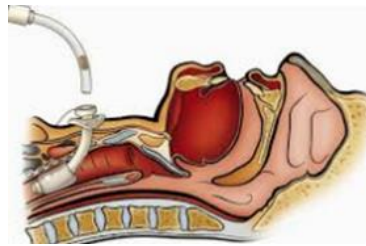




TẬP BÀI GIẢNG HỒI SỨC CẤP CỨU NUR 313



NỘI DUNG

1. Cấp cứu ban đầu và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phải cấp cứu/cấp cứu ban đầu và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

2. Sốc phản vệ và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc phản vệ và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

3. Sốc tim và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc tim và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

4. Ngộ độc cấp và chăm sóc điều dưỡng

Các loại ngộ độc cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

5. Suy hô hấp cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý suy hô hấp cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

6. Phù phổi cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phù phổi cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

7. Hôn mê và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý hôn mê và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

8. Đặt nội khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật đặt nội khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

9. Thở máy và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật thở máy và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

10. Khai thông đường thở và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khai thông, bảo vệ đường thở và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

11. Khí dung và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khí dung và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

12. Đặt CVC, đo CVP và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật VCV, CVP và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

13. Mở khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật mở khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

14. Đáp án câu hỏi lượng giá

Đáp án của các câu hỏi lượng giá trong các Software Testing



SỐC PHẢN VỆ & CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG



MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, các nguyên nhân thường gặp, triệu chứng và diễn biến của sốc phản vệ.
2. Trình bày được các bước nhận định bệnh nhân sốc phản vệ
3. Trình bày được các bước chăm sóc, theo dõi và đánh giá diễn biến của bệnh nhân sốc phản vệ

NỘI DUNG

I. Đại cương:

Tổng quan

Định nghĩa

Cơ chế

II. Các nguyên nhân gây sốc phản vệ

III. Triệu chứng lâm sàng

Diễn biến nhẹ

Diễn biến vừa

Diễn biến nặng

IV. Chẩn đoán

V. Xử trí và chăm sóc

Tại chỗ

Nơi có điều kiện

VI. Quy trình chăm sóc

1. Nhận định người bệnh

2. Chẩn đoán điều dưỡng

3. Lập kế hoạch chăm sóc

4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.1. Đảm bảo tuần hoàn

4.2. Đảm bảo hô hấp

4.3. Loại bỏ cách ly nguyên nhân

4.4. Thực hiện đầy đủ xét nghiệm theo y lệnh

4.5. Lập bảng theo dõi

4.6. Phòng bệnh và giao dục sức khỏe

4.7. Đánh giá

Tài liệu tham khảo

Câu hỏi lượng giá

I. Đại cương

1. Tổng quan:

- Thường diễn tiến đột ngột như là tình trạng phản ứng nặng khi tiếp xúc với tác nhân gây dị ứng, với thuốc (đặc biệt là kháng sinh), vì côn trùng đốt; do ăn nhộng, hải sản, dứa...
- Tỷ lệ mắc phản vệ ở hoa kỳ : tỷ lệ hàng năm xảy ra phản vệ là giữa 1/2700 và 1/3000 ở những bệnh nhân nhập viện. Nguy cơ phát triển phản vệ của một đời người là 1%.
- Mỗi năm, có từ 500 đến 1000 trường hợp tử vong do phản vệ.
- Đặc biệt là trong gây mê, đã thống kê được hơn 12.000 trường hợp phản ứng dạng phản vệ trong lúc gây mê (réaction anaphylactoïde per-anesthésique), được công bố trong các tạp chí Pháp và Anh. Trong số những phản ứng dạng phản vệ này, 60% là những phản ứng phản vệ (réaction anaphylactique).
- Adrenalin là thuốc điều trị cơ bản của shock phản vệ; corticoid là để phối hợp-ngăn ngừa tái phát và phù nề thanh quản, ít có ý nghĩa về huyết động.
- Chẩn đoán có thể theo Tiêu chuẩn chẩn đoán của FAAN & NIAID 7.2005 (The Food Allergy & Anaphylaxis Network & National Institute of Allergy and Infectious Diseases)

2. Định nghĩa - Theo Tự điển dị ứng

Sốc phản vệ (Anaphylaxis) là một phản ứng dị ứng (allergic reactions) nghiêm trọng, có liên quan đến nhiều hơn một hệ thống của cơ thể (ví dụ: da và đường hô hấp và / hoặc đường tiêu hóa), bắt đầu rất nhanh chóng, và có thể gây tử vong.

Phản vệ (anaphylaxie) hay phản ứng phản vệ (réaction anaphylactique) là đáp ứng miễn dịch đặc hiệu, chủ yếu được kích thích bởi các kháng thể loại IgE (tính quá mẫn tức thời loại I của xếp loại Gell và Combes), gây nên sự phóng hạt (dégranulation) của các dưỡng bào (mastocyte) mô và các bạch cầu ưa bazơ trong máu. Sốc phản vệ (choc anaphylactique) là dạng nặng nhất của phản vệ (anaphylaxie).

Sinh lý bệnh lý của sốc phản vệ

Sốc phản vệ xảy ra sau một chuỗi y hết nhau :

- Tiếp xúc đầu tiên với chất, tương ứng với sự cảm ứng (sensibilisation) ban đầu, không biểu hiện về mặt lâm sàng ;
- Thời kỳ tiềm tàng đi từ 7 đến 10 ngày, trong đó các kháng thể, thường nhất là IgE được sản xuất và gắn vào những bạch cầu ưa bazơ và các dưỡng bào

- Vào lúc được tiếp xúc lần thứ hai với kháng nguyên, tình trạng sốc được phát khởi trong vài phút. Kháng nguyên được đưa vào trở lại trong cơ thể sẽ bắt cầu 2 phân tử của IgE đặc hiệu nối với các dưỡng bào mô (mastocytes tissulaires) và với các bạch cầu ưa bazơ trong máu. Điều này khởi phát một chuỗi kế tiếp những phản ứng tế bào, dẫn đến sự phóng thích bùng nổ các chất tiền tạo (histamine) hay tân tạo (leucotrène, prostaglandine...).

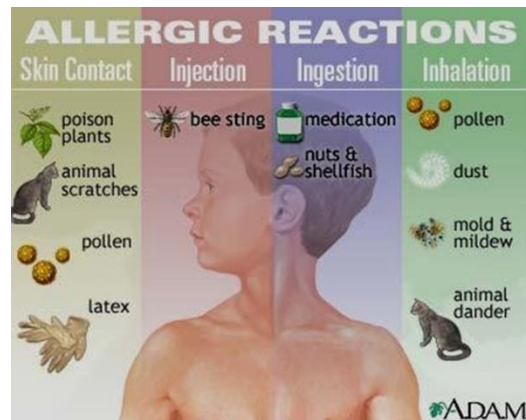
Kết quả là một tiến triển thành 3 giai đoạn :

- Sốc tăng năng động (choc hyperkinétique) khởi đầu, do một sự giãn mạch, trước hết được giới hạn ở khu vực tiểu động mạch tiền mao mạch (secteur artériolaire précapillaire) : kết quả là tim nhịp nhanh và sụt sức cản mạch máu toàn hệ (résistance vasculaire systémique) ;
- Lan rộng sự giãn mạch đến khu vực tĩnh mạch chứa (secteur veineux capacitif), do đó giảm hồi lưu tĩnh mạch và lưu lượng tim ;
- Sốc giảm động lực (choc hypokinétique) với thành phần giảm thể tích máu (hypovolémie) do tràn huyết tương qua mao mạch ra ngoài.

3. Cơ chế bệnh sinh.

Thuật ngữ

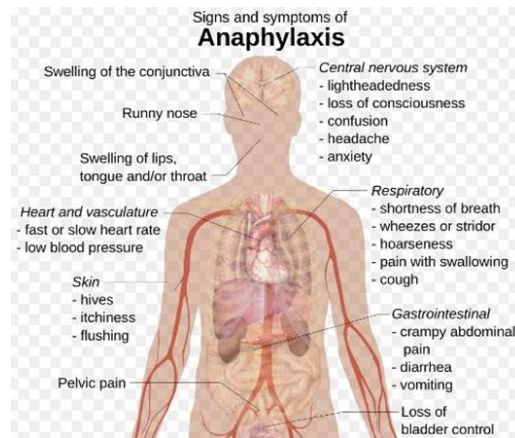
- Phản ứng dị ứng (allergic reactions)
- Phản ứng tăng nhạy cảm (hypersensitivity reactions)
- Phản vệ (anaphylaxis)
- Phản ứng phản vệ (anaphylactic reactions)
- Phản ứng dạng phản vệ (anaphylactoid reactions)



- **Phản ứng dị ứng (allergic reaction):**
 - Là sự sản xuất bởi hệ miễn dịch kháng thể IgE để phản ứng lại một tác nhân xâm phạm (dị ứng nguyên, allergen).
 - Kháng thể liên kết với các thụ thể IgE có ái tính cao, trên các dưỡng bào (mastocytes) và các bạch cầu hạt ưa kiềm (basophiles), dẫn đến sự nhạy cảm hóa (sensitization) đối với kháng nguyên đó.
 - Kháng nguyên được đưa vào trở lại trong cơ thể sẽ bắt cầu với hai phân tử IgE được liên kết một cách đặc hiệu với với các dưỡng bào và các bạch cầu hạt ưa kiềm. Điều này làm khởi động sự phóng thích các chất trung gian viêm (inflammatory mediators - chủ yếu là histamine), gây nên giãn mạch và làm gia tăng tính thấm thấu của huyết quản.
 - Những thí dụ của những phản ứng dị ứng qua trung gian IgE gồm có thuốc (penicillin), thức ăn (củ lạc, tôm cua sò hến), các nốt đốt côn trùng (ví dụ ong), latex, nhiễm kỳ sinh trùng, dị ứng nguyên trong không khí (phấn hoa, các bào tử, dust mites).

