

# CẤP CỨU PHẢN VỆ

**GS.TS Nguyễn Gia Bình và cộng sự**  
**Khoa Hội sức tích cực BV Bạch Mai**  
**Dt:02439959015. www: hoisuctichcucbachmai.vn**



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## ĐẠI CƯƠNG

- Phản ứng phản vệ có thể diễn ra ở bất cứ đâu với bất kỳ loại thuốc hoặc dị nguyên nào (thuốc hoặc hóa chất dùng trong chẩn đoán và điều trị , thức ăn, hóa mỹ phẩm, côn trùng đốt....)
- Diễn biến lâm sàng phong phú, phức tạp , khó lường trước
- cần nhận biết sớm các tình huống phức tạp có thể xảy ra đồng thời sẵn sàng cấp cứu kịp thời hiệu quả



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## ĐỊNH NGHĨA CÒN PHỨC TẠP

- Phản ứng dị ứng (allergic reactions)
- Phản ứng quá mẫn (hypersensitivity reactions)
- Phản vệ (anaphylaxis)
- Phản ứng phản vệ (anaphylactic reactions)
- Phản ứng dạng phản vệ (anaphylactoid reactions)



## CƠ CHẾ BỆNH HỌC

- CƠ CHẾ MIỄN DỊCH ( phụ thuộc IgE ): thức ăn, thuốc ( KS betalactam, NSAIDs, chất cản quang, côn trùng đốt, cao su tự nhiên ..)
- CƠ CHẾ MIỄN DỊCH ( không phụ thuộc IgE): Dextran, NSAIDs, một số chất cản quang
- Cơ chế không do MD ( Hoạt hóa trực tiếp tế bào Mast): hoạt động thể lực, ethanol, thuốc
- Phản vệ nguyên phát : chưa biết dị nguyên trước đó, mastocytosis / bất thường dòng TB mast



## NGUYÊN NHÂN NGÀY CÀNG NHIỀU

- Foods: Bananas, beets, buckwheat, Chamomile tea, citrus fruits, cow's milk, \* egg whites, \* fish, \* kiwis, mustard, pinto beans, potatoes, rice, seeds and nuts (peanuts, Brazil nuts, almonds, hazelnuts, pistachios, pine nuts, cashews, sesame seeds, cottonseeds, sunflower seeds, millet seeds), \* shellfish\*
- Venoms and saliva: Deer flies, fire ants, *Hymenoptera* (bees, wasps, yellow jackets, sawflies), \* jellyfish, kissing bug (*Triatoma*), rattlesnakes
- Antibiotics: Amphotericin B (Fungizone), cephalosporins, chloramphenicol, ciprofloxacin, nitrofurantoin (Furadantin), penicillins, \* streptomycin, tetracycline, vancomycin (Vancocin)
- Aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs\*
- Miscellaneous other medications
- Allergy extracts, antilymphocyte and antithymocyte globulins, antitoxins, carboplatin ...
- corticotropin (H.P. Acthar), dextran, folic acid, insulin, iron dextran, mannitol (Osmitol), methotrexate, methylprednisolone (Depo-Medrol), opiates, parathormone, progesteron (Progestasert), protamine sulfate, streptokinase (Streptase), succinylcholine (Anectine), thiopental (Pentothal), trypsin, chymotrypsin, vaccines
- Latex rubber\* Seminal fluid, Cold temperatures
- Radiographic contrast media\* Blood products
- Cryoprecipitate, immune globulin, plasma, whole blood
- Physical factors, exercise
- Idiopathic ...



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## NGUYÊN NHÂN NGÀY CÀNG NHIỀU

### Thanh niên 25 tuổi sốc phản vệ nặng, phù nề, không mở được mắt vì thái 1 củ hành

22/04/2021 15:28 GMT+7

TTO - Nam thanh niên 25 tuổi ở Phú Thọ rơi vào tình trạng sốc phản vệ nặng, phù nề toàn bộ gương mặt, hai mắt, mắt không thể mở, tức ngực... sau khi thái 1 củ hành chuẩn bị bữa tối.

- Giảm tải tình mạng bệnh nhân bị viêm cơ tim, sốc tim bằng kỹ thuật ECMO
- Nam sinh kể lại cảnh bị sốc nặng sau khi bạn đồ thuốc tự vào miệng



### Cấp cứu thiếu nữ sốc phản vệ nguy kịch do bị ong đốt

05/02/2021 11:28 GMT+7

TTO - Một thiếu nữ 16 tuổi bị ong đốt nguy kịch, sốc phản vệ biến chứng suy đa cơ quan, vừa được các bác sĩ Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ cấp cứu thành công, hiện đã qua cơn nguy kịch.

- Sốc phản vệ do bị ong đốt
- Ăn tỏi, cánh gà... sốc phản vệ
- Ăn hải sản thịt trâu, chó, vịt vôi bìa, nam thanh niên sốc phản vệ nguy kịch



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

Theo viện quốc gia Hoa Kỳ về Dự ứng và bệnh nhiễm trùng( NIAIP) và Hệ thống theo dõi dị ứng thức ăn và phản vệ ( FAAN) Mỹ 2005

- Xuất hiện nhanh ( một vài phút- vài giờ )
- Đe dọa tính mạng ( suy cấp tính các cơ quan : tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa...)
- Vì vậy phải chẩn đoán nhanh ( chủ yếu dựa vào lâm sàng, có chẩn đoán phân biệt)
- và xử trí đúng và nhanh



## Định nghĩa của Anh

- Là phản ứng dị ứng nặng ,toàn thân , xuất hiện nhanh
- Đe dọa tính mạng:
  - Hô hấp : đường thở ( phù họng, thanh quản) và hoặc kèm theo Rối loạn về thở ( thở nhanh, co thắt phế quản) và hoặc kèm theo triệu chứng
  - Tuần hoàn : trụy mạch, tụt HA
  - Thường kèm theo các triệu chứng của da, niêm mạc



## Triệu chứng và phân loại phản ứng quá mẫn ( Mỹ)

Mức độ	Các triệu chứng
1. Nhẹ (chỉ có ở da và tổ chức dưới da)	Đỏ da nhiều, sẩn ngứa hoặc phù quanh mắt hoặc phù mạch,
2. Trung bình (bắt đầu có dấu hiệu ở đường hô hấp, tim mạch hoặc tiêu hóa)	Khó thở, thở khò khè, thở rít, buồn nôn, nôn, chóng mặt, mệt xỉu (trước khi ngất), Nhìn đôi, chẹn ngực, hoặc đau bụng
3. Nặng (thiếu oxy, tụt HA hoặc dấu hiệu thần kinh)	Xanh tím hoặc SpO2 < 92% at any stage, tụt huyết áp (SBP < 90 mmHg ở người lớn), lẫn lộn, trụy mạch, mất ý thức hoặc đái không tự chủ



HỘI HỘI SẸC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Second symposium on the definition and management of anaphylaxis . J Allergy Clin Immunol 2006;117:391-7

**TABLE I.** Clinical criteria for diagnosing anaphylaxis

**Anaphylaxis is highly likely when any one of the following 3 criteria are fulfilled:**

1. Acute onset of an illness (minutes to several hours) with involvement of the skin, mucosal tissue, or both (eg, generalized hives, pruritus or flushing, swollen lips-tongue-uvula)  
*AND AT LEAST ONE OF THE FOLLOWING*
  - a. Respiratory compromise (eg, dyspnea, wheeze-bronchospasm, stridor, reduced PEF, hypoxemia)
  - b. Reduced BP or associated symptoms of end-organ dysfunction (eg, hypotonia [collapse], syncope, incontinence)
2. Two or more of the following that occur rapidly after exposure to a likely allergen for that patient (minutes to several hours):
  - a. Involvement of the skin-mucosal tissue (eg, generalized hives, itch-flush, swollen lips-tongue-uvula)
  - b. Respiratory compromise (eg, dyspnea, wheeze-bronchospasm, stridor, reduced PEF, hypoxemia)
  - c. Reduced BP or associated symptoms (eg, hypotonia [collapse], syncope, incontinence)
  - d. Persistent gastrointestinal symptoms (eg, crampy abdominal pain, vomiting)
3. Reduced BP after exposure to known allergen for that patient (minutes to several hours):
  - a. Infants and children: low systolic BP (age specific) or greater than 30% decrease in systolic BP\*
  - b. Adults: systolic BP of less than 90 mm Hg or greater than 30% decrease from that person's baseline

PEF, Peak expiratory flow; BP, blood pressure.

\*Low systolic blood pressure for children is defined as less than 70 mm Hg from 1 month to 1 year, less than (70 mm Hg + [2 × age]) from 1 to 10 years, and less than 90 mm Hg from 11 to 17 years.



HỘI HỘI SẸC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Evaluation of NIAID/FAA Network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients (J Allergy Clin Immunol 2012;129:748-52.)

