

**BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ
KHÁM, CHỮA BỆNH**

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 1201/KCB-NV

Hà Nội, ngày 12 tháng 10 năm 2016

V/v xin ý kiến góp ý sửa đổi Thông tư
số 08/1999/TT-BYT về hướng dẫn xử
trí sốc phản vệ

KHẨN

Kính gửi:

- Các bệnh viện/viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Y tế các Bộ, ngành.

Thực hiện ý kiến chỉ đạo của Lãnh đạo Bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh đã xây Dự thảo sửa đổi bổ sung một số quy định của Thông tư số 08/1999/TT-BYT ngày 4/5/1999 về hướng dẫn phòng và cấp cứu sốc phản vệ. Dự thảo Thông tư này đã được hoàn thiện dựa trên các ý kiến góp ý của các chuyên gia thuộc các Bệnh viện và một số đơn vị có liên quan, dự thảo Thông tư được đăng tải theo quy định trên cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế từ ngày 16/8/2016.

Để tiếp tục xin ý kiến góp ý và hoàn thiện văn bản, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh đề nghị các đơn vị nghiên cứu, góp ý kiến cho bản dự thảo Thông tư (gửi kèm). Ý kiến đóng góp cho dự thảo Thông tư xin gửi bằng văn bản về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế, địa chỉ: 138 A Giảng Võ, quận Ba Đình, Hà Nội trước ngày 25/10/2016 để tổng hợp báo cáo Lãnh đạo Bộ.

Khi cần biết thêm thông tin chi tiết đề nghị liên hệ với Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (Ths. Cao Đức Phương, Chuyên viên phòng Nghiệp vụ Y và Dược Bệnh viện, điện thoại: 0943237333)./. *Phy*

Nơi nhận:

- Như trên;
- Thứ trưởng Nguyễn Việt Tiến (để b/cáo);
- Thứ trưởng Nguyễn Thanh Long (để b/cáo);
- Lưu: VT, NV.

CỤC TRƯỞNG

Lương Ngọc Khuê

Số: /2016/TT-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2016

Dự thảo**THÔNG TƯ**
Hướng dẫn phòng và xử trí phản vệ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế; Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư Hướng dẫn phòng và xử trí phản vệ.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này hướng dẫn về chuyên môn công tác phòng và xử trí phản vệ.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Thông tư này áp dụng cho tất cả người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khi thực hiện công tác khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Khái niệm phản vệ

Phản vệ là một phản ứng nghiêm trọng xuất hiện nhanh từ vài phút đến vài giờ, xảy ra ngay sau khi cơ thể tiếp xúc với yếu tố lạ (dị nguyên), gây ra nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng.

Điều 4. Khai thác tiền sử dị ứng

1. Khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc và tiền sử dị ứng của người bệnh trước khi kê đơn hoặc dùng thuốc là cơ bản và quan trọng nhất. Thầy thuốc phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng của người bệnh, lưu ý các bệnh như hen phế quản, viêm mũi dị ứng, chàm, mẩn ngứa, phù Quincke, tiền sử dị ứng hoặc phản vệ do thuốc, thức ăn, côn trùng đốt...

2. Thầy thuốc phải ghi vào bệnh án hoặc sổ khám bệnh những thông tin khai thác về tiền sử dị ứng của người bệnh. Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng hoặc phản vệ, thầy thuốc phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ các thuốc và dị nguyên gây dị ứng, nhắc người bệnh đưa phiếu này cho thầy thuốc mỗi khi khám chữa bệnh.

3. Việc khai thác tiền sử dị ứng thực hiện theo quy định tại Phụ lục số 3 ban hành kèm theo Thông tư này.

Điều 5. Nguyên tắc dự phòng phản vệ

1. Với tất cả các loại thuốc, nên chỉ định đường dùng phù hợp nhất có thể, chỉ dùng đường tiêm khi không có đường khác thay thế.

