|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập- Tự do- Hạnh phúc** |
| Số: /2017/TT-BYT | *Hà Nội, ngày tháng năm 2017* |

 **Dự thảo**

**THÔNG TƯ**

**Hướng dẫn phòng và xử trí phản vệ**

 *Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 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 và Đối tượng áp dụng**

1. Thông tư này hướng dẫn về chuyên môn công tác phòng và xử trí phản vệ, bao gồm:

1. Bản hướng dẫn tóm tắt chẩn đoán và xử trí phản vệ.
2. Phụ lục 1: Chẩn đoán phản vệ.
3. Phụ lục 2: Chẩn đoán mức độ phản vệ.
4. Phụ lục 3: Xử trí cấp cứu phản vệ ban đầu.
5. Phụ lục 4: Xử trí tiếp theo và theo dõi.
6. Phụ lục 5: Cấp cứu ngừng tuần hoàn do phản vệ.
7. Phụ lục 6: Xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt.
8. Phụ lục 7: Nội dung hộp cấp cứu phản vệ.
9. Phụ lục 8: Khai thác tiền sử dị ứng.
10. Phụ lục 9: Mẫu thẻ theo dõi dị ứng.
11. Phụ lục 10: Chỉ định làm test da.
12. Phụ lục 11: Quy trình kỹ thuật test da.
13. Thông tư này áp dụng cho tất cả tổ chức cá nhân hành nghề khám chữa bệnh.
14. Đối với người có tiền sử phản vệ, có sẵn thuốc adrenalin thì người bệnh hoặc người xung quanh được phép sử dụng thuốc để cấp cứu khi không có mặt nhân viên y tế.

**Điều 2. Một số khái niệm**

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

**Dị nguyên** là các yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc (bao gồm cả vacxin, sinh phẩm) và các yếu tố khác.

**Chuyên khoa dị ứng** là bác sĩ khoa dị ứng hoặc dị ứng miễn dịch lâm sàng hoặc bác sĩ được tập huấn

**Điều 3. 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 thử phản ứng thường quy cho tất cả các loại thuốc trừ những trường hợp có chỉ định theo Phụ lục 10.
3. Không được kê đơn, chỉ định dùng các thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh.

 a) Trường hợp đặc biệt cần dùng thuốc hoặc dị nguyên này phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng hoặc do các bác sĩ đã được tập huấn về phản vệ để thống nhất chỉ định và phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh bằng văn bản.

 b) Việc thử phản ứng trên người bệnh với các loại thuốc hoặc dị nguyên đã từng gây dị ứng cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa dị ứng hoặc do các bác sĩ đã được tập huấn về phản vệ.

 4. Báo cáo tất cả các trường hợp phản vệ về Trung tâm Quốc gia về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc (trụ sở tại Trường Đại học Dược Hà Nội) hoặc Trung tâm Khu vực Thành phố Hồ Chí Minh về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc( trụ sở tại Bệnh viện Chợ Rẫy) theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc hiện hành (phụ lục 5 ban hành kèm theo thông tư 22/2011/TT-BYT).

**Điều 4. Yêu cầu về khai thác tiền sử dị ứng**

1. Nhân viên y tế phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc và các dị nguyên khác của người bệnh trước khi kê đơn hoặc sử dụng (theo phụ lục 8). Tất cả các thông tin liên quan đến dị ứng phải được ghi vào sổ khám chữa bệnh, bệnh án, giấy ra viện, chuyển viện.

2. Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ, thầy thuốc phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ các thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng (theo Phụ lục 9), cần nhắc người bệnh cung cấp thông tin này cho nhân viên y tế mỗi khi khám chữa bệnh.

**Điều 5. Chuẩn bị cấp cứu phản vệ**

1. Tại các phòng (buồng) khám, phòng (buồng) điều trị, xe tiêm và mọi nơi có sử dụng thuốc phải có sẵn hộp cấp cứu phản vệ. Thành phần hộp cấp cứu phản vệ theo quy định tại Phụ lục 7 phần (a) ban hành kèm theo Thông tư này.

