# SỐC PHẢN VỆ

## I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn tức thì đe dọa tính mạng bệnh nhân.

Sốc phản vệ do dị nguyên (thường là thuốc) kết hợp với kháng thể dị ứng của bệnh nhân phóng thích các hóa chất trung gian như Histamin, prostaglandin làm dãn mạch gây sốc.

Khoảng 35% bệnh nhân sốc phản vệ có giảm thể tích máu do thất thoát huyết tương khi sốc phản vệ trên 10 phút và suy chức năng co cơ tim nếu sốc kéo dài.

Ngoài biểu hiện sốc, bệnh nhân còn có thể có dấu hiệu khó thở do phù nề thanh quản hoặc khò khè do co thắt phế quản.

Thuốc chủ yếu điều trị sốc phản vệ Adrenalin, phần lớn đáp ứng tốt sau 1 lần tiêm Adrenalin. Tiên lượng sốc phản vệ tùy thuộc vào cho Adrenalin sớm, nếu không cấp cứu kịp thời sẽ dẫn đến tử vong.

Các chất gây phản ứng phản vệ thường là: kháng sinh, SAT, thuốc cản quang có Iod, dịch truyền máu, ong đốt, thức ăn.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

**a. Hỏi bệnh**

- Tiền sử dị ứng (suyễn, chàm, viêm mũi dị ứng), dị ứng khi tiếp xúc với thuốc, thức ăn.
- Bệnh sử: mới tiếp xúc (vài phút đến vài giờ) với chất lạ.

**b. Khám lâm sàng**

- Ngoài da: nổi mề đay, đỏ da, ngứa.
- Tình trạng sốc với:
  - Vật vã, bứt rứt.
  - Tay chân lạnh mạch nhanh.
  - Huyết áp thấp:
    + Trẻ từ 1 – 12 tháng : HA tâm thu ≤ 70 mmHg.
    + Trẻ từ 1 – 10 tuổi : HA tâm thu ≤ 70 mmHg + (2 x tuổi).
    + Trẻ > 10 tuổi : HA tâm thu ≤ 90 mmHg.
- Biểu hiện hô hấp: khó thở thanh quản, khò khè, tím tái.
- Biểu hiện tiêu hóa: ói mửa, tiêu chảy, đau bụng.

BV NHI ĐỒNG 1

### 2. Chẩn đoán xác định

- *Tiếp xúc dị nguyên hoặc tiêm thuốc.*
- *Khởi phát đột ngột với mề đay, ngứa.*
- Có biểu hiện sốc.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- *Phản ứng phản vệ:* nổi mề đay, đỏ da, ngứa, đau bụng, nôn ói, than mệt nhưng mạch và huyết áp bình thường.
- *Đau khi tiêm bắp hoặc phản ứng đối giao cảm:* khóc, mạch chậm, huyết áp bình thường.
- *Hạ đường huyết:* xa bữa ăn, tay chân lạnh, vã mồ hôi, mạch, huyết áp bình thường.
- *Dị ứng:* nổi mề đay, xuất hiện chậm sau vài giờ hay vài ngày, không có dấu hiệu khác kèm theo.

## III. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị

- Ngừng thuốc, dị nguyên gây sốc.
- Đảm bảo thông khí tốt và cung cấp oxy.
- Thuốc chủ yếu điều trị là Adrenalin.
- Bù dịch nhanh Lactate Ringer nếu thất bại với Adrenalin tiêm dưới da.
- Phòng ngừa sốc phản vệ.

### 2. Điều trị cấp cứu

#### 2.1. Ngừng ngay thuốc đang tiêm

#### 2.2. Cho bệnh nhân nằm đầu phẳng

#### 2.3. Hỗ trợ hô hấp

- Nếu BN ngừng thở nhanh chóng thông đường thở, bóp bóng qua mask và đặt NKQ giúp thở.
- Nếu có ngừng tim phải ấn tim ngoài lồng ngực.
- Thở oxy sau tiêm Adrenalin.
- Đặt nội khí quản giúp thở nếu sốc kéo dài không đáp ứng với các thuốc vận mạch, tăng sức co cơ tim và bù dịch.

#### 2.4. Adrenalin (Epinephrin)

- Adrenalin là thuốc chủ yếu trong điều trị sốc phản vệ.
- Adrenalin 1‰ 0,3 ml (liều 0,01 ml/kg) TDD hay TB (TB mặt trước đùi).
- Có thể lặp lại mỗi TDD hay TB mỗi 10 - 15 phút khi còn sốc, tối đa 3 lần.
- Hầu hết bệnh nhân đáp ứng tốt, thoát sốc sớm sau 1 lần tiêm Adrenalin TDD nếu được phát hiện sốc kịp thời và cho Adrenalin sớm. Vì thế nếu thất bại sau lần tiêm Adrenalin đầu tiên nên sớm chuyển sang Adrenalin truyền tĩnh mạch.