2. Không được kê đơn, chỉ định dùng các thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh. Khi phát hiện người bệnh dị ứng với một loại thuốc nào đó, thầy thuốc không kê đơn cho người bệnh dùng thuốc đó hoặc các thuốc có nguy cơ gây mẫn cảm chéo.

a) Trường hợp đặc biệt cần dùng thuốc này thì phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng để thống nhất chỉ định, phải được sự đồng ý của người bệnh và gia đình người bệnh bằng văn bản, có biện pháp tích cực để phòng ngừa phản vệ.

b) Việc thử test in vivo với các loại thuốc đã từng gây phản vệ cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa Dị ứng.

3. Phải chú ý theo dõi người bệnh khi sử dụng các thuốc dễ gây dị ứng.

4. Thử test da (thử phản ứng) trước khi dùng thuốc, vắc xin theo quy định tại Điều 6 Thông tư này.

5. Tại các phòng khám bệnh, buồng điều trị, xe tiêm và mọi nơi có dùng thuốc phải có sẵn hộp thuốc cấp cứu phản vệ. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo quy định tại Phụ lục số 2 ban hành kèm theo Thông tư này.

6. Các nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành cấp cứu phản vệ theo phác đồ cấp cứu.

Khuyến cáo nhân viên y tế có thể mang theo trên người hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ, lưu ý theo dõi chặt chẽ người bệnh bị phản vệ và cần đề phòng trường hợp xảy ra phản vệ 2 pha.

Điều 6. Thử test da

Thử test da theo hướng dẫn tại Phụ lục 4 ban hành kèm theo Thông tư này

Điều 7. Chuẩn bị cấp cứu sốc phản vệ

1. Tại các phòng (buồng) khám, phòng (buồng) điều trị, xe tiêm và mọi nơi có dùng thuốc phải có sẵn một hộp thuốc cấp cứu phản vệ.

2. Các thầy thuốc, điều dưỡng viên, hộ sinh viên cần nắm vững kiến thức và thực hành cấp cứu phản vệ theo phác đồ cấp cứu.

3. Phát thẻ theo dõi dị ứng thuốc, khám lại chuyên khoa Dị ứng hoặc các chuyên khoa đã được đào tạo dị ứng cơ bản sau 4-6 tuần

Điều 8. Chẩn đoán phản vệ

Chẩn đoán phản vệ theo hướng dẫn tại Phụ lục 6 ban hành kèm theo Thông tư này

Điều 9. Xử trí phản vệ

Xử trí phản vệ theo hướng dẫn tại Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư này

Điều 10. Xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt

Xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt theo hướng dẫn tại Phụ lục 8 ban hành kèm theo Thông tư này

Điều 11. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực từ ngày ... tháng năm 2016.

Điều 12. Trách nhiệm thi hành

Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh chịu trách nhiệm tổ chức triển khai, kiểm tra, đánh giá việc thực hiện Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh kịp thời về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế để được hướng dẫn, xem xét và giải quyết./.

Nơi nhận:

- Văn phòng Chính phủ (Vụ KGVX, Công báo, Cổng TTĐT);
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng Bộ Y tế;
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL);
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TƯ;
- Y tế các Bộ, Ngành;
- VP Bộ, TTrà Bộ, các Vụ, Cục, Tổng cục thuộc BYT;
- Các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế;
- Cổng Thông tin điện tử BYT;
- Lưu: VT, PC, KCB (02).

BỘ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Kim Tiến

PHỤ LỤC 1

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ (BẢN HƯỚNG DẪN CHI TIẾT VÀ BẢN TÓM TẮT)

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Bản hướng dẫn chi tiết (Được dán tại các vị trí thích hợp ở các cơ sở y tế)

