

Số: 310/QĐ-BVLBP

Khánh Hòa, ngày 17 tháng 11 năm 2019

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Về việc ban hành Quy trình cấp cứu sốc phản vệ**

**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI KHÁNH HÒA**

Căn cứ Quyết định số 2851/QĐ-UBND ngày 27/10/2004 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc đổi tên Bệnh viện chuyên khoa Lao thành Bệnh viện Lao và Bệnh phổi; Kiện toàn tổ chức Bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Biên bản cuộc họp ngày 13/11/2019 của Hội đồng KHKT;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp - Chỉ đạo tuyến.

**QUYẾT ĐỊNH:**


**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này “Quy trình cấp cứu sốc phản vệ” tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Khánh Hòa.

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký. Quy trình về cấp cứu sốc phản vệ trước đây trái với Quyết định này đều bãi bỏ.

**Điều 3.** Các Khoa, Phòng và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

**Nơi nhận:**

- Như điều 3;
- BGĐ BV;
- Lưu: VT, KHTH-CĐT.

 **GIÁM ĐỐC**  
**PHÓ GIÁM ĐỐC**

**Huỳnh Minh Tâm**



## QUY TRÌNH

**Cấp cứu sốc phản vệ tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Khánh Hòa**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 295/QĐ-BVLBP ngày 19 /11/2019  
của Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Khánh Hòa)

### I. ĐẠI CƯƠNG

1. Sốc phản vệ là một phản ứng dị ứng tức thì nguy hiểm nhất có thể dẫn đến tử vong đột ngột trong vòng một vài phút, sau khi tiếp xúc với dị nguyên. Nó tác động xấu cùng một lúc đến hầu hết hệ thống cơ quan người bệnh, do sự giải phóng ồ ạt các hóa chất trung gian từ các tế bào mast, basophil...

2. Có rất nhiều nguyên nhân có thể gây sốc phản vệ (thuốc, thức ăn, hoá chất, nọc côn trùng...) thuốc là nguyên nhân rất thường gặp. Tất cả các loại thuốc đều có thể gây sốc phản vệ, hay gặp nhất là thuốc kháng sinh họ  $\beta$  lactam, chống viêm giảm đau, giãn cơ, chống co giật, cản quang, gây tê, gây mê...

3. Tỷ lệ mắc sốc phản vệ châu Âu là 4-5 trường hợp/10.000 dân, ở Mỹ những năm gần đây là 58,9 trường hợp/100.000 dân. Ở Việt nam, tuy chưa có thống kê song sốc phản vệ do thuốc vẫn xảy ra thường xuyên, gặp ở mọi nơi, các bệnh viện và cơ sở y tế...nhiều trường hợp đã tử vong.

4. Thuốc điều trị sốc phản vệ chủ yếu là adrenalin. Tiên lượng phụ thuộc rất nhiều vào việc sử dụng sớm và đủ liều adrenalin cho người bệnh.

### II. CHẨN ĐOÁN

#### Chẩn đoán sốc phản vệ khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau

1. Xuất hiện đột ngột (trong vài phút đến vài giờ) các triệu chứng ở da, niêm mạc (ban đỏ, ngứa, phù môi-lưỡi-vùng họng hầu) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a. Triệu chứng hô hấp (khó thở, khò khè, ho, giảm ôxy máu)
- b. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA: ngất, đái ỉa không tự chủ.

**Hoặc 2/** Xuất hiện đột ngột (vài phút-vài giờ) 2 trong 4 triệu chứng sau đây khi người bệnh tiếp xúc với dị nguyên hoặc các yếu tố gây phản vệ khác:

- a. Các triệu chứng ở da, niêm mạc.
- b. Các triệu chứng hô hấp.
- c. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA.
- d. Các triệu chứng tiêu hoá liên tục (nôn, đau bụng)

**Hoặc 3.** Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với 1 dị nguyên mà người bệnh đã từng bị dị ứng.



- a. Trẻ em: giảm ít nhất 30% HA tâm thu hoặc tụt HA tâm thu so với tuổi.
- b. Người lớn: HA tâm thu < 90 mm Hg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu.

### III. XỬ TRÍ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

**Nguyên tắc: Khẩn cấp, tại chỗ, dùng ngay adrenalin**

#### 1. Xử trí cấp cứu: đồng thời, linh hoạt.

- a) Ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên: theo mọi đường vào cơ thể.
- b) Dùng ngay adrenalin: adrenalin là thuốc quan trọng nhất không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu sốc phản vệ.

**Adrenalin tiêm bắp ngay:** Liều khởi đầu, dung dịch adrenalin 1/1.000 tiêm bắp ở mặt trước bên đùi 0,5 – 1/2 ống 1mg/1ml ở người lớn. Ở trẻ em liều dùng 0,01 ml/kg, tối đa không quá 0,3 ống tiêm bắp/lần: Trẻ từ 6-12 tuổi. Trẻ dưới 6 tuổi: 0,15 ml /lần. Tiêm nhắc lại sau mỗi 5-15 phút/lần (có thể sớm hơn 5 phút nếu cần), cho đến khi huyết áp trở lại bình thường (Huyết áp tâm thu > 90 mmHg ở trẻ em lớn hơn 12 tuổi và người lớn; > 70 mmHg +(2 x tuổi) ở trẻ em 1 – 12 tuổi; > 70 mmHg ở trẻ em 1 -12 tháng tuổi).