Thuật ngữ

- Phản ứng dị ứng (*allergic reactions*)
- Phản ứng tăng nhạy cảm (*hypersensitivity reactions*)
- Phản vệ (*anaphylaxis*)
- Phản ứng phản vệ (*anaphylactic reactions*)
- Phản ứng dạng phản vệ (*anaphylactoid reactions*)

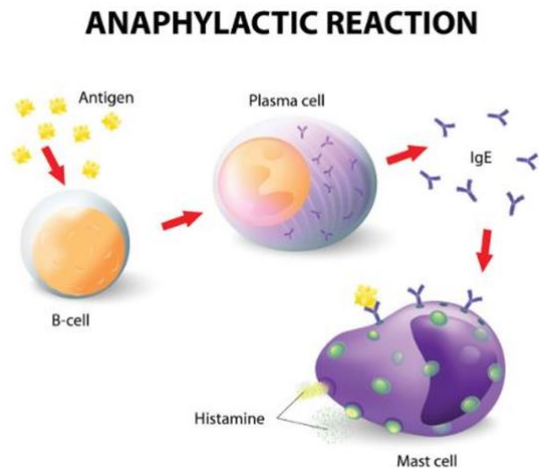


- **Phản vệ (anaphylaxis):**

- Tính quá mẫn hay phản vệ (anaphylaxis) là một phản ứng tăng nhạy cảm (hypersensitivity reaction) tức thời của nhiều hệ cơ quan đối với sự phóng thích chất trung gian miễn dịch (immunologic mediator), được gây nên bởi kháng nguyên, qua trung gian IgE, nơi những cá nhân trước gây đã được cảm ứng (sensitized).
- Phản vệ là một phản ứng dị ứng không đoán trước được và nghiêm trọng với nhiều biểu hiện lâm sàng sau đây:
 - + Hạ huyết áp, tim đập nhanh, và trụy tim mạch.
 - + Co thắt phế quản.
 - + Các triệu chứng ngoài da : đỏ bừng (flushing), mày đay, và phù nề mạch (angioedema).
 - + Các triệu chứng dạ dày ruột gồm có đau bụng, nôn và mửa, và ỉa chảy.
 - + Choáng phản vệ (choc anaphylactique) là dạng trầm trọng nhất của phản vệ (anaphylaxie).

Thuật ngữ

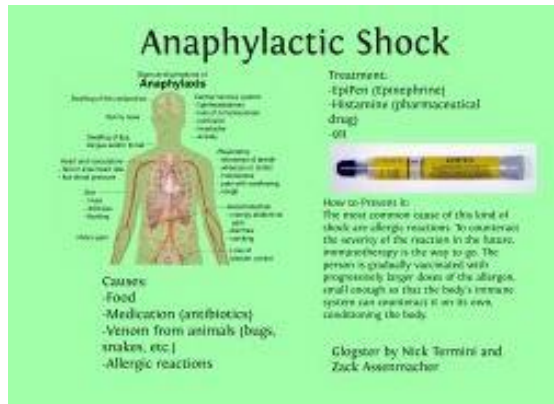
- Phản ứng dị ứng (*allergic reactions*)
- Phản ứng tăng nhạy cảm (*hypersensitivity reactions*)
- Phản vệ (*anaphylaxis*)
- Phản ứng phản vệ (*anaphylactic reactions*)
- Phản ứng dạng phản vệ (*anaphylactoid reactions*)



- **Phản ứng phản vệ (anaphylactique reaction):**
 - Sự tương tác giữa dị ứng nguyên (allergène) với những kháng thể biệt hóa thuộc loại IgE.
 - Những kháng thể này liên kết với các thụ thể Fc trên các dưỡng bào và các bạch cầu hạt ưa kiềm, dẫn đến sự phóng thích histamine và các chất trung gian hóa học khác.
- **Phản ứng dạng phản vệ (anaphylactoid reaction):**
 - Một hội chứng có khả năng gây tử vong, về phương diện lâm sàng tương tự với phản vệ (anaphylaxis), nhưng không phải là một đáp ứng qua trung gian IgE và có thể xảy ra sau khi chỉ tiếp xúc một lần duy nhất và lần đầu tiên với vài tác nhân, như chất cản quang quang tuyến.
 - Thường ít nghiêm trọng hơn, không bao hàm các kháng thể loại IgE. Tuy nhiên sự phân biệt giữa phản ứng phản vệ và dạng phản vệ ít quan trọng trong y khoa cấp cứu.

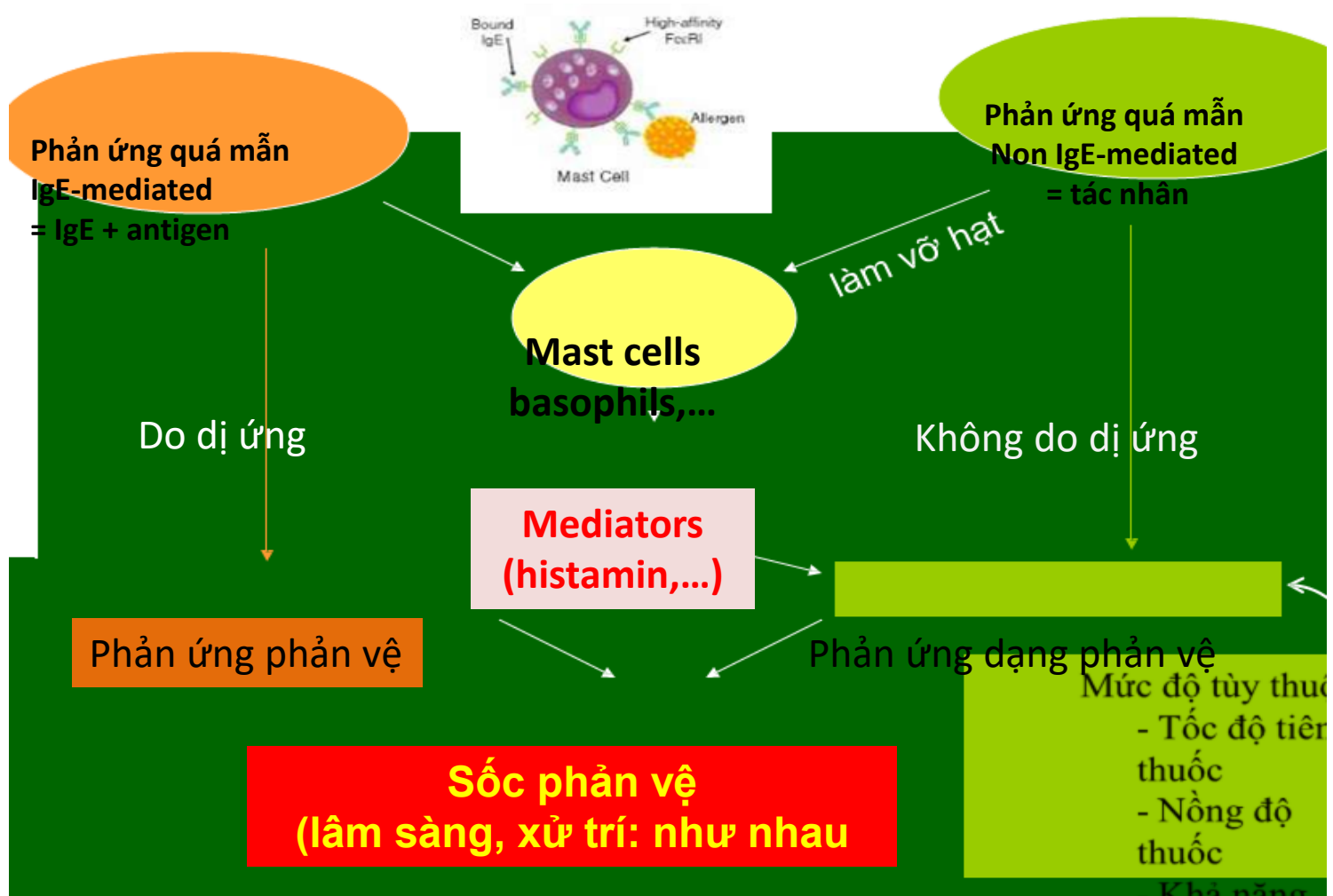
Thuật ngữ

- Phản ứng dị ứng (*allergic reactions*)
- Phản ứng tăng nhạy cảm (*hypersensitivity reactions*)
- Phản vệ (*anaphylaxis*)
- Phản ứng phản vệ (*anaphylactic reactions*)
- Phản ứng dạng phản vệ (*anaphylactoid reactions*)



- **Các phản ứng phản vệ (anaphylactic) và dạng phản vệ (anaphylactoid):**
 - Các bệnh nhân với phản ứng dạng phản vệ (anaphylactoid reaction) có những triệu chứng và dấu chứng không thể phân biệt được về mặt lâm sàng với phản vệ (anaphylaxis).
 - Tuy nhiên, phản ứng dạng phản vệ được trung gian bởi các cơ chế khác với kháng thể IgE, như là sự hoạt hóa trực tiếp dưỡng bào (mast cell), sự hoạt hóa complement (ví dụ C3a, C5a), những đường trung gian bởi leukotriene. Bởi vì Ig E không có can dự vào, nên phản ứng dạng phản vệ được định nghĩa một cách đúng đắn là không phải dị ứng (nonallergic).
 - Các triệu chứng và cách điều trị của những phản ứng phản vệ và dạng phản vệ tương tự nhau vì thể sự phân biệt không quan trọng trong điều trị một cơn cấp tính.

