

BMJ Best Practice

Vết cắn và đốt của côn trùng

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Mar 19, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	5
Phân loại	6
Phòng ngừa	8
Ngăn ngừa sơ cấp	8
Khám sàng lọc	8
Ngăn ngừa thứ cấp	8
Chẩn đoán	9
Tiền sử ca bệnh	9
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	9
Các yếu tố nguy cơ	13
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	13
Xét nghiệm chẩn đoán	17
Chẩn đoán khác biệt	18
Các tiêu chí chẩn đoán	21
Điều trị	22
Cách tiếp cận điều trị từng bước	22
Tổng quan về các chỉ tiết điều trị	26
Các lựa chọn điều trị	29
Giai đoạn đầu	39
Liên lạc theo dõi	40
Khuyến nghị	40
Các biến chứng	40
Tiền lượng	41
Hướng dẫn	42
Hướng dẫn chẩn đoán	42
Hướng dẫn điều trị	42
Nguồn trợ giúp trực tuyến	44
Tài liệu tham khảo	45
Hình ảnh	50
Tuyên bố miễn trách nhiệm	63

Tóm tắt

- ◇ Các phản ứng bao gồm từ kích ứng cục bộ và sưng nhẹ đến sưng toàn bộ miệng và khó thở.
- ◇ Điều trị thường hoàn toàn mang tính hỗ trợ, nhằm giảm các phản ứng miễn dịch. Các phản ứng nặng và sốc phản vệ đòi hỏi phải can thiệp ngay lập tức để duy trì không tắc nghẽn đường thở và ngăn ngừa trụy tim mạch. Adrenaline (epinephrine) dạng tiêm là biện pháp điều trị chủ yếu cho các phản ứng nặng.
- ◇ Các vết nhện cắn gây tử vong cực kỳ hiếm gặp. Hầu hết các vết nhện cắn có thể được điều trị bằng chăm sóc hỗ trợ.
- ◇ Hướng dẫn chủ yếu dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và sự đồng thuận của chuyên gia, do phản ứng hay thay đổi và không lường trước được.
- ◇ Có nguy cơ xảy ra phản ứng phản vệ muộn (chậm).
- ◇ Các bác sĩ chăm sóc ban đầu cần được thông báo về các phản ứng nghiêm trọng liên quan đến bệnh nhân của họ.

Định nghĩa

Thuật ngữ 'côn trùng' đề cập đến một lớp phân loại riêng biệt. Tuy nhiên, thuật ngữ này thường được sử dụng trong suốt chuyên khảo này để nói đến vô số các loài sâu bọ, bao gồm cả lớp chân đốt. Tiếp xúc với côn trùng hoặc lớp chân đốt có thể dẫn đến bị các vết cắn hoặc đốt.

Vết do vòi đốt (phần phụ của đầu động vật) hoặc răng nanh đâm phải hoặc do nhai bằng các bộ phận của miệng. Tùy thuộc vào nguồn gốc, vết cắn bao gồm từ đau ngay lập tức đến hoàn toàn không có cảm giác gì và hậu quả về sức khỏe có thể do chấn thương cục bộ, tiêm các chất khác nhau (chất kích thích, nọc độc, chất độc, chất gây mê, enzym, chất chống đông máu), truyền bệnh, nhiễm trùng thứ phát hoặc phản ứng dị ứng toàn thân (hiếm gặp).

Vết đốt từ côn trùng do các cơ quan đẻ trứng (các cơ quan của động vật được sử dụng để đẻ trứng cũng có thể tiêm các chất độc hại khác nhau) hoặc các cơ quan đẻ trứng đã biến đổi gây ra (ví dụ: vòi có ngạnh của ong

[Fig-1]

[Fig-2]

(và ong vò vẽ). Các vết đốt hầu như luôn gây đau ngay lập tức. Các phản ứng bao gồm từ kích ứng cục bộ và sưng đến phản ứng sốc phản vệ đe dọa đến tính mạng.

Dịch tễ học

Do thiếu các yêu cầu báo cáo liên quan nên không có số liệu thống kê dịch tễ rõ ràng về vết côn trùng cắn và đốt. Côn trùng cắn và đốt có mặt khắp nơi trên toàn cầu (ngoại trừ Nam Cực) nhưng phổ biến hơn ở vùng khí hậu ấm hơn và trong những tháng mùa hè. Vào mùa hè, số lượng xuất hiện nhiều hơn có thể do mọi người ở ngoài trời và số lượng bọ ngày càng dồi dào hơn. Tuy nhiên, người bị phơi nhiễm có thể đến khám bác sĩ bất cứ lúc nào trong năm. Một số loài côn trùng hoạt động nhiều hơn trong những thời điểm nhất định trong ngày. Tỷ lệ mắc mới vết nhện cắn không rõ, nhưng có khả năng là phần lớn bệnh nhân cho rằng đã bị nhện cắn, thực tế là bị nhiễm trùng da cục bộ hoặc các phản ứng khác không phải do nhện cắn.[8] [9] Sự phân bố địa lý của một số loài (ví dụ: kiến lửa và nhện nâu ẩn dật) đã mở rộng đáng kể trong những thập kỷ gần đây.

Phản ứng sốc phản vệ nghiêm trọng chiếm ít nhất 40 ca tử vong hàng năm tại Hoa Kỳ.[10] Ước tính rằng chỉ có khoảng 0,4% đến 0,8% trẻ em và 3% người lớn sẽ biểu hiện các phản ứng toàn thân có khả năng đe dọa đến tính mạng nếu họ bị côn trùng đốt.[11] [12] Trong lịch sử, khoảng một nửa số phản ứng gây tử vong đã xảy ra ở những người không có bất kỳ phản ứng dị ứng nào trước đó với vết đốt.[13]

Bệnh căn học

Vết cắn xuất hiện từ miệng của côn trùng khi chúng cố gắng để có được bữa ăn hoặc khi chúng có tư thế phòng thủ. Côn trùng cắn thường gặp bao gồm muỗi, ve, bọ xít (bọ hút máu) và một số loài ruồi (bao gồm cả con mòng). Côn trùng như muỗi cắn bằng cách đưa vòi vào da. Con mòng sử dụng cơ chế nhai.

Vết đốt do các cuộc tấn công mang tính phòng thủ hoặc công kích, thường thông qua các cơ quan đẻ trứng đã biến đổi (vòi) của ong và ong vò vẽ,

[Fig-6]

cấu trúc thể chất (ví dụ: ngạnh từ ong mật

[Fig-2]

[Fig-1]

), hoặc tiêm các hóa chất độc hại (ví dụ: từ kiến lửa).

Những vết nhện cắn quan trọng về mặt y khoa do con nhện bảo vệ chính nó. Vết cắn thường gặp nhất khi vô tình ép hoặc đè nát nhện vào da. Nhện góa phụ đen

[Fig-3]

[Fig-7]

[Fig-8]

thường cư trú ở các góc tối của nhà để xe, nhà kho công cụ, tủ, nhà xây dựng quanh giếng và các địa điểm hiếm khi được sử dụng khác. Vết cắn xuất hiện khi mọi người tới các góc khuất và gặp nhện. Nhện ẩn dật

[Fig-9]

[Fig-10]

thích các khu vực khô ráo, tối như tủ quần áo và cốp xe. Nguyên nhân phổ biến gây ra vết cắn của nhện là mặc quần áo có chứa nhện và ép nhện vào da.

Sinh lý bệnh học

Các hóa chất có liên quan đến vết đốt có nhiều khả năng gây phản ứng và phản ứng phản vệ nặng hơn so với vết cắn. Chất độc của Bộ cánh màng đã được nghiên cứu rộng rãi.[14] [15] [16] Có sự tương đồng đáng kể về chất độc từ ong bắp cày, ong vò vẽ và ong vàng. Bệnh nhân có phản ứng nghiêm trọng với các vết đốt của một trong những loài côn trùng này có khả năng nhạy cảm với các vết đốt từ loài khác. Chất độc của ong vò vẽ có chứa các phân tử như phospholipase A và B, hyaluronidase, và độc tố thần kinh của động vật không xương sống. Các chất độc của ong khác biệt về mặt hóa miễn dịch với chất độc của ong vò vẽ, và do đó nhạy với gia đình này không có nghĩa là sẽ nhạy với gia đình khác. Các chất độc của ong chứa hyaluronidase, phospholipase A2, phosphatase axit, meletin và các loại kinin khác. Phản ứng có thể do sự nhạy cảm hoặc dị ứng với bất kỳ thành phần nào trong số này. Không có khả năng truyền bệnh từ các vết đốt.

Giải phóng histamine (thuốc giãn mạch mạnh hiệu lực) để đáp ứng với tình trạng phơi nhiễm chất độc chiếm phần lớn các phản ứng. Ở các phản ứng cục bộ, điều này dẫn đến sưng, phù nề và đau.

[Fig-11]

[Fig-12]

Giải phóng histamine qua trung gian IgE ở các phản ứng nặng có thể dẫn đến hạ huyết áp. Nồng độ thụ thể histamine tương đối cao trong da, phổi và niêm mạc GI dẫn đến các triệu chứng cảm thấy chủ yếu ở các hệ cơ quan này.

Các vết đốt của kiến lửa chỉ chứa một lượng nhỏ nọc độc, nhưng nó chứa trong hỗn dịch bất thường của độc tố alkaloid. Những thành phần này gây hoại tử mô cục bộ và hình thành mụn mủ vô trùng đặc trưng khoảng 24 giờ sau khi bị đốt.

[Fig-13]

Đây không phải là quá trình nhiễm trùng và các mụn nước cần được giữ nguyên vẹn. Nếu đã vỡ, những tổn thương này có thể đóng vai trò là cửa ngõ cho nhiễm trùng thứ phát. Chúng cần được giữ sạch sẽ và băng lại.[17] [18]

Các nọc độc của loài nhện góa phụ đen chứa các độc tố thần kinh gây ra sự giải phóng các chất dẫn truyền thần kinh trước khớp thần kinh bao gồm acetylcholine, noradrenaline (norepinephrine), dopamine, glutamine và enkephalin. Vết cắn

có thể gây ra các tác động ở cả cục bộ lẫn toàn thân bao gồm đau, chuột rút cơ, toát mồ hôi, run cơ, dị cảm, buồn nôn/nôn mửa và đau đầu. Bất ổn tự chủ có thể dẫn đến tăng huyết áp mạnh và nhịp tim nhanh.[19] [20]

Các vết cắn của nhện ẩn dật chứa các enzym gây hủy hoại mô cục bộ.

[Fig-14]

[Fig-15]

Enzym sphingomyelinase D được cho là có liên quan nhất về mặt lâm sàng. Enzym này trực tiếp gây độc cho da và mô, kích hoạt các enzym phân hủy khác, và kích hoạt bổ thể và các thành phần viêm khác. Những vết thương này có nguy cơ cao bị nhiễm trùng thứ phát.[19] [21]

Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn qua trung gian IgE với sự phơi nhiễm kháng nguyên ở một cá nhân bị nhạy cảm trước đó.[22] [23] [24] Phơi nhiễm với kháng nguyên dẫn đến mất hạt dưỡng bào nhanh chóng và giải phóng histamine (và các chất vận mạch khác/kinin). Điều này gây ra rò rỉ mao mạch và phù nề với vô số các biểu hiện. Phản ứng dạng phản vệ là các phản ứng do đặc ứng không qua trung gian IgE với biến cố phơi nhiễm nhất định. Chúng không cần phải nhạy cảm trước.

Phân loại

Phân loài sinh học

Côn trùng là thành viên của lớp Côn trùng nằm trong ngành Động vật chân khớp. Các cơ quan của côn trùng được chia thành đầu, ngực và bụng và chúng có 3 cặp chân.

Lớp chân đốt bao gồm lớp Hình nhện, trong ngành Động vật chân khớp, và có đặc trưng là cơ thể 2 đoạn (phần đầu ngực và bụng) và 4 cặp chân. Nhện và ve là các bộ khác nhau trong lớp chân đốt.

Côn trùng và động vật thuộc lớp chân đốt cắn

Côn trùng cắn thường gặp bao gồm muỗi, bọ xít (bọ hút máu) và một số loài ruồi (bao gồm cả con mòng). Động vật thuộc lớp chân đốt cắn bao gồm ve, nhện góa phụ đen (loài Latrodectus),

[Fig-3]

và nhện ẩn dật (loài Loxosceles).

[Fig-4]

Côn trùng đốt

Các vết đốt thường gặp nhất là từ bộ Cánh màng. Các họ thủ phạm phổ biến nhất bao gồm:

- Ong (Apidae): ong nghệ, ong mật châu Phi ('ong sát thủ'), ong mật trong nước
[Fig-1]
- Ong vò vẽ (Vespididae): ong vò vẽ giấy, ong bắp cày, ong vàng
[Fig-5]
- Kiến (Formicidae): kiến lửa, kiến gặt.

Ong mật chỉ có thể đốt duy nhất một lần; vò vẽ có ngách vẫn còn trong nạn nhân và ong moi ruột chính mình khi nó đấu tranh để trốn thoát. Hầu hết các loài côn trùng khác đều có khả năng đốt nhiều lần. Vết đốt của con ong mật châu Phi giống như vết đốt của ong mật thông thường, nhưng tính chất hung hãn hơn của ong châu Phi có thể dẫn đến cuộc tấn công theo bầy đàn dẫn đến hậu quả là số lượng lớn vết đốt.

Phản ứng với vết cắn hoặc vết đốt

Phản ứng cục bộ

- Có thể có kích ứng hoặc sưng cục bộ với các đặc tính vật lý hoặc hóa học của vết cắn hoặc vết đốt.

Phản ứng toàn thân

- Phản ứng đe dọa đến tính mạng hiếm khi xảy ra, nhưng đòi hỏi phải điều trị kịp thời để ngăn chặn các hậu quả nghiêm trọng.
- Phản ứng sốc phản vệ (qua trung gian IgE) hoặc phản ứng dạng phản vệ (không qua trung gian IgE) do phơi nhiễm với vết cắn hoặc vết đốt có thể ngay lập tức đe dọa đến tính mạng.
- Biểu hiện lâm sàng và điều trị các phản ứng sốc phản vệ và dạng phản vệ tương tự nhau và cả hai sẽ được coi là cùng một tình trạng đối với các mục đích của chuyên khảo này.
- Có 3 biểu hiện phù hợp với sốc phản vệ:
 - Khởi phát phản ứng cấp tính bao gồm da và ảnh hưởng đến đường hô hấp và/hoặc giảm huyết áp
 - Khởi phát phản ứng nhanh chóng sau khi phơi nhiễm với một chất có khả năng gây dị ứng ảnh hưởng đến 2 hệ cơ quan (đường hô hấp, da, giảm huyết áp và/hoặc các triệu chứng đường tiêu hóa dai dẳng)
 - Giảm huyết áp sau khi phơi nhiễm với chất gây dị ứng đã biết.[1] [2] [3]
- Adrenaline (epinephrine) dạng tiêm là biện pháp điều trị chủ yếu cho các phản ứng nặng. Không có chống chỉ định tuyệt đối với biện pháp điều trị bằng adrenaline (epinephrine) ở các phản ứng nặng.

Nhiễm trùng thứ phát

- Nhiễm trùng có thể phát triển tại vị trí bị cắn hoặc đốt.
- Tình trạng này không phải do côn trùng gây ra, mà là kết quả của sự phân hủy hàng rào bảo vệ da thông thường.

Truyền bệnh

- Vết muỗi đốt có thể lây truyền bệnh sốt rét, sốt dengue, sốt vàng da, vi-rút Zika và một số dạng viêm não.
- Vết ve cắn có thể lây truyền bệnh Lyme và sốt đốm Rocky Mountain.

Bệnh huyết thanh

- Mặc dù không phổ biến, phản ứng chậm trễ này có thể xảy ra khoảng 1 tuần sau khi bị trúng nọc độc.
- Các triệu chứng bao gồm sốt, đau cơ, đau khớp, phát ban, bệnh hạch và đau đầu. Viêm mạch và biến chứng miễn dịch rất hiếm khi có thể dẫn đến viêm cầu thận, hội chứng Guillain-Barre, chứng thiếu máu huyết tán, ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, viêm tủy ngang, viêm thần kinh thị giác và các bệnh lý thần kinh khác.[4] [5] [6] [7]

Ngăn ngừa sơ cấp

Tránh tiếp xúc ban đầu là yếu tố quan trọng nhất trong việc ngăn ngừa vết cắn và vết đốt. Lương tri rất hữu ích. Điều quan trọng là cố gắng tránh tiếp xúc vào những thời điểm bọ hoạt động nhiều nhất. Ví dụ: muỗi hoạt động mạnh nhất vào lúc bình minh và hoàng hôn. Tránh nước hoa và mỹ phẩm thơm có vẻ khôn ngoan vì một số côn trùng bị thu hút bởi những mùi này. Có nhiều loại thuốc xịt và kem thoa trên da được bán trên thị trường, cũng như các chất ngăn cản dùng cho khu vực (ví dụ: bình xịt, nhang vòng). Mặc áo dài tay, quần dài và lưới trùm đầu có thể ngăn được hầu hết vết cắn; một số quần áo cũng được xử lý trước bằng thuốc chống côn trùng.[26] Ngoài ra, cũng nên quan sát kỹ trước khi đi xung quanh góc khuất hoặc vào phía sau tủ để giúp tránh nhện cắn và gặp ong vò vẽ; đeo găng tay khi cần thiết để tiếp cận những nơi có tầm nhìn hạn chế cũng hữu ích. Thuốc chống côn trùng được cung cấp dưới dạng thuốc xịt, kem thoa và chất lỏng, mặc dù các loại thuốc này thường không hữu ích trong việc ngăn chặn các vết cắn và vết đốt của bộ cánh màng hoặc động vật thuộc lớp chân đốt.