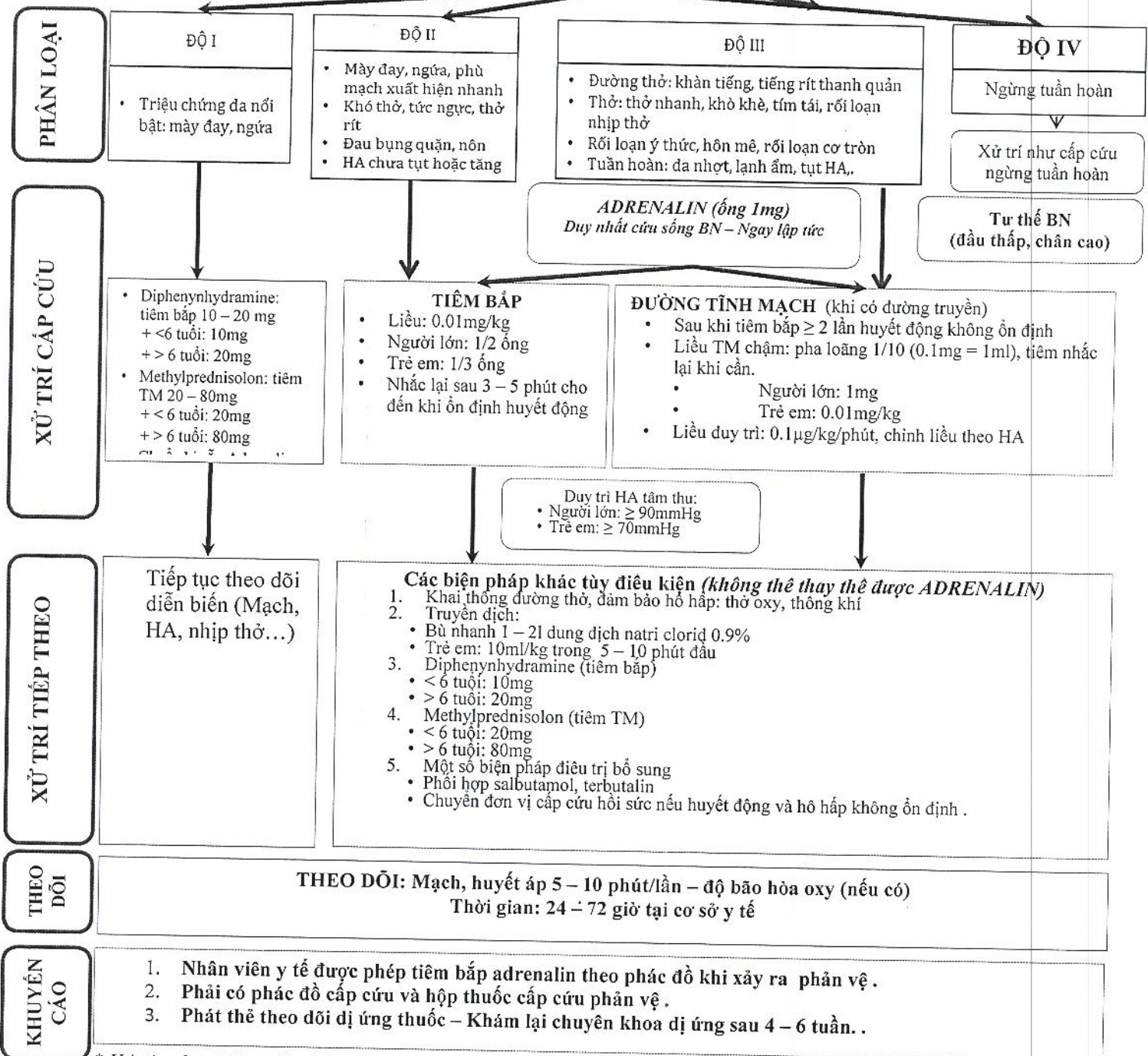
CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

Sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Mày đay, phù mạch nhanh
- Khó thở, tức ngực, thở rít
 - Đau bụng hoặc nôn
- Tụt huyết áp hoặc ngất

NGỪNG NGAY TIẾP XÚC DỊ NGUYÊN + GỌI HỖ TRỢ

ĐÁNH GIÁ: ĐƯỜNG THỞ - HÔ HẤP - TUẦN HOÀN - Ý THỨC
(Có thể diễn biến nặng lên rất nhanh)



