

C P NH T H NG D N CH N OÁN & X TRÍ PH N V

(theo Thông t s 51/2017/TT-BYT
ngày 29 tháng 12 n m 2017)

N I DUNG

- I. Ch n oán ph n v
- II. Ch n oán m c ph n v
- III. H ng d n x trí c p c uph n v
- IV. S ch n oán và x trí ph n v
- V. H ng d n x trí ph n v trong m t s tr ng h p c bi t

Gi i thích t ng

1. **Ph n v :**
 - Là ph n ng d ng
 - Vài giây, vài phút, vài gi
2. **D nguyên:**
 - Y u t l khi ti p xúc gây ph n ng (thu c, th c n,...)
3. **S c ph n v :**
 - Là m c n ng nh t, có th gây t vong
 - t ng t dẫn toàn b h th ng m ch và có th t ph qu n

TÌNH HU NG LÂM SÀNG

TH1:

Bé trai 12 tháng tu i c ch n oán viêm h ng, tiêu ch y, i u tr kháng sinh không rõ lo i. Sau 1 ngày i u tr, ng i nhà th y bé n i mày ay toàn thân, bé b c r t khó ch u, khóc không nín nên a bé n khám.

i u gì ã x y ra?

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

TH2:

Bé gái 18 tháng tuổi có chẩn đoán viêm hô hấp trên, triệu chứng không rõ ràng. Sau 12 giờ triệu chứng, người nhà thấy bé phù vùng mắt nhũ, khó thở nên đưa bé khám lâm.

Đi ều gì tiếp theo?

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

TH3:

Bé trai 8 tháng tuổi có chẩn đoán thông liên thất, ngay sau phẫu thuật mổ tim hở, bé bị chảy máu nhũ, phẫu thuật viên cầm máu khó khăn. BS gây mê hít có dùng thêm thuốc protamin tiêm tĩnh mạch cho bé. Ngay sau đó bé bị lơ lửng, SpO2 giảm, huyết áp giảm.

Đi ều gì tiếp theo?

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

TH4:

Bé trai 8 tuổi tuổi có chẩn đoán tai nạn giao thông, chấn thương. Sau phẫu thuật cầm máu, cầm máu ngừng, bé tỉnh táo tiếp tục theo dõi và điều trị tại khoa Hồi sức. 1 ngày sau khi quy định máu có chỉ số hemoglobin, BS cho y lệnh tiêm tĩnh mạch Viatmin K1. Khi đang thực hiện y lệnh thì bé than mệt mỏi và hốt hoảng.

Đi ều gì tiếp theo?

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Triệu chứng gì?
2. Các bệnh lâm sàng
3. Chẩn đoán phân biệt

Triệu chứng dị ứng

Nghĩa là phản ứng khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Mày dộp, phù nề nhanh
- Khó thở, tăng nhịp tim, huyết áp
- Đau bụng hoặc nôn
- Tụt huyết áp hoặc ngất
- Rối loạn ý thức

I. Định nghĩa:

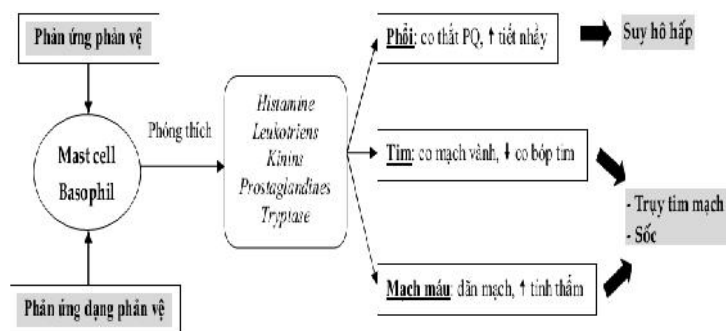
1. Theo kinh điển:

Là biểu hiện nguy kịch nhất và có nguy cơ gây tử vong cấp tính của 1 phản ứng dị ứng cấp, tình trạng nặng nề quá mức xảy ra tức khắc sau khi tiếp xúc với 1 dị nguyên mà người trẻ có sẵn cảm ứng, hậu quả là gây giải phóng ào ạt các chất trung gian hóa học gây nên những biến chứng quan trọng

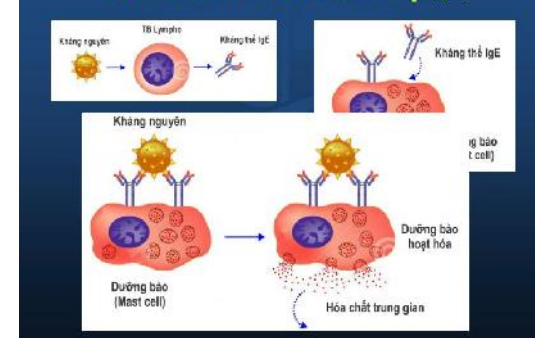
2. Theo Hiệp hội Dị ứng và Miễn dịch lâm sàng châu Âu:

Sốc phản vệ là một phản ứng quá mức toàn thân hoặc hệ thống nghiêm trọng, đe dọa tính mạng, đặc trưng bởi các biến chứng tuần hoàn và/hoặc hô hấp tiến triển nhanh chóng, thường khởi phát với các biểu hiện da và niêm mạc

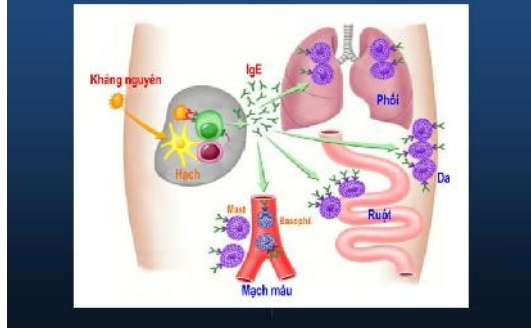
II. Sinh lý bệnh:



CƠ CHẾ SỐC PHẢN VỆ (6/6)



CƠ CHẾ SỐC PHẢN VỆ (2)



II. Sinh lý bệnh:

Bảng: Hoạt tính của các hóa chất trung gian

Hóa chất trung gian	Ngu ng c		Tác đ ng
	T ng bào	BC ái ki m	
Histamine	(+)	(+)	- Dẫn TM và tí u M - ↑ tính th m thành m ch
Prostaglandine D2	(+)		Dẫn m ch ngo i vi
Leukotriens	(+)	(+)	- Co th t PQ - Dẫn m ch - ↑ tính th m thành m ch
Bradykinin	(+)	(+)	↑ tính th m thành m ch
PAF	(+)		- Gi ng Histamine nh ng g p 1000 l n - Hóa h ng ng BC ái toan
Tryptase	(+)		H y Protein

III. Nguyên nhân:

- Nguyên nhân gây ra ph n v th ng g p là: th c n, côn trùng n, thu c,...
- Các nguyên nhân gây ph n v có th phân lo i theo c ch ph n v th t s hay ph n ng gi ng ph n v
- L u ý r ng các nguyên nhân gây ph n v qua c ch IgE th ng ph i có tí n s tí p xúc tr c ây

Phản ứng phản vệ	Phản ứng dạng phản vệ
- Th c n	- NSAIDs (c bi t là Aspirin)
- Kháng sinh (c bi t nhóm Penicilline)	- Opiod (Morphine, Codein,...)
- Vaccin	- Thu c n quang phóng x (Iode,...)
- Thu c gây tê – gây mê	- Thu c C th n kinh – c (Curonium, SuccinylCholine,...)
- Gi i ct	- Kháng huy t thanh
- Máu và các ch ph m c a máu	- globuline
- N c c (r n, côn trùng,...)	
- Hormone (Insuline, PTH,...)	
- Latex (g ng tay, sonde tí u,...)	