Viện An toàn và Sức khỏe Nghề nghiệp Quốc gia (NIOSH) Hoa Kỳ đã công bố thông tin cho người sử dụng lao động và nhân viên của họ về nguy cơ phơi nhiễm với côn trùng và bọ cạp, và phòng ngừa bị đốt và cắn. [CDC: [insects and scorpions](#)]

Khám sàng lọc

Tỷ lệ mắc mới các phản ứng nghiêm trọng thấp khiến cho thủ thuật sàng lọc độ nhạy cảm với các vết cắn và đốt của côn trùng trở nên không khả thi. Tần suất xuất hiện các kết quả dương tính giả và âm tính giả làm giảm tính thực tiễn của thủ thuật sàng lọc. Bệnh nhân có phản ứng nặng cần được bác sĩ chính đánh đường tiêu hóa về việc đường tiêu hóa; thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa dị ứng/nhà miễn dịch để tiến hành xét nghiệm thêm. Xét nghiệm này có thể bao gồm xét nghiệm da, xét nghiệm trong ống nghiệm và có thể bao gồm điều trị đường tiêu hóa; miễn cảm. Thủ thuật sàng lọc được trình bày chi tiết trong các hướng dẫn từ AAAAI/ACAAI (Học viện Dị ứng, Hen suyễn và Miễn dịch Hoa Kỳ; Đại học Dị ứng, Hen suyễn và Miễn dịch Hoa Kỳ).[1]

Ngăn ngừa thứ cấp

Phải cho dùng đơn thuốc gồm 2 bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) sau bất kỳ đợt sốc phản vệ nào.[3] [47] Bệnh nhân hoặc người chăm sóc phải luôn mang cả hai bút tiêm tự động này và biết rõ cách sử dụng của chúng.[2] Đối với trẻ em có nguy cơ bị sốc phản vệ, bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) cần được kê đơn kết hợp với một bản kế hoạch cấp cứu cá nhân.[2] [48] [American Academy of Pediatrics: [allergy and anaphylaxis emergency plan](#)]

Có thể sử dụng liệu pháp miễn dịch (tức là điều trị giải miễn cảm) với nọc độc côn trùng đã chiết xuất để giảm mức độ nghiêm trọng của phản ứng ở những bệnh nhân rất nhạy cảm với một số vết côn trùng đốt.[1] Liệu pháp này có thể cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân nhạy cảm, nhưng chỉ được các bác sĩ có trình độ được đào tạo về lĩnh vực này thực hiện vì tiếp xúc với nọc độc có nguy cơ nhỏ nhưng các phản ứng bất lợi thực sự lại nghiêm trọng trong quá trình điều trị.[61]

Vết thương dễ bị uốn ván (vết thương sâu, bẩn, hoại tử, hoặc từ trứng nọc độc nhện ẩn dật nghiêm trọng) cần được điều trị dự phòng uốn ván nếu tiêm chủng lần gần đây nhất cách đây trên 5 năm. Các vết thương không dễ bị uốn ván (ví dụ: vết đốt, vết cắn của nhện góa phụ đen) sẽ khiến cần điều trị dự phòng uốn ván nếu tiêm chủng lần gần đây nhất cách đây trên 10 năm.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một người phụ nữ khỏe mạnh 30 tuổi nhập viện vào phòng tai nạn và cấp cứu trong vòng nửa giờ sau khi chân phải của cô tiếp xúc trực tiếp với một số con kiến lửa tại một bữa tiệc sinh nhật. Cô mô tả bị sưng ở chân phải và phát ban ngứa, nổi trên chân, bụng, lưng và cổ trong vòng vài phút sau khi bị phơi nhiễm. Cô báo cáo rằng tình trạng này đã xảy ra với cô trước đây, vì vậy cô ngay lập tức dùng 100 mg diphenhydramine. Cô cho biết cô quyết định đến bệnh viện vì cô cảm thấy như lưỡi của mình bị sưng và cô trở nên khó thở. Khi khám, các dấu hiệu sinh tồn của cô là BP (huyết áp) 121/85 mmHg, nhịp tim 132 bpm, nhịp thở là 26 và mức bão hòa O₂ là 99%. Khám da cho kết quả phát ban đỏ, nổi lên, lan tỏa. Khám đầu, mắt, tai, mũi và cổ họng cho kết quả sưng lưỡi nhẹ nhưng không bị thở rít hoặc chảy nước dãi. Khám phổi cho kết quả hô hấp nhanh với chuyển động không khí tốt nhưng có dấu hiệu thở khò khè. Khám tim cho kết quả nhịp tim nhanh, nhưng không có tiếng thổi tim và mạch đoạn xa bằng nhau. Khám bụng cho kết quả bụng mềm, không đau khi chạm vào và có âm nhu ruột hoạt động. Khám thần kinh không khu trú ngoại trừ bộ cảm giác cảnh báo lo lắng.

Tiền sử ca bệnh #2

Một cậu bé 9 tuổi được đưa đến phòng tai nạn và cấp cứu sau khi bị một con ong đốt vào một bữa tiệc ngoài trời. Cậu bé khóc vật vã. Sau 15 phút làm cậu bé bình tĩnh, kết quả khám cho thấy một môi trên sưng, đau khi chạm vào nhưng lưỡi không sưng, không chảy nước dãi, không thở rít, không nổi phát ban và không có triệu chứng khác.

Các bài trình bày khác

Bệnh nhân có thể không phải lúc nào cũng biết rằng họ đã bị cắn hoặc đốt. Nhiều người đến khám bác sĩ y khoa để chẩn đoán và điều trị cho phát ban, mụn mủ, sưng hoặc nhiễm trùng da. Một số bệnh nhân có thể không có triệu chứng nhưng lo ngại về khả năng lây truyền bệnh từ vết cắn hoặc đốt. Phát triển các phản ứng cục bộ hoặc toàn thân có thể xuất hiện hàng giờ đến vài ngày sau khi bị chấn thương ban đầu. Vết cắn của nhện góa phụ đen có thể có biểu hiện co thắt bụng giống như vùng bụng phẫu thuật cấp tính. Trong trường hợp hiếm gặp, hoại tử mô cục bộ tiến triển có thể xảy ra sau một vết cắn của nhện ẩn dật.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Chẩn đoán hầu như luôn dựa trên tiền sử, khám lâm sàng và đánh giá lâm sàng. Bước đầu tiên là nhận thức rõ phản ứng có nghiêm trọng không (phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng). Bất kỳ nghi ngờ nào về sốc phản vệ đều nhắc nhở cần hành động ngay lập tức. Có thể điều trị phản ứng ít nghiêm trọng hơn bằng các biện pháp xoa dịu. Tuy ít nhưng một số ít xét nghiệm chính thức khá hữu ích trong trường hợp gặp tình trạng cấp tính; thông thường, không thể chẩn đoán xác định được chính xác.

Phân tầng nguy cơ

Phương pháp phân tầng nguy cơ rất quan trọng để chỉ dẫn điều trị và chỉ được thực hiện dựa trên cơ sở lâm sàng. Điều quan trọng là phải nhớ tái đánh giá bệnh nhân thường xuyên, vì tình trạng của họ có thể xấu đi nhanh chóng.

Đánh giá ABC ban đầu: bất thường ở bất kỳ khía cạnh nào trong số này cho thấy cần can thiệp ngay lập tức (điều trị ngay lập tức và chuẩn bị chuyển đến phòng tai nạn và cấp cứu hoặc phòng chăm sóc nâng cao):

- Đường thở không tắc nghẽn và khả năng duy trì đường thở
- Bằng chứng về sưng miệng hoặc lưỡi
- Nghe thấy tiếng thở rít ở cổ hoặc cổ họng
- Nuốt chất dịch tự tiết ra hoặc xuất hiện tình trạng chảy nước dãi
- Các vấn đề về tự thở, khó thở, thở khò khè, ho, thở nhanh sâu
- Mạch có thể sờ thấy, nhịp mạch và nhịp tim
- Đỏ da (giãn mạch) hoặc da xanh tái, dính ướt (co mạch).

Xác định mức độ nghiêm trọng của phản ứng ban đầu

Phản ứng cục bộ

- Thường biểu hiện phù và đau.
[Fig-11]
- Vết nhện cắn có thể cho thấy một hoặc hai vết răng nanh nhỏ.
- Phản ứng dị ứng không phản vệ hoặc không phải dạng phản vệ với vết cắn và vết đốt có đặc trưng là đau, sưng phù và hình thành vết đỏ da, ấm và ngứa ở vị trí cắn/đốt.[27]
[Fig-12]

Mặc dù các phản ứng này có thể có vẻ ngoài của viêm mô tế bào nhưng hầu như ban đầu không bao giờ bị nhiễm trùng

- Thường tự khỏi và chỉ xảy ra ở da và mô mềm.
- Áp-xe thường nổi phồng có thể sờ thấy.
- Có thể khó hoặc không thể phân biệt rõ ràng giữa vết cắn và viêm mô tế bào.
- Nếu không có cải thiện sau một vài ngày, nhiễm trùng thứ phát có thể đã phát triển.
- Thường gặp phản ứng dị ứng da muộn. Da có thể vẫn còn nhạy cảm trong vài ngày đến vài tuần sau khi bị đốt. Da có thể đổi màu vĩnh viễn ở một số cá nhân.

Phản ứng toàn thân

- Mức độ nghiêm trọng của sốc phản vệ có thể nằm trong khoảng kết hợp bất kỳ giữa nổi mề đay và phù mạch, co thắt phế quản, phù đường thở lớn hoặc hạ huyết áp đến sốc phản vệ đe dọa tính mạng liên quan đến suy hô hấp và trụy tim mạch.[1] Sốc phản vệ có khả năng xảy ra khi đáp ứng bất kỳ 1 trong 3 tiêu chí sau đây:[1] [2] [3]
 - Khởi phát cấp tính phản ứng liên quan đến da (mô niêm mạc) và tổn thương đường hô hấp và/hoặc giảm huyết áp
 - Khởi phát phản ứng nhanh chóng sau khi phơi nhiễm với một chất có khả năng gây dị ứng ảnh hưởng đến từ 2 hệ cơ quan trở lên (đường hô hấp, da, giảm huyết áp và/hoặc các triệu chứng đường tiêu hóa dai dẳng)
 - Giảm huyết áp sau khi phơi nhiễm với chất gây dị ứng đã biết.

Các yếu tố tiền sử

Ngoài việc xác định các triệu chứng phản ứng cục bộ và các triệu chứng phản ứng phản vệ/dạng phản vệ, điều quan trọng là tìm hiểu các yếu tố tiền sử như thời gian khởi phát, hành vi gây phơi nhiễm với côn trùng và chứng kiến vết cắn. Tiền sử cần bao gồm bản chất, địa điểm, thời gian và mức độ của vết đốt. Bao gồm cả việc tìm hiểu về số lượng phơi nhiễm, khám phá xem vết cắn hoặc vết đốt có được chứng kiến hay không, xác định thời gian đã trôi qua kể từ

khi gặp phải, tìm hiểu những việc bệnh nhân đã làm trong thời gian phơi nhiễm và xác định xem bệnh nhân đã dùng thuốc hay thực hiện bất kỳ biện pháp tự điều trị nào hay chưa.

Thời gian khởi phát

- Một số vết cắn và đốt (ví dụ: vết cắn của con mòng, vết đốt của ong vò vẽ) dẫn đến đau tức thì và thương tích/chảy máu cục bộ. Những vết cắn và đốt khác, như vết ve cắn, không cảm nhận thấy ngay lập tức. Trong trường hợp hiếm gặp, vết cắn của nhện ẩn dẩn

[Fig-10]

có thể phát triển chậm, nhưng không ngừng tiến triển, hoại tử mô cục bộ.

[Fig-14]

[Fig-15]

Những vết đốt của kiến lửa gây hoại tử mô cục bộ và hình thành mụn mủ vô trùng đặc trưng khoảng 24 giờ sau khi bị đốt.[17] [18]

[Fig-13]

- Có thể có phản ứng chậm với các chất có trong vết cắn/đốt và có các triệu chứng, có thể không được nhận thấy cho đến vài giờ/ngày sau đó. Nạn nhân cũng thường không cảm nhận được nhiễm trùng lây truyền qua vết cắn ngay lập tức.
- Bệnh huyết thanh là phản ứng chậm không phổ biến, thường xảy ra khoảng một tuần say khi trúng nọc độc. Các triệu chứng bao gồm sốt, đau cơ, đau khớp, phát ban, bệnh lý hạch và đau đầu. Viêm mạch và biến chứng miễn dịch rất hiếm khi có thể dẫn đến viêm cầu thận, hội chứng Guillain-Barre, chứng thiếu máu huyết tán, ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, viêm tủy ngang, viêm thần kinh thị giác và các bệnh lý thần kinh khác.[4]

[5] [6] [7]

Tiền sử y tế có thể tiết lộ những lần phơi nhiễm trước đó (tiền sử phản ứng nặng, tiền sử xảy ra phản ứng đặc dị/dị ứng, nhiều lần phơi nhiễm trước đó). Điều đó cũng có thể cho thấy các lần nhiễm trùng trước đây hoặc tình trạng suy giảm miễn dịch, sốt và ớn lạnh và/hoặc tiếp xúc với các nguồn lây nhiễm (hướng về nhiễm trùng). Tình trạng suy giảm miễn dịch khiến bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng thứ phát cao hơn sau khi bị cắn/đốt. Cũng cần xác định bệnh tim mạch trước đó có thể bị trầm trọng thêm do cả chấn thương và điều trị.

Tiền sử dùng thuốc có thể cho thấy việc sử dụng các loại thuốc làm giảm tác dụng điều trị (ví dụ: thuốc ức chế beta).

Khám lâm sàng

Hầu hết các vết cắn và đốt chỉ gây ra các biểu hiện ngoài da như đau, ngứa hoặc phát ban. Tuy nhiên, một lần khám lâm sàng có định hướng trước tiên phải tập trung vào các mối đe dọa trước mắt và đánh giá các hệ hô hấp, tim mạch và tiêu hóa. Chỉ sau khi đảm bảo rằng không có tác dụng đe dọa đến tính mạng tức thì mới cần chú ý đến kiểm tra da liễu.

Đánh giá phụ: nếu bệnh nhân xuất hiện ổn định, khám có định hướng phải bao gồm đánh giá ít nhất các hệ thống sau đây. Chẩn đoán có sốc phản vệ nếu có bất thường ở từ 2 hệ cơ quan trở lên trong số 4 hệ cơ quan được liệt kê dưới đây.

- Tim mạch: đánh giá nhịp tim, nhịp điệu, tiếng thổi, huyết áp, độ mạnh của mạch, thời gian làm đầy mao mạch, màu sắc của tứ chi, nhiệt độ của tứ chi.
- Hô hấp: đánh giá nhịp thở, hoạt động thở, độ bão hòa oxy, thở rít (thường khi hít vào, nghe ở cổ), thở khò khè (thường khi thở ra, nghe ở phổi), ran hoặc tiếng ran (dấu hiệu suy tim mạch).

- Thần kinh: đánh giá sự tỉnh táo, rõ ràng của bộ cảm giác, sự mất ổn định của hệ thần kinh tự chủ (xung hoặc huyết áp thay đổi, toát mồ hôi toàn thân hoặc cục bộ), run cơ, co thắt, rung cơ cục bộ, đau cục bộ, đau toàn thân. Vết cắn của nhện góa phụ đen có thể gây ra các ảnh hưởng thần kinh.

[Fig-3]

[Fig-8]

- Tiêu hóa/sinh dục-niệu: đánh giá sự hiện diện, vị trí và mức đau bụng (co cứng, phản ứng thành bụng, đau dội ngược, co thắt tử cung); sự hiện diện của âm nhu động ruột. Vết cắn của nhện góa phụ đen có thể có biểu hiện co thắt bụng cấp tính giống như đau bụng phẫu thuật cấp tính.