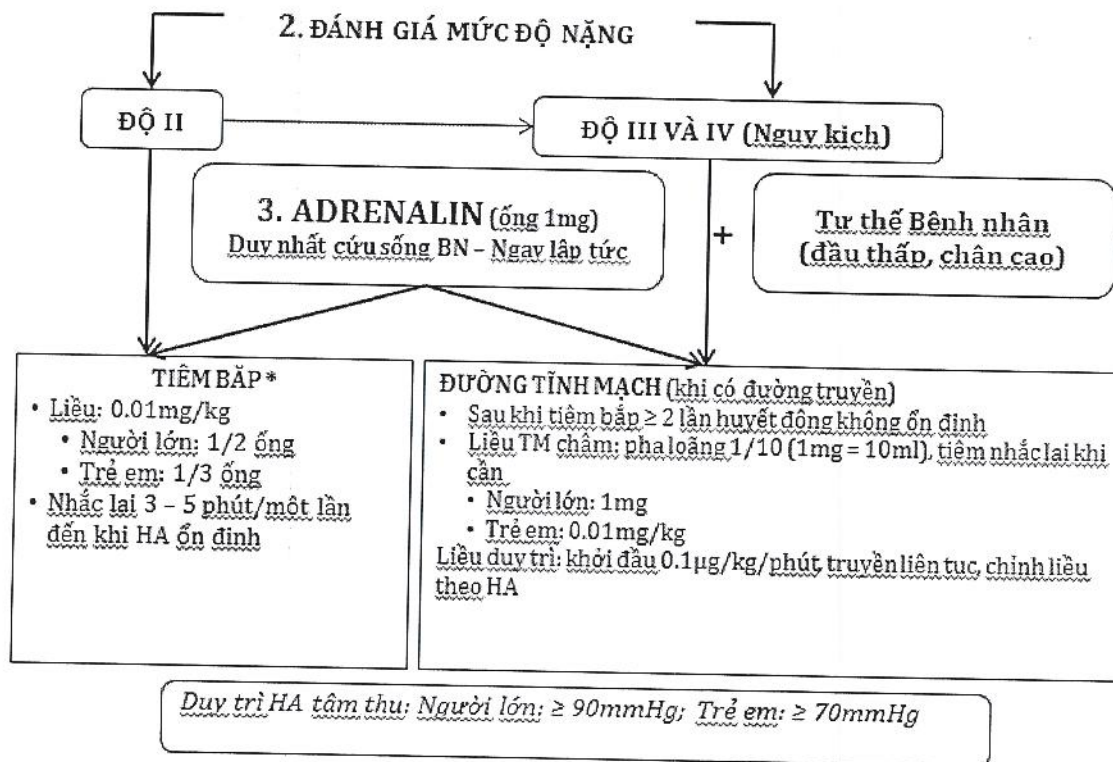
* HA tâm thu < 90mmHg hoặc HA tụt > 30mmHg so với HA nền của bệnh nhân

II. Bản tóm tắt phân xử trí cấp cứu (dạng thẻ đeo)

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

1. NGỪNG NGAY TIẾP XÚC DỊ NGUYÊN + GỌI HỖ TRỢ

2. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG



PHỤ LỤC 2
NỘI DUNG HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

A. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ bao gồm:

1. Phác đồ cấp cứu phản vệ gồm:

Bản chi tiết (đựng trong hộp) và bản tóm tắt (dán tại nắp hộp).

2. Adrenalin 1 mg - 1 ml: 5 ống

Có thể sử dụng bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (epipen, anapen...): 1 ống

3. Nước cất 10 ml 5 ống

4. Bơm kim tiêm vô khuẩn (dùng một lần):

• 10 ml 5 cái

• 1 ml 5 cái

5. Methyprednisolone 40 mg: 2 ống

6. Dimedrol 10mg hoặc Diphenhydramine 25mg: 2 ống

7. Phương tiện khử trùng (bông, băng, gạc, cồn)

8. Dây ga-rô

B. Tùy theo điều kiện, các cơ sở y tế nên có các thiết bị sau:

- Bơm xịt salbutamol hoặc terbutaline

- Bóng Ambu và mặt nạ

- Ống nội khí quản

- Bình Ôxy

- Tùy thêm điều kiện nên trang bị thêm bộ mở khí quản cấp cứu.