IV. Lâm sàng:



Angiodema (phù m ch)

Wheezing (khò khè) Angiodema (phù m ch)



Urticaria (m ay)

Abdominal pain
(au b ng)

Các bệnh lâm sàng

Bệnh lâm sàng 1: các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ, niêm mạc (màng mắt, phù mắt, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít)
- Tụt HA hay các dấu hiệu mất HA (rối loạn ý thức, mất tiểu, tiểu tiện không thành ...)

Các bệnh lâm sàng

• **Bệnh lâm sàng 2:** ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với dị nguyên:

- Biểu hiện da, niêm mạc: ngứa, phù mắt, ngứa
- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít)
- Tụt HA hay các dấu hiệu mất HA (rối loạn ý thức, mất tiểu, tiểu tiện không thành ...)
- Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...)

Các bệnh lâm sàng

Bệnh lâm sàng 3: tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với dị nguyên mà không có bất kỳ triệu chứng nào:

- Trầm cảm: giảm ít nhất 30% HA tâm thu hoặc tụt HA tâm thu so với tư thế (HA tâm thu < 70 mmHg)
- Ngất lịm: HA tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu nền.

Chẩn đoán phân biệt

- Các triệu chứng hô hấp: sốc tim, sốc giả mạch tích, sốc nhiễm khuẩn
- Tai biến mạch máu não
- Các nguyên nhân hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (dị vật, viêm...)
- Các bệnh lý da: ngứa, phù mắt
- Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hormone carcinoid, hormone huyết
- Các thuốc: rượu, Opiate, Histamin

Phân

- **Nh (I)**: ch có các tri u ch ng da, t ch c d i da và niêm m c nh mảy ay, ng a, phù m ch.
- **N ng (II)**: có t 2 bi u hi n nhi u c quan:
 - Màu ay, phù m ch xu t hi n nhanh;
 - Khó th nhanh nông, t c ng c, khan ti ng, ch y n c m i;
 - au b ng, nôn, tiêu ch y;
 - HA ch a t t ho c t ng nh p tim nhanh ho c lo n nh p.

Phân

- **Nguy k ch (III)**: nhi u c quan v i m c n ng h n:
 - **ng th** : ti ng rít thanh qu n, phù thanh qu n
 - **Th** : th nhanh, khô khè, tím tái, r i lo n nh p th
 - **R i lo n ý th c**: v t vã, hôn mê, co gi t, r i lo n c tròn
 - **Tu n hoàn**: s c, m ch nhanh nh , t t HA
- **Ng ng tu n hoàn (IV)**: ng ng hô h p, ng ng tu n hoàn.

Phân

Ph n v	D u hi u
Nh (I)	Ch có tri u ch ng da: m ay, ng a, phù m ch
N ng (II)	Tri u ch ng toàn thân m c nh , trung bình (ch a s c, ch a suy hô h p)
Nguy k ch (III)	S c ho c Suy hô h p : khó th n ng ,tím tái ho c hôn mê
Ng ng tu n hoàn (IV)	Ng ng hô h p, ng ng tu n hoàn

S C PH N V

- ❖ M c n ng nh t ph n v
 - ❖ X y ra s m vài phút (5-10 ph) sau tiêm
 - ❖ Do t ng t dẫn toàn b m ch máu
 - ❖ Có th gây t vong nhanh trong vòng vài phút
- Th i i m ng ng tim (phút):

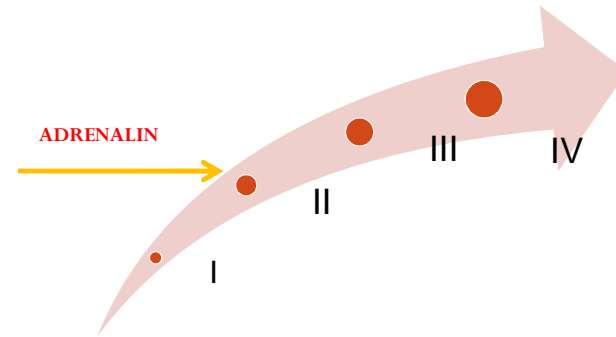
	Trung bình	Gi i h n
Thu c	5	1 – 80
Th c n	30	6 – 360
Ong t	15	4 – 120

