CẬP NHẬT
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ
SỐC PHẢN VỆ

TS.BS Đỗ Quốc Huy

Đặt vấn đề

- Sốc phản vệ - tai nạn, rủi ro, biến cố không mong muốn:
  - Trong quá trình **dùng thuốc điều trị**: tiêm truyền, uống, bôi, …
  - Trong **sinh hoạt**: sử dụng thực phẩm, bị côn trùng đốt, …
- **Tần suất** ≈ 0,05 – 2 % dân số, tỷ lệ xuất hiện ngày càng ↑.
  - Xã hội đặc biệt quan tâm vì có nhiều NB tử vong đáng tiếc…
  - Thực tiễn xử trí cấp cứu SPV còn nhiều bất cập…
  - Điều dưỡng không thể chẩn đoán được SPV để dùng thuốc ...
  - Bác sĩ không thể có mặt kịp thời để quyết định chẩn đoán và xử trí

Đặt vấn đề

- Từ 1999 Bộ Y tế đã có Thông tư số 08/1999/TT-BYT hướng dẫn phòng cấp cứu sốc phản vệ.
- Mục tiêu: giúp NVYT hoặc người chăm sóc
  - Nhận biết sớm được NB bị SPV và
  - Xử trí cấp cứu kịp thời khi có SPV

  Ngăn chặn có hiệu quả tiến triển của SPV đe dọa tính mạng NB
- Nhắc lại phác đồ cấp cứu SPV của BYT và cập nhật một số thông tin trong các Guidelines QT những năm gần đây về chẩn đoán và điều trị sốc phản vệ.

7. Tại các phòng khám, buồng điều trị và nơi có dùng thuốc phải có sẵn một hộp thuốc chống sốc phản vệ (quy định tại phụ lục 5).

8. Các 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 cấp cứu ban hành theo Thông tư này (Phụ lục 6)

Thông tư này có hiệu lực sau 15 ngày kể từ ngày ký ban hành. Những quy định trước đây trái với thông tư này đều bãi bỏ.

Nhận được Thông tư này Sở y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, y tế các ngành, Cục Quân y Bộ Quốc phòng, Cục Y tế Bộ Công an, các cơ sở khám chữa bệnh nhà nước, tư nhân, các cơ sở khám chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài tổ chức triển khai thực hiện.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc gì, đề nghị các đơn vị, địa phương phản ảnh ý kiến về Bộ Y Tế (Vụ Điều trị) 138A Giảng Võ, Hà Nội. ĐT:(04)8460157; Fax: (04)8460966) để nghiên cứu, bổ sung và sửa đổi cho phù hợp.

Lê Ngọc Trọng

(Đã ký)

Để phòng ngừa và giảm tối thiểu các tai biến, tử vong do sốc phản vệ gây ra, Bộ Y tế hướng dẫn các thầy thuốc, các cơ sở khám chữa bệnh của nhà nước, tư nhân, các cơ sở khám chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài thực hiện các yêu cầu sau:

PHỤ LỤC 6

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

I. TRIỆU CHỨNG:

Ngay sau khi tiếp súc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện:

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...), tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan:
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở
- Đau quăn bụng, ia đái không tự chủ
- Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê
- Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.

II. XỬ TRÍ:

A. Xử trí ngay tại chỗ:

1. Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt, mũi)
2. Cho bệnh nhân nằm tại chỗ
3.Thuốc: Adrenaline là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ

Adrenaline dung dịch 1/1.000, ống 1ml = 1mg, tiêm dưới da ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:

+ 1/2 - 1 ống ở người lớn

+ Không quá 0,3 ml ở trẻ em (ống 1 ml (1mg) + 9ml nước cất = 10 ml sau đó tiêm 0,1 ml/kg)

+ Hoặc adrenaline 0,01 mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn.

Tiếp tục tiêm adrenaline liều như trên 10 - 15 phút/lần cho đến khi huyết áp trở lại bình thường.

Ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10 - 15 phút/lần (nằm nghiêng nếu có nôn)

Nếu sốc quá nặng đe doạ tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm adrenaline dung dịch 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua tĩnh mạch, bơm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhẫn giáp.

B. Tuỳ theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến có thể áp dụng biện pháp sau:

1. Xử trí suy hô hấp

Tuỳ theo tuyến và mức độ khó thở có thể sử dụng các biện pháp sau đây:

Thở oxy mũi - thổi ngạt

Bóp bóng Ambu có oxy

Đặt ống nội khí quản, thông khí nhân tạo. Mở khí quản nếu có phù thanh môn.

Truyền tĩnh mạch chậm: aminophylline 1mg/kg/giờ hoặc terbutaline 0,2 microgam/kg/phút.

Có thể dùng:

Terbutaline 0,5mg, 1 ống dưới da ở người lớn và 0,2 ml/10kg ở trẻ em. Tiêm lại sau 6-8 giờ nếu không khó thở.

Xịt họng terbutaline, salbutamol mỗi lần 4-5 nhát bóp, 4-5 lần trong ngày.

