

# PHẢN VỆ

(theo thông tư số 51/2017/TT-BYT)

Chẩn đoán – phân độ phản vệ

1. Người bệnh nam 30 tuổi nhập viện cấp cứu trong tình trạng **khó thở, thở rít**. Ngứa, da đỏ ửng, phù mi mắt. Mạch 120 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg. Hỏi người bệnh vừa uống thuốc cảm mua ở tiệm thuốc tây cách đó 1 giờ. Chẩn đoán nào sau đây phù hợp?

- A. Viêm họng
- B. Viêm phế quản
- C. Phản ứng phản vệ**
- D. Dị vật đường thở

**2.1. Triệu chứng gợi ý:** khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Mày đay, phù mạch nhanh
- Khó thở, tức ngực, thở rít
- Đau bụng hoặc nôn
- Hạ huyết áp hoặc ngất
- Rối loạn ý thức.

**2.2. Bệnh cảnh lâm sàng**

**Bệnh cảnh lâm sàng 1:** triệu chứng xuất hiện trong **vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc** (mày đay, phù mạch, ngứa,...) và có **ít nhất một trong hai** triệu chứng sau:

- Các triệu chứng **hô hấp**: khó thở, thở rít, ran rít
- **Hạ huyết áp** hay hậu quả hạ huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiểu tiện không tự chủ).

**Bệnh cảnh lâm sàng 2:** có **ít nhất 2 trong 4** triệu chứng sau xuất hiện trong **vài giây đến vài giờ** sau khi người bệnh tiếp xúc với **yếu tố nghi ngờ**:

- Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa
- Các triệu chứng **hô hấp** (khó thở, thở rít, ran rít)
- **Hạ huyết áp** hoặc các hậu quả của hạ huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ,...)
- Các triệu chứng **tiêu hóa** (nôn, đau bụng,...).

**Bệnh cảnh lâm sàng 3:** **hạ huyết áp** xuất hiện trong **vài giây đến vài giờ** sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà **người bệnh đã từng bị dị ứng**:

- Huyết áp tâm thu **< 90 mmHg hoặc giảm 30%** so với trị số huyết áp tâm thu nền.

## **Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:**

(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

**1. Nhẹ (độ I):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

**2. Nặng (độ II):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

- a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

**3. Nguy kịch (độ III):** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

- a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
- b) Thở: thở nhanh, khô khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

Độ II (Phản vệ mức độ nặng)

**4. Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

54. Theo thông tư số 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ, triệu chứng nào sau đây được phân loại vào phản vệ mức độ nặng?

- A. Chỉ có biểu hiện ở da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch
- B. Đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy kèm nhịp tim nhanh
- C. Thở nhanh, khô khè, tím tái
- D. Mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp

- Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
- Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

**II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I):** dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

**III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)**

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
2. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).
3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
4. Thở ô xy: người lớn 6-10l/phút, trẻ em 2-4l/phút qua mặt nạ hở.
5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.
  - a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
  - b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).
6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).
7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

**Câu 5:** Bệnh nhân nam, 19 tuổi, nhập cấp cứu bệnh viện quận vì bị ong đốt. Tiền căn hen không điều trị vì 2 năm nay không triệu chứng. Cách 15 phút, người bệnh bị ong đốt vào cánh tay. Sau khi bị ong đốt, người bệnh cảm thấy ngứa tay chân, phù môi, mặt, khan tiếng nên đã tới bệnh viện 5 phút sau khi phù mặt. Khám: người bệnh tỉnh, mạch 98 lần/phút, huyết áp 100/70 mmHg, nhịp thở 28 lần/phút, SpO2 98%, nhiệt độ 37 độ C kèm có sẩn hồng ban vùng tay bị ong đốt, vùng mặt và rải rác trên ngực, hai tay và tiếng rít thanh quản nghe rõ vùng cổ, trước ngực, lan ra ngoại vi.

Xử trí đầu tiên phù hợp nhất là gì?

- A.** Adrenaline 1mg/mL 0,5 mL tiêm bắp **Độ 3.**  
**B.** Nằm đầu cao, thở oxy 6 lít/phút qua cannula

- C.** Ventolin 5 mg phun khí dung  
**D.** Hydrocortisol 100 mg 1 ống tiêm mạch



### - Tiêm bắp:

- + Thuốc adrenalin 1 mg = 1 mL = 1 ống, tiêm bắp: người lớn: 0,5 – 1 mL (tương đương 1/2 – 1 ống)
- + Theo dõi huyết áp 3 – 5 phút/lần
- + Tiêm nhắc lại adrenalin liều như trên 3 – 5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định
- + Nếu mạch không bắt được, huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2 – 3 lần tiêm bắp như trên hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn, phải chuyển sang tiêm truyền tĩnh mạch.