BV NHI ĐỒNG 1

- Tác dụng của Adrenalin trong sốc phản vệ:
  - Co mạch (sốc phản vệ dãn mạch).
  - Tăng sức co cơ tim.
  - Đưa huyết áp trở về bình thường.
- Theo dõi tác dụng phụ của Adrenalin:
  - Vật vã.
  - Nhức đầu.
  - Nôn ói, đau bụng.
  - Tức ngực.
  - Xanh tái.
  - Cao huyết áp.
  - Nhịp tim nhanh.
  - Rối loạn nhịp tim.

**2.5. Garrot phía trên nơi tiêm thuốc nếu được**

**2.6. Thiết lập đường truyền TM**

**2.7. Hydrocortison**

Hydrocortison 5 mg/kg/lần mỗi 4 - 6 giờ hoặc Methyl-prednisolone 1 - 2 mg/kg TMC.

- Liều Hydrocortison/lần:
  - Trẻ ≤ 6 tháng : 25 mg
  - Trẻ 6 tháng – 6 tuổi : 50 mg
  - Trẻ 6 tuổi – 12 tuổi : 100 mg
  - Trẻ ≥ 12 tuổi : 200 mg
- Tác dụng:
  - Tăng tác dụng Adrenalin.
  - Giảm phóng thích hóa chất trung gian,giảm phản ứng kháng nguyên – kháng thể.
  - Giảm độ nặng sốc phản vệ.
  - Phòng ngừa tái sốc (tái sốc ít gặp, sau 2 – 6 giờ).

**2.8. Bù dịch nhanh và truyền tĩnh mạch Adrenalin khi thất bại với TDD Adrenalin**

- Adrenalin truyền TM bắt đầu 0,1 µg/kg/phút tăng dần đến khi đạt hiệu quả, tối đa 0,5 µg/kg/phút (để giảm tác dụng phụ của Adrenalin). Bệnh nhân phải được theo dõi sát và monitor điện tim khi truyền Adrenalin để phát hiện và xử trí kịp thời rối loạn nhịp tim.
- Để tránh tác dụng phụ của Adrenalin đặc biệt là nguy cơ rối loạn nhịp tim nặng có thể tử vong:
  - Chỉ sử dụng Adrenalin truyền tĩnh mạch sau khi thất bại với Adrenalin TDD/TB và do bác sĩ chỉ định.
  - Nên truyền tĩnh mạch liên tục thay tiêm tĩnh mạch Adrenalin ngắt quãng (Adrenalin tĩnh mạch ngắt quãng 1‰ 0,01 mg/kg/lần hoặc 0,1 ml/kg/lần mỗi 15 phút).

BV NHI ĐỒNG 1

- Truyền Lactate Ringer hoặc Normal Saline 20 ml/kg/giờ sau đó nếu huyết động học cải thiện tốt, giảm liều Lactate Ringer còn 10 ml/kg/giờ.
- Đo và theo dõi CVP.
- Nếu còn sốc sau Lactate Ringer 20 ml/kg/giờ:
  - Đo huyết áp xâm lấn.
  - Truyền dung dịch cao phân tử (Haesteril 6% 200/0,5 hoặc Dextran 70) 10 - 20 ml/kg/giờ và điều chỉnh tốc độ truyền theo CVP. Trong trường hợp sốc nặng tổng thể tích dịch có thể đến 60 - 80 ml/kg.
  - Phối hợp truyền Adrenalin và Dopamin.
  - Theo dõi sát CVP vì biến chứng phù phổi rất thường gặp khi bệnh nhân hết giai đoạn dãn mạch.

**2.9. Phối hợp thuốc tăng sức co cơ tim và vận mạch theo thứ tự từ khi thất bại với bù dịch Lactate Ringer và truyền Adrenalin**

