



BỆNH VIỆN MEDIC CÀ MAU

Trực thuộc trung tâm Y khoa MEDIC Hòa Hảo

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

Cập nhật theo thông tư 51/2017/TT-BYT

Báo cáo viên: BSCKI. NGUYỄN TUẤN KHANH

BSCKII. TRẦN THANH SANG

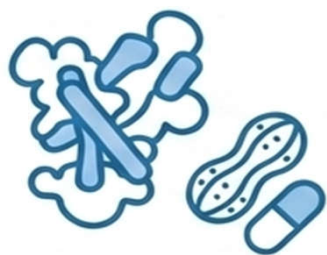


320 Trần Hưng Đạo, P. Tân Thành, T. Cà Mau

medic.camau.vn

0945 625 115 – 0948 669 115

Khái niệm cốt lõi: Phản vệ & Sốc phản vệ



Dị nguyên

Yếu tố lạ gây phản ứng dị ứng (thức ăn, thuốc...).

Phản vệ

Phản ứng dị ứng cấp tính. Xuất hiện vài giây đến vài giờ sau tiếp xúc. Có thể nghiêm trọng dần và tử vong nhanh chóng.

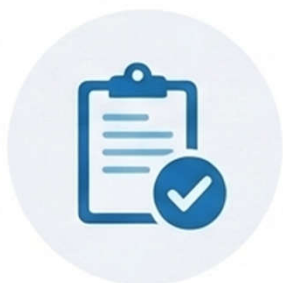
Sốc phản vệ

Mức độ **nặng nhất**. Giảm mạch đột ngột và co thắt phế quản. Tử vong trong vài phút.

5 Nguyên tắc dự phòng phản vệ



Chỉ định đường dùng thuốc phù hợp nhất (ưu tiên đường uống nếu được).



Khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi kê đơn.



Tuyệt đối không kê đơn thuốc/dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ.

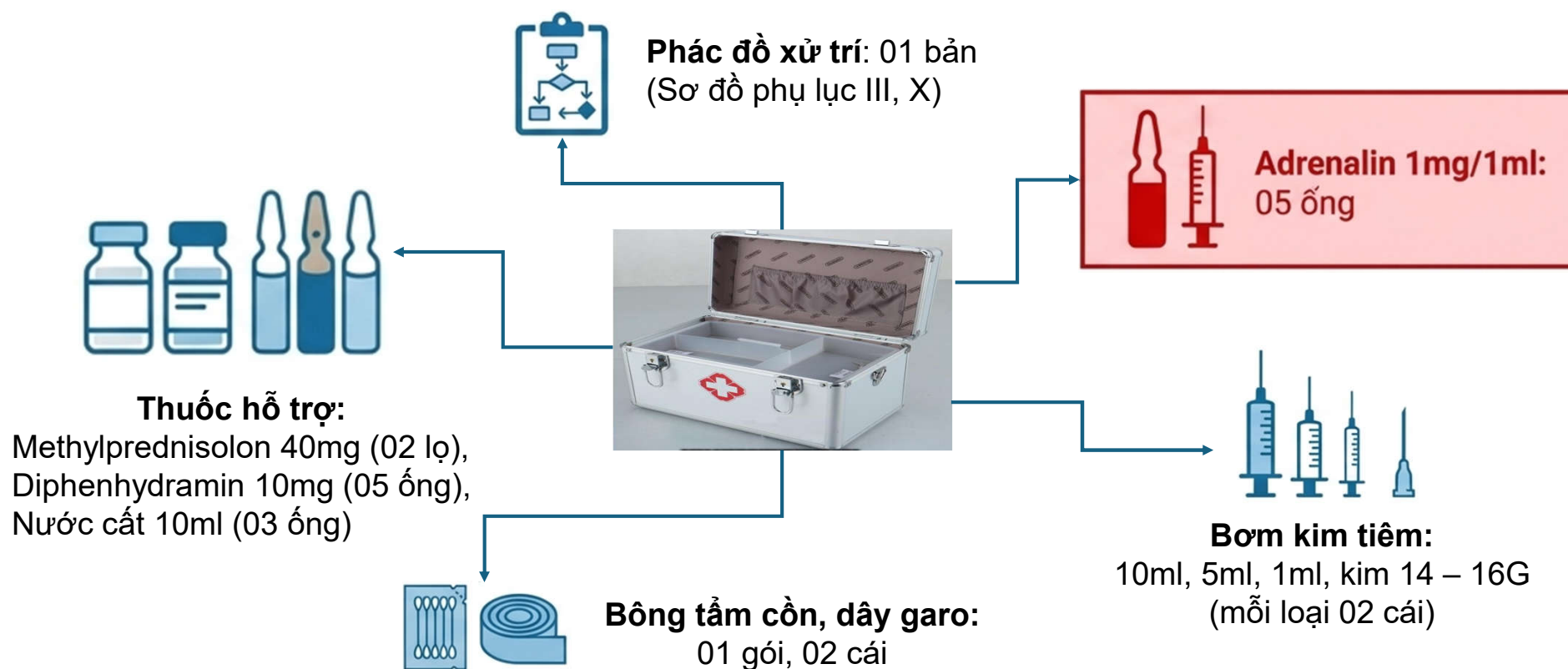


Cấp thẻ theo dõi dị ứng cho bệnh nhân khi xác định được nguyên nhân.



Báo cáo trung tâm DI & ADR mọi trường hợp phản vệ.

Hộp thuốc cấp cứu phản vệ tiêu chuẩn





Dấu hiệu nhận diện: ngứa ngay đến phản vệ (Phụ lục I)

Da/Niêm mạc: Mày đay, phù mạch nhanh.



Hô hấp: Khó thở, tức ngực, thở rít.



Tuần hoàn/Thần kinh: Tụt huyết áp, ngất, rối loạn ý thức.