Cơ chế



Nhắc lại 4 phản ứng dị ứng qua trung gian miễn dịch và các cơ chế của chúng

* **Typ I:** Tăng nhạy cảm tức thời (immediate hypersensitivity) , là sự tăng nhạy cảm qua trung gian IgE và trong thể nặng nhất, đưa đến phản vệ (anaphylaxis).

- Cơ chế : Thường có tiếp xúc trước với kháng nguyên: IgE được sản xuất và liên kết với các dưỡng bào (mast cells) và các bạch cầu hạt ưa kiềm (basophils). Sau khi tiếp xúc lại, kháng nguyên liên kết chéo với hai thụ thể IgE (IgE receptors), khởi động chuỗi phản ứng đưa đến sự phóng thích các chất trung gian giãn mạch có tác dụng mạnh.
- Bệnh hay gặp: Choáng phản vệ, viêm mũi, sốt mùa, hen phế quản do phấn hoa, mày đay, phù quincke v.v...

* **Typ II:** Liên quan đến IgG, IgM, và chuỗi phản ứng complement để trung gian độc tính tế bào (cytotoxicity)

- Dị nguyên Hapten hoặc TB gắn trên mặt HC, BC
- Cơ chế : Kháng thể (IgG): lưu hành trong huyết thanh.
- Kháng nguyên + Kháng thể -> hoạt hoá bổ thể -> trên TB (HC)
- Bệnh hay gặp: Thiếu máu tan huyết, giảm BC, giảm TC do thuốc

* **Typ III:** Là kết quả của sự tạo thành phức hợp miễn dịch mà sự lắng đọng trong mô, đưa đến thương tổn mô


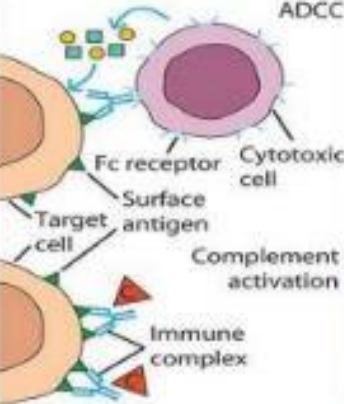
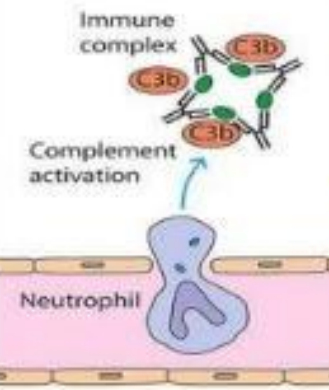
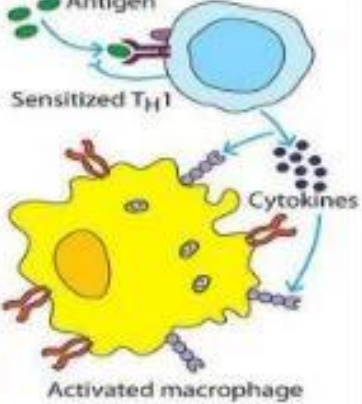
- Dị nguyên: Huyết thanh, hoá chất, thuốc
- Kháng thể: Kết tủa IgM, IgG
- Cơ chế : Dị nguyên + Kháng thể kết tủa -> phức hợp miễn dịch -> hoạt hoá bổ thể -> tổn thương mao mạch cơ trơn
- Bệnh hay gặp: VKDT, VCT, ban xuất huyết dị ứng, viêm nút quanh ĐM ...

* **Typ IV:** Tăng nhạy cảm trì hoãn (delayed hypersensitivity) được trung gian bởi các tế bào lympho T .

- Dị nguyên: VK, VR, độc tố VK, 1 số nhỏ là thuốc, hapten tổ chức ...
- Kháng thể: Các lympho T mẫn cảm
- Cơ chế : Dị nguyên + lympho T mẫn cảm (đại thực bào) -> giảm lymphokin -> rối loạn chức năng, tổn thương tổ chức trong dị ứng muộn
- Bệnh hay gặp: Viêm da tiếp xúc, u hạt ...

Phản ứng quá mẫn (hypersensitivity reactions)

Hypersensitivity Reactions

 <p>Type I</p>	 <p>Type II</p>	 <p>Type III</p>	 <p>Type IV</p>
<p>IgE-Mediated Hypersensitivity</p>	<p>IgG-Mediated Cytotoxic Hypersensitivity</p>	<p>Immune Complex-Mediated Hypersensitivity</p>	<p>Cell-Mediated Hypersensitivity</p>
<p>Ag induces crosslinking of IgE bound to mast cells and basophils with release of vasoactive mediators</p>	<p>Ab directed against cell surface antigens mediates cell destruction via complement activation or ADCC</p>	<p>Ag-Ab complexes deposited in various tissues induce complement activation and an ensuing inflammatory response mediated by massive infiltration of neutrophils</p>	<p>Sensitized T_{H1} cells release cytokines that activate macrophages or T_C cells which mediate direct cellular damage</p>
<p>Typical manifestations include systemic anaphylaxis and localized anaphylaxis such as hay fever, asthma, hives, food allergies, and eczema</p>	<p>Typical manifestations include blood transfusion reactions, erythroblastosis fetalis, and autoimmune hemolytic anemia</p>	<p>Typical manifestations include localized Arthus reaction and generalized reactions such as serum sickness, necrotizing vasculitis, glomerulonephritis, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus</p>	<p>Typical manifestations include contact dermatitis, tubercular lesions and graft rejection</p>

II. Các nguyên nhân gây sốc phản vệ:

1. Các nguyên nhân thông thường nhất của sốc phản vệ

- Ăn uống, hít hay tiêm vào các chất kháng nguyên làm nhạy cảm trên các cá nhân có tổ bẩm.
- Các dị ứng nguyên thông thường gồm có thuốc (ví dụ penicillin), thức ăn (tôm cua sò hến, quả hạch, trứng, lòng trắng trứng), các nốt đốt côn trùng (insect stings) (các nọc độc của hymenoptera (sâu bọ cánh màng) và các vết cắn (rắn), các tác nhân trong mục đích chẩn đoán (chất cản quang), và những tác nhân vật lý và môi trường (latex, thể dục, và lạnh).
- Phản vệ không rõ nguyên nhân (idiopathic anaphylaxis) là một chẩn đoán loại trừ khi không thể xác định được nguyên nhân.
- Dù thuốc (đặc biệt là các kháng sinh) và nọc độc côn trùng (insect venom) được liệt kê là hai nguyên nhân thông thường nhất, latex đang trở nên thường thấy hơn trong phản ứng này.
- Các nguyên nhân khác gồm có thức ăn, ví dụ củ lạc (peanuts), tôm cua sò hến (shellfish) và các sản phẩm máu.

2. Các phản ứng phản vệ và dạng phản vệ thông thường nhất xảy ra trong bệnh viện

- Phản vệ (anaphylactic) : Penicillins/ cephalosporins, latex.
- Dạng phản vệ (anaphylactoid) : thuốc cản quang (radiocontrast dye), AINS, các chất nha phiến (opiates), các chất gây mê, các phản ứng truyền máu.
- Trong phòng hồi sức (ICU), các chất cản quang dùng bằng đường tĩnh mạch, các kháng sinh, AINS, aspirin và những thuốc khác, là những nguyên nhân có khả năng nhất.

3. Các nguyên nhân thông thường nhất của phản vệ trong phòng mổ

- Khoảng 80% các phản ứng phản vệ là do hoặc là các chất làm giãn cơ (ví dụ succinylcholine, rocuronium, và atracurium) hay tiếp xúc với latex, nhưng cũng có những nguyên nhân khác.
- Curares là nguyên nhân của choáng phản vệ trong 60% các trường hợp.
- Propofol và thiopental : tỷ lệ bị phản ứng dị ứng đối với thuốc thông dụng nhất propofol được ước tính là 1/60.000 lần cho thuốc. Tỷ lệ bị phản vệ là 1/30.000 lần cho thuốc và có thể do sự hiện diện của sulfur trong hợp chất.