PHỤ LỤC 3
KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Nội dung	Có/số lần	Không	Biểu hiện lâm sàng-xử trí
Thuốc nào đã gây dị ứng			
Thuốc nào đã gây phản vệ			
Tiền sử bệnh dị ứng cá nhân (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...)			
Những loại vaccin và huyết thanh gây dị ứng			
Dị ứng với côn trùng			
Dị ứng do thực phẩm			
Dị ứng do các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hoá chất, mỹ phẩm...			
Tiền sử dị ứng gia đình: Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không.			

PHỤ LỤC 4***
CHỈ ĐỊNH LÀM TEST DA
(Gồm test lấy da và test nội bì)
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của
Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Cần tiến hành test da trước khi tiêm thuốc nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc có liên quan.
2. Việc thử test da phải theo đúng quy định kỹ thuật.
3. Khi thử test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ.
4. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test da (lấy da hoặc nội bì) dương tính với thuốc thì không được sử dụng thuốc.
5. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lấy da âm tính với thuốc thì tiếp tục làm test nội bì.
6. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lấy da và nội bì âm tính với thuốc, nếu có chỉ định dùng thuốc (trong trường hợp không có thuốc thay thế) cần cân nhắc làm test kích thích và/hoặc giải mẫn cảm nhanh với thuốc tại chuyên khoa Dị ứng.
7. Sau khi tình trạng dị ứng ổn định được 4 tuần, khám lại chuyên khoa dị ứng hoặc các chuyên khoa đã được đào tạo về dị ứng cơ bản để làm test xác định nguyên nhân phản vệ.

PHỤ LỤC 5
MẪU THẺ THEO DÕI DỊCH
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mặt trước

Mặt sau

Bệnh viện

Khoa/Trung tâm.....

THẺ DỊCH

Họ tên: Nam Nữ Tuổi

Dị nguyên	Nghi ngờ	Chắc chắn	Biểu hiện lâm sàng
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bác sĩ xác nhận chẩn đoán: tel

Các dấu hiệu nhận biết phản vệ

- Miệng họng: Ngứa, phù môi, lưỡi, khó thở, khàn giọng.
- Da: ngứa, phát ban, đỏ da, phù nề.
- Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng.
- Phổi: thở ngắn, thở rít, ho.
- Tim mạch: mạch yếu, choáng váng.

• ***Luôn mang adrenalin theo người***

• ***Khi có dấu hiệu phản vệ:***

" Tiêm adrenalin ngay lập tức

" Gọi 115 hoặc đến cơ sở y tế gần nhất

Lưu ý: (*), (**), (***) là phần sẽ tiếp tục được bàn luận tại cuộc họp hội đồng cấp Bộ.

PHỤ LỤC 6 **CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ**

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

A. Chẩn đoán triệu chứng

Chẩn đoán phản vệ khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

1. Các triệu chứng xuất hiện cấp tính (trong vài phút đến vài giờ) ở da, niêm mạc và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít)
- b) Tụt huyết áp hay các hậu quả của tụt huyết áp như ngất, đại tiểu tiện không tự chủ.

2. Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài phút - vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mào đay, phù mạch, ngứa.
- b) Các triệu chứng hô hấp
- c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng ...)

3. Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng

a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi.

b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu.

B. Chẩn đoán mức độ

Phản vệ được phân thành 4 độ như sau:

1. Độ I: chỉ có biểu hiện triệu chứng da như mào đay, ngứa

2. Độ II: gồm các biểu hiện:

- Phù mạch xuất hiện nhanh.
- Khó thở nhanh nông, tức ngực, thở rít (nếu phù hạ họng thanh quản).
- Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- Huyết áp chưa tụt hoặc tăng.

3. Độ III: bệnh nhân có biểu hiện:

- Đường thở: khàn tiếng, tiếng rít thanh quản.
- Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- Tuần hoàn: mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

4. Độ IV: Ngừng tuần hoàn.