- Dopamin:
  - Chỉ định phối hợp Adrenalin sớm ngay khi thất bại bù dịch Lactate Ringer 20 ml/kg trong giờ đầu.
  - Truyền tĩnh mạch liều bắt đầu 0,3 µg/kg/phút tăng liều dần mỗi 10 - 15 phút đến khi đạt hiệu quả, tối đa 10 µg/kg/phút.
- Dobutamin:
  - Chỉ định: suy tim, phù phổi. Hoặc phối hợp Dopamin và Dobutamin khi thất bại Dopamin.
  - Truyền tĩnh mạch liều bắt đầu 0,3 µg/kg/phút tăng liều dần mỗi 10 - 15 phút đến khi đạt hiệu quả, tối đa 10 µg/kg/phút.
- Tăng liều dần Adrenalin truyền tĩnh mạch từ 0,5 µg/kg/phút đến khi đạt hiệu quả, tối đa 1 µg/kg/phút nếu không đáp ứng với Dopamin và Dobutamin.
- Norepinephrin:
  - Chỉ định: khi thất bại với tất cả thuốc vận mạch và tăng sức co cơ tim.
  - Truyền tĩnh mạch liều bắt đầu 0,1 µg/kg/phút tăng liều dần mỗi 10 - 15 phút đến khi đạt hiệu quả, tối đa 2 µg/kg/phút.
- Xem xét chỉ định đặt nội khí quản khi sốc kéo dài kèm thất bại các thuốc vận mạch và bù dịch.
- Bệnh nhân phải được theo dõi sát và monitor điện tim khi truyền thuốc vận mạch để phát hiện và xử trí kịp thời rối loạn nhịp tim.
- Sau khi huyết động học ổn định từ 6 - 8 giờ xem xét giảm liều và ngừng thuốc vận mạch theo thứ tự Norepinephrin, Adrenalin, sau đó Dopamin và Dobutamin.

**2.10. Kháng Histamin:** phối hợp kháng H1 kèm kháng H2 tác dụng tốt hơn sử dụng đơn thuần kháng H1, chỉ định phối hợp trong trường hợp sốc phản vệ nặng và kéo dài.

- Kháng Histamin H1: Promethazin (Pipolphen) 0,5 - 1 mg/kg TB mỗi 6 - 8 giờ.
- Kháng Histamin H2: Ranitidin 1mg/kg TM mỗi 6 - 8 giờ (tối đa 50 mg/liều).

**2.11. Khi có khó thở thanh quản:** Adrenalin 1 ‰ 2 - 3 ml khí dung.

**2.12. Nếu có khò khè: Salbutamol 2,5 - 5 mg/lần phun khí dung mỗi 20 phút.**

BV NHI ĐỒNG 1

### 3. Theo dõi

- Trong giai đoạn sốc: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, monitor điện tim, tím tái, tri giác, mỗi 15 phút cho đến khi ổn định.
- Trong giai đoạn huyết động học ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác, $SaO_2$ mỗi 1 - 2 giờ trong 24 giờ tiếp theo.
- Tất cả bệnh nhân phản ứng hoặc sốc phản vệ đó cần được theo dõi tại bệnh viện ít nhất 24 - 48 giờ vì nguy cơ tái sốc.
- Đối với bệnh nhân không sốc, chỉ biểu hiện dị ứng da (mẩn ngứa) hoặc triệu chứng tiêu hóa:
  - Không xử trí Adrenalin.
  - Kháng Histamin (chlorpheniramin) ± Corticoid uống (Prednisolon 0,5 mg/kg).
  - Xem xét kháng histamin TB và Hydrocortison TM khi biểu hiện dị ứng da nặng (mẩn đỏ kèm phù mặt hoặc phù toàn thân).
  - Theo dõi sát ít nhất 4 giờ.

### 4. Phòng ngừa

#### 4.1. Trước khi dùng thuốc cho bệnh nhân cần

- Hỏi tiền sử dị ứng thuốc, đặc biệt người có cơ địa dị ứng. Đây là biện pháp phòng ngừa quan trọng nhất.
- Thử test đối với Penicillin và Streptomycin:
  - Tiêm trong da 0,02 ml dung dịch PNC 1/10.000.
  - Cần lưu ý với liều test cũng có thể gây sốc phản vệ và test âm tính cũng không loại trừ được sốc phản vệ.
- Cần sẵn sàng hộp chống sốc.

**4.2. Ghi vào sổ khám bệnh và thông báo thân nhân bệnh nhân biết tác nhân gây sốc phản vệ để báo cho nhân viên y tế biết khi khám bệnh.**

