CƠN HEN PHẾ QUẢN

BS. PHẠM ĐỨC THỊNH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Hen là một bệnh đa dạng, thường đặc trưng bởi viêm mạn tính đường dẫn khí, phản ứng quá mức của đường dẫn khí với kích thích trực tiếp hoặc gián tiếp dẫn đến co thắt cơ trơn phế quản.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

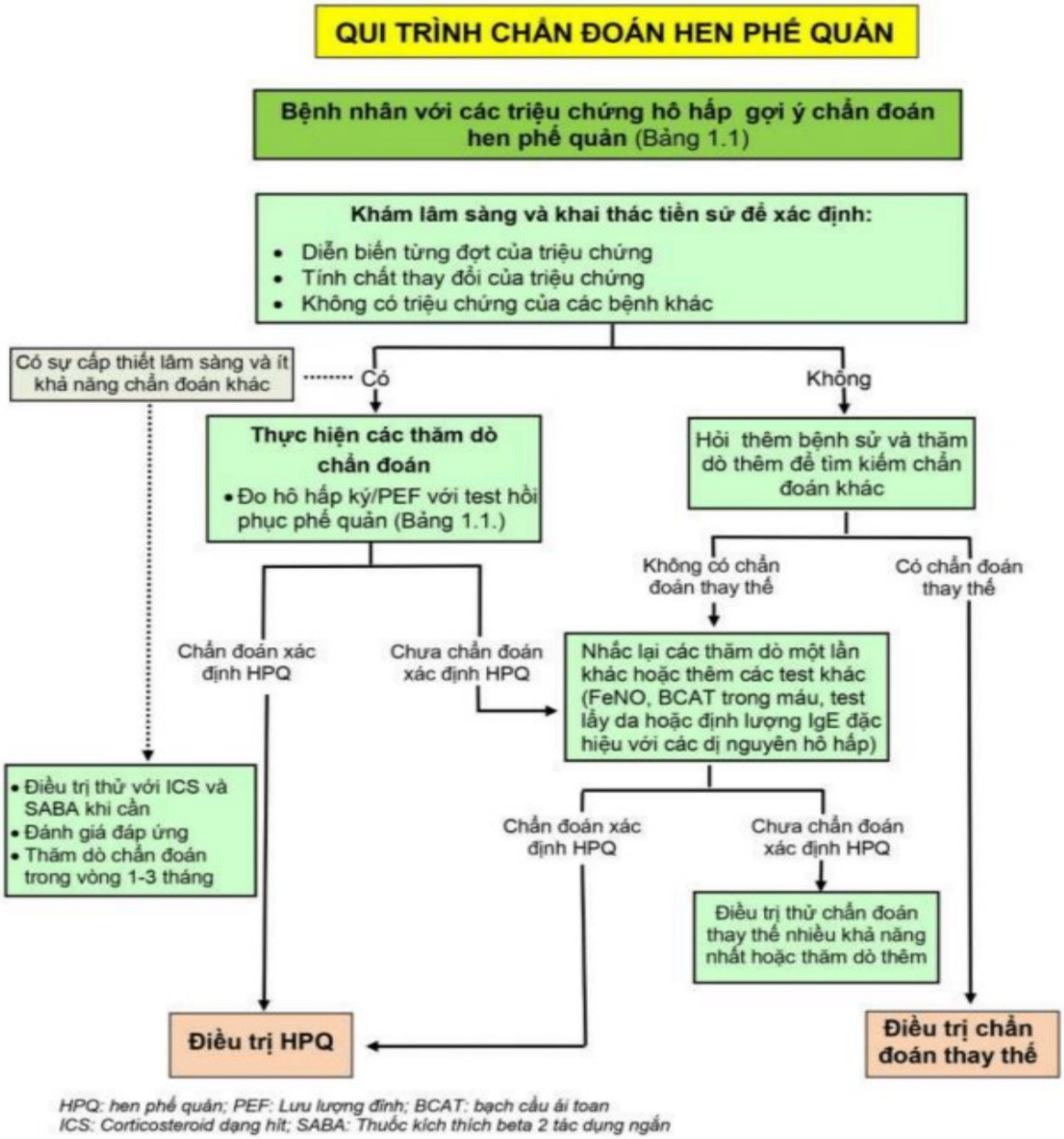
Bảng 1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán Hen phế quản [1],[2],[4]