**Anaphylaxis is highly likely when any one of the following 3 criteria is fulfilled:**

1. Acute onset of an illness (minutes to several hours) with involvement of the skin, mucosal tissue, or both (eg, generalized hives, pruritus or flushing, swollen lips-tongue-uvula)

AND AT LEAST ONE OF THE FOLLOWING

a. Respiratory compromise (eg, dyspnea, wheeze-bronchospasm, stridor, reduced PEF, hypoxemia)

b. Reduced BP or associated symptoms of end-organ dysfunction (eg, hypotonia [collapse], syncope, incontinence)

2. Two or more of the following that occur rapidly after exposure to a likely allergen for that patient (minutes to several hours):

a. Involvement of the skin-mucosal tissue (eg, generalized hives, itch-flush, swollen lips-tongue-uvula)

b. Respiratory compromise (eg, dyspnea, wheeze-bronchospasm, stridor, reduced PEF, hypoxemia)

c. Reduced BP or associated symptoms (eg, hypotonia [collapse], syncope, incontinence)

d. Persistent gastrointestinal symptoms (eg, crampy abdominal pain, vomiting)

3. Reduced BP after exposure to known allergen for that patient (minutes to several hours):

a. Infants and children: low systolic BP (age specific) or greater than 30% decrease in systolic BP\*

b. Adults: systolic BP of less than 90 mm Hg or greater than 30% decrease from that person's baseline

PEF, Peak expiratory flow; BP, blood pressure.

\*Low systolic blood pressure for children is defined as less than 70 mm Hg from 1 month to 1 year, less than (70 mm Hg + [2 x age]) from 1 to 10 years, and less than 90 mm Hg from 11 to 17 years.

Modified from Sampson, et al.<sup>6</sup> Used with permission.

FIG 1. NIAID/FAAN clinical criteria for the diagnosis of anaphylaxis.



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## WAO Cập nhật 2020

### POSITION PAPER

## World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020

Victoria Cardona<sup>a\*</sup>, Ignacio J. Ansotegui<sup>b</sup>, Motohiro Ebisawa<sup>c</sup>, Yehia El-Gamal<sup>d</sup>, Montserrat Fernandez Rivas<sup>e</sup>, Stanley Fineman<sup>f</sup>, Mario Geller<sup>g</sup>, Alexei Gonzalez-Estrada<sup>h</sup>, Paul A. Greenberger<sup>i</sup>, Mario Sanchez Borges<sup>j</sup>, Gianenrico Senna<sup>k</sup>, Aziz Sheikh<sup>l</sup>, Luciana Kase Tanno<sup>m</sup>, Bernard Y. Thong<sup>n</sup>, Paul J. Turner<sup>o,1</sup> and Margitta Worm<sup>p,1</sup>

#### ABSTRACT

Anaphylaxis is the most severe clinical presentation of acute systemic allergic reactions. The occurrence of anaphylaxis has increased in recent years, and subsequently, there is a need to continue disseminating knowledge on the diagnosis and management, so every healthcare professional is prepared to deal with such emergencies. The rationale of this updated position document is the need to keep guidance aligned with the current state of the art of knowledge in anaphylaxis management. The World Allergy Organization (WAO) anaphylaxis guidelines were published in 2011, and the current guidance adopts their major indications, incorporating some novel changes. Intramuscular epinephrine (adrenaline) continues to be the first-line treatment for anaphylaxis. Nevertheless, its use remains suboptimal. After an anaphylaxis occurrence, patients should be referred to a specialist to assess the potential cause and to be educated on prevention of recurrences and self-management. The limited availability of epinephrine auto-injectors remains a major problem in many countries, as well as their affordability for some patients.

**Keywords:** Anaphylaxis, Acute systemic allergic reaction, Adrenaline, Cofactors, Epinephrine, Guidance, Guidelines, Antihistamines, Glucocorticoids, Food allergy, Venom allergy, Drug allergy



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## WAO CẬP NHẬT 2020

WAO 2011 (1)	EAACI 2013 (2)	AAAAI/ACAAI 2010 (11)	ASCIA 2016 (16)	NIAID 2006 (13)	WHO ICD-11 2019 (14)
A serious life-threatening generalized or systemic hypersensitivity reaction.	A severe life-threatening generalized or systemic hypersensitivity reaction.	An acute life-threatening systemic reaction with varied mechanisms, clinical presentations, and severity that results from the sudden release of mediators from mast cells and basophils.	Any acute onset illness with typical skin features (urticarial rash or erythema/flushing, and/or angioedema), PLUS involvement of respiratory and/or cardiovascular and/or persistent severe gastrointestinal symptoms; or Any acute onset of hypotension or bronchospasm or upper airway obstruction where anaphylaxis is considered possible, even if typical skin features are not present.	Anaphylaxis is a serious allergic reaction that involves more than one organ system (for example, skin, respiratory tract, and/or gastrointestinal tract). It can begin very rapidly, and symptoms may be severe or life-threatening.	Anaphylaxis is a severe, life-threatening systemic hypersensitivity reaction characterized by being rapid in onset with potentially life-threatening airway, breathing, or circulatory problems and is usually, although not always, associated with skin and mucosal changes.
A serious allergic reaction that is rapid in onset and might cause death	An acute, potentially fatal, multi-organ system, allergic reaction.				

Table 1. Current definitions of anaphylaxis in the literature. AAAAI/ACAAI: American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma, and Immunology; ASCIA: Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy; EAACI: European Academy of Allergy Asthma and Clinical Immunology; NIAID: National Institute of Allergy and Infectious Disease; WAO: World Allergy Organization; WHO ICD-11: World Health Organization International Classification of Diseases 11th Edition



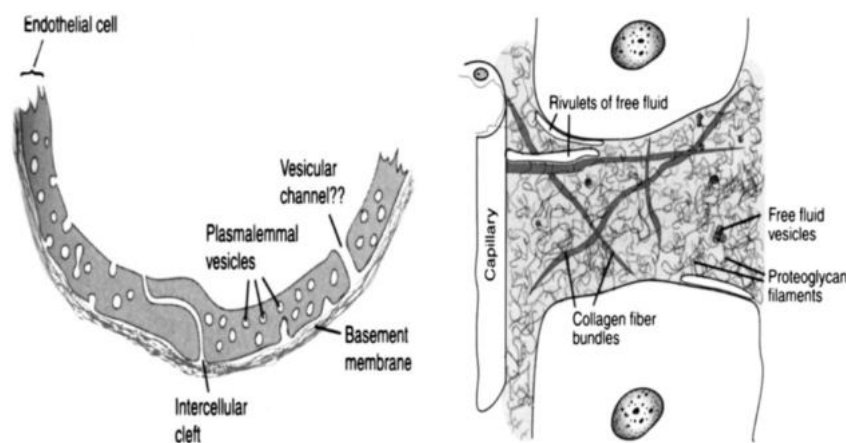
HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## CÁC CHẤT TRUNG GIAN TRONG PHẢN VỆ

Các chất trung gian	Tác dụng sinh lý	Biểu hiện lâm sàng
Histamine Prostaglandins Nitric oxide	<b>Tăng tính thấm mạch</b>	Phù mạch, Sẩn Ngứa Huyết áp hạ, choáng
Leukotrienes Tryptase Kinins Heparin Chymase	<b>Giãn mạch ngoại vi</b> <b>Co thắt mạch vành</b>	Thiếu máu cục bộ cơ tim Buồn nôn, nôn, Đau bụng, ỉa chảy
Tumor necrosis factor alpha, Interleukin-1 (IL-1) Yếu tố hoạt hóa tiểu cầu	<b>Co thắt cơ trơn ( đặc biệt là phế quản )</b> kích thích thần kinh cảm giác Hoạt hóa quá trình viêm Huy động các tế bào viêm <b>Hoạt hóa thần kinh giao cảm</b>	Phù thanh quản Khó thở  Tăng HA, mạch nhanch
	Lieberman P. Specific and idiopathic anaphylaxis: pathophysiology and treatment. In: Bierman W, ed. Allergy, asthma, and immunology, from infancy to adulthood. 3d ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996:297-320.	

## HIỆN TƯỢNG TĂNG TÍNH THẨM MAO MẠCH ( mất 35% nước trong lòng mạch trong vòng 10 phút)



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## TẠI SAO TỬ VONG

- Chẩn đoán và xử trí chậm

Cơ quan nào bị ảnh hưởng dẫn đến tử vong ?

1. Hô hấp : do tắc nghẽn đường thở  
(Airway) : phù miệng, lưỡi, họng, hạ họng, thanh quản) không thở được ( Breathing) do co thắt phế quản

2. Tuần hoàn ( Circulation) : giãn mạch nặng, thoát quản, co mạch vành, thiếu máu cơ tim

**Hậu quả : tử vong do thiếu oxy ở tế bào cấp , đặc biệt là não**



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017



# SINH BỆNH HỌC

RESUSCITATION 159 (2021) 165–167

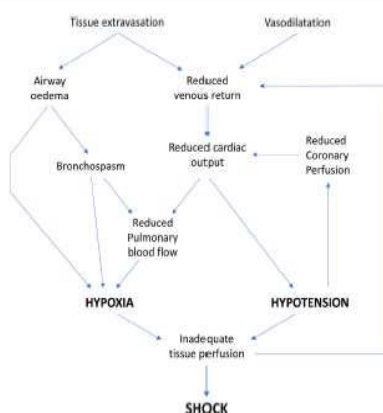


Fig. 1 – Physiological mechanisms responsible for anaphylactic shock. Adapted from Harper et al.<sup>18</sup>



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Vậy phải làm gì ?