2. Thiết lập một đường truyền tĩnh mạch adrenaline để duy trì huyết áp bắt đầu bằng 0,1 microgam/kg điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (khoảng 2mg adrenalin/giờ cho người lớn 55 kg)

3. Các thuốc khác

- Methylpredníolone1-2mg/kg/4giờ hoặc hydrocortisone hemisuccinate 5mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch (C tiêm bắp ở tuyến cơ sở). Dùng liều cao hơn nếu sốc nặng (gấp 2-5 lần)
- Natriclorua 0,9% 1-2 lít ở người lớn, không quá 20 ml/kg ở trẻ em.
- Diphenhydramine 1-2 mg tiêm bắp hay tĩnh mạch

4. Điều trị phối hợp:

Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hoá

Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc

Chú ý:

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định
- Sau khi sơ cứu nên tận dụng đường tiêm tĩnh mạch đùi (vì tĩnh mạch to, nằm phía trong động mạch đi tim)
- Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi truyền đủ dung dịch và adrenaline, thì có thể truyền thêm huyết tu albumin (hoặc máu nếu mất máu) hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có.
- Điều dưỡng có thể sử dụng adrenaline dưới da theo phác đồ khi y, bác sỹ không có mặt.
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

PHỤ LỤC 4

KỸ THUẬT LÀM TEST LẨY DA

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

Test lẩy da là test khá chính xác, tương đối an toàn và dễ làm để dự phong sốc phản vệ

1. Kỹ thuật làm test lẩy da:

* Nhỏ một giọt dung dịch kháng sinh (penicillin hoặc streptomycin) nồng độ 100.000 đơn vị/1 ml lên mặt da 1 gam streptomycin tương đương 1 triệu đơn vị).

* Cách đó 3 - 4 cm nhỏ một giọt dung dịch NaCl 0,9% (làm chứng).

* Dùng kim tiêm vô khuẩn (số 24) châm vào 2 giọt trên (mỗi giọt dùng kim riêng), qua lớp thượng bì, tạo với nặt da một góc 450 rồi lẩy nhẹ, không được làm chảy máu. Sau 20 phút đọc và đánh giá kết quả.

2. Đọc kết quả các thử nghiệm lẩy da (prick test)

Mức độ	Ký hiệu	Biểu hiện
Âm tính	-	Giống như chứng âm tính
Nghi ngờ	+/-	Ban sẩn đường kính < 3 mm
Dương tính nhẹ	+	Đường kính ban sẩn 3-5 mm, ngứa, xung huyết
Dương tính vừa	++	Đường kính ban sẩn 6-8 mm, ngứa, xung huyết
Dương tính mạnh	+++	Đường kính ban sẩn 9-12 mm, ngứa, chân giả
Dương tính rất mạnh	++++	Đường kính trên 12 mm, ngứa nhiều, nhiều chân giả

PHỤ LỤC 5

NỘI DUNG HỘP THUỐC CẤP CỨU CHỐNG SỐC PHẢN VỆ

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

A. Các khoản cần thiết phải có trong hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ (tổng cộng: 7 khoản)

1. Adrenaline 1 mg - 1 ml 2 ống

2. Nước cất 10 ml 2 ống

3. Bơm kim tiêm vô khuẩn

(dùng một lần):

10 ml 2 cái

1 ml 2 cái

4. Hydrocortisone hemisuccinate 100 mg hoặc methyprednisolone

(Solumedrol 40 mg hoặc Depersolone 30 mg) 2 ống

5. Phương tiện khử trùng (bông, băng, gạc, cồn)

6. Dây ga-rô

7. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

B. Tuỳ theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến, các phòng điều trị nên có các thiết bị y tế sau:

- Bơm xịt salbutamol hoặc terbutaline
- Bóng Ambu và mặt nạ
- Ống nội khí quản
- Than hoạt

Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

(kèm theo thông tư số 08/1999-TT-BYT,ngày 04 Tháng 05 Năm 1999)

I. Triệu Chứng: ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện **cảm giác khác thường** (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi…), tiếp đó có các biểu hiện sau:

- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke.
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt, có khi không đo được.
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.
- Đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ.
- Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê.
- Choáng váng…, vật vã, giẫy giụa, co giật.

Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

(kèm theo thông tư số 08/1999-TT-BYT,ngày 04 Tháng 05 Năm 1999)

II. Xử Trí:

A. Xử trí ngay tại chỗ:

1. Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt, mũi…).
2. Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.
3. Thuốc:
   - Adrenaline thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ.
   - Adrenaline dung dịch 1/1.000, ống 1ml =1mg,
   - Adrenaline **tiêm dưới da** ngay như sau:

Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

(kèm theo thông tư số 08/1999-TT-BYT,ngày 04 Tháng 05 Năm 1999)

- Adrenaline **tiêm dưới da** ngay như sau:
  - 1/2 đến 1 ống ở người lớn, không quá 0.3ml ở trẻ em (pha 01ống 1ml + 9ml nước cất = 10ml sau đó tiêm 0.1ml/kg) hoặc Adrenaline 0.01mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn.
  - Tiếp tục tiêm Adrenaline liều như trên **10 – 15 phút/lần** cho đến khi huyết áp trở lại bình thường, ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10 – 15phút/ lần (nằm nghiêng nếu có nôn).
  - Nếu sốc quá nặng đe doạ tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm Adrenaline dung dịch 1/10.000 (pha loãng1/10) qua tĩnh mạch, bơm qua ống nội khí quảnhoặc tiêm qua màng nhẫn giáp.

Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

(kèm theo thông tư số 08/1999-TT-BYT,ngày 04 Tháng 05 Năm 1999)

B. Tuỳ theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn KT của từng tuyến có thể áp dụng các biện pháp sau:

1. **Xử trí suy hô hấp:**
   - Thở ôxy mũi, thổi ngạt.
   - Bóp bóng Ambu có oxy.
   - Đặt NKQ, thông khí NT hoặc Mở KQ nếu có phù thanh môn.
   - Truyền tĩnh mạch chậm : Aminophyline 1mg/kg/giờ hoặc Terbutaline 0,2 microgam/kg/phút. Có thể dùng: Terbutaline 0.5mg, 01 ống dưới da cho người lớn và 0,2ml/10kg ở trẻ em. Tiêm lại sau 6 – 8 giờ nếu không đỡ khó thở.

Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

(kèm theo thông tư số 08/1999-TT-BYT,ngày 04 Tháng 05 Năm 1999)

2. **Thiết lập đường truyền tĩnh mạch:**
   - Adrenaline để duy trì HA bắt đầu bằng 0.1microgam/kg/phút điều chỉnh tốc độ theo HA (khoảng 2mg Adrenaline/giờ cho người lớn 55kg).
3. **Các thuốc khác:**
   - Methylprednisolon 1- 2mg/kg/4giờ hoặc Hydrocortisone.
   - Hemisuccinate 5mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở cấp cơ sở). Dùng liều cao nếu sốc nặng (gấp 2- 5 lần).
   - Natriclorua 0.9% 1- 2 lít ở người lớn, không > 20ml/kg ở trẻ em.
   - Diphenhydramine 1- 2mg tiêm bắp hay tĩnh mạch.

Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

(kèm theo thông tư số 08/1999-TT-BYT,ngày 04 Tháng 05 Năm 1999)

4. Điều trị phối hợp :

- Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hoá.
- Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.
- Chú ý:
  - Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định.
  - Sau khi sơ cứu nên vận dụng đường tiêm tĩnh mạch đùi.
  - Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi truyền đủ dịch và Adrenaline, thì có thể truyền thêm huyết tương, albumin (hoặc máu nếu mất máu) hoặc bất cứ dung dịch cao phân tử nào sẵn có.
  - Điều dưỡng có thể dùng Adrenaline dưới da theo phác đồ khi bác sỹ không có mặt.
  - Hỏi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dung thuốc cần thiết.

Hộp thuốc chống sốc phản vệ

(Kèm theo thông tư số 08/199 – TTBYT, ngày 04 tháng 05 năm 1999)

Gồm 07 khoản:

1.Adrenaline 1mg – 1mL **2 ống**

2.Nước cất 10 mL 2 ống

3.Bơm tiêm vô khuẩn (dùng một lần):

- 10mL 2 cái
- 1mL 2 cái

4.Hydrocortisone 100mg hoặc Methyprednisolon (Solumedrol 40mg hoặc Depersolon 30mg 02 ống).

5.Phương tiện khử trùng(bông, băng, gạc, cồn)

6.Dây garo.

7.Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ.

Các Guidelines quốc tế gần đây

CURRENT OPINION

2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis

F. Estelle R. Simons[a], Ledit R.F. Ardusso[b], M. Beatrice Bilò[c], Vesselin Dimov[d], Motohiro Ebisawa[e], Yehia M. El-Gamal[f], Dennis K. Ledford[g], Richard F. Lockey[g], Johannes Ring[h], Mario Sanchez-Borges[i], Gian Enrico Senna[j], Aziz Sheikh[k], Bernard Y. Thong[l], Margitta Worm[m], for the World Allergy Organization

Purpose of review

The World Allergy Organization (WAO) Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis published in early 2011 provide a global perspective on patient risk factors, triggers, clinical diagnosis,

Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis (Review)

Choo KJL, Simons FER, Sheikh A

This This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2010, Issue 10

http://www.thecochranelibrary.com

THE COCHRANE COLLABORATION®

AUTHORS' CONCLUSIONS

- Implications for practice

We found no relevant evidence for the use of glucocorticoids in the treatment of an acute episode of anaphylaxis. We are, therefore, unable to make any new recommendations based on the findings of this review. While we do not necessarily suggest that anaphylaxis guidelines no longer recommend glucocorticoids, these guidelines need to be more explicit about the basis of their recommendations regarding the use of these agents (Alrasbi M, Sheikh A. Comparison of international guidelines for the emergency medical management of anaphylaxis. *Allergy 2007;* 62:838–41.).

