

CẬP NHẬT CẤP CỨU PHẢN VỆ

TS Đào Xuân Cơ

Khoa Hồi sức tích cực BV Bạch Mai



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION

HỘI NGHỊ TIM MẠCH
TOÀN QUỐC **2016**



ĐẠI CƯƠNG

- Phản ứng phản vệ có thể diện ra ở bất cứ đâu với bất kỳ loại thuốc hoặc dị nguyên nào (thuốc hoặc hóa chất dùng trong chẩn đoán và điều trị , thức ăn, hóa mỹ phẩm, côn trùng đốt....)
- Diễn biến lâm sàng phong phú, phức tạp , khó lường trước
- cần nhận biết sớm các tình huống phức tạp có thể xảy ra đồng thời sẵn sàng cấp cứu kịp thời hiệu quả



LỊCH SỬ PHẢN VỆ

2641
trước CN

- Menes chết sau khi bị ong bắp cày đốt



Thời kỳ
Babylon

- 2 trường hợp chết do ong bắp cày đốt



1902

- Charlet Richat gọi tên hiện tượng “SỐC PHẢN VỆ”



1913

- Charlet được trao giải Nobel cho nghiên cứu về sốc phản vệ



Vấn đề không mới

502

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Apr. 22, 1943

DEATH FROM ALLERGIC SHOCK*

ERNEST L. HUNT, M.D.†

WORCESTER, MASSACHUSETTS

IT IS the purpose of this paper to consider a recent case of a fatality following the intradermal administration of a minute amount of foreign-proteid material, investigation of which revealed a hereditary relation to an earlier case, the history of which is drawn from the literature. As other factors in the case histories must be interpreted against the patients' common heritage, it is thought that together they may contribute evidence of value to students of atopic allergy.

Moreover, such accidents, though rare, are now largely avoidable if the parenteral administration of foreign-proteid matter is preceded by adequate history-taking, careful tests and thorough physical examination, and if, when attempted, it is discreetly done with appropriate remedies at hand to combat reactions. Not one but all these precautions constitute the "due care" imposed on the practitioner legally as well as ethically.

In Massachusetts, such fatalities come under the jurisdiction of the medical examiner. It was such an investigation in line of duty that developed the facts that this paper sets forth. In a previous communication¹ use has been made of special features of the investigation of interest to pathologists and immunologists. In this one an attempt is made to develop such features as may bear on the work and responsibilities of the clinician.

On August 27, 1940, the medical examiner of Worcester County received a call from a hospital for the insane, where an accident had occurred incident to a carefully planned research designed to determine the rate of cutaneous color-spread among schizophrenics as compared with normal persons. A physician had assembled a group of young women from among the employees. The nature of the investigation was explained to them and a fee was allotted to each. No danger was anticipated, but all the subjects were questioned concerning allergic sensitiveness and previous immunizations, to which negative replies were made in all cases. Physical examinations and eye and scratch tests had not been made, since they were not thought necessary. The test solution was guinea-pig hemoglobin, selected because of its known low antigenic power. The hemoglobin was dissolved in physiologic saline solution and made up to a

volume equivalent to that of the quantity of blood from which the corpuscles were originally derived. Only 0.2 cc. was given intradermally, a dose no greater than is often used clinically for sensitivity tests.

As the seventh subject was being injected, the fifth subject, A. D., a well-developed woman of 22, experienced respiratory distress and became cyanotic. The physician gave adrenalin and proceeded with his injections. The woman's condition soon became alarming. Adrenalin was injected into the heart and artificial respiration was applied, but to no avail, and the subject expired 10 minutes after receiving the injection.

The following is abstracted from the official report of the medicolegal investigation:

I viewed the body as it lay clothed on the bed in the room where the testing had been done. None of the other young women who had received the test were feeling any ill effects. I examined the arm of one of them and saw a puncture mark surrounded by a brownish zone about 0.6 cm. in diameter, which in turn was surrounded by a narrow zone of edema. This was similar to though less intense than that on the dead woman's arm.

In view of the seriousness and exceptional circumstances of the case, I felt that the official participants and witnesses to an autopsy prescribed by statute should be competent persons not connected with the institution. I therefore invited Dr. Alan R. Moritz, professor of legal medicine at Harvard Medical School, to co-operate with me in the autopsy. He and his associate, Dr. Herbert Lund, arrived at 5:00 p.m. The hospital facilities were placed at our disposal by the acting superintendent, Dr. William E. Barton.

The autopsy was begun about 5:30 p.m., Drs. Hunt, Moritz, Lund and Freeman participating.

The details of the post-mortem examination appear in the previous publication.¹ In summary, it revealed acute hemorrhagic inflammatory reaction at the site of a needle-puncture wound in the skin of the right forearm; edema of the mucosa of the air passages; mild laryngitis, tracheitis, bronchitis and pneumonitis; marked emphysema of both lungs, with the formation of large air-filled subpleural bullae; rheumatic carditis with mitral, aortic and tricuspid valvulitis (old); moderate arterial hypoplasia; and noninvolution of the thymus gland.

Despite the fact that sensitivity to guinea-pig protein is not common and that the dose given was extremely small, it was thought that the most tenable explanation of the fatal collapse was al-

*Read, in part, at the annual meeting of the Massachusetts Medico-Legal Society, Boston, May 26, 1942.

†Formerly, associate medical examiner, Eleventh District (Worcester County); surgeon-in-chief, Fairlawn Hospital, Worcester.



Khởi tố vụ “đập phá bệnh viện, đánh bác sĩ”

(Dân trí) - Liên quan đến vụ việc bệnh nhân tử vong sau khi tiêm kháng sinh, người nhà đập phá tại bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh, Cơ quan điều tra Hà Tĩnh vừa có quyết định đem vụ án ra khởi tố.

- Sáng 6/9, ông Nguyễn Tiến Nam, Trưởng Công an TP.Hà Tĩnh (Hà Tĩnh), cho biết cơ quan này vừa ra quyết định khởi tố vụ án “đập phá bệnh viện, đánh bác sĩ” để tiếp tục điều tra về nguyên nhân gây ra cái chết đối với bệnh nhân Nguyễn Xuân Hồng liên quan đến bác sĩ Đào Xuân Lý, Phó Trưởng khoa chấn thương (người đưa pháp lệnh tiêm) và điều dưỡng Phan Văn Hà (người trực tiếp tiêm).
- Như Dân trí đã đưa tin, trước đó, ngày 8/8, ông Hồng nhập BV Đa khoa Hà Tĩnh để điều trị với chẩn đoán bị viêm xương. Đến trưa 12/8, các y, bác sĩ tiêm thuốc kháng sinh Trikazim và Ciprofloxacin Kabi cho ông Hồng. Ông Hồng tử vong do sốc phản vệ. Trước cái chết đột ngột của ông Hồng, nhiều người thân có mặt tại bệnh viện đã tỏ ra bất bình, đập vỡ một số máy móc, đánh bị thương bác sĩ Mai Văn Lục (Trưởng Khoa Hồi sức tích cực) và 3 y, bác sĩ khác của khoa này. Công an TP.Hà Tĩnh phải huy động hơn 40 người mới kiểm soát được vụ việc.



“đập phá bệnh viện, đánh bác sĩ”



ĐỊNH NGHĨA CÒN PHỨC TẠP

- Phản ứng dị ứng (allergic reactions)
- Phản ứng quá mẫn (hypersensitivity reactions)
- Phản vệ (anaphylaxis)
- Phản ứng phản vệ (anaphylactic reactions)
- Phản ứng dạng phản vệ (anaphylactoid reactions)



Nguyên nhân ngày càng nhiều

- Foods: Bananas, beets, buckwheat, Chamomile tea, citrus fruits, cow's milk,* egg whites,* fish,* kiwis, mustard, pinto beans, potatoes, rice, seeds and nuts (peanuts, Brazil nuts, almonds, hazelnuts, pistachios, pine nuts, cashews, sesame seeds, cottonseeds, sunflower seeds, millet seeds),* shellfish*
- Venoms and saliva: Deer flies, fire ants, *Hymenoptera* (bees, wasps, yellow jackets, sawflies),* jellyfish, kissing bug (*Triatoma*), rattlesnakes
- Antibiotics: Amphotericin B (Fungizone), cephalosporins, chloramphenicol, ciprofloxacin, nitrofurantoin (Furadantin), penicillins,* streptomycin, tetracycline, vancomycin (Vancocin)
- Aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs*
- Miscellaneous other medications
- Allergy extracts, antilymphocyte and antithymocyte globulins, antitoxins, carboplatin (Paraplatin), corticotropin (H.P. Acthar), dextran, folic acid, insulin, iron dextran, mannitol (Osmitol), methotrexate, methylprednisolone (Depo-Medrol), opiates, parathormone, progesteron (Progestasert), protamine.sulfate, streptokinase (Streptase), succinylcholine (Anectine), thiopental (Pentothal), trypsin, chymotrypsin, vaccines
- Latex rubber*
- Radiographic contrast media*
- Blood products
- Cryoprecipitate, immune globulin, plasma, whole blood
- Seminal fluid
- Physical factors
- Cold temperatures, exercise
- Idiopathic



NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ

Cơ chế

Cơ chế qua
IgE/FcεFI

Cơ chế MD
khác

Không do
MD

Nguyên
nhân

Côn trùng/ong đốt
Thức ăn
Thuốc
Nguyên nhân khác

MD tổng hợp
Hoạt hóa bổ thể
Hoạt hóa hệ đông máu
Cơ chế tự miễn

Gắng sức
Lạnh
Thuốc
Nguyên nhân khác

TB chính

TB mast

BC ái kiềm

Mediator

Histamine

Carboxypeptidase A

Chymas

Leukotriene

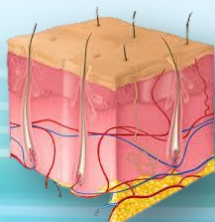
Tryptase

PAF

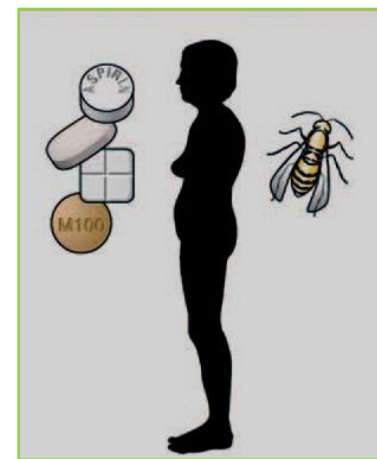
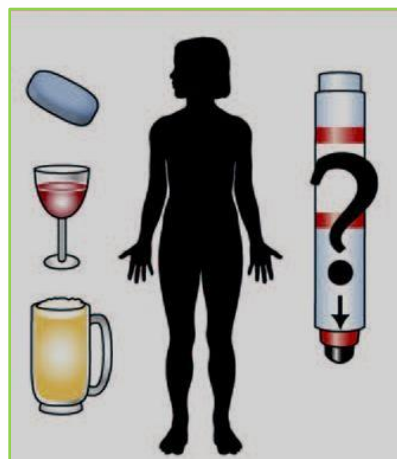
Prostaglandin

Khác

Cơ quan
đích



Yếu tố tăng nguy cơ hoặc tăng mức độ nặng của phản vệ



Simons FER, et al. *WAO Journal*. 2011;4:13-37.

