

SỐC PHẢN VỆ (T78.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Sốc phản vệ là một tình trạng cấp tính gây ra bởi phản ứng miễn dịch trung gian IgE ở những cá thể nhạy cảm sau khi tiếp xúc với một chất ngoại sinh. Phản ứng phản vệ không miễn dịch trung gian IgE nhưng được thúc đẩy hoạt hóa trực tiếp các tế bào mast.
- Phản vệ là một cấp cứu nội khoa có thể đe dọa tính mạng nên đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải nhận biết là điều trị kịp thời

2. Nguyên nhân

- Thực phẩm: đậu phộng, trứng, sữa, cá, tôm, cua, đậu nành.
- Độc tố côn trùng
- Thuốc: đặc biệt là kháng sinh (penicillin, cephalosporin.) và thuốc gây mê, thuốc cản quang, hạt latex.
- Máu và các chế phẩm của máu
- Vaccin, huyết thanh
- Chất cản quang có chứa iode
- Không rõ nguyên nhân.

II. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử - tiền sử

- Cơ địa dị ứng (suyễn, chàm, viêm mũi dị ứng), dị ứng khi tiếp xúc với thuốc, thức ăn.
- Hoàn cảnh: mới tiếp xúc (vài phút đến vài giờ) với chất lạ,

2. Dấu hiệu: tùy vào đường tiếp xúc với dị nguyên, các dấu hiệu có thể xuất hiện từ vài phút đến vài giờ

- Tổng quát: nóng, ngứa, mệt mỏi.
- Da niêm: đỏ da, mày đay, phù mạch
- Hô hấp: hắt hơi, chảy nước mũi, phù thanh quản, thở rít, co thắt phế quản hoặc ngưng thở:
- Tim mạch: tụt huyết áp, nhịp nhanh, sốc
- Tiêu hóa: buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Test dị ứng da: tiêu chuẩn vàng, phát hiện IgE
- Định lượng IgE đặc hiệu với dị nguyên trong huyết thanh
- Định lượng Tryptase: do các tế bào mast tiết ra

IV. CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù, mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.

e) Rối loạn ý thức.

2. Các bệnh cảnh lâm sàng

2.1. **Bệnh cảnh lâm sàng 1:** các triệu chứng xuất hiện trong vài ngày đến vài giờ ở da. Niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

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

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:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa
- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít)
- c) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ)
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng)

2.3. **Bệnh cảnh lâm sàng 3:** Tụt huyết áp 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:

- a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70 mmHg).
- b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
2. Tai biến mạch máu não.
3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
6. Các ngộ độc: rượu, opiate, histamine.

VI. MỨC ĐỘ PHẢN VỆ

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:

1. **Nhẹ (độ I)** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.
2. **Nặng (độ II)** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:
 - a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
 - b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
 - c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
 - d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.
3. **Nguy kịch (độ III)** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:
 - a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
 - b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ trơn

d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhẹ, tụt huyết áp.

4. **Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

VII. XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

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

- Sử dụng thuốc Methylprednisolone hoặc Diphenhydramine uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

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

2. **Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II,III)**

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

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

- Tiêm hoặc truyền Adrenalin

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

- Thở oxy: người lớn 6-10 l/p, trẻ em 2-4 l/ph 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 to (cỡ 14G hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh

- Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

3. **Hướng dẫn sử dụng Adrenalin và truyền dịch**

- Mục tiêu: Nâng và duy trì ổn định HA tối đa của 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 mửa, ỉa chảy.

- Thuốc Adrenalin 1 mg = 1 ml = 1 ống, tiêm bắp:

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

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

c. Trẻ khoảng 20 kg: 0,3 ml (1/3 ống).

d. Trẻ > 30 kg: 0,5ml (1/2 ống)

e. Người lớn: 0,5-1ml (1/2 - 1 ống).

- Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần

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

- Nếu mạch không bắt được và huyết áp 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: trẻ em không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

- + Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền TM liên tục Adrenaline bắt đầu liều 0,1ug/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh
 - + Đồng thời truyền nhanh dung dịch Natriclorid 0,9% 10-20 ml/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 huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 lần/giờ đến 24 giờ.
- 4. Xử trí tiếp theo**
- 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:
 - a. Thở oxy qua mặt nạ
 - b. Bóp bóng AMBU có oxy
 - c. Đặt nội khí quản thông khí nhận tạo có oxy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin.
 - d. Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản
 - e. Truyền tĩnh mạch chậm: aminophylline 1 mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 ug/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 ug/kg/phút
 - f. Có thể thay thế aminophylline bằng Salbutamol 5 mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100 ug trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần/ngày
 - Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau đi 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).
 - Thuốc khác:
 - + Methylprednisolon 1-2 mg/kg ở người lớn, tối đa 50 mg ở trẻ em hoặc hydrocortisone 200 mg ở người lớn, tối đa 100 mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch
 - + Kháng histamine H1 như diphenhydramine tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch: 10-25 mg.
 - + Kháng histamine H₂ như ranitidine: 1 mg/kg pha trong 20 ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.
 - + Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: 20-30 ug/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15 ug/kg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.
 - + Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamine, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP HỘI SỨC

- Tuyệt đối: suy hô hấp, sốc, phản ứng phản vệ kéo dài hay diễn tiến nhanh.
- Tương đối: phản ứng phản vệ nhẹ, phản ứng phản vệ nặng có thể có pha chậm sau 1-72 giờ (6-12 giờ). Phản ứng phản vệ hai pha thường gặp ở

bệnh nhân có triệu chứng chậm sau tiếp xúc hay tiếp xúc qua đường tiêu hóa hay chỉ định adrenalin trẻ.

IX. THEO DÕI

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.
- Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác mỗi 1-2 giờ ít nhất 24 giờ tiếp theo.
- Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và để phòng phản vệ pha 2.
- Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

X. PHÒNG NGỪA

- Tránh dùng chất cản quang ở bệnh nhân có tiền căn dị ứng. Nếu bắt buộc phải dùng, cần cho Diphenhydramine và Corticoid trước.
- Giải miễn cảm ở những bệnh nhân dị ứng thuốc hoặc kháng sinh
- Đối với trẻ bị dị ứng thức ăn, cần giáo dục về việc phòng tránh thức ăn gây dị ứng cho người chăm sóc, nhận biết sớm các triệu chứng và xử lý kịp thời.
- Lưu ý: luôn hỏi tiền căn dị ứng trước khi cho bệnh nhân sử dụng thuốc, sẵn sàng hộp chống sốc, ghi thông tin về tác nhân gây dị ứng vào sổ khám bệnh và báo cho gia đình bệnh nhân.