- Colloids : Dextran và gelatin có tỷ lệ phản ứng dị ứng khoảng 0,3%. Hetastarch là colloid an toàn nhất.
- Morphine và meperidine : phản ứng được thấy là do sự phóng thích histamine không phải do miễn dịch.
- Aprotinin, heparin, và protamine : phản ứng dị ứng với aprotinin (Trasylol) xảy ra 1% các bệnh nhân, nhưng sự tiếp xúc trở lại làm gia tăng nguy cơ. Những phản ứng dị ứng đối với heparin chuẩn (unfractionated heparin) là hiếm, và đối với heparin có trọng lượng thấp (low-molecular-weight heparin) lại còn hiếm hơn. Phản ứng thông thường nhất đối với heparin là giảm tiểu cầu gây nên bởi heparin (heparin-induced thrombocytopenia), không có nguồn gốc miễn dịch. Những bệnh nhân trước đây đã tiếp xúc với protamine, ví dụ những bệnh nhân sử dụng NPH insulin, có nguy cơ cao nhất bị phản ứng dị ứng, khoảng 0,4-0,76%.
- Các thuốc gây tê tại chỗ: dị ứng với các thuốc gây tê tại chỗ có nối amide (ví dụ bupivacaine, lidocaine, mepivacaine, ropivacaine) là rất hiếm. Những phản ứng dị ứng thật sự đối với các thuốc gây tê tại chỗ với nối ester (procaine, chlorprocaine, tetracaine, benzocaine) cũng hiếm hoi.

III. Triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng khá đa dạng. Những dấu hiệu sớm đáng chú ý: Bồn chồn, hốt hoảng, khó thở, tim đập nhanh, suy tim mạch cấp, trụy mạch.

Triệu chứng sốc phản vệ được đặc trưng bởi :

- Tính chất đột ngột : choáng xảy ra trong vài phút sau khi tiếp xúc với kháng nguyên, nhưng cũng có những thể chậm, xuất hiện sau nhiều giờ .
- Mức độ nghiêm trọng và tính chất có thể đảo ngược được.

Bệnh cảnh lâm sàng liên kết một cách thay đổi :

- Hội chứng tim-mạch với tim nhịp nhanh và huyết áp hạ hoặc huyết áp không đo được.
- Áp suất tĩnh mạch trung tâm (PVC) và những khảo sát huyết động làm rõ hai giai đoạn : hạ sức cản mạch máu toàn thể và chỉ số tim (index cardiaque) tăng cao, tiếp theo sau là hạ áp suất mao mạch phổi (pression capillaire pulmonaire) và trụy chỉ số tim, có thể dẫn đến ngừng tim-tuần hoàn.
- Điện tâm đồ có thể cho thấy những rối loạn tái phân cực và những rối loạn nhịp thất.

- Hội chứng hô hấp với khó thở thở ra (dyspnée expiratoire) do co thắt phế quản (bronchospasme), hay khó thở thở vào (dyspnée inspiratoire) do phù thanh quản (œdème laryngé) ;
- Hội chứng da-niêm mạc mở đầu với ngứa ở lòng bàn chân bàn tay, nổi mề đay (éruption urticarienne), ban dạng sởi hay dạng tinh hồng nhiệt (rash morbilliforme ou scarlatiniforme), phù Quincke, chảy nước mũi, chảy nước mắt, tăng tiết nước dãi (hypersialorrhée).
- Hội chứng tiêu hóa với nôn mửa, đau bụng, tiêu chảy dồi dào ;
- Hội chứng huyết học thuộc loại bệnh đông máu (coagulopathie de coagulation).
- Hội chứng thần kinh : kích động, lo âu, đau đầu, hôn mê, co giật.

Về phương diện xét nghiệm, ta có thể ghi nhận những dấu hiệu đông đặc máu (hémoconcentration), giảm bạch cầu (leucopénie), giảm tiểu cầu và về sau nhiễm toan chuyển hóa, các rối loạn đông máu hay những biến đổi enzyme.

Thường được phân loại theo diễn biến với các mức độ nhẹ, trung bình, nặng. Thời gian diễn biến của sốc phản vệ có thể chỉ từ vài giây đến 30 phút, tốc độ sốc càng nhanh thì tiên lượng càng xấu.

3.1. Diễn biến nhẹ:

Bệnh nhân biểu hiện lo lắng, sợ hãi, đau đầu, chóng mặt, mẩn ngứa, phù Quincke, buồn nôn, ho, khó thở, đau bụng, đái ỉa không tự chủ, huyết áp tụt, nhịp tim nhanh...

3.2 Diễn biến trung bình:

Bệnh nhân hoảng hốt, choáng váng, mày đay khắp người, khó thở, chảy máu mũi, dạ dày, ruột. Da tái nhợt, mạch không đều. Huyết áp không đo được...

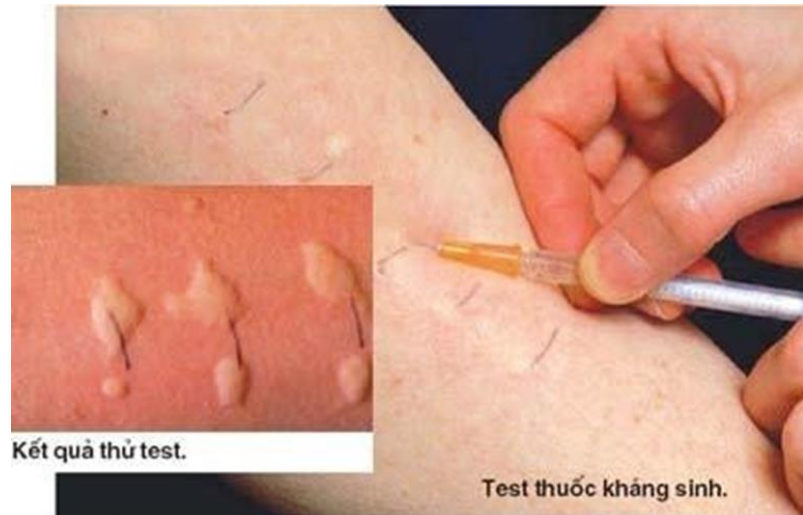
3.3. Diễn biến nặng:

Thường xảy ra ngay trong phút đầu tiên với tốc độ chớp nhoáng, bệnh nhân hôn mê, ngạt thở, da tím tái, co giật, huyết áp không đo được và tử vong trong vài phút.

Triệu chứng lâm sàng:



Biểu hiện của sốc phản vệ giai đoạn sớm ở trẻ nhỏ



Kết quả thử test.

Test thuốc kháng sinh.

Biểu hiện, phản ứng dị ứng khi thử test

IV. Chẩn đoán: FAAN & NIAID 7.2005 đưa ra tiêu chuẩn lâm sàng để chẩn đoán phản ứng phản vệ ~ Khi có 01 trong 03 tiêu chuẩn sau:

a. Tiêu chuẩn 1: Khởi phát cấp tính (vài phút đến vài giờ) với những biểu hiện ở da và niêm mạc hoặc cả hai (nổi mẩn toàn thân, ngứa hoặc đỏ da; phù môi, lưỡi và lưỡi gà). Kèm 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 cơ quan đích.

b. Tiêu chuẩn 2: \geq 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 triệu chứng của rối loạn chức năng cơ quan đích.
- Triệu chứng tiêu hóa kéo dài: đau quặn bụng, ói mửa, tiêu chảy.

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

- Người lớn: HA tâm thu < 90 mmHg, hoặc giảm 30% so với trước.
- Trẻ em: tụt HA tùy theo tuổi: từ 01 tháng-01 tuổi: < 70 mmHg; Từ 01 tuổi - 10 tuổi: $< 70 + (2 \times \text{tuổi})$; Trên 10 tuổi: < 90 mmHg, hoặc giảm 30% so với trước.

V. Xử trí và chăm sóc:

(theo Thông tư số 09, ngày 04 / 05 năm 1999 của Bộ Y tế)

5.1. Tại chỗ:

- Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên.
- Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.
- Thuốc Adrenalin là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ.
- Adrenalin ống 1ml =1mg. Tiêm ngay dưới da khi có sốc phản vệ với liều:
 - + 1/2 - 01 ống (Cho người lớn).
 - + Không quá 0,3 ml (Cho trẻ em) như sau: Pha ống thuốc 1 ml với 9 ml nước cất thành 10 ml, rồi tiêm với liều 0,1 ml/kg thể trọng.
 - + Hoặc: Adrenalin 0,01 mg/kg áp dụng cho cả trẻ em và người lớn.
- Tiếp tục tiêm Adrenalin với liều như trên cứ 10-15 phút/lần cho tới khi huyết áp về bình thường.
- Nếu sốc quá nặng có thể tiêm dung dịch Adrenalin 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua tĩnh mạch hoặc bơm qua ống NKQ hoặc tiêm qua màng nhĩ giáp.
- Ủ ấm, nằm đầu thấp đo huyết áp 10-15 phút/ lần.