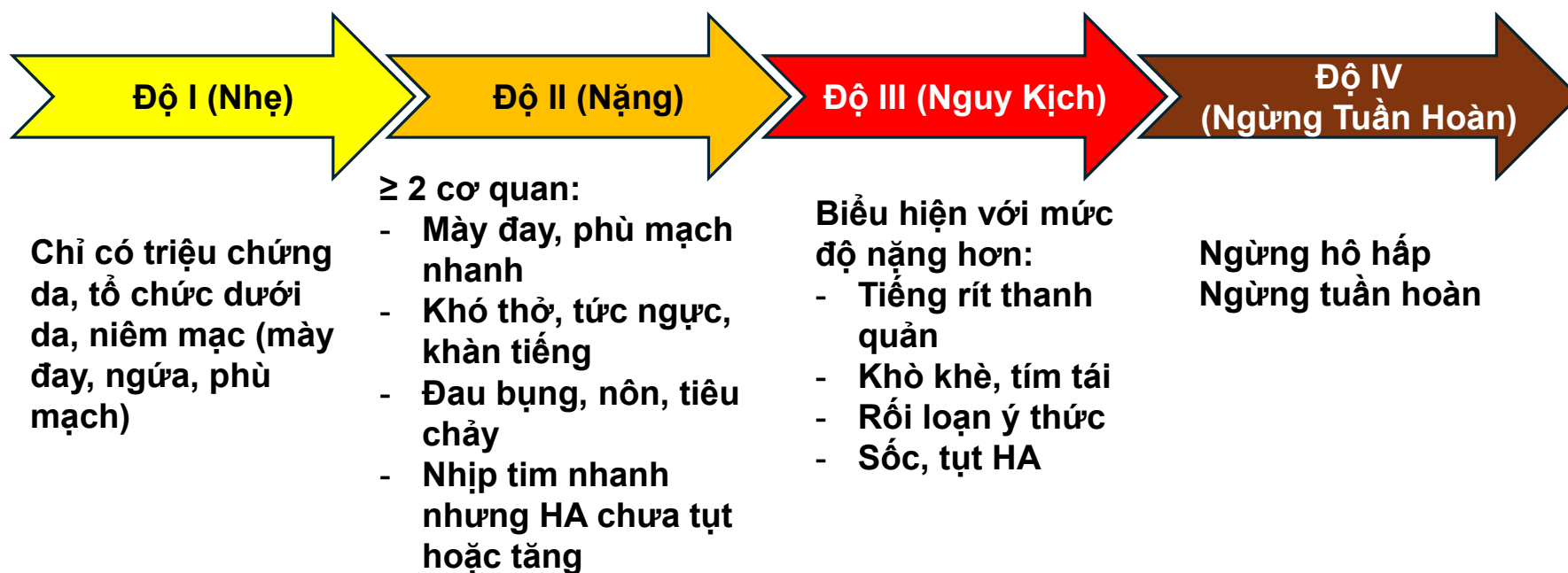
Tiêu hóa: Đau bụng, buồn nôn, nôn.



Chìa khóa chẩn đoán: Xuất hiện ít nhất **MỘT** trong các triệu chứng trên sau khi tiếp xúc dị nguyên.

Phân độ phản vệ (4 mức độ)

(Phụ lục II)



LƯU Ý: Mức độ phản vệ có thể tăng lên RẤT NHANH và KHÔNG THEO TUẦN TỰ

Xử trí cấp cứu phản vệ

(Phụ lục III)

Nguyên tắc vàng

1. Phát hiện sớm – Xử trí khẩn cấp:

Ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên

2. ADRENALIN LÀ THUỐC THIẾT YẾU

Quan trọng hàng đầu
Cứu sống người bệnh



3. Tất cả nhân viên y tế:

Phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ

4. HÀNH ĐỘNG:

Tiêm bắp **NGAY KHI** chẩn đoán phản vệ từ Độ II trở lên

Phác đồ xử trí: Độ I (Nhẹ)

Thuốc



Sử dụng Methylprednisolon hoặc Diphenhydramin (uống hoặc tiêm tùy tình trạng).

Theo dõi



Cảnh giác chuyển biến nặng.
Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ.

Phác đồ cấp cứu: Độ II & III (Nặng & Nguy Kịch)