Đánh giá da liễu

- Có thể nhìn thấy vết cắn hoặc vết đốt không? Có khiếm khuyết lớn trên da không? Có thể nhìn thấy dấu răng không?
- Vị trí và số lượng vết cắn hoặc vết đốt?
- Vẫn còn vôi đúng không?
- Phát ban có nổi lên và ngứa (sẩn phù/nổi mề đay là đặc điểm điển hình của vết đốt của ong và ong vò vẽ) không?

[Fig-12]

- Có nốt đỏ hoặc sưng cục bộ không?

[Fig-11]

- Có phát ban da lan tỏa hay toàn thân không?
- Vết ngoài có giống viêm mô tế bào không?
- Có bằng chứng về hình thành áp xe (thay đổi mô dưới da hoặc mô sâu) không?
- Có hình dạng hoặc kiểu phát ban không? Phát ban nổi dạng dài có thể biểu hiện sâu bướm nổi mề đay hoặc viêm da tiếp xúc (như nhiễm độc thường xuân) chứ không phải là vết đốt của côn trùng.
- Có mụn mủ không? Một vòng mụn mủ nhỏ là dấu hiệu của vết kiến lửa đốt.

[Fig-13]

- Phát ban hình vòng tròn sau khi ve cắn là dấu hiệu của bệnh Lyme.

[Fig-16]

- Ảnh hưởng đến lòng bàn tay và lòng bàn chân sau khi ve cắn là dấu hiệu của sốt đốm Rocky Mountain.
- Có hoại tử không? Trong trường hợp hiếm gặp, vết cắn của nhện ẩn dẩn

[Fig-10]

có thể phát triển chậm, nhưng không ngừng tiến triển, hoại tử mô cục bộ.

[Fig-14]

[Fig-15]

Các mức tryptase

Trong các trường hợp không rõ ràng, việc lấy máu để thu được nồng độ tryptase trong vòng 1 đến 5 giờ kể từ khi khởi phát các triệu chứng có thể xác minh rằng các đường bào đã được kích hoạt và có thể giúp chẩn đoán sốc phản vệ.

Tryptase huyết thanh cơ bản cao có liên quan chặt chẽ đối với nguy cơ sốc phản vệ nghiêm trọng với vết đốt của côn trùng.[1] [3]

Xét nghiệm độ nhạy

Xét nghiệm da, bao gồm các xét nghiệm da có nọc độc hoặc các xét nghiệm hấp thụ dị ứng phóng xạ có thể hữu ích để xác định xem những cá nhân đã chịu tấn công nghiêm trọng trước đây có phải là đối tượng phù hợp cho phương

pháp điều trị giải mẫn cảm hay không.[1] [14] [28] Không nên thực hiện xét nghiệm này ở tình trạng cấp tính vì thiếu chất trung gian từ phản ứng có thể dẫn đến phản ứng dương tính giả. Nên hoãn xét nghiệm da trong 2 đến 6 tuần sau khi xảy ra biến cố cấp tính. Tỷ lệ mắc mới thấp và tính chất đặc ứng của phản ứng nghiêm trọng (phản vệ hoặc dạng phản vệ) khiến cho khám sàng lọc toàn thân không thực tế.

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

phơi nhiễm nghề nghiệp hoặc giải trí với côn trùng

- Mọi người có nhiều khả năng bị cắn hoặc đốt hơn nếu họ tham gia vào các hành vi khiến họ tiếp xúc gần với các con bọ thủ phạm. Cắm trại, làm vườn, làm đẹp cảnh quan và vệ sinh mùa xuân là những hoạt động có nguy cơ cao.
- Các vết cắn và vết đốt xảy ra thường xuyên hơn vào những tháng mùa xuân và mùa hè, khi những con bọ này phổ biến hơn và con người ở bên ngoài nhiều hơn.

phơi nhiễm về mặt địa lý với côn trùng

- Nhiều loài nhện và một số loài côn trùng được tìm thấy ở các vùng địa lý riêng biệt, mặc dù khả năng di chuyển dễ dàng và tần suất di chuyển trong những thập kỷ gần đây khiến không thể loại trừ phơi nhiễm chỉ dựa trên địa lý.
- Các vết nhện cắn thường xuất phát từ việc mò mẫm vào môi trường của nhện hoặc vô tình ép da vào nhện (ví dụ: dọn dẹp nhà để xe hoặc mặc quần áo đã được cất giữ trong kho).

tiền sử phản ứng phản vệ (hoặc dạng phản vệ) trước đó

- Những bệnh nhân đã trải qua những phản ứng nghiêm trọng với vết cắn hoặc vết đốt trong quá khứ có khả năng cao (mặc dù không chắc chắn) có phản ứng tương tự với phơi nhiễm trong tương lai. Tuy nhiên, có hiện tượng khi trưởng thành (các phản ứng nghiêm trọng ở trẻ em không dự đoán được độ nhạy của người lớn có mạnh như các phản ứng trước đó ở tuổi trưởng thành).[25]

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)

- Phơi nhiễm nghề nghiệp, giải trí và địa lý với côn trùng có thể làm tăng nguy cơ bị cắn hoặc đốt. Tiền sử phản ứng phản vệ hoặc dạng phản vệ làm tăng nguy cơ xảy ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng.

vết cắn/vết đốt có chứng kiến (thường gặp)

- Chỉ khi chứng kiến trường hợp gặp biến cố thì mới có thể chẩn đoán chắc chắn vết cắn hoặc vết đốt.

[Fig-1]

Có khả năng là phần lớn bệnh nhân cho rằng đã bị nhện cắn, thực tế là bị nhiễm trùng da cục bộ hoặc các phản ứng khác không phải do nhện cắn.[8] [9]

phù cục bộ (thường gặp)

- Sưng tại vị trí cắn/đốt thường xuất hiện và phát triển cấp tính.

[Fig-11]

Cũng có thể là dấu hiệu của viêm mô tế bào nếu tình trạng này phát triển một vài ngày sau khi bị đốt, mặc dù nhiễm trùng thứ cấp rất hiếm gặp.

đau cục bộ (thường gặp)

- Có thể hoặc có thể không xuất hiện hoặc có thể là dấu hiệu muộn.

nóng ẩm cục bộ (thường gặp)

- Có thể xuất hiện hoặc có thể không xuất hiện.

vết cục bộ (thường gặp)

- Rõ ràng, vết nhện cắn có thể cho thấy một hoặc hai vết răng nanh nhỏ. Những con kiến đốt có thể để lại vòng tròn đốt vì chúng cắn bằng miệng và xoay trong khi đốt bằng các cơ quan bụng.

[Fig-13]

ngứa (thường gặp)

- Đặc trưng của phản ứng dị ứng không phản vệ/không phải dạng phản vệ.

Sẩn phù và đỏ da (thường gặp)

- Sự hình thành như vậy là đặc trưng của phản ứng dị ứng không phản vệ/không phải dạng phản vệ.

[Fig-12]

da xanh tái (thường gặp)

- Có thể cho thấy co mạch trong trường hợp xảy ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng.

đỉnh ứót (thường gặp)

- Có thể cho thấy co mạch trong trường hợp xảy ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng.

dấu hiệu của ảnh hưởng đường thở (không thường gặp)

- Dấu hiệu của phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng. Có thể xảy ra do phù hầu họng. Thở rít thường xuất hiện khi hít vào và có thể nghe thấy ở cổ hoặc cổ họng. Chảy nước dãi có thể xảy ra khi bệnh nhân không thể nuốt được dịch tiết của chính họ. Thở nhanh sâu cũng có thể xuất hiện.

phù hầu họng (không thường gặp)

- Có thể bị sưng môi, miệng, lưỡi hoặc họng, những triệu chứng này có thể là dấu hiệu của phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng. Tình trạng này có thể dẫn đến tắc nghẽn đường thở.

khó thở (không thường gặp)

- Bệnh nhân có thể thở gắng sức hoặc thở nhanh ở phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng.

ran/tiếng ran/thở khò khè (không thường gặp)

- Có thể là dấu hiệu của suy tim mạch ở phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng. Thở khò khè thường xuất hiện khi thở ra và nghe ở phổi.

Nhịp tim nhanh (không thường gặp)

- Có thể là dấu hiệu của bất ổn tự chủ và phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng.[19] [20]

mạch bất thường (không thường gặp)

- Có thể là dấu hiệu của phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng.

đỏ da (không thường gặp)

- Có thể cho thấy giãn mạch trong trường hợp xảy ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng.

thay đổi mức tỉnh táo (không thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.
[Fig-3]

[Fig-8]

Các yếu tố chẩn đoán khác

mụn mủ (thường gặp)

- Có thể xuất hiện. Một vòng mụn mủ nhỏ là dấu hiệu của vết kiến lửa đốt.
[Fig-13]

phát ban hình vòng tròn (thường gặp)

- Sau khi xuất hiện vết ve cắn, đây là dấu hiệu của bệnh Lyme.
[Fig-16]

phát ban trên lòng bàn tay và lòng bàn chân (thường gặp)

- Sau khi xuất hiện vết ve cắn, đây là dấu hiệu của sốt đốm Rocky Mountain.

phát ban nổi dạng dài (thường gặp)

- Có thể biểu hiện sâu bướm nổi mề đay hoặc viêm da tiếp xúc (như dị ứng thường xuân) thay vì vết đốt của côn trùng.

Tăng huyết áp (thường gặp)

- Có thể là dấu hiệu của bất ổn tự chủ và phản ứng phản vệ/dạng phản vệ đe dọa tính mạng.[19] [20] Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.

sốt (thường gặp)

- Sốt có thể xuất hiện do nhiễm trùng cục bộ, viêm mô tế bào hoặc bệnh huyết thanh (phản ứng chậm không thường gặp thường xảy ra khoảng một tuần sau khi trúng nọc độc).

cơ thất cơ (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Đau cơ cũng có thể xảy ra do bệnh huyết thanh (phản ứng chậm không thường gặp thường xảy ra khoảng một tuần sau khi trúng nọc độc). Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.

toát mồ hôi (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.

Run cơ (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.

dị cảm và/hoặc rung cơ cục bộ (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.

đau toàn thân (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.

buồn nôn/ nôn (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng.

đau đầu (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Tình trạng này cũng có thể cho thấy sự hiện diện của bệnh huyết thanh (phản ứng chậm không thường gặp thường xảy ra khoảng 1 tuần sau khi trúng nọc độc).

đau bụng (thường gặp)

- Có thể cho thấy phản ứng dị ứng nghiêm trọng.
- Vết cắn của nhện góa phụ đen có thể có biểu hiện co thắt bụng cấp tính giống như đau bụng phẫu thuật cấp tính.

tiền sử tình trạng suy giảm miễn dịch (thường gặp)

- Khiến bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng thứ phát cao hơn sau khi bị cắn hoặc đốt.

tiền sử mắc bệnh tim mạch (thường gặp)

- Bệnh tim mạch có thể bị trầm trọng thêm do cả chấn thương và điều trị. Thuốc ức chế beta và các loại thuốc khác có thể ảnh hưởng đến các loại thuốc dùng để điều trị chấn thương.

áp-xe (không thường gặp)

- Có thể xuất hiện và thường nổi phồng có thể sờ thấy.

Hoại tử (không thường gặp)

- Trong trường hợp hiếm gặp, vết cắn của nhện ẩn dẫn

[Fig-10]

có thể phát triển chậm, nhưng không ngừng tiến triển, hoại tử mô cục bộ.

[Fig-14]

[Fig-15]

Những vết đốt của kiến lửa gây hoại tử mô cục bộ và hình thành mụn mủ vô trùng đặc trưng khoảng 24 giờ sau khi bị đốt.[17] [18]

[Fig-13]

ho (không thường gặp)

- Phản ứng dị ứng có thể biểu hiện như ho (ví dụ: biến thể hen suyễn).

Hạ huyết áp (không thường gặp)

- Giải phóng histamine qua trung gian IgE ở các phản ứng nặng có thể dẫn đến hạ huyết áp. Có thể do ảnh hưởng thần kinh của vết cắn từ nhện góa phụ đen.

Đau khớp (không thường gặp)

- Có thể xảy ra do bệnh huyết thanh (phản ứng chậm không thường gặp thường xảy ra khoảng một tuần sau khi trúng nọc độc).

bệnh hạch (không thường gặp)

- Có thể xảy ra do bệnh huyết thanh (phản ứng chậm không thường gặp thường xảy ra khoảng một tuần sau khi trúng nọc độc).

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
chẩn đoán lâm sàng • Bất kỳ nghi ngờ nào về sốc phản vệ đều nhắc nhở cần hành động ngay lập tức. • Nếu có, một số ít xét nghiệm chính thức khá hữu ích trong trường hợp gặp tình trạng cấp tính; thông thường, không thể chẩn đoán xác định được chính xác.	chẩn đoán hầu như luôn dựa trên tiền sử, khám lâm sàng và đánh giá lâm sàng

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
Công thức máu • Viêm mô tế bào hoặc vết cắn/đốt nhiễm trùng sẽ làm tăng số lượng bạch cầu.	WBC bình thường hoặc tăng
tryptase trong huyết thanh • Trong các trường hợp không rõ ràng, việc lấy máu để thu được nồng độ tryptase trong vòng 1 đến 5 giờ kể từ khi khởi phát các triệu chứng có thể xác minh rằng các đường bào đã được kích hoạt và có thể giúp chẩn đoán sốc phản vệ. • Tryptase huyết thanh cơ bản cao có liên quan chặt chẽ đối với nguy cơ sốc phản vệ nghiêm trọng với vết đốt của côn trùng.[1] [3]	bình thường hoặc tăng cao
xét nghiệm độ nhạy • Xét nghiệm da, bao gồm các xét nghiệm da có nọc độc hoặc các xét nghiệm hấp thụ dị ứng phóng xạ có thể hữu ích để xác định xem những cá nhân đã chịu tấn công nghiêm trọng trước đây có phải là đối tượng phù hợp cho phương pháp điều trị giải mẫn cảm hay không.[1] [14] [28] • Không nên thực hiện xét nghiệm này ở tình trạng cấp tính vì thiếu chất trung gian từ phản ứng có thể dẫn đến phản ứng dương tính giả. Nên hoãn xét nghiệm da trong 2 đến 6 tuần sau khi xảy ra biến cố cấp tính. Tỷ lệ mắc mới thấp và tính chất đặc ứng của phản ứng nghiêm trọng (phản vệ hoặc dạng phản vệ) khiến cho khám sàng lọc toàn thân không thực tế.	đáp ứng có thể định lượng với kháng nguyên đặc hiệu