2. Cơ sở khám, chữa bệnh phải có thuốc, vật tư, trang thiết bị theo quy định tại Phụ lục 7 phần (b) ban hành kèm theo Thông tư này.

3. Nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành cấp cứu phản vệ theo phác đồ cấp cứu.

4. Trên những phương tiện giao thông công cộng (máy bay, tàu thuỷ, tàu hoả, ô tô vận chuyển hành khách) cần trang bị tối thiểu 01 hộp cấp cứu phản vệ.

**Điều 6. Hiệu lực thi hành**

Thông tư này có hiệu lực từ ngày ... tháng ... năm 2017.

Thông tư này bãi bỏ Thông tư số 08/1999/TT-BYT ngày 4/5/1999 của Bộ Y tế về hướng dẫn và cấp cứu sốc phản vệ.

**Điều 7. 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 TTĐTCP); - 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, TTra Bộ, các Vụ, Cục, Tổng cục thuộc BYT; - Các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế;- Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; - Cổng Thông tin điện tử BYT; - Lưu: VT, PC, KCB (02). | **KT. BỘ TRƯỞNG****THỨ TRƯỞNG****Nguyễn Viết Tiến** |

**BẢN HƯỚNG DẪN TÓM TẮT CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)***

**I. Bản tóm tắt xử trí cấp cứu ban đầu**

**HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ**

**3. ADRENALIN (ống 1mg/1ml)**

***Duy nhất cứu sống BN – ngay lập tức***

**1. NGỪNG NGAY TIẾP XÚC VỚI THUỐC HOẶC DỊ NGUYÊN + GỌI HỖ TRỢ**

**2. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG**

***(Có thể diễn biến nặng lên rất nhanh)***

**ĐỘ IV**

**Cấp cứu ngừng tuần hoàn**

**ĐỘ III**

**ĐỘ II**

**ĐỘ I**

* Báo bác sỹ và nhân viên y tế khác
* Theo dõi sát mạch, HA, ý thức...

**TIÊM BẮP**

* Liều:
* Người lớn: 1/2 ống
* Trẻ em: 1/3 ống
* Nhắc lại sau 3 – 5 phút cho đến khi huyết áp đạt mục tiêu:

- Người lớn: ≥ 90mmHg

- Trẻ em: ≥ 70mmHg

**ĐƯỜNG TĨNH MẠCH** (Khi có đường truyền)

* Sau khi tiêm bắp ≥ 2 lần huyết động không đạt mục tiêu:

- Người lớn: ≥ 90mmHg

- Trẻ em: ≥ 70mmHg

* Liều TM chậm: pha loãng 1/10 (0.1mg = 1ml), tiêm nhắc lại khi cần.

- Người lớn: 0.5mg (5ml)

- Trẻ em: 0.01mg/kg (tính liều theo cân nặng)

* Liều duy trì: 0.1µg/kg/phút, chỉnh liều theo HA

**PHỤ LỤC 1**

**CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

**A. Chẩn đoán sơ bộ:**

*Với các triệu chứng về da, niêm mạc, hô hấp, tuần hoàn,... được mô tả ở “bản hướng dẫn tóm tắt chung”, phản vệ có thể diễn biến theo một trong ba bệnh cảnh lâm sàng sau:*

1. Các triệu chứng xuất hiện cấp tính (trong vài giây 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 rối loạn ý thức, đại tiểu tiện không tự chủ.

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

1. Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
2. Các triệu chứng hô hấp
3. Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp
4. Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng ...)

3. Tụt huyết áp xuất hiện vài giây 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 (huyết áp tâm thu < 70mmHg).

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

**B. Chẩn đoán phân biệt :**

*1. Các trường hợp sốc khác:*

1.1. Sốc tim:

- Bệnh nhân thường có tiền sử bệnh lý tim mạch.

- Bệnh cảnh có thể gặp:

+ Nhồi máu cơ tim: đau ngực, biến đổi trên điện tâm đồ và men tim (Troponin T, Ck-MB tăng).

+ Nhồi máu phổi: hội chứng suy tim phải cấp, đau ngực, ho nhiều

+ Chèn ép tim cấp: tiếng tim mờ, điên tâm đồ , siêu âm có tràn dịch màng ngoài tim gây ép tim.

