

ANAPHYLAXIS IN ANTEPARTUM WOMEN: A CASE REPORT

Do Van Loi*, Phung Quang Thuy, Nguyen Minh Nghia, Luu Thuy Hien

Phenikaa University Hospital - Group 5, Xuan Phuong Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 14/08/2025

Revised: 28/08/2025; Accepted: 11/09/2025

ABSTRACT

Case summary: A 26-year-old pregnant woman, gravida 2 para 1, at 38 weeks and 4 days of gestation, with a history of cesarean section, was scheduled for a repeat cesarean delivery on June 13, 2025. She was administered prophylactic antibiotics (Cefazolin) prior to being transferred to the operating room. During the antibiotic infusion, she developed symptoms including dyspnea, generalized rash, diffuse erythema, facial edema, tachycardia (121-125 beats per minute), and hypotension (85/50 mmHg). Auscultation revealed no rales. Her oxygen saturation (SpO₂) was 97%, body temperature was 36.5°C, and fetal heart rate ranged between 128 and 131 beats per minute. Immediate treatment included two intramuscular injections of Adrenaline, followed by a continuous intravenous Adrenaline infusion. Additional interventions included administration of oxygen at 8 liters per minute, intravenous saline infusion, positioning the patient on her right side to tilt the uterus to the left, administration of methylprednisolone, and continuous fetal heart monitoring using an obstetric monitor. Obstetric management was provided by an obstetrician and a midwife.

Results: The mother responded well to treatment. Her skin erythema and facial edema resolved, and the Adrenaline infusion was discontinued after nine hours of resuscitation. The fetal heart rate remained stable at 125-135 beats per minute during the first hour and normalized afterward. No biphasic anaphylactic reaction occurred. After 23 hours, the patient showed signs of labor, and a cesarean section was performed under spinal anesthesia. Prior to anesthesia, an allergist conducted drug allergy testing to guide safe medication selection for surgery. The mother's condition remained stable during and after the operation. The newborn was delivered in good condition, crying immediately at birth, and weighed 3250 grams.

Conclusion: The management of anaphylaxis in full-term pregnant women is fundamentally similar to that in non-pregnant patients. However, early fluid resuscitation and timely administration of Adrenaline, combined with uterine displacement to the left, are essential to restore hemodynamic stability and ensure adequate oxygenation and uteroplacental perfusion. Continuous fetal heart rate monitoring is also critical. In the absence of fetal distress, cesarean delivery should be postponed until maternal shock has resolved, as proceeding with anesthesia during anaphylactic shock poses significant risks to the mother's life.

Keywords: Anaphylactic shock, full-term pregnancy, labor, cesarean section.

*Corresponding author

Email: loidv74@gmail.com **Phone:** (+84) 986659949 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3212**

PHẢN VỆ Ở SẢN PHỤ TRƯỚC SINH: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Đỗ Văn Lợi*, Phùng Quang Thủy, Nguyễn Minh Nghĩa, Lưu Thúy Hiền

Bệnh viện Đại học Phenikaa - Tổ 5, P. Xuân Phương, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/08/2025; Ngày duyệt đăng: 11/09/2025

TÓM TẮT

Tóm tắt ca bệnh: Một sản phụ 26 tuổi, mang thai lần 2, tuổi thai 38 tuần 4 ngày, tiền sử mổ lấy thai, có chỉ định mổ lấy thai vào ngày 13/6/2025. Sản phụ được truyền kháng sinh dự phòng (Cefazolin) trước khi chuyển lên phòng mổ. Trong khi đang truyền kháng sinh xuất hiện các triệu chứng khó thở, nổi mẩn ngứa toàn thân, đỏ da toàn thân, phù mắt, mạch nhanh 121-125 lần/phút, huyết áp tụt 85/50 mmHg, nghe phổi không có ran, SpO₂ 97%, nhiệt độ 36,5°C, tim thai 128-131 lần/phút. Sản phụ đã được điều trị ngay lập tức bằng cách tiêm hai mũi Adrenalin (tiêm bắp), sau đó truyền tĩnh mạch liên tục Adrenalin, thở oxy 8 lít/phút, truyền dịch NaCl 0,9%, nằm nghiêng trái sau đó dùng Methylprednisolone và theo dõi tim thai liên tục bằng monitor sản khoa. Việc quản lý sản khoa được thực hiện bởi bác sĩ sản khoa và nữ hộ sinh.