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm tế bào	Tiền sử xuất hiện các đợt viêm mô tế bào trước đó; loét hoặc vết thương; bệnh da; bệnh nấm kê chân; phù bạch huyết; suy tĩnh mạch hoặc phù chân mạn tính.	- FBC (công thức máu): tăng số lượng bạch cầu. - Cấy máu: dương tính. - Nuôi cấy mũ tập trung: dương tính.
Viêm mô tế bào quanh hốc mắt và hốc mắt	Tiền sử nhiễm trùng xoang trước đó, chưa chủng ngừa Haemophilus influenzae tuýp B; lệo hoặc chắp; chấn thương mắt gần đây.	- FBC (công thức máu): tăng số lượng bạch cầu. - Cấy máu: dương tính. - Mẫu phết mắt vi sinh học: dương tính.
áp-xe	Tấy đỏ, đau khi chạm vào, khối di động; sốt; chảy mủ.	Vết rạch và dẫn lưu tạo ra mủ/vật chất hoại tử. Nuôi cấy có thể xác định vi sinh vật gây nhiễm bệnh.
viêm cân mạc hoại tử	Tiền sử ức chế miễn dịch do bệnh mạn tính (ví dụ: đái tháo đường, nghiện rượu); chấn thương da hoặc tình trạng loét da; nhiễm vi-rút varicella zoster; nhập viện.	- FBC (công thức máu): tăng số lượng bạch cầu. - Urê và creatinine: tăng. - Natri: bình thường hoặc giảm. - Creatinine phosphokinase huyết thanh: tăng. - Cấy máu: dương tính. - Phân tích ABG (khí máu động mạch): thiếu ô xy máu và nhiễm toan.
Viêm nang lông	Tiền sử gần đây ngâm trong nước spa; nam sắc tố tối màu với tóc xoắn; tiền sử gần đây cạo râu/lông; nốt sần màu hồng nhạt lõm.	- Nhuộm gram: cầu khuẩn gram dương điển hình của nhiễm Staphylococcus aureus. - Chuẩn bị kali hydroxit: sự hiện diện của các dạng sợi nấm gợi ý nhiễm nấm ngoài da.
ung thư biểu mô tế bào đáy	- Tiền sử tiếp xúc với bức xạ UV (tia cực tím), ánh nắng mặt trời, tia X, tiếp xúc asen, khô da sắc tố, hội chứng Gorlin-Goltz hoặc cấy ghép. - Nốt sần có búi giãn tĩnh mạch liên quan; mảng bám, bثور và khối u có đường viền cuộn; vảy nhỏ và vết thương không lành; vảy không lành; nốt sần hoặc mảng bám giống như hạt ngọc trai. Không giống như vết cắn và đốt, các tổn thương này không xuất hiện nhiều.	Sinh thiết dạng cạo/bấm: sự phát triển của (các) ổ có kích thước và hình dạng khác nhau.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Ung thư biểu mô tế bào vảy ở da	- Tiền sử tiếp xúc với UV, tuổi già, ức chế miễn dịch, da trắng, vi-rút gây u nhú ở người, tình trạng bệnh da di truyền, tiếp xúc với bức xạ ion hóa/asen/hắc ín, dày sừng quang hóa, nam giới. Không giống như vết cắn và đốt, các tổn thương này không xuất hiện nhiều. - Nốt sần hoặc mảng ban đỏ; các mảng mỏng có màu hồng nhạt hoặc ban đỏ/u hình vòm; nốt sùi hoặc mảng giống nấm dạng lõi.	Sinh thiết: tế bào keratin không điển hình.
U Kaposi	- Nhiễm HIV; điều trị ức chế miễn dịch; cấy ghép, sắc tộc Trung Phi (ví dụ: từ Uganda, Malawi, Zambia, Zimbabwe); nhiễm vi-rút herpes 8 ở người. - Tổn thương da có thể đa tiêu điểm, phân bố không đối xứng, không ngứa, có kích thước khác nhau (đường kính từ vài milimet đến vài centimet) và màu (hồng, đỏ, tím, nâu, hoặc xanh dương), có nốt sần, u, giống mảng bám, giống bong rộp, dạng nấm có loét da và nhiễm trùng thứ phát, chai cứng (giống như gỗ) hoặc dày biểu bì.	- Xét nghiệm HIV: dương tính. - Sinh thiết: tổn thương mạch máu đặc trưng.
Chấn thương cục bộ	Tiền sử chấn thương.	Chụp X-quang: có thể cho thấy bằng chứng về chấn thương.
Các quy trình trong bụng (đặc điểm khác biệt của vết cắn từ nhện góa phụ đen)	- Đau bụng khi chạm vào có nhạy cảm dội ngược hoặc phản ứng thành bụng. Có thể không có âm nhu động ruột. - Có thể có các yếu tố nguy cơ về thiếu máu cục bộ mạc treo, viêm dạ dày ruột, tắc ruột, v.v.	- Chụp X-quang: có thể cho thấy các vòng ruột giãn. - Tổng phân tích tế bào máu có thể tăng trong quá trình nhiễm bệnh. Lactate có thể tăng lên ở tình trạng thiếu máu cục bộ ở màng treo ruột. - Siêu âm/CT (chụp cắt lớp vi tính)/MRI (chụp cộng hưởng từ) có thể cho thấy bệnh lý.
Hội chứng chèn ép khoang bụng	Tiền sử bù dịch trong hồi sức quá mức (>5 L trong 24 giờ), truyền máu nhiều (>10 đơn vị trong 24 giờ), nhiễm trùng bụng gần đây (đặc biệt là viêm phúc mạc), tràn máu phúc mạc, tắc ruột, trướng bụng, thiếu niệu.	- Chỉ số đo áp lực trong ổ bụng qua bàng quang: cao. - Phân tích khí máu: nhiễm toan chuyển hóa hoặc nhiễm toan hô hấp và chuyển hóa hỗn hợp.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Hội chứng chèn ép khoang tứ chi	Tiền sử chấn thương, rối loạn xuất huyết, chèn ép do hỗ trợ, tổn thương do nhiệt, tiêm truyền qua tĩnh mạch, tắc nghẽn tĩnh mạch, chơi thể thao. Mất chức năng cơ, đau, áp lực (đau thắt), dị cảm, không có mạch đập, xanh tái, tê liệt.	- Áp suất khoang: áp suất chênh lệch ≤ 20 mmHg. - Creatinine kinase huyết thanh: tăng. - Myoglobin trong nước tiểu: tăng.
Co thắt cơ	Xảy ra theo đợt. Tiền sử căng hoặc chấn thương cơ.	Chẩn đoán lâm sàng.
Đau đầu migraine	Tiền sử gia đình đau nửa đầu. Các yếu tố nguy cơ bao gồm say tàu xe lúc nhỏ; dùng caffeine; độ cao; giới tính nữ; kinh nguyệt; ly hôn, góa hoặc ly thân; béo phì; thói quen ngáy ngủ; sự kiện căng thẳng trong cuộc sống; lạm dụng thuốc đau đầu; thiếu ngủ.	Chẩn đoán lâm sàng.
Xuất huyết dưới màng nhện	Tiền sử tăng huyết áp, hút thuốc hoặc bệnh thận đa nang di truyền theo gen trội; tiền sử gia đình xuất huyết dưới nhện; sợ ánh sáng; trạng thái tâm lý thay đổi.	- Chụp CT đầu: vùng tăng tỉ trọng trong các bể dịch nền, các đường nứt lớn và rãnh lớn. - Chọc dò tủy sống: máu trong dịch não tủy (ánh vàng).
Nhồi máu cơ tim cấp tính	Các yếu tố nguy cơ tim, đau ngực, SOB, buồn nôn, toát mồ hôi, các yếu tố gợi ý.	- ECG: thay đổi do thiếu máu cục bộ. - Các enzym tim: dương tính.
Ngộ độc thực vật	Tiền sử ăn lớp thực vật gần đây.	Chẩn đoán lâm sàng.
Ngộ độc phosphate hữu cơ	Tiền sử nuốt phải thuốc diệt côn trùng gần đây; mùi đặc trưng; tiểu không tự chủ; rối loạn thị giác.	- Thử nghiệm trị liệu atropine: thiếu hiệu ứng kháng cholin. - Cholinesterase huyết tương: giảm hoạt tính.
sốc	- Có thể gây bệnh tim, nhiễm trùng huyết hoặc giảm thể tích máu lưu hành. - Tiền sử MI (nhồi máu cơ tim) gần đây, phẫu thuật gần đây hoặc bất động, nhiễm trùng nặng hoặc xuất huyết.	- Lactate > 2 mmol/L (> 18 mg/dL) cho thấy có thể bị giảm tưới máu mô. - Phân tích khí máu động mạch: pH $< 7,35$ cho thấy nhiễm toan.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Hen suyễn cấp tính	Tiền sử nhiễm vi-rút, phơi nhiễm với khói thuốc lá, phơi nhiễm với chất gây dị ứng, viêm da dị ứng, chất kích thích từ môi trường, GORD (bệnh trào ngược dạ dày thực quản), sử dụng corticosteroid dạng đường uống hoặc không tuân thủ chỉ định sử dụng thuốc hen suyễn.	PEFR (lưu lượng đỉnh khi thở ra): <60% đường tiêu hóa giá trị dự đoán nếu nghiêm trọng.
COPD (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) cấp tính	Tiền sử nhiễm khuẩn; nhiễm vi-rút; phơi nhiễm với các chất gây ô nhiễm; thay đổi thời tiết.	- X-quang ngực: căng phổi quá mức, cơ hoành dẹt, bọt nước và tim thẳng, nhỏ. - Phân tích khí máu động mạch: nhiễm toan hô hấp và nhiễm kiềm chuyển hóa có bù.
Dị vật đường thở	Thở rít hoặc nghẹt thở khởi phát đột ngột; tiền sử có dị vật trong miệng (đặc biệt là ở trẻ nhỏ).	X quang ngực có thể cho thấy tình trạng nghẽn khí và trường phổi siêu mờ rộng.
Hội chứng vi-rút	Sốt, ớn lạnh, đau cơ, các triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên, triệu chứng đường tiêu hóa.	Chẩn đoán lâm sàng.
Phản ứng thuốc	Thông thường phát ban lan tỏa phát triển sau khi bắt đầu dùng thuốc mới.	Cải thiện triệu chứng sau khi ngừng dùng thuốc.
dị ứng	Phản ứng nhạy cảm tái phát sau các phơi nhiễm nhất định.	Xét nghiệm dị ứng: dương tính.
Tiếp xúc hoặc nhạy cảm với hóa chất	Tiền sử phơi nhiễm gần đây.	Chẩn đoán lâm sàng.

Các tiêu chí chẩn đoán

Chẩn đoán cấp tính

Chẩn đoán dựa trên tiền sử và các kết quả khám lâm sàng. Chỉ khi chứng kiến thấy vết cắn hoặc vết đốt thì mới có thể đưa ra chẩn đoán chắc chắn.

Tình trạng quá mẫn mạn tính

Bệnh nhân có phản ứng nghiêm trọng với vết cắn hoặc vết đốt được kiểm tra tình trạng quá mẫn.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Điều trị ban đầu thường dựa hoàn toàn vào tiền sử, kết quả kiểm tra và nghi ngờ lâm sàng. Bất kỳ dấu hiệu nào của sốc phản vệ sẽ nhắc nhở cần chăm sóc hỗ trợ ngay lập tức, vì bệnh có thể tiến triển nhanh chóng, dẫn đến tắc nghẽn đường thở và trụy tim mạch. Ổn định và điều trị các tình trạng đe dọa tính mạng được thực hiện đồng thời thường xuyên nhất. Tất cả các bệnh nhân có các dấu hiệu phản ứng toàn thân, đặc biệt là hạ huyết áp, sưng đường thở hoặc khó thở, phải được tiêm bắp adrenaline (epinephrine) vào mặt trước bên của đùi ngay lập tức.

Vẫn cần phải theo dõi chặt chẽ ở các phản ứng ít nghiêm trọng hơn (hoặc phản ứng đáp ứng với điều trị), vì có khả năng suy giảm nhanh chóng hoặc dội ngược điều trị.[22] [24] [29] [30] Bệnh nhân có phản ứng nặng đã đáp ứng tốt với phương pháp điều trị cần được quan sát trong ít nhất 4 đến 6 giờ ở khoa tai nạn và cấp cứu để theo dõi sự tái phát của các triệu chứng khi thuốc dần hết tác dụng. Bất kỳ trường hợp tái phát triệu chứng nào cũng sẽ dẫn đến tái điều trị và có khả năng cần phải nhập viện.

Cần lưu ý đến bệnh tim mạch đồng mắc bởi vì một số phương pháp điều trị có thể gây căng thẳng cho trái tim nhạy cảm.[31] Cần thận trọng và theo dõi chặt chẽ khi điều trị những bệnh nhân này. Tuy nhiên, bệnh tim có trước đó không phải là chống chỉ định đối với biện pháp điều trị các phản ứng phản vệ đáng ngờ.

Phản ứng cục bộ

Chăm sóc hỗ trợ

- Đau và sưng cục bộ tại vị trí bị cắn hoặc đốt có thể giảm bớt khi chườm túi đá. Túi nên có một lớp vải ngăn giữa đá và da để ngăn chặn tổn thương mô cục bộ. Phác đồ thường dùng là chườm túi đá lên và gỡ ra trong các khoảng thời gian 15 phút.
- Có thể cần tư vấn phẫu thuật cho các phản ứng cục bộ nghiêm trọng hoặc tiến triển tại vị trí nghi ngờ bị nhện nâu ẩn dật cắn.

[Fig-14]

[Fig-15]

[Fig-10]

- Các mụn nước do kiến lửa cắn cần được giữ nguyên vẹn. Nếu đã vỡ, những tổn thương này có thể đóng vai trò là cửa ngõ cho nhiễm trùng thứ phát. Chúng cần được giữ sạch sẽ và băng lại.[17] [18]

[Fig-13]

- Tất cả các vết thương trên da cần được đánh giá để điều trị dự phòng uốn ván. Vết thương dễ bị uốn ván (sâu/bắn/hoại tử/trúng nọc độc nhện ẩn dật nghiêm trọng) cần được điều trị dự phòng uốn ván nếu tiêm chủng lần gần đây nhất cách đây >5 năm. Các vết thương không dễ bị uốn ván (ví dụ: vết đốt/vết cắn của nhện góa phụ đen) sẽ khiến cần điều trị nếu tiêm chủng lần gần đây nhất cách đây >10 năm.

Gỡ vôi

- Cần gỡ các vôi ghim lại vì chúng vẫn có thể chứa nọc độc.

[Fig-1]

- Túi nọc độc được làm rỗng trong vòng 30 giây kể từ khi phơi nhiễm; do đó, điều quan trọng nhất khi gỡ vôi là lấy ra càng nhanh càng tốt.
- Hướng dẫn truyền thống cho thấy rằng việc nặn vôi (ví dụ: bằng nhíp) có thể khiến tiêm nhiều nọc độc hơn vào bệnh nhân. Cần gỡ vôi ra bằng cách nhẹ nhàng cạo vôi bằng cạnh của thẻ ID nhựa (bằng lái xe hoặc vật

tương tự). Nhiều nghiên cứu gần đây đã nghi ngờ điều này và gợi ý rằng trong việc giảm thiểu lượng nọc độc được tiêm vào cơ thể thì thời gian gỡ vôi quan trọng hơn phương pháp .[32]

Corticosteroids

- Điều trị bằng corticosteroid có tác dụng làm giảm tính thấm thấu mạch máu và làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch đối với kháng nguyên kích thích.
- Thuốc bắt đầu có tác dụng sau khi dùng ít nhất 1 giờ, vì vậy cần phải bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt.
- Cần tiếp tục điều trị bằng corticosteroid trong 3 đến 5 ngày ở những bệnh nhân có phản ứng từ vừa đến nặng.
- Ở những bệnh nhân không phụ thuộc vào corticosteroid trước đây hoặc suy thượng thận, không cần phải giảm dần liều. Ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid lâu dài, phụ thuộc vào corticosteroid trước đây, suy thượng thận hay có nguy cơ gặp các tác dụng đối ngược, có thể cần cẩn thận theo dõi việc giảm dần phương pháp điều trị. Gói liều hoặc giảm dần liều prednisolone dạng đường uống phục vụ mục đích này. Những bệnh nhân này phải được bác sĩ theo dõi chặt chẽ.
- Dữ liệu chứng minh việc sử dụng corticosteroid bị giới hạn do khó thực hiện các nghiên cứu có đối chứng. Tuy nhiên, điều trị bằng corticosteroid vẫn là biện pháp điều trị chính hiện tại.[33]

Chất đối kháng H1 và chất đối kháng H2

- Kháng histamine gây phản tác dụng giải phóng histamine ở các thụ thể tế bào, giảm ngứa, ban đỏ và phát ban.
- Cần tiếp tục dùng các chất đối kháng H1 an thần trong khoảng 3 ngày sau phản ứng dị ứng và bệnh nhân có thể giảm dần các chất này theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng.
- Cũng có thể sử dụng các chất đối kháng H1 không an thần.
- Có thể sử dụng các chất đối kháng H2 để tăng cường tác dụng kháng histamine.
- Cần sử dụng thận trọng thuốc kháng histamin bôi ngoài da, nếu có thể. Chúng có thể không thêm bất kỳ tác dụng có lợi nào khi bệnh nhân đã dùng thuốc kháng histamine toàn thân. Các quy luật hấp thụ thất thường của chúng có thể dẫn đến độc tính kháng cholinergic. Chúng cũng có thể gây kích ứng da và làm trầm trọng thêm các triệu chứng da liễu.

Thuốc kháng viêm

- Điều trị bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) có thể giảm sưng và đau tại vị trí bị cắn hoặc đốt. Bệnh nhân có thể giảm dần những loại thuốc này theo các triệu chứng của họ. Cần thận trọng ở những bệnh nhân đang dùng aspirin hoặc thuốc chống đông, bệnh nhân nhạy cảm với những thuốc này, hoặc bệnh nhân có yếu tố nguy cơ loét, xuất huyết gi hoặc bệnh thuyên tắc huyết khối.

Bệnh nhân bị nhện góa phụ đen hoặc nhện ẩn dật cắn có thể cần biện pháp điều trị đặc hiệu hơn.

Vết cắn của nhện góa phụ đen

Hầu hết các vết nhện góa phụ đen cắn chỉ gây đau cục bộ tại vị trí vết thương; tử vong cực kỳ hiếm xảy ra. Cần làm sạch vết thương bằng xà phòng và nước và tình trạng uốn ván sẽ được giải quyết. Nâng vết cắn lên trên tim và chườm các túi nước đá có thể giúp giảm đau. Đau nhẹ đến trung bình thường đáp ứng với paracetamol hoặc biện pháp điều trị bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID). Có thể cần dùng thuốc opioid dạng đường uống (ví dụ: hydrocodone) cho những vết cắn nặng hơn hoặc bệnh nhân có khả năng chịu đau thấp.

