CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

- Dị nguyên là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ 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.
- Tụt huyết áp (HA) hoặc ngất.
- Rối loạn ý thức.

2.2. Các bệnh cảnh lâm sàng

2.2.1. 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:

- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- Tụt HA hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2.2.2. Bệnh cảnh lâm sàng 2

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).

- Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

- Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng ...).

2.2.3. Bệnh cảnh lâm sàng 3

Tụt HA 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:

- Trẻ em: giảm ít nhất 30% HA tâm thu (HA tối đa) 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.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.

- Tai biến mạch máu não.

- Các nguyên nhân đường hô hấp: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).

- Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.

- Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.

- Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin.

3. PHÂN ĐỘ

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau (lưu ý mứt đà phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự:

3.1. Nhẹ (độ 1)

Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

3.2. Nặng (độ II): 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, tiêu chảy.

- HA chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

3.3. Nguy kịch (độ III): 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 tròn.

- Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt HA.

3.4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn

4. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc chung

- 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.

4.2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ 1): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

- Sử dụng thuốc Methylprednisolon hoặc Diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

- Diphenhydramine: uống hoặc tiêm 1 mg/kg

- Methylprednisolone: uống hoặc tiêm 1-2 mg/kg (hoặc các thuốc tương tự)

- Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

4.3. Xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

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

- Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

- Tiêm hoặc truyền Adrenalin.

- Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

- Thở oxy: người lớn 6-10 lít/phút, trẻ em 2-4 lít/phút qua mặt nạ hở.

- Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

- Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

- 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

4.4. Sử dụng Adrenalin và truyền dịch

- Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên > 90 mmHg, trẻ em > 70 mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn, tiêu chảy.

- Thuốc Adrenalin 1 mg = 1mL = 1 ống, tiêm bắp

+ Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10 kg: 0,2 ml (tương đương 1/5 ống).

+ Trẻ khoảng 10 kg: 0,25 ml (tương đương 1/4 ống).

+ Trẻ khoảng 20 kg: 0,3 ml (tương đương 1/3 ống).

+ Trẻ > 30 kg: 0,5 ml (tương đương 1/2 ống).

+ Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

- Theo dõi HA 3-5 phút/lần.

- Tiêm nhắc lại Adrenalin liều như trên 3-5 phút/lần cho đến khi HA và mạch ổn định.

- Nếu mạch không bắt được và HA không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

+ Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch Adrenalin 1/10.000 (1 ống Adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10).

Liều Adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều Adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

• **Người lớn:** 0,5-1 mL (dung dịch pha loãng. 1/10.000 = 50-100 mcg) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và HA chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

• **Trẻ em**: Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục Adrenalin (pha Adrenalin với dung dịch Natri Clorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với Adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 pg/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 Natri Clorid 0,9% 1.000-2.000 mL ở người lớn, 10-20mL/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

- Khi đã có đường truyền tĩnh mạch Adrenalin với liều duy trì HA ổn định thì có thể theo dõi mạch và HA 1 giờ/lần đến 24 giờ.

Bảng tham khảo cách pha loãng Adrenalin với dung dịch Natri Clorid 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm

01 ống Adrenalin 1 mg pha với 250 ml NaCl 0,9% (như vậy 1 ml dung dịch pha loãng có 4 mcg Adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	**Liều truyền tĩnh mạch Adrenalin khởi đầu (0,1µg/kg/phút**	**Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1ml = 20 giọt**
Khoảng 80	2,00 ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75 ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50 ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25 ml	25 giọt
Khoảng 40	1,00 ml	20 giọt

Khoảng 30	0,75 ml	15 giọt
Khoảng 20	0,50 ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25 ml	5 giọt

4.5. Xử trí tiếp theo

4.5.1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

- Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em.
- Bóp bóng AMBU có oxy.
- Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có oxy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với Adrenalin.
- Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản.
- Truyền tĩnh mạch chậm: Aminophyllin 1 mg/kg/giờ hoặc Salbutamol 0,1 mcg/kg/phút hoặc Terbutalin 0,1 mcg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch).
- Có thể thay thế Aminophylin bằng Salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng Salbutamol 100 mcg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

4.5.2. Nếu không nâng được HA theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và Adrenalin: có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

4.5.3. Thuốc khác

- Methylprednisolon 1-2 mg/kg ở người lớn, tối đa 50 mg ở trẻ em hoặc Hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100 mg ở người lớn, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).
- Kháng Histamin H1 như Diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50 mg và trẻ em 10-25 mg.

- Kháng Histamin H2 như Ranitidin: ở người lớn 50 mg, ở trẻ em 1 mg/kg pha trong 20 mL Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: Dopamin, Dobutamin, Noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và Adrenalin mà HA không lên.