Kết quả: Sản phụ hồi phục, hết đỏ da, hết phù mắt và cắt được Adrenalin sau 9 giờ hồi sức, tim thai duy trì 125-135 lần/phút trong khoảng 1 giờ đầu hồi sức mẹ và trở về bình thường trong suốt quá trình hồi sức mẹ còn lại, không xảy ra phản vệ pha hai. Sau phản vệ 23 giờ, xuất hiện dấu hiệu chuyển dạ nên được chỉ định mổ lấy thai. Sản phụ đã được gây tê tùy sống để mổ lấy thai. Trước khi gây tê, sản phụ được bác sĩ chuyên khoa dị ứng kiểm tra phản ứng dị ứng các thuốc dự kiến có thể sử dụng trong mổ để lựa chọn. Toàn trạng sản phụ trong và sau mổ ổn định, trẻ sơ sinh khóc tốt, nặng 3250 gam.

Kết luận: Việc xử trí phản vệ ở sản phụ mang thai đủ tháng về cơ bản giống như ở người bệnh không mang thai. Tuy nhiên, cần bù dịch sớm đồng thời với sử dụng Adrenalin kết hợp đẩy tử cung sang trái hoặc nằm nghiêng trái, sớm đưa huyết động về mức cho phép sao cho đảm bảo cung cấp oxy các cơ quan người mẹ và tưới máu tử cung rau, kết hợp theo dõi tim thai chặt chẽ. Việc mổ lấy thai cấp cứu nên trì hoãn đến khi hết sốc nếu không suy thai vì nguy cơ ảnh hưởng tới tính mạng người mẹ sẽ rất cao nếu phải vô cảm để mổ trong khi đang sốc phản vệ.

Từ khóa: Sốc phản vệ, sản phụ thai đủ tháng, chuyển dạ, mổ lấy thai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ là một biến cố hiếm gặp trong thai kỳ nói chung và thai kỳ đủ tháng nói riêng, nhưng khi khởi phát có thể gây hạ huyết áp ở mẹ, dẫn đến giảm tưới máu tử cung rau và hậu quả có thể ảnh hưởng đến cả tính mạng sản phụ và thai. Hơn nữa, nguy cơ sinh mổ ở những người bệnh bị sốc phản vệ trong thai kỳ là rất cao (74%) [1]. Vấn đề đặt ra là hồi sức như thế nào? Mổ lấy thai ngay khi đang sốc hay không? Cho đến nay vẫn chưa có một hướng dẫn cụ thể nào của Hội Gây mê Hồi sức cũng như của Bộ Y tế. Chúng tôi báo cáo một trường hợp sốc phản vệ ở sản phụ do dị ứng kháng sinh dự phòng trước mổ và thảo luận về cách xử trí sốc phản vệ ở một sản phụ mang thai đủ tháng.

2. CA LÂM SÀNG

Một sản phụ 26 tuổi, có thai lần 2, thai 38 tuần 4 ngày, tiền sử mổ lấy thai, được chỉ định mổ lấy thai ngày 13/6/2025. Không có tiền sử dị ứng thuốc hay thức ăn.

Trước khi đưa sản phụ lên phòng mổ, sản phụ được truyền kháng sinh dự phòng (Cefazolin). Trong khi đang truyền kháng sinh, xuất hiện đỏ da toàn thân, mạch nhanh (121-125 lần/phút), huyết áp tụt (85/50 mmHg), khó thở (nghe phổi không có ran, SpO₂ 97%), tinh thần sản phụ hoảng hốt. Sản phụ được chẩn đoán: sốc phản vệ do dị ứng kháng sinh nên được dừng kháng sinh và điều trị ngay lập tức với 0,5 mg Adrenalin tiêm bắp, truyền huyết thanh mặn đẳng trương (NaCl 0,9%) 1000 ml tốc độ nhanh, kê

