

PHẢN VỆ

BS. CKII. Ngô Dũng Cường
Khoa Cấp cứu

1. ĐẠI CƯƠNG:

- **Định nghĩa:** Phản vệ là phản ứng dị ứng hệ thống, nặng, có thể gây tử vong xảy ra đột ngột sau khi tiếp xúc với chất gây dị ứng (Theo NIAID/FAAN). **Nhiều hệ thống cơ quan bị ảnh hưởng, thường gặp nhất là: da, hệ hô hấp, hệ tim mạch và hệ tiêu hóa.**
- Đây là một cấp cứu cần xử trí ngay.

2. NGUYÊN NHÂN:

2.1. Phản ứng phản vệ qua trung gian IgE:

Điển hình dạng phản ứng này là **phản ứng với thuốc, côn trùng đốt và thức ăn.**

- Thuốc:
 - Vài thuốc gây phản vệ qua IgE:
 - + Thường gặp nhất là Penicilline: PNC và những chất chuyển hóa của nó là haptens, phân tử nhỏ nên chỉ gây đáp ứng miễn dịch khi gắn với proteine.
 - + Những Beta-lactam khác có thể phản ứng chéo với PNC hoặc có cấu trúc có tác dụng như hapten.
 - + Trong tình huống ngoại khoa: Phản ứng phản vệ hầu hết là do thuốc dẫn cơ, nhựa găng tay, thuốc ngủ, kháng sinh, thuốc phiện, dung dịch keo.
- Côn trùng đốt: độc tố từ ong, kiến.
- Thức ăn:
 - + Gần như bất kỳ thức ăn nào cũng có thể gây phản ứng phản vệ ở bất kỳ tuổi nào. Tuy nhiên, ở người lớn thường gặp nhất là: sò, cua, tôm, cá, đậu phụng; ở trẻ em là trứng, sữa, đậu nành.
 - + Vài thực vật có thể gây phản ứng phản vệ nặng như: cần tây (celery), cà rốt.
 - + Phản ứng phản vệ do găng sức là một hội chứng hiếm gặp, có thể xảy ra 02 dạng: (1) Dạng phụ thuộc thức ăn: găng sức sau khi vừa ăn; một số thức ăn được xem là dị ứng nguyên của hội chứng này: lúa mì, thức ăn biển; (2) từng lúc có phản ứng phản vệ lúc găng sức, không liên quan với thức ăn; phản vệ không nhất thiết xảy ra mỗi khi găng sức.
- Nhựa (Latex):

Quá mẫn với nhựa đã được công nhận trong 20 năm qua tương ứng với sử dụng găng tay nhựa trong phẫu thuật. Tần suất giảm nhờ sự cải tiến bằng găng tay không

có latex, hoặc găng tay latex không bột.

- Phương pháp điều trị giải mẫn cảm:

Tiêm dị ứng nguyên để giải mẫn cảm có thể gây phản ứng phản vệ (hiếm gặp). Phản ứng phản vệ nặng thường là do: hen phế quản không được kiểm soát tốt, có sử dụng đồng thời thuốc ức chế Beta, cho liều cao dị ứng nguyên, không theo dõi sát sau khi tiêm.

2.2. Phản ứng dạng phản vệ:

- Phản ứng qua trung gian bổ thể: Phức hợp miễn dịch hình thành khi cho những sản phẩm máu, immunoglobulin tĩnh mạch, kháng huyết thanh có thể kích hoạt dòng thác bổ thể, và những sản phẩm tạo ra từ dòng thác (C3a, C4a, C5a) gọi là những anaphylatoxin gây sự huỷ hạt từ dưỡng bào và bạch cầu ái kiềm.
- Vài chất kích hoạt trực tiếp dưỡng bào phóng thích hóa chất trung gian như: thuốc phiện, dextrans, chất cản quang, cure, thiamine, protamine, và vancomycin. Cơ chế chưa rõ. Có chứng cứ rằng chất cản quang, dextrans, và protamine có thể kích hoạt hệ thống bổ thể, đông máu và vận mạch (kallikrein-kinin).

2.3. Aspirin và NSAIDS: có thể gây phản ứng phản vệ và dạng phản vệ. Ức chế men cyclooxygenase của những thuốc này dẫn đến sản xuất quá mức Leucotrienes.

2.4. Phản vệ kết hợp với tăng dưỡng bào hệ thống (systemic Mastocytosis): phản vệ là biểu hiện của tăng dưỡng bào. Những bệnh nhân này có nguy cơ phản ứng với thức ăn và nọc độc côn trùng.

