

# CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

BS. NGUYỄN THANH VŨ



## I. ĐỊNH NGHĨA:

---

**Phản ứng phản vệ** (anaphylaxis) là phản ứng quá mẫn tức thì đe dọa tính mạng bệnh nhân, là hậu quả của các hóa chất trung gian được tiết ra ảnh hưởng lên các cơ quan như: hô hấp, tuần hoàn, da niêm, tiêu hóa, thần kinh..

**Sốc phản vệ** là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong một vài phút.



## II. NGUYÊN NHÂN:

Nguyên nhân	Ví dụ:
Thức ăn	Các loại đậu, trứng, sữa, đồ biển, trái Kiwi ...
Côn trùng	Ong, sữa, Kiến, bò cạp ...
Thuốc	Kháng sinh, kháng viêm Aspirin, Vaccine, thuốc tê ...
Vật liệu tiếp xúc	Hạt latex, kim loại ...
Khác	Nhiệt độ lạnh, truyền máu, huyết tương ...

### III. CƠ CHẾ:

---

Cơ chế miễn dịch phụ thuộc IgE: 60% phản vệ quanh cuộc mỗ có thể qua trung gian kháng thể IgG hoặc IgM hoặc phức bộ kháng thể bổ thể

---

Cơ chế không miễn dịch (dạng phản vệ anaphylactoid) liên quan giải phóng trực tiếp histamin và các hoạt chất trung gian từ tế bào mast và ái kiềm

---



## IV. LÂM SÀNG

---

Biểu hiện của bệnh có thể ngay tức khắc sau khi tiếp xúc với dị nguyên, thường trong vòng vài giây đến 1 giờ; Đôi khi biểu hiện có thể xuất hiện trễ sau 12 giờ với các dấu hiệu sau: Thay đổi da niêm mạc, suy hô hấp, tuột huyết áp, thần kinh, tiêu hóa.





# Triệu chứng lâm sàng của sốc phản vệ

**Miệng:** ngứa quanh môi, lưỡi và phù môi, lưỡi

**Dạ:** đỏ, mẩn ngứa, phù mạch, hồng ban đa dạng, nổi gai óc

**Hệ tiêu hóa:** buồn nôn, đau bụng từng cơn, ói, tiêu chảy.

**Hệ hô hấp:** ngứa, khó chịu ở hầu họng, nuốt khó, khó nói, khàn giọng, ho khan, đôi khi biểu hiện co thắt phế quản gây thở nhanh, ngắn, khò khè, tức ngực ...

**Tim mạch:** Cảm giác mệt mỏi, ngất, đau ngực, loạn nhịp tim, hạ huyết áp.

**Khác:** ngứa quanh hốc mắt, phù đỏ, sưng mô liên kết, chảy nước mắt.

# Những triệu chứng cần cấp cứu ngay

Dấu hiệu tắc nghẽn đường hô hấp

Nhịp thở  $< 10$  hay  $> 29$  lần/ phút

$SpO_2 < 92\%$

Mạch  $< 50$  hoặc  $> 120$  lần/ phút

HA. Tâm thu  $< 90$  mm Hg

Điểm Glassgow  $< 12$  điểm



## SpO<sub>2</sub>

---

- SpO<sub>2</sub> ≥ 97%: bình thường, tình trạng bão hoà oxy trong máu ở mức ổn định.
  - SpO<sub>2</sub> từ 92 - 97%: người bệnh cần đặc biệt lưu ý và theo dõi tình trạng sức khỏe tại nhà.
  - SpO<sub>2</sub> < 92%: đây là lúc bệnh nhân gặp hiện tượng thiếu oxy trong máu một cách nghiêm trọng, gây nên các triệu chứng như tím tái ở ngón tay, ở môi, bệnh diễn tiến nặng,... Khi đó cần hỗ trợ hô hấp cho bệnh nhân, thở oxy bằng thiết bị chuyên dụng.
- 





## GLASSGOW

---

Thang điểm có ba yếu tố gồm các đáp ứng:

- Bằng mắt
- Lời nói
- Vận động



# Phân loại sốc phản vệ

---

- **Nhẹ (độ 1):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay ngứa phù mạch.
- **Nặng (độ 2):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:
  - Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh
  - Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi
  - Đau bụng, nôn, ỉa chảy



# Phân loại sốc phản vệ

- **Nguy kịch (độ 3):** có biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:
  - Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản
  - Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở
  - Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ trơn
  - Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp
- **Ngừng tuần hoàn (độ 4):** biểu hiện ngừng hô hấp ngừng tuần hoàn.