5.2. ở nơi có điều kiện kỹ thuật:

- Chống suy hô hấp:
 - + Thở oxy.
 - + Bóp bóng.
 - + Đặt NKQ hoặc mởkhí quản.
 - + Truyền tĩnh mạch chậm Aminophylin 1mg/ kg/giờ hoặc Terbutaline.
- Truyền tĩnh mạch Adrenalin để duy trì huyết áp: Khoảng 2 mg/giờ cho người lớn.
- Các thuốc khác:
 - + Metylprednisolon 1- 2 mg/kg/4 giờ.
 - + Natriclorua 9 0/00 1 - 2 lít (người lớn), không quá 20 ml/kg (trẻ em).
 - + Diphenhydramin 1mg/kg (hoặc promethazin 0,5-1 mg/kg) tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
- Điều trị phổi hợp:
 - + Uống than hoạt nếu nguyên nhân gây sốc qua đường tiêu hoá.
 - + Băng ép phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.

5.3. Phòng ngừa:

- Khi các lợi ích tiềm tàng của điều trị hay chẩn đoán lớn hơn các nguy cơ (ví dụ : tiêm huyết thanh chống nọc (antivenom) trong những trường hợp rắn cắn đe dọa mạng sống), cần có sự đồng ý sau khi đã đảm bảo thông bệnh nhân, nếu bệnh nhân có đủ khả năng. Nên thực hiện điều trị trước (pretreatment) với diphenhydramine (Benadryl) và corticosteroids.
- Tiêm truyền tĩnh mạch epinephrine nên được chuẩn bị. Bệnh nhân nên được đặt tại phòng hồi sức với monitoring liên tục huyết áp, nhịp tim, và độ bão hòa oxy. Dụng cụ để thông nội khí quản và cricothyroidotomy nên đặt ở cạnh giường.
- Sự tiêm kháng nguyên (ví dụ huyết thanh chống nọc rắn chuông (rattlesnake antivenom) nên được tiêm chậm lúc bắt đầu, với thầy thuốc ở cạnh giường, như thế có thể tiêm tĩnh mạch epinephrine và xử lý đường hô hấp tức thời.
- Thuốc cản quang không ionic để thăm dò hình ảnh chẩn đoán nên được cho những bệnh nhân với một bệnh sử phản vệ đối với chất cản quang ionic.

—

VI. Quy trình điều dưỡng chăm sóc người bệnh sốc phản vệ

1. Nhận định tình trạng người bệnh

- Đánh giá tình trạng hô hấp:
 - + Tần số, biên độ, kiểu thở
 - + Dấu hiệu suy hô hấp: tím tái, co kéo cơ hô hấp, vật vã, hốt hoảng...
- Đánh giá tình trạng tuần hoàn máu
 - + HA, mạch, nhịp tim
 - + Dấu hiệu giảm tưới máu tạng (cơ quan):
 - Da lạnh, ẩm, xanh tái, nổi vân tím
 - Đái ít, vô niệu
 - Vật vã, kích thích, lơ đờ, chậm chạp, hôn mê, lú lẫn...
- Nhận định các biểu hiện triệu chứng của nguyên nhân gây ra sốc
 - + Đau ngực, vã mồ hôi
 - + Nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc phân lỏng nhiều nước
 - + Toàn thân có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc...
- Tiền sử bệnh: nhanh chóng hỏi tiền sử, bệnh sử (qua người bệnh, người nhà...) để tìm nguyên nhân. Cụ thể là tiền sử tiếp xúc dị nguyên và tiền sử dị ứng thuốc .

2 Chẩn đoán điều dưỡng

- Nguy cơ suy tuần hoàn cấp liên quan đến giãn mạch ngoại vi
- Nguy cơ suy hô hấp liên quan đến co thắt phế quản và thiếu oxy
- Người bệnh lo sợ, hoảng hốt liên quan đến các phản ứng của dị nguyên gây ra.
- Nguy cơ suy thận liên quan đến tụt HA làm giảm tưới máu thận
- Rối loạn chức năng hoạt động của não liên quan đến thiếu oxy não
- Các chăm sóc cơ bản: ăn uống, vệ sinh, theo dõi...

3 Lập kế hoạch chăm sóc

Qua nhận định, ĐD cần phân tích, tổng hợp các dữ liệu để xác định nhu cầu cần thiết của bệnh nhân, từ đó lập ra những kế hoạch chăm sóc cụ thể đề xuất những vấn đề ưu tiên, thứ tự thực hiện các vấn đề cho từng trường hợp cụ thể.

- Tăng cường tuần hoàn tới các cơ quan
 - + Chăm máu (nếu chảy máu)
 - + Nằm đầu thấp để đảm bảo tuần hoàn não
 - + Hồi phục khối lượng tuần hoàn: truyền dịch, truyền máu, chuẩn bị và phụ giúp bác sĩ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để bù nước, điện giải và đánh giá tiến triển của sốc.
 - + Theo dõi đáp ứng với dịch truyền và đề phòng quá tải tuần hoàn.
- Làm thông thoáng đường hô hấp
 - + Hút đờm dãi, đặt canuyn đề phòng tụt lưỡi.
 - + Cho thở oxy theo y lệnh
 - + Phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản, thở máy trong các trường hợp sốc nặng.
 - + Theo dõi màu sắc da niêm mạc, tần số thở, kiểu thở
 - + Ghi nhận và trình các kết quả xét nghiệm khí máu động mạch
- Thực hiện y lệnh
 - + Thuốc và các xét nghiệm đầy đủ và chính xác
 - + Đặt sonde tiểu để theo dõi lưu lượng nước tiểu, tiên lượng sốc
 - + Đặt sonde dạ dày trong trường hợp nghi ngờ mất máu do chảy máu dạ dày để theo dõi, điều trị và nuôi dưỡng.

- Theo dõi liên tục các thông số sau
 - + Theo dõi HA 15 phút/lần cho đến khi HA đạt 90/60 mmHg. Sau đó theo dõi 3 giờ/lần cho đến khi mạch và HA trở về bình thường và ổn định.
 - + Áp lực tĩnh mạch trung tâm 15 phút/lần khi làm xét nghiệm và 1 – 3 giờ/lần trong quá trình điều trị
 - + Theo dõi đề phòng trụy mạch
 - + Nhịp thở: để phát hiện và xử lý suy hô hấp kịp thời
 - + Đo thân nhiệt 2 – 3 giờ/lần
 - + Theo dõi nước tiểu từng giờ. Nếu có nước tiểu và nước tiểu tăng dần là tốt
- Chăm sóc toàn thân, nuôi dưỡng và giáo dục sức khỏe
 - + Chăm sóc về tinh thần: nhẹ nhàng, ân cần để BN yên tâm
 - + Vệ sinh thân thể cho BN tại giường
 - + Hướng dẫn BN và người nhà những chăm sóc khi về gia đình
- Giảm lo lắng và sợ hãi
 - + Để BN nằm nơi yên tĩnh, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông
 - + ĐD luôn có mặt để theo dõi, động viên BN
 - + Giải thích và trấn an BN
 - + Giữ ấm hoặc hạ nhiệt cho BN.

4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Cần ghi rõ giờ thực hiện các hoạt động chăm sóc. Các hoạt động chăm sóc cần được tiến hành theo thứ tự ưu tiên trong kế hoạch chăm sóc, các hoạt động theo dõi cần được thực hiện đúng khoảng cách thời gian trong kế hoạch, các thông số cần được ghi chép đầy đủ, chính xác và báo cáo kịp thời .

4.1 Đảm bảo tuần hoàn

- Tư thế : người bệnh nằm đầu thấp, chân cao
- Adrenalin: là thuốc quyết định thành công điều trị (liều lượng, đường tiêm theo y lệnh của bác sĩ). Trong khi chờ y lệnh của bác sĩ, ĐD tiêm ngay Adrenalin theo phác đồ
- Thực hiện y lệnh thuốc : thuốc chống dị ứng và các thuốc khác
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, truyền dịch theo y lệnh
- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, chuẩn bị dụng cụ và hỗ trợ bác sĩ làm thủ thuật.

4.2 Đảm bảo hô hấp

- Tư thế nằm nghiêng an toàn nếu người bệnh nôn, hôn mê
- Hút đờm dãi, đặt canuyl miệng nếu người bệnh tụt lưỡi
- Bóp bóng Ambu nếu người bệnh ngừng thở hoặc thở yếu
- Cho thở oxy mũi 4 lít/phút
- Hỗ trợ đặt nội khí quản và thở máy nếu suy hô hấp hoặc sốc nặng: chuẩn bị dụng cụ đặt nội khí quản, chuẩn bị máy thở.

4.3 Loại bỏ, cách ly nguyên nhân

- Khi người bệnh có dấu hiệu bồn chồn, lo lắng, hoảng hốt, ĐD phải lập tức cho ngừng ngay các chất tiếp xúc như thức ăn, quả và thức uống hoặc thuốc tiêm truyền...
- Nếu nguyên nhân qua đường tiêu hóa: rửa dạ dày, dùng than hoạt hoặc sorbitol.