[Fig-3]

[Fig-8]

Các vết cắn nghiêm trọng hơn có thể gây đau dữ dội và co thắt cơ bắp ở chi bị ảnh hưởng hoặc toàn thân. Đau lan tỏa vào ngực hoặc bụng có thể làm rối loạn hình ảnh chẩn đoán và có thể cần loại trừ thiếu máu cục bộ cơ tim hoặc hội chứng bụng cấp. Bệnh nhân có thể cần dùng thuốc opioid (ví dụ: morphine) liều cao qua đường tĩnh mạch để kiểm

soát cơn đau. Co thắt cơ nặng có thể được giảm nhẹ bằng benzodiazepine. Bất ổn hệ thần kinh tự chủ có thể dẫn đến nhịp tim nhanh và tăng huyết áp mạnh. Những tình trạng này thường biến mất khi giải quyết được cơn đau. Ở những bệnh nhân có thể không chịu đựng được những tác dụng này, thuốc ức chế beta có thể là một phương pháp điều trị hợp lý.

Có một số loại chất kháng nọc độc của nhện góa phụ đen được bán trên thị trường.[34] [35] Điều trị bằng chất kháng nọc độc trước đây được cho là làm giảm cơn đau và thời gian mắc triệu chứng, mặc dù các nghiên cứu gần đây đã cho thấy khác biệt nhỏ (nếu có) giữa chất kháng nọc độc và giả dược.[36] Chỉ định có thể bao gồm:

- Tiếp tục đau hoặc đau dữ dội mặc dù sử dụng thuốc giảm đau opioid tích cực
- Bất ổn hệ thần kinh tự chủ (nhịp tim nhanh và tăng huyết áp mạnh)
- Tiếp tục buồn nôn hoặc nôn
- Khó thở
- Các triệu chứng tiến triển nhanh.

Quyết định sử dụng chất kháng nọc độc phải bao gồm cân nhắc mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng với độ an toàn của phương pháp điều trị kháng nọc độc. Mặc dù hiếm gặp, các phản ứng có thể bao gồm bệnh huyết thanh và sốc phản vệ đe dọa tính mạng. Ở các quốc gia khác ngoài Hoa Kỳ, chất kháng nọc độc được sử dụng thường xuyên hơn và có vẻ có hồ sơ an toàn tốt.[20] [37]

Vết cắn của nhện ẩn dật

Có thể điều trị hầu hết các vết cắn của loài *Loxosceles*

[Fig-10]

[Fig-9]

bằng cách chăm sóc vết thương cục bộ, bao gồm rửa bằng xà phòng và nước, nâng vết cắn lên trên tim, chườm lạnh và chú ý đến tình trạng uốn ván. Có thể kiểm soát cơn đau bằng paracetamol, thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) hoặc opioid dạng đường uống. Thuốc kháng sinh không được chỉ định ban đầu ở các vết cắn được xác nhận (mặc dù thường xuyên chẩn đoán không chắc chắn và viêm mô tế bào là khác biệt đầu tiên được xem xét).

Mặc dù chúng nổi tiếng về mức độ nguy hiểm nhưng chỉ có một số ít vết cắn của nhện ẩn dật tiến triển thành hoại tử.[21]

[Fig-14]

[Fig-15]

Dapsone đã được sử dụng để ngăn ngừa hoặc làm chậm sự phát triển của hoại tử và giảm đau ở tổn thương hoại tử. Không có thử nghiệm đối chứng nào được thực hiện ở người và dữ liệu trong các mô hình động vật mâu thuẫn với nhau.[19] Cũng cần sàng lọc bệnh nhân thiếu hụt glucose-6-phosphate dehydrogenase, vì dapsone có thể gây thiếu máu huyết tán nặng ở những bệnh nhân này. Không cần bắt đầu điều trị bằng dapsone ngay lập tức để thuốc này có tác dụng và kết quả sàng lọc thường sẵn có trong vòng 1 ngày.

Hoại tử liên tục có thể cần phẫu thuật cắt lọc và ghép da sau đó để chữa lành hoàn toàn, mặc dù đây là trường hợp hiếm gặp. Mô hoại tử là cơ sở chính của nhiễm trùng thứ phát. Bệnh nhân cần được chỉ dẫn cách chăm sóc vết thương thích hợp và nhận biết các dấu hiệu nhiễm trùng (ví dụ: sốt, hình thành mủ). Điều trị kháng sinh thường bắt đầu theo kinh nghiệm vì chẩn đoán vết nhện cắn thường không rõ ràng và nhiễm trùng là cân nhắc chính khác trong danh sách chẩn đoán phân biệt. Phạm vi kháng sinh nên thích hợp với viêm mô tế bào, phù hợp với các quy luật nhạy cảm cục bộ với MRSA mắc phải từ cộng đồng.

Chất kháng nọc độc được bán ở một số quốc gia Nam Mỹ. Một số nghiên cứu trên động vật cho thấy hiệu quả trong việc hạn chế hoại tử, nhưng không có nghiên cứu nào tốt trên con người.[34]

Phản ứng toàn thân

Đánh giá tim phổi và các biện pháp hỗ trợ

- Phải duy trì đường thở không tắc nghẽn, vì đường thở có thể đóng trong vòng vài phút khi các mô xung quanh sưng lên.
- Đặt nội khí quản dự phòng được ưu tiên nhiều hơn để cứu nguy cho tình trạng mở sụn nhĩn giáp.
- Bất kỳ phát hiện chủ quan nào (ví dụ: sưng hoặc căng tức ở cổ họng hoặc họng miệng) hoặc phát hiện khách quan (ví dụ: thở rít, khàn giọng, phù thanh môn hoặc lưỡi rở rệt, chứng xanh tím) đều cần được chuẩn bị kiểm soát đường thở khẩn cấp.
- Cần điều trị trụy tim mạch bằng hồi sức thể tích tích cực (các dung dịch đẳng trương ví dụ: 0,9% nước muối sinh lý bình thường hoặc lactate Ringer) và truyền thuốc co mạch.
- Bệnh nhân cần hỗ trợ đường thở hoặc điều trị trụy tim mạch phải được chuyển đến phòng tai nạn và cấp cứu hoặc cơ sở chăm sóc tích cực càng nhanh càng tốt.
- Cần gỡ các vôi ghim lại ngay khi xác định thấy chúng.

Adrenaline (epinephrine)

- Tất cả các bệnh nhân có các dấu hiệu phản ứng toàn thân, đặc biệt là hạ huyết áp, sưng đường thở hoặc khó thở, phải được tiêm bắp adrenaline (epinephrine) vào mặt trước bên của đùi ngay lập tức.[2] [38] [39] [40] [41]
- Liều này có thể dùng lặp lại 5 đến 15 phút một lần nếu cần.[22] [23] [42] [43]
- Tiêm bắp vào mặt trước bên của đùi có lợi hơn là tiêm vào cơ delta hoặc tiêm dưới da.[44] [45]
- Nếu bệnh nhân bị hạ huyết áp nặng, adrenaline (epinephrine) qua đường tĩnh mạch là một lựa chọn. Truyền adrenaline (epinephrine) liên tục, điều chỉnh liều có hiệu quả nên để cho các bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện. Không có phác đồ liều tĩnh mạch nào được công nhận rộng rãi.
- Tác dụng chủ vận alpha-1, beta-1 và beta-2 của adrenaline (epinephrine) đóng vai trò chính trong việc khắc phục các tác động của sốc phản vệ. Kích thích thụ thể alpha-1 làm tăng trương lực thành mạch và do đó làm đảo ngược tình trạng giãn mạch ồ ạt do sự giải phóng các chất trung gian miễn dịch. Tuy nhiên, kích thích alpha-1 cũng có thể dẫn đến tăng huyết áp nghiêm trọng, đặc biệt là ở những người bị tăng huyết áp kém kiểm soát. Kích thích thụ thể beta-1 có ảnh hưởng tích cực đến co bóp của cơ tim và thay đổi nhịp tim (tức là tăng nhịp tim và sự co bóp), nhưng đáp ứng quá mức có thể dẫn đến nhịp tim nhanh ngoài ý muốn, có khả năng gây tổn hại cho bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành. Cơ chế chủ vận beta-2 có thể dẫn tới giãn phế quản và làm giảm quá trình giải phóng các chất trung gian khỏi đường bào và bạch cầu ái kiềm.[46]
- Phải cho dùng đơn thuốc gồm 2 bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) sau bất kỳ đợt sốc phản vệ nào.[3] [47] Bệnh nhân hoặc người chăm sóc phải luôn mang cả hai bút tiêm tự động này và biết rõ cách sử dụng của chúng.[2] Đối với trẻ em có nguy cơ bị sốc phản vệ, bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) cần được kê đơn kết hợp với một bản kế hoạch cấp cứu cá nhân.[2] [48] [American Academy of Pediatrics: allergy and anaphylaxis emergency plan]

Các triệu chứng hô hấp dai dẳng sau khi dùng adrenaline (epinephrine) có thể cải thiện nhờ vào chất chủ vận beta-2 dạng hít.[49]

Glucagon

- Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc ức chế beta có thể kháng điều trị bằng thuốc chủ vận alpha/beta. Glucagon hoạt động bằng cách bỏ qua các thụ thể adrenergic và kích hoạt trực tiếp adenosine monophosphate tuần hoàn trong tế bào.
- Glucagon thường gây buồn nôn và ói mửa, điều này có thể thúc đẩy cần phải kiểm soát đường thở dứt khoát.
- Có thể sử dụng thuốc chống nôn kết hợp với phương pháp điều trị bằng glucagon.

Corticosteroids

- Điều trị bằng corticosteroid có tác dụng làm giảm tính thấm mạch máu và làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch đối với kháng nguyên kích thích.
- Thuốc bắt đầu có tác dụng sau khi dùng ít nhất 1 giờ, vì vậy cần phải bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt.
- Cần tiếp tục điều trị bằng corticosteroid trong 3 đến 5 ngày ở những bệnh nhân có phản ứng từ vừa đến nặng.
- Ở những bệnh nhân không phụ thuộc vào corticosteroid trước đây hoặc suy thượng thận, không cần phải giảm dần liều. Ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid lâu dài, phụ thuộc vào corticosteroid trước đây, suy thượng thận hay có nguy cơ gặp các tác dụng đối ngược, có thể cần cẩn thận theo dõi việc giảm dần phương pháp điều trị. Gói liều hoặc giảm dần liều prednisolone dạng đường uống phục vụ mục đích này. Những bệnh nhân này phải được bác sĩ theo dõi chặt chẽ.

Chất đối kháng H1 và chất đối kháng H2

- Kháng histamine gây phản tác dụng giải phóng histamine ở các thụ thể tế bào, giảm ngứa, ban đỏ và phát ban.
- Cần tiếp tục dùng các chất đối kháng H1 an thần trong khoảng 3 ngày sau phản ứng dị ứng và bệnh nhân có thể giảm dần các chất này theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng.
- Cũng có thể sử dụng các chất đối kháng H1 không an thần.
- Có thể sử dụng các chất đối kháng H2 để tăng cường tác dụng kháng histamine.
- Cần sử dụng thận trọng thuốc kháng histamin bôi ngoài da, nếu có thể. Chúng có thể không thêm bất kỳ tác dụng có lợi nào khi bệnh nhân đã dùng thuốc kháng histamine toàn thân. Các quy luật hấp thụ thất thường của chúng có thể dẫn đến độc tính kháng cholinergic. Chúng cũng có thể gây kích ứng da và làm trầm trọng thêm các triệu chứng da liễu.

Thuốc kháng viêm

- Điều trị bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) có thể giảm sưng và đau tại vị trí bị cắn hoặc đốt. Bệnh nhân có thể giảm dần những loại thuốc này theo các triệu chứng của họ. Cần thận trọng ở những bệnh nhân đang dùng aspirin hoặc thuốc chống đông, bệnh nhân nhạy cảm với những thuốc này, hoặc bệnh nhân có yếu tố nguy cơ loét, xuất huyết gi hoặc bệnh thuyên tắc huyết khối.

Nhiễm trùng thứ phát

Thuốc kháng sinh nên hướng đến mầm bệnh da thường gặp (các loài tụ cầu khuẩn và liên cầu khuẩn) và được chỉ dẫn bởi mô hình kháng thuốc tại địa phương.

Các vết cắn của nhện góa phụ đen không trở nên hoại tử và không cần dùng thuốc kháng sinh trừ khi có dấu hiệu nhiễm trùng thứ phát trong vài ngày sau đó.

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu được địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

Giả định (tóm tắt)		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
phản ứng phản vệ/dạng phản vệ	1	đánh giá tim phổi và các biện pháp hỗ trợ
	thêm	Adrenaline (epinephrine)
	thêm	Chăm sóc hỗ trợ
	thêm	Corticosteroid
	thêm	Chất đối kháng H1 + chất đối kháng H2
	bổ sung	salbutamol dạng khí dung
	bổ sung	gỡ vôi
	bổ sung	Thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)
	thêm	glucagon
	bổ sung	thuốc chống nôn
■ không đáp ứng với adrenaline (epinephrine) ■ không đáp ứng với adrenaline (epinephrine)	thêm	glucagon
	bổ sung	thuốc chống nôn

Cấp tính (tóm tắt)		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
phản ứng cục bộ	1	Chăm sóc hỗ trợ
	bổ sung	gỡ vôi
	bổ sung	Corticosteroid
	bổ sung	Chất đối kháng H1 + chất đối kháng H2
	bổ sung	Thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)
	bổ sung	bổ sung thuốc giảm đau
	bổ sung	Benzodiazepine
	bổ sung	thuốc ức chế beta
	bổ sung	chất kháng nọc độc
	bổ sung	bổ sung thuốc giảm đau
	bổ sung	dapsone
	bổ sung	phẫu thuật cắt lọc + sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm
■ vết cắn của nhện góa phụ đen ■ vết cắn của nhện góa phụ đen ■ vết cắn của nhện góa phụ đen ■ vết cắn của nhện góa phụ đen ■ vết cắn của nhện ẩn dật ■ vết cắn của nhện ẩn dật ■ vết cắn của nhện ẩn dật	bổ sung	bổ sung thuốc giảm đau
	bổ sung	Benzodiazepine
	bổ sung	thuốc ức chế beta
	bổ sung	chất kháng nọc độc
	bổ sung	bổ sung thuốc giảm đau
	bổ sung	dapsone
	bổ sung	phẫu thuật cắt lọc + sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm

Tiếp diễn (tóm tắt)		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị

Tiếp diễn			(tóm tắt)
nhiễm trùng thứ phát	1	thuốc kháng sinh	

Các lựa chọn điều trị

Giả định

Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
phản ứng phản vệ/dạng phản vệ	1	đánh giá tim phổi và các biện pháp hỗ trợ » Phải duy trì tình trạng đường thở không tắc nghẽn. Đường thở có thể tắc nghẽn trong vòng vài phút khi các mô xung quanh sưng lên. Đặt nội khí quản dự phòng tốt hơn khi cứu nguy cho tình trạng mở sụn nhân giáp. Bất kỳ phát hiện chủ quan nào (sưng hoặc căng tức cổ họng hoặc họng miệng) hoặc phát hiện khách quan (thở rít, khàn giọng, phù thanh môn hoặc lưỡi rõ rệt, chứng xanh tím) đều cần được chuẩn bị kiểm soát đường thở khẩn cấp. » Cần điều trị truy tìm mạch bằng hồi sức thể tích tích cực (các dung dịch đẳng trương như 0,9% nước muối sinh lý bình thường hoặc lactate Ringer) và truyền thuốc co mạch. Điều này đòi hỏi phải chuyển ngay đến phòng tai nạn và cấp cứu (A&E) hoặc cơ sở chăm sóc tích cực. » Bệnh nhân cần hỗ trợ đường thở hoặc điều trị truy tìm mạch phải được chuyển đến A&E hoặc cơ sở chăm sóc tích cực càng nhanh càng tốt.
	thêm	Adrenaline (epinephrine) » Tất cả các bệnh nhân có các dấu hiệu phản ứng toàn thân, đặc biệt là hạ huyết áp, sưng đường thở hoặc khó thở, phải được tiêm bắp adrenaline (epinephrine) vào mặt trước bên của đùi ngay lập tức.[2] [38] [39] [40] [41] » Liều này có thể dùng lặp lại 5 đến 15 phút một lần nếu cần.[22] [23] [42] [43] Tiêm bắp vào mặt trước bên của đùi có lợi hơn là tiêm vào cơ delta hoặc tiêm dưới da.[44] [45] » Nếu bệnh nhân bị hạ huyết áp nặng, adrenaline (epinephrine) qua đường tĩnh mạch là một lựa chọn. Truyền adrenaline (epinephrine) liên tục, điều chỉnh liều có hiệu quả nên để cho các bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện. Không có phác đồ liều tĩnh mạch nào được công nhận rộng rãi. » Phải cho dùng đơn thuốc gồm 2 bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) sau bất kỳ đợt sốc phản vệ nào.[3] [47] Bệnh nhân hoặc người chăm sóc phải luôn mang cả hai bút tiêm tự động này và biết rõ cách sử dụng của chúng.[2] Đối với trẻ em có nguy cơ bị sốc phản vệ, bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) cần được kê đơn kết hợp với một bản kế hoạch

Giả định

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

cấp cứu cá nhân.[2] [48] [American Academy of Pediatrics: allergy and anaphylaxis emergency plan]

Các lựa chọn sơ cấp

» **Adrenaline (epinephrine)**: 0,3 đến 0,5 mg (dung dịch 1:1000) tiêm bắp sau mỗi 5-15 phút; 0,1 mg (dung dịch 1:10.000) tiêm tĩnh mạch sau mỗi 5 phút; 1-4 microgram/phút (dung dịch 1:10.000) truyền tĩnh mạch

thêm

Chăm sóc hỗ trợ

» Cần điều trị truy tìm mạch bằng bù dịch hồi sức tích cực (các dung dịch đẳng trương ví dụ: 0,9% nước muối sinh lý bình thường hoặc lactate Ringer) và truyền thuốc co mạch. Điều này đòi hỏi phải chuyển ngay đến phòng tai nạn và cấp cứu hoặc cơ sở chăm sóc tích cực.

thêm

Corticosteroid

» Điều trị bằng corticosteroid làm giảm tính thấm của mạch máu và làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch đối với kháng nguyên kích thích. Thuốc bắt đầu có tác dụng sau khi dùng ít nhất 1 giờ, vì vậy cần phải bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt.

