

HƯỚNG DẪN PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

(THÔNG TƯ 51/2017-BYT)

Nội dung

- Giải thích từ ngữ
- Sinh lý bệnh phản ứng phản vệ
- Yếu tố nguy cơ
- Chẩn đoán
- Xử trí cấp cứu phản vệ
- Dự phòng phản vệ
- Chỉ định làm test da xác định nguyên nhân phản vệ

Giải thích từ ngữ

- Dị nguyên: yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng bao gồm thức ăn, thuốc và yếu tố khác
- Phản vệ:
 - phản ứng dị ứng,
 - xuất hiện ngay lập tức từ vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc dị nguyên
 - Gây các bệnh cảnh LS khác nhau
 - Có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong

Giải thích từ ngữ

- Sốc phản vệ:
 - 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 vòng một vài phút

SINH LÝ BỆNH: 2 cơ chế

- Cơ chế MD:
 - Qua trung gian IgE, tiếp xúc dị nguyên, mất hạt của tế bào mast và BC ái kiềm gây phóng thích **histamine**, tryptase, prostaglandine, leucotrien...
- Không miễn dịch (non-allergic anaphylaxis)
 - Phóng thích trực tiếp chất trung gian giãn mạch, kích hoạt trực tiếp hệ thống bổ thể, tương tác với hệ thống kallikreine-kinin, tương tác với chuyển hóa acid arachidonic, phản xạ thần kinh tâm thần...
- Vô căn
- Xử trí: Như nhau dù theo cơ chế nào