Resuscitation Council (UK)

Emergency treatment of anaphylactic reactions

Guidelines for healthcare providers

Working Group of the Resuscitation Council (UK)

January 2008

Annotated with links to NICE guidance July 2012

Areas covered by NICE Clinical

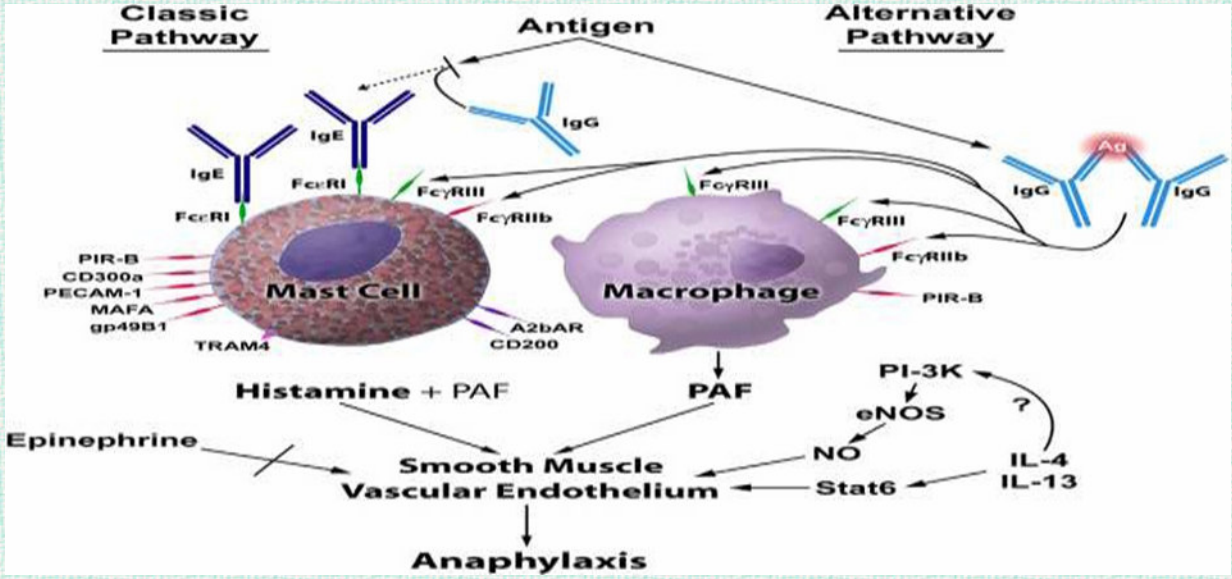
Các thuật ngữ dễ gây nhầm lẫn

- Phản ứng phản vệ - *Anaphylactic reactions*
- Phản ứng dạng phản vệ - *Anaphylactoid reactions*
- Sốc phản vệ: ***Anaphylaxis***
  - Nghĩa rộng: ***Anaphylaxis*** **–** là quá trình tiến triển đe doạ tính mạng của phản ứng phản vệ *(Anaphylactic reactions)*.
  - Nghĩa hẹp: ***Anaphylactic shock*** **–** giai đoạn phản ứng phản vệ (*anaphylactic reactions*) có kèm theo tình trạng tụt huyết áp.

The World Allergy Organization (WAO) Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. 2012

Phản ứng phản vệ là gì?
(anaphylactic reactions)

- Phản ứng dị ứng hệ thống loại I (Type I hypersensitivity)
- Hậu quả của tình trạng tái tiếp xúc với một dị nguyên gây ra một đáp ứng qua trung gian IgE



J Allergy Clin Immunol 2007;120:506-15

Phản ứng phản vệ là gì?

PƯ Phản vệ

(Anaphylaxis)

PƯ Phản vệ do dị ứng

(Allergic anaphylaxis)

PƯ Phản vệ không do dị ứng

(Non-allergic anaphylaxis)

PƯ Phản vệ qua trung gian IgE

(IgE-mediated anaphylaxis)

PƯ Phản vệ miễn dịch không qua trung gian IgE

(Immunologic, non-IgE-mediated anaphylaxis)

Phản ứng dạng phản vệ là gì?

(Anaphylactoid reactions)

- Anaphylactoid hay còn gọi là giả (á) phản vệ, dạng PV.
- Là phản ứng có hậu quả tương tự phản ứng phản vệ (qua đáp ứng MD) nhưng khác cơ chế giải phóng các mediators
- Các mediators giải phóng trực tiếp (do thuốc cản quang, NSAIDs, một số loại thức ăn...)
- **Non-immune anaphylaxis** được WAO khuyến cáo dùng thay cho danh pháp cũ là Anaphylactoid hay Pseudoanaphylaxis

Các mức độ của phản ứng phản vệ (anaphylactic reactions)

Mức độ	Biểu hiện
1. Nhẹ: (chỉ có ở da và niêm mạc)	Ban đỏ, mày đay Phù quanh mắt Phù mạch (phù Quincke)
2. Trung bình (hô hấp, tiêu hóa…)	Khó thở, tím, khò khè, buồn nôn và nôn, chóng mặt, vã mồ hôi, chít hẹp họng miệng, đau bụng, …
3. Nặng (↓O_2, ↓huyết áp, thần kinh)	Tím tái, $SaO_2 < 92\%$ Huyết áp tâm thu < 90 mmHg (người lớn) Rối loạn ý thức, ngất Đại tiểu tiện mất tự chủ

Sốc phản vệ là gì?