» Cần tiếp tục điều trị bằng corticosteroid trong 3 đến 5 ngày. Ở những bệnh nhân không phụ thuộc vào corticosteroid trước đây hoặc suy thượng thận, không cần phải giảm dần liều.

» Có thể cần theo dõi cẩn thận việc giảm dần liều lượng điều trị ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid lâu dài, trước đây phụ thuộc vào corticosteroid, hoặc suy thượng thận hay có nguy cơ gặp các tác dụng đối ngược. Gói liều hoặc giảm dần liều prednisolone dạng đường uống phục vụ mục đích này.

» Dữ liệu chứng minh việc sử dụng corticosteroid bị giới hạn do khó thực hiện các nghiên cứu có đối chứng. Tuy nhiên, điều trị bằng corticosteroid vẫn là biện pháp điều trị chính hiện tại.[33] [50]

» Những bệnh nhân này cần được bác sĩ của họ theo dõi chặt chẽ.

Các lựa chọn sơ cấp

» **methylprednisolone sodium succinate**: 125 mg tiêm tĩnh mạch 6 giờ một lần

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

Giả định

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

thêm

» **Prednisolone**: 60 mg uống mỗi ngày một lần

Chất đối kháng H1 + chất đối kháng H2

» Chất đối kháng H1 gây phản tác dụng giải phóng histamine ở các thụ thể tế bào, giảm ngứa, ban đỏ và phát ban. Có thể sử dụng các chất đối kháng H1 an thần hoặc không an thần. Cần tiếp tục dùng các thuốc này trong khoảng 3 ngày sau phản ứng dị ứng và bệnh nhân có thể giảm dần các thuốc này theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng.

» Có thể sử dụng chất đối kháng H2 để tăng cường tác dụng kháng histamine. Cimetidine là loại thuốc đầu tiên, nhưng vì thuốc này có thể ảnh hưởng đến cơ chế trao đổi chất của các thuốc khác nên ranitidine là lựa chọn phổ biến hơn.

Các lựa chọn sơ cấp

» **diphenhydramin**: 50 mg đường uống/đường tĩnh mạch 6 giờ một lần

-hoặc-

» **loratadine**: 10 mg uống mỗi ngày một lần

-hoặc-

» **cetirizine**: 10 mg uống mỗi ngày một lần

--VÀ--

» **Cimetidine**: 300 mg đường tĩnh mạch 6 giờ một lần; 800-1600 mg/ngày dùng đường uống chia làm 4 liều

-hoặc-

» **ranitidine**: 50 mg đường tĩnh mạch 8 giờ một lần; 150-300 mg đường uống mỗi ngày một lần

bổ sung

salbutamol dạng khí dung

» Các triệu chứng hô hấp dai dẳng sau khi dùng adrenaline (epinephrine) có thể cải thiện nhờ vào chất chủ vận beta-2 dạng hít.[49]

Các lựa chọn sơ cấp

» **salbutamol dạng hít**: 2,5 đến 5 mg dạng khí dung mỗi 20 phút một lần cho 3 liều, sau đó là 2,5 đến 10 mg dạng khí dung mỗi 1-4 giờ khi cần thiết

bổ sung

gỡ vôi

» Cần gỡ các vôi ghim lại vì chúng vẫn có thể chứa nọc độc. Hướng dẫn truyền thống cho thấy rằng việc nặn vôi (ví dụ: bằng nhíp) có thể tiêm nhiều nọc độc hơn vào bệnh nhân. Có thể gỡ vôi ra bằng cách nhẹ nhàng cạo vôi bằng cạnh của thẻ ID nhựa (bằng lái xe hoặc vật tương tự). Nhiều nghiên cứu gần đây đã nghi ngờ điều này và gợi ý rằng trong việc giảm thiểu lượng nọc độc được tiêm vào cơ thể thì thời gian gỡ vôi quan trọng hơn phương pháp.[32]

Giả định

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

bổ sung

Thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)

» Điều trị bằng ibuprofen hoặc naproxen có thể giảm sưng và đau tại vị trí bị cắn hoặc đốt.

» Bệnh nhân có thể giảm dần những loại thuốc này theo các triệu chứng của họ

» Cần thận trọng ở những bệnh nhân được điều trị bằng aspirin hoặc thuốc chống đông, bệnh nhân nhạy cảm với những thuốc này, hoặc bệnh nhân có yếu tố nguy cơ loét, xuất huyết đường tiêu hóa hoặc bệnh thuyên tắc huyết khối.

Các lựa chọn sơ cấp

» **Ibuprofen:** 300-400 mg đường uống mỗi 6-8 giờ khi cần thiết, tối đa 2400 mg/ngày

HOẶC

Các lựa chọn thứ cấp

» **Naproxen:** Uống 250-500 mg x 2 lần/ngày khi cần, tối đa 1250 mg/ngày

■ không đáp ứng với adrenaline (epinephrine)

thêm

glucagon

» Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc ức chế beta có thể kháng biện pháp điều trị bằng thuốc chủ vận beta.

» Glucagon hoạt động bằng cách bỏ qua các thụ thể adrenergic và kích hoạt trực tiếp adenosine monophosphate tuần hoàn trong tế bào.

» Được cung cấp cho bệnh nhân không đáp ứng với biện pháp điều trị bằng thuốc chủ vận beta.

» Thường gây buồn nôn và nôn, điều này có thể tăng tính cần thiết phải kiểm soát đường thở.

Các lựa chọn sơ cấp

» **glucagon:** ban đầu là 1-2 mg đường tĩnh mạch trong 5 phút, có thể lặp đi lặp lại theo phản ứng, sau đó là truyền 0,005 đến 0,05 mg/phút; tham khảo ý kiến chuyên gia để được hướng dẫn thêm về liều cao hơn

■ không đáp ứng với adrenaline (epinephrine)

bổ sung

thuốc chống nôn

» Glucagon thường gây buồn nôn và ói mửa, điều này có thể thúc đẩy cần phải kiểm soát đường thở dứt khoát.

» Có thể sử dụng thuốc chống nôn kết hợp với phương pháp điều trị bằng glucagon.

Giả định

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

» Chỉ nên dùng metoclopramide trong tối đa 5 ngày để giảm thiểu nguy cơ ảnh hưởng đối với thần kinh và các ảnh hưởng bất lợi khác.[51]

Các lựa chọn sơ cấp

» **metoclopramide**: 10 mg đường tĩnh mạch mỗi 8 tiếng khi cần trong tối đa 5 ngày, tối đa 30 mg/ngày

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» **ondansetron**: 8 mg đường tĩnh mạch mỗi 8 tiếng khi cần

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

phản ứng cục bộ

1

Chăm sóc hỗ trợ

» Đau và sưng cục bộ tại vị trí bị cắn hoặc đốt có thể giảm bớt khi chườm túi đá. Túi nên có một lớp vải ngăn giữa đá và da để ngăn chặn tổn thương mô cục bộ. Phác đồ thường dùng là chườm túi đá lên và gỡ ra trong các khoảng thời gian 15 phút.

» Cần làm sạch vết thương bằng xà phòng và nước và tình trạng uốn ván sẽ được giải quyết.

bổ sung

gỡ vôi

» Cần gỡ các vôi ghim ra vì chúng vẫn có thể chứa nọc độc. Hướng dẫn truyền thống cho thấy rằng việc nặn vôi (ví dụ: bằng nhíp) có thể tiêm nhiều nọc độc hơn vào bệnh nhân. Có thể gỡ vôi ra bằng cách nhẹ nhàng cạo vôi bằng cạnh của thẻ ID nhựa (bằng lái xe hoặc vật tương tự). Nhiều nghiên cứu gần đây đã nghi ngờ điều này và gợi ý rằng trong việc giảm thiểu lượng nọc độc được tiêm vào cơ thể thì thời gian gỡ vôi quan trọng hơn phương pháp .[32]

bổ sung

Corticosteroid

» Corticosteroid làm giảm tính thấm thấu mạch máu và làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch đối với kháng nguyên kích thích. Thuốc bắt đầu có tác dụng sau khi dùng ít nhất 1 giờ, vì vậy cần phải bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt.

» Cần tiếp tục điều trị bằng corticosteroid trong 3 đến 5 ngày ở những bệnh nhân có phản ứng từ vừa

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

đến nặng. Ở những bệnh nhân không phụ thuộc vào corticosteroid trước đây hoặc suy thượng thận, không cần phải giảm dần liều.

» Có thể cần theo dõi cẩn thận việc giảm dần liều lượng điều trị ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid lâu dài, trước đây phụ thuộc vào corticosteroid, hoặc suy thượng thận hay có nguy cơ gặp các tác dụng đối ngược. Gợi ý giảm dần liều prednisolone dạng đường uống phục vụ mục đích này.

» Dữ liệu chứng minh việc sử dụng corticosteroid bị giới hạn do khó thực hiện các nghiên cứu có đối chứng. Tuy nhiên, điều trị bằng corticosteroid vẫn là biện pháp điều trị chính hiện tại.[33] [50]

» Những bệnh nhân này cần được bác sĩ của họ theo dõi chặt chẽ.

Các lựa chọn sơ cấp

» methylprednisolone sodium succinate: 125 mg tiêm tĩnh mạch 6 giờ một lần

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» Prednisolone: 60 mg/ngày dùng đường uống

bổ sung

Chất đối kháng H1 + chất đối kháng H2

» Chất đối kháng H1 gây phản tác dụng giải phóng histamine ở các thụ thể tế bào, giảm ngứa, ban đỏ và phát ban. Có thể sử dụng các chất đối kháng H1 an thần hoặc không an thần. Cần tiếp tục dùng các thuốc này trong khoảng 3 ngày sau phản ứng dị ứng và bệnh nhân có thể giảm dần các thuốc này theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng.

» Có thể sử dụng chất đối kháng H2 để tăng cường tác dụng kháng histamine. Cimetidine là loại thuốc đầu tiên, nhưng vì thuốc này có thể ảnh hưởng đến cơ chế trao đổi chất của các thuốc khác nên ranitidine là lựa chọn phổ biến hơn.

Các lựa chọn sơ cấp

» diphenhydramin: 50 mg đường uống/đường tĩnh mạch 6 giờ một lần

-hoặc-

» loratadine: 10 mg uống mỗi ngày một lần

-hoặc-

» cetirizine: 10 mg uống mỗi ngày một lần

--VÀ--

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

» **Cimetidine**: 300 mg đường tĩnh mạch 6 giờ một lần; 800-1600 mg/ngày dùng đường uống chia làm 4 liều
-hoặc-
 » **ranitidine**: 50 mg đường tĩnh mạch 8 giờ một lần; 150-300 mg đường uống mỗi ngày một lần

bổ sung

Thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)

» Điều trị bằng ibuprofen hoặc naproxen có thể giảm sưng và đau tại vị trí bị cắn hoặc đốt.

» Bệnh nhân có thể giảm dần những loại thuốc này theo các triệu chứng của họ

» Cần thận trọng ở những bệnh nhân dùng aspirin hoặc thuốc chống đông, bệnh nhân nhạy cảm với những thuốc này, hoặc bệnh nhân có yếu tố nguy cơ loét, xuất huyết tiêu hóa hoặc bệnh thuyên tắc huyết khối.

Các lựa chọn sơ cấp

» **Ibuprofen**: 300-400 mg đường uống mỗi 6-8 giờ khi cần thiết, tối đa 2400 mg/ngày

HOẶC

Các lựa chọn thứ cấp

» **Naproxen**: Uống 250-500 mg x 2 lần/ngày khi cần, tối đa 1250 mg/ngày

■ vết cắn của nhện góa phụ đen

bổ sung

bổ sung thuốc giảm đau

» Đau nhẹ đến trung bình thường đáp ứng với paracetamol hoặc biện pháp điều trị bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID).

» Có thể cần dùng thuốc opioid dạng đường uống cho những vết cắn nặng hơn hoặc bệnh nhân có khả năng chịu đau thấp.

» Các vết cắn nghiêm trọng hơn có thể gây đau dữ dội ở chi bị ảnh hưởng hoặc toàn thân. Đau lan tỏa vào ngực hoặc bụng có thể làm rối loạn hình ảnh chẩn đoán và có thể cần loại trừ thiếu máu cục bộ cơ tim hoặc hội chứng bụng cấp. Bệnh nhân có thể cần dùng thuốc opioid liều cao qua đường tĩnh mạch để kiểm soát cơn đau.

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: 500-1000 mg đường uống/trực tràng mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

HOẶC

Các lựa chọn thứ cấp

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

■ vết cắn của nhện góa phụ đen

bổ sung

» **paracetamol/hydrocodone**: 5-10 mg đường uống mỗi 6-8 giờ khi cần
 Liều dùng đề cập đến thành phần hydrocodone.
 Tối đa 4000 mg/ngày thành phần paracetamol.
-hoặc-
 » **Oxycodone**: 5-10 mg đường uống mỗi 8 giờ khi cần

HOẶC

Các lựa chọn cấp ba

» **morphine sulfate**: 10-30 mg đường uống (giải phóng tức thời) mỗi 3-4 giờ khi cần; 2,5 đến 10 mg qua đường tĩnh mạch mỗi 2-6 giờ khi cần

■ vết cắn của nhện góa phụ đen

bổ sung

Benzodiazepine

» Các vết cắn nghiêm trọng hơn có thể gây đau dữ dội và co thắt cơ bắp ở chi bị ảnh hưởng hoặc toàn thân. Co thắt cơ nặng có thể được giảm nhẹ bằng benzodiazepine.

Các lựa chọn sơ cấp

» **diazepam**: 2-10 mg đường uống hai lần đến bốn lần mỗi ngày

thuốc ức chế beta

» Nhịp tim nhanh và tăng huyết áp có thể xảy ra nhưng thường biến mất khi cơn đau được giải quyết. Ở những bệnh nhân có thể không chịu đựng được những tác dụng này, thuốc ức chế beta có thể là một phương pháp điều trị hợp lý.

» Những tình trạng tăng huyết áp và nhịp tim này có xu hướng thoáng qua. Chúng thường tự khỏi hoặc sau khi điều trị cơn đau hoặc lo âu liên quan đến vết cắn hoặc vết đốt.

» Thuốc dùng qua tĩnh mạch cho phép kiểm soát chặt chẽ hơn và giảm nguy cơ vô tình vượt quá mục tiêu bằng thuốc tác dụng lâu hơn. Vô tình vượt quá các mục tiêu có thể làm cho huyết áp hoặc nhịp tim rơi xuống mức thấp nguy hiểm.

Các lựa chọn sơ cấp

» **labetalol**: ban đầu là 20 mg tiêm nhanh qua tĩnh mạch, sau đó là 40-80 mg mỗi 10 phút theo phản ứng, tổng liều tối đa 300 mg

■ vết cắn của nhện góa phụ đen

bổ sung

chất kháng nọc độc

» Có một số loại chất kháng nọc độc của nhện góa phụ đen được bán trên thị trường.[34] [35] Mặc dù các trường hợp tử vong do vết cắn cực kỳ hiếm gặp, nhưng điều trị bằng chất kháng nọc độc có thể làm

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

giảm nhẹ một chút cơn đau và thời gian mắc triệu chứng. Các chỉ dấu có thể bao gồm đau liên tục hoặc nghiêm trọng mặc dù dùng thuốc giảm đau chứa opioid tích cực, bất ổn hệ thần kinh tự động (nhịp tim nhanh và tăng huyết áp mạnh), liên tục buồn nôn hoặc nôn mửa, thờ ơ và các triệu chứng tiến triển nhanh. Tuy nhiên, những lợi ích khiêm tốn của biện pháp điều trị phải được cân nhắc so với an toàn của biện pháp điều trị kháng nọc độc.[36] Mặc dù hiếm gặp, các phản ứng bao gồm bệnh huyết thanh và sốc phản vệ đe dọa tính mạng.