Pumphrey RSH, Clinical and experimental allergy, 2000

Tu i	M ch nhanh l/ph
< 1 tháng	180
2 – 12 tháng	160
12 – 24 tháng	140
2 – 6 tu i	120
6 – 12 tu i	110
> 12 tu i	100

Tu i	Tut HA khi HA tâm thu
1 tháng – 1 tu i	< 70 mmHg
1 – 10 tu i	< 70 +(2x tu i)
> 10 tu i	< 90 mmHg
Ng i l n	< 90 mmHg

X trí



Nguyên t c chung

- Phát hi n s m, x trí kh n c p, kp th i ngay t i ch và theo dõi liên t c ít nh t trong vòng 24 gi .
- Bác s , i u d ng, h sinh viên, k thu t viên, nhân viên y t khác ph i x trí ban u c p c u ph n v .
- Adrenalin là thu c thi t y u, quan tr ng hang u c u s ng ng i b b nh ph n v , ph i c tiêm b p ngay khi ch n oán ph n v t II tr lên.

X trí ph n v nh (1)

- Có th chuy n n ng hay nguy k ch
- S d ng thu c **Methylprednisolon** ho c **diphehydramin** u ng ho c tiêm tùy tình tr ng ng i b nh.
- Ti p t c theo dõi ít nh t 24 gi x trí kp th i

X trí ph n v m c n ng và nguy k ch

1. Ng ng ngay ti p xúc v i thu c ho c d nguyên
2. Tiêm b p ho c truy n Adrenalin
3. Cho BN n m t i ch , u th p, nghiêng “Trái” n u có nôn
4. Th oxy qua mask: NL 6-10 l/phút, TE 2 – 4 lít/phút
5. ánh giá tình tr ng hô h p, tu n hoàn, ý th c và các bi u hi n da, niêm m c c a BN.

X trí ph n v m c n ng và nguy k ch

6. L p ng truy n AdrenalinTM v i dây truy n thông th ng nh ng kim tiêm to (c 14 ho c 16G) ho c t catheter TM và m t ng truy n t nh m ch th 2 truy n d ch nhanh.
7. H i ý v i các ng nghi p t p trung x lý, báo cáo c p trên, h i ch n v i bác s c p c u, h i s c và/ho c chuyên khoa d ng (n u có)

Phác s d ng Adrenalin và truy n d ch

- **M c tiêu:** nâng và duy trì n nh HA t i a c a NL 90 mmHg, TE 70 mmHg và không còn các d u hi u v hô h p, tiêu hóa.
- Adrenalin 1mg = 1mL = 1 ng, Tiêm b p:
 - **Tr s sinh ho c tr < 10kg: 0.2mL (~ 1/5 ng)**
 - **Tr # 10kg: 0.25mL (~ ¼ ng)**
 - **Tr # 20kg: 0.3mL (~ 1/3 ng)**
 - **Tr > 30kg: 0.5 mL (~ ½ ng)**
 - **Ng i l n: 0.5-1mL (~ ½ - 1 ng)**
- Tiêm nh c l i Adrenalin li u t ng t 3 – 5 phút/l n cho n khi M, HA n nh

Phác s d ng Adrenalin và truy n d ch

- N u M, HA không o c, các d u hi u hô h p và tiêu hóa n ng lên sau 2 – 3 l n TB ho c có nguy c ng ng tu n hoàn, ph i:
 - **N u ch a có ng truy n TM: Adrenalin 1/10.000 TMC:**
 - NL 0.5-1mL trong 1-3 phút, có th l p l i l n 2, 3. Chuy n ngay sang TTM liên t c khi ã thi t l p ng truy n TM
 - **TE: không áp d ng TMC**