**Adrenalin truyền tĩnh mạch:** nếu tình trạng huyết động vẫn không cải thiện sau 3 lần tiêm bắp adrenalin (có thể sau liều tiêm bắp adrenalin thứ hai). Truyền adrenalin tĩnh mạch, liều khởi đầu: 0,1µg/kg/phút (khoảng 0,3mg/ giờ ở người lớn), điều chỉnh tốc độ truyền theo huyết áp, nhịp tim và SpO2 đến liều tối đa 2 – 4mg/giờ cho người lớn.

Nếu không có máy truyền dịch thì dùng adrenalin như sau: Adrenalin (1mg/ml) 2 ống + 500ml dd glucose 5% (dung dịch adrenalin 4µg/ml). Tốc độ truyền với liều adrenalin 0,1 µg/kg/phút theo hướng dẫn sau:

Cân nặng (kg)	Tốc độ truyền		Cân nặng (kg)	Tốc độ truyền	
	ml/ giờ	Giọt/ phút		ml/ giờ	Giọt/ phút
6	9	3	40	60	20
10	15	5	50	75	25
20	30	10	60	90	30
30	45	15	70	105	45



Nếu không đặt được truyền adrenalin tĩnh mạch có thể dùng dung dịch adrenalin 1/10.000 (pha loãng 1/10) tiêm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhầy giáp với liều 0,1ml/kg/lần, tối đa 5ml ở người lớn và 3ml ở trẻ em.

c) Đảm bảo Tuần hoàn, hô hấp

- Ép tim ngoài lồng ngực, bóp bóng Ambu có oxy nếu ngừng tuần hoàn.
- Mở khí quản ngay nếu có phù nề thanh môn (da xanh tím, thở rít).

d) Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu thấp, chân cao

e) Thở ôxy 6-8 lít/phút cho người lớn, 1-5 lít/phút cho trẻ em

f) Thiết lập ngay đường truyền tĩnh mạch riêng: Dung dịch truyền tốt nhất trong cấp cứu sốc phản vệ là dung dịch Natriclorua 0,9%, truyền 1-2 lít ở người lớn, 500 ml ở trẻ em trong 1 giờ đầu.

g) Gọi hỗ trợ hoặc hội chẩn Khoa Cấp cứu, Hồi sức tích cực (nếu cần)

h) Các thuốc khác:

- Dimedrol 10mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch 2 ống ở người lớn, 1 ống ở trẻ em, có thể tiêm nhắc lại mỗi 4-6 giờ. Cách dùng khác (theo tuổi):

\* Người lớn: Dimedrol 10mg x 2 ống

\* 6 tuổi – 12 tuổi: Dimedrol 10mg x 01 ống,

\* Trẻ em < 6 tuổi: Dimedrol 10mg x ½ ống.

- Solu-Medrol (Methylprednisolon) lọ 40 mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch 2 lọ ở người lớn, 1 lọ ở trẻ em, có thể tiêm nhắc lại mỗi 4-6 giờ. Cách dùng khác (theo tuổi):

\* Người lớn và trẻ trên 12 tuổi: 2 ống 40 mg

\* Trẻ em 6 tuổi – 12 tuổi: 1 ống (40mg)

\* Trẻ em 6 tháng – 6 tuổi: ½ ống (20 mg)

\* Trẻ em dưới 6 tháng tuổi: ¼ ống (10 mg)

**Chú ý:** Điều dưỡng có thể sử dụng adrenalin tiêm bắp theo phác đồ khi bác sỹ không có mặt. Tuy theo điều kiện và chuyên khoa mà sử dụng các thuốc và phương tiện cấp cứu hỗ trợ khác.

## 2. Theo dõi điều trị

- Trong giai đoạn sốc: liên tục theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub>, tri giác và thể tích nước tiểu cho đến khi ổn định.



- Người bệnh sốc phản vệ cần được theo dõi ở bệnh viện đến 72 giờ sau khi huyết động ổn định.

#### **IV. DỰ PHÒNG SỐC PHẢN VỆ**

1. Hộp thuốc chống sốc phản vệ phải đảm bảo có sẵn tại các phòng khám, buồng điều trị, xe tiêm và mọi nơi có dùng thuốc.
2. Thầy thuốc, y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh cần nắm vững kiến thức và thực hành cấp cứu sốc phản vệ theo phác đồ.
3. Phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc và tiền sử dị ứng của người bệnh trước khi kê đơn hoặc dùng thuốc (ghi vào bệnh án hoặc sổ khám bệnh).
4. Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất, chỉ dùng đường tiêm khi không có thuốc hoặc người bệnh không thể dùng thuốc đường khác.
5. Thầy thuốc phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi khi đã xác định được thuốc hay dị nguyên gây dị ứng, nhắc nhở người bệnh mang theo thẻ này mỗi khi đi khám, chữa bệnh.
6. Cần tiến hành test da trước khi tiêm thuốc, vaccin nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc, cơ địa dị ứng, nguy cơ mẫn cảm chéo... việc thử test da phải theo đúng quy định kỹ thuật, phải có sẵn các phương tiện cấp cứu sốc phản vệ. Nếu kết quả test da (lấy da hoặc trong da) dương tính thì lựa chọn thuốc thay thế.
7. Người bệnh có tiền sử sốc phản vệ cần được trang bị kiến thức dự phòng sốc phản vệ và cách sử dụng bơm tiêm adrenalin tự động định liều nếu có.
8. Đối với thuốc cản quang có thể điều trị dự phòng bằng glucocorticoid và kháng histamin.