» Ở các quốc gia khác ngoài Hoa Kỳ, chất kháng nọc độc được sử dụng thường xuyên hơn và có vẻ có hồ sơ an toàn tốt.[20] [37]

» Một số bệnh viện lớn sẽ dự trữ chất kháng nọc độc, nhưng thường cần lấy từ vườn thú hoặc trung tâm chất độc.

■ vết cắn của nhện ẩn dật

bổ sung

bổ sung thuốc giảm đau

» Có thể kiểm soát cơn đau bằng paracetamol hoặc opioid.

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: 500-1000 mg đường uống/trực tràng mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

HOẶC

Các lựa chọn thứ cấp

» **paracetamol/hydrocodone**: 5-10 mg đường uống mỗi 6-8 giờ khi cần

Liều dùng đề cập đến thành phần hydrocodone. Tối đa 4000 mg/ngày thành phần paracetamol.

-hoặc-

» **Oxycodone**: 5-10 mg đường uống mỗi 8 giờ khi cần

HOẶC

Các lựa chọn cấp ba

» **morphine sulfate**: 10-30 mg đường uống (giải phóng tức thời) mỗi 3-4 giờ khi cần; 2,5 đến 10 mg qua đường tĩnh mạch mỗi 2-6 giờ khi cần

■ vết cắn của nhện ẩn dật

bổ sung

dapsone

» Mặc dù nổi tiếng về mức độ nguy hiểm nhưng chỉ có một số ít vết cắn của nhện ẩn dật gây hoại tử.[21]

[Fig-14]

[Fig-15]

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
■ vết cắn của nhện ẩn dật	bổ sung	» Dapsone đã được sử dụng để ngăn ngừa hoặc làm chậm sự phát triển của hoại tử và giảm đau ở tổn thương hoại tử. Không có thử nghiệm đối chứng nào được thực hiện ở người. Dữ liệu trong các mô hình động vật mâu thuẫn với nhau. » Bệnh nhân cần được khám sàng lọc thiếu hụt glucose-6-phosphate dehydrogenase. Dapsone có thể gây thiếu máu huyết tán nặng ở những bệnh nhân này. Sàng lọc thường sẵn sàng trong vòng 1 ngày và không cần phải bắt đầu điều trị bằng dapsone ngay lập tức để thuốc này có tác dụng. Các lựa chọn sơ cấp » dapsone: 50 mg qua đường uống hai lần mỗi ngày trong 10 ngày phẫu thuật cắt lọc + sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm » Hoại tử liên tục có thể cần phẫu thuật cắt lọc và ghép da sau đó để chữa lành hoàn toàn, mặc dù đây là trường hợp hiếm gặp. Mô hoại tử là cơ sở chính của nhiễm trùng thứ phát. Bệnh nhân cần được chỉ dẫn cách chăm sóc vết thương thích hợp và nhận biết các dấu hiệu nhiễm trùng (ví dụ: sốt, hình thành mủ). » Điều trị kháng sinh thường bắt đầu theo kinh nghiệm vì chẩn đoán vết nhện cắn thường không rõ ràng và nhiễm trùng là cân nhắc chính khác trong danh sách chẩn đoán phân biệt. Phạm vi kháng sinh nên thích hợp với viêm mô tế bào, phù hợp với các quy luật nhạy cảm cục bộ với MRSA mắc phải từ cộng đồng.

Tiếp diễn

Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
nhiễm trùng thứ phát	1	thuốc kháng sinh » Thuốc kháng sinh nên hướng đến mầm bệnh da thường gặp (các loài tụ cầu khuẩn và liên cầu khuẩn) và được chỉ dẫn bởi mô hình kháng thuốc tại địa phương. » Các vết cắn của nhện góa phụ đen không trở nên hoại tử; không cần dùng thuốc kháng sinh trừ khi có dấu hiệu nhiễm trùng thứ phát trong vài ngày sau đó.

Giai đoạn đầu

Chất kháng nọc độc của nhện ẩn dật

Các chất kháng nọc độc cho các vết cắn của nhện ẩn dật được bán trên thị trường ở một số nước Nam Mỹ. Một số nghiên cứu trên động vật gợi ý hiệu quả trong việc hạn chế hoại tử, nhưng không có nghiên cứu lâm sàng nào tốt.^[34]

Khuyến nghị

Giám sát

Do có khả năng xảy ra phản ứng phản vệ hai pha sau khi đã cải thiện các triệu chứng ban đầu, cần chỉ định theo dõi bệnh nhân tại bệnh viện. Thời gian theo dõi khuyến cáo khác nhau từ tối thiểu là 4 đến 6 giờ ở bệnh nhân đã bị sốc phản vệ,[55] đến 24 giờ trở lên trong những ca bệnh nặng.[56] Giai đoạn quan sát khác nhau hoặc hiệu quả của các giai đoạn đó lên kết quả của bệnh nhân liên quan chưa được nghiên cứu.[57]

Các bệnh nhân đáp ứng tốt với biện pháp điều trị và có các triệu chứng không trở lại trong thời gian theo dõi có thể được xuất viện về nhà kèm theo dõi chặt chẽ và hướng dẫn trở lại bệnh viện nếu triệu chứng tái xuất hiện. Bệnh nhân có khả năng nhận dạng các triệu chứng và tự dùng được adrenaline (epinephrine) nên được biết về quyết định này.[58] Bệnh nhân nên cho bác sĩ chăm sóc chính biết về tình trạng của mình và cần được theo dõi ngay bởi bác sĩ chuyên khoa dị ứng.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Bệnh nhân bị phản ứng nặng do vết đốt hoặc cắn của côn trùng phải được hướng dẫn rằng họ có nguy cơ cao mắc các phản ứng tương tự (hoặc nặng hơn) trong tương lai. Bệnh nhân đã bị các triệu chứng hô hấp hoặc phản ứng phản vệ nên được xuất viện kèm toa thuốc có chứa hai bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) (ví dụ: EpiPen, Twinject) và được hướng dẫn sử dụng thích hợp.[3] [47] Đối với trẻ em có nguy cơ bị sốc phản vệ, bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine) cần được kê đơn kết hợp với một bản kế hoạch cấp cứu cá nhân. [American Academy of Pediatrics: allergy and anaphylaxis emergency plan] [2] [48]

Vì nhu cầu cần có bút tiêm tự động ngay, nên bệnh nhân cần luôn mang theo chúng.[3] [47] Điều này giúp có sẵn thêm liều thuốc trong trường hợp bị phản ứng ngược lại hoặc hai pha.[30] [59] [60] Bệnh nhân cần được cho biết rằng việc sử dụng này chỉ nhằm mục đích phụ trợ (không phải thay thế) cho chăm sóc y tế kịp thời. Hướng dẫn EpiPen cảnh báo thận trọng khi cho bút tiêm tự động tiếp xúc với nhiệt độ cực nóng hoặc cực lạnh và đặc biệt khuyến cáo không bảo quản bút tiêm tự động trong ngăn đựng găng tay của ô tô.

Bệnh nhân cũng cần được hướng dẫn về khả năng phản ứng dội ngược khi thuốc điều trị của họ dần hết tác dụng. Họ cần được cho biết phải trở lại bệnh viện nếu gặp bất kỳ khó khăn nào khi thở (ví dụ: thở khô khè, SOB) hoặc sưng/ngứa ran ở miệng hoặc họng. Bệnh nhân bị các phản ứng nhẹ ở da cũng cần được hướng dẫn về khả năng xảy ra các phản ứng nặng hơn trong tương lai. Họ được hướng dẫn tự điều trị bằng thuốc kháng histamine và kháng viêm nếu triệu chứng chỉ giới hạn ở phản ứng da, nhưng họ phải trở lại bệnh viện nếu bị bất kỳ triệu chứng nào về hô hấp hoặc miệng.

Bệnh nhân cần được hướng dẫn tiếp tục dùng các thuốc mà bác sĩ đã kê toa, có thể bao gồm corticosteroid (ví dụ: prednisolone) hoặc thuốc kháng histamine (ví dụ: diphenhydramine). Họ cũng cần được hướng dẫn thông báo cho các bác sĩ thường trực về biến cố và bất kỳ thuốc thường dùng nào được kê toa. Thông tin cho bệnh nhân về vết cắn và đốt của côn trùng [NHS choices: insect bites and stings] hiện có sẵn.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
phản ứng phản vệ hoặc dạng phản vệ chậm	ngắn hạn	thấp
Phản ứng phản vệ hoặc dạng phản vệ thường xảy ra nhất trong vài phút sau khi bắt đầu tiếp xúc, nhưng có thể muộn hoặc nổi lên khi tác dụng điều trị dần biến mất. Bất kỳ triệu chứng nào liên quan đến thở nông, sưng hoặc cảm giác ngứa ran ở miệng hoặc họng, hoặc yếu toàn thân cần được cân nhắc chăm sóc y tế ngay lập tức.		

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
nhiễm trùng thứ phát	dài hạn	thấp
Viêm mô tế bào hoặc phát triển áp-xe có thể xảy ra trong vài ngày sau khi bị cắn hoặc đốt. Những tình trạng này thường xảy ra hơn ở người lớn tuổi hoặc suy giảm miễn dịch. Mặc dù hiếm gặp, các tổn thương hoại tử từ vết cắn của nhện ẩn dật là cơ sở chính cho nhiễm trùng thứ phát.		

Tiên lượng

Tiên lượng rất tốt ở những bệnh nhân gặp côn trùng độc hại và chỉ gặp các tác dụng cục bộ (đau, ngứa). Việc hướng dẫn bệnh nhân về những điều họ có thể làm để điều trị phơi nhiễm ở nhà sẽ giảm việc chuyển bệnh nhân đến phòng tai nạn và cấp cứu hoặc phẫu thuật của bác sĩ một cách không cần thiết.

Các phản ứng nặng, như sốc phản vệ, có tiên lượng tốt nếu được nhận biết và điều trị nhanh chóng. Hỗ trợ đường thở nhanh và hỗ trợ tim mạch sẽ ngăn chặn hầu hết các kết quả bất lợi từ phản ứng phản vệ. Điều cực kỳ quan trọng là cần phải hướng dẫn các nạn nhân có các phản ứng nghiêm trọng rằng họ có nguy cơ cao mắc biến cố nghiêm trọng khác. Hướng dẫn, cung cấp hai bút tiêm tự động adrenaline (epinephrine),^{[3] [47]} và giới thiệu sang điều trị giải mẫn cảm khả dĩ là rất quan trọng đối với những bệnh nhân này.

Tiên lượng lâu dài cho vết cắn của nhện góa phụ đen rất tốt. Kết quả từ trứng nọc độc nhện nâu khá đa dạng, có một số nguy cơ là để lại sẹo hoặc biến dạng có thể nhìn thấy.

Tất cả các bệnh nhân xuất viện từ khoa tai nạn và cấp cứu cần được cảnh báo về các phản ứng phản vệ muộn (chậm). Một số bác sĩ thấy rằng tất cả bệnh nhân bị sốc phản vệ cần được nhập viện trong 24 giờ vì các phản ứng muộn không phải là ít gặp.

Bệnh nhân bị các phản ứng từ nhẹ đến trung bình cần được bác sĩ chính theo dõi để giám sát khả năng cải thiện của các triệu chứng. Tấy đỏ, đau hoặc sốt liên tục hoặc nặng hơn có thể cho thấy bệnh nhiễm trùng thứ cấp. Vết nhện cắn và viêm mô tế bào thường không thể phân biệt về mặt lâm sàng. Khi không có vết cắn tận mắt chứng kiến, thuốc kháng sinh thường được dùng theo kinh nghiệm. Nếu sử dụng thuốc kháng sinh, cần hướng đến dùng loại cho mẫn bệnh ở da thường gặp (Tụ cầu khuẩn, Liên cầu khuẩn) và MRSA mắc phải từ cộng đồng (theo tính nhạy cảm địa phương).

Bệnh nhân có phản ứng dị ứng nặng cần được bác sĩ gia đình đánh giá về việc giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa dị ứng/nhà miễn dịch để tiến hành xét nghiệm thêm.^{[28] [52] [53] [54]} Xét nghiệm này có thể bao gồm xét nghiệm da, xét nghiệm trong ống nghiệm và có thể bao gồm điều trị giải mẫn cảm. Xét nghiệm này được trình bày chi tiết trong các hướng dẫn từ AAAAI/ACAAI (Học viện Dị ứng, Hen suyễn và Miễn dịch Hoa Kỳ; Đại học Dị ứng, Hen suyễn và Miễn dịch Hoa Kỳ).^[1]

Hướng dẫn chẩn đoán

Bắc Mỹ

Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update 2016

Nhà xuất bản: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; American College of Allergy, Asthma & Immunology **Xuất bản lần cuối:** 2016

Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report - second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium

Nhà xuất bản: National Institute of Allergy and Infectious Disease; Food Allergy and Anaphylaxis Network **Xuất bản lần cuối:** 2006

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence **Xuất bản lần cuối:** 2011

Guideline for the management of acute allergic reaction

Nhà xuất bản: College of Emergency Medicine **Xuất bản lần cuối:** 2009

Bắc Mỹ

Epinephrine for first aid management of anaphylaxis

Nhà xuất bản: American Academy of Pediatrics **Xuất bản lần cuối:** 2017

Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update 2016

Nhà xuất bản: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; American College of Allergy, Asthma & Immunology **Xuất bản lần cuối:** 2016

Allergen immunotherapy: a practice parameter third update

Nhà xuất bản: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; American College of Allergy, Asthma & Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma & Immunology **Xuất bản lần cuối:** 2011

Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report - second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium

Nhà xuất bản: National Institute of Allergy and Infectious Diseases; Food Allergy and Anaphylaxis Network **Xuất bản lần cuối:** 2006

Châu Đại Dương

Envenomation from tick bites and bee, wasp and ant stings

Nhà xuất bản: Australian Resuscitation Council; New Zealand Resuscitation Council

Xuất bản lần cuối: 2016

ASCIA guidelines for prevention of anaphylaxis in schools, pre-schools and childcare: 2015 update

Nhà xuất bản: Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy

Xuất bản lần cuối: 2015

Nguồn trợ giúp trực tuyến

1. [CDC: insects and scorpions](#) (*external link*)
2. [American Academy of Pediatrics: allergy and anaphylaxis emergency plan](#) (*external link*)
3. [NHS choices: insect bites and stings](#) (*external link*)

Các bài báo chủ yếu

- Golden DB, Demain J, Freeman T, et al. Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update 2016. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2017 Jan;118(1):28-54. [Tóm lược](#)
- Vetter RS, Bush SP. The diagnosis of brown recluse spider bite is overused for dermonecrotic wounds of uncertain etiology. *Ann Emerg Med.* 2002 May;39(5):544-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Dominguez TJ. It's not a spider bite, it's community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Am Board Fam Pract.* 2004 May-Jun;17(3):220-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Golden DB. Insect sting anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2007 May;27(2):261-72 [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Freeman TM. Hypersensitivity to hymenoptera stings. *N Engl J Med.* 2004 Nov 4;351(19):1978-84. [Tóm lược](#)
- Vetter RS, Isbister GK. Medical aspects of spider bites. *Ann Rev Entomol.* 2008;53:409-29. [Tóm lược](#)
- Soar J, Pumphrey R, Cant A, et al; Working Group of the Resuscitation Council (UK). Emergency treatment of anaphylactic reactions - guidelines for healthcare providers. *Resuscitation.* 2008 May;77(2):157-69. [Tóm lược](#)
- Doshi D, Foex B, Body R, et al; College of Emergency Medicine. Guideline for the management of acute allergic reaction. December 2009 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- Clark S, Camargo CA Jr. Emergency treatment and prevention of insect sting anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2006 Aug;6(4):279-83. [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

1. Golden DB, Demain J, Freeman T, et al. Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update 2016. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2017 Jan;118(1):28-54. [Tóm lược](#)
2. Sicherer SH, Simons FE. Epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. *Pediatrics.* 2017 Mar;139(3). pii: e20164006. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
3. Lieberman P, Nicklas RA, Randolph C, et al. Anaphylaxis: a practice parameter update 2015. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015 Nov;115(5):341-84. [Tóm lược](#)
4. Light WC, Reisman RE, Shimizu M, et al. Unusual reaction following insect stings: clinical features and immunologic analysis. *J Allergy Clin Immunol.* 1977 May;59(5):391-7. [Tóm lược](#)
5. Ratnoff OD, Nossel HL. Wasp sting anaphylaxis. *Blood.* 1983 Jan;61(1):132-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
6. Weizman Z, Mussafi H, Ishay J, et al. Multiple hornet stings with features of Reye's syndrome. *Gastroenterology.* 1985 Dec;89(6):1407-10. [Tóm lược](#)
7. Reisman RE. Unusual reactions to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005 Aug;5(4):355-8. [Tóm lược](#)