*Tác giả liên hệ

Email: loidv74@gmail.com Điện thoại: (+84) 986659949 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3212>

gối dưới hông phải để tử cung đổ sang trái tránh chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, thở oxy 8 lít/phút và tiêm tĩnh mạch 80 mg Methylprednisolone. Sau 4 phút, huyết áp không tăng, mạch vẫn nhanh, sản phụ được tiêm liều Adrenalin thứ 2 và chỉ định pha Adrenalin chạy bơm tiêm điện (liều khởi đầu 0,1 mcg/kg/phút) đồng thời tiếp tục truyền dịch NaCl 0,9%. Sau 5 phút tiếp theo, huyết áp tăng lên 100/50 mmHg, nhịp tim giảm xuống 100-105 nhịp/phút, tim thai trong khoảng 125-130 nhịp/phút, dao động ít. Không làm xét nghiệm immunoglobulin E (IgE) và tryptase huyết thanh vì xác định chính xác dị nguyên và thai đã đủ tháng.

Bác sĩ sản khoa theo dõi tim thai liên tục bằng monitor sản khoa và sẵn sàng phẫu thuật lấy thai nếu tim thai suy. Tuy nhiên, nhịp tim thai có giảm và dao động kém nhưng vẫn trong khoảng 125-130 nhịp/phút. Hội chẩn bác sĩ sản khoa và bác sĩ dị ứng miễn dịch lâm sàng thống nhất tiếp tục duy trì Adrenalin sao cho huyết áp tối đa mẹ trên 90 mmHg và theo dõi tiếp huyết động sản phụ và tim thai mà chưa mổ lấy thai, nếu tim thai vẫn trong giới hạn cho phép, thì sẽ chờ sản phụ thoát sốc sau 24 giờ mới xét chỉ định mổ lấy thai.

Sản phụ được chuyển tới phòng mổ, tiếp tục điều trị và theo dõi để nếu có suy thai thì mổ kịp thời. Toàn trạng sản phụ và tim thai hồi phục hoàn toàn sau 8 giờ. Sau sốc phản vệ 23 giờ, sản phụ hồi phục hoàn toàn, tim thai trong giới hạn bình thường thì xuất hiện dấu hiệu chuyển dạ (cơn co tần số 2, đau bụng khi có cơn co) nên được chỉ định mổ lấy thai. Tại phòng mổ, sản phụ được bác sĩ chuyên khoa dị ứng miễn dịch lâm sàng test nội bì một số thuốc mê, thuốc tê, thuốc tăng co tử cung và thuốc giảm đau. Kết quả test dị ứng đều âm tính với các thuốc cần sử dụng trong phòng mổ. Sản phụ được gây tê tủy sống bằng Bupivacaine (Marcaine) để mổ lấy thai. Trong mổ huyết động ổn định, mổ lấy ra một bé gái nặng 3250 gam, Apga 9/10 điểm. Kháng sinh được sử dụng trong mổ là Clindamycin.

3. BÀN LUẬN

Sốc phản vệ được định nghĩa là phản ứng dị ứng hoặc quá mẫn nghiêm trọng, toàn thân, có thể đe dọa tính mạng hoặc gây tử vong [2]. Sốc phản vệ là một sự kiện tương đối hiếm gặp trong thời kỳ mang thai [2-5]. Việc xử lý sốc phản vệ ở người bệnh mang thai có gì khác so với ở người bệnh không mang thai? Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ. Tuy nhiên, Thông tư 51/2017/TT-BYT hướng dẫn xử trí phản vệ chung chứ không có phần riêng cho phụ nữ có thai. Cho đến nay, ở Việt Nam chưa có một hướng dẫn nào về xử trí phản vệ ở phụ nữ có thai. Các phác đồ xử trí phản vệ hiện nay thì Adrenalin vẫn là thuốc đầu tay cấp cứu sốc phản vệ. Tuy nhiên, về mặt lý thuyết thì việc sử dụng Adrenalin liều cao