+ Loạn nhịp tim: nhịp nhanh, loạn nhịp, block nhĩ thất,...

- Biểu hiện suy tim cấp: khó thở, nhịp nhanh, nhịp ngựa phi, ral ẩm 2 đáy phổi, có thể có ral rít ở phổi, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng, chỉ số tim giảm.

1.2. Sốc giảm thể tích:

- Gồm những bệnh cảnh: mất máu, mât dịch (tiêu chảy, xuất huyết, mất dịch vào khoang thứ ba), tổn thương tủy,...

- Huyết áp tụt, nhịp tim tăng, biểu hiện thiếu máu hoặc cô đặc máu.

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm

1.3. Sốc nhiễm khuẩn:

- Biểu hiện hội chứng nhiễm khuẩn rõ: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, sốt rét run, đôi khi hạ thân nhiệt, bạch cầu tăng hoặc giảm, procalcitonin, Protein C tăng, cấy máu, dịch phát hiện vi khuẩn.

- Có thể thấy rõ đường vào của ổ nhiễm khuẩn.

*2. Các nguyên nhân rối loạn thần kinh, tâm thần* như: hội chứng Münchhausen, rối loạn cảm xúc, loạn thần, tai biến mạch máu não.

- Biểu hiện chủ yếu ở tâm thần, thần kinh. Các biểu hiện cơ quan khác chủ yếu là cơ năng.

*3. Các nguyên nhân đường hô hấp*

- Đợt cấp bênh phổi tắc nghễn mạn tính , Hen phế quản: thường không có biểu hiện cơ quan khác ngoài hô hấp.

- Tắc nghẽn phù nề thanh quản- khí quản (thường do dị vật): khó thở, tiếng rít thanh quản- khí quản, không có biểu hiện da, có nguyên nhân định hướng : dị vât, tổn thương thanh- khí quản.

*4. Các bệnh lý ở da*: Mày đay- phù mạch di truyên hay mác phải

- Thường không có biểu hiện khác ngoài da và tổ chức dưới da.

- Yếu tố nguy cơ: tiền sử gia đình, sử dụng ức chế men chuyển...

*5. Bệnh lý tuyến nội tiết*

5.1. Cơn bão giáp trạng:

- Tiền sử : có bệnh lý cường giáp

- Yếu tố khởi phát: hạ đường huyết, nhiễm trùng, phẫu thuật, chấn thường, quá liều iod, stress, bỏ thuốc điều trị ,...

- Biểu hiện :sốt cao , nóng vã mồ hôi, lú lẫn, rối loạn ý thức, hôn mê, nôn, tiêu chảy, suy tim, nhịp nhanh, loạn nhịp, vàng da, ..

- FT3, FT4 tăng rất cao, TSH giảm.

5.2. Hội chứng Carcinoid:

- Có thể có những biểu hiện: đỏ da hoặc tím tái, khó thở, khò khè, tiêu chảy, ít khi có tụt huyết áp.

- Đánh giá toàn trạng có thể phát hiện khối u Carcinoid.

5.3. Hạ đường máu: hoa mắt choáng vàng, đường máu đo được <3.9 mmol/l.

*6. Bệnh lý ngộ độc* như rượu, opiat, histamin, ..

 **PHỤ LỤC 2**

**CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

**Phản vệ được phân thành 4 độ như sau**

***(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)***

***1. Độ I****:* chỉ có biểu hiện triệu chứng da và tổ chức dưới da như mày đay, ngứa, phù mạch.

***2. Độ II****:* gồm các biểu hiện ở nhiều cơ quan:

- Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

- Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi

- Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

- Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

***3. Độ III***: biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn.

- Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù 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: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp

***4.******Độ IV***: Ngừng hô hấp, tuần hoàn

**PHỤ LỤC 3**

**XỬ TRÍ BAN ĐẦU CẤP CỨU PHẢN VỆ**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

**Áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

1. **Nguyên tắc chung**
2. ***Adrenalin là thuốc duy nhất cứu sống người bệnh bị phản vệ và phải được xử trí đầu tiên trong phản vệ từ độ II trở lên.***
3. ***Nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên,...) được phép xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.***