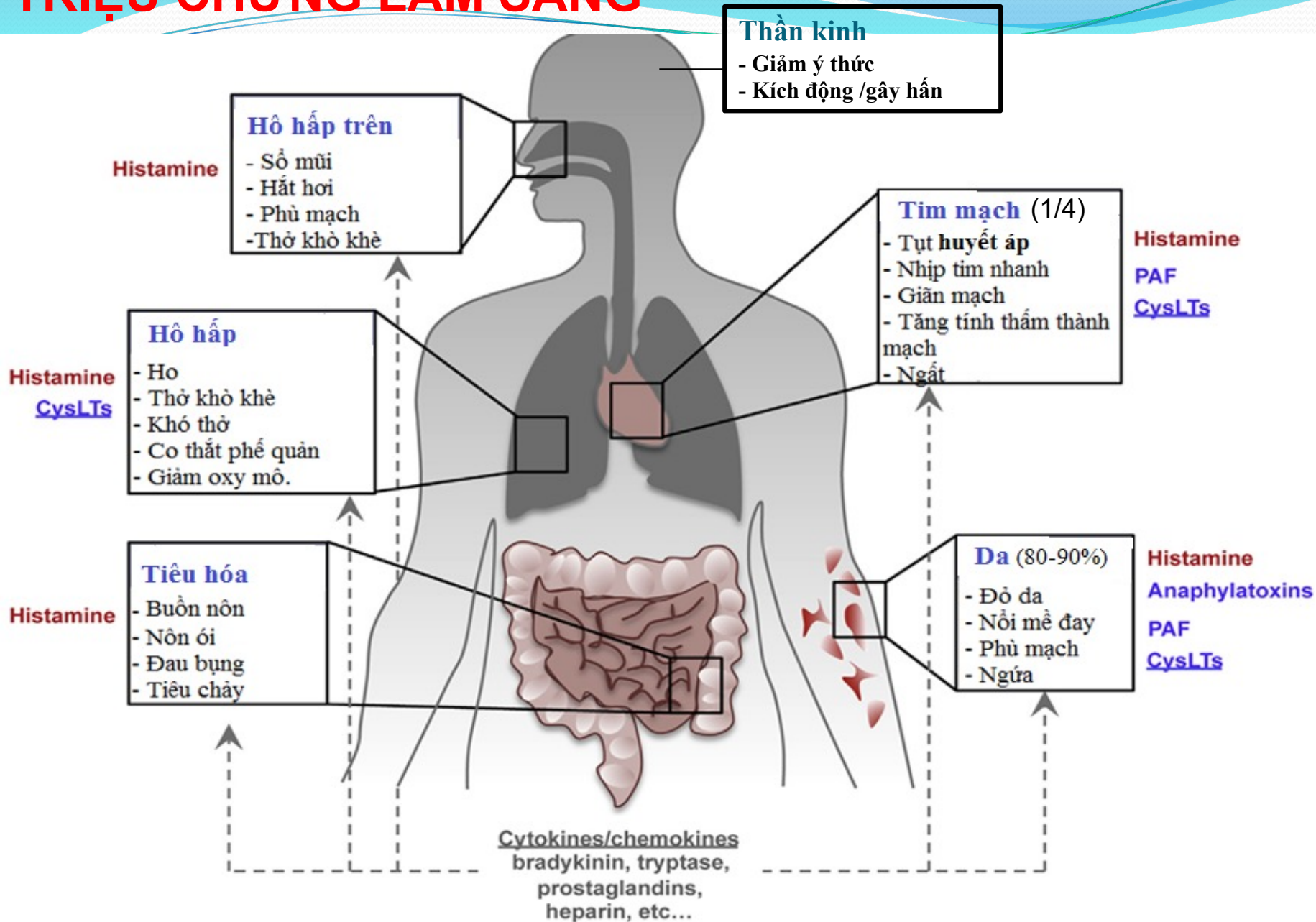
Các yếu tố tăng nặng phản vệ

- BN có tăng nồng độ tryptase nền và/hoặc mastocytosis
- Dùng thuốc chẹn beta:
 - Chặn nơi tác dụng của adrenaline và tác dụng ổn định màng mast cell của adrenaline
- Dùng thuốc ức chế men chuyển
 - Giảm độ thanh thải bradykinine gây giãn mạch nghiêm trọng
- Dùng thuốc kháng viêm không steroids
 - Do tăng tạo leukotrienes và tạo thuận lợi hấp thu dị nguyên qua đường tiêu hóa

Yếu tố nguy cơ phản vệ nặng (độ III, IV)

- Cao tuổi
- Bệnh tim mạch nặng
- Hen phế quản kiểm soát kém
- Dùng thuốc gây hoạt hóa đại bào hoặc tăng tạo leukotriene (NSAID) và mastocytosis
- Dị ứng đậu phộng

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG



CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

Lâm sàng: Triệu chứng gợi ý

- Da và niêm mạc:
 - *Mày đay, phù mạch nhanh (môi, lưỡi, quanh mắt, kết mạc)*
- Hệ hô hấp:
 - *Khó thở, tức ngực, thở rít,*
- Hệ tiêu hóa
 - *Đau bụng hoặc nôn*
- Hệ tuần hoàn
 - *Tụt huyết áp hoặc ngất*
- Hệ thần kinh
 - *Rối loạn ý thức*

CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

Bệnh cảnh lâm sàng 1

- Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa..) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau
 - Hô hấp: Khó thở, thở rít, ran rít
 - Tuần hoàn: tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt HA (RL ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ)

CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

Bệnh cảnh lâm sàng 2

- Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi BN tiếp xúc yếu tố nghi ngờ:
 - Da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa..
 - Hô hấp: Khó thở, thở rít, ran rít
 - Tuần hoàn: tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt HA (RL ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ)
 - Tiêu hóa: nôn, đau bụng

CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

Bệnh cảnh lâm sàng 3

- Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng dị ứng:
 - Trẻ em: giảm ít nhất 30% HA tâm thu hoặc tụt HA tâm thu so với tuổi (HA tâm thu < 70 mmHg)
 - Người lớn: HA tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu nền

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn
- Tai biến mạch máu não
- Hô hấp: COPD, hen PQ, khó thở thanh quản (dị vật, viêm)
- Bệnh da: mày đay, phù mạch
- Bệnh nội tiết: cơn bão giáp trạng, h/c carcinoid, hạ đường huyết
- Ngộ độc: rượu, opiat, histamin

CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ

Mức Độ	Da	Bụng	Đường thở	Tim mạch
I Nhẹ	Mày đay, ngứa, phù mạch	-	-	-
II Nặng (2 biểu hiện Nhiều cơ quan)	Mày đay, ngứa, phù mạch	Đau bụng, nôn, ỉa chảy	Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi	HA \perp hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp
III Nguy kịch (Nhiều cơ quan mức độ nặng)	\pm		Rít thanh quản, phù thanh quản, thở nhanh, tím tái, RL nhịp thở	Sốc, mạch nhanh, nhỏ, tụt HA Vật vã, hôn mê, co giật, RL cơ tròn
IV Ngừng tuần hoàn	Ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn			

XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

- Nguyên tắc chung
 - Phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời, ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất 24 giờ
 - Bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên, NVYT phải **xử trí ban đầu** cấp cứu phản vệ
 - **Adrenaline là thuốc thiết yếu hàng đầu cứu sống BN bị phản vệ, tiêm bắp ngay** khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên

Xử trí phản vệ nhẹ (độ I)

- Methylprednisolone 1-2 mg/kg hoặc diphenhydramin 1 mg/kg uống hoặc tiêm bắp
- Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ

Xử trí phản vệ nặng và nguy kịch (Độ II, III)

- Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc, dị nguyên
- Adrenaline 1 mg/ml Tiêm bắp
 - Trẻ sơ sinh, trẻ < 10 kg: 0,2 ml (1/5 ống)
 - Trẻ 10 kg: 0,25 ml (1/4 ống)
 - Trẻ 20 kg: 0,3 ml (1/3 ống)
 - Trẻ > 30 kg : 0,5 ml (1/2 ống)
 - Người lớn: 0,5 ml – 1 ml (1/2 ống – 1 ống)
- Tiêm nhắc mỗi 3 -5 phút

Xử trí phản vệ nặng và nguy kịch (Độ II, III) tt

- Cho BN nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái (nếu có nôn)
- Thở oxy người lớn 6-8 L/phút, trẻ em 2-4 L/phút
- Đánh giá hô hấp, tim mạch, da
- Ép tim và bóp bóng nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn
- Đặt NKQ hoặc mở khí quản cấp cứu
- Lập đường truyền TM kim lớn
- Hội chẩn, báo cáo cấp trên

Xử trí phản vệ nguy kịch (III)

- Sử dụng Adrenaline và truyền dịch
 - Sau khi dùng adrenaline TB 2 lần nhắc lại mà HA không lên, dấu hiệu hô hấp, tiêu hóa nặng lên
 - Adrenaline pha loãng TM : 1 mg pha với 9 ml nước cất = 1 ml chứa 100 μg
 - Người lớn: 0,5 ml – 1 ml (50 – 100 μg) TM trong 1 – 3 phút. Tiêm nhắc mỗi 3 -5 phút, 2 -3 lần sau đó truyền TM liên tục khi có đường truyền, liều 0,1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ theo đáp ứng
 - Trẻ em: không TM chậm

Xử trí tiếp theo

- Hỗ trợ hô hấp
 - Thở oxy qua mặt nạ lưu lượng cao, có túi dự trữ
 - Đặt NKQ, thông khí nhân tạo
 - Mở khí quản nếu phù thanh môn không đặt NKQ được
 - Co thắt phế quản nặng
 - Truyền TM chậm: Aminophylline 1 mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 μ g/kg/phút hoặc terbutaline 0,1 μ g/kg/phút (BĐTĐ)
 - Khí dung qua mặt nạ, buồng hít, xịt họng: salbutamol 100 μ g người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần x 4-6 lần/ngày

Xử trí tiếp theo

- Bồi hoàn thể tích nếu HA không lên đủ
 - Dịch tinh thể NaCl 0,9% 1-2 lít truyền nhanh, trẻ em 10-20 ml/kg trong 10-20 phút đầu, lập lại nếu cần
 - Nếu không đáp ứng với adrenaline + bù NaCl 0,9%, bù dịch keo (albumine, dd tinh bột, huyết tương)

Xử trí tiếp theo

- Thuốc cortocoides:
 - methylprednisolone 1-2 mg/kg , trẻ em tối đa 50 mg
 - Hoặc Hydrocortisone 200 mg ở người lớn, trẻ em tối đa 100 mg TM
- Kháng histamine
 - Kháng H1: diphenhydramine TB hoặc TM, người lớn 25 – 50 mg , trẻ em 10-25 mg
 - Kháng H2: ranitidine 50 mg người lớn, trẻ em 1 mg/kg pha trong 20 ml dextrose 5% TM chậm 5 phút

Xử trí tiếp theo

- Thuốc glucagon: tụt HA , nhịp chậm không đáp ứng với adrenaline.
 - Liều người lớn 1-5 mg TM trong 5 phút, trẻ em 20-30 $\mu\text{g}/\text{kg}$, tối đa 1 mg, sau đó duy trì truyền TM 5-15 $\mu\text{g}/\text{phút}$ theo đáp ứng LS
 - Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon gây nôn
- Tụt HA kháng trị : dùng thêm dopamine, dobutamin, noradrenalin

Theo dõi

- Giai đoạn cấp: M, HA, nhịp thở, SpO₂, tri giác mỗi 3-5 phút đến khi ổn
- Giai đoạn ổn định: M, HA, nhịp thở, SpO₂, tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo
- Tất cả BN phản vệ phải theo dõi tại cơ sở khám, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi HA ổn định và đề phòng phản vệ pha 2
- Ngừng cấp cứu nếu cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả

Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể beta

- Đáp ứng kém với adrenalin, tăng nguy cơ tử vong
- Lưu ý thêm:
 - Thuốc giãn phế quản nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, thêm thuốc kháng choline ipratropium (0,5 mg khí dung hoặc 2 nhát xịt)
- Xem xét dùng glucagon
 - Liều người lớn 1-5 mg TM trong 5 phút, trẻ em 20-30 $\mu\text{g}/\text{kg}$, tối đa 1 mg, sau đó duy trì truyền TM 5-15 $\mu\text{g}/\text{phút}$ theo đáp ứng LS
 - Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon gây nôn