1.
Ngừng tiếp xúc
với dị nguyên



**2. TIÊM BẮP
ADRENALIN
ADRENALIN
(Chìa khóa
sinh tử)**



3.
Tư thế: Nằm tại
chỗ, đầu thấp
(ngiêng trái nếu
nôn)



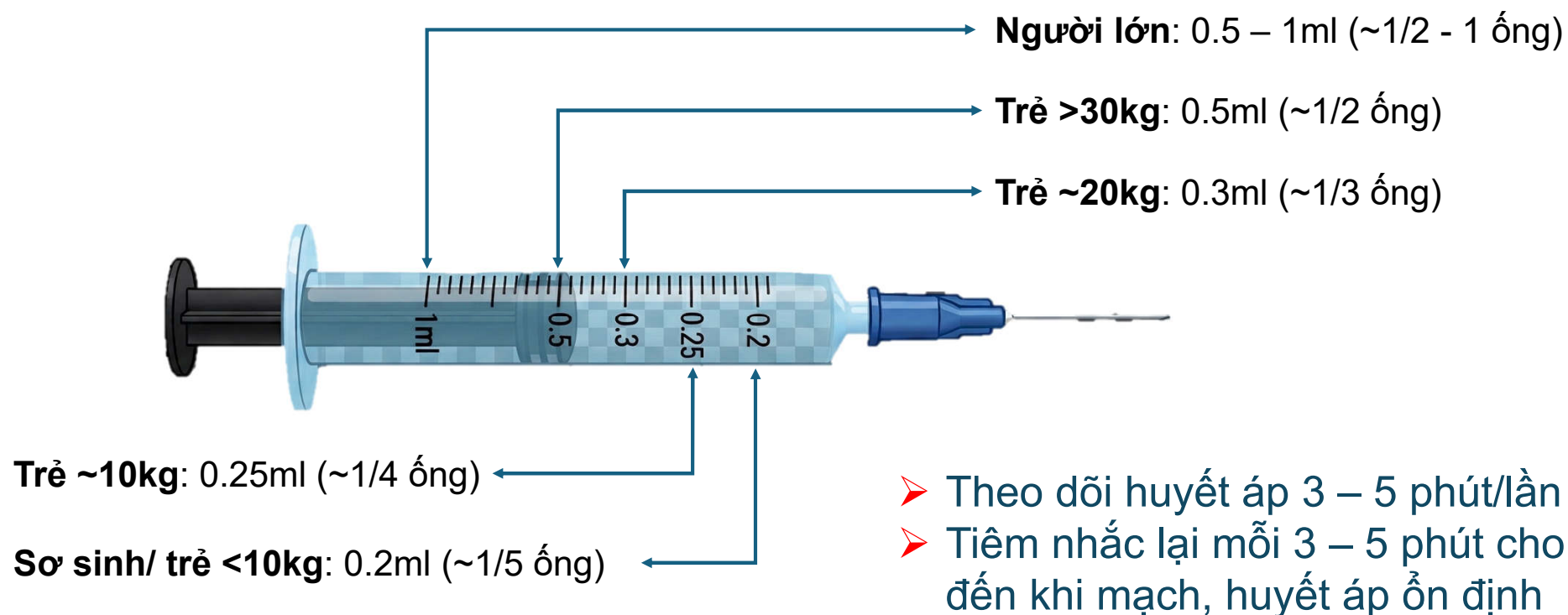
4.
Hỗ trợ hô hấp:
Thở oxy
(Người lớn
6-10 L/p, Trẻ em
2-4 L/p
qua mặt nạ)



5.
Đánh giá: Hô
hấp, tuần hoàn, ý
thức. (Ép tim/bóp
bóng nếu ngừng
tuần hoàn)



Liều Lượng Tiêm Bấp **Adrenalin** (Ống 1mg/1ml)





Truyền Tĩnh Mạch **Adrenalin**

Tiêm bắp 2-3 lần không hiệu quả/
Nguy cơ ngừng tuần hoàn



Đường tĩnh mạch

Tĩnh mạch chậm

(Pha loãng 1/10000)

Người lớn: 0.5 – 1ml tiêm trong 1 – 3 phút

⊗ Trẻ em: **KHÔNG** áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm

Truyền tĩnh mạch liên tục

(Pha với NaCl 0.9%)

Bắt đầu: 0.1 µg/kg/phút.

Cứ 3 – 5 phút điều chỉnh liều theo đáp ứng.

Tham khảo pha truyền tĩnh mạch

Pha 1 ống/250ml NaCl 0.9%

Cân nặng (kg)	Tốc độ (ml/h)	Giọt/phút
80	2	40
40	1	20



Xử Trí Tiếp Theo (Hỗ Trợ & Thuốc Bổ Sung)



Hồi sức dịch

Truyền nhanh NaCl 0.9% (Người lớn: 1-2 lít; Trẻ em: 10-20 ml/kg) nếu HA không nâng được bằng **Adrenalin**.



Hô hấp

Cắt cơn co thắt phế quản với Aminophyllin (1mg/kg/giờ) hoặc Salbutamol (xịt/khí dung) nếu còn thở rít.



Thuốc khác

Methylprednisolon (1-2mg/kg), Kháng Histamin H1 (Diphenhydramin) & H2 (Ranitidin), Glucagon (nếu tụt HA nhịp chậm).



Phản Vệ Các Trường Hợp Đặc Biệt

(Phụ Lục IV)

Beta-Blockers

Đáp ứng kém với **Adrenalin**. Cần theo dõi sát, dùng thêm Glucagon & Ipratropium nếu cần.

Gây mê, gây tê phẫu thuật

Triệu chứng ngoài da có thể bị che lấp. Nhận diện qua tụt HA, mạch nhanh. Lấy máu định lượng Tryptase.

Ngộ độc thuốc tê nặng giống phản vệ: Do thuốc tê ưa mỡ. Cấp cứu bằng nhũ dịch Lipid 20% tiêm tĩnh mạch, tổng liều 10ml/kg; bolus: người lớn 100ml, trẻ em 2ml/kg; duy trì 0.2-0.5ml/kg/ph.

Phản vệ do gắng sức

Xảy ra sau vận động. Ngừng vận động ngay
Tiêm bắp **Adrenalin**.

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).



Theo Dõi Hậu Sốc & Thẻ Dự Ứng

QUY TRÌNH THEO DÕI



Giai đoạn cấp: Theo dõi mạch, HA, SpO2, nhịp thở 3-5 phút/lần.



Giai đoạn ổn định:
Theo dõi 1-2 giờ/lần.



Bắt buộc theo dõi tại viện ít nhất **24 giờ** sau khi ổn định (đề phòng phản vệ pha 2).