BV NHI ĐỒNG 1

# LƯU ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

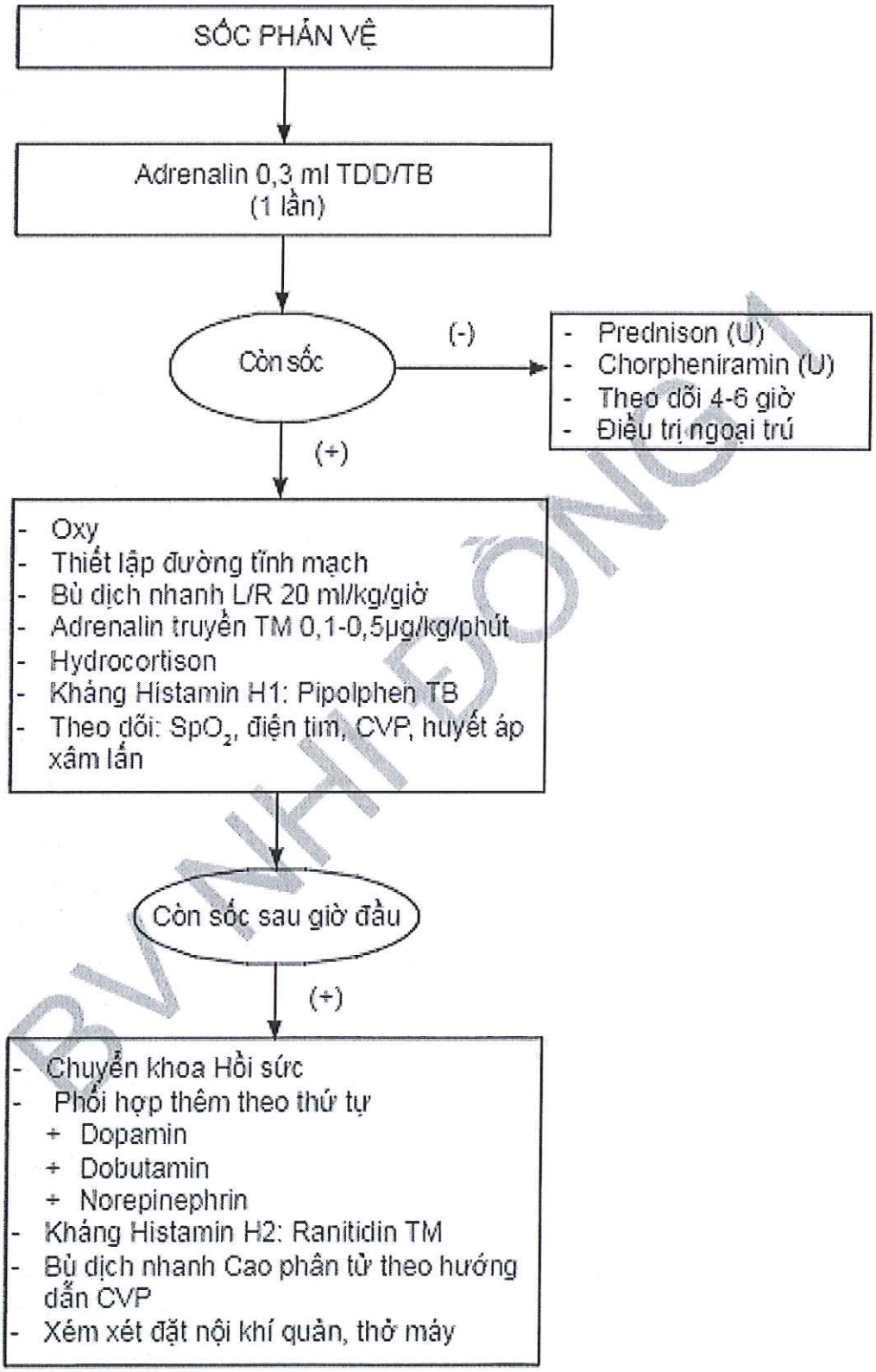
1. Ngừng ngay thuốc gây sốc phản vệ.
2. Đặt nằm đầu phẳng.
3. Nếu ngừng thở ngừng tim: thông đường thở, thổi ngạt hoặc bóp bóng qua mask kèm ấn tim.
4. Adrenalin 1‰ 0,3 mL TDD/TB.
5. Cột garrot phía trên nơi tiêm nếu được.
6. Nếu còn sốc:
   - Adrenalin truyền TM 0,1- 0,5µg/kg/phút.
   - Truyền LR 20 ml/kg/giờ theo CVP.
7. Hydrocortison 5 mg/kg TM mỗi 4 – 6 giờ.
8. Pipolphen 0,5-1mg/kg TB mỗi 6 – 8 giờ.
9. Nếu khó thở thanh quản, KD Adrenalin 1‰ 2-3 ml.
10. Nếu khò khè, KD Salbutamol 2,5-5mg/lần mỗi 20 phút.

**Điều dưỡng được xử trí từ 1 – 5 khi không có bác sĩ**

| Vấn đề | Mức độ chứng cớ |
|---|---|
| Adrenalin tiêm bắp là chọn lựa trong điều trị phản ứng phản vệ có sốc và không sốc. | IV<br>Cochrane 2010 |

BV NHI Đ N

## LƯU ĐỒ XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ




BV NHI ĐỒNG 1