- Được định nghĩa là phản ứng phản vệ (*anaphylactic reactions*) có kèm theo tình trạng tụt huyết áp.

  (Anaphylactic shock - Limsuwan & Demoly - 2010).

- Như vậy sốc phản vệ (anaphylactic shock tương đương với mức độ 3 (grade 3) trong phân loại các mức độ nặng của phản ứng phản vệ khi có tụt áp (shock).

  (Med Clin N Am 94 (2010) 691–710)

Sốc phản vệ là gì?

☯ Định nghĩa sốc phản vệ kinh điển:

Biểu hiện nguy kịch nhất và nguy cơ gây tử vong của một phản ứng dị ứng cấp, tình trạng tăng quá mẫn tức khắc xảy ra sau khi cơ thể tiếp xúc với một dị nguyên ở một người trước đó đã được mẫn cảm, hậu quả giải phóng ồ ạt các chất trung gian hóa học gây tác động tới nhiều cơ quan đích.

Sốc phản vệ là gì?

- Ủy ban Danh pháp Hiệp hội Dị ứng và Miễn dịch Lâm sàng Châu Âu (2004 - 2014):

Sốc phản vệ (anaphylaxis) là một phản ứng quá mẫn toàn thân hoặc hệ thống nặng, đe dọa tính mạng. Nó được đặc trưng bằng các vấn đề của tuần hoàn và/hoặc hô hấp và/hoặc đường thở đe dọa tính mạng, tiến triển một cách nhanh chóng, thường kết hợp với biểu hiện da và niêm mạc

Định nghĩa về sốc phản vệ
(anaphylaxis)

- Trong cấp cứu: ĐN chính xác về SPV không quan trọng.
- Hiện nay vẫn chưa có định nghĩa nào đã được thống nhất thừa nhận rộng khắp toàn cầu.
- Định nghĩa được nhiều tác giả đề cập nhất: sốc phản vệ
  - Anaphylaxis là một phản ứng quá mẫn toàn thân nghiêm trọng, đe dọa tính mạng.
  - Khởi phát nhanh trong vài phút đến vài giờ và có thể phục hồi hoàn toàn nếu phát hiện sớm và xử trí kịp thời

Cập nhật 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 hầu họng) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

   a) Triệu chứng hô hấp (khó thở, khò khè, ho, giảm oxy máu)

   b) Tụt HA hoặc các hậu quả: ngất, đại tiểu tiện không tự chủ.

Biểu hiện ở da

Biểu hiện ở niêm mạc

Và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

a) Triệu chứng hô hấp (khó thở, khò khè, ho, giảm oxy máu)

b) Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA: ngất, đái ỉa không tự chủ.

Cập nhật chẩn đoán

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

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 trứng hô hấp

c) Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA.

d) Các triệu chứng tiêu hóa liên tục (nôn, đau bụng)

Cập nhật chẩn đoán

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

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: ↓ ít nhất 30% HA tâm thu hoặc ↓HA tâm thu so với tuổi.

b) Người lớn: HA tâm thu < 90mmHg hoặc ↓30% giá trị HA tâm thu.

Diễn biến

- Nếu được phát hiện sớm, điều trị sớm và đúng: có thể phục hồi hoàn toàn không di chứng.
- Trong thể tối cấp: TV ngay do ngừng tim hay ngạt thở cấp
- Phát hiện muộn hoặc điều trị không đúng có thể dẫn đến nhiều biến chứng và di chứng nặng, suy đa tạng, sốc không hồi phục và tử vong sau đó.

Tiên lượng sốc phản vệ

- **Nhìn chung tốt:** qua hầu hết các nghiên cứu dựa trên cộng đồng, tỷ lệ tử vong < 1%.
- Chỉ có khoảng 20 trường hợp tử vong do sốc phản vệ được báo cáo mỗi năm ở Anh.
- Trong một "review", chỉ có 4/20,381 trường hợp sốc phản vệ tử vong tại khoa cấp cứu.
- Châu Âu, tỷ lệ tử vong do sốc phản vệ là 0,65 – 2% (1-3/1 triệu người) - *Moneret-Vautrin, 2005-Allergy*.
- Ở Mỹ, chỉ có 20/1 triệu trường hợp tử vong do sốc phản vệ - *Neugut, 2001-Arch Int Med*

Tử vong

- **Nguy cơ tử vong sẽ tăng** ở các đối tượng:
  - Có bệnh hen trước đó, nhất là khi tình trạng hen chưa được KS.
  - Điều trị adrenalin muộn
  - Đang dùng thuốc ức chế beta, thuốc ức chế men chuyển
  - Dị nguyên được đưa vào theo đường tĩnh mạch
- **90% bệnh nhân tử vong** có khó thở trước khi ngừng tim
- **Dị ứng thuốc:** sốc là triệu chứng chính

Cập nhật một số điểm chính trong xử trí

- **Điều trị sốc phản vệ cần dựa trên các nguyên lý hồi sinh tim phổi chung:**
  - Sử dụng tiếp cận ABCDE *(Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)* để phát hiện và điều trị sự cố
  - Gọi sớm người trợ giúp
  - Xử lý trước tiên các nguy cơ/đe dọa lớn nhất đối với tính mạng
  - Cần bắt đầu điều trị ngay mà không trì hoãn do chưa có đủ bệnh sử và tiền sử hoàn chỉnh hoặc chẩn đoán chắc chắn.