18 HỘI MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION

HỘI NGHỊ TIM MẠCH
TOÀN QUỐC **2016**



HỘI THẢO VỀ CẤP CỨU PHẢN VỆ TẠI CHICAGO 2011

(The journal of emergency Medicine vol 45 no 2,pp 299-306; 2013)

- Phản vệ là một phản ứng nghiêm trọng gây ra nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau nhưng có đặc điểm chung là xuất hiện nhanh và có thể dẫn đến tử vong
- Thường do nguyên nhân phản ứng dị ứng nhưng cũng có thể không



Theo viện quốc gia Hoa Kỳ về Dự ứng và bệnh nhiễm trùng(NIAIP) và Hệ thống theo dõi dự ứng thức ăn và phản vệ (FAAN) Mỹ 2005

- Xuất hiện nhanh (một vài phút- vài giờ)
- Đe dọa tính mạng (suy cấp tính các cơ quan : tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa...)
- Vì vậy phải chẩn đoán nhanh (chủ yếu dựa vào lâm sàng, có chẩn đoán phân biệt)
- và xử trí đúng và nhanh



Định nghĩa của Anh

- Là phản ứng dị ứng nặng ,toàn thân , xuất hiện nhanh
- Đe dọa tính mạng:

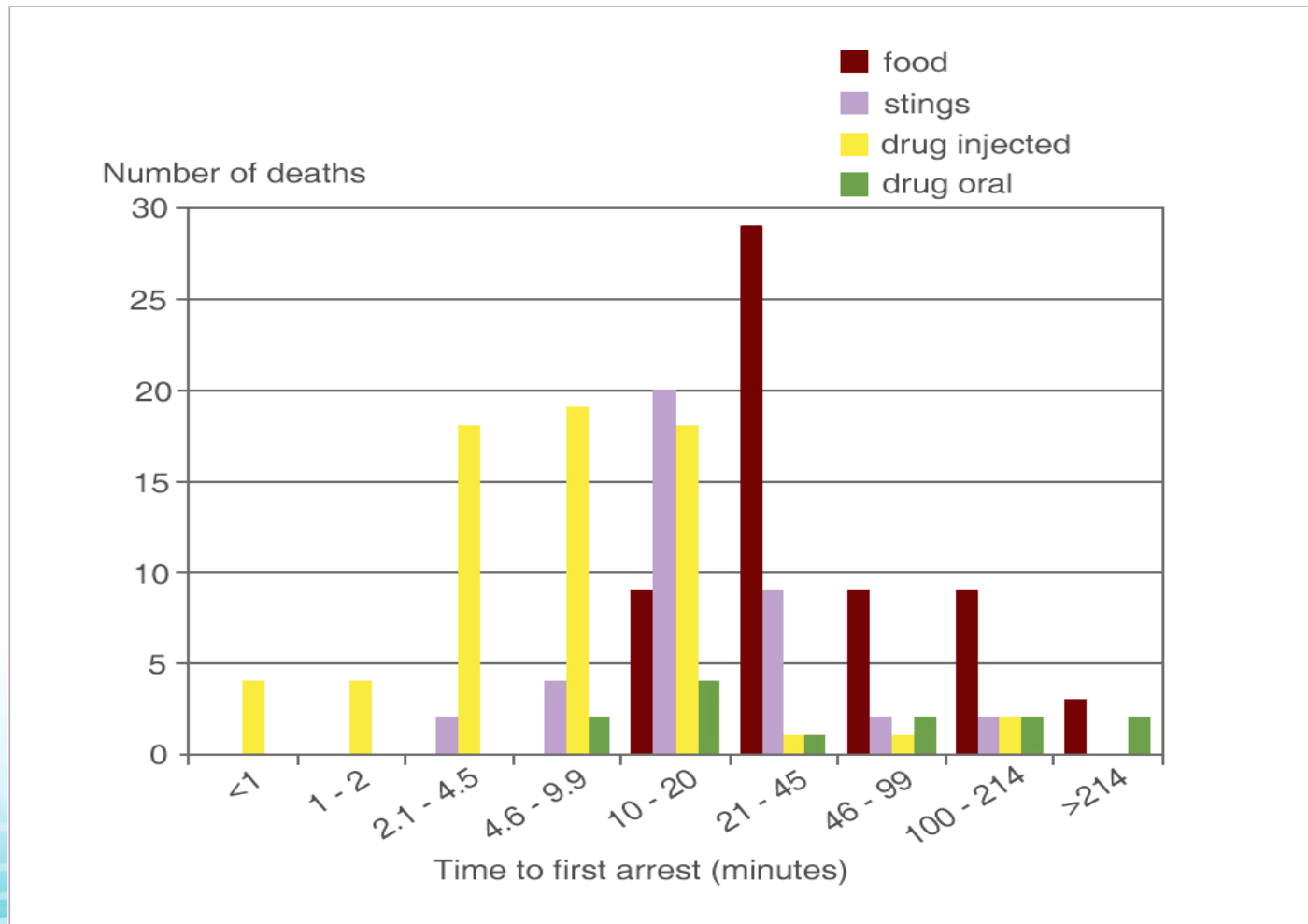
Hô hấp : đường thở (phù họng, thanh quản) và hoặc kèm theo Rối loạn về thở (thở nhanh, co thắt phế quản) và hoặc kèm theo triệu chứng của hệ

Tuần hoàn : trụy mạch, tụt HA

Thường kèm theo các triệu chứng của da, niêm mạc



Thời gian xuất hiện dấu hiệu phản vệ đầu tiên theo Resuscitation Council (UK) 2012



BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Da, niêm mạc

- Ban đỏ, ngứa, mày đay, phù mạch, ban dạng sởi.
- Ngứa, đỏ, phù nề xung quanh mắt, xung huyết kết mạc, chảy nước mắt.
- Ngứa môi, lưỡi, vòm miệng và vành tai, sưng môi, lưỡi
- Ngứa bộ phận sinh dục ngoài, gan bàn tay, gan bàn chân

Hô hấp

- Ngứa mũi, sổ mũi, chảy nước mũi, nói khàn.
- Ngứa họng, co thắt thanh quản, nói khó, thở khò khè, ho khan từng cơn.
- Tím tái
- Suy hô hấp

Tiêu hóa

- Đau bụng, nôn, buồn nôn, khó nuốt, tiêu chảy
- Đại tiểu tiện không tự chủ

Tim mạch

- Đau ngực
- Mạch nhanh, nhịp chậm (ít xảy ra), loạn nhịp, hồi hộp đánh trống ngực.
- Hạ huyết áp, ngất
- Suy tuần hoàn

Thần kinh

- Bất tỉnh thoáng qua, lo lắng, khó chịu (ở trẻ em thường biểu hiện: dễ bị kích thích, ngừng chơi, bám cha mẹ).
- Đau đầu, thay đổi nhận thức, hoa mắt, chóng mặt, lảo lộn, giảm thị lực

Triệu chứng

- Thay đổi vị giác: Cảm giác có vị kim loại trong miệng
- Đau quặn, ra máu âm đạo do co bóp tử cung ở phụ nữ



TẠI SAO TỬ VONG

- Chẩn đoán và xử trí chậm

Cơ quan nào bị ảnh hưởng dẫn đến tử vong ?

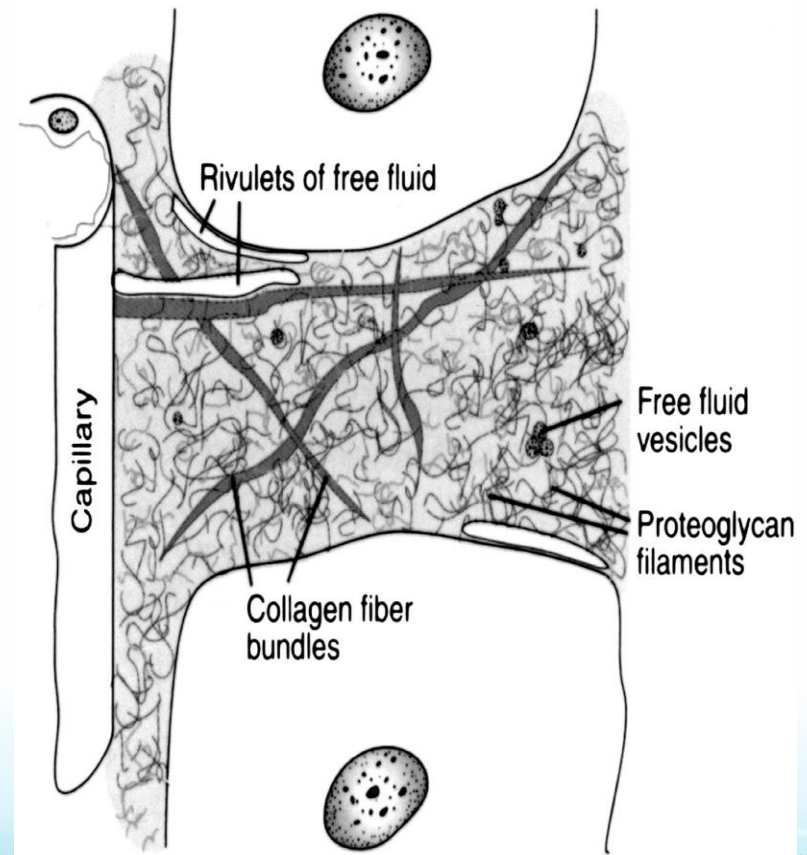
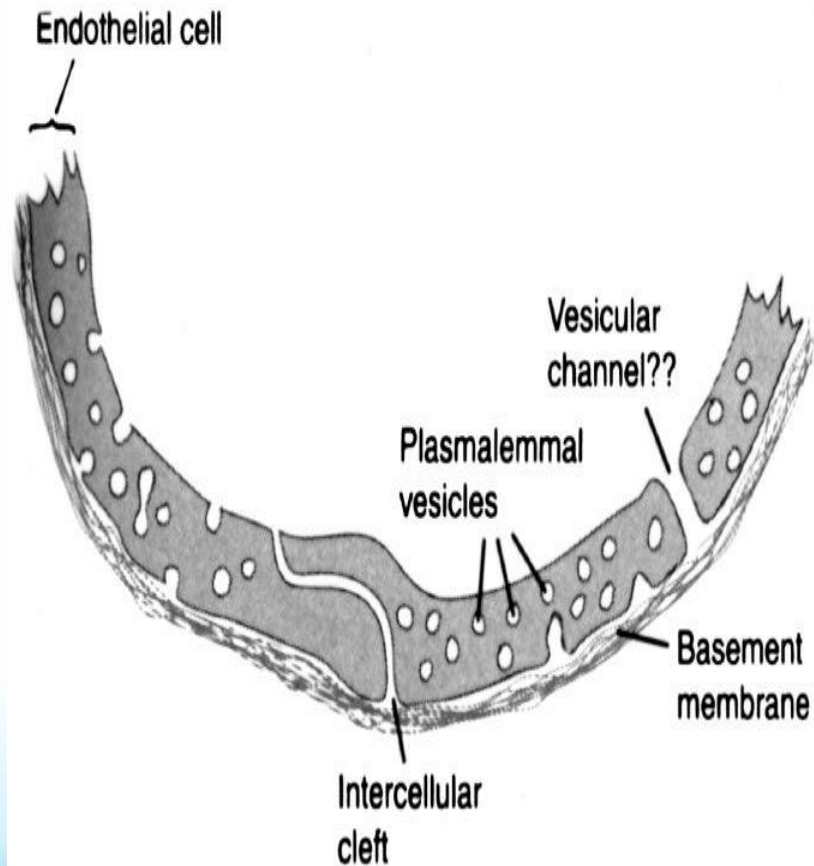
1. Hô hấp : do tắc nghẽn đường thở (Airway: phù miệng, lưỡi, họng, hạ họng, thanh quản) không thở được (Breathing) do co thắt phế quản
2. Tuần hoàn : giãn mạch nặng, thoát quản, co mạch vành, thiếu máu cơ tim