Phác đồ dùng Adrenalin và truyền dịch

- Nếu M, HA không ổn định, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2 – 3 lần TB hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn, phải:
 - Nếu đã có ngừng tuần hoàn TM: Adrenalin TTM (pha Adrenalin với dd NaCl 0.9%) (0.1µg/kg/phút, liều cho nhai 3-5 phút cho ngừng nhịp kém áp dụng với Adrenalin TB và đã truyền dịch)

Phác đồ dùng Adrenalin và truyền dịch

- ngừng tim vì việc dùng Adrenalin TTM, truyền nhanh dung dịch NaCl 0.9% 1000 – 2000 mL NL và 10 – 20 mL/kg trong 10 – 20 phút TE, có thể nhai nuốt.
- Khi HA đã ngừng → theo dõi M, HA 1 giờ / lần 24 giờ

X trí tiếp theo

1. H trợ hô hấp – tuần hoàn: theo mức

- Thở oxy qua mask: NL 6-10 L/phút; TE 2-4 L/phút
- Bóp bóng AMBU có oxy
- Đặt ống NKQ, thông khí nhân tạo nếu thở rít nặng không áp dụng với Adrenalin
- M khí quản nếu có phù thanh môn-họng không đặt ống NKQ

X trí tiếp theo

- Truyền TM chỉ m: **aminophyllin** 1mg/kg/gi hoặc **salbutamol** 0.1µg/kg/phút hoặc **terbutalin** 0.1µg/kg/phút
- Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt ng NL salbutamol 100µg 2-4 nhát/lần; TE 4-6 nhát/lần trong ngày
- 2. Nếu không nâng được HA theo mức tiêu sau khi đã truyền dịch và adrenalin → truyền dung dịch keo, albumin hoặc bột keo dung dịch cao phân tử nào sẵn có.

II. Sơ đồ tóm tắt về chẩn đoán và xử trí phân vệ

1. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ
(Cả thể chuyển độ, nặng lên rất nhanh)

```

        graph TD
            A[1. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ  
(Cả thể chuyển độ, nặng lên rất nhanh)] --> B[Nhẹ (độ I)]
            A --> C[Nặng (độ II)]
            A --> D[Nguy kịch (độ III)]
            B --> E[2. Xử trí ngay bằng ADRENALIN  
(0,1mg/1ml)]
            C --> E
            D --> E
            E --> F[TIÊM BẤP]
            E --> G[ĐƯỜNG TRUYỀN MẠCH]
            
```

Nhẹ (độ I)

- Diphenhydramin uống hoặc tiêm 1mg/kg
- Methylprednisolon uống hoặc tiêm 1-2 mg/kg hoặc các thuốc tương tự
- Theo dõi sát mạch, HA, ý thức...

TIÊM BẤP

- Người lớn: 1/2 ống
- Từ em: 1/5-1/7 ống
- Nhắc lại sau mỗi 3-5 phút cho đến khi hết các dấu hiệu về hô hấp và tiêu hóa, huyết động ổn định
- Thiêm lập sẵn đường truyền 1M NaCl 0,9%


ĐƯỜNG TRUYỀN MẠCH

Sau khi tiêm bắp adrenaline > 2 lần huyết áp không lên, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên:

- Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm TM chậm adrenaline pha loãng 1/10 (0,1mg = 1ml), tiêm nhắc lại khi cần
- Người lớn: 0,5-1ml (50-100ug)
- Từ em: Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm
- Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch: Truyền tĩnh mạch chậm adrenaline liên tục bắt đầu 0,1ug/kg/phút, chỉnh liều theo mạch và HA.