CẤP THẺ DỰ ỨNG

THẺ DỰ ỨNG

Họ tên Tuổi

Dị nguyên

Chẩn đoán

Ngày cấp/...../..... Bác sĩ ký

BA ĐIỀU CẦN NHỚ

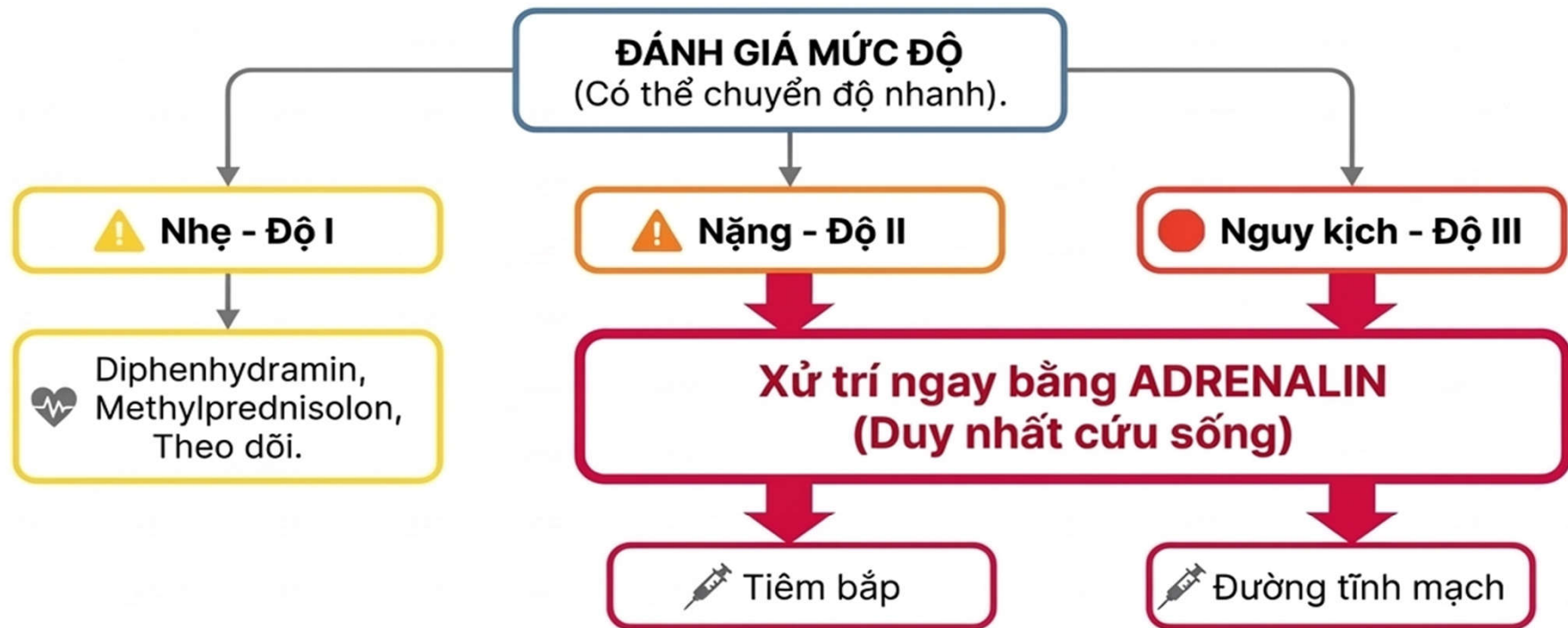
- Luôn mang thẻ theo người.
- Luôn mang **Adrenalin** theo người.
- Khi có dấu hiệu phản vệ: Tiêm ngay **Adrenalin**.

Bác sĩ phải cấp thẻ ghi rõ tên dị nguyên, hướng dẫn người bệnh luôn mang theo thẻ và Adrenalin.



Sơ Đồ Tổng Quan Chẩn Đoán & Xử Trí

(Phụ Lục X)



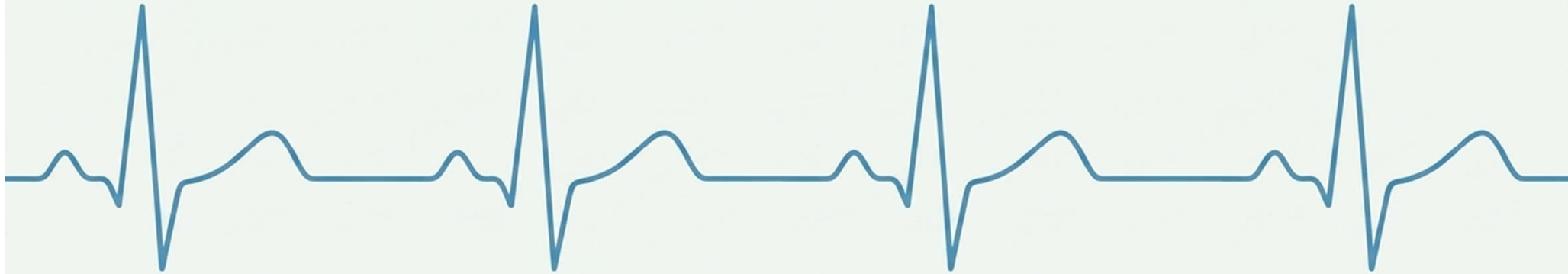
Nhân viên y tế được phép tiêm bắp Adrenalin theo phác đồ khi xảy ra phản vệ.



MEDIC CA MAU

Báo Cáo Lâm Sàng & Quy Trình Xử Trí Phản Vệ Do Thuốc Cảm Quang Omnipaque

Phân Tích 3 Ca Bệnh Đa Dạng & Lưu Đồ Xử Trí Cấp Cứu Thực Tế.





Cửa Sổ Can Thiệp: Nhận Diện Phản Vệ Độ II



Định nghĩa Độ II (Mức độ nặng): Có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan (Da, Tiêu hóa, Hô hấp, Tim mạch).

Đặc điểm cốt lõi: Bệnh nhân chưa rơi vào tình trạng sốc toàn phát, nhưng nguy cơ chuyển độ nhanh chóng.

