kéo dài

➤ Điều trị ban đầu:

Cefotaxime (9 ngày) +
Metronidazole (uống)

• LS: Bé còn sốt tái đi tái lại,
phân còn nhầy máu

-> Đổi sang Ciprofloxacin

TTM

➤ Kết quả xét nghiệm:

• Cấy phân: E. coli ESBL (+),
kháng Ciprofloxacin, nhạy
với Imipenem và

Meropenem

• Xử trí: Đổi sang Imipenem

⚠ Phản ứng dị ứng với
Imipenem (sau 13 ngày truyền):

• Thời điểm xuất hiện mề đay:

Khoảng 2–3 phút sau truyền

• Biểu hiện: Mề đay rải rác vùng mặt

• Xử trí: Ngưng truyền, cho uống

Pheramin

→ Mề đay lặn hoàn toàn, không tái

phát : **GẮN NHÃN DỊ ỨNG**

MEROPENEM-> ngưng

👤 LS: Bé sốt lại, phân còn nhầy
máu

Hội chẩn Được LS

• Đề nghị: Amikacin Phối hợp lại
với Ciprofloxacin

LS vẫn kém đáp ứng

• HC Đơn vị Dị ứng: test thử thách
(DPT) với Imipenem

🧪 Test thử thách Imipenem (3
bước)

• Bước 1 (1%): Không ghi nhận phản
ứng

• Bước 2 (10%):

Sau truyền khoảng 20 phút (~4mL),

xuất hiện: Bé **bứt rứt, mề đay mặt,**

phù mi. Mạch 180 lần/phút **SpO2:**

94–95% **Phổi:** Ran ngáy

• Xử trí cấp cứu: Thở oxy, **Adrenaline,**
Solumedrol, Dimedrol Khí dung
Ventoline

→ Sau xử trí, **bệnh nhân ổn**

✅ **Kết luận cuối cùng:**

• **Dị ứng với Imipenem**

CA LÂM SÀNG 4

Họ tên: Trần Minh H 14 tháng SHS 314449/24 Tiền căn: bt

6/3/25

14/3/25

21/3/25

Trước ngày

06/03/2025:

- Bé điều trị tại **Bệnh viện Tỉnh** trong
- **14 ngày** với **KS** chích 3 lần/ngày (không rõ tên thuốc)

Nhập BVNĐ1

- **Chẩn đoán:** Viêm phổi
- **Điều trị: Cefepim**
 - **Phản ứng:** Sau chích liều đầu 5 phút, bé **nổi mề đay toàn thân**
 - **Xử trí:** Solumedrol + Dimedrol → **Đổi sang Levofloxacin**
 - **Ghi nhận: Báo ADR – dị ứng Cefepim**
- Trong quá trình nằm viện:
 - Bé **mắc sởi**, sốt, ho nhiều
 - **Điều trị kháng sinh:** Vancomycin + Imipenem (7 ngày) → **Xuất viện**

Tái nhập viện sau 2 tuần xuất viện

- **Chẩn đoán:** VP / Hậu sởi
- **Điều trị: Levofloxacin trong 9 ngày**
 - **3 ngày đầu:** Bé nổi mề đay ít, rải rác, giảm sau uống thuốc **kháng Histamine**
- **Hội chẩn:** Đơn vị Dị ứng + Dược lâm sàng → Đề nghị **gỡ nhãn dị ứng Cefepim** vì trẻ hậu sởi có nguy cơ nv nhiều lần nữa

Thực hiện đánh giá dị ứng Cefepim

- **Test da:**
 - **Test lấy da + test nội bì:** Âm tính
- **Test thử thách với Cefepim theo protocol 3 bước:**
 - **1% → 10% → 89%**
 - **Kết quả: Âm tính**
- **KẾT LUẬN:** Không dị ứng Cefepim →

GỠ NHÃN DỊ ỨNG

Bước	% tổng liều test	Lượng thuốc (mg)	Thể tích dung dịch cần rút (mL)	Thể tích NaCl 0,9% pha loãng tiếp <u>vừa đủ</u> (mL)	Tốc độ tiêm truyền (mL/h)	Thời gian truyền + theo dõi (phút)
1	1%	3,8	0,38 (dung dịch B, nồng độ 10mg/mL)	5	10	30 + 30
2	10%	38	3,8 (dung dịch B, nồng độ 10mg/mL)	5	10	30 + 30
3	89%	340	3,4 (dung dịch A, nồng độ 100mg/mL)	20	40	30 + 30
Tổng		381,8	7,58	30		180

❖ KẾT QUẢ: ☒ Âm tính ☐ Dương tính

TP. Hồ Chí Minh, ngày 21 tháng 04 năm 2025

Bác sĩ điều trị Bác sĩ Miễn dịch - Dịch ứng Dược sĩ lâm sàng Trưởng khoa lâm sàng

Kết luận

- **Gỡ nhãn dị ứng giúp cải thiện sử dụng KS**
 - Quy trình đơn giản, an toàn đối với các trường hợp nguy cơ thấp
 - Cần thiết để giảm tình trạng chẩn đoán quá mức dị ứng beta-lactam, giảm đề kháng KS.

Thank
you



Nhóm kháng sinh nào sau đây được dán nhãn dị ứng nhiều nhất

- A. Penicilline
- B. Quinolone
- C. Tetracyclin
- D. Macrolides

Phát biểu nào sau đây về test da là sai

- A. Nên được thực hiện tại bệnh viện
- B. Không cần thực hiện khi gỡ nhãn cho bệnh nhân nhóm nguy cơ cao
- C. Nghi ngờ dị ứng thuốc phản ứng nhanh < 6 giờ
- D. Vẫn có thể gây shock phản vệ

Tại sao cần thực hiện gờ nhãn dị ứng kháng sinh

- A. Tỷ lệ dị ứng thật sự với beta-lactam ở TE là dưới 1% (hơn 10 % được dán nhãn)
- B. Nguyên nhân biểu hiện dị ứng có thể do nhiễm virus
- C. Tránh kháng thuốc do không thể dùng kháng sinh bị dán nhãn
- D. Tất cả đúng

Nguyên nhân KHÔNG cần thiết phải dán nhãn dị ứng kháng sinh:

- A. Phát ban do virus trong khi dùng kháng sinh
- B. Tác dụng phụ nhẹ (tiêu chảy, buồn nôn)
- C. Tiền sử gia đình dị ứng penicillin
- D. Phản ứng sốc phản vệ sau khi dùng amoxicillin

Thử thách thuốc (Drug Provocation Test – DPT) được coi là:

- A. Phương pháp dự phòng
- B. Tiêu chuẩn vàng để xác định/loại trừ dị ứng thuốc
- C. Chỉ định bắt buộc cho mọi trường hợp sốc phản vệ
- D. Không áp dụng ở trẻ em