Ghi chú: Sơ đồ chỉ tiết về chẩn đoán và xử trí phân vệ và Sơ đồ xử trí cấp cứu ban đầu phân vệ để nghỉ in trên khổ giấy lớn A1 hoặc A2 và dán hoặc treo tại vị trí thích hợp các nơi sử dụng thuốc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

KT. BỘ TRƯỞNG *Nguyễn Viết Tiến*



Nguyễn Viết Tiến

H NG D N X TRÍ PH N V TRONG
 M T S TR NG H P C BI T

PH N V TRÊN IT NG S
 D NG THU C C BI T

1) Ph n v trên ng i ang s d ng thu c ch n th th Beta:

áp ng v i Adrenaline kém

i u tr v c b n g i ng nh phác chung

Thu c dẫn ph qu n: n u thu c c ng beta 2

áp ng kém nên dùng thêm kháng cholinergic (Ipratropium 0.5 mg khí dung ho c 2 nhát ng x t)

Xem xét dùng Glucagon khi không áp ng v i adrenaline

PH N V TRÊN IT NG S
 D NG THU C C BI T

2) Ph n v trong khi gây mê, gây tê th thu t:

- Th ng khó ch n oán do ã c gây mê, an th n
- Các bi u hi n ngoài da có th không xu t hi n.
- C n ánh giá k : HA t t, [O₂] máu gi m, m ch nhanh, ran rít m i xu t hi n.
- Ngay khi nghi ng , có th l y máu nh l ng tryptase t i th i i m ch n oán và m c tryptase n n c a b nh nhân.
- **Chú ý:** khai thác k ti n s d ng tr c khi ti n hành gây mê, gây tê.
- M t s thu c gây tê là nh ng ho t ch t a m

PH N V TRÊN IT NG S D NG THU C C BI T

2) Ph n v trong khi gây mê, gây tê th thu t (tt):

- Nh d ch Lipid: Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh t nh m ch, trung hòa c ch t.
- Ng i l n: t ng li u 10mL/kg, trong ó bolus 100 mL, ti p theo TTM 0.2 – 0.5 mL/kg/phút.
- Tr em: t ng li u 10mL/kg, trong ó bolus 2 mL/kg, ti p theo TTM 0.2 – 0.5 mL/kg/phút.
- Tr ng h p n ng, nguy k ch có th tiêm 2 l n bolus cách nhau vài phút.

PH N V TRÊN IT NG S D NG THU C C BI T

3) Ph n v v i thu c c n quang:

X y ra ch y u theo c ch không d ng.
Khuy n cáo s d ng thu c c n quang có áp l c th m th u th p và không ion hóa (t l ph n v th p h n).

4) Ph n v do g ng s c:

Xu t hi n sau ho t ng g ng s c
i n hình: m t m i, ki t s c, nóng b ng, da, ng a, mày ay, có th phù m ch, khô khè, t c ng h n ng hô h p trên, tr y m ch...

PH N V TRÊN IT NG S D NG THU C C BI T

4) Ph n v do g ng s c (tt):

- M t s ch xu t hi n tri u ch ng khi g ng s c có kèm thêm các y u t ng kích thích khác: th c n, NSAIDs, r u, ph n hoa.
- X trí: ng ng v n ng ngay, nên mang theo h p thu c c p c u ph n v ho c b m tiêm Adrenalin nh li u chu n (EpiPen, AnaPen...)
- G i khám chuyên khoa D ng mi n d ch lâm sàng sàng l c nguyên nhân.

PH N V TRÊN IT NG S D NG THU C C BI T

5) Ph n v vô c n:

- c ch n oán mà không xác nh c nguyên nhân.
- i u tr d phòng: ch nh cho các BN th ng xuyên xu t hi n các t ph n v (> 6 l n/n m ho c > 2 l n/2 tháng).
 - Prednisolon 60 – 100 mg/ngày x 1 tu n, sau ó
 - Prednisolon 60 mg/cách ngày x 1 tu n, sau ó
 - Gi m d n li u prednisolon trong vòng 2 tháng
 - Kháng H1: Cetirizin 10 mg/ngày, Loratadin 10 mg/ngày