8. Vetter RS, Bush SP. The diagnosis of brown recluse spider bite is overused for dermonecrotic wounds of uncertain etiology. *Ann Emerg Med.* 2002 May;39(5):544-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
9. Dominguez TJ. It's not a spider bite, it's community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Am Board Fam Pract.* 2004 May-Jun;17(3):220-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
10. Graft DF. Insect sting allergy. *Med Clin North Am.* 2006 Jan;90(1):211-32. [Tóm lược](#)
11. Bilò BM, Bonifazi F. Epidemiology of insect-venom anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2008 Aug;8(4):330-7. [Tóm lược](#)
12. Golden DB, Marsh DG, Kagey-Sobotka A, et al. Epidemiology of insect venom sensitivity. *JAMA.* 1989 Jul 14;262(2):240-4. [Tóm lược](#)
13. Barnard JH. Studies of 400 hymenoptera sting deaths in the United States. *J Allergy Clin Immunol.* 1973 Nov;52(5):259-64. [Tóm lược](#)
14. Golden DB. Insect sting anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2007 May;27(2):261-72 [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
15. Hoffman DR. Hymenoptera venoms: composition, standardization, stability. In: Levine MI, Lockey RF, eds. *Monograph on insect allergy*. 4th ed. Milwaukee, WI: American Academy of Allergy and Immunology; 2008:37-53.
16. King TP, Spangfort MD. Structure and biology of stinging insect venom allergens. *Int Arch Allergy Immunol.* 2000 Oct;123(2):99-106. [Tóm lược](#)
17. deShazo RD, Butcher BT, Banks WA. Reactions to the stings of the imported fire ant. *N Engl J Med.* 1990 Aug 16;323(7):462-6. [Tóm lược](#)
18. Freeman TM. Hypersensitivity to hymenoptera stings. *N Engl J Med.* 2004 Nov 4;351(19):1978-84. [Tóm lược](#)
19. Vetter RS, Isbister GK. Medical aspects of spider bites. *Ann Rev Entomol.* 2008;53:409-29. [Tóm lược](#)
20. Clark RF, Wethern-Kestner S, Vance MV, et al. Clinical presentation and treatment of black widow spider envenomation: a review of 163 cases. *Ann Emerg Med.* 1992 Jul;21(7):782-7. [Tóm lược](#)
21. Swanson DL, Vetter RS. Bites of brown recluse spiders and suspected necrotic arachnidism. *N Engl J Med.* 2005 Feb 17;352(7):700-7. [Tóm lược](#)
22. Lieberman P, Kemp SF, Oppenheimer J, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol.* 2005;115(3 suppl 2):S483-523. [Tóm lược](#)
23. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report - second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol.* 2006 Feb;117(2):391-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
24. Soar J, Pumphrey R, Cant A, et al; Working Group of the Resuscitation Council (UK). Emergency treatment of anaphylactic reactions - guidelines for healthcare providers. *Resuscitation.* 2008 May;77(2):157-69. [Tóm lược](#)

25. Golden DB, Kagey-Sobotka A, Norman PS, et al. Outcomes of allergy to insect stings in children, with and without venom immunotherapy. *N Engl J Med*. 2004 Aug 12;351(7):668-74. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
26. Katz TM, Miller JH, Hebert AA. Insect repellents: historical perspectives and new developments. *J Am Acad Dermatol*. 2008 May;58(5):865-71. [Tóm lược](#)
27. Krolecki P. Hymenoptera envenomation. In: Harwood-Nuss' clinical practice of emergency medicine. Wolfson AB, Hendley GW, Hendley PL, et al (eds). 4th ed. Philadelphia, PA: Lipincott, Williams & Wilkins; 2005:1724-1727.
28. Cox L, Nelson H, Lockey R, et al. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Jan;127(1 suppl):S1-S55. [Tóm lược](#)
29. Doshi D, Foex B, Body R, et al; College of Emergency Medicine. Guideline for the management of acute allergic reaction. December 2009 [internet publication]. [Toàn văn](#)
30. Clark S, Camargo CA Jr. Emergency treatment and prevention of insect sting anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2006 Aug;6(4):279-83. [Tóm lược](#)
31. Pumphrey RS. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy*. 2000 Aug;30(8):1144-50. [Tóm lược](#)
32. Visscher P, Vetter RS, Camazine S. Removing bee stings. *Lancet*. 1996 Aug 3;348(9023):301-2. [Tóm lược](#)
33. Choo KJ, Simons FE, Sheikh A. Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18;(4):CD007596. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
34. Isbister GK, Graudins A, White J, et al. Antivenom treatment in arachnidism. *J Toxicol Clin Toxicol*. 2003;41(3):291-300. [Tóm lược](#)
35. Dart RC, Bogdan G, Heard K, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a highly purified equine F(ab)2 antibody black widow spider antivenom. *Ann Emerg Med*. 2013 Apr;61(4):458-67. [Tóm lược](#)
36. Isbister GK, Page CB, Buckley NA, et al; RAVE Investigators. Randomized controlled trial of intravenous antivenom versus placebo for latrodectism: the second Redback Antivenom Evaluation (RAVE-II) study. *Ann Emerg Med*. 2014 Dec;64(6):620-8. [Tóm lược](#)
37. Soh SY, Rutherford G. Evidence behind the WHO guidelines: hospital care for children: should s/c adrenaline, hydrocortisone or antihistamines be used as premedication for snake antivenom? *J Trop Pediatr*. 2006 Jun;52(3):155-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
38. Singletary EM, Charlton NP, Epstein JL, et al. Part 15: first aid: 2015 American Heart Association and American Red Cross guidelines update for first aid. *Circulation*. 2015 Nov 3;132(18 suppl 2):S574-89. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
39. Dinakar C. Anaphylaxis in children: current understanding and key issues in diagnosis and treatment. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2012 Dec;12(6):641-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
40. Sicherer SH, Leung DY. Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects in 2014. *J Allergy Clin Immunol*. 2015 Feb;135(2):357-67. [Tóm lược](#)

41. Sheikh A, Simons FE, Barbour V, et al. Adrenaline auto-injectors for the treatment of anaphylaxis with and without cardiovascular collapse in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD008935. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
42. Sampson HA, Mendelson L, Rosen JP. Fatal and near-fatal anaphylactic reactions to food in children and adolescents. *N Engl J Med*. 1992 Aug 6;327(6):380-4. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
43. Brown SG. Cardiovascular aspects of anaphylaxis: implications for treatment and diagnosis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005 Aug;5(4):359-64. [Tóm lược](#)
44. Simons FE, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection. *J Allergy Clin Immunol*. 2001 Nov;108(5):871-3. [Tóm lược](#)
45. Simons FE, Roberts JR, Gu X, et al. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*. 1998 Jan;101(1 Pt 1):33-7. [Tóm lược](#)
46. Macdougall CF, Cant AJ, Colver AF. How dangerous is food allergy in childhood? The incidence of severe and fatal allergic reactions across the UK and Ireland. *Arch Dis Child*. 2002 Apr;86(4):236-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
47. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Adrenaline auto-injectors: updated advice after European review. August 2017 [internet publication]. [Toàn văn](#)
48. Wang J, Sicherer SH. Guidance on completing a written allergy and anaphylaxis emergency plan. *Pediatrics*. 2017 Mar;139(3). pii: e20164005. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
49. Joint Task Force on Practice Parameters; American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; American College of Allergy, Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of anaphylaxis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2005 Mar;115(3 suppl 2):S483-523. [Tóm lược](#)
50. Sheikh A, Shehata YA, Brown SG, et al. Adrenaline (epinephrine) for the treatment of anaphylaxis with and without shock. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD006312. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
51. European Medicines Agency. European Medicines Agency recommends changes to the use of metoclopramide. July 2013 [internet publication]. [Toàn văn](#)
52. Golden DB. Stinging insect allergy. *Am Fam Physician*. 2003 Jun 15;67(12):2541-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
53. Ross RN, Nelson HS, Finegold I. Effectiveness of specific immunotherapy in the treatment of hymenoptera venom hypersensitivity: a meta-analysis. *Clin Ther*. 2000 Mar;22(3):351-8. [Tóm lược](#)
54. National Institute for Health and Care Excellence. Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment. December 2011 [internet publication]. [Toàn văn](#)
55. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al; NIAID-Sponsored Expert Panel. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 Dec;126(suppl 6):S1-58. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

56. Kemp SF, Lockey RF, Simons FE; World Allergy Organization ad hoc Committee on Epinephrine in Anaphylaxis. Epinephrine: the drug of choice for anaphylaxis-a statement of the world allergy organization. World Allergy Organ J. 2008 Jul;1(suppl 7):S18-26. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
57. National Institute for Health and Care Excellence. Anaphylaxis: assessment and referral after emergency. December 2011 [internet publication]. [Toàn văn](#)
58. Arnold JJ, Williams PM. Anaphylaxis: recognition and management. Am Fam Physician. 2011 Nov 15;84(10):1111-8. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
59. Smit DV, Cameron PA, Rainer TH. Anaphylaxis presentations to an emergency department in Hong Kong: incidence and predictors of biphasic reactions. J Emerg Med. 2005 May;28(4):381-8. [Tóm lược](#)
60. Stark BJ, Sullivan TJ. Biphasic and protracted anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 1986 Jul;78(1 Pt 1):76-83. [Tóm lược](#)
61. Boyle RJ, Elremeli M, Hockenhull J, et al. Venom immunotherapy for preventing allergic reactions to insect stings. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17;(10):CD008838. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

Hình ảnh



Hình 1: Ong mật đốt thịt

Hình ảnh từ Rick Vetter



Hình 2: Cận cảnh vòi của ong mật

Hình ảnh từ Rick Vetter



Hình 3: Góa phụ đen (*Latrodectus* species); hình đồng hồ cát màu đỏ không phải lúc nào cũng có hình dạng này và có thể không xuất hiện

Hình ảnh từ Rick Vetter



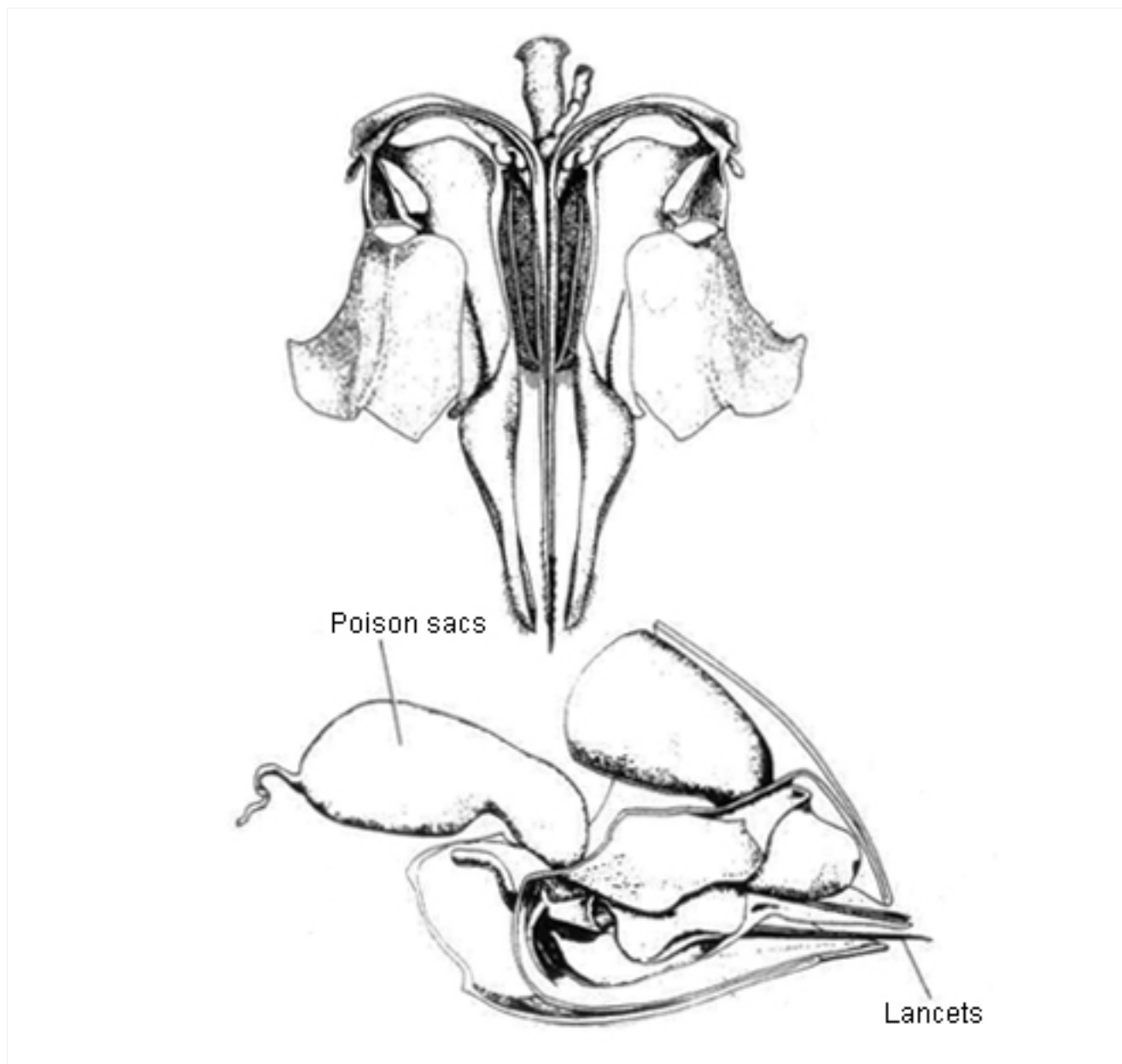
Hình 4: Nhện nâu ẩn dật (loài *Loxosceles*); lưu ý hình dạng đàn violin, màu sắc tối hơn ở phần đầu ngực và 3 cặp mắt ở đáy của đàn violin

Hình ảnh từ Rick Vetter



Hình 5: Ong vàng

Hình ảnh từ Rick Vetter



Hình 6: Giải phẫu vòi của ong mật

Hình ảnh từ Rick Vetter



Hình 7: Góa phụ đen (loài *Latrodectus*)

Hình ảnh từ Bill Banner



Hình 8: Góa phụ đen (loài Latrodectus)

Hình ảnh từ Bill Banner



Hình 9: Nhện nâu ẩn dật (loài *Loxosceles*); lưu ý hình dạng đàn violin, màu sắc tối hơn ở phần đầu ngực và 3 cặp mắt ở đáy của đàn violin

Hình ảnh từ Rick Vetter



Hình 10: Nhện nâu ẩn dật (loài Loxosceles)

Hình ảnh từ Rick Vetter



Hình 11: Sưng quanh hốc mắt sau 24 giờ kể từ khi ong vàng đốt trên mắt phải

Hình ảnh từ Tom Morrissey



Hình 12: Sẩn phù hình thành sau khi ong vò vẽ đốt

Hình ảnh từ Theodore Freeman



Hình 13: Hình thành mụn mủ giả sau khi kiến lửa đốt

Hình ảnh từ Theodore Freeman



Hình 14: Tổn thương từ trứng nọc độc của nhện nâu ẩn dật (loài *Loxosceles*) được báo cáo

Hình ảnh từ Theodore Freeman



Hình 15: Tổn thương từ trũng nọc độc của nhện nâu ẩn dật (loài *Loxosceles*) được báo cáo

Hình ảnh từ Theodore Freeman



Hình 16: Ban đỏ di chuyển ở bệnh Lyme

Hình ảnh từ Janak Koirala, MD, MPH; Tin Han Htwe, MD; và Christian Speil, MD

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Tom Morrissey, MD, PhD

Associate Professor

Department of Emergency Medicine, University of Florida, Jacksonville, FL

CÔNG KHAI THÔNG TIN: TM declares that he has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Tom Morrissey would like to gratefully acknowledge the assistance of Richard Vetter (MS) from the Department of Urban Entomology at the University of California. Not disclosed.

// Những Người Bình duyệt:

Theodore M. Freeman, MD

Allergist and Immunologist

Jacobs Ramirez and Freeman Allergy & Immunology, San Antonio, TX

CÔNG KHAI THÔNG TIN: TMF is an author of a number of references cited in this monograph. He also contributed several pictures at the request of the author.

Andrew Parfitt, MBBS, FFAEM

Clinical Director

Acute Medicine, Associate Medical Director, Consultant Emergency Medicine, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Clinical Lead and Consultant, Accident Emergency Medicine, St Thomas' Hospital, London, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: AP declares that he has no competing interests.

Richard DeShazo, MD

Chairman and Professor

Department of Medicine, Professor of Pediatrics, Billy S. Guyton Distinguished Professor, University of Mississippi Medical Center, Jackson, MS

CÔNG KHAI THÔNG TIN: RD is an author of a reference cited in this monograph.