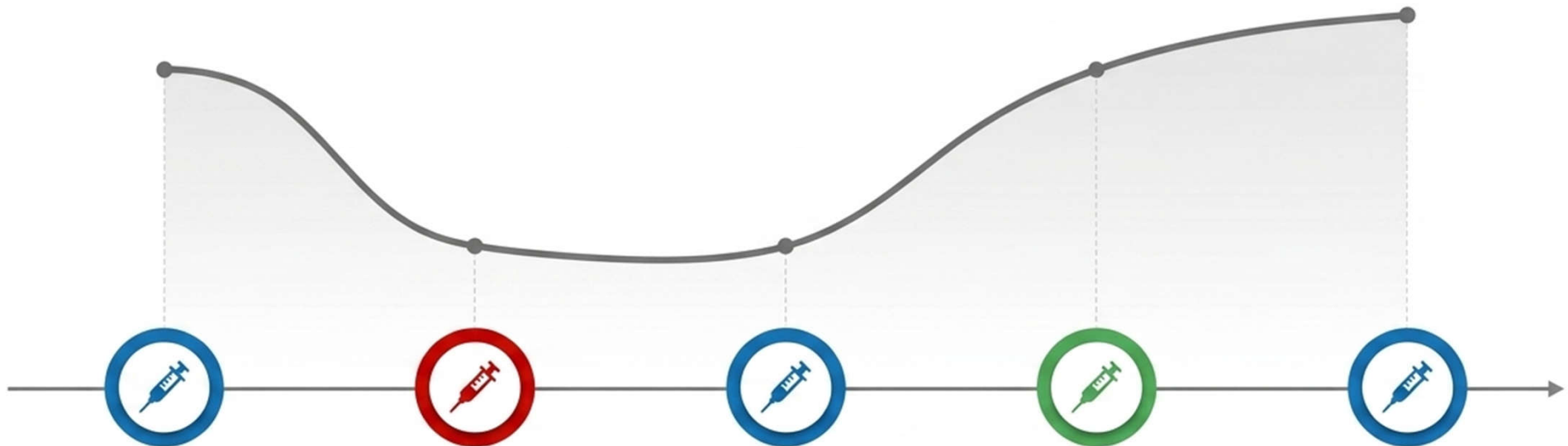
Hành động: Các "phút vàng" quyết định khả năng kiểm soát huyết động và ngăn chặn suy hô hấp.

Bức Tranh Lâm Sàng Đa Dạng: 3 Bệnh Nhân, 3 Hình Thái Khởi Phát

Ca 1: Quách Đại N - 53T	Ca 2: Đỗ Hoàng T - 55T	Ca 3: Nguyễn Thị U - 33T
<ul style="list-style-type: none">- Tiền sử: Tăng HA- Ưu thế: Da & Mạch- Triệu chứng: Phù mi mắt, ngứa toàn thân.- Sinh hiệu khởi phát: Mạch 109 l/p HA 160/90 mmHg.	<ul style="list-style-type: none">- Tiền sử: Rung nhĩ- Ưu thế: Tiêu hóa- Triệu chứng: Đau bụng, buồn nôn, nôn ói. (Không ngứa, không phù).- Sinh hiệu khởi phát: Mạch 70 l/p HA 160/100 mmHg.	<ul style="list-style-type: none">- Tiền sử: Khỏe mạnh- Ưu thế: Hô hấp & Hỗn hợp- Triệu chứng: Khó thở vừa, ngứa, tê môi.- Sinh hiệu khởi phát: Mạch 140 l/p HA 150/90 mmHg.



Ca 1 - Quách Đại N: Biến Động Huyết Động & Can Thiệp Lặp Lại



08:30 (Khởi phát): HA 160/90.

Xử trí ban đầu:
Adrenalin (1/2 ống TB), Dimedrol, methylprednisolone, NaCl 0.9%.

08:35 (**Cảnh báo đỏ**): Tụt HA (90/60), mạch 105.

-> Tiêm bắp thêm 1 ống Adrenalin.

08:45 (Chưa đáp ứng): HA giữ mức 90/60, mạch 110, còn ngứa.

-> Tiêm bắp thêm 1 ống Adrenalin.

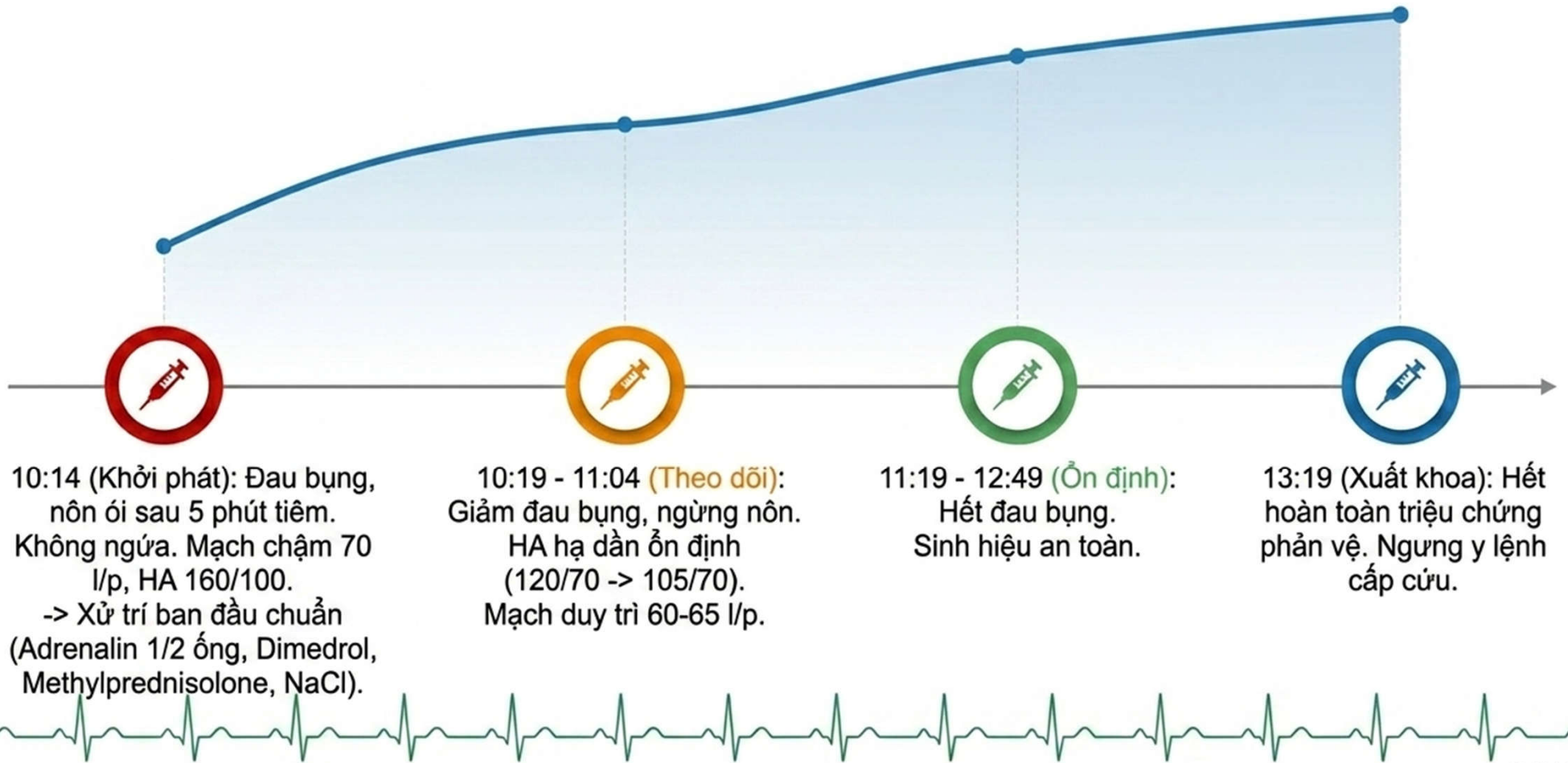
08:50 (**Phục hồi**): HA nẩy lên 140/90, mạch 120. Giảm ngứa.