Phù có thể tại chỗ hoặc toàn thân , diễn biến khó lường , nguy hiểm nhất là phù phổi,họng,thanh quản



HIỆN TƯỢNG TĂNG TÍNH THẤM MAO MẠCH (mất 35% nước trong lòng mạch trong vòng 10 phút)



Vậy phải làm gì ?

Thế giới ?

Việt nam ?

Mỗi cơ sở ?



Thế giới

- Định nghĩa đơn giản , nhấn mạnh triệu chứng lâm sàng để dễ nhận biết
- Phân loại để chẩn đoán và xử trí sớm
- Phổ biến rộng ra cộng đồng tự cấp cứu trước khi nhân viên y tế có mặt



Chẩn đoán nhân hiệt

<i>Triệu chứng</i>	<i>Chẩn đoán phân biệt</i>
Tụt Huyết áp	Sốc nhiễm khuẩn Phản ứng cường phó giao cảm Sốc tim Sốc giảm thể tích
Suy hô hấp kèm theo có tiếng khò khè hoặc tiếng rít	Dị vật thanh quản, Hen phế quản, đợt cấp COPD Hội chứng mất chức năng dây thanh
Trụy mạch sau bữa ăn	Dị vật đường thở Ngộ độc Monosodium glutamate Ngộ độc Sulfite Ngộ độc cá Scombroid
Hội chứng chóng mặt	Carcinoid Sau mãn kinh (cơn nóng bừng mặt) Hội chứng đỏ da (vancomycin [Vancocin])
Khác	Ngất do quá sợ hãi mastocytosis hệ thống Bệnh phù mạch di truyền Bệnh leukemia có kèm tăng sx histamin



Phác đồ xử trí phản vệ liên quan đến thức ăn

(Journal of pediatric Health care vol 27 number 2s)

Khi Có bất kỳ 1 hoặc nhiều triệu chứng nặng sau :

PHỔI: thở nông, khò khè, ho nhiều

TIM: tím tái, mạch yếu, chóng mặt, lảo lộn

HỌNG : cảm giác chẹn họng, khàn tiếng, rối loạn nuốt hoặc thở

MIỆNG: phù to (lưỡi hoặc môi)
cản trở nuốt ,thở

DA : ban ở nhiều nơi hoặc kết hợp với các chứng

Ban, sẩn ngứa, phù (mắt, môi...)

RUỘT; đau quặn bụng, nôn , ỉa chảy



1. TIÊM EPINEPHRINE NGAY LẬP TỨC

2. Call 911 (gọi cấp cứu)

3. Bắt đầu theo dõi

4. Thêm thuốc :

-Antihistamine

-Hít các thuốc giãn phế quản nếu hen

-Vẫn phải sử dụng EPINEPHRINE trong các trường hợp nặng mặc dù đã dùng kháng Histamin và thuốc giãn phế quản

CHỈ CÓ TRIỆU CHỨNG NHẸ:

MIỆNG: ngứa

DA: một vài ban quanh miệng hoặc ở mặt, ngứa ít

RUỘT: đầy bụng hoặc buồn nôn ít



1. DÙNG ANTIHISTAMINE

2. theo dõi, báo cho nhân viên y tế và gia đình

3. Nếu triệu chứng tiến triển nặng như trên, phải **DÙNG EPINEPHRINE**

4. Bắt đầu theo dõi (sắc mặt, khó thở, ..)

Triệu chứng và phân loại phản ứng quá mẫn (Mỹ)

Mức độ	Các triệu chứng
1.Nhẹ (chỉ có ở da và tổ chức dưới da)	Đỏ da nhiều, sẩn ngứa hoặc phù quanh mắt hoặ phù mạch,
2. Trung bình (bắt đầu có dấu hiệu ở đường hô hấp, tim mạch hoặc tiêu hóa)	Khó thở, thở khò khè, thở rít, buồn nôn, nôn, chóng mặt , mệt xỉu (trước khi ngất), Nhìn đôi, chẹn ngực , hoặc đau bụng
3 .Nặng (thiếu oxy, tụt HA hoặc dấu hiệu thần kinh)	Xanh tím hoặc SpO2 92% at any stage, tụt huyết áp (SBP < 90 mmHg ở người lớn), lẫn lộn, trụy mạch , mất ý thức hoặc đái không tự chủ
	Brown SGA. Clinical features and severity grading of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol; 114:371–376. Copyright (2004),

Hội Gây mê Hồi sức Pháp

Prise en charge d'un choc anaphylactique

www.sfar.org 2010

Triệu chứng lâm sàng

GRADE I	dấu hiệu ở da, niêm mạc nói chung.
GRADE II	ảnh hưởng đến chức năng tạng (ít nhất 2 tạng)
GRADE III	ảnh hưởng chức năng nhiều tạng nặng đe dọa tính mạng và cần điều trị chuyên biệt
GRADE IV	Ngừng tuần hoàn/hoặc hô hấp

Các dấu hiệu ở da có thể không có hoặc chỉ xuất hiện sau khi huyết áp tăng trở lại

Điều trị

- Gọi người giúp đỡ, ngừng tiêm truyền các chất nghi gây phản vệ
- Hội chẩn nội -ngoại khoa (cần tránh làm gì?, đơn giản hóa, phẫu thuật khẩn trương hoặ ngừng phẫu thuật)
- Oxy liều cao và kiểm tra nhanh đường thở
- Đường truyền tĩnh mạch đảm bảo

Bồi phụ thể tích : dịch tinh thể đẳng trương (30 mL·kg⁻¹) sau đó amidons (30 mL·kg⁻¹)

ADRENALINE IV điều chỉnh liều mỗi 1 à 2 phút, tùy theo mức độ nặng của phản vệ

Hội Gây mê Hồi sức Pháp

Prise en charge d'un choc anaphylactique

www.sfar.org 2010

nhịp nhanh không phải là chống chỉ định dùng adrenalin

- Grade I : không dùng adrénaline
 - Grade II : bolus de 10 à 20 μg
 - Grade III : bolus de 100 à 200 μg
 - Grade IV : cấp cứu ngừng tuần hoàn
 - MCE : massage cardiaque externe (ép tim ngoài lồng ngực)
 - BOLUS 1 mg d'ADRENALINE mỗi 1 à 2 phút sau đó 5 mg từ lần thứ ba
- Liều adrenalin phải tăng lên , sau đó truyền liên tục liều 0,05 - 0,1 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}/\text{phút}$

NHẬN XÉT

Có cần chia 4 mức độ không ?

Nên gộp Grade II và III làm một

Khi có nhịp nhanh không có tăng huyết áp : tiêm bắp

Nếu có kèm theo tăng huyết áp : truyền tĩnh mạch điều chỉnh theo mức độ suy hô hấp và trụy mạch

VIỆT NAM

- LẦN 1 : ĐÃ LÂU
- Chẩn đoán khi có sốc (tụt huyết áp)
- Adrenalin dùng dè dặt : tiêm dưới da 1mg sau đó tráng xơ ranh tiêm tĩnh mạch
- Lần 2 : phác đồ 1999

(Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)



PHỤ LỤC 6

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

TRIỆU CHỨNG

Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện:

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...), tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan:
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke
- **Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được**
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở
- Đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ
- Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê
- Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.



PHỤ LỤC 5

NỘI DUNG HỘP THUỐC CẤP CỨU CHỐNG SỐC PHẢN VỆ

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

A. Các khoản cần thiết phải có trong hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ (tổng cộng: 7 khoản)

1. Adrenaline 1 mg - 1 ml 2 ống
2. Nước cất 10 ml 2 ống
3. Bơm kim tiêm vô khuẩn(dùng một lần): 10 ml 2 cái .1 ml 2 cái
4. Hydrocortisone hemisuccinate 100 mg hoặc methyprednisolone (Solumedrol 40 mg hoặc Depersolone 30 mg) 2 ống
5. Phương tiện khử trùng (bông, băng, gạc, cồn)
6. Dây ga-rô
7. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

B. Tuỳ theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến, các phòng điều trị nên có các thiết bị y tế sau:

- Bơm xịt salbutamol hoặc terbutaline
- Bóng Ambu và mặt nạ
- Ống nội khí quản

Than hoạt



Thử test và giá trị của thử test ?

- 6. Về việc làm test (thử phản ứng)
- a. Trước khi tiêm penicillin, streptomycin phải làm test cho người bệnh.
- b. Kỹ thuật làm test
- Làm test lấy da hoặc làm test trong da, khuyến khích làm test lấy da vì dễ làm.
- Việc làm test phải theo đúng quy định kỹ thuật (theo quy định tại phụ lục số 4)
- c. Khi làm test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu sốc phản vệ



II. XỬ TRÍ:

A. Xử trí ngay tại chỗ:

1. Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt, mũi)

2. Cho bệnh nhân nằm tại chỗ

3. Thuốc: Adrenaline là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ

Adrenaline dung dịch 1/1.000, ống 1ml = 1mg, **tiêm dưới da** ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:

+ 1/2 - 1 ống ở người lớn

+ Không quá 0,3 ml ở trẻ em (ống 1 ml (1mg) + 9ml nước cất = 10 ml sau đó tiêm 0,1 ml/kg)

+ Hoặc adrenaline 0,01 mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn.