Thế giới ?

Việt nam ?

Mỗi cơ sở ?



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Thế giới

- Phân biệt các đối tượng để có tài liệu khác nhau
- Phân loại để chẩn đoán và xử trí sớm nhưng chưa thống nhất
- Phổ biến rộng ra cộng đồng tự cấp cứu trước khi nhân viên y tế có mặt
- Định nghĩa đơn giản, nhấn mạnh triệu chứng lâm sàng để dễ nhận biết



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHONG ĐOC VIET NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Phác đồ xử trí phản vệ liên quan đến thức ăn

( Journal of pediatric Health care vol 27 number 2s)

Khi Có bất kỳ 1 hoặc nhiều triệu chứng nặng sau :

**PHỔI:** thở nông, khô khè, ho nhiều  
**TIM:** tím tái, mạch yếu, chóng mặt, lảo lộn  
**HỌNG :** cảm giác chẹn họng, khàn tiếng, rối loạn nuốt hoặc thở  
**Miệng:** phù to ( lưỡi hoặc môi) cản trở nuốt, thở  
**DA :** ban ở nhiều nơi hoặc kết hợp với các triệu chứng  
Ban, sẩn ngứa, phù ( mắt, môi...)  
**RUỘT:** đau quặn bụng, nôn, ỉa chảy

### 1. TIÊM EPINEPHRINE NGAY LẬP TỨC

2. Call 911 ( gọi cấp cứu )

3. Bắt đầu theo dõi

4. Thêm thuốc :

-Antihistamine

-Hít các thuốc giãn phế quản nếu hen

-**Vẫn phải sử dụng EPINEPHRINE trong các trường hợp nặng mặc dù đã dùng kháng Histamin và thuốc giãn phế quản**

### CHỈ CÓ TRIỆU CHỨNG NHẸ:

Miệng: ngứa

DA: một vài ban quanh miệng

hoặc ở mắt, ngứa ít

RUỘT: đầy bụng hoặc buồn nôn ít

### 1. DỪNG ANTIHISTAMINE

2. theo dõi, báo cho nhân viên y tế và gia đình

3. Nếu triệu chứng tiến triển nặng như trên, phải **DỪNG EPINEPHRINE**

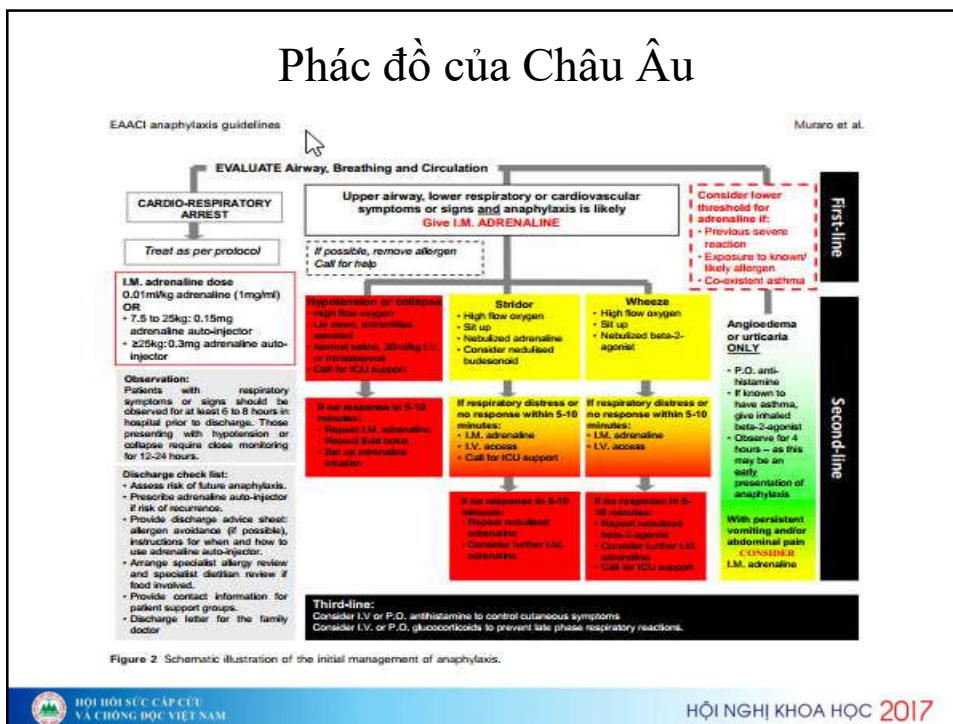
4. Bắt đầu theo dõi ( sắc mặt, khó thở, ..)



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHONG ĐOC VIET NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

# Phác đồ của Châu Âu



## Tóm tắt chẩn đoán và điều trị cấp cứu Châu Âu

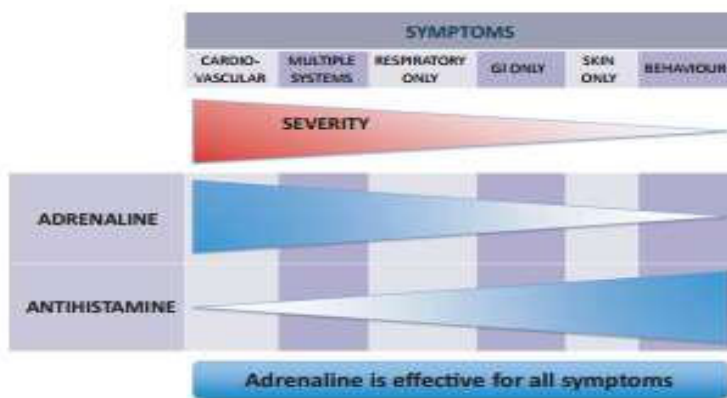


Figure 1 Symptoms associated with anaphylaxis. GI, gastrointestinal.

## WAO CẬP NHẬT 2020

**Anaphylaxis is highly likely when any one of the following 2 criteria are fulfilled:**

1. Acute onset of an illness (minutes to several hours) with simultaneous involvement of the skin, mucosal tissue, or both (eg, generalized hives, pruritus or flushing, swollen lips-tongue-uvula)

**AND AT LEAST ONE OF THE FOLLOWING:**

a. Respiratory compromise (eg, dyspnea, wheeze-bronchospasm, stridor, reduced PEF, hypoxemia)

b. Reduced BP or associated symptoms of end-organ dysfunction (eg, hypotonia [collapse], syncope, incontinence)

c. Severe gastrointestinal symptoms (eg, severe crampy abdominal pain, repetitive vomiting), especially after exposure to non-food allergens

2. Acute onset of hypotension<sup>a</sup> or bronchospasm<sup>b</sup> or laryngeal involvement<sup>c</sup> after exposure to a known or highly probable allergen<sup>d</sup> for that patient (minutes to several hours), even in the absence of typical skin involvement.

**Table 2.** Amended criteria for the diagnosis of anaphylaxis. PEF, Peak expiratory flow; BP, blood pressure. a. Hypotension defined as a decrease in systolic BP greater than 30% from that person's baseline. OR i. Infants and children under 10 years: systolic BP less than  $(70 \text{ mmHg} + [2 \times \text{age in years}])$  ii. Adults and children over 10 years: systolic BP less than  $<90 \text{ mmHg}$ . b. Excluding lower respiratory symptoms triggered by common inhaled allergens or food allergens perceived to cause "inhalational" reactions in the absence of ingestion. c. Laryngeal symptoms include: stridor, vocal changes, odynophagia. d. An allergen is a substance (usually a protein) capable of triggering an immune response that can result in an allergic reaction. Most allergens act through an IgE-mediated pathway, but some non-allergen triggers can act independent of IgE (for example, via direct activation of mast cells). Adapted from <sup>(24)</sup>



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## WAO CẬP NHẬT 2020

### PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG

(Not anaphylaxis)		ANAPHYLAXIS		
Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Symptom(s)/sign(s) from 1 organ system present	Symptom(s)/sign(s) from $\geq 2$ organ	Lower airway	Lower airway	Lower or upper airway
Cutaneous		Mild bronchospasm, eg, cough, wheezing, shortness of breath which responds to treatment	Severe bronchospasm eg, not responding or worsening in spite of treatment	Respiratory failure and/or
Urticaria and/or erythema-warmth and/or pruritus, other than localized at the injection site		And/or	And/or	Cardiovascular
And/or		Gastrointestinal	Upper airway	Collapse/hypotension
Tingling, or itching of the lips* or Angioedema (not laryngeal)*		Abdominal cramps* and/or vomiting/diarrhea	Laryngeal edema with stridor	And/or
Or Upper respiratory		Other	Any symptom(s)/sign(s) from grades 1 or 3 would be included	Loss of consciousness (vasovagal excluded)
Nasal symptoms (eg, sneezing, rhinorrhea, nasal pruritus, and/or nasal congestion)		Uterine cramps		Any symptom(s) sign(s) from grades 1, 3, or would be included
And/or		Any symptom(s)/sign(s) from grade 1 would be included		
Throat-clearing (itchy throat)*				
And/or				
Cough not related to bronchospasm				
Or Conjunctival				
Erythema, pruritus, or				