**II. Xử trí cụ thể**

Khi có phản vệ đồng thời xử trí:

1.Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc 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 (pha loãng 1/10), tiêm bắp (ưu tiên ở mặt trước bên đùi) ngay khi phản vệ được chẩn đoán. Trong trường hợp xử trí tối cấp có thể sử dụng liều adrenalin tiêm bắp như trong phụ lục 1 (1/2 ống ở người lớn và 1/3 ống ở trẻ em). Liều khuyến cáo tối ưu:

+ Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10 kg : 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 hoặc xuất hiện ngừng tuần hoàn cần tiêm dung dịch adrenalin 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua đường tĩnh mạch. Liều dùng là 0,01mg/kg ở trẻ em và 1mg ở người lớn. Tiêm nhắc lại khi cần nếu huyết áp tâm thu chưa đạt mục tiêu. Liều duy trì đường truyền tĩnh mạch là 0,1 µg/kg/phút, chỉnh liều theo huyết áp.

- Trong trường hợp không lấy được đường truyền tĩnh mạch có thể bơm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhẫn giáp. Liều dùng là 0,1ml/kg/lần, tối đa 5ml ở người lớn và 3ml ở trẻ em..

- 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 (nếu có thể).

**PHỤ LỤC 4**

**XỬ TRÍ TIẾP THEO VÀ THEO DÕI**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

**Áp dụng cho bệnh viện tuyến huyện, tỉnh, trung ương**

**I. Nguyên tắc chung**

***Phản vệ là tình trạng cấp cứu, không chỉ cần xử trí ban đầu mà còn cần quá trình xử trí tích cực sau đó và theo dõi sát đề phòng phản vệ 2 pha.***

**II. Xử trí cụ thể**

**A. Xử trí tiếp theo**

Sau khi xử trí cấp cứu phản vệ ban đầu, tuỳ 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: Tuỳ 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. Có thể sử dung adrenalin khí dung kết hợp adrenalin tiêm truyền.

- 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 µg/kg/phút hoặc terbutaline 0,1 µg/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 100µg 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 µg/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 ≥ 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 × 2 ống tiêm bắp.

- Cimetidine 300mg × 2 ống hoặc ranitidine 50mg × 1 ống hoặc famotidine 40mg ×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: 20-30µg/kg, tối đa 1mg), sau đó duy trì truyền tĩnh mạch
5-15µg/phút tuỳ theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

**B. 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 ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các bệnh nhân phản vệ cần được theo dõi ở bệnh viện đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và dự phòng phản vệ 2 pha .

**PHỤ LỤC 5**

**CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN DO PHẢN VỆ**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

**Cấp cứu tại các cơ sở khám bệnh chữa bệnh và có sự hỗ trợ**

**của BV tuyến trên**

**1. Nguyên tắc chung*:*** *Ngừng tuần hoàn là mức độ nặng nhất của phản vệ do đó cần cấp cứu tích cực theo nguyên tắc cấp cứu ngừng tuần hoàn chung kết hợp với sử dụng adrenalin ngay lập tức.*

- Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện dấu hiệu nghi ngờ ngừng tuần hoàn (đánh giá trong 10 giây):

***+*** Mất ý thức đột ngột

***+*** Ngừng thở

***+*** Ngừng tim, mất mạch cảnh, mạch bẹn

***-*** Người cấp cứu vừa tiến hành chẩn đoán, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.

***-*** Sử dụng adrenalin càng sớm càng tốt. Lưu ý tránh ngắt quãng quá trình ép tim.

- Phá rung nhanh chóng nếu có chỉ định.

***-*** Cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao hiệu quả.

***-*** Cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.

***-*** Cần ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu

***-*** Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu

**2. Xử trí cụ thể**

**2.1. Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (quy trình CAB*):*** đồng thời ngừng tiếp xúc với dị nguyên gây phản vệ ngừng tuần hoàn, gọi hỗ trợ.