có thể ảnh hưởng tới tưới máu tử cung rau, vậy xử trí như thế nào cho an toàn cho cả mẹ và thai. Theo Yasunobu Tsuzuki và cộng sự, việc xử trí cần phối hợp Adrenalin với truyền dịch sớm và nằm nghiêng trái [6]. Các triệu chứng của phản vệ bao gồm hô hấp (khó thở, thở rít), tiêu hóa (nôn, đau bụng), da và niêm mạc (nổi mề đay, phát ban ngứa, đỏ da toàn thân), hệ tim mạch và thần kinh trung ương (huyết áp tụt, mạch nhanh, đau đầu, mất ý thức). Sốc phản vệ gây ra hạ huyết áp và thiếu oxy ở mẹ làm giảm lưu lượng máu tử cung [3-5], có khả năng đe dọa tính mạng của cả mẹ và thai nhi. Các nguy cơ đối với thai nhi bao gồm bệnh não do thiếu oxy, tổn thương hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng hoặc tử vong [3-5]. Điều trị ban đầu bao gồm cải thiện tuần hoàn của mẹ bằng đẩy tử cung sang trái, tiêm bắp Adrenalin và loại bỏ dị nguyên [3]. Theo hướng dẫn xử trí phản vệ cấp tính cho phụ nữ có thai của Hiệp hội Miễn dịch học lâm sàng và dị ứng Úc năm 2024 (ASCIA Guidelines), Adrenalin là lựa chọn đầu tiên trong xử trí phản vệ ở phụ nữ có thai, việc tiêm Adrenalin kịp thời là cần thiết [7]. Không nên ngừng tiêm Adrenalin do sợ giảm tưới máu tử cung rau vì việc duy trì huyết áp thích hợp cho mẹ và hồi sức thành công cho mẹ lớn hơn những rủi ro có thể xảy ra do giảm lưu lượng máu tử cung trong thời gian ngắn về mặt lý thuyết có thể do Adrenalin gây co mạch tử cung [2-5]. Yếu tố quyết định chính của quá trình tưới máu tử cung nhau thai là huyết áp của mẹ [3]. Theo dõi liên tục các triệu chứng dị ứng của sản phụ và tình trạng thai nhi để kịp thời đưa ra các quyết định điều trị phù hợp nhằm bảo vệ tính mạng sản phụ và ngăn ngừa tổn thương vĩnh viễn cho thai nhi. Nếu các triệu chứng dị ứng tái phát hoặc không cải thiện, có thể cần tiêm Adrenalin lặp lại sau mỗi 5 phút [2-3]. Do đó, người bệnh của chúng tôi đã được điều trị ngay lập tức bằng tiêm bắp hai mũi Adrenalin cách nhau 4 phút, truyền dịch nhanh (NaCl 0,9% × 1000 ml), thở oxy lưu lượng cao (8 lít/phút), cho sản phụ nằm nghiêng trái và sau đó là truyền liên tục Adrenalin bằng bơm tiêm điện nhằm duy trì đích huyết áp tối đa của sản phụ ≥ 90 mmHg (theo hướng dẫn của ASCIA). Tim thai được kẹp bác sĩ và nữ hộ sinh theo dõi liên tục bằng monitor sản khoa. Vấn đề mổ lấy thai nên thực hiện ngay hay chờ sản phụ hết sốc và huyết động hồi phục hoàn toàn? Việt Nam chưa có hướng dẫn cụ thể nào, còn theo hướng dẫn của Hiệp hội Miễn dịch học lâm sàng và dị ứng Úc thì mổ lấy thai được chỉ định khi: (1) có suy thai, (2) sốc phản vệ khó điều trị (ví dụ tụt huyết áp kéo dài) [7]. Mổ lấy thai để tránh tình trạng thiếu oxy máu thai nhi, ngăn ngừa tổn thương nghiêm trọng cho thai nhi và có thể có ích hơn trong hồi sức người mẹ. Tuy nhiên, vấn đề vô cảm để mổ khi đang sốc phản vệ tiềm ẩn nhiều rủi ro vì khi đó không thể gây tê tủy sống mà phải gây mê toàn thân, khi gây mê vấn đề đáng lo ngại nhất là lại bị dị ứng với một loại thuốc nào đó sử dụng trong gây mê dẫn tới sốc trầm trọng hơn. Trong ca bệnh này, chúng tôi mời hội chẩn liên chuyên khoa, bao gồm chuyên