Đặc điểm	Tiêu chuẩn chẩn đoán
Tiền sử có triệu chứng hô hấp thay đổi	
- Khò khè - Khó thở - Tức nặng ngực - Ho khạc đàm	- Người bệnh thường có nhiều hơn một triệu chứng. - Triệu chứng thường xảy ra hoặc nặng lên vào ban đêm hay lúc thức giấc. - Triệu chứng thay đổi theo thời gian và cường độ. - Triệu chứng bị kích phát sau nhiễm vi rút, vận động, phơi nhiễm dị nguyên, thay đổi thời tiết, cười lớn hoặc chất kích thích như khói xe, khói thuốc lá, mùi nồng gắt
Khẳng định sự giới hạn luồng khí thở dao động	
Dao động chức năng phổi quá mức được ghi nhận và giới hạn luồng khí thở ra được ghi nhận	- Dao động càng lớn hoặc càng xảy ra nhiều lần thì mức tin cậy trong chẩn đoán càng cao - ít nhất một lần ghi nhận tỉ lệ FEV1/FVC giảm (thông thường FEV1/FVC > 0.75-0.8 ở người lớn và > 0.9 ở trẻ em)
Test phục hồi phế quản dương tính	- FEV1 tăng > 12% và 200mL so với giá trị ban đầu (ở trẻ em, >12% giá trị dự đoán) sau khi hít thuốc giãn phế quản.
Cải thiện rõ rệt chức năng phổi sau 4 tuần điều trị kháng viêm	- FEV1 tăng hơn 12% và 200mL so với giá trị ban đầu (ở trẻ em, >12% giá trị dự đoán) sau 4 tuần điều trị bằng thuốc khángviêm (ngoài các đợt nhiễm trùng hô hấp).

Đánh giá kiểm soát triệu chứng hen: [1],[2]

Trong vòng 4 tuần qua người bệnh có tiêu chuẩn sau đây	
+ Triệu chứng hen ban ngày > 2 lần/tuần + Thức giấc về đêm do hen + Nhu cầu dùng thuốc cắt cơn 2 lần/tuần + Giới hạn hoạt động do hen	+ Kiểm soát tốt: không có + Kiểm soát một phần: có 1 - 2 đặc điểm + Không kiểm soát: có 3 - 4 đặc điểm

Sơ đồ chẩn đoán hen phế quản: [1]



HPQ: hen phế quản; PEF: Lưu lượng đỉnh; BCAT: bạch cầu ái toan
ICS: Corticosteroid dạng hít; SABA: Thuốc kích thích beta 2 tác dụng ngắn

2. Chẩn đoán phân biệt:[2]

Nguyên nhân tại phổi	Nguyên nhân cơ quan khác
- Đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) - Tràn khí màng phổi - Nhồi máu phổi/ thuyên tắc phổi - Viêm phổi - Bất thường hoặc tắc đường hô hấp do nhuyễn sụn phế quản, u thanh - khí - phế quản, hẹp khí phế quản do chèn ép, xơ, dị dạng quai động mạch chủ, dị vật đường thở - Giãn phế quản	- Rò thực quản - khí quản. - Cơn hen tim/suy tim. - Trào ngược dạ dày thực quản với ho, khó thở hay xuất hiện khi nằm, cúi người về phía trước.

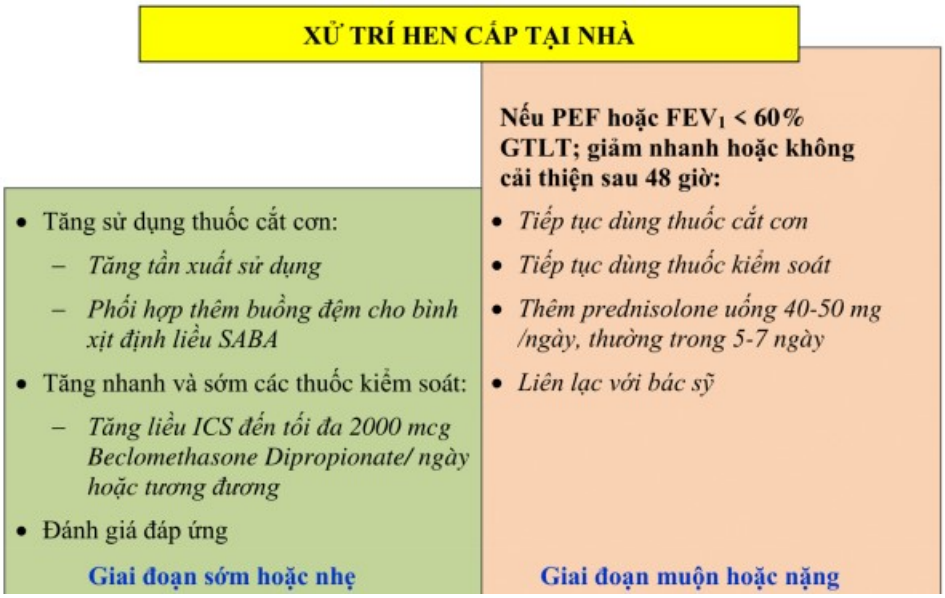
III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc chung:

- Thở oxy khi có chỉ định, duy trì SpO2 > 92 %
- Tối ưu hóa thuốc giãn phế quản
- Sử dụng thuốc kháng viêm corticoid

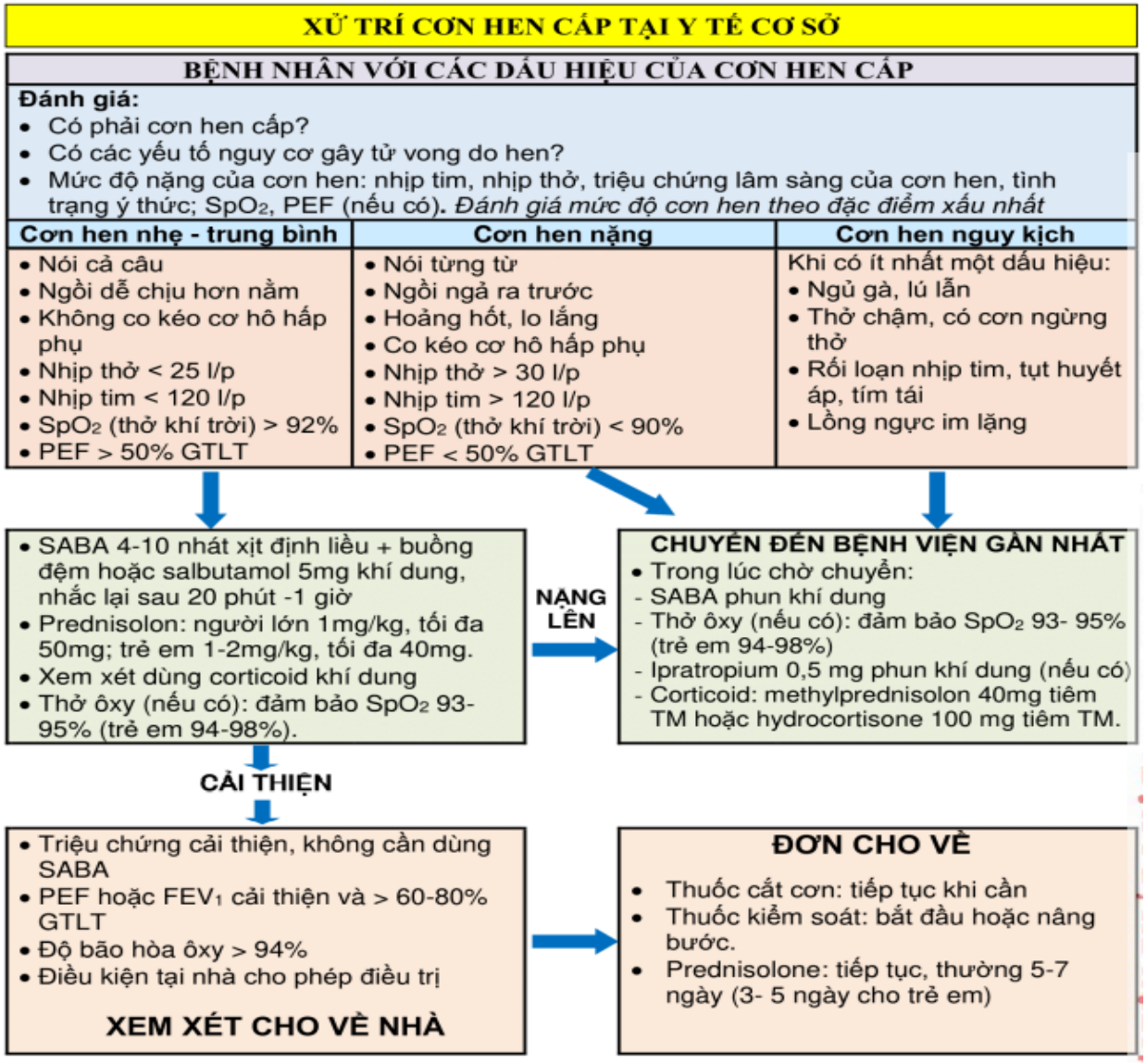
2. Xử trí hen phế quản cấp:

2.1 Xử trí ngoại viện:[1]

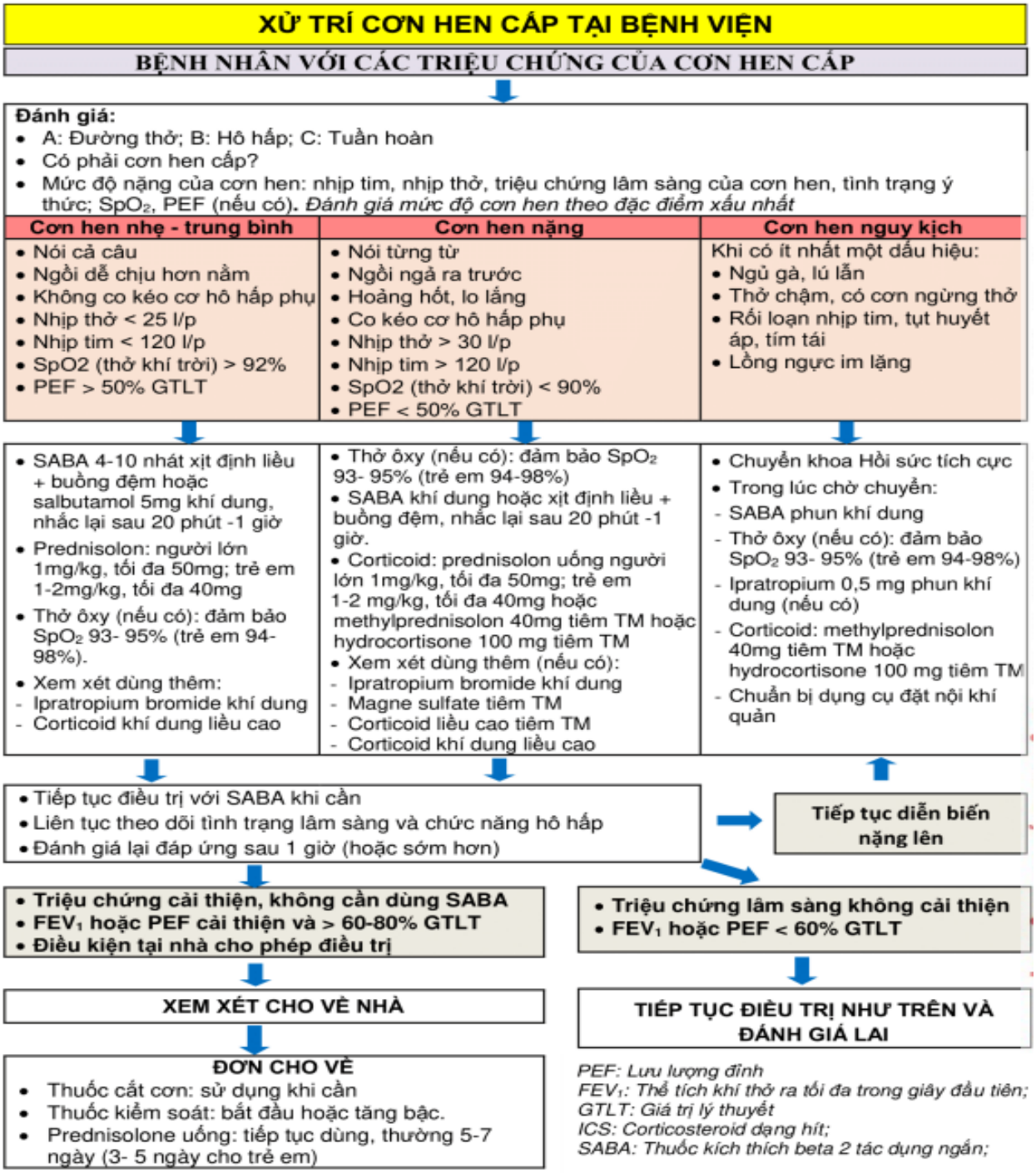


- Nếu tình trạng khó thở không giảm: Chuyển nhanh đến bệnh viện, trên đường vận chuyên dùng thêm:
    - (Terbutaline sulphate) Bricanyl 0,5mg/ml tiêm dưới da hoặc tiêm mạch (TM) ½ - 1 ống, tuy nhiên hiện nay không khuyến cáo sử dụng.[4]
    - Corticoid đường toàn thân: Prednisolon 40-60mg TM hoặc Hydrocortison 100 mg TM hoặc Methylprednisolon 40 mg TM.