4.4 Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng theo y lệnh

Xét nghiệm cơ bản: điện tim, công thức máu, điện giải đồ, ure, creatinine, đường máu, khí máu động mạch

4.5 Lập bảng theo dõi

- Tùy theo tình trạng cụ thể của người bệnh
- Mạch, HA và các dấu hiệu tưới máu ngoại biên: 15 phút/lần đến khi HA lên 90/60 mmHg, sau đó 3 giờ/lần đến khi HA ổn định.
- Nhịp thở, SpO2 : 15 – 30 phút/lần khi đang suy hô hấp
- Cân bằng nước vào ra và theo dõi cân nặng : hàng ngày
- Sự bài tiết: đặt ống thông tiểu để lưu ống thông và theo dõi lượng nước tiểu 1 giờ/lần, đến khi HA ổn định, nếu nước tiểu ít, vô niệu trong 6 giờ là tiên lượng xấu, phải thông báo ngay cho bác sĩ.
- Đặt ống thông dạ dày: để theo dõi xuất huyết tiêu hóa (nếu có) và nuôi dưỡng người bệnh nếu người bệnh không ăn được đường miệng.
- Theo dõi tình trạng ý thức của người bệnh

4.6 Phòng bệnh và giáo dục sức khỏe

- Thông báo cho người bệnh và người thân biết: người bệnh bị sốc phản vệ, và chất gây sốc phản vệ.
- Cung cấp cho người bệnh và người nhà biết nguyên nhân, các biểu hiện cũng như diễn biến của sốc phản vệ.
- Dẫn dò người bệnh và người nhà phải báo cáo tiền sử dị ứng nhất là tiền sử dị ứng thuốc.
- Hướng dẫn người bệnh loại bỏ tất cả những nguyên nhân gây dị ứng và sốc, tránh tiếp xúc với các tác nhân gây dị ứng, nếu SPV do thuốc phải thông báo cho bác sĩ biết mỗi khi khám bệnh.
- Không tự ý dùng thuốc khi chưa có chỉ định của bác sĩ.
- Tuyệt đối không sử dụng, tiếp xúc với các loại thuốc đã gây SPV trong tiền sử.
- Đối với nhân viên y tế:
 - + Phải cảnh giác với tất cả những người bệnh có nguy cơ sốc: trước tiên tiêm truyền kháng sinh và làm test cho người bệnh phải hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc.
 - + Khi tiêm truyền cho người bệnh luôn phải có hộp thuốc phòng chống sốc bên cạnh.

4.7 Đánh giá

Người bệnh sốc phản vệ được chăm sóc tốt khi tình trạng lâm sàng của người bệnh được cải thiện, kiểm soát .

- Phát hiện sớm các dị nguyên, cách ly hiệu quả các dị nguyên
- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ không để xảy ra các biến chứng
- Người bệnh và gia đình yên tâm hợp tác điều trị.



Bộ dụng cụ xử trí sốc phản vệ tại chỗ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiêu chuẩn chẩn đoán là rõ ràng - tất cả đều có tụt huyết áp!.

Vấn đề là phát hiện điều này ở trẻ nhỏ còn sơ sài, hiện nay rất ít điểm tiêm vaccin cho trẻ nhỏ có trang bị bao đo huyết áp cho trẻ con, do đó việc phát hiện và theo dõi cũng như xử trí không tốt, dẫn đến nhiều trường hợp lâm nạn ở trẻ con và cả ở người thầy thuốc thực hiện việc tiêm, truyền để phòng dịch hay chữa bệnh – đây là khuyến cáo quan trọng cần biết để trang bị ngay cho các cơ sở y tế từ cấp phường trở lên. (Tham khảo <http://sdvworkshop.net/bs/tlnk/NBPmeasurement.html>).

Trong thống kê thường thấy giới nữ có tỷ lệ gặp cao hơn nam giới nhiều lần!. Cũng từ nghiên cứu mới đây của NIAID (Viện Quốc gia Hoa Kỳ về Dịch ứng và Bệnh truyền nhiễm) cho thấy estradiol (một loại estrogen) chính là “thủ phạm” khiến cho phản ứng miễn dịch của phụ nữ luôn nghiêm trọng và kéo dài hơn. Các nhà khoa học đã gây sốc phản vệ ở cả chuột đực và chuột cái bằng histamine, IgE hoặc IgG (là tập hợp các kháng thể và thụ thể). Sau đó, họ theo dõi nhiệt độ cơ thể và tiến hành đánh giá về phản ứng phản vệ. Kết quả là những con chuột cái bị sốc phản vệ nặng hơn và lâu hơn chuột đực. Nhóm nghiên cứu giải thích rằng, estradiol đã ảnh hưởng đến mạch máu, làm tăng mức độ và hoạt động của nitric oxide synthase nội mạc (eNOS) - một loại enzyme làm tăng phản ứng phản vệ. Điều thú vị là khi cho chuột cái sử dụng chất chặn eNOS, sự khác biệt về giới tính này biến mất. Ngoài ra, việc chặn hormone estrogen sẽ làm giảm hoạt lực của phản ứng dị ứng xuống mức tương tự như ở chuột đực.

(Tham khảo [http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(14\)01597-8/abstract](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(14)01597-8/abstract)).

THÔNG TƯ
CỦA BỘ Y TẾ SỐ 08/1999-TT-BYT NGÀY 04 THÁNG 05 NĂM 1999
HƯỚNG DẪN PHÒNG VÀ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

Hiện nay công nghiệp hoá chất, dược phẩm và thực phẩm ngày càng phát triển. Các phản ứng miễn dịch và dị ứng ngày càng nhiều, đặc biệt là sốc phản vệ đã gây nhiều trường hợp tử vong đáng tiếc. Trong lĩnh vực y tế, nhiều loại thuốc đưa vào cơ thể bằng bất cứ đường nào đều có thể gây sốc phản vệ và dẫn đến tử vong, đặc biệt một số thuốc thường gặp như: Penicillin, streptomycin, thuốc cản quang có iod và một số thuốc gây tê, gây mê. Ở người có cơ địa dị ứng, sốc phản vệ có thể xảy ra ngay sau khi mới dùng thuốc lần đầu, hoặc sau khi dùng thuốc vài ba lần. Một người đã làm test nội bì với kết quả âm tính vẫn có thể bị sốc phản vệ khi dùng thuốc đó trong những lần dùng tiếp theo. Đó là những khó khăn của y học mà thầy thuốc, người bệnh, gia đình và mọi người cần biết.

Tuy nhiên các tai biến và tử vong do sốc phản vệ có thể giảm đi khi thầy thuốc có đầy đủ kiến thức về sốc phản vệ, khai thác kỹ tiền sử dị ứng của người bệnh: chỉ định thuốc thận trọng, đặc biệt luôn chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu sốc phản vệ.

Để phòng ngừa và giảm tối thiểu các tai biến, tử vong do sốc phản vệ gây ra, Bộ Y tế hướng dẫn các thầy thuốc, các cơ sở khám chữa bệnh của nhà nước, tư nhân, các cơ sở khám chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài thực hiện các yêu cầu sau:

1. Khi khám bệnh, thầy thuốc phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng (theo quy định tại phụ lục số 1) của người bệnh như: hen phế quản, chàm, mẫn ngứa, phù Quincke... các dị nguyên như thuốc, thức ăn, côn trùng... gây ra dị ứng và sốc phản vệ.

2. Thầy thuốc phải khai thác triệt để tiền sử dị ứng, ghi vào bệnh án hoặc sổ khám bệnh những thông tin khai thác được về tiền sử dị ứng của người bệnh. Khi phát hiện người bệnh có tiền sử dị ứng hoặc sốc phản vệ với một loại thuốc gì, thì thầy thuốc phải cấp cho người bệnh một phiếu (theo quy định tại phụ lục số 2) ghi rõ các thuốc gây dị ứng và nhắc người bệnh đưa phiếu này cho thầy thuốc mỗi khi khám chữa bệnh.

3. Với các thuốc thông thường như Vitamin B1, Vitamin B6, Vitamin C.... thì nên cho uống, trừ trường hợp thật cần thiết phải tiêm. Thí dụ: trong suy tim cấp do thiếu vitamin B1 thì phải tiêm Vitamin B1.

4. Không được dùng các thuốc đã gây dị ứng và sốc phản vệ cho người bệnh. Trường hợp đặc biệt cần dùng các thuốc này thì phải hội chẩn để thống nhất chỉ định và được sự đồng ý của người bệnh, gia đình người bệnh bằng văn bản, có biện pháp tích cực để phòng ngừa sốc phản vệ.

5. Phải chú ý theo dõi người bệnh khi sử dụng các thuốc dễ gây dị ứng (danh mục thuốc dễ gây dị ứng tại phụ lục số 3)

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

7. Tại các phòng khám, buồng điều trị và nơi có dùng thuốc phải có sẵn một hộp thuốc chống sốc phản vệ (quy định tại phụ lục 5).