**Lưu ý: mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự.**



## V. CHUẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

---

- Sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn
- Tai biến mạch máu não
- Bệnh lý đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản(do dị vật , viêm)
- Các biểu hiện ở da: mày đay, phù mạch
- Các bệnh nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
- Các ngộ độc: rượu, histamin...





## VI. XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

---

### - Mức độ 1:

- Methylprednisolon hoặc diphenhydramine uống hoặc tiêm tùy tình trạng bệnh.
- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời



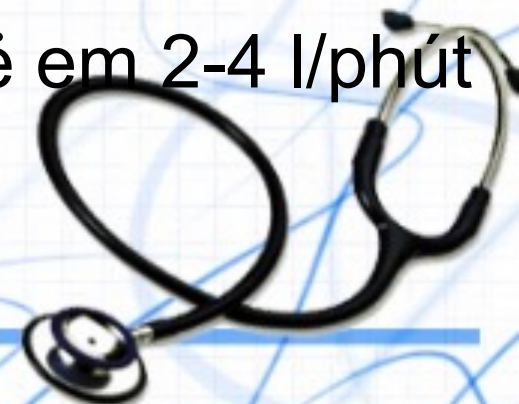


## VI. XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

---

**Phản vệ độ 2 có thể nhanh chóng chuyển sang độ 3 và độ 4 → Phải khẩn trương xử trí đồng thời theo diễn tiến bệnh:**

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
2. Tiêm Adrenalin
3. Đặt bệnh nhân nằm tại chỗ đầu thấp, nghiêng (nếu có nôn)
4. Thở oxy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ



## VI. XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

5. Đánh giá hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc bệnh nhân.
  - Ép tim ngoài long ngực bóp bóng (nếu ngừng tuần hoàn)
  - Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu có khó thở thanh quản)
6. Đặt đường truyền adrenaline TM kim to hoặc đặt catheter TM và đường truyền tĩnh mạch thứ 2 để truyền nhanh
7. Hội chuẩn với đồng nghiệp, tập trung xử trí, báo cáo cấp trên, hội chuẩn với bác sĩ HSCC hoặc chuyên khoa dị ứng miễn dịch



# ADRENALIN TIÊM BẮP ĐÙI

---

Bắt đầu bằng tiêm bắp (bắp đùi)

Liều dùng:

Người lớn:  $\frac{1}{2}$  -1 ống , Trẻ em:  $\frac{1}{5}$ - $\frac{1}{2}$  ống (adrenalin 1mg, 1ml)

Trẻ sơ sin hặc trẻ <10kg: 0,2ml (tương đương  $\frac{1}{5}$  ống).

Trẻ khoảng 10kg: 0,25ml (tương đương  $\frac{1}{4}$  ống).

Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương  $\frac{1}{3}$  ống).

Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương  $\frac{1}{2}$  ống)

Người lớn: 0,5 -1 ml (tương đương  $\frac{1}{2}$ -1 ống).

**Nhắc lại TIÊM BẮP ĐÙI sau 3-5 phút, 2-3 lần, cho đến khi hết triệu chứng nặng**

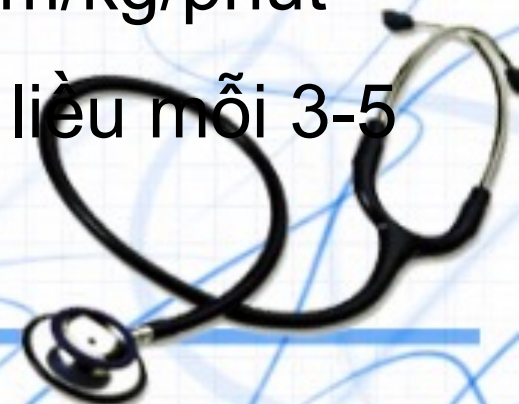
---



# ADRENALIN TIÊM TĨNH MẠCH

---

1. Sau khi tiêm bắp 2-3 lần, không cải thiện, chuyển pha loãng 1/10 ( $1\text{mg} = 10\text{ ml}$ ) tiêm tĩnh mạch liều BẰNG 1/10 LIỀU TIÊM BẮP, nhắc lại mỗi 3 phút đến khi hết triệu chứng.
2. Sau 2-3 lần tiêm TM, sau khi đã có đường truyền  $\rightarrow$  truyền liên tục  $0,1\text{ microgram/kg/phút}$  (khoảng  $1/3$  ống mỗi giờ), điều chỉnh liều mỗi 3-5 phút.