### - Tiêm mạch nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch:

- + Tiêm tĩnh mạch chậm adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1 mg pha với 9 mL nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu phân vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- + Cụ thể là: 0,5 – 1 mL (dung dịch pha loãng 1/10.000 = 50 – 100 µg) tiêm trong 1 – 3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

### - Truyền tĩnh mạch nếu đã có đường truyền tĩnh mạch:

- + Truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 µg/kg/phút, cứ 3 – 5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.
- + Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000 mL – 2.000 mL ở người lớn, có thể nhắc lại nếu cần thiết.
- + Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

51. Bệnh nữ, 46 tuổi, 50kg, sau khi ăn bánh pía khoảng 1 giờ thấy ngứa miệng, sau đó nổi mề đay vùng miệng, đau bụng, buồn nôn, bn vội vàng đến khám tại phòng khám ngoại chấn. Khám ghi nhận tình táo, mạch 70 lần/phút, huyết áp 115/75 mmHg, tần số thở 20 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 96% với khí trời nổi mề đay và ngứa quanh miệng và vùng da bụng, và hông lưng. Xử trí lúc này nên như thế nào?

- A. Cetirizine 10mg, 1 viên uống, cho về nhà
- B. Medrol 16mg, 2 viên uống + Cetirizine 10 mg, 1 viên uống, cho về nhà
- C. Medrol 16mg, 2 viên uống + Cetirizine 10 mg, 1 viên uống, nhập viện theo dõi 24 giờ
- D. Adrenaline 0.1%, 1ml, ½ ống tiêm bắp, nhập khoa cấp cứu theo dõi 24 giờ

55. Bệnh nhân nam, 35 tuổi (60 kg), bị ong vò vẽ đốt 16 mũi, nhập cấp cứu trong tình trạng khó thở, thở rít. Khám cấp cứu ghi nhận tình táo, mạch 102 lần/phút, huyết áp 95/55 mmHg, tần số thở 25 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 94% với khí trời, nổi mề đay nhiều và ngứa xung quanh chỗ bị ong chích. Chế độ điều trị thuốc lúc này nên như thế nào?

- A. Methylprednisolone 40 mg tiêm mạch + Diphenhydramine 50 mg/1 ml tiêm mạch
- B. Adrenaline 0,1% 1 ml, 1/2 ống tiêm bắp
- C. Adrenaline 0,1%, 1 ống pha loãng thành 10 ml, tiêm mạch chậm 0,5 - 1 ml (50 - 100 mg)
- D. Adrenaline 0,1%, 1 ống pha loãng thành 250 ml nhỏ giọt tĩnh mạch 30 giọt/phút

1. Người bệnh nam 30 tuổi nhập viện cấp cứu trong tình trạng **khó thở, thở rít**. Ngứa, da đỏ ửng, phù mi mắt. Mạch 120 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg. Hỏi người bệnh vừa uống thuốc cảm mua ở tiệm thuốc tây cách đó 1 giờ. Chẩn đoán nào sau đây phù hợp?

- A. Viêm họng
- B. Viêm phế quản
- C. Phản ứng phản vệ**
- D. Dị vật đường thở

2. Xử trí nào sau đây phù hợp với người bệnh trên?

- A. Phun khí dung ventolin 5 mg pha với nước muối sinh lý ba lần liên tiếp
- B. Nội soi gấp dị vật
- C. Cho kháng sinh, long đàm, methylsolone
- D. Tiêm adrenalin, methylprednisolone, chống dị ứng**

3. Thuốc khác:

- 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 tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như **diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch**: người lớn **25-50mg** và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như **ranitidin**: ở người lớn **50mg**, ở trẻ em 1mg/kg pha trong **20ml Dextrose 5%** tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- **Glucagon**: sử dụng trong các trường hợp **tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin**. Liều dùng: người lớn **1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút**, trẻ em **20-30µg/kg**, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch **5-15µg/phút** tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

52. Theo dõi tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> cho trường hợp **phản vệ mức độ I** như thế nào là đúng?

- A. Mỗi 5 – 10 phút vì phản vệ có thể thay đổi độ nặng bất kỳ lúc nào
- B. Mỗi 15 – 20 phút vì phản vệ độ I chỉ là mức độ nhẹ nên không cần theo dõi quá kĩ
- C. Mỗi 1 – 2 giờ cho đến tối thiểu 24 giờ vì có thể có phản vệ pha hai đến muộn**
- D. Phản vệ độ I chỉ ảnh hưởng da và niêm mạc nên không cần theo dõi mạch, huyết áp

1. Trong giai đoạn cấp theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cấp được theo dõi ít nhất 24 giờ và được theo dõi, chăm sóc đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đã phòng ngừa dị ứng.

4. Ngừng cấp cứu nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

## VI. Theo dõi

1. Trong **giai đoạn cấp**: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác **3-5 phút/lần** cho đến khi ổn định.

2. Trong **giai đoạn ổn định**: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác **mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo**.

3. **Tất cả các người bệnh phản vệ** cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến **ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định** và để phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.