Tiếp tục tiêm adrenaline liều như trên **10 - 15 phút/lần** cho đến khi huyết áp trở lại bình thường.



Một số nhận xét

- Nên sắp xếp lại. chỉ cần thấy dấu hiệu ở da hoặc niêm mạc kèm 1 trong các dấu hiệu đe dọa tính mạng :

A :Airway : + phù lưỡi, họng, nuốt khó
+khàn tiếng hoặc thở khò khè

B: Breathing: + khó thở nhanh,
+ có tiếng rít, mệt
+ sPo2 $\downarrow$ < 92%
+ lẫn lộn, vật vã do thiếu oxy, xanh tím
+ ngừng thở

C: Circulation: + mạch nhanh, yếu
+ da lạnh hoặc dấu hiệu thiếu oxy não (vật vã ...)
+ trụy mạch ,tụt huyết áp
+ ngừng tim

D. hoặc cơ quan tiêu hóa : buồn nôn, đau bụng, nôn, ỉa chảy



Một số nhận xét

- Nên phân mức độ nặng để có hướng xử trí thích hợp,
Nên phân 3 mức độ : Nhẹ . Nặng , và Nguy kịch cho **dễ nhớ , và điều trị sớm**
- **Nhẹ** : chỉ có dấu hiệu ở da hoặc niêm mạc không có suy chức năng bất cứ tạng nào
- **Nặng** : là khi có dấu hiệu ở bất cứ tạng nào

A :Airway : phù lưỡi, họng, nuốt khó hoặc khàn tiếng , thở khò khè

B: Breathing: khó thở nhanh, thở có tiếng rít, mệt $SpO_2 \downarrow < 92\%$. lẫn lộn, vật vã do thiếu oxy, xanh tím, ngừng thở

C: Circulation: mạch nhanh, yếu da lạnh hoặc dấu hiệu thiếu oxy não (vật vã ...) trụy mạch ,tụt huyết áp , ngừng tim

D. hoặc cơ quan tiêu hóa : buồn nôn, đau bụng, nôn, ỉa chảy

Các mức độ không cố định ,có thể chuyển biến nhanh

- **Nguy kịch**: dấu hiệu thiếu oxy nặng (chen ngực, mạch nhanh hoặc chậm , HA cao , hoặc thấp <90 mmHg, thở nhanh hoặc ngạt thở , $SpO_2 < 92\%$, hoặc có hôn mê



Một số nhận xét

- Thử test giá trị đến đâu (thế giới không làm)
- Kỹ thuật thử và kết quả tin cậy ở mức nào ?
- **Nếu âm tính dễ làm cho người ta lơ là cảnh giác**, không chuẩn bị sẵn sàng cả về tinh thần và dụng cụ cấp cứu
- NỘI DUNG HỘP THUỐC CẤP CỨU CHỐNG SỐC PHẢN VỆ Chuẩn bị hộp chống sốc với 2 ống adrenalin là ít quá

Không cho phác đồ cấp cứu vào hộp chống sốc (treo trên tường hoặc phải được tập huấn thành thạo)

Xử trí : adrenalin nên **tiêm bắp , khoảng cách tiêm là 5 phút hoặc ngắn hơn tùy theo đáp ứng của bệnh nhân (10-15 phút lâu quá)**



Ai là người cấp cứu ban đầu? Bác sỹ hay điều dưỡng ?



Bác sĩ ở đâu ?



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION

HỘI NGHỊ TIM MẠCH
TOÀN QUỐC **2016**



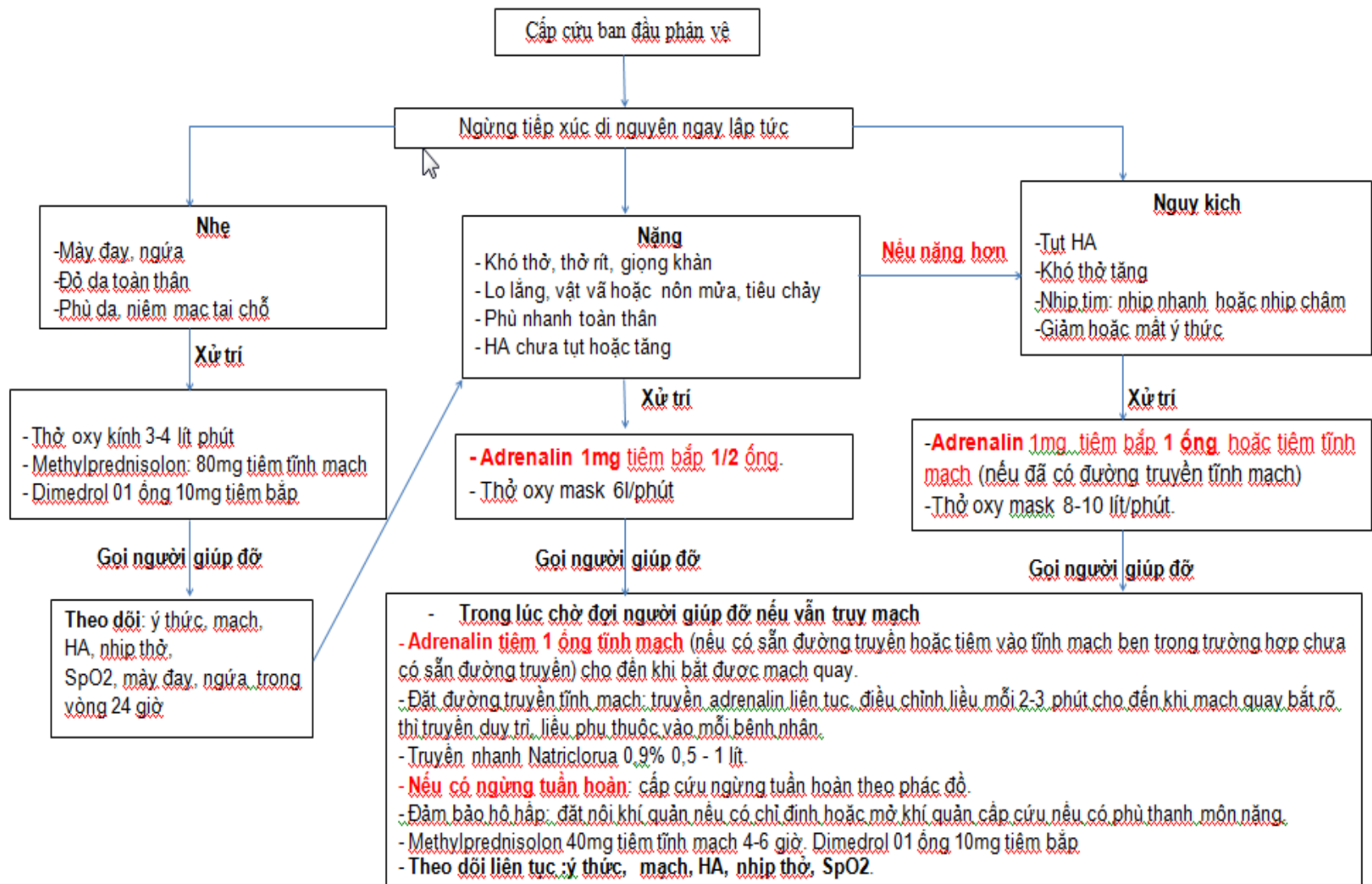


HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION

HỘI NGHỊ TIM MẠCH
TOÀN QUỐC **2016**



Phác đồ cấp cứu ban đầu phản vệ của khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai



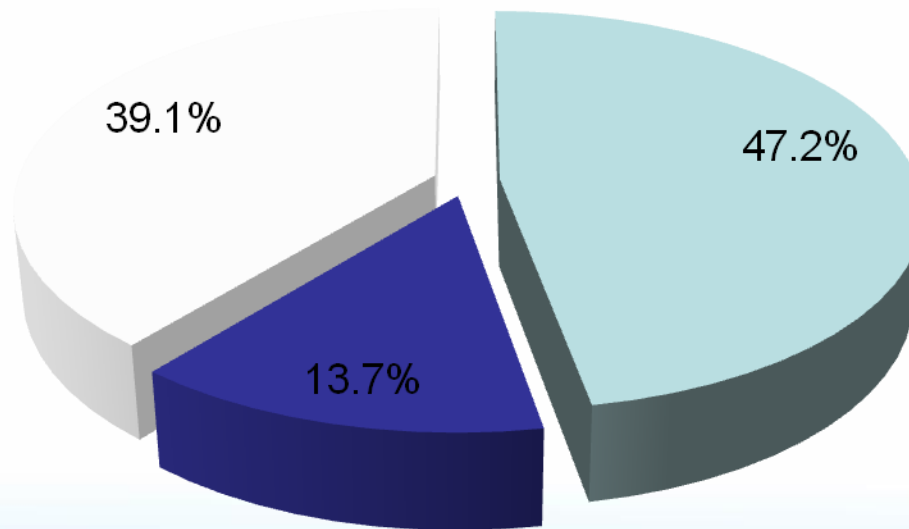
Kết quả cấp cứu phản vệ áp dụng theo phác đồ khoa HSTC tại một số bệnh viện