10:30 (Xuất khoa): HA 120/70, mạch 89 l/p. Hết triệu chứng.



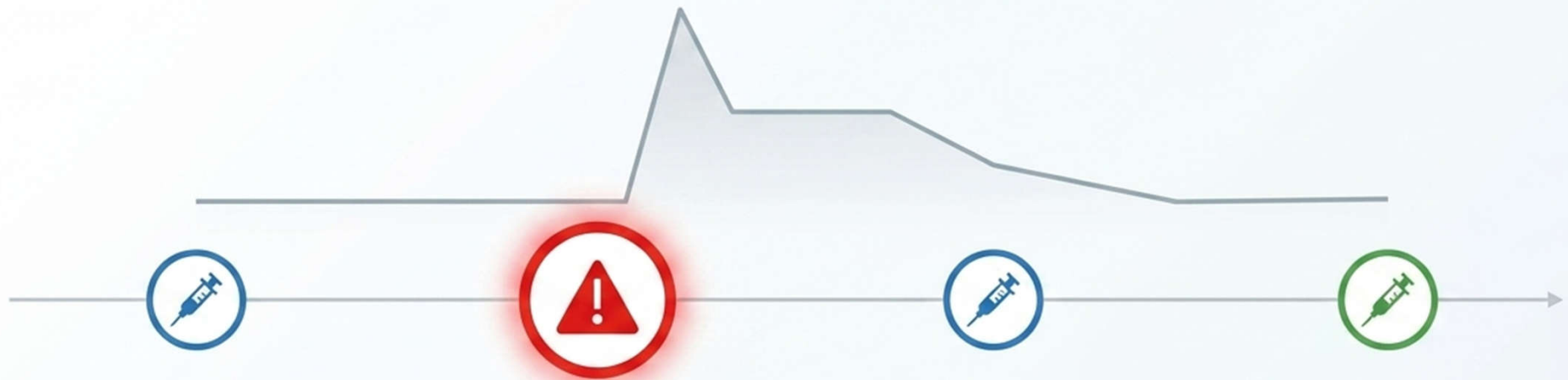


Ca 2 - Đỗ Hoàng T: Hiện Tượng Không Điển Hình (Ưu Thế Tiêu Hóa)





Ca 3 - Nguyễn Thị U: Diễn Tiến Nhanh & Xuất Hiện Triệu Chứng Mới



09:47 (Khởi phát): Khó thở vừa, phù mi mắt, mạch nhanh 140 l/p.
-> Xử trí: Adrenalin (1/2 ống), Dimedrol, Methylprednisolone, NaCl.

09:52 (Triệu chứng mới): Thêm buồn nôn, nôn ói, đau bụng quanh rốn.
Mạch 120, HA 140/80.
-> **Quyết định:** Tiêm bắp thêm 1 ống Adrenalin.

09:57 - 10:37 (Cắt đứt triệu chứng): Giảm ngứa, hết khó thở, hết đau bụng. Mạch giảm dần (134 -> 105 l/p).

11:22 (Xuất khoa): Không còn triệu chứng. Mạch 95 l/p, HA 110/70. Bệnh ổn.

Vũ Khí Cấp Cứu Cốt Lõi



Adrenalin 1mg/1ml

Thuốc cứu mạng ưu tiên số 1.
Đường dùng: Tiêm bắp (TB).



Dimedrol 10mg/ml

Kháng Histamin
H1. Tiêm bắp
25-50mg.



Methylprednisolone

Corticosteroid.
Đường dùng: Tiêm
tĩnh mạch (TM)
1-2mg/kg.



NaCl 0.9% 500ml

Bù dịch & Duy trì
đường truyền.
Đường dùng:
Truyền tĩnh
mạch.



Lưu Đồ Xử Trí - Bước 1: Nhận Diện & Kích Hoạt Phản Xạ

Bệnh nhân sau tiêm thuốc cản quang Omnipaque.

Xuất hiện triệu chứng ở Da (ngứa/đỏ),
Tiêu hóa (ôn/đau bụng), Hô hấp (khó thở), hoặc
Tim mạch (thay đổi HA)?

HÀNH ĐỘNG NGAY (Phút 0)

- 1. Ngừng ngay tiêm thuốc cản quang.
- 2. Tiêm bắp ngay 1/2 - 1 ống Adrenalin 1mg/1ml (vào mặt trước bên đùi).
- 3. Gọi người hỗ trợ.