2.5. Không rõ nguyên nhân (idiopathic anaphylaxis).

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng thường bắt đầu 5-30 phút sau khi dị nguyên qua đường tiêm, có thể xảy ra trong vài giây. Nếu qua đường tiêu hóa thường khó tiên đoán thường trong vòng 02 giờ.
- Biểu hiện lâm sàng thường gặp ở 04 hệ thống cơ quan: da, hô hấp, tuần hoàn, và tiêu hóa. Những triệu chứng và dấu hiệu được tóm tắt bằng sau:

Những triệu chứng và dấu hiệu của phản vệ

Phản ứng	Triệu chứng	Dấu hiệu
Mề đay	Ngứa	Lan tỏa, chóng phai mờ
Phù mạch	Cảm giác kiến bò không ngứa	Sung phù ở môi, mắt, bàn tay nhưng không nóng và đỏ.
Phù thanh quản	Khàn giọng	Khò khè lúc hít vào, co kéo liên sườn, tím tái
	Khó nuốt	
	Sung họng	
	Tắc nghẽn đường thở	
Chết đột ngột		
Co thắt phế quản	Ho, khó thở	Thở nhanh, khò khè, co kéo
Dẫn mạch	Chóng mặt	Tụt HA, nhịp nhanh, thiếu niệu
	Ngất	
	Lú lẫn	
Viêm mũi	Sung huyết mũi, ngứa	Chảy nước mũi
Viêm kết mạc	Chảy nước mắt	Phù mi mắt
	Ngứa	
Viêm dạ dày-ruột	Đau quặn bụng	Khám bình thường hoặc nhu động ruột tăng
	Tiêu chảy	
	Ói	

3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Hội thảo lần thứ hai của FAAN (Food Allergy and Anaphylaxis Network) và NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Disease) vào tháng 07-2005 đã đưa ra tiêu chuẩn lâm sàng để chẩn đoán phản ứng phản vệ: **khi có 01 trong 03 tiêu chuẩn sau:**

3.2.1. Tiêu chuẩn 1:

Khởi phát cấp tính (vài phút đến vài giờ) với những biểu hiện ở **da, hoặc niêm mạc hoặc cả hai** (nổi mẩn toàn thân, ngứa hoặc đỏ da; phù môi, lưỡi và lưỡi gà. **KÉM ÍT NHẤT 01 TRONG 02 BIỂU HIỆN:**

- + Suy giảm chức năng hô hấp: khó thở, khò khè do co thắt phế quản, giảm lưu lượng đỉnh thở ra (PEF), giảm oxy máu.

- + Tụt HA hoặc kết hợp những triệu chứng của rối loạn chức năng cơ quan đích.

3.2.2. Tiêu chuẩn 2: ≥ 02 biểu hiện sau đây, xảy ra cấp tính sau khi tiếp xúc với những chất có khả năng là dị ứng nguyên:

- + Biểu hiện da-niêm mạc.
- + Suy giảm chức năng hô hấp.
- + Tụt HA hoặc kết hợp những triệu chứng của rối loạn chức năng cơ quan đích.
- + Triệu chứng tiêu hóa kéo dài: đau quặn bụng, ói mửa, tiêu chảy.

3.2.3. Tiêu chuẩn 3: tụt HA sau khi tiếp xúc với dị ứng nguyên đã biết:

- + Người lớn: HA tâm thu $< 90\text{mmHg}$, hoặc giảm 30% so với trước.
- + Trẻ em tụt HA tùy theo tuổi:
 - Từ 1 tháng – 1 tuổi: $< 70\text{mmHg}$.
 - Từ 1 tuổi – 10 tuổi: $< 70 + (2 \times \text{tuổi})$
- + Trên 10 tuổi: $< 90\text{mmHg}$, hoặc giảm 30% so với trước.

4. ĐIỀU TRỊ:

Những thuốc sử dụng trong phản vệ:

- ☞ Thuốc β giao cảm khởi phát sự tổng hợp AMPc trong đường bào, gây ức chế sự huỷ hạt từ đường bào làm chậm phản ứng và dẫn cơ trơn phế quản.
- ☞ Antihistamine ngăn chặn histamine trên vị trí thụ thể (H1 và H2).
- ☞ Tác dụng kháng viêm của Steroids có tác dụng làm giảm phù mạch và co thắt phế quản. Corticoids có thể ngăn chặn sự phóng thích leukotrienes và ổn định màng tế bào.

Phản ứng phản vệ là một cấp cứu nội khoa cần phát hiện sớm và xử trí ngay.

- ☞ Đánh giá ban đầu ngay về tình trạng hô hấp và tim mạch.
Đặt nội khí quản ngay nếu có thở khò khè (stridor) và ngừng thở. Trong trường hợp phù nề đường hô hấp trên nhiều (khó thở thanh quản), đặt nội khí quản khó khăn cần mở khí quản ngay.
- ☞ Ngưng ngay dị ứng nguyên.
- ☞ Thiết lập ngay đường truyền tĩnh mạch với kim số 14, 16 để cho dịch truyền và thuốc.
- ☞ Cho bệnh nhân nằm ngửa và thở Oxy.

- ☞ Điều trị thuốc: tùy theo mức độ nặng (biểu hiện hô hấp và truy tim mạch), nhẹ (biểu hiện chỉ ở da, đường tiêu hóa) mà điều trị với những thuốc Epinephrine, dịch truyền, antihistamine, dẫn phế quản, hoặc corticoids.

4.1. Epinephrine:

Là thuốc được chọn đầu tiên trong phản vệ vì:

- Tác dụng nhanh.
- Hiệu quả trên tụt HA (tác dụng α) và co thắt phế quản (tác dụng β_2).
- Ức chế sự phóng thích tiếp tục những hóa chất trung gian từ dưỡng bào và bạch cầu ái kiềm (tăng tổng hợp AMPc).