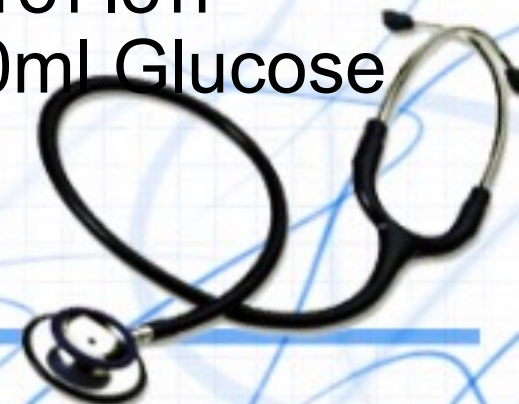




## MỘT SỐ LOẠI THUỐC KHÁC

---

1. Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm TM (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).
2. Kháng histamin H1: diphenhydramin (Dimedrol) tiêm bắp hoặc TM: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.
3. Kháng histamin H2: ranitidin ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1 mg/kg pha trong 20ml Glucose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.





## MỘT SỐ LOẠI THUỐC KHÁC

---

4. Glucagon: nếu tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm TM trong 5 phút, trẻ em 20-30ug/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền 5-15ug/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt (glucagon gây nôn).

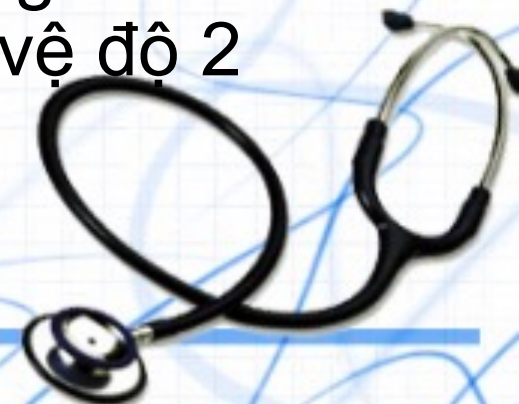
5. Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền TM khi sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.



## VII. THEO DÕI

---

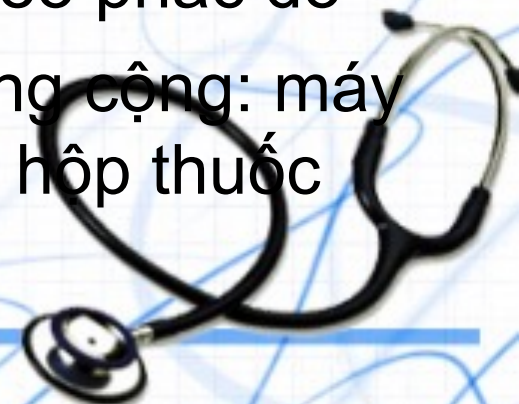
1. Giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SPO2 và tri giác bệnh nhân 3-5 phút/lần đến khi ổn định
2. Giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SPO2 và tri giác bệnh nhân 1-2 giờ/lần trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.
3. Tất cả người bệnh PV phải được theo dõi ở cơ sở khám chữa bệnh ít nhất 24 giờ sau khi HA đã ổn định và đề phòng phản vệ độ 2



## VIII. CHUẨN BỊ CẤP CỨU PHẢN VỆ

---

1. Adrenalin là thuốc thiết yếu, quang trọng hàng đầu sẵn có để sử dụng cấp cứu PV
2. Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu PV
3. Cơ sở KCB phải có hộp thuốc CCPV và trang thiết bị y tế theo quy định
4. Bác sĩ, nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành được cấp cứu phản vệ theo phác đồ
5. Trên các phương tiện giao thông công cộng: máy bay, tàu thủy, tàu hỏa... cần trang bị hộp thuốc cấp cứu PV.