PHỤ LỤC 7 XỬ TRÍ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

A. Xử trí cấp cứu

Adrenalin là thuốc duy nhất cứu sống bệnh nhân phản vệ và phải được xử trí đầu tiên trong phản vệ từ độ II trở lên. Khi có phản vệ đồng thời xử trí:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên nếu có thể
2. Cho bệnh nhân nằm tại chỗ, đầu thấp chân cao, nằm nghiêng trái nếu có nôn.
3. Khẩn trương đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh. Tiến hành ép tim, bóp bóng nếu có ngừng hô hấp, tuần hoàn. Trong trường hợp phù nề nặng đường hô hấp trên (khó thở thanh quản), nếu đặt nội khí quản khó khăn cần mở khí quản cấp cứu ngay (nếu có thể).

4. Adrenalin là thuốc thiết yếu nhất trong điều trị cấp cứu phản vệ.

- Liều adrenalin khởi đầu: 0,01mg/kg tương đương 0,01ml/kg dung dịch adrenalin 1/1.000 (ống 1mg/ml), tiêm bắp (ưu tiên ở mặt trước bên đùi) ngay khi phản vệ được chẩn đoán.

+ Trẻ sơ sinh hoặc tương đương : 0.2ml (tương đương 0.2mg)

+ Trẻ khoảng 10 kg: 0.25ml (tương đương 0.25mg)

+ Trẻ khoảng 20 kg: 0.3ml (tương đương 0.3mg)

+ Trẻ > 30 kg: 0.5ml (tương đương 0.5mg)

+ Người lớn: 0.5ml(tương đương 0.5mg), cân nặng lớn hơn 70 kg: 0.5-1ml (tương đương 0.5-1mg).

- Tiêm nhắc lại adrenalin liều như trên 3-5 phút/lần cho đến khi huyết động ổn định, theo dõi huyết áp 5 phút/lần.

- Có thể dùng bơm tiêm adrenalin định liều tự động (epipen, anapen...) với liều 0,3mg hoặc 0,5mg cho người lớn và 0,1mg hoặc 0,3mg cho trẻ em, tiêm ở mặt trước bên đùi.

- Nếu không đáp ứng với 2 lần tiêm bắp như trên, có thể tiêm dung dịch adrenalin 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua đường tĩnh mạch, trong trường hợp không lấy được đường truyền tĩnh mạch có thể bơm qua ống nội khí quản hoặc

tiêm qua màng nhĩ gấp. Liều dùng là 0,1ml/kg/lần, tối đa 5ml ở người lớn và 3ml ở trẻ em. Tiêm nhắc lại khi cần nếu huyết áp tâm thu chưa đạt mục tiêu.

- Mục tiêu: duy trì huyết áp tâm thu người lớn ≥ 90 mmHg, trẻ em ≥ 70 mmHg.

5. Cho bệnh nhân thở oxy 6-8l/phút (nếu có thể).

6. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch: tốt nhất nên dùng catheter ngoại vi hoặc kim tiêm cỡ 14 hoặc 16.

7. Xin ý kiến tư vấn chuyên khoa cấp cứu, hồi sức hoặc chuyên khoa dị ứng.

B. Xử trí tiếp theo

Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật có thể áp dụng các bước xử trí tiếp theo như sau:

1. Hỗ trợ hô hấp: Tùy điều kiện y tế và mức độ khó thở có thể sử dụng các biện pháp sau đây:

- Thở oxy 6-8 l/phút: cho các bệnh nhân có triệu chứng hô hấp

- Phải tiêm nhắc lại adrenalin cho bệnh nhân có tiền sử mắc hen phế quản hoặc các bệnh lý hô hấp, tim mạch.

- Nếu có ngừng hô hấp tuần hoàn: Bóp bóng Ambu có oxy, ép tim, đặt ống nội khí quản, thông khí nhân tạo.

- Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng

- Truyền tĩnh mạch chậm: aminophylline 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 μ g/kg/phút hoặc terbutaline 0,1 μ g/kg/phút, tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch. Điều chỉnh liều dùng salbutamol và terbutaline theo diễn biến tình trạng khó thở trên lâm sàng.

- Có thể thay thế bằng:

+ Salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100 μ g 2-4 nhát, 4-5 lần trong ngày.