Lưu Đờ Xử Trí - Bước 2 & 3: Phối Hợp & Vòng Lặp Đánh Giá

Sử dụng thuốc phối hợp (Ngay sau Adrenalin)

-> Dimedrol, Methylprednisolone, Thiết lập đường truyền NaCl.



Đánh giá lại mỗi 3-5 phút
(Huyết áp, Mạch, SpO2,
Triệu chứng mới).

Không đáp ứng / Xấu đi

(Tụt HA hoặc thêm triệu chứng)

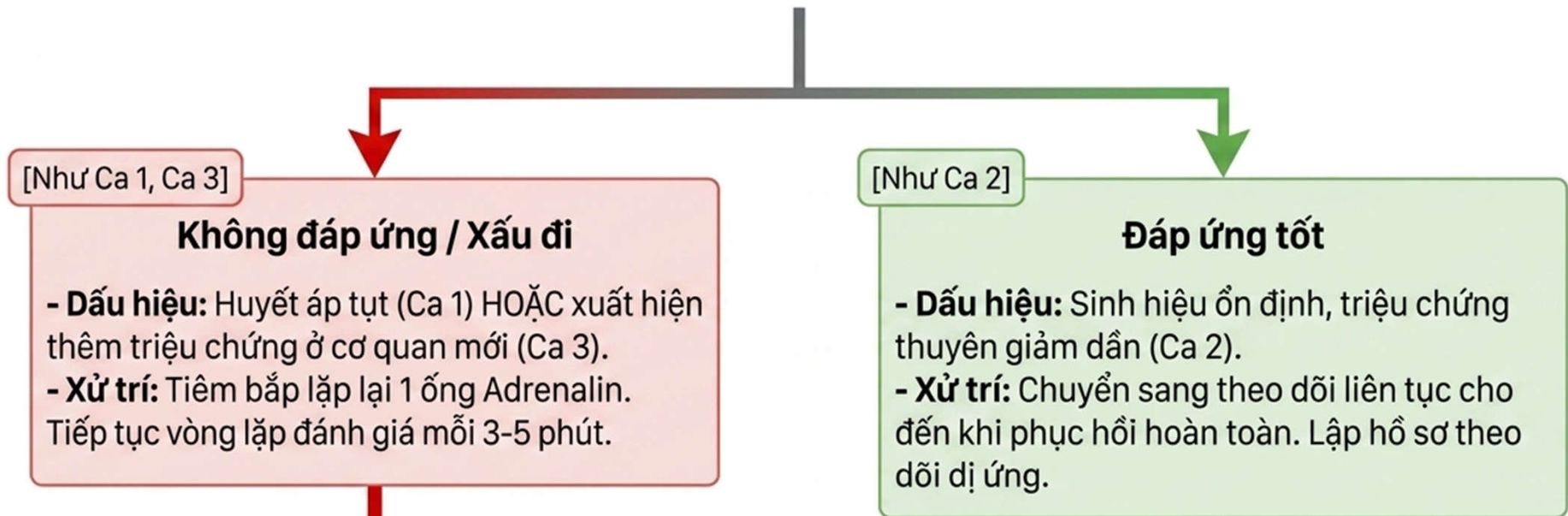
-> Tiêm bắp lặp lại 1 ống Adrenalin.
Tiếp tục vòng lặp.

Đáp ứng tốt

-> Sinh hiệu ổn định
-> Chuyển sang theo dõi liên tục.



Lưu Đồ Xử Trí Thực Tế - Bước 3: Chuẩn Liều Adrenalin



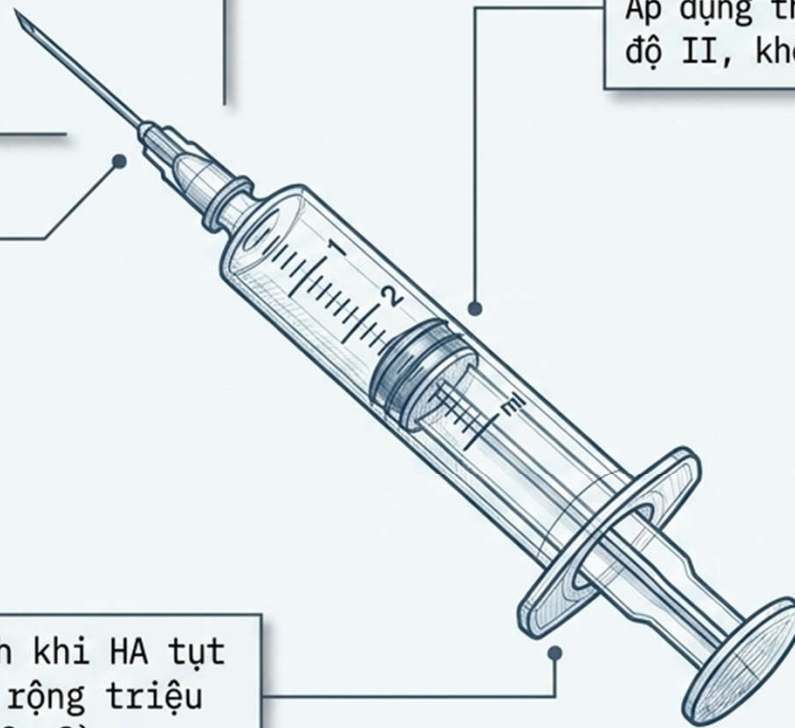


Nguyên Tắc "Vàng": Chuẩn Liều Adrenalin

Đường Dùng Tuyệt Đối: 100% Tiêm Bắp (TB).
Đảm bảo hấp thu nhanh, an toàn toàn huyết động hơn tiêm tĩnh mạch ở giai đoạn đầu.