2.2 Xử trí tại y tế cơ sở:[1],[2]



2.3 Xử trí tại bệnh viện:[1]



- Nếu không đỡ khó thở, kết hợp khí dung với Terbutaline (Bricanyl) 0,5 mg/1ml , tiêm dưới da, tiêm mạch chậm hoặc truyền tĩnh mạch pha trong dung dịch NaCl 0,9% hoặc Glucose 5% truyền TM tốc độ khởi đầu 0,5 mg/giờ (0,1 -0,2 mcg/kg/phút). Liều tối đa 2mg/24h, đối với trẻ em 25 mcg/kg/24 giờ chia làm 4 lần.[3]
- Nếu không có sẵn hoặc không đáp ứng với Salbutamol và Terbutalin, có thể dùng các thuốc giãn PQ khác:[3]
    - **Adrenalin** ở cơn hen phế quản nguy kịch đe dọa ngừng tuần hoàn: tiêm dưới da 0,3 – 0,5 mg, có thể nhắc lại sau 5 - 10 phút. Cẩn trọng ở bệnh nhân già, tiền sử bệnh tim, bệnh mạch vành, tăng huyết áp.
    - **Aminophylline (Diaphyllin) 240mg/5ml** (nếu bệnh nhân không dùng theophylin hoặc các thuốc có dẫn chất xanthin trước đó): tiêm mạch chậm 5mg/kg cân nặng trong 20 phút, sau đó truyền tĩnh mạch 0,6 mg/kg/giờ (không quá 10mg/kg/24 giờ). Nên dùng phối hợp với cường Beta 2. Chú ý dễ có nguy cơ ngộ độc (buồn nôn, nôn, nhịp tim nhanh, co giật) nếu dùng liều quá cao, đặc biệt ở người già, suy gan hoặc đã dùng theophylline trước khi đến viện.
    - **Magnesium sulphat**: truyền tĩnh mạch 2g trong 20 phút.
- Thuốc kháng viêm Corticoid: đường toàn thân thường được dùng trong 5-7 ngày. Kết hợp với Corticoid phun khí dung liều tham khảo: Budesonide 2,4mg/24 giờ. [3]
- Kháng sinh dùng khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Hỗ trợ dinh dưỡng.
- Nếu sau 6 – 12 giờ chưa đáp ứng tốt, xem xét chỉ định thông khí nhân tạo gồm thông khí không xâm nhập và thông khí xâm nhập:
    - Thông khí không xâm nhập áp lực dương: khi bệnh nhân có dấu hiệu mỏi cơ hô hấp khởi đầu bằng:
        - Thở mặt nạ mũi miệng
        - FiO2: 40%
        - Ti: 1.1
        - RR: 16
        - Pinsp: 16
        - Peep: 5 cmH2O.
- Thở máy không xâm nhập không có hiệu quả nhanh chóng tiến hành đặt ống nội khí quản và bóp bóng qua nội khí quản. Nếu không đặt được nội khí quản tiến hành mở khí quản cấp cứu. Phối hợp kháng sinh, truyền dịch, vận mạch… đảm bảo sinh hiệu ổn chuyển viện an toàn lên bệnh viện tuyến trên.

THEO DÕI SAU ĐỢT CẤP
• Thuốc cắt cơn: chỉ dùng khi cần • Thuốc kiểm soát: tiếp tục liều cao trong thời gian ngắn (2-4 tuần) hoặc dài (3 tháng) tùy thuộc mức độ cơn hen • Kiểm soát yếu tố nguy cơ gây đợt cấp có thể thay đổi bao gồm cả kiểm tra kỹ thuật hít (Phụ lục 3) và tuân thủ điều trị • Kiểm tra bản kế hoạch hành động: Người bệnh có hiểu được không? Có được dùng đúng cách không? Có cần thay đổi không? (Phụ lục 4) • Tái khám: trong vòng 2-7 ngày • Đánh giá việc sử dụng SABA mỗi lần thăm khám