*2.1.1. Ép tim ngoài lồng ngực (Compression-C)*

- Cần ép tim sớm trong vòng 10 giây từ khi phát hiện ngừng tuần hoàn, ép liên tục trong 2 phút, tránh ngắt quãng.

- Tư thế bệnh nhân nằm trên nền cứng.

- Vị trí: ½ dưới xương ức.

- Cách ép tim: giữ cánh tay, cẳng tay thẳng trục vuông góc ngực bệnh nhân, truyền lực ép từ vai xuống. Ép tim với tần số 100-120 lần/phút, với độ sâu 5-6cm ở người lớn và ½ đường kính trước sau lồng ngực, đảm báo lồng ngực nở ra sau mỗi lần ép, không tỳ lên ngực sau mỗi lần ép. Nếu chỉ có một người cấp cứu luôn ưu tiên ép tim liên tục, tránh ngắt quãng.

- Ngưng ép tim để đánh giá mạch mỗi 2 phút (thời gian đánh giá mạch bẹn, mạch cảnh <10 giây). Nếu có mạch tiếp tục thổi ngạt- bóp bóng.

 *2.1.2. Khai thông đường thở (Airway-A)*

 - Ngửa đầu bệnh nhân tối đa, ấn cằm để mở miệng tối đa.

 - Móc sạch dị vật (đờm dãi, răng giả,...).

 - Đặt đường thở nhân tạo: canuyl, mask, nội khí quản càng sớm càng tốt. Trong một số trường hợp khó đặt nội khí quản, cần mở khí quản cấp cứu (lưu ý tránh ngắt quãng chu trình ép tim).

 *2.1.3. Hô hấp nhân tạo (Breathing-B)*

 - Trường hợp ở ngoài bệnh viện, có thể thông khí nhân tạo qua đường miệng- miệng : ngửa đầu lên hít hơi dài rối cúi xuống áp chặt miệng bệnh nhân, một tay bịt chặt mũi bệnh nhân, một tay đẩy hàm ra trước. Thổi hết hơi, quan sát sự giãn nở của lồng ngực. Khi có mask, nội khí quản, bóp bóng với nồng độ oxy cao nhất có thể.

 - Tần suất ép tim/ thông khí : 30/2 ở người lớn, 15/2 ở trẻ em. Trong trường hợp bóp bóng qua nội khí quản, chu trình bóp bóng là 8-10 giây/lần

 - Lượng thông khí đưa vào vừa đủ, nhanh trong 1 giây, tránh thông khí quá mức.

 **2.2. Hồi sinh tim phổi nâng cao**

 *2.2.1. Sử dụng adrenalin*

 Trong ngừng tuần hoàn do phản vệ, cần sử dụng sớm adrenalin. Nếu không có đường truyền tĩnh mạch, cần tiêm bắp và nhanh chóng thiết lập đường truyền tĩnh mạch. Liều tiêm bắp xem phụ lục 2. Nếu có đường tĩnh mạch, cần tiêm adrenalin 1mg mỗi 3-5 phút kết hợp với quy trình ép tim-thông khí.

 *2.2.2. Sốc điện phá rung*

 - Cần được sử dụng càng sớm càng tốt nếu có chỉ định (rung thất hoặc nhịp nhanh thất vô mạch) đặc biệt ưu tiên sốc điện trong 4 phút sau ngừng tuần hoàn.

 - Sốc điện 200J với máy sốc điện 2 pha, 360J với máy sốc điện 1 pha mỗi 10 phút.

 - Kết hợp sốc điện và ép tim-thông khí, tiến hành 5 chu kỳ ép tim-thông khí ngay sau sốc điện

 *2.2.3. Các thuốc dùng trong cấp cứu ngừng tuần hoàn*

 - Adrenalin 1mg mỗi 3-5 phút/lần.

 - Amiodaron: khi có rung thất trơ, nhịp nhanh thất vô mạch, kháng trị. Liều đầu 300mg, có thể thêm liều thứ 2: 150mg.