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Một số nhận xét

- Xuất hiện nhanh , đặc biệt các trường hợp nặng ( trụy mạch, ngưng thở có rất sớm có kèm theo hoặc không dấu hiệu ở da ..)
- Cần coi cấp cứu phản vệ như cấp cứu **NGỪNG TUẦN HOÀN hoặc hơn thế**
- **CẤP CỨU BAN ĐẦU THÀNH CÔNG SẼ QUYẾT ĐỊNH TIÊN LƯỢNG TIẾP THEO ?**
- **NHÂN VIÊN Y TẾ ( ĐIỀU DƯỠNG, KTV ,HỘ LÝ..) LÀ NHỮNG NGƯỜI THỰC HIỆN → PHÁC ĐỒ CẤP CỨU BAN ĐẦU CẦN ĐƠN GIẢN , DỄ HIỂU, DỄ THỰC HIỆN**



## Một số nhận xét

- Nên phân 3 mức độ : **Nhẹ** , **Nặng** , và **Nguy kịch để cho điều dưỡng, KTV dễ nhớ** , và điều trị sớm thích hợp ngay từ đầu
  - **Nhẹ** : chỉ có dấu hiệu ở da hoặc niêm mạc không có suy chức năng bất cứ tạng nào
  - **Nặng** : là khi có dấu hiệu ở bất cứ tạng nào
    - A :Airway : phù lưỡi, họng, nuốt khó hoặc khàn tiếng , thở khò khè
    - B: Breathing: khó thở nhanh, thở có tiếng rít, mệt  $sPO_2 \downarrow < 92\%$ . lẫn lộn, vật vã do thiếu oxy, xanh tím, ngừng thở
    - C: Circulation: mạch nhanh, yếu da lạnh hoặc dấu hiệu thiếu oxy não ( vật vã ...) trụy mạch ,tụt huyết áp , ngừng tim
    - D. hoặc cơ quan tiêu hóa : buồn nôn, đau bụng, nôn, ỉa chảy
- Các mức độ không cố định ,có thể chuyển biến nhanh
- **Nguy kịch**: dấu hiệu thiếu oxy nặng (chen ngực, mạch nhanh hoặc chậm , HA cao , hoặc thấp  $<90$  mmHg, thở nhanh hoặc ngưng thở ,  $SpO_2 < 92\%$  , hoặc có hôn mê



## Một số nhận xét

- Adrenalin có **tác dụng tuyệt đối** trong cấp cứu phản vệ ( Co mạch , giãn phế quản, phù. ...)
- Adrenalin **tiêm bắp** ( tốt nhất ở bắp đùi )
- Adrenalin **liều nhỏ hơn** ( ½ mg ở người lớn , trẻ em ước tính theo cân )
- Adrenalin **thời gian bán hủy ngắn** nên không quá lo sợ quá liều
- Adrenalin **truyền tĩnh mạch** trong trường hợp huyết áp cao do co thắt phế quản gây suy hô hấp cấp ( không phải chống chỉ định )
- **Kháng Histamin và Corticoid không có tác dụng cấp cứu**



## ADRENALINE ĐÓNG SẴN ( 32/192 nước )

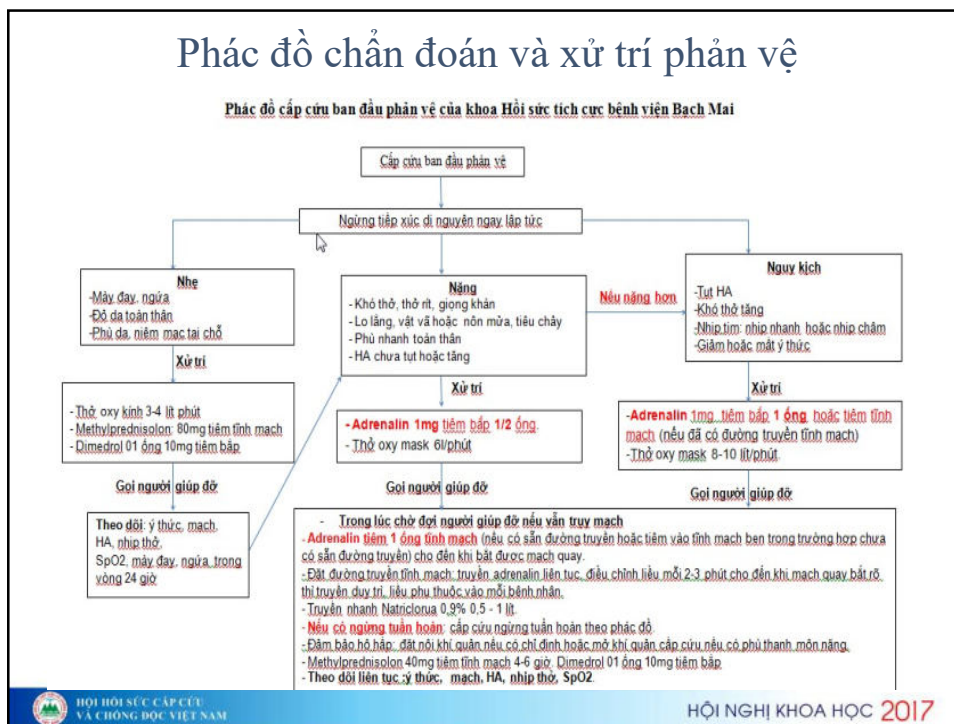


## Dụng cụ , thuốc ,oxy sẵn sàng



## Ai là người cấp cứu ban đầu? Bác sĩ hay điều dưỡng ?







## Kết quả cấp cứu phản vệ áp dụng theo phác đồ khoa HSTC tại một số bệnh viện



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

8 bệnh viện tham gia nghiên cứu ( 204 bn  
theo phác đồ ,15 không theo phác đồ)

Bệnh viện Bạch mai :

Khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai (100 BN)

Bệnh viện hạng 1: Bệnh viện phổi trung ương (7 BN), bệnh viện đa  
khoa tỉnh Hưng Yên (7BN), bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình (10 BN),  
bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai (11 BN).

Bệnh viện hạng 3: Bệnh viện đa khoa Hùng Vương (53 BN), bệnh viện  
đa khoa Hưng Hà (20 BN), bệnh viện Quốc Tế Hải Phòng (11 BN).



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

### Nhóm Bn theo phác đo ( n= 204) không có tử vong

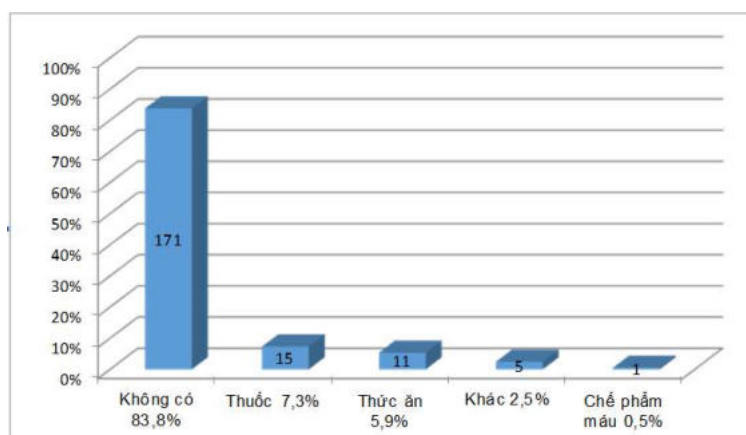
Giới	n	%	$\bar{x} \pm SD$	min – max	p
Nam	102	50	42.0 ± 18.2	0.1 – 84.0	0.981
Nữ	102	50	42.0 ± 17.9	0.4 – 89.0	
Tổng	204	100	42.0 ± 18.0	0.1 – 89.0	



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

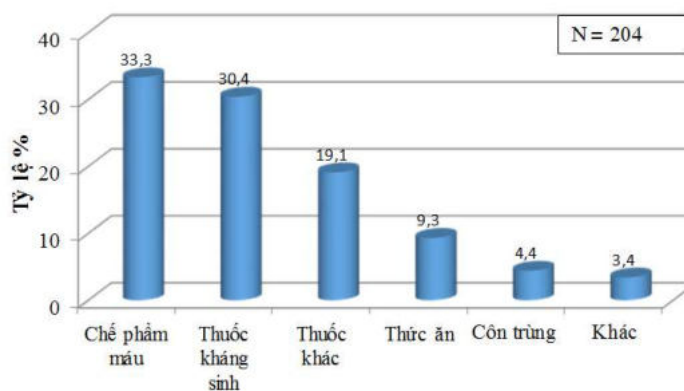
### Tiền sử dị ứng



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Nguyên nhân gây phản vệ



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Thời gian xuất hiện triệu chứng theo đường vào