4.5.4. Theo dõi

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, HA, nhịp thở, SpO_2, và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

- Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, HA, nhịp thở, SpO_2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

- Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi đến ít nhất 24 giờ sau khi HA đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

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

5. XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

5.1. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

5.1.1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta

- Đáp ứng của người bệnh này với Adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

- Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát HA, truyền tĩnh mạch Adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

- Thuốc dẫn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: Ipratropium (0.5 mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

5.1.2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật

- Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vị người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê

phẫu thuật như HA tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

- Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của người bệnh.

- Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

- Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (Lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với Adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

- Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

+ Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5 ml/kg/phút.

+ Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2 ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5 ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

5.1.3. Phản vệ với thuốc cản quang

- Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.

- Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

5.2. Các trường hợp đặc biệt khác

5.2.1. Phản vệ do gắng sức

- Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

- Triệu chứng điển hình: người bệnh cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số người bệnh thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

- Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm Adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Mục IV như trên.

- Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

5.2.2. Phản vệ vô căn

- Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

- Điều trị theo Mục IV như trên.

- Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các người bệnh thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2 lần/2 tháng).

- Điều trị dự phòng theo phác đồ:

+ Prednisolon 60-100 mg/ngày x 1 tuần, sau đó

+ Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó

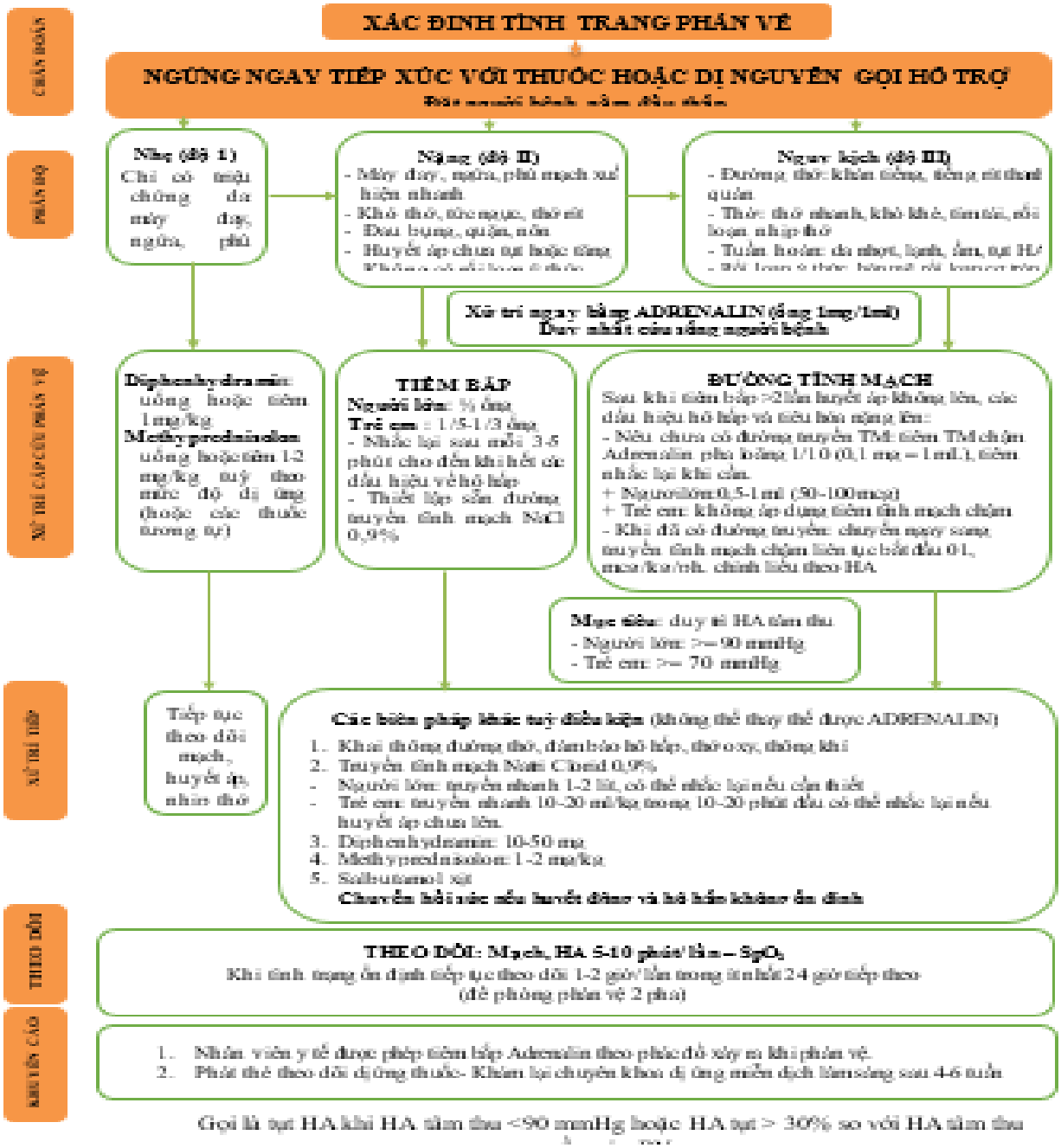
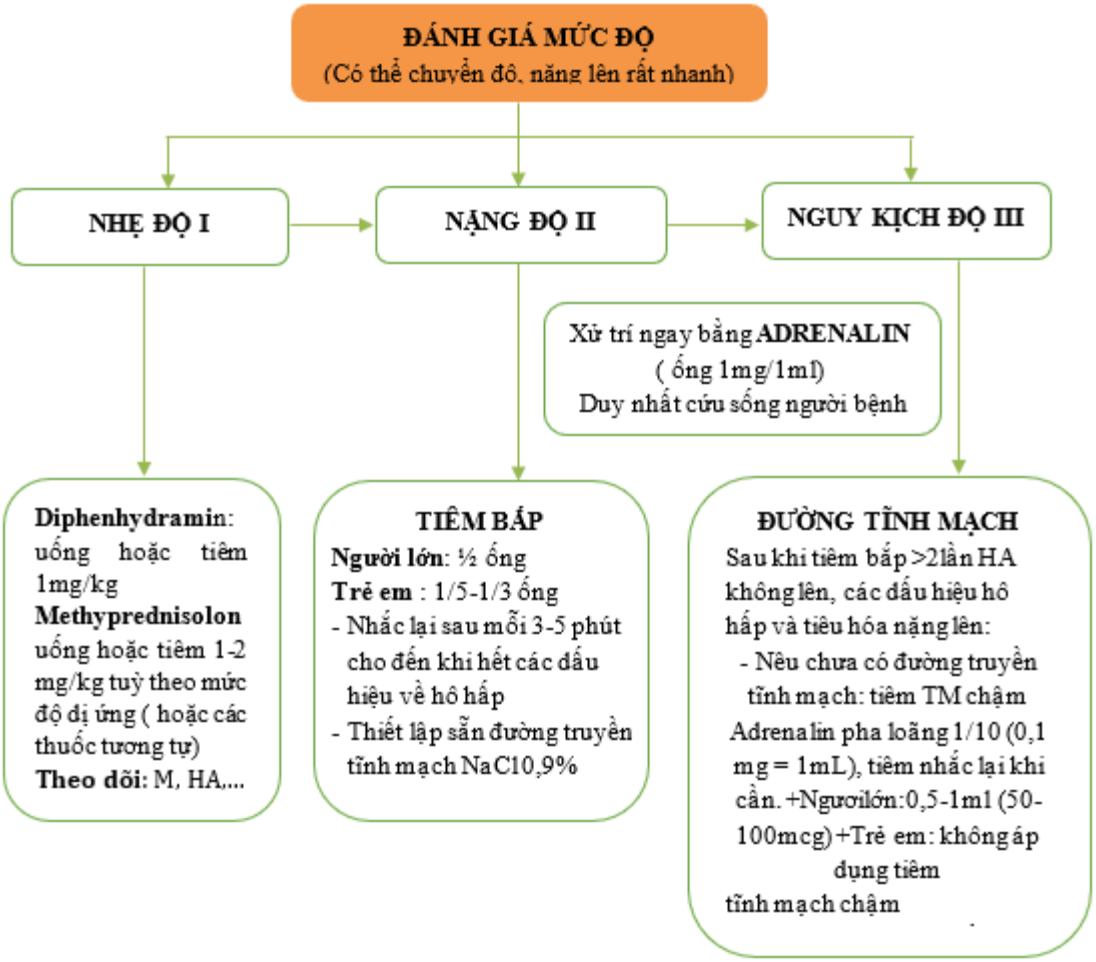
+ Giảm dần liều Prednisolon trong vòng 2 tháng

+ Kháng H1: Cetirizine 10 mg/ngày, Loratadine 10 mg/ngày…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2022), Phác *đồ điều trị Sản phụ khoa,* Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 618-630.
2. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 51/2017/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 29/12/2017 về *Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ,* Hà Nội.

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ



SƠ ĐỒ TÓM TẮT VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