Phân bố số liệu trong nghiên cứu

Các ca phản vệ

■ Bạch Mai ■ BV tỉnh ■ BV tư nhân nhỏ

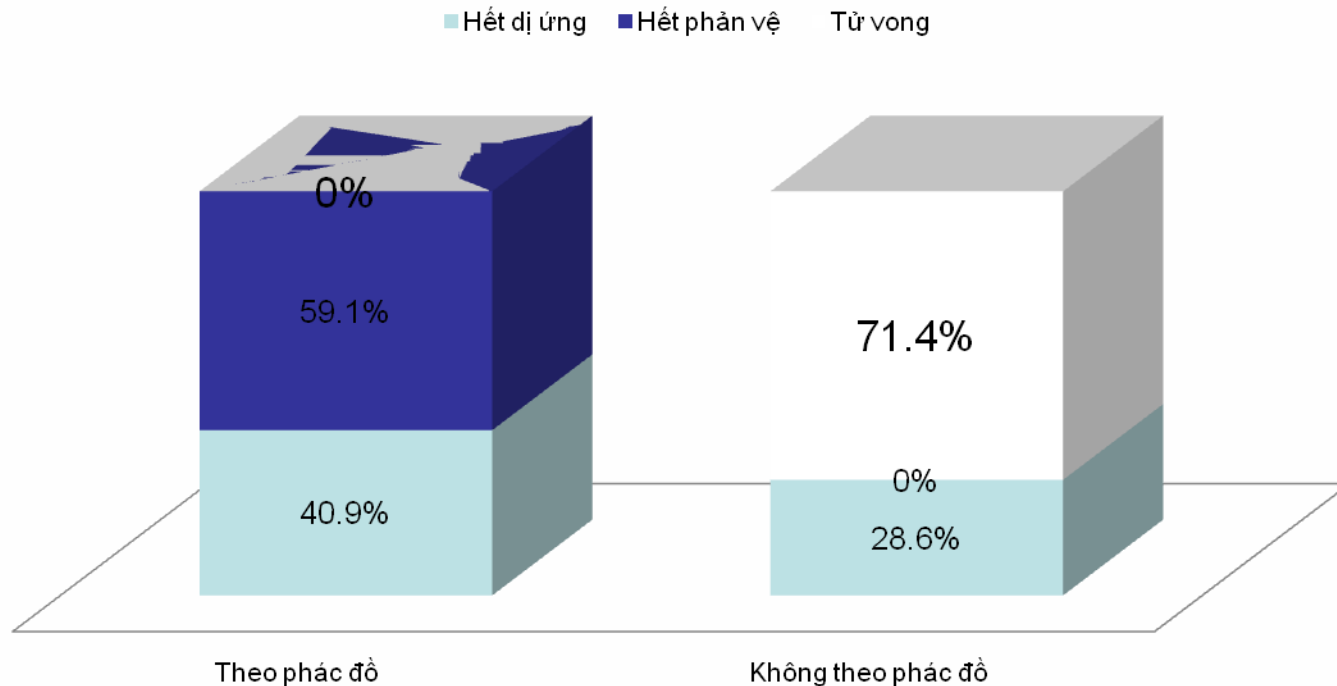


Gồm 161 BN. Trong đó 154 BN áp dụng PHÁC ĐỒ và có 7 BN (chiếm 4.3%) không áp dụng theo phác đồ



Kết quả điều trị

Sử dụng adrenalin theo phác đồ



154 BN điều trị theo phác đồ , không có tử vong.

63 BN (40.9%) hết phản ứng dị ứng, không xuất hiện nặng thành phản vệ.

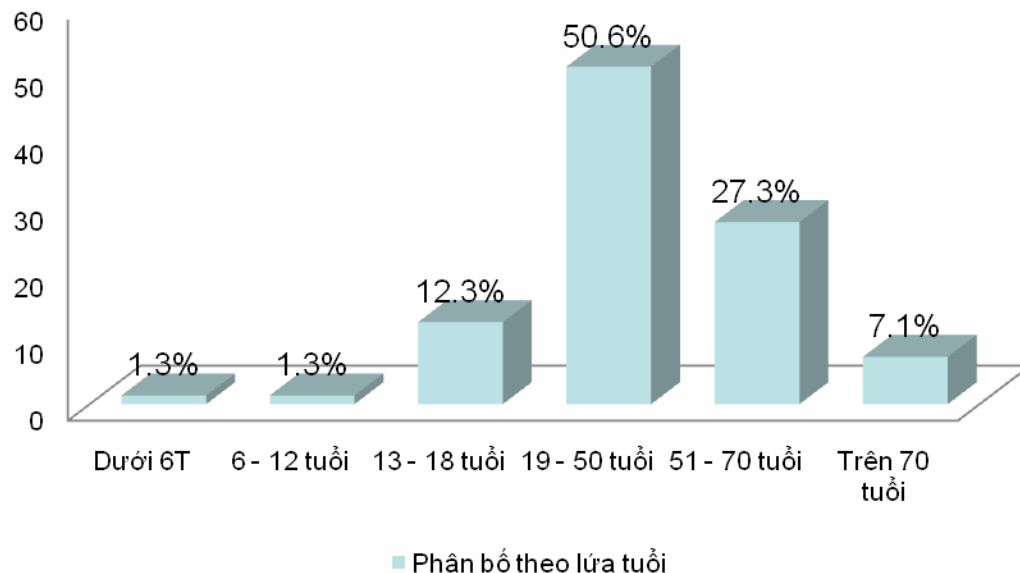
91 bệnh nhân (59.1%) phản vệ khỏi

7 BN không theo phác đồ , trong đó có 5/7 trường hợp (71.4%) tử vong

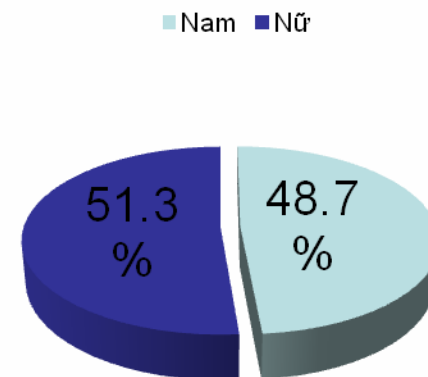


Phân bố theo lứa tuổi và giới tính

Nhóm điều trị theo phác đồ



Phân bố theo giới tính



Tuổi trung bình 41.5 ± 18.4 ,
từ 3 tháng - 89 tuổi.

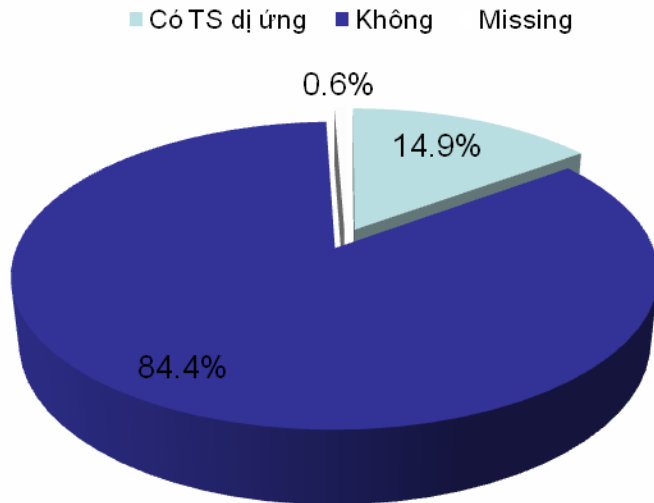
Có 2.6% dưới 12 tuổi (từ số liệu bệnh
viện Hùng Vương)

Nhóm theo phác đồ: 154
BN, 7nam và 79 nữ. Tỷ lệ
nam/ nữ là 1/1

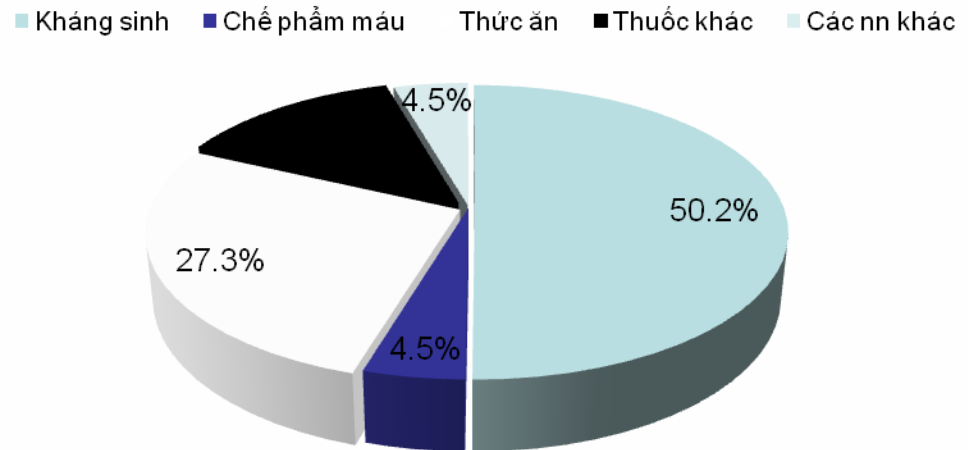


Tiền sử và nguyên nhân dị ứng

Tiền sử dị ứng



Nguyên nhân dị ứng trong nhóm có tiền sử dị ứng



151/153 bệnh nhân khai thác được tiền sử dị ứng **chỉ có 14.9% bệnh nhân phản vệ có tiền sử dị ứng từ trước.**

Trong nhóm có tiền sử dị ứng:

- Dị ứng thuốc (63.8%)

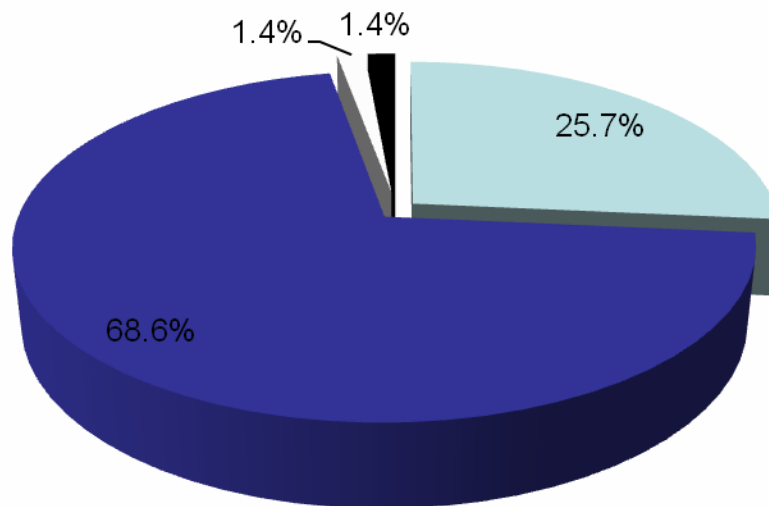
- Dị ứng thức ăn (27.3%)



Nguyên nhân gây phản vệ tại BV Khoa HSTC – Bạch Mai

Nguyên nhân phản vệ thường gặp ở bệnh nhân trong khoa Hồi sức tích cực Bạch Mai

■ Kháng sinh ■ Chế phẩm máu ■ Thuốc khác ■ Thức ăn



Trong số 70 BN phản vệ tại Khoa HSTC BM

- Do chế phẩm máu 48BN (66.8%)

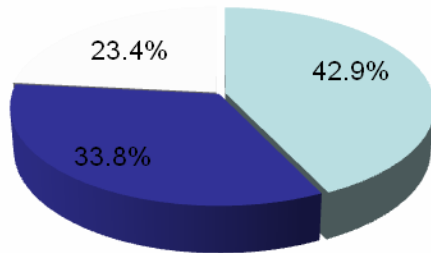
- Do kháng sinh 18 BN (25.7%)