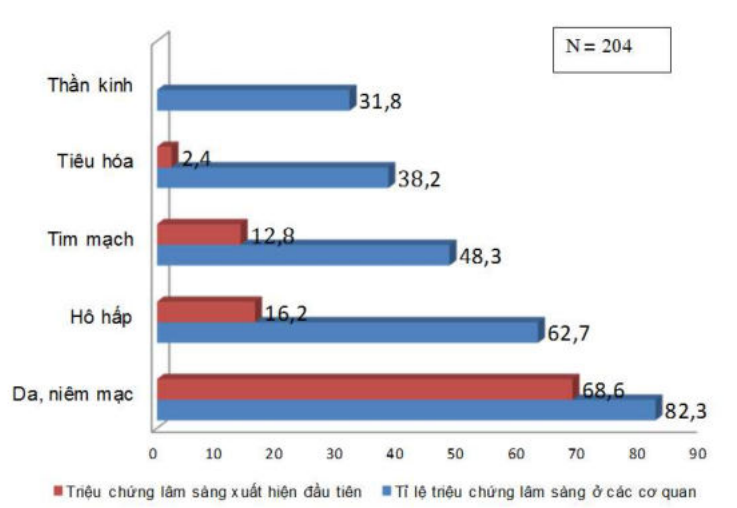
Đường tiêm	< 5 p	5-30 p	31-60 p	61-120 p	>120 p
Tĩnh mạch	12	53	18	29	12
Bấp, d da	1	18	2	0	0
Ăn, uống	0	26	9	5	2
Côn trùng	0	9	1	0	0
Khác	0	5	0	2	0
Tổng	13	111	30	36	14



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

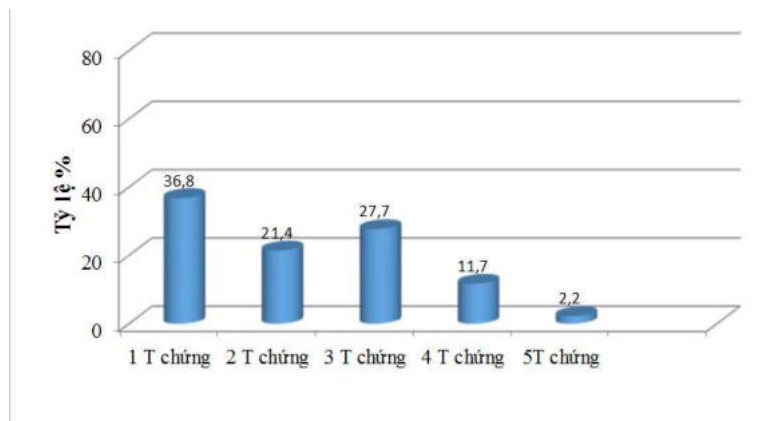
## Triệu chứng đầu tiên & triệu chứng lâm sàng các cơ quan



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHÔNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

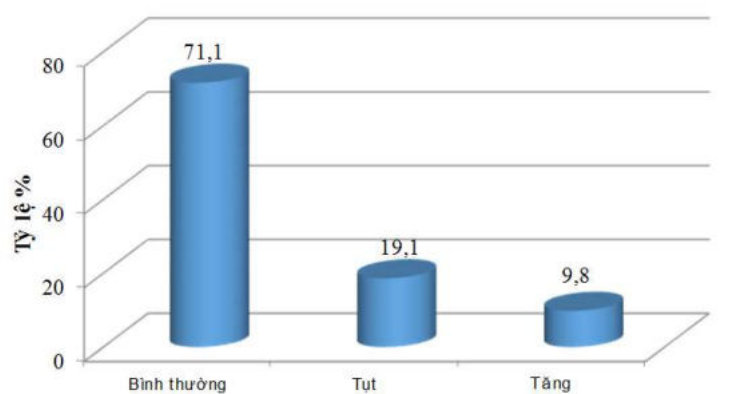
## Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHÔNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

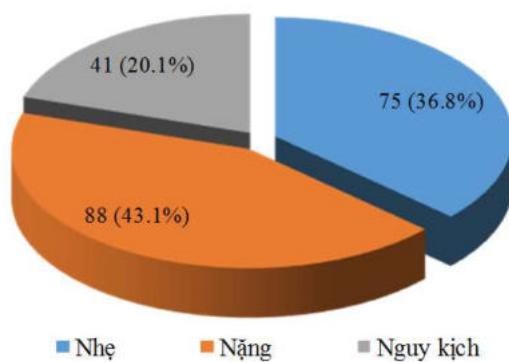
## HA tâm thu khi được chẩn đoán phản vệ



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Mức độ nặng ban đầu khi vào viện



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

### Lien quan giữa triệu chứng với mức độ của bệnh

Triệu chứng \ Mức độ	Mức độ		
	Nhẹ (%)	Nặng (%)	Nguy kịch (%)
Da, niêm mạc	100	76,1	53,7
Hô hấp	0	98,9	100
Tuần hoàn	0	63,8	93,6
Tiêu hóa	0	59,1	29,3
Thần kinh	0	34,1	90,2



### Người phát hiện phản vệ

	ĐD- KTV	Bác sỹ
Khoa HSTC-BM	94/97 (96,9%)	3/97 (3,1%)
BV hạng 1	24/26 (92,3%)	2/26 (7,7%)
BV hạng 3	76/81 (93,8%)	5/81 (6,2%)
Tổng	194/204 (95%)	8/204 (5%)

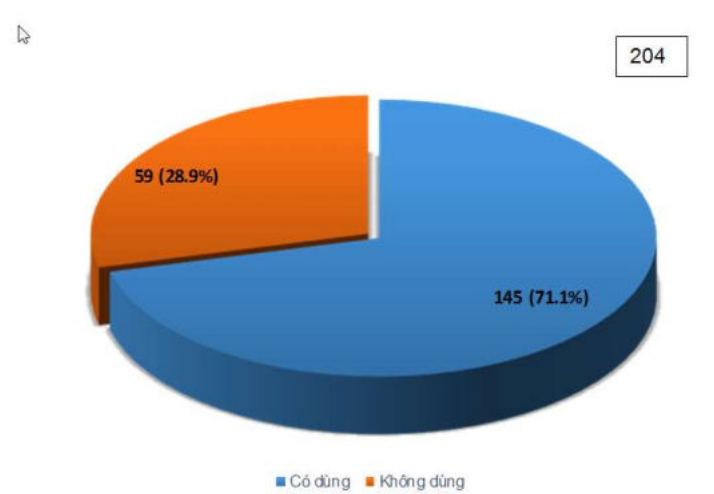


## Điều trị PV bằng Adrenalin theo các mức độ

Adrenalin Mức độ	Sử dụng Adrenalin				Tổng
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Nhẹ	16	21.3	59	78.7	75
Nặng	88	100	0	0	88
Ng. Kịch	41	100	0	0	41
Tổng	145	71.1	59	28.9	204
p	0.000				



## Tỷ lệ dùng Adrenalin trong phản vệ ban đầu



## Liều dùng Adrenalin

Liều Adrenalin	n	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Khởi đầu (mg)	145	0.58 ± 0.20	0.2	1.0
Lặp lại (mg)	75(51,7%)	0.56 ± 0.18	0.3	1.0
Duy trì(µcg/kg/p)	42(29%)	0.18 ± 0.15	0.05	0.6



## Thay đổi các triệu ở da, niêm mạc sau xử trí

Thời điểm	n	%	p
Đầu tiên PV	167	82,3	
Sau 5 phút	167	82,3	0,579
Sau 15 phút	159	78	0,311
Sau 30 phút	122	60	0,043
Sau 1 giờ	67	33	0,000
Sau 2 giờ	24	12	0,000
Sau 12 giờ	10	5	0,000
Sau 24 giờ	0	0	





## Các triệu chứng hô hấp, thần kinh thay đổi sau khi dùng adrenalin

Thời điểm	Hô hấp		p	Thần kinh		p
	n	%		n	%	
Đầu tiên PV	128	62,7		65	31,8	
Sau 5 phút	125	61,2	0,850	63	30,8	0,860
Sau 15 phút	93	45,6	0,002	47	23,0	0,089
Sau 30 phút	57	27,9	0,000	22	10,7	0,000
Sau 1 giờ	36	17,6	0,000	11	5,4	0,000
Sau 2 giờ	12	5,9	0,000	2	0,9	0,000
Sau 12 giờ	4	1,9	0,000	0	0	
Sau 24 giờ	0	0		0	0	



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Thay đổi mạch sau xử trí

Thay đổi mạch Thời gian	n	$\bar{x} \pm SD$	p
Khi phân vệ	204	101,4 ± 21,8	
Sau 5 phút	204	102,2 ± 20,7	0.413
Sau 15 phút	204	99,9 ± 20,1	0.107
Sau 30 phút	204	97,6 ± 19,1	0.000
Sau 1 giờ	204	95,5 ± 17,6	0.000
Sau 2 giờ	204	92,6 ± 14,8	0.000
Sau 24 giờ	204	89,8 ± 13,2	0.000