8. Các thầy thuốc, y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh cần nắm vững kiến thức và thực hành cấp cứu sốc phản vệ theo phác đồ cấp cứu ban hành theo Thông tư này (Phụ lục 6)

Thông tư này có hiệu lực sau 15 ngày kể từ ngày ký ban hành. Những quy định trước đây trái với thông tư này đều bãi bỏ. Nhận được Thông tư này Sở y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, y tế các ngành, Cục Quân y Bộ Quốc phòng, Cục Y tế Bộ Công an, các cơ sở khám chữa bệnh nhà nước, tư nhân, các cơ sở khám chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài tổ chức triển khai thực hiện.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc gì, đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh ý kiến về Bộ Y tế (Vụ Điều trị) 138A Giảng Võ, Hà Nội. ĐT:(04)8460157; Fax: (04)8460966) để nghiên cứu, bổ sung và sửa đổi cho phù hợp.

PHỤ LỤC 1

TRÌNH TỰ KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG

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

Y, bác sỹ điều trị cần làm rõ các câu hỏi sau:

1. Người bệnh đã dùng thuốc nào lâu nhất và nhiều nhất?

(Chú ý những thuốc dễ gây sốc phản vệ: xem danh mục)

2. Thuốc nào đã gây phản ứng? Bao giờ?

3. Thuốc nào đã gây sốc phản vệ? Thời gian? Những biểu hiện cụ thể? Cách xử lý?

4. Những bệnh dị ứng trước đây và hiện nay:

Viêm mũi dị ứng, viêm mũi xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản mãn tính, hen phế quản, mày đay, phù Quincke, mẩn ngứa, viêm da dị ứng, chàm dị ứng, thấp khớp, bệnh do nấm v.v...

5. Đã tiêm chủng những loại vaccin và huyết thanh gì? Loại nào đã gây phản ứng? Thời gian?

6. Dị ứng do côn trùng (ong, bọ cạp, ong vò vẽ, ong vàng ...)

7. Dị ứng do thực phẩm (dứa, nhộng, tôm, cua, cá, ốc...) và mỹ phẩm

8. Dị ứng do các yếu tố khác: khói thuốc lá, hương khói các loại, phấn hoa, hoá chất, mỹ phẩm, gia súc (chó, mèo, gà, vịt...)

Bố mẹ, con cái, anh chị em ruột, có ai có những phản ứng và bệnh (mục 1, 2, 3, 4)

PHỤ LỤC 2
MẪU PHIẾU THEO DÕI DỊ ỨNG

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

BV:.....

Khoa:.....

Số:.....

PHIẾU THEO DÕI DỊ ỨNG THUỐC

Họ tên:..... Tuổi..... Nam/Nữ

Địa chỉ:.....

Chẩn đoán chính:.....

Nhóm máu Cấp ngày.....thángnăm.....

Bác sỹ

Họ tên:.....

Dị ứng với các thuốc và các dị nguyên khác:

.....
.....
.....
.....

Kiểu dị ứng:

Bệnh kèm theo (hen, đái đường, tâm thần....)

.....
.....
.....

Nhớ mang phiếu này mỗi khi đi khám chữa bệnh

PHỤ LỤC 3
DANH MỤC THUỐC DỄ GÂY DỊ ỨNG CẦN THEO DÕI KHI TIÊM THUỐC
(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

I. Kháng sinh:

Penicillin Kanamycin

Ampicillin Gentamicin

Amoxicillin Tetracyclin

Cephalosprin Oxytetracyclin

Streptomycin Sulfamid

II. Vitamin

Vitamin B1, Vitamin C, Vitamin B12

III. Thuốc kháng viêm không steroid

Aspirin, Analgin, Paracetamol, Seda, salicylat

IV. Thuốc gây tê, gây ngủ, dẫn cơ.

Novocain, thiopental, vecuronium, tracuronium

V. Một số nội tiết tố:

Insulin, ACTH

VI. Dung dịch truyền:

Dextran, đạm

VII. Một số vaccine và huyết thanh:

Kháng độc tố bạch hầu, uốn ván

VIII. Các chất cản quang có iod

PHỤ LỤC 4

KỸ THUẬT LÀM TEST LẤY DA

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

Test lấy da là test khá chính xác, tương đối an toàn và dễ làm để dự phòng sốc phản vệ

1. Kỹ thuật làm test lấy da:

* Nhỏ một giọt dung dịch kháng sinh (penicillin hoặc streptomycin) nồng độ 100.000 đơn vị/1 ml lên mặt da (1 gam streptomycin tương đương 1 triệu đơn vị).

* Cách đó 3 - 4 cm nhỏ một giọt dung dịch NaCl 0,9% (làm chứng).

* Dùng kim tiêm vô khuẩn (số 24) châm vào 2 giọt trên (mỗi giọt dùng kim riêng), qua lớp thượng bì, tạo với mặt da một góc 45° rồi lấy nhẹ, không được làm chảy máu. Sau 20 phút đọc và đánh giá kết quả.

2. Đọc kết quả các thử nghiệm lấy da (prick test)

3. Không được làm test lấy da khi người bệnh:

Đang có cơn dị ứng cấp tính (viêm mũi, mày đay, phù Quincke, hen phế quản)

Phụ nữ có thai

4. Trước khi làm test chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu sốc phản vệ.

Mức độ	Ký hiệu	Biểu hiện
Âm tính	-	Giống như chứng âm tính
Nghi ngờ	+/-	Ban sẩn đường kính < 3 mm
Dương tính nhẹ	+	Đường kính ban sẩn 3-5 mm, ngứa, xung huyết
Dương tính vừa	++	Đường kính ban sẩn 6-8 mm, ngứa, xung huyết
Dương tính mạnh	+++	Đường kính ban sẩn 9-12 mm, ngứa, chân giả
Dương tính rất mạnh	++++	Đường kính trên 12 mm, ngứa nhiều, nhiều chân giả

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. Tùy 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

HỘP THUỐC CẤP CỨU CHỐNG SỐC PHẢN VỆ



PHỤ LỤC 6
PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

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

I. TRIỆU CHỨNG:

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

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hồi 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.

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.

Ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10 - 15 phút/lần (năm nghiêng nếu có nôn)

Nếu sốc quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm adrenaline dung dịch 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua tĩnh mạch, bơm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhĩ gấp.

B. Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến có thể áp dụng các biện pháp sau:

1. Xử trí suy hô hấp

Tùy theo tuyến và mức độ khó thở có thể sử dụng các biện pháp sau đây:

Thở oxy mũi - thổi ngạt

Bóp bóng Ambu có oxy

Đặt ống nội khí quản, thông khí nhân tạo. Mở khí quản nếu có phù thanh môn.

Truyền tĩnh mạch chậm: aminophylline 1mg/kg/giờ hoặc terbutaline 0,2 microgam/kg/phút.

Có thể dùng:

Terbutaline 0,5mg, 1 ống dưới da ở người lớn và 0,2 ml/10kg ở trẻ em. Tiêm lại sau 6-8 giờ nếu không đỡ khó thở.

Xịt họng terbutaline, salbutamol mỗi lần 4-5 nhát bóp, 4-5 lần trong ngày.

2. Thiết lập một đường truyền tĩnh mạch adrenaline để duy trì huyết áp bắt đầu bằng 0,1 microgam/kg/phút điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (khoảng 2mg adrenalin/giờ cho người lớn 55 kg)

3. Các thuốc khác

- Methylprednolone 1-2mg/kg/4giờ hoặc hydrocortisone hemisuccinate 5mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch (Có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở). Dùng liều cao hơn nếu sốc nặng (gấp 2-5 lần)
- Natriclorua 0,9% 1-2 lít ở người lớn, không quá 20 ml/kg ở trẻ em.
- Diphenhydramine 1-2 mg tiêm bắp hay tĩnh mạch

4. Điều trị phối hợp:

Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hoá

Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc

Chú ý:

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định
- Sau khi sơ cứu nên tận dụng đường tiêm tĩnh mạch đùi (vì tĩnh mạch to, nằm phía trong động mạch đùi, dễ tìm)

- Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi truyền đủ dung dịch và adrenaline, thì có thể truyền thêm huyết tương, albumin (hoặc máu nếu mất máu) hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có.
- Điều dưỡng có thể sử dụng adrenaline dưới da theo phác đồ khi y, bác sỹ không có mặt.
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

BỘ Y TẾ

Lê Ngọc Trọng

CÁC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Đính.(2010) Hồi sức cấp cứu toàn tập; NXB Y-Học
2. Nguyễn Đạt Anh. Điều dưỡng hồi sức cấp cứu (dùng cho đào tạo cử nhân điều dưỡng) Mã số D.34.Z.04 (2011). Nhà xuất bản giáo dục Việt nam.
3. Sổ tay cấp cứu tại chỗ trong các cơ sở sản xuất. Bộ y tế năm 2001
4. Điều dưỡng cơ bản Nhà xuất bản y học 1995.
5. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ
(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)
6. Nguyễn Phúc Học (2017), Tập bài giảng hồi sức cấp cứu – NUR 313, Giáo trình nội bộ, Đại học Duy Tân.
7. NCP Nursing Care Plan for Anaphylaxis Shock.
<http://studylib.net/doc/7217382/ncp-nursing-care-plan-for-anaphylaxis-shock.-anaphylaxis-...>
8. Nursing care plan for Anaphylactic Shock
<http://docslide.us/documents/nursing-care-plan-for-anaphylactic-shockwith-a-primary-nursing.html>
9. NCP for Anaphylactic <http://www.docfoc.com/ncp-for-anaphylactic>
10. H199 software. Dr Hoc