IV. KIỂM SOÁT HEN NGOÀI CƠN CẤP:[1],[2],[4]

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ	
1. Kiểm soát tốt triệu chứng và duy trì mức độ hoạt động bình thường 2. Giảm thiểu nguy cơ tử vong liên quan đến hen, đợt kịch phát, giới hạn luồng khí thở dai dẳng và tác dụng phụ của thuốc. *Lưu ý: các mục tiêu chung của xử trí hen cần tính đến các đặc điểm của hệ thống y tế, thuốc có sẵn, văn hóa và sở thích cá nhân của người bệnh.*	
LỰA CHỌN KHỞI ĐẦU THUỐC ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT HEN	
Biểu hiện triệu chứng	**Lựa chọn điều trị khởi đầu được ưu tiên**
Tất cả người bệnh	Không khuyến cáo điều trị với SABA đơn độc (không có ICS)
Triệu chứng hen không thường xuyên (< 2 lần/ tháng)	▪ Liều thấp ICS-formoterol khi cần hoặc ▪ Dùng liều thấp ICS mỗi lần dùng SABA với bình hít riêng rẽ hoặc phối hợp.
Triệu chứng hen hoặc nhu cầu dùng thuốc cắt cơn ≥ 2 lần/tháng	▪ Liều thấp ICS-formoterol khi cần hoặc ▪ Liều thấp ICS duy trì với SABA khi cần hoặc ▪ LTRA duy trì (kém hiệu quả hơn ICS) với SABA khi cần.
Triệu chứng hen trong hầu hết các ngày hoặc thức giấc do hen ≥ 1 lần/ tuần, đặc biệt khi có một yếu tố nguy cơ bất kỳ.	▪ Liều thấp ICS- formoterol duy trì và cắt cơn hoặc ▪ Liều thấp ICS-LABA duy trì với SABA khi cần hoặc ▪ Liều trung bình ICS với SABA khi cần
Biểu hiện khởi đầu với hen nặng không được kiểm soát hoặc đợt cấp	▪ Liều trung bình ICS-formoterol duy trì và cắt cơn. Có thể dùng đợt ngắn ngày corticoid uống ▪ Liều cao ICS hoặc liều trung bình ICS-LABA duy trì với SABA khi cần. Có thể dùng đợt ngắn ngày corticoid uống

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HEN THEO BẬC

	BẬC 1	BẬC 2	BẬC 3	BẬC 4	BẬC 5
Thuốc điều trị kiểm soát hen ưu tiên	Liều thấp ICS-formoterol khi cần	Duy trì liều thấp ICS hoặc dùng liều thấp ICS-formoterol khi cần	Duy trì liều thấp ICS-LABA	Duy trì liều trung bình ICS-LABA	Bổ sung LAMA Cân nhắc đánh giá kiểu hình hen ± kháng IgE, kháng IL5 / 5R, kháng IL4R Xem xét dùng liều cao ICS-LABA
Thuốc điều trị kiểm soát hen khác	Liều thấp ICS mỗi khi dùng SABA	Liều thấp ICS mỗi khi dùng SABA hoặc LTRA hàng ngày hoặc thêm LPMD đặc hiệu dưới lưỡi với dị nguyên mạt bụi nhà*	Liều trung bình ICS hoặc thêm LTRA hoặc thêm LPMD đặc hiệu dưới lưỡi với dị nguyên mạt bụi nhà*	Thêm LAMA hoặc LTRA, hoặc chuyển sang liều cao ICS	Thêm azithromycin (người lớn) hoặc LTRA; thêm liều thấp OCS nhưng lưu ý tác dụng phụ
Thuốc cắt cơn Trước xem xét liệu pháp cắt cơn với SABA, kiểm tra sự tuân thủ của người bệnh với thuốc kiểm soát hàng ngày	• Liều thấp ICS-formoterol khi cần ở bệnh nhân đang dùng liệu pháp duy trì và cắt cơn với cùng một bình hít ICS-formoterol. • SABA khi cần ở bệnh nhân đang dùng ICS hoặc ICS/LABA duy trì.				

* Liệu pháp miễn dịch đặc hiệu đường dưới lưỡi với dị nguyên mạt bụi nhà được xem xét chỉ định trong các trường hợp hen mắc kèm viêm mũi dị ứng mẫn cảm với mạt bụi nhà, FEV_1 > 70% GTLT và không kiểm soát được triệu chứng với ICS liều thấp- trung bình. Các mức liều của ICS xem phụ lục 2.

ICS:	*Corticosteroid dạng hít*	*OCS:*	