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Thay đổi HA ở Bn có tăng HA

Thay đổi HATT Thời gian	n	$\bar{x} \pm SD$ (mmHg)	p
Khi phân vệ	20	157,5 ± 26,3	
Sau 5 phút	20	158,7 ± 21,8	0.655
Sau 15 phút	20	149,0 ± 21,1	0.080
Sau 30 phút	20	141,0 ± 17,2	0.001
Sau 1 giờ	20	135,2 ± 14,8	0.000
Sau 2 giờ	20	131,5 ± 13,5	0.000
Sau 24 giờ	20	128,5 ± 13,4	0.000



## Thay đổi HA ở nhóm Bn bị tụt HA

Thay đổi HATT Thời gian	n	$\bar{x} \pm SD$ (mmHg)	p
Khi phân vệ	39	70,0 ± 18,9	
Sau 5 phút	39	80,0 ± 23,3	0.030
Sau 15 phút	39	97,6 ± 19,9	0.000
Sau 30 phút	39	110,3 ± 20,6	0.000
Sau 1 giờ	39	112,9 ± 17,9	0.000
Sau 2 giờ	39	113,5 ± 15,2	0.000
Sau 24 giờ	39	115,3 ± 12,4	0.000



## Thuốc được lựa chọn sử dụng đầu tiên

Thuốc	Mức độ		Nặng (n=5)		Nguy kịch (n=6)	
	Sử dụng	Tỉ lệ	Sử dụng	Tỉ lệ	Sử dụng	Tỉ lệ
Adrenalin	0		3	60%	6	100%
Kháng Histamin	4	100%	5	100%	4	100%
Corticoid	4	100%	5	100%	2	100%
Dịch truyền	4	100%	5	100%	6	100%



## Nhóm bệnh nhân không theo phác đồ ( n = 15 )

- 4 bn nhóm nhẹ
- 11 BN ( nặng;5 ), nguy kịch ( 6 BN)
- Không dám dùng hoặc chỉ dùng adrenalin khi tụt HA hoặc cấp cứu ngừng tuần hoàn ( 4 bn)
- Lý do : chưa nắm vững , không dám tiêm chạy đi gọi người hỗ trợ ...



## Tỉ lệ tử vong nhóm không theo phác đồ

Thông tin chung	Mức độ				
	Nhẹ	Nặng	Nguy kịch	Tổng	Tỉ lệ
Số bệnh nhân	4	5	6	15	100%
Bệnh nhân có biến chứng ngừng tuần hoàn			4		26,6% (4/15)
BN tử vong/BN nặng và nguy kịch	0	1	4	5	(5/11)
Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân thoát khỏi phân vệ.	16h20 □ 14h				



## MỘT SỐ CA LÂM SÀNG



## Ca lâm sàng 1 . bv Hùng Vương Phú thọ

Trẻ 22 ngày tuổi

Tiền sử: Sinh mổ, Cân nặng lúc sinh 3,0 kg

Cân nặng : 3,0 kg

Mẹ cháu dùng khăn giấy ướt lau cho con

Xuất hiện ; nhiều ban ở mặt, phù quanh tai , vật vã , quấy khóc ..



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

## Ca lâm sàng 1

Các triệu chứng lâm sàng khác:

- Không có tiếng rít thanh quản
  - Phổi không có Rale
  - Vật vã , SP02: 94%
  - Mạch: 156 lần/ phút
  - Huyết áp: ?
- Xử trí : adrenaline 1/5 mg tiêm bắp mới đẻ ( 1/4 mg trẻ khoảng 10 kg, 1/3 mg trẻ khoảng 20 kg , 1/3 mg khoảng 30 kg, trẻ >30 kg 1/2 mg , người lớn 1/2 mg



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017


**Ca lâm sàng 1**


Sau tiêm 5 phút

- Các ban đỏ vùng miệng, mắt, má trái, 2 tai nhạt dần
- Mạch: 175 lần/ phút
- SpO2: 98-99%

Sau 17 phút

- Trẻ ngủ ngoan
- các ban đỏ vùng miệng, mắt, tai... biến mất hoàn toàn
- M: 140 SpO2: 99%






HỘI HỒ SỨC CẤP CỨU VÀ CHỒNG ĐỘC VIỆT NAM

## Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân NỮ , Tuổi 72, mẹ 1 điều dưỡng, 25.3.2017

- Chẩn đoán: phản vệ - Đợt cấp mắt bù xơ gan- Viêm gan virus B- K hóa, đã nút mạch, suy dinh dưỡng
- Quá trình phản vệ :  
BN truyền Hepagol 8% và Q liver ( ngày thứ 5 cùng 1 lô thuốc ) bắt đầu lúc 20h
- 21h:- Xuất hiện triệu chứng rét run, khó thở, thở rít, có tiếng rít thanh quản , HA: 160/80mmHg.
- Xử trí : Ngừng truyền tĩnh mạch Hepagol 8% và Q liver.  
Tiêm bắp adrenalin 1mg x ½ ống  
Gọi hỗ trợ Bác sỹ.



HỘI HỒ SỨC CẤP CỨU VÀ CHỒNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

### Ca lâm sàng 2

- 21h5 :- Vẫn còn tiếng rít, khó thở HA: 200/110mmHg  
Tiêm bắp adrenalin 1mg x ½ ống
- 21h15: - Còn tiếng rít, đỡ khó thở HA: 160/80mmHg  
Tiêm bắp adrenalin 1mg x ½ ống
- 21h25: - Còn tiếng rít . Tiêm bắp adrenalin 1mg x ½ ống  
Vận chuyển bệnh nhân đi viện Thanh Nhàn
- 21h35: BN đang trên đường đến viện Thanh Nhàn  
Còn tiếng rít, đỡ khó thở. HA: 150/80 adrenalin 1mg x ½ ống
- 21h45: BN đến BV Thanh Nhàn; Bệnh nhân tỉnh.Đỡ khó thở,  
còn ít tiếng rít, SpO2: 95%, HA:130/80mmHg  
Tiêm solumedrol 40mg x 01 ống. Khí dung ventolin
- Theo dõi đến 23h30 ( BV Thanh Nhàn) : Bệnh nhân tỉnh,  
không khó thở, không tiếng rít thanh quản.→ chuyển ICU Bạch



### Ca lâm sàng 3, ong đốt bv Bá thước Thanh hóa

- Bn nam 17 tuổi, khỏe mạnh, Sáng 1 Tết bị 1 con ong đốt , sau đó thấy khó chịu, mệt, khó thở tăng dần
- Vào viện : thở rít kiểu hen , nói được câu ngắn 1-2 từ , vã mồ hôi , mạch 120 , HA 170/100
- Chẩn đoán ? Xử trí ?
- Adrenalin ? Có người không đồng ý lý do : không có dấu hiệu ở da , chưa sốc ( HA 170 )  
→ adrenalin làm tăng HA nữa và có thể làm xuất huyết não, vỡ tim ? Chỉ định khí dung ?



Ca lâm sàng 3, ong đốt bv Bá thước Thanh hóa

- Bn mệt hơn , Mẹ BN (làm ở khoa dược )yêu cầu gọi đt hỏi ý kiến
- Trả lời : Phản vệ do ong đốt , gây co thắt phế quản nặng , thiếu oxy nặng gây phản ứng cường giao cảm ( mạch nhanh, HA tăng), nếu nặng nữa sẽ tụt HA , ngừng thở, ngừng tim
- Adrenalin là bắt buộc : ½ ống TB, sau khoảng 5 phút không đỡ tiêm ½ tiếp , sau 10 phút , nói được câu dài hơn, mạch ↓, HA ↓ dần, truyền liên tục 6 giờ tiếp theo ( 8 mg ) thì hết hẳn



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

Ca lâm sàng 4; cơ địa dị ứng bv Bạch mai

- Sản phụ 30 tuổi , điều dưỡng khoa HSTC thai lần 2 , mổ đẻ , con bình thường ,
  - Sau mổ giảm đau : feldene 1 ống tiêm bắp
  - Sau 5 phút khó chịu, khó thở tăng dần , vã mồ hôi , nói câu ngắn , HA 170/100 mạch 120 , SpO2 : 98-94-90 % ( oxy 5 l/phút)
- Xử trí ; Kháng Histamin? Corticoid?  
Adrenalin? Khí dung salbutamol ? Không làm gì ? Theo dõi tiếp ?
- Diễn biến : vật vã , nhiều mồ hôi



HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU  
VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017



### Ca lâm sàng 4; cơ địa dị ứng bv Bạch mai

- Xử trí : adrenalin **1/3** mg tiêm bắp , đỡ khó thở sau đó truyền liên tục adrenaline ( đã có đường truyền)
- Theo dõi SpO2 ↑ dần, nói câu dài hơn, HA giảm dần , mạch chậm lại , bệnh nhân hết khó thở sau 2 giờ ,( lưu ý nguy cơ phản vệ cho BN)
- **Lần 2** : đang bẻ 1 ống Bicacbonat 1.4% để truyền cho BN , khó thở đột ngột , mất ý thức , ngã khụy xuống sàn nhà
- Adrenalin 1 mg tiêm mông ( qua quần áo, không sát trùng ) , sau đó dễ thở → đưa lên giường, thở oxy
- Khi hết khó thở : cảm giác hơi đau đầu ( hiện tại chuyển nơi làm việc )