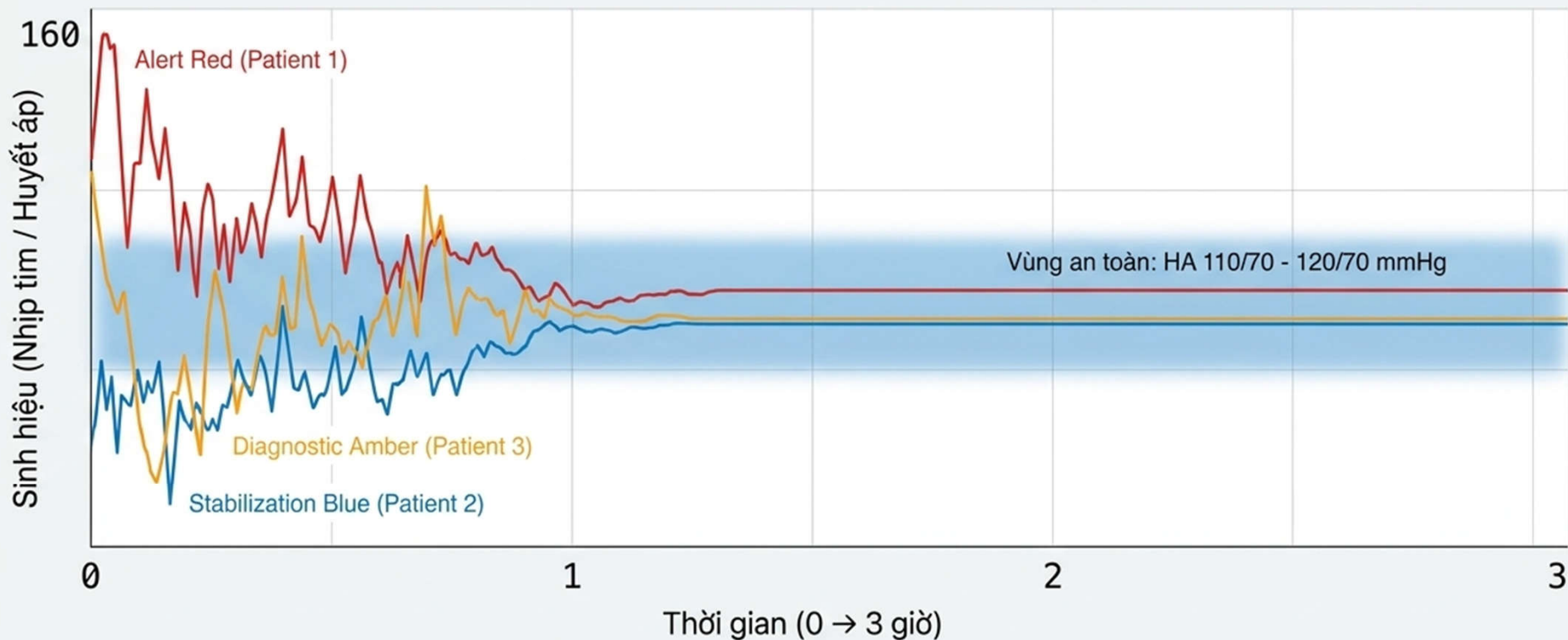
Liều Khởi Đầu: 1/2-1 ống (0.5-1mg).
Áp dụng thống nhất ngay khi nhận diện độ II, không chờ đợi tụt huyết áp.

Liều Lặp Lại (1 ống): Chỉ định khi HA tụt mạnh (như Ca 1) hoặc khi lan rộng triệu chứng sang cơ quan khác (như Ca 3).





Bảng Chứng Huyết Động: Sự Hội Tụ Về Vùng An Toàn



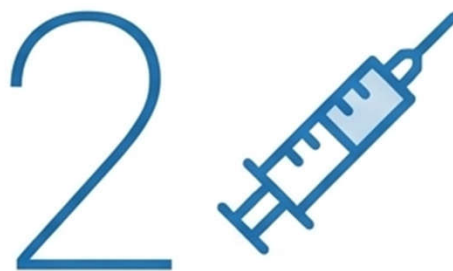
Dù khởi phát với nhịp tim nhanh hay chậm, tăng HA hay tụt HA, can thiệp đúng lưu đồ đưa toàn bộ bệnh nhân về trạng thái sinh lý cân bằng trong 10-15 phút.

Tổng Hợp: 3 Bài Học Cốt Lõi Từ Thực Tế Lâm Sàng



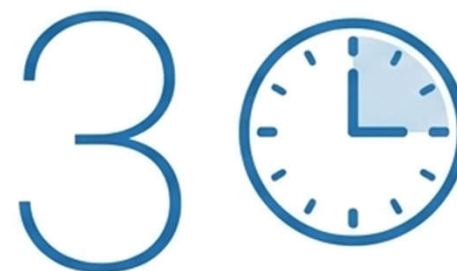
Đa Dạng Hiện Mạo

Phản vệ độ II không luôn đi kèm tụt HA hoặc nổi mẩn đỏ. Dấu hiệu tiêu hóa (đau bụng, nôn) hoặc hô hấp độc lập cũng là tín hiệu kích hoạt.



Adrenalin Là Trung Tâm

Không chần chừ. Tiêm bắp ngay 1/2-1 ống là yếu tố quyết định ngăn chặn diễn tiến nặng.



Đánh Giá Động Mỗi 3-5 Phút

Triệu chứng có thể xoay chiều nhanh. Theo dõi liên tục là bắt buộc để quyết định liều Adrenalin tiếp theo.



Chuẩn Hóa Phản Xạ - Bảo Vệ Sự An Toàn

Chuyển đổi kinh nghiệm từ các ca lâm sàng thành phản xạ cấp cứu vô điều kiện.
Sự chủ động trong “phút vàng” đầu tiên chính là giới hạn giữa nguy hiểm và an toàn.





Q&A / Hỏi & Đáp

Cảm ơn quý đồng nghiệp đã lắng nghe