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

2. Sử dụng thuốc Adrenalin

Nếu tình trạng huyết động không cải thiện với đường tiêm bắp và liều tiêm tĩnh mạch chậm, thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch, bắt đầu bằng liều 0,1 μ g/kg/phút (khoảng 0,3mg/ giờ ở người lớn), điều chỉnh tốc độ truyền

theo huyết áp, đến liều tối đa 2 - 3mg /giờ cho người lớn. Mục tiêu là huyết áp tâm thu ở người lớn > 90 mmHg, trẻ em \geq 70 mmHg. Tốt nhất nên truyền qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch. Nếu không có các thiết bị này có thể nhỏ giọt tĩnh mạch nhưng phải kiểm soát chặt chẽ tốc độ truyền.

3. Truyền dịch:

Natriclorua 0,9% 1-2 lít ở người lớn, không quá 20 ml/kg ở trẻ em. Tốc độ truyền cần điều chỉnh theo huyết áp, nhịp tim và chức năng tim, tránh tăng gánh tim. Nếu huyết áp vẫn không được kiểm soát sau khi đã truyền đủ dung dịch và adrenalin, có thể truyền thêm huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có.

4. Thuốc khác:

- Glucocorticoid: methylprednisolone 1 mg/kg ở người lớn, tối đa 50 mg ở trẻ em hoặc hydrocortisone 200 mg ở người lớn, tối đa 100 mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Diphenhydramine 25mg hoặc Dimedrol 10mg \times 2 ống tiêm bắp.

- Cimetidine 300mg \times 2 ống hoặc ranitidine 50mg \times 1 ống hoặc famotidine 40mg \times 1 ống tiêm tĩnh mạch chậm.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút (trẻ em: 20-30 μ g/kg, tối đa 1mg), sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15 μ g/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

C. Theo dõi

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác mỗi 5-10 phút, độ bão hòa oxy (nếu có) cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các bệnh nhân phản vệ cần được theo dõi ở bệnh viện đến 72 giờ sau khi huyết áp đã ổn định, dự phòng phản vệ 2 pha .

PHỤ LỤC 8
XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2016/TT-BYT ngày tháng năm 2016 của
Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Phản vệ trên phụ nữ có thai

- Phản vệ xảy ra trên phụ nữ mang thai gây nguy cơ tử vong, thiếu oxy cho cả mẹ và thai.

- Nguyên tắc xử trí : Ưu tiên cứu mẹ

+ Adrenalin: là lựa chọn hàng đầu khi có đe dọa tính mạng (rối loạn hô hấp, tuần hoàn). Liều lượng giống phác đồ chung.

+ Thở oxy ngay lập tức (nếu có thể).

+ Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng trái, đầu thấp chân cao.

+ Các thuốc khác : kháng H1, corticoid, giãn phế quản, dịch truyền như xử trí phản vệ chung.

+ Theo dõi sát độ bão hòa oxy máu mẹ, huyết áp, nhịp tim và chức năng tim, thai (qua monitor nếu có thể).

2. Phản vệ vô căn

- Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

- Điều trị tương tự phác đồ điều trị phản vệ chung.

- Điều trị dự phòng: được chỉ định trên các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (>6 lần/ năm hoặc > 2 lần/2 tháng).

- Điều trị dự phòng theo phác đồ:

+ Prednisolon 60-100mg/ ngày x 1 tuần, sau đó:

+ Prednisolon 60mg/ cách ngày x 3 tuần, sau đó:

+ Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng.

+ Phối hợp: kháng H1: cetirizin 10mg/ ngày, loratadin 10mg/ ngày.

3. Phản vệ có thể do gắng sức

- Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

- Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa da, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô

hấp trên, trụ mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

- Người bệnh cần phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo adrenalin (tốt nhất là dạng bơm tiêm tự động định liều). Điều trị theo phác đồ chung.

- Gửi khám chuyên khoa Dị ứng sàng lọc nguyên nhân

4. Phản vệ có ngừng tuần hoàn

Xử trí như cấp cứu ngừng tuần hoàn đồng thời xử trí cấp cứu phản vệ như ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên, sử dụng adrenalin sớm và liều cao hơn.

5. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta

- Đáp ứng của bệnh nhân này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

- Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp.

- Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium đường hít (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát Atrovent xịt).

- Xem xét dùng Glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.