Cập nhật điều trị sốc phản vệ

- Điều trị sốc phản vệ phụ thuộc vào:
  - Hoàn cảnh xảy ra trong hay ngoài bệnh viện
  - Kỹ năng của người cấp cứu có được huấn luyện tốt hay không
  - Số người tham gia cấp cứu và tổ chức công tác cấp cứu
  - Trang thiết bị và thuốc cấp cứu sẵn có

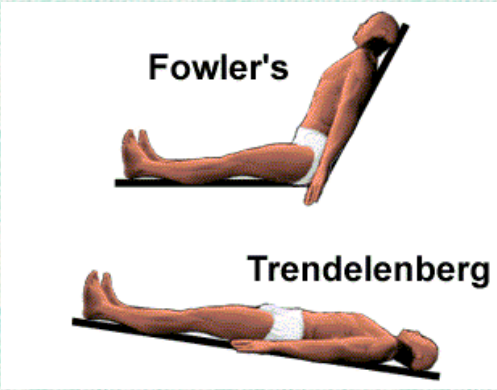
Cập nhật điều trị sốc phản vệ

1. **Hoàn cảnh xảy ra trong hay ngoài bệnh viện**
   - Xử trí NB SPV ở cộng đồng khác trong bệnh viện.
   - Ngoài bệnh viện: gọi 115 ngay và xử trí cấp cứu trong khi chờ đợi và cả trên đường vận chuyển NB tới bệnh viện.
2. **Đào tạo và kỹ năng của người cấp cứu**
   - Tất cả NVYT phải có khả năng tham gia cấp cứu và biết cách tiến hành cấp cứu ban đầu cho NB bị sốc phản vệ
   - NVYT sử dụng thuốc cho NB theo đường tiêm phải là người đã được đào tạo qua khóa huấn luyện cơ bản về phát hiện và xử trí sốc phản vệ, và kiến thức xử trí sốc phản vệ này phải được cập nhật thường xuyên.

Cập nhật điều trị sốc phản vệ

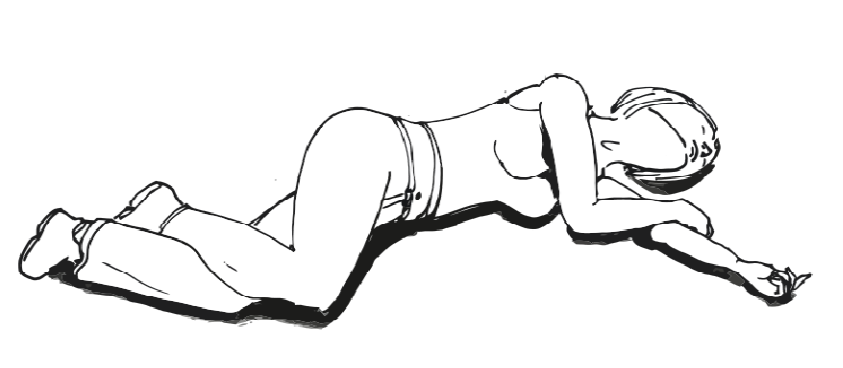
3. **Số người tham gia cấp cứu (đã được huấn luyện):**
   - Khi chỉ có một người cấp cứu duy nhất, cần luôn ý thức gọi thêm người tới trợ giúp.
   - Nếu có cùng lúc nhiều nhân viên y tế có kinh nghiệm, một số thao tác cấp cứu có thể được tiến hành đồng thời.
4. **Trang thiết bị và thuốc cấp cứu:** phải luôn sẵn sàng
   - Nhân viên cấp cứu phải biết rõ, sử dụng thành thạo thiết bị và thuốc trong túi chống sốc và cần định kỳ kiểm tra.
   - Thiết bị theo dõi NB tối thiểu là: máy theo dõi oxy máu mao mạch, máy đo huyết áp và điện tim.