Mức độ phản vệ phân loại theo phác đồ khoa HSTC – Bạch Mai

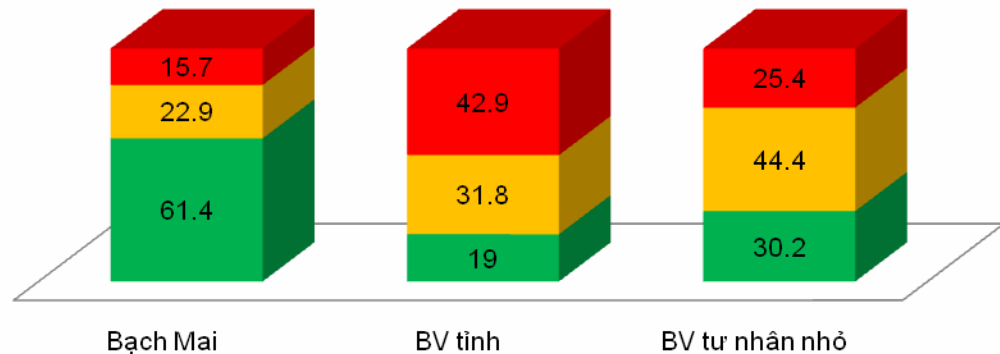
Mức độ phản vệ

■ Nhẹ ■ Nặng ■ Nguy kịch



Phân bố % theo mức độ phản vệ ở các bệnh viện

■ Nhẹ ■ Nặng ■ Nguy kịch



Trong 154 bệnh nhân,:

- Mức độ nhẹ: 66 bệnh nhân (42.9%)
- Nặng: 52 BN (33.8%)
- Nguy kịch: 36 BN (23.4%)

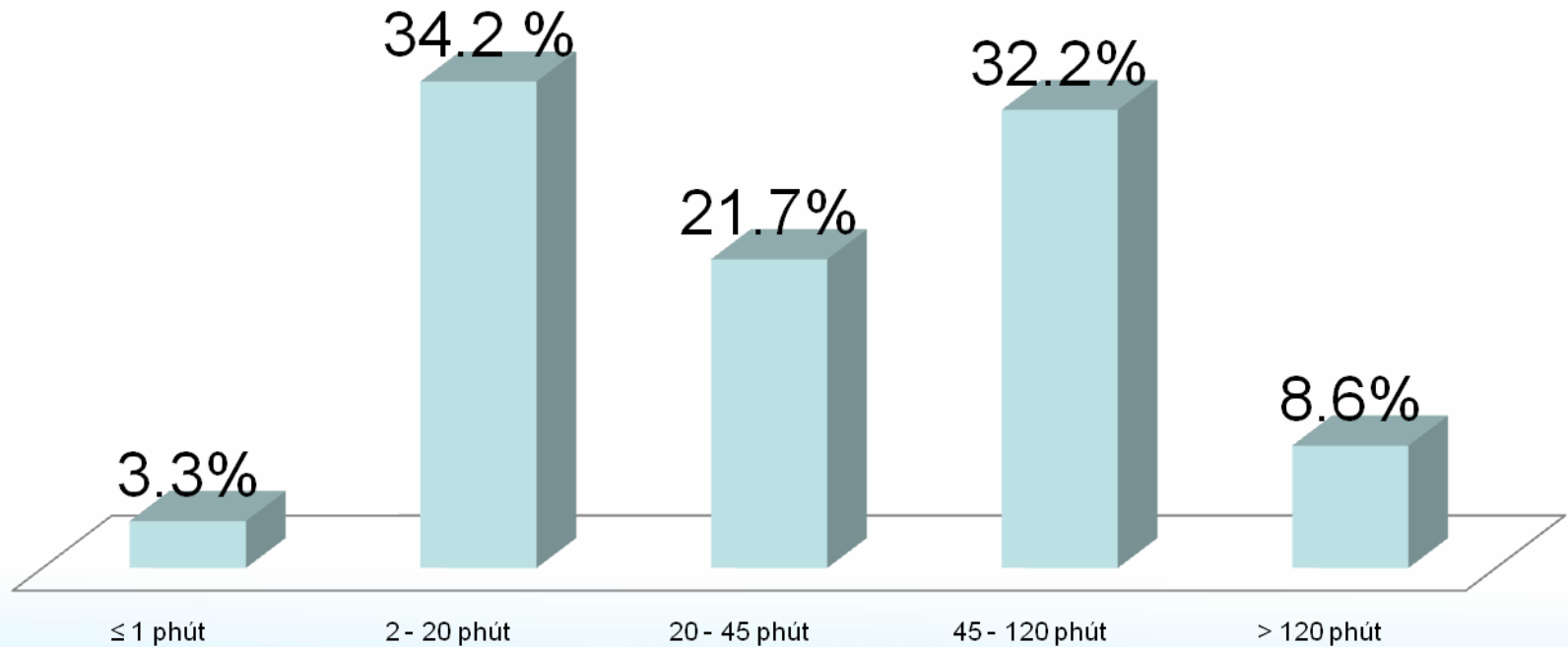
- Tại Bạch Mai: 70 BN, mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (61.4%), do phát hiện và điều trị sớm
- Các BV tỉnh: có 21 bệnh nhân, trong đó mức độ nhẹ chỉ chiếm 19% và mức độ nguy kịch lên đến 42.9%.
 - BV nhỏ: có 63 bệnh nhân, nhóm nhẹ 30.2% và nhóm nguy kịch chỉ chiếm 25.4% (do được phát hiện và xử trí kịp thời), trong đó có 50 BN (79.4%) được dùng adrenalin và chỉ 20.6% không phải dùng đến adrenalin.



Diễn biến lâm sàng phản vệ

Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên của phản vệ

■ Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên của phản vệ

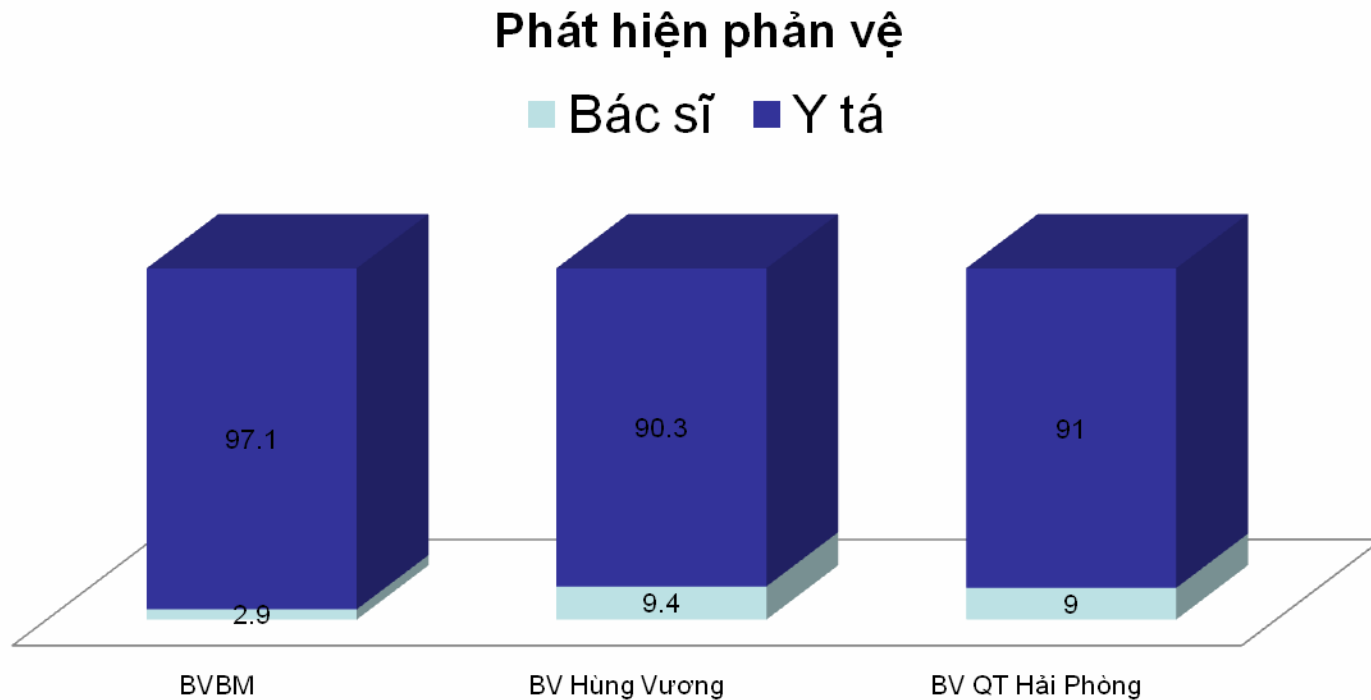


Phản vệ xảy ra ngay tức thì: 6BN (chiếm 3.3%)

Nhóm từ 2 – 20 phút chiếm tỉ lệ cao nhất (34.2%)