 - Có thể thay thế Amidaron khi điều trị rung thất, nhịp nhanh thất vô mạch kháng trị bằng lidocain. Liều 1-2,5mg/kg, có thể lặp lại 1-1,5mg/kg. Liều duy trì 2-4mg/phút.

 - Atropin 1mg mỗi 3-5 phút trong trường hợp nhịp chậm.

 **2.3. Xử trí sau ngừng tuần hoàn**

 - Theo dõi huyết áp, điều chỉnh tụt huyết áp bằng truyền dịch, adrenalin và các vận mạch khác nếu cần.

 - Rối loạn nhịp nhanh thất, rung thất: duy trì lidocain, amiodaron.

 - Tiếp tục thông khí sau khi xử trí ngừng tuần hoàn.

 **2.4. Ngừng cấp cứu**: sau khi cấp cứu đúng quy trình, đúng kỹ thuật mà vẫn ngừng tuần hoàn, có thể dừng cấp cứu sau 60 phút.

**PHỤ LỤC 6**

**XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

 **1. Phản vệ trên những đối tượng đặc biệt**

* 1. **Phản vệ ở phụ nữ mang 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, tim thai (qua monitor nếu có thể).

* 1. **Phản vệ ở trẻ ≤ 2 tuổi**

-Chẩn đoán phản vệ ở trẻ dưới 2 tuổi rất khó vì biểu hiện ở trẻ đa dang, khó xác định sớm, cần chú ý khai thác tiền sử, yếu tố dị nguyên nghi ngờ qua gia đình của trẻ. Các biểu hiện thường gặp là trẻ quấy khóc, kém ăn, khó chịu, sợ hãi, đỏ da, xung huyết, phù mạch, nôn trớ, tăng tiết đờm dãi, khò khè, khó thở, tím tái, vã mồ hôi, tụt huyết áp.

-Điều trị: giống phác đồ chung. Cần chú ý đến liều lượng adrenalin theo cân nặng và lượng dịch truyền ở trẻ (đã được nêu ở phụ lục 2 và 3).

**1.3. Phản vệ ở người cao tuổi**

- Phản vệ xảy ra ở người cao tuổi có nguy cơ tử vong cao hơn do có nhiều bệnh lý phối hợp.

-Điều trị như phác đồ chung (phụ lục 2 và 3). Chú ý điều chỉnh liều lượng adrenalin theo bệnh cảnh lâm sàng.

 **2. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt**

**2.1. 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.

**2.2.**  **Phản vệ ở trong khi gây mê, phẫu thuật.**

 - Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì bệnh nhân đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan. Cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến dổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

 - Ngay khi nghi ngờ chẩn đoán phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

 - Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, phẫu thuật như tiền sử dị ứng thuốc giãn cơ (vecuronium, atracurium,..), thuốc gây mê (propofol, ketamine, ...), latex, kháng sinh .. để có biện pháp phòng tránh.

**2.3.** **Phản vệ với 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)

- Khai thác kỹ tiền sử dị ứng kết hợp test da để xác định thuốc gây phản vệ, lựa chọn thuốc thay thế.

- Trong trường hợp phản vệ không qua cơ chế dị ứng, điều trị dự phòng (corticoid và kháng histamin) trước khi sử dụng thuốc cản quang có thể làm giảm tỷ lệ và mức độ nghiêm trọng của phản vệ.

 **3. Các trường hợp đặc biệt khác**

**3.1. 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.

**3.2.**  **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, trụy 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

**PHỤ LỤC 7**

**NỘI DUNG HỘP CẤP CỨU PHẢN VỆ**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Đơn vị** | **Số lượng** |
| 1 | Phác đồ cấp cứu phản vệ (Bản chi tiết-đựng trong hộp và bản tóm tắt-dán tại nắp hộp) |  | 01 |
| 2 | Adrenalin 1mg - 1ml: | ống | 5 |
| Có thể sử dụng bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (epipen, anapen…): | cái | 5 |
| 3 | Nước cất 10 ml  | ống | 5 |
| 4 | Bơm kim tiêm vô khuẩn (dùng một lần) |  |  |
| *- 10ml* | cái | 5 |
| *- 1ml* | cái | 5 |
| 5 | Methylprednisolone 40 mg | ống | 2 |
| 6 | Dimedrol 10mg hoặc Diphenhydramine 25mg | ống | 2 |