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

2.1 Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng lâm sàng sốc phản vệ diễn biến nhẹ là

- A. Bệnh nhân biểu hiện lo lắng, sợ hãi, đau đầu, chóng mặt, mẩn ngứa, phù Quincke, buồn nôn, ho, khó thở, đau bụng, đái ỉa không tự chủ, huyết áp tụt, nhịp tim nhanh.
- B. Bệnh nhân hoảng hốt, choáng váng, mày đay khắp người, khó thở, chảy máu mũi, dạ dày, ruột. Da tái nhợt, mạch không đều. Huyết áp không đo được.
- C. Thường xảy ra ngay trong phút đầu tiên với tốc độ chớp nhoáng, bệnh nhân hôn mê, ngạt thở, da tím tái, co giật, huyết áp không đo được và tử vong trong vài phút.
- D. Các câu trên đều đúng

2.2 Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng lâm sàng sốc phản vệ diễn biến trung bình là

- A. Bệnh nhân biểu hiện lo lắng, sợ hãi, đau đầu, chóng mặt, mẩn ngứa, phù Quincke, buồn nôn, ho, khó thở, đau bụng, đái ỉa không tự chủ, huyết áp tụt, nhịp tim nhanh.
- B. Bệnh nhân hoảng hốt, choáng váng, mày đay khắp người, khó thở, chảy máu mũi, dạ dày, ruột. Da tái nhợt, mạch không đều. Huyết áp không đo được.
- C. Thường xảy ra ngay trong phút đầu tiên với tốc độ chớp nhoáng, bệnh nhân hôn mê, ngạt thở, da tím tái, co giật, huyết áp không đo được và tử vong trong vài phút.
- D. Các câu trên đều đúng

- 2.3. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng lâm sàng sốc phản vệ diễn biến nặng là
- A. Bệnh nhân biểu hiện lo lắng, sợ hãi, đau đầu, chóng mặt, mẩn ngứa, phù Quincke, buồn nôn, ho, khó thở, đau bụng, đái ỉa không tự chủ, huyết áp tụt, nhịp tim nhanh.
 - B. Bệnh nhân hoảng hốt, choáng váng, mày đay khắp người, khó thở, chảy máu mũi, dạ dày, ruột. Da tái nhợt, mạch không đều. Huyết áp không đo được.
 - C. Thường xảy ra ngay trong phút đầu tiên với tốc độ chớp nhoáng, bệnh nhân hôn mê, ngạt thở, da tím tái, co giật, huyết áp không đo được và tử vong trong vài phút.
 - D. Các câu trên đều đúng
- 2.4. Chọn câu đúng nhất ~ Xử trí ngay tại chỗ với sốc phản vệ là:
- A. Thuốc Adrenalin là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ.
 - B. Ủ ấm, nằm đầu thấp đo huyết áp 10-15 phút/ lần. Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.
 - C. Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên.
 - D. Các câu trên đều đúng
- 2.5. Chọn câu đúng nhất ~ Xử trí sốc phản vệ ở nơi có điều kiện gồm có:
- A. Chống suy hô hấp: Thở oxy. Bóp bóng. Đặt NKQ hoặc mở khí quản.
 - B. Truyền tĩnh mạch Adrenalin. Metylprednisolon. Truyền tĩnh mạch chậm Aminophyllin. Natriclorua 9 ‰. Diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
 - C. Điều trị phổi hợp: Uống than hoạt nếu nguyên nhân gây sốc qua đường tiêu hoá. Băng ép phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.
 - D. Các câu trên đều đúng

2.6. Một bệnh nhân 34 tuổi, tiền sử bình thường, sau tiêm kháng sinh khoảng 20 phút xuất hiện khó thở, đau bụng, nôn, ban đỏ trên da, ngứa, huyết áp 80/50, nhịp tim 130 lần /phút, thở 30 lần/phút; Chẩn đoán nào sau là phù hợp nhất:

- A. Cơ hen phế quản
- B. Tràn khí màng phổi
- C. Ngộ độc thức ăn
- D. Sốc phản vệ

2.7. Một bệnh nhân 34 tuổi, tiền sử bình thường, sau tiêm kháng sinh khoảng 20 phút xuất hiện khó thở, đau bụng, nôn, ban đỏ trên da, ngứa, huyết áp 80/50, nhịp tim 130 lần /phút, thở 30 lần/phút; xử trí ban đầu nào sau đây cho bệnh nhân này là đúng:

- A. Nằm đầu cao 30 độ, cổ thẳng ngay ngắn
- B. Nằm nghiêng an toàn
- C. Cho thở oxy qua mặt nạ, gọng kính 6 lít/phút
- D. Cho tiêm noradrenalin

2.8. Một bệnh nhân 34 tuổi, tiền sử bình thường, sau tiêm kháng sinh khoảng 20 phút xuất hiện khó thở, đau bụng, nôn, ban đỏ trên da, ngứa, huyết áp 80/50, nhịp tim 130 lần /phút, thở 30 lần/phút; xử trí ban đầu nào sau đây cho bệnh nhân này là đúng nhất:

- A. Nằm đầu cao 30 độ, cổ thẳng ngay ngắn
- B. Nằm nghiêng an toàn
- C. Cho thở oxy qua mặt nạ, gọng kính 16 lít/phút
- D. Cho tiêm adrenalin

2.9. Chọn câu sai ~ Một bệnh nhân 34 tuổi, tiền sử bình thường, sau tiêm kháng sinh khoảng 20 phút xuất hiện khó thở, đau bụng, nôn, ban đỏ trên da, ngứa, huyết áp 80/50, nhịp tim 130 lần /phút, thở 30 lần/phút; Các xử trí tiếp theo sau khi xử trí tiêm adrenalin ban đầu là:

- A. Cho tăng oxy lên 10 lít/phút vì bệnh nhân tím, vật vã
- B. Cho tiêm Diazepam vì bệnh nhân vật vã
- C. Ngừng cho adrenalin vì mạch nhanh
- D. Tiêm tĩnh mạch methylprednisolon

2.10 Chọn câu sai ~ Hộp chống sốc phản vệ theo thông tư của Bộ Y tế có các khoản sau:

- A. Adrenalin 1mg: 5 ống
- B. Solumedrol, depersolon, hydrocortisol hemisuccinate: 5 ống
- C. Bơm kim tiêm 5-10 ml: 5 bộ
- D. Thuốc kháng sinh

2.11. Chọn câu sai ~ Hộp chống sốc phản vệ theo thông tư của Bộ Y tế có các khoản sau:

- A. Vitamin b12, B1
- B. Bơm kim tiêm 5-10 ml: 5 bộ
- C. Băng gạc, cồn, dây garo, panh kẹp
- D. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ (đã được thống nhất theo thông tư)

2.12. Chọn câu sai ~ Hộp chống sốc phản vệ theo thông tư của Bộ Y tế bao gồm các khoản sau:

- A. Adrenalin 1mg: 5 ống
- B. Solumedrol, depersolon, hydrocortisol hemisuccinate: 5 ống
- C. Băng gạc, cồn, dây garo, panh kẹp
- D. Dịch truyền natri chlorua 0,9% 100 ml

2.13 Chọn đúng/sai: Adrenalin là thuốc điều trị cơ bản của shock phản vệ; corticoid là để phối hợp-ngăn ngừa tái phát và phù nề thanh quản, ít có ý nghĩa về huyết động.

- A. Đúng
- B. Sai

2.14 Chọn đúng/sai: Sốc phản vệ (choc anaphylactique) là một phản ứng dị ứng (allergic reactions) nghiêm trọng, có liên quan đến nhiều hơn một hệ thống của cơ thể (ví dụ: da và đường hô hấp và / hoặc đường tiêu hóa), bắt đầu rất nhanh chóng, và có thể gây tử vong. Sốc phản vệ là dạng nặng nhất của phản vệ (anaphylaxie).

- A. Đúng
- B. Sai

2.15 Chọn đúng/sai: Phản vệ (anaphylaxie) hay phản ứng phản vệ (réaction anaphylactique) là đáp ứng miễn dịch đặc hiệu, chủ yếu được kích thích bởi các kháng thể loại IgE (tính quá mẫn tức thời loại I của xếp loại Gell và Combes), gây nên sự phóng hạt (dégranulation) của các dưỡng bào (mastocyte) mô và các bạch cầu ưa bazơ trong máu.

- A. Đúng
- B. Sai

2.16 Chọn đúng/sai: Khoảng 80% các phản ứng phản vệ xảy ra trong phòng mổ là do các chất làm giãn cơ (ví dụ succinylcholine, rocuronium, và atracurium) hoặc là do tiếp xúc với latex

- A. Đúng
- B. Sai

2.17 Chọn đúng/sai: (theo Thông tư số 09, ngày 04 / 05 năm 1999 của Bộ Y tế) Thuốc Adrenalin là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ. Tiêm ngay dưới da khi có sốc phản vệ với liều 1/2 - 01 ống (1ml/1mg cho người lớn) và không quá 0,3 ml (Cho trẻ em).

- A. Đúng
- B. Sai