**SỐC PHẢN VỆ**

**I/ Tổng quát**

- Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn tức thì đe dọa tính mạng bệnh nhân. Ngoài biểu hiện sốc, bệnh nhân còn có thể có dấu hiệu khó thở do phù nề thanh quản hoặc khò khè do co thắt phế quản, nếu không cấp cứu kịp thời sẽ dẫn đên tử vong.

- Các chất gây phản ứng phản vệ thường là: kháng sinh, SAT, thuốc cản quang có iod, ong đốt, thức ăn.

**II. Chẩn đoán**

**1. Lâm sàng:** Biểu hiện của bệnh có thể ngay tức khắc sau khi tiếp xúc với dị nguyên, thường trong vòng 1 giờ. Đôi khi biểu hiện có thể xuất hiện trễ 12h sau triệu chứng đầu tiên.

**2. Những triệu chứng cần nhập cấp cứu ngay**

- Dấu hiệu tăc nghẽn đường hô hấp:

+Thở nhanh,thở chậm,ngưng thở,khó thở thanh quản,khò khè,tím tái

+Sp02 < 92%.

+Tay chân lạnh,mạch nhanh, HA thấp: Trẻ từ 1-12 tháng : HA tâm thu < 70 mmHg; trẻ từ 1-10 tuổi : HA tâm thu < 70 mmHg + (2 x tuổi) ; trẻ > 10 tuổi : HA tâm thu < 90 mmHg.

+Glasgow < 12 điểm.

**3. Triệu chứng lâm sàng của phản ứng phản vệ**

- Miệng: ngứa quanh môi, lưỡi, phù môi, lưỡi.

- Da: đỏ, mẩn ngứa, phù mạch, hồng ban đa dạng và nổi gai ốc.

- Hệ tiêu hóa: buồn nôn, đau bụng quặn từng cơn, ói mửa, tiêu lỏng.

- Hệ hô hấp: cảm giác ngứa, khó chịu ở hầu họng, nuốt khó, khó nói, khàn giọng, ho khan, cảm giác ngứa trong ống tai ngoài, đôi khi có biểu hiện co thắt phê quản gây thở nhanh, khò khè, khó thở, tức ngưc ho nặng tiếng.

- Tim mạch: mệt mỏi, ngất, ầm ngực, loạn nhịp tim, hạ huyết áp.

- Triệu chứng khác: ngứa quanh hốc mắt, phù đỏ, sưng mô liên kết, chảy nước mắt, đau lưng.

**III. Điều trị**

**1. Tiêu chuẩn nhập viện:** (không có) khi phát hiện sốc phản vệ phải cấp cứu ngay và nhập viện.

**2. Nguyên tắc điều trị**:

- Ngưng thuốc và dị nguyên gây sốc.

- Đảm bảo thông khí tốt và cung cấp oxy.

- Tiêm adrenaline.

- Phòng ngừa.

**3. Xử trí tức thời**

- Ngưng tiếp xúc dị nguyên nghi là tác nhân gây sốc phản vệ.

- Cấp cứu hồi sức tim phổi nếu ngưng *tim, ngưng* thở.

- Cho bệnh nhân nằm đầu phang, chân kê cao hơn đầu.

- Adrenaline 0,1%.

- Liều 0,01ml/kg/liều TB hay TDD, tối đa 0,3ml, sau mỗi 10 – 15phút có thể lặp lại nếu huyết áp còn tụt.

- Bù dịch nhanh và truyền tĩnh mạch Adrenalin khi thất bại với TDD Adrenalin. Adrenalin truyền TM bắt đầu 0,1 µg/kg/phút tăng dần đến khi đạt hiệu quản,tối đa 5 µg/kg/phút( mắt Monitor theo dõi nhịp tim)

**4. Xử trí cơ quan**

- Đánh giá cung cấp đủ oxy, cung lượng tim, tưới máu mô, tình trạng sốc.

- Hút đàm nhớt, thông đường thở, cung cấp oxy.

- Phù nề thanh quản: mở khí quản.

- Khó thở thanh quản.

- Adrenaline 0,1% 0.0lml/kg/liều TB.

- Adrenaline 0.1% 2 – 5ml pha với 3ml natriclorua 0,9% khí dung mỗi 20 – 30phút.

- Thất bại: đặt NKQ hay mở khí quản.

**5. Dịch truyền**

a/ Natriclorua 0,9% hay Lactate Ringer 20ml/kg/15ph-lh

Khi cho dung dịch truyền nên đặt CVP.

CVP <10cmH20 tăng dịch đạt CVP 10 cmH20.

CVP>10cmH20 mà huyết áp còn kẹp dùng thêm vận mạch.

**b/ Corticoides**

Methylprednisolon TM.

Hydrocortisone 5mg/kg/4h.

**c/ Kháng histamine:** pipolphen 0,5-1mg/kg/lần TB mỗi 6-8h.

**6. Tiêu chuẩn xuất viện**

Thông báo cho bệnh nhân và ghi đầy đủ tiền sử dị ứng, yếu tố dị nguyên cho bệnh nhân khi xuất viện:

- Toàn thân: tỉnh, không khó thở, ăn uống bình thường.

- Lâm sàng: mạch, huyết áp, nhịp thở đều ổn định.

**7. Số ngày nằm viện cơ bản:** 5 ngày.

**IV. Chế độ sau xuất viện**

**Chế độ dinh dưỡng, chăm sóc, nghỉ ngơi:** ăn uống bình thường, tránh các yếu tố nghi là dị nguyên.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Phác đồ điều trị BV Nhi Đồng 1 TPHCM – 2013.

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thường gặp ở trẻ em – Bộ Y tế 2015