**B. Thuốc, vật tư, trang thiết bị tại các cơ sở y tế:**

1. Oxy

2. Bóng Ambu và mặt nạ

3. Bơm xịt salbutamol hoặc terbutaline

4. Bộ mở khí quản cấp cứu.

**PHỤ LỤC 8**

**KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

***Lưu ý khai thác thông tin trên thẻ dị ứng của bệnh nhân nếu có***

***(xem mẫu thẻ ở phụ lục 9)***

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

**PHỤ LỤC 9**

**MẪU THẺ THEO DÕI DỊ ỨNG**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

 **Mặt trước Mặt sau**

**Các dấu hiệu nhận biết phản vệ:**

*Khi có một trong những triệu chứng sau*

• 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

Bệnh viện …………..

Khoa/Trung tâm…………….

**THẺ DỊ ỨNG**

Họ tên: ………………………….. Nam □Nữ □Tuổi ……….

Số CMND hoặc thẻ căn cước:………………………………...

Dị nguyên Nghi ngờ Chắc chắn Biểu hiện lâm sàng

………….. □ □ ………………………

………….. □ □ ………………………

………….. □ □ ………………………

………….. □ □ ………………………

………….. □ □ ………………………

Bác sĩ xác nhận chẩn đoán: …………… ĐT…………………...

Họ và tên: ………………………………………………………

**PHỤ LỤC 10**

**CHỈ ĐỊNH LÀM TEST DA**

*(Gồm test lẩy da và test nội bì)*

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

1. Phải tiến hành test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan.
2. Khi làm test phải có sẵn các phương tiện cấp cứu phản vệ .
3. Việc làm test da phải theo đúng quy định kỹ thuật (theo phụ lục 8-quy trình kỹ thuật test da).
4. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test da (lẩy da hoặc nội bì) dương tính với thuốc hoặc dị nguyên thì không được sử dụng thuốc hoặc dị nguyên đó.
5. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc hoặc dị nguyên và kết quả test lẩy da âm tính với dị nguyên đó thì tiếp tục làm test nội bì.
6. Nếu người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc và kết quả test lẩy da và nội bì âm tính với thuốc hoặc dị nguyên, trong trường hợp cấp cứu phải sử dụng thuốc (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 hoặc các bác sĩ đã được tập huấn về dị ứng tại cơ sở y tế có khả năng cấp cứu phản vệ và và phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh bằng văn bản.
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 11**

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST DA**

***(Ban hành kèm theo Thông tư số /2017/TT-BYT ngày tháng năm 2017 của***

***Bộ trưởng Bộ Y tế)***

1. **TEST LẨY DA**

a)Giải thích cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân.

b) Chuẩn bị dụng cụ (kim lẩy da, bơm kim tiêm vô trùng, dung dịch histamin 1mg/ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c) Sát trùng vị trí làm test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô.

d) Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn

- 1 giọt dung dịch Natriclorid 0.9% (chứng âm)

- 1 giọt dung dịch thuốc hoặc dị nguyên nghi ngờ

- 1 giọt dung dịch histamin 1mg/ml (chứng dương)

e) Kim lẩy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45° rồi lẩy nhẹ (không chảy máu), dùng giấy hoặc bông thấm giọt dung dịch sau khi lẩy.

f) Đọc kết quả sau 15-20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên lớn hơn từ 3mm so với chứng âm.

1. **TEST NỘI BÌ**

a)Giải thích cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân.

 b)Chuẩn bị dụng cụ (dung dịch Natriclorid 0.9%, bơm kim tiêm vô trùng loại 1ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c)Sát trùng vị trí làm test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng,..), đợi khô.

d)Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm 0,02-0,05ml tạo một nốt phồng đường kính 3mm theo thứ tự

 - Điểm 1: dung dịch Natriclorid 0.9% (chứng âm).

 - Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa.

 e)Đọc kết quả sau 15-20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sẩn ở vị trí dị nguyên ≥ 3mm.