### Ca lâm sàng 5. cấp cứu phản vệ trên không ( vn express 16/4/2016)

- Bs54 Tuổi khỏe mạnh đi Hàn quốc
- Sau ăn salad trên máy bay : đầy bụng , ngứa , thở rít , tím môi và đầu chi
- Khó thở nhiều hơn , huyết áp tụt
- Nguy cơ tử vong : xin hạ cánh khẩn cấp ?
- Tìm thấy adrenalin : sau tiêm ½ ống 1mg bắt đầu dễ thở , tiếp tục tiêm thêm ½ mg hết triệu chứng
- Tiếp tục hành trình đến Soul



# Cấp cứu phản vệ sau tiêm vaccin

**MANAGEMENT OF ANAPHYLAXIS IN THE VACCINATION SETTING**

**Resuscitation Council UK** **GUIDELINES** 2021

**1. Lifethreatening problems**

- Airway:** Swelling, hoarseness, stridor
- Breathing:** Rapid breathing, wheeze, fatigue, cyanosis, SpO<sub>2</sub> < 94%, confusion
- Circulation:** Pale/clammy, low blood pressure, faintness, dizziness

**2. IM adrenaline**

IM doses of 1 mg to 1 mL (1:1000) adrenaline

- Adult and child > 12 years: 500 micrograms IM (0.5 mL)
- Child 6-12 years: 300 micrograms IM (0.3 mL)
- Child 6 months to 6 years: 150 micrograms IM (0.15 mL)
- Child < 6 months: 100-200 micrograms IM (0.1-0.2 mL)

(Adrenaline IV to be given only by experienced specialists)

**3. IV fluid bolus**

- Use crystalloid
- Adults: 500-1000 mL
- Children: 20 mL/kg

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017**

# Cấp cứu phản vệ sau tiêm vaccin

**MANAGEMENT OF ANAPHYLAXIS IN THE VACCINATION SETTING**

**Resuscitation Council UK** **GUIDELINES** 2021

**1. Lifethreatening problems**

- Airway:** Swelling, hoarseness, stridor
- Breathing:** Rapid breathing, wheeze, fatigue, cyanosis, SpO<sub>2</sub> < 94%, confusion
- Circulation:** Pale/clammy, low blood pressure, faintness, dizziness

**2. IM adrenaline**

IM doses of 1 mg to 1 mL (1:1000) adrenaline

- Adult and child > 12 years: 500 micrograms IM (0.5 mL)
- Child 6-12 years: 300 micrograms IM (0.3 mL)
- Child 6 months to 6 years: 150 micrograms IM (0.15 mL)
- Child < 6 months: 100-200 micrograms IM (0.1-0.2 mL)

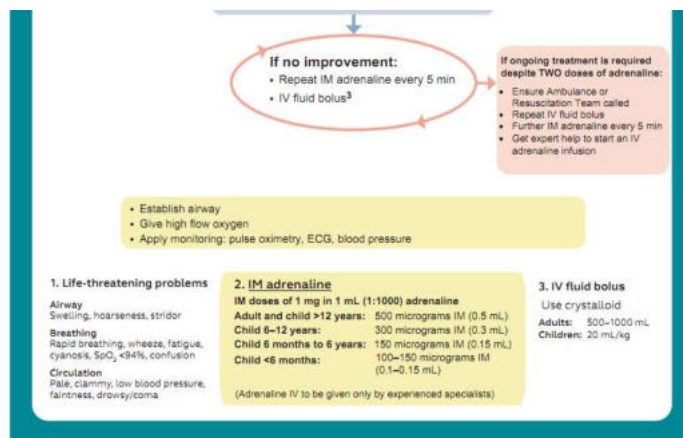
(Adrenaline IV to be given only by experienced specialists)

**3. IV fluid bolus**

- Use crystalloid
- Adults: 500-1000 mL
- Children: 20 mL/kg

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017**

## Cấp cứu phản vệ sau tiêm vaccin



<sup>3</sup>Resuscitation Council UK and Public Health England, Dec 2020

Product code: COV2020381: 1p 30K DEC (APS)

## Hướng dẫn của CDC về chuẩn bị

**Interim Considerations:**  
Preparing for the Potential Management of Anaphylaxis at COVID-19 Vaccine Sites

A serious allergic reaction (e.g., anaphylaxis) after a previous dose or to a component of a COVID-19 vaccine or an immediate allergic reaction of any severity after a previous dose or known (diagnosed) allergy to a component of a COVID-19 vaccine are [contraindications to vaccination](#).

**Trained personnel and appropriate medical treatment for severe allergic reactions must be immediately available in the event that an acute anaphylactic reaction occurs following administration of a COVID-19 vaccine.**

**Recommended observation period following COVID-19 vaccination**

CDC recommends the following observation periods after vaccination:

- 30 minutes:** Persons with an immediate allergic reaction of any severity to a vaccine or injectable therapy and persons with a history of anaphylaxis (due to any cause)
- 15 minutes:** All other persons

Symptoms often occur within 15–30 minutes of vaccination, though it can sometimes take several hours for symptoms to appear. Early signs of anaphylaxis can resemble a mild allergic reaction, and it is often difficult to predict whether initial, mild symptoms will progress to become an anaphylactic reaction. Not all symptoms listed above are necessarily present during anaphylaxis, and not all patients have skin reactions.

## Hướng dẫn của CDC về chẩn đoán

### » Early recognition of anaphylaxis

Because anaphylaxis requires immediate treatment, diagnosis is primarily made based on recognition of clinical signs and symptoms, including:

- **Respiratory:** sensation of throat closing or tightness, stridor (high-pitched sound while breathing), hoarseness, respiratory distress (such as shortness of breath or wheezing), coughing, trouble swallowing/drooling, nasal congestion, rhinorrhea (runny nose), sneezing
- **Gastrointestinal:** nausea, vomiting, diarrhea, abdominal pain, or cramps
- **Cardiovascular:** dizziness; fainting; tachycardia (abnormally fast heart rate); hypotension (abnormally low blood pressure); pulse difficult to find or "weak"; cyanosis (bluish discoloration); pallor; flushing
- **Skin/mucosal:** generalized hives; widespread redness; itching; conjunctivitis; or swelling of eyes, lips, tongue, mouth, face, or extremities
- **Neurologic:** agitation; convulsions; acute change in mental status; sense of impending doom (a feeling that something bad is about to happen)
- **Other:** sudden increase in secretions (from eyes, nose, or mouth); urinary incontinence

Healthcare personnel should consider anaphylaxis when patients present with generalized signs or symptoms such as hives, serious or life-threatening symptoms (e.g., hypotension, respiratory distress, or significant swelling of the tongue or lips), or symptoms that involve more than one body system.

### » Medications and supplies for assessing and managing anaphylaxis

Healthcare personnel who are trained and qualified to recognize the signs and symptoms of anaphylaxis as well as administer intramuscular epinephrine should be available at the vaccination location at all times. Vaccination locations that anticipate vaccinating large numbers of persons (e.g., mass vaccination clinics) should plan adequate staffing and supplies (including epinephrine) for the assessment and management of anaphylaxis.

The following emergency equipment should be immediately available for the assessment and management of anaphylaxis.

## Hướng dẫn về dụng cụ và xử trí tại nơi tiêm

### Interim Considerations: Preparing for the Potential Management of Anaphylaxis at COVID-19 Vaccine Sites



Should be available at all sites	If feasible, include at sites (not required)
Epinephrine (e.g., pre-filled syringe or autoinjector)*	Pulse oximeter
H1 antihistamine (e.g., diphenhydramine, cetirizine)†	Oxygen
Blood pressure monitor‡	Bronchodilator (e.g., albuterol)
Timing device to assess pulse	H2 antihistamine (e.g., famotidine, cimetidine)
	Intravenous fluids
	Intubation kit
	Adult-sized pocket mask with one-way valve (also known as cardiopulmonary resuscitation (CPR) mask)

\*COVID-19 vaccination locations should have at least 2 doses of epinephrine available at all times, and the ability to quickly obtain additional doses to replace supplies after epinephrine is administered to a patient. Persons with a history of anaphylaxis who carry an epinephrine autoinjector could be reminded to bring it to their vaccination appointments. Detailed information on storage, handling, administration, and dosage considerations is available on the package inserts for [epinephrine](#) (e.g., [EpiPen](#)). Expired epinephrine or epinephrine that appears to be unusable should be replaced.

†Antihistamines may be given as adjunctive treatment but should not be used as initial or sole treatment for anaphylaxis. Additionally, caution should be used if oral medications are administered to persons with respiratory or other obstructive conditions.

‡Either an automated or a manual blood pressure monitor, with appropriate cuff sizes, is acceptable. If a manual blood pressure monitor is used, a stethoscope should also be available.