Cập nhật điều trị sốc phản vệ

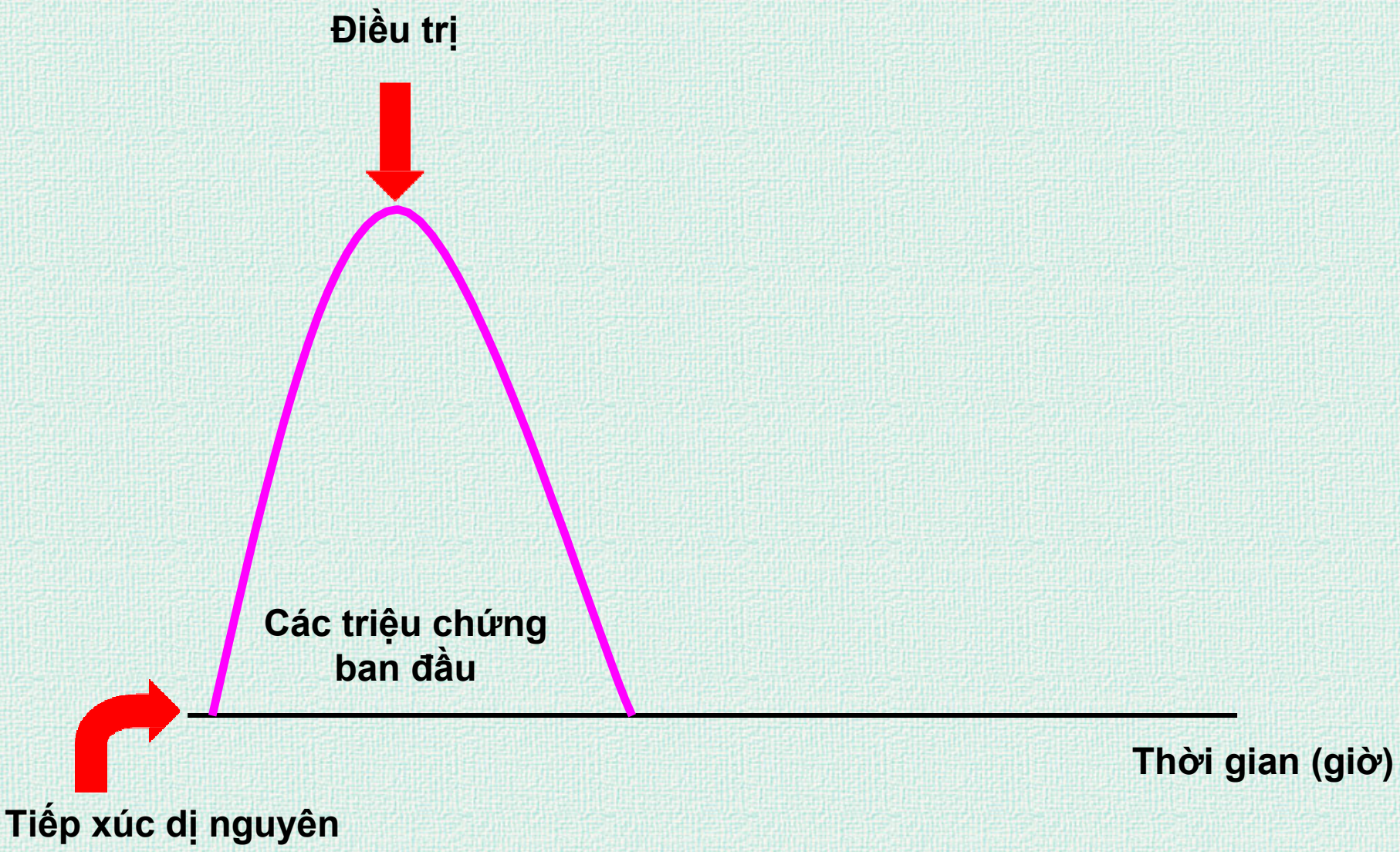


☯ **Tư thế NB khi cấp cứu sốc phản vệ:**

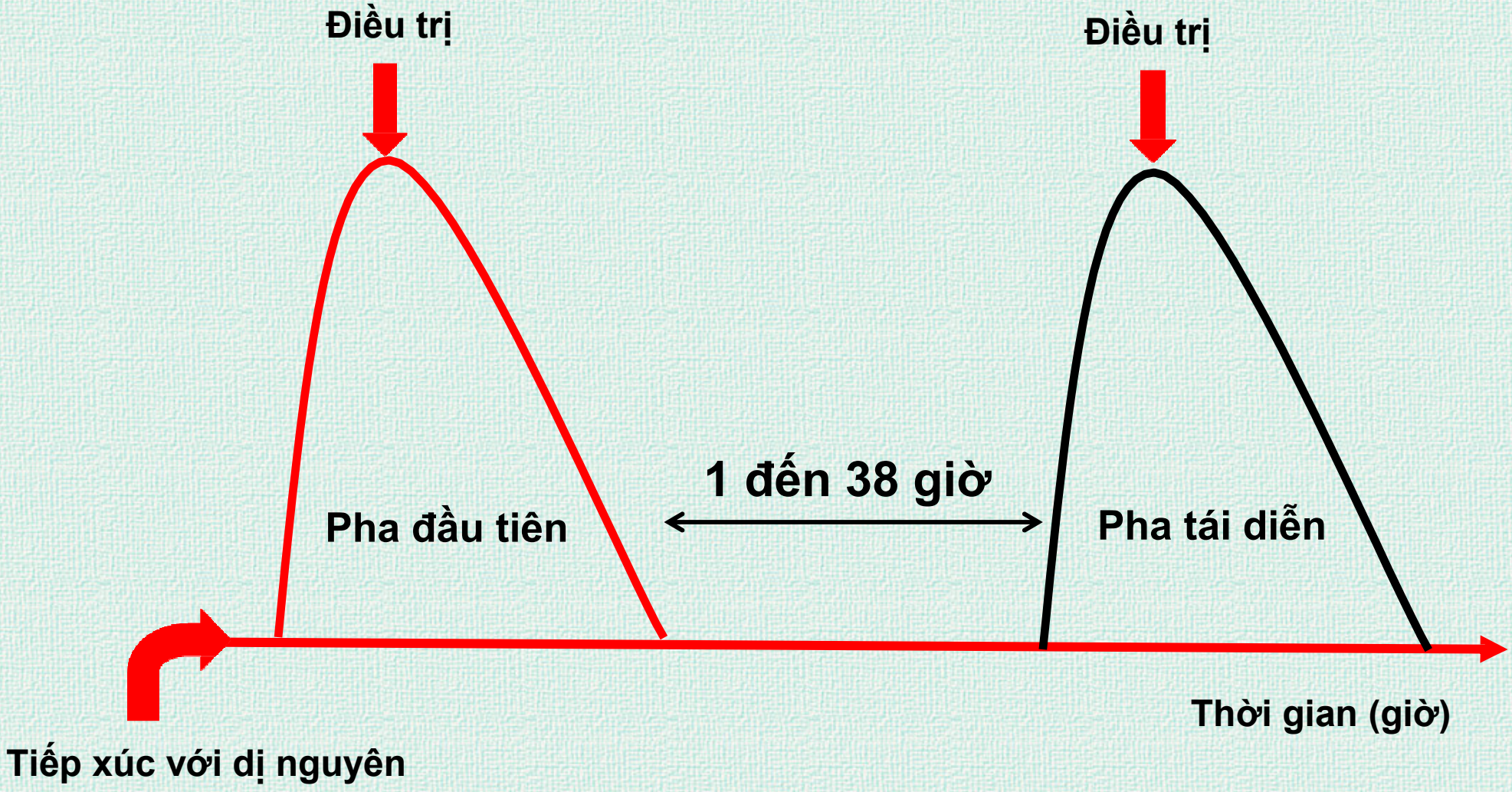
- NB có vấn đề về đường thở và khả năng thở thì nên được đặt ở tư thế ngồi đầu cao hoặc tư thế Fowler giúp dễ thở hơn
- NB có huyết áp thấp: đặt đầu thấp kiểu Trendelenberg (hoặc bằng) có hoặc không nâng cao chân.
- NB mất ý thức, cần được đặt ở tư thế nằm nghiêng an toàn
- NB có thai, cần được đặt ở tư thế nằm nghiêng trái để tránh gây chèn ép tĩnh mạch chủ dưới