DI NGUYÊN CÓ THỂ GÂY PHẢN ỨNG Ở PHÒNG MỒ

©2017 UpToDate®

Some agents capable of causing perioperative anaphylaxis and proposed mechanisms

Agents	Immunologic reactions		Nonimmunologic
	IgE-mediated	Non-IgE-mediated	
<u>Neuromuscular-blocking agents</u>	+	-	+
Latex	+	-	-
<u>Antibiotics</u>	+	+/-	+
	(eg, beta-lactams)		(eg, vancomycin)
Hypnotic induction agents:			
Barbiturates	+	+	+
Nonbarbiturates	+/-	+	+
Opioids	+/-	-	+
Colloids and plasma expanders	+	+	+
Chlorhexidine	+	+/-	-

17 / 18 agents may cause anaphylaxis by this mechanism

Phản vệ khi đang gây mê, gây tê phẫu thuật

- Khó chẩn đoán phản vệ vì các dấu hiệu da không xuất hiện
- Chẩn đoán dựa vào tụt HA, giảm SpO₂, mạch nhanh, thay đổi monitor (tăng kháng lực đường thở), ran rít
- Nghi ngờ: lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của BN
- Khai thác tiền sử dị ứng khi khám tiền mê
- Khi có gây tê , ngộ độc toàn thân thuốc tê có biểu hiện # phản vệ nặng

Phản vệ khi đang gây mê, gây tê phẫu thuật

- Khi có gây tê , ngộ độc toàn thân thuốc tê có biểu hiện # phản vệ nặng
 - Dùng nhũ dịch lipide + adrenaline liều thấp <1 $\mu\text{g}/\text{kg}$
 - Nhũ dịch lipide tác dụng như bẫy lipide (thuốc tê tan trong mỡ)
 - Liều: 10 ml/kg, bolus 100 ml, truyền TM , lập lại sau vài phút nếu cần
 - Trẻ em bolus 2 ml/kg, tổng liều 10 ml/kg

Phản vệ với thuốc cản quang

- Theo cơ chế không dị ứng
- Khuyến cáo dùng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa

Phản vệ do gắng sức

- Xuất hiện sau hoạt động gắng sức
- Mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, ± phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch
- + yếu tố đồng kích thích (thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroids, rượu, phấn hoa)
- XT: BN ngừng vận động ngay
- BN nên mang theo hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenaline theo định chuẩn
- Điều trị như phản vệ
- Khám ck dị ứng-MD lâm sàng tìm nguyên nhân

Phản vệ vô căn

- Khi xuất hiện triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân
- Điều trị như phản vệ
- Điều trị dự phòng
 - Prednisolon 60 -100 mg/ngày x 1 tuần, sau đó
 - Prednisolon 60 mg /cách ngày x 3 tuần, sau đó
 - Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng
 - Kháng H1: cetiricin 10 mg/ngày

Nguyên tắc dự phòng phản vệ

- Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp, chỉ tiêm khi không dùng đường khác được
- Không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ trường hợp có CĐ của BS
- Không được kê đơn thuốc, CĐ dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho BN
- Khi không có thuốc thay thế, phải hội chẩn, BN đồng ý bằng văn bản
- Thử phản ứng tại CK dị ứng-MD lâm sàng hoặc BS đã tập huấn

Nguyên tắc dự phòng phản vệ

- Phải khai thác tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của BN trước khi kê đơn thuốc hoặc CD dùng thuốc
- Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ:
 - cấp thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng
 - Giải thích cho BN, nhắc BN cung cấp thông tin này cho BS mỗi khi khám chữa bệnh

Chỉ định làm test da

- BN có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (thuốc, dị nguyên cùng nhóm hoặc có phản ứng chéo)
- Và nếu BN có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau
- Sau khi tình trạng dị ứng ổn định 4 – 6 tuần
- Do BS chuyên khoa dị ứng –MD lâm sàng hoặc BS đã được đào tạo thực hiện
- Mục đích: xác nhận nguyên nhân phản vệ

KẾT LUẬN

- Phản vệ có thể xuất hiện nhanh, diễn tiến nghiêm trọng nên cần xử trí sớm.
- Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu.
- BS và các nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.
- Tôn trọng phác đồ xử trí của Bộ Y Tế và quy trình xử trí của Phòng khám .
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng.
- Chuẩn bị sẵn thuốc cấp cứu tại phòng khám và phòng thủ thuật.

HÌNH MINH HỌA



Ảnh: nguồn WIKIPEDIA

Phù mạch (Angioedema) trên mặt khiến đứa trẻ không thể mở mắt ra