### » Management of anaphylaxis at a COVID-19 vaccination site.

If anaphylaxis is suspected, take the following steps:

- Rapidly assess airway, breathing, circulation, and mentation (mental activity).
- Call for emergency medical services (EMS) or 911.
- Place the patient in a supine position (face up), with feet elevated, unless upper airway obstruction is present or the patient is vomiting.
- Epinephrine (1 mg/ml aqueous solution [1:1000 dilution]) is the first-line treatment for anaphylaxis and should be administered immediately.
  - In adults, administer a 0.3 mg intramuscular dose using a premeasured or pre-filled syringe, or an autoinjector, in the mid-outer thigh (through clothing if necessary).
  - The maximum adult dose is 0.5 mg per dose.
  - Epinephrine dose may be repeated approximately every 5-15 minutes if symptoms do not improve or if they return while waiting for EMS. The number and timing of epinephrine doses should be recorded and communicated to EMS.
  - Because of the acute, life-threatening nature of anaphylaxis, there are no contraindications to epinephrine administration.

## Giải thích của CDC về dùng kháng Histamines

Antihistamines (e.g, H1 or H2 antihistamines) and bronchodilators do not treat airway obstruction or hypotension and, thus, are not first-line treatments for anaphylaxis.

However, they can help provide relief for hives and itching (antihistamines) or symptoms of respiratory distress (bronchodilators) but should only be administered after epinephrine to a patient with anaphylaxis. Administration of antihistamines to COVID-19 vaccine recipients prior to vaccination to prevent allergic reactions is not recommended. Antihistamines do not prevent anaphylaxis, and their prophylactic use may mask cutaneous symptoms, which could lead to a delay in the diagnosis and management of anaphylaxis. Because anaphylaxis may recur after patients begin to recover, **monitoring in a medical facility for at least four hours** is advised, even after complete resolution of symptoms and signs.

### » Patient counseling

Patients who experience anaphylaxis after the first dose of COVID-19 vaccination should be instructed not to receive additional doses. In addition, patients should be referred to an allergist-immunologist for appropriate work-up and additional counseling.

### » Reporting of anaphylaxis

Any adverse events that occur in a recipient following COVID-19 vaccination, including anaphylaxis, are required to be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) under Emergency Use Authorization. Information on how to submit a report to VAERS is available at <https://vaers.hhs.gov> or by calling 1-800-822-7967.

03/01/2021 CS321620-G

2

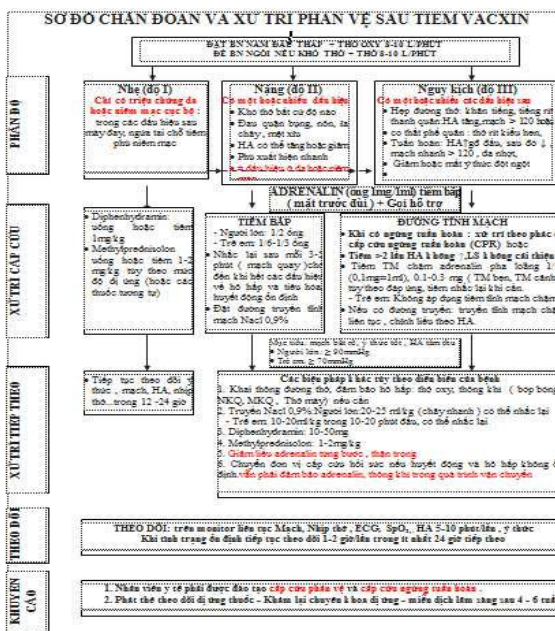


HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PV SAU TIÊM VACCIN

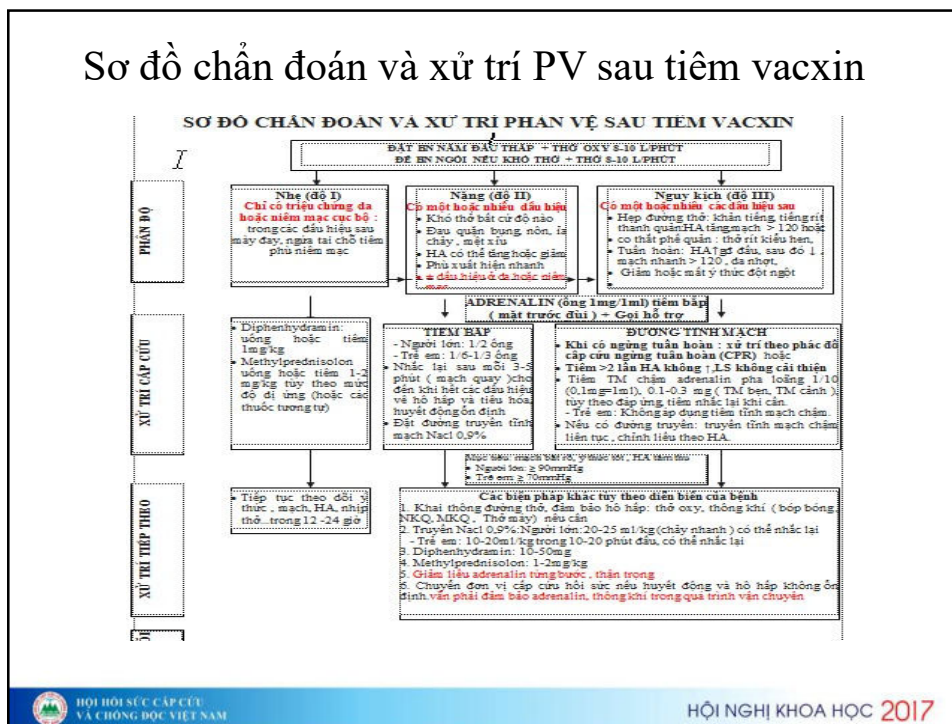
### PHÂN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ



HỘI HỘI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC 2017

## Sơ đồ chẩn đoán và xử trí PV sau tiêm vaccin

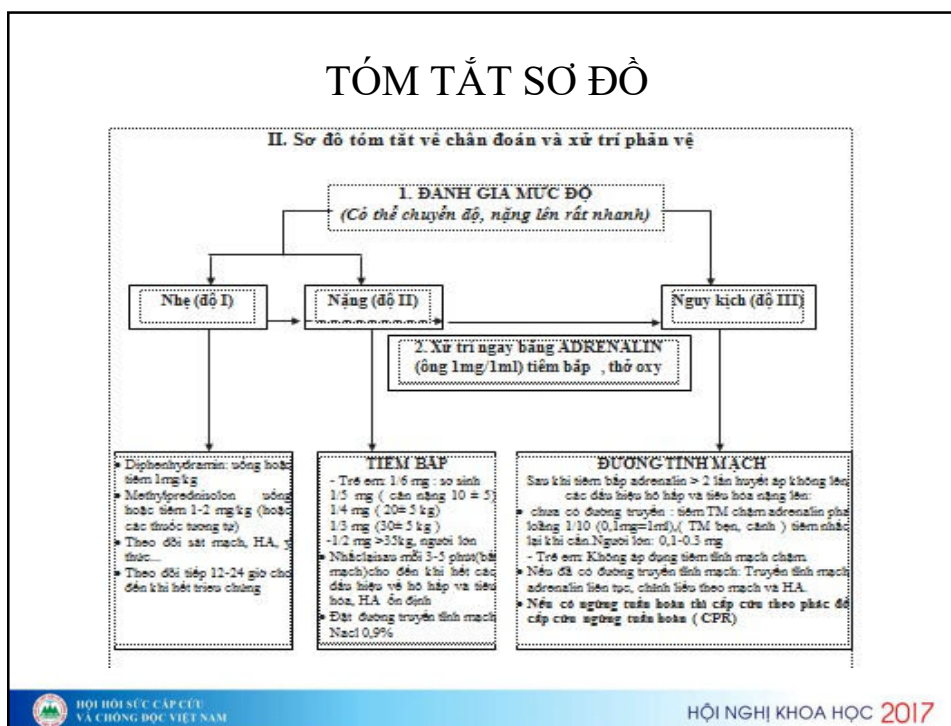


## SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PV SAU TIÊM VACCIN

**THE O DỐI:** trên monitor liên tục Mạch, Nhịp thở, ECG, SpO<sub>2</sub>, HA 5-10 phút/lần, ý thức  
Khi tình trạng ổn định tiếp tục theo dõi 1-2 giờ/lần trong ít nhất 24 giờ tiếp theo

1. Nhân viên y tế phải được đào tạo **cấp cứu phản vệ** và **cấp cứu ngưng tuần hoàn**.
2. Phát thẻ theo dõi dị ứng thuốc - Khám lại chuyên khoa dị ứng - miễn dịch lâm sàng sau 4 - 6 tuần

## TÓM TẮT SƠ ĐỒ



## KẾT LUẬN

- Luôn cảnh giác phản vệ xảy ra trong môi trường bệnh viện
- Cấp cứu tại chỗ, adrenalin tiêm bắp sớm ngay ban đầu quyết định thành công
- Chuẩn bị sẵn: nhân lực thành thạo (điều dưỡng, KTV, hộ lý, Bs đã đào tạo ...), dụng cụ, thuốc sẵn sàng
- Team work hỗ trợ kịp thời