Sốc phản vệ một pha



Sốc phản vệ hai pha



Ellis AK, Day JH, Can Med Ass, 2003

Cập nhật điều trị sốc phản vệ

- **Vấn đề loại bỏ yếu tố khởi phát**
  - Dừng bất cứ loại thuốc nào nghi ngờ gây phản ứng phản vệ (dừng truyền tĩnh mạch dung dịch keo hoặc kháng sinh)
  - Loại bỏ ngòi sau khi bị ong đốt. Loại bỏ sớm quan trọng hơn các biện pháp loại bỏ
  - Sau khi bị phản vệ do thực phẩm gây ra, không khuyến cáo gây nôn cho NB
  - Không trì hoãn xử trí cấp cứu phản vệ nếu việc loại bỏ yếu tố khởi phát không khả thi

Cập nhật dùng thuốc Adrenaline

- Thuốc điều trị quan trọng nhất đối với sốc phản vệ
  - Adrenalin phát huy được tác dụng điều trị tốt nhất nếu được cho sớm sau khi xuất hiện phản ứng phản vệ. Song, điều trị bằng adrenalin không phải là không có nguy cơ cho bệnh nhân, nhất là dùng theo đường tĩnh mạch
  - Tác dụng phụ cực kỳ hiếm gặp nếu thuốc được dùng đúng liều theo đường tiêm bắp

Adrenaline (epinephrine) for the treatment of anaphylaxis with and without shock (Review) Sheikh A, Shehata YA, Brown SGA, Simons FER
This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboraton and published in The Cochrane Library 2010, Issue 10 http://www.thecochranelibrary.com

Cập nhật dùng thuốc Adrenaline

☯ **Chỉ định**

- Adrenaline được chỉ định cho tất cả NB được chẩn đoán là sốc phản vệ (khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn …).
- Nếu không có các dấu hiệu nặng, song NB có các phản ứng dị ứng hệ thống thì cần được theo dõi cẩn thận và điều trị triệu chứng bằng cách sử dụng quy trình tiếp cận theo các bước ABCDE
- Phải luôn có sẵn adrenaline để sử dụng ở tất cả các cơ sở y tế có thể gặp tình trạng phản ứng phản vệ

Cập nhật dùng thuốc Adrenaline

☯ **Adrenaline dùng theo đường tiêm bắp**

- Đường tiêm bắp là đường tốt nhất để điều trị cho NB có SPV
- Đường tiêm bắp có một số lợi điểm:
  - ✓ Mức độ an toàn rộng hơn
  - ✓ Không phải lấy được đường truyền tĩnh mạch
  - ✓ Dễ dàng hơn trong huấn luyện nhân viên y tế
- Vị trí tốt nhất để tiêm bắp adrenaline là mặt trước bên 1/3 giữa đùi
- Kim tiêm được sử dụng để tiêm adrenaline phải đủ dài để đảm bảo thuốc được tiêm vào trong cơ.