KHÔNG CÓ CHỐNG CHỈ ĐỊNH TUYỆT ĐỐI Ở BỆNH NHÂN PHẢN VỆ.

Epinephrine có chỉ định khi:

- ☞ Co thắt phế quản.
- ☞ Triệu chứng tiêu hóa đáng kể.
- ☞ Phù thanh quản (khàn giọng, khó nuốt, thở khò khè).
- ☞ Tụt HA.

Tiêm bắp ngay: ở trước hoặc bên đùi. Đường tiêm bắp tốt hơn tiêm dưới da vì hấp thu nhanh hơn.

Liều: 0,3-0,5mg Epinephrine 1% (trẻ em: 0,01mg/kg cân nặng), lặp lại mỗi 5-15 phút, có thể ngắn hơn 3-5 phút dựa trên đáp ứng và độ nặng của lâm sàng.

+ Nếu không đáp ứng với liều thứ nhất hoặc thứ hai Epinephrine IM, truyền dịch cần tiến hành ngay (vì mất dịch trong lòng mạch sẽ không đáp ứng với thuốc vận mạch) và Epi tĩnh mạch.

+ **Epinephrine tĩnh mạch** khi tụt HA nặng (HAm_{ax} < 70mmHg), hoặc không đáp ứng Epinephrine IM và truyền dịch (thường 1-2lít).

Liều: 0,1 – 0,5mg IV (1 -5 mL Epinephrine 1:10.000). Trường hợp không thiết lập được đường tĩnh mạch, có thể cho qua nội khí quản. Liều PIV: 2-15µg/phút. (Trẻ em 2 µg/phút).

+ Trên Bệnh nhân có dùng ức chế, thường không đáp ứng với Epinephrine, ⇒ sử dụng Glucagon.

Liều: 1- 5mg (20-30 µg/kg ở trẻ em, tối đa 1mg) IV trong 5 phút, theo sau đó PIV 5-15 µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì Glucagon thường gây nôn.

Cơ chế: Glucagon kích thích những thụ thể non α , non β (glucagon receptors) → kích hoạt Adenylcyclase → thủy phân ATP thành AMPc → kích hoạt Proteinkinase khởi phát Canxi qua màng tế bào → làm tăng sức co bóp cơ tim.

4.2. Truyền dịch:

- Được bắt đầu cho tất cả Bệnh nhân phản vệ không đáp ứng ngay hoặc hoàn toàn sau tiêm Epinephrine, tụt HA, hoặc tụt HA tư thế.
- Normal Saline là dịch truyền thích hợp. Lactate Ringer có thể góp phần vào toan chuyển hóa, Dextrose thoát vào mô kẽ nhanh.
- 1 – 2 lít NS phải được cho với tốc độ 5 – 10 mL/kg cân nặng trong vòng 5 – 10 phút (Có thể cần lượng dịch lớn đến 07 lít). Số lượng dịch truyền chính xác tùy theo từng Bệnh nhân, dựa vào đáp ứng của HA và lượng nước tiểu. Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch và bệnh thận phải theo dõi cẩn thận đáp ứng lâm sàng và quá tải dịch.

4.3. AntiHistamines:

- Được sử dụng cho tất cả bệnh nhân phản vệ, nhưng là thuốc thứ hai sau Epinephrine.
- Phối hợp cả hai antiH1 và antiH2 tốt hơn là sử dụng một loại đơn độc:
 - + Diphenhydramie (antiH1): 25-50 mg IM/IV mỗi 4 giờ; không vượt quá 400mg/ngày. (Tốc độ tiêm IV không vượt quá 25mg/ph)
 - Uống: 25-50 mg PO mỗi 6-8giờ.

Kết hợp với:

- + Ranitidine (antiH2): Zantac 1mg/kg IM/IV mỗi 6 – 8giờ.
- Uống: 150mg x 2 lần /ngày.

AntiHistamine sử dụng liên tục cho đến khi triệu chứng cải thiện hoàn toàn.

4.4. Dẫn phế quản:

- Điều trị co thắt phế quản sau khi Epinephrine IM không hiệu quả.
- Albuterol (Ventoline): Phun khí dung hoặc MDI.
 - + Phun khí dung 2,5-5mg / 4-6giờ.
 - + MDI 1-2 puffs / 4-6giờ.

4.5. Corticoids:

- Không phải là thuốc sử dụng trong giai đoạn cấp vì khởi phát tác dụng chậm. Tuy nhiên, thuốc được sử dụng sớm để dự phòng phản ứng muộn (phản ứng hai pha: tái phát triệu chứng sau giai đoạn hồi phục, thường sau 72 giờ).
- Methylprednisolone (Solu-medrol): Liều dẫn đầu: 125-250mg IV ; duy trì: 0,25-1mg/kg Iv mỗi 6 giờ x 4-5 ngày (vì phản ứng hai pha thường xảy ra sau 72 giờ).
- Hydrocortisone hoặc Dexamethasone cũng có thể sử dụng.