khoa dị ứng miễn dịch lâm sàng, chuyên khoa hồi sức cấp cứu, chuyên khoa sản và chuyên khoa gây mê hồi sức. Chúng tôi quyết định tiếp tục điều trị và theo dõi liên tục cả sản phụ và tim thai cho đến khi sản phụ hồi phục hoàn toàn ít nhất 24 giờ (tránh sốc thì hai) thì mới mổ lấy thai nếu như đích huyết áp sản phụ đạt mà không có suy thai. May mắn là trong quá trình điều trị, huyết áp tối đa sản phụ luôn duy trì ≥ 90 mmHg và tim thai dao động trong giới hạn cho phép. Đến giờ thứ 23 sau sốc, sản phụ hồi phục hoàn toàn, không còn phải sử dụng Adrenalin, không còn triệu chứng gì của phản vệ, sản phụ xuất hiện dấu hiệu chuyển dạ (đau bụng do cơn co tử cung), chúng tôi quyết định mổ lấy thai. Tại phòng mổ, sản phụ được kiểm tra phản ứng dị ứng (test) với một số thuốc sử dụng trong gây mê, kết quả kiểm tra không có phản ứng với thuốc nào. Sản phụ được gây tê tủy sống để mổ, huyết động trong mổ ổn định và lấy ra được một bé nặng 3250 gam, khóc to.

4. KẾT LUẬN

Chúng tôi trình bày một trường hợp sốc phản vệ với kháng sinh dự phòng trước mổ lấy thai ở sản phụ có thai đủ tháng, kèm theo chỉ tiết về cách xử trí người bệnh. Cần bắt đầu xử trí dị ứng và sản khoa ngay lập tức để ngăn ngừa phản ứng phản vệ tiến triển nặng hơn và ảnh hưởng đến tính mạng sản phụ và thai nhi. Adrenalin vẫn là thuốc đầu tay xử trí sốc phản vệ, đồng thời cần sớm thiết lập đường truyền để truyền dịch kết hợp nằm nghiêng trái hoặc đẩy tử cung sang trái tránh tử cung chèn ép tĩnh mạch chủ phổi hợp thuốc Glucocorticoid. Adrenalin có thể gây co mạch tử cung nhưng huyết áp mẹ vẫn là yếu tố quyết định tưới máu tử cung rau. Cần theo dõi tim thai liên tục, xét mổ lấy thai khi có suy thai hoặc sốc kéo dài khó

điều trị, nếu không suy thai thì trì hoãn phẫu thuật tới khi hết mọi biểu hiện dị ứng, sốc hồi phục hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mulla Z.D, Ebrahim M.S, Gonzalez J.L. Anaphylaxis in the obstetric patient: analysis of a statewide hospital discharge database. *Ann. Allergy Asthma Immunol*, 2010, 104: 55-9. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
- [2] Simons F.E.R, Schatz M. Anaphylaxis during pregnancy. *J Allergy Clin Immunol*, 2012, 130: 597-606. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
- [3] Berardi A, Rossi K, Cavalleri F et al. Maternal anaphylaxis and fetal brain damage after intrapartum chemoprophylaxis. *J Perinat Med*, 2004, 32: 375-7. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
- [4] Chaudhuri K, Gonzales J, Jesrun C.A, Ambat M.T, Mandal-Chaudhuri S. Anaphylactic shock in pregnancy: a case study and review of the literature. *Int J Obstet Anesth*, 2009, 17: 350-7. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
- [5] Berenguer A, Couto A, Brites V, Fernandes R. Anaphylaxis in pregnancy: a rare cause of neonatal mortality. *BMJ Case Rep*, 2013. doi:10.1136/bcr-2012-007055. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603634/> [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
- [6] Yasunobu Tsuzuki, Mitsuo Narita, Masayuki Nawa, Urara Nakagawa, Toshiaki Wakai. Management of maternal anaphylaxis in pregnancy: a case report. *PMC* 202-204. doi: 10.1002.
- [7] ASCIA Guidelines. Acute Management of Anaphylaxis in Pregnancy, 2024.