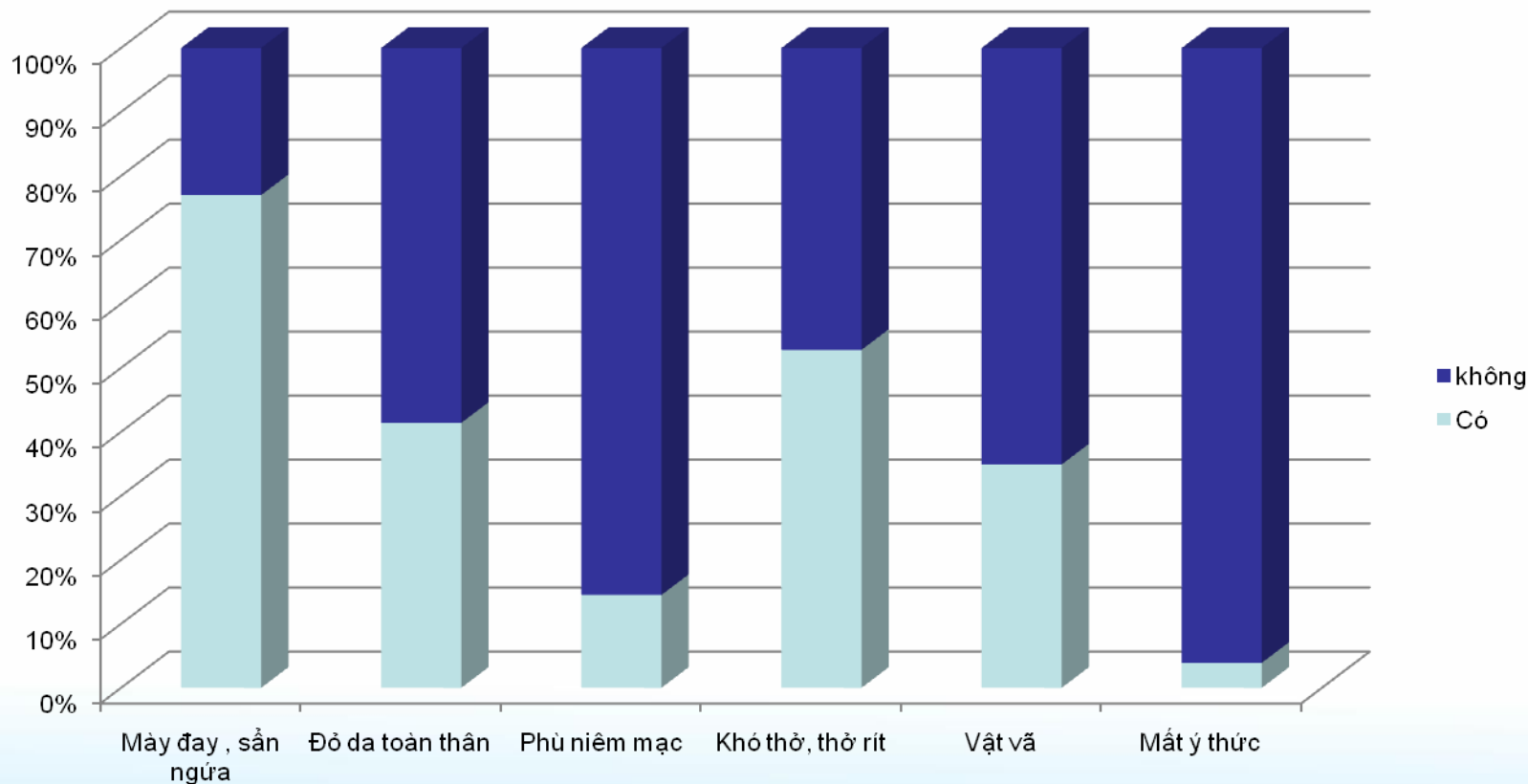
Nhân viên y tế đầu phát hiện phản vệ



- Tại ICU Bạch Mai: 68/70 (97.1%) phát hiện ban đầu bởi điều dưỡng
- Tại BV Hùng Vương: có 29/32 (90.3%) do điều dưỡng và được xử trí ngay lập tức bằng cách tiêm $\frac{1}{2}$ ống adrenalin
- Tại BV QT Hải Phòng: 10/11 (91%) phát hiện ngay bởi điều dưỡng



Các triệu chứng lâm sàng của phản vệ



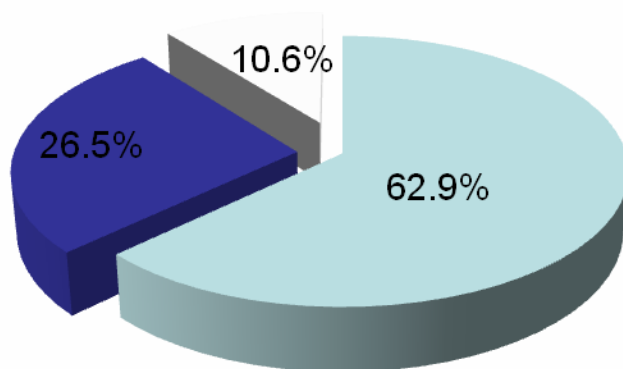
77% có triệu chứng da và niêm mạc. 52.6% có Khó thở và thở rít, không có thứ tự xuất hiện, BN có thể có 1-2 hoặc 3 triệu chứng



Triệu chứng lâm sàng của phản vệ

Thay đổi huyết áp trong phản vệ

■ Bình thường ■ Tụt huyết áp ■ Tăng huyết áp



Tăng HA: 16 BN (10,6%), HA tâm thu cao nhất 250 mmHg

Tụt huyết áp: 40 BN (26.5%)

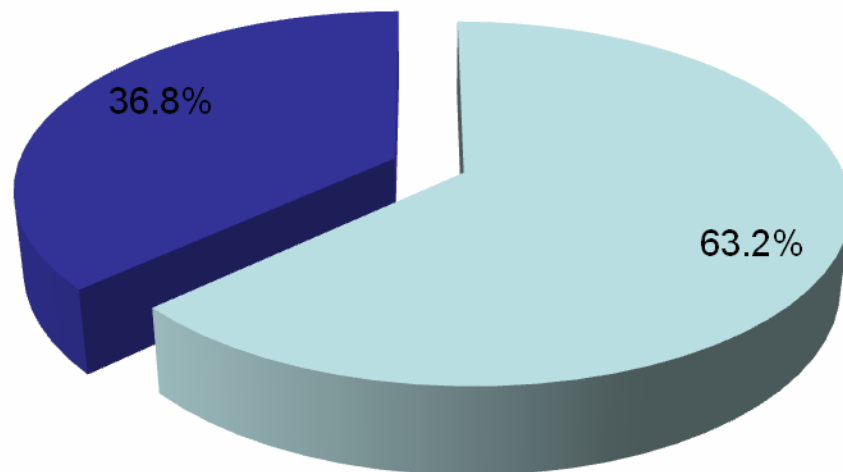
Ngay khi phát hiện phản vệ, huyết áp trung bình 97 ± 33 mmHg



Tình hình sử dụng adrenalin trong phản vệ

Sử dụng adrenalin

■ Tiêm adrenalin ■ Không phải tiêm adrenalin



Tình trạng sử dụng adrenalin

Adrenalin Mức độ	Sử dụng adrenalin				Tổng
	Có		không		
	n	%	n	%	
Nhẹ	13	13.3	53	94.6	66
Nặng	49	50.0	3	5.4	52
Nguy kịch	36	36.7	0	0	36
Tổng	98	100	56	100	154

❖ 98 BN được sử dụng adrenalin, .

❖ 66 BN nhẹ, có 13 BN (19.6%) được sử dụng adrenalin

❖ 56 BN không được sử dụng adrenalin, có 3 BN (5.4%) ở mức độ nặng.

HỘI NGHỊ TIM MẠCH
TOÀN QUỐC **2016**



Tình hình sử dụng adrenalin ở các BV

Adrenalin Mức độ	BVBM		BV tỉnh		BV tư nhân nhỏ		Tổng
	n = 27	%	n = 21	%	n = 50	%	
Nhẹ	1	3.7	4	19.0	8	16.9	
Nặng	15	55.6	8	38.1	26	52.0	
Nguy kịch	11	40.7	9	42.9	16	32.0	
Tổng	27		21		50		

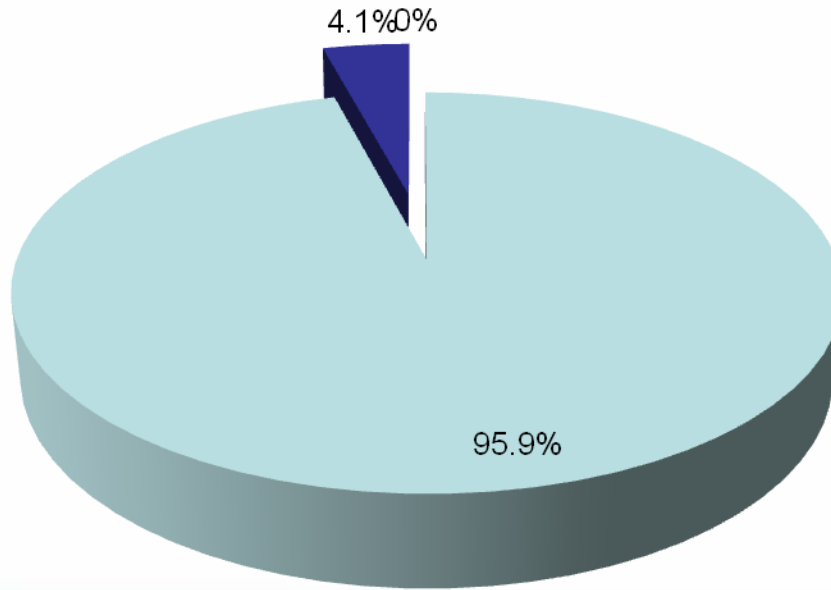
ở bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân được phát hiện và xử lý kịp thời ngay từ đầu nên số lượng bệnh nhân được sử dụng adrenalin ít hơn, chỉ định adrenalin cho nhóm nhẹ ít hơn.



Cách sử dụng adrenalin

Cách sử dụng adrenalin ngay ban đầu

■ Tiêm bắp ■ Tiêm tĩnh mạch ■ Tiêm dưới da



Ngay ban đầu, 95.9% adrenalin được tiêm bắp, không có trường hợp nào tiêm dưới da.



Liều adrenalin trong phản vệ

Liều adrenalin	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Khởi đầu (n= 98)	0.64 ± 0.23 mg	0.3	1.0 mg
Lặp lại (n = 23)	0.99 ± 0.56 mg	0.3	2.0 mg
Duy trì (n = 46)	0.20 ± 0.29 mcg	0.05	1.5 mcg/kg/phút

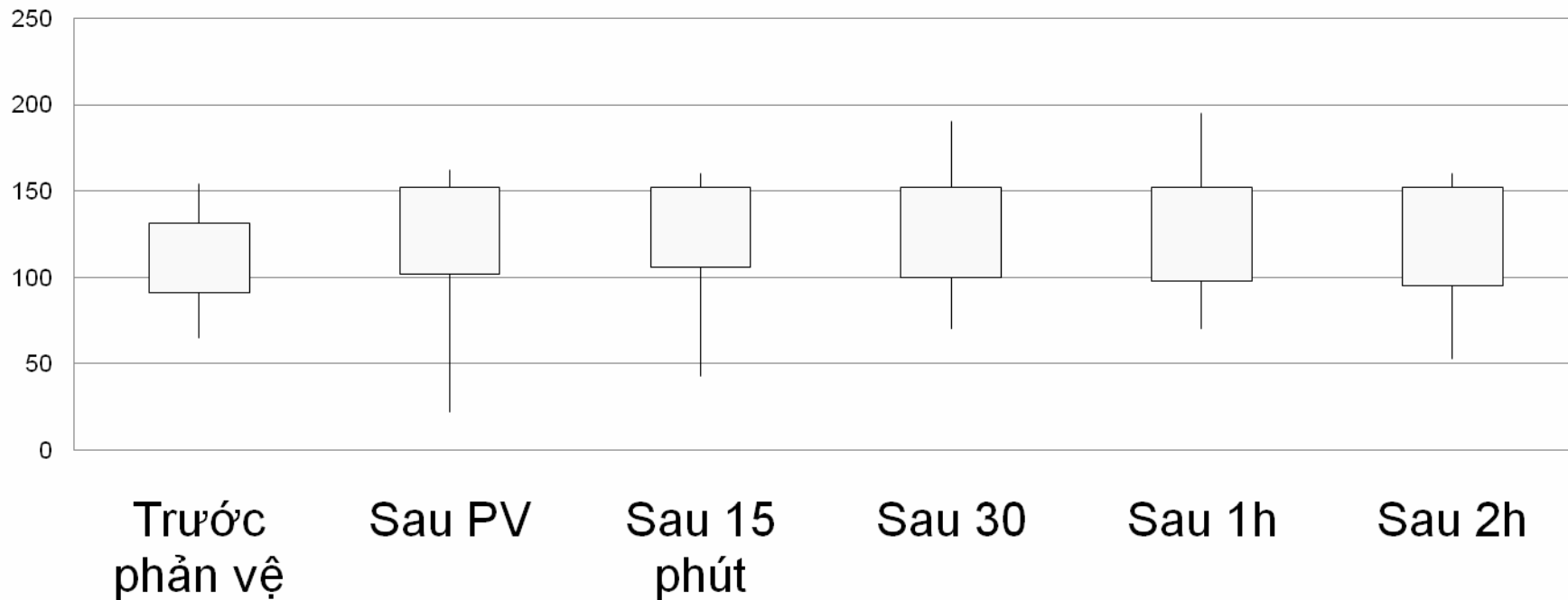
❖ 98 BN dùng adrenalin khởi đầu ($\frac{1}{2}$ - 1 mg)

❖ 23/98 phải dùng liều lặp lại

❖ 46/98 (chiếm 46.9%) chỉ cần phải truyền TM duy trì adrenalin 1-2

Diễn biến lâm sàng sau tiêm adrenalin

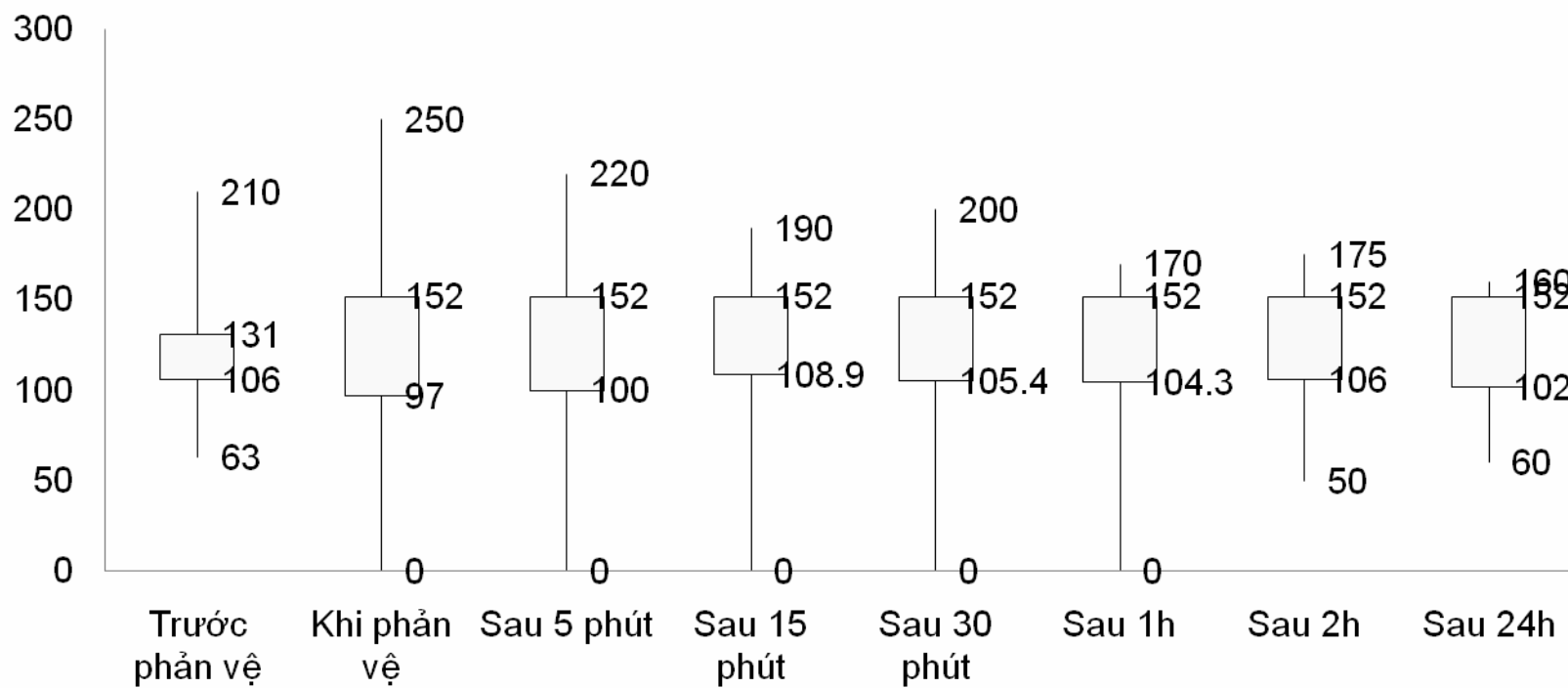
Biểu đồ diễn biến nhịp tim



- ❖ có 21 bệnh nhân không kịp đo mạch, huyết áp khi phản vệ
- ❖ Sau phản vệ 15 – 60 phút nhịp tim của các BN , nhanh nhất là 195 ck/p.
- ❖ Sau điều trị khoảng 2h, nhịp tim của bệnh nhân ổn định. 100-120 /phút



Diễn biến lâm sàng sau tiêm adrenalin



Có 21 bệnh nhân không đo mạch, huyết áp trước khi xảy ra phản vệ.

Ngay khi bắt đầu phản vệ có bệnh nhân tăng huyết áp, cao nhất lên 250 mmHg

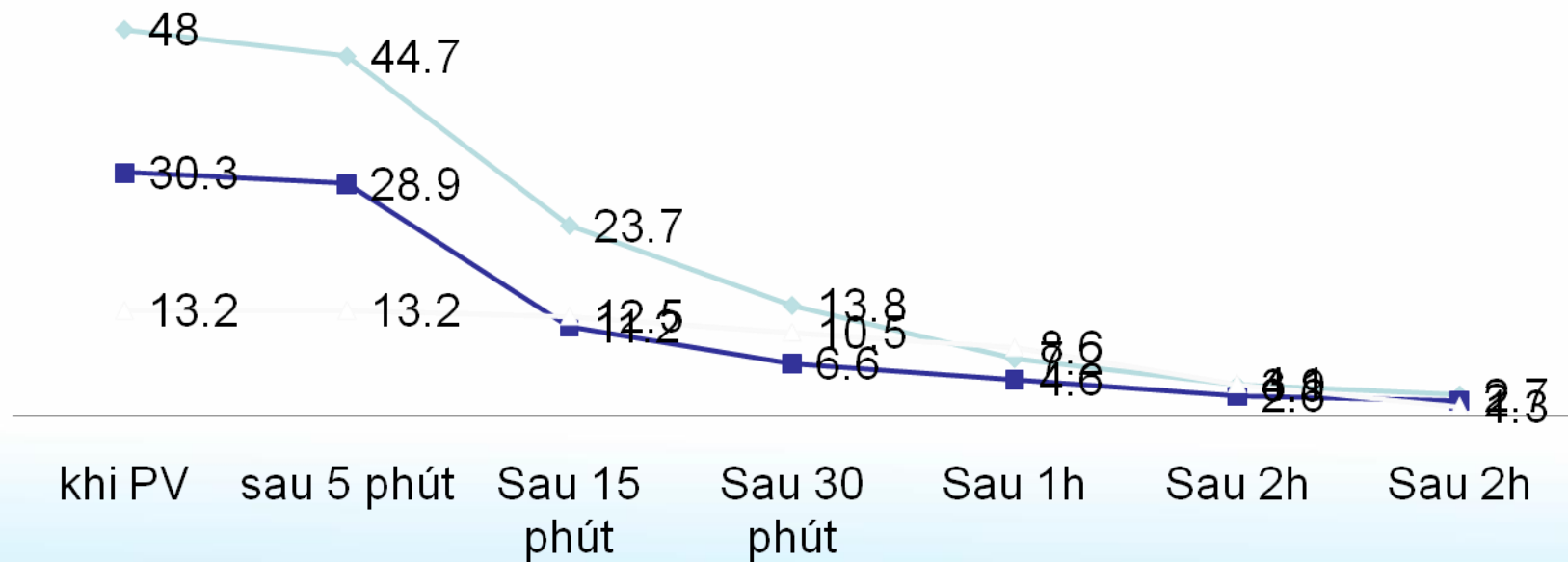
Sau khi được tiêm adrenalin huyết áp có xu hướng ổn định dần sau 1h



Diễn biến lâm sàng sau tiêm adrenalin

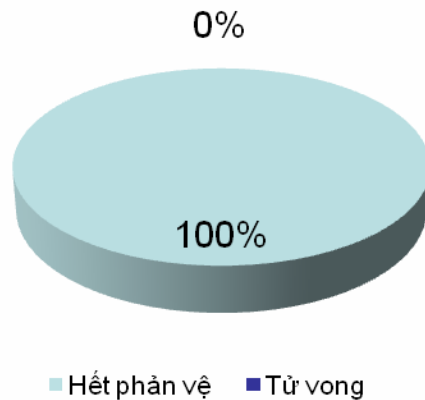
Thay đổi triệu chứng lâm sàng sau xử trí % số bệnh nhân

— Thở rít — Vật vã — Phù niêm

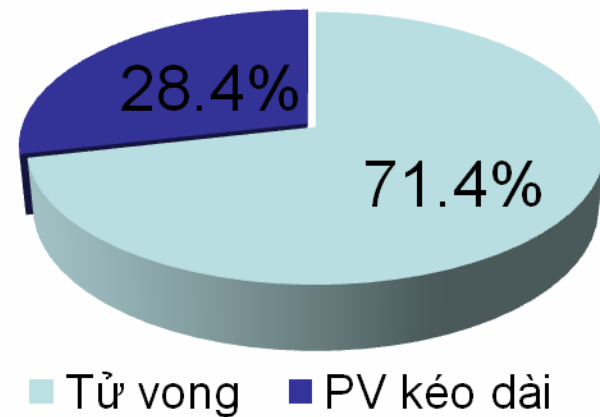


Kết quả điều trị

Kết quả điều trị



Nhóm điều trị không theo phác đồ



Nhóm bệnh nhân điều trị theo phác đồ có 154 bệnh nhân:

- 63 BN (40.9%) hết phản ứng dị ứng, không xuất hiện nặng thành phản vệ.
- 91 bệnh nhân (59.1%) phản vệ khỏi
- Tử vong: 0%
- 13 BN (19.6%) trong nhóm nhẹ có dùng adrenalin không gây biến chứng: nhịp nhanh, đau đầu, tức ngực...

Nhóm không theo phác đồ:

- 5/7 BN (71.4%) phản hiện, xử trí muộn nên đã tử vong.
- 2 trường hợp phản vệ kéo dài dẫn đến suy đa tạng

HỘI NGHỊ TIM MẠCH
TOÀN QUỐC 2016



Trân trọng cảm ơn !



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION

HỘI NGHỊ TIM MẠCH
TOÀN QUỐC **2016**