# Hộp thuốc chống sốc gồm có

---

1. Adrenalin 0.1% : 5 ống
2. Hydrocortisone 100mg hoặc methypresnisolone (Solumedrol 40mg) hay Depersolon 30mg : 5 ống
3. Bơm tiêm 10ml: 2 cái , bơm tiêm 1ml : 1 cái
4. Bông băng gạc tiệt khuẩn, cồn, dây garo.
5. Nước cất 10ml: 2 ống
6. Phác đồ điều trị cấp cứu sốc phản vệ





# Trang thiết bị tối thiểu tại CSKCB

---

1. Oxy
2. Bóng AMBU và mặt nạ người lớn trẻ em
3. Bơm xịt salbutamol
4. Bộ đặt nội khí quản và/hoặc mở khí quản và/hoặc mask thanh quản
5. Nhũ Lipid 20% đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê
6. Các thuốc dị ứng đường uống
7. Dịch truyền NaCl 0,9%





## IX. DỰ PHÒNG PHẢN VỆ

---

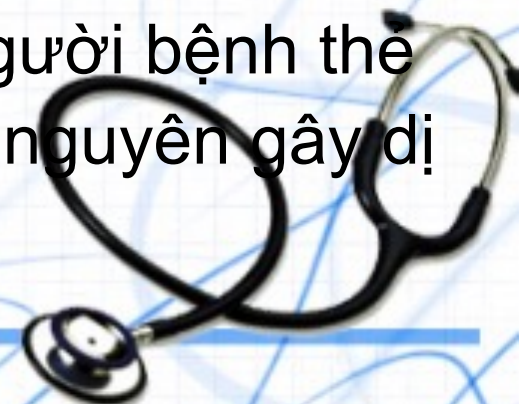
1. Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất, chỉ tiêm khi không sử dụng được đường khác.
2. Không phải thử phản ứng cho tất cả các thuốc trừ trường hợp có chỉ định của Bác sĩ
3. Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh



## IX. DỰ PHÒNG PHẢN VỆ

---

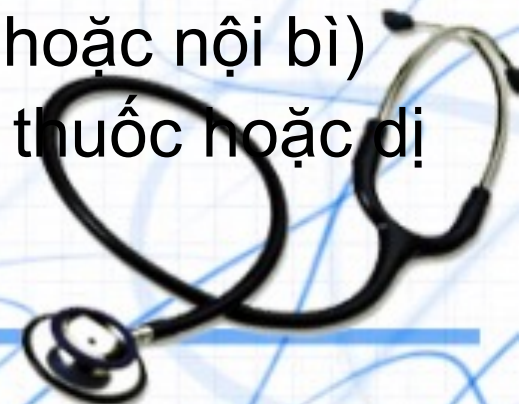
4. Tất cả các trường hợp Phải được báo cáo về trung tâm quốc gia về Thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc
5. Bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh trước khi kê đơn thuốc.
6. Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ. Nhân viên y tế phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng.



## X. THỬ TEST PHẢN ỨNG

---

1. Phải test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên có liên quan và nếu người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau.
2. Khi thử test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ.
3. Việc làm test da theo quy trình của bộ y tế
4. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test da (lấy da hoặc nội bì) dương tính thì không được sử dụng thuốc hoặc dị nguyên đó.



## X. THỬ TEST PHẢN ỨNG

---

5. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test lấy da âm tính với dị nguyên đó thì tiếp tục làm test nội bì.
6. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lấy da và nội bì âm tính với thuốc hoặc dị nguyên, trong trường hợp cấp cứu phải sử dụng thuốc
7. Sau khi tình trạng dị ứng ổn định được 4-6 tuần, khám lại chuyên khoa dị ứng.





# VI. TÓM LẠI

1

- Phát hiện và phân loại nhanh bệnh nhân có dấu hiệu sốc phản vệ

2

- Xử trí kịp thời:
  - + Độ 1: Chỉ biểu hiện ở da và chưa cần dùng adrenalin
  - + Độ 2-4: Adrenalin là cơ bản theo phát đồ tiêm bắp trước sau đó tiêm TM nếu cần

3

- Chuyển bệnh nhân vào bệnh viện dù đã thoát PV, với bệnh nhân ngưng tuần hoàn chỉ được di chuyển khi tuần hoàn được tái lập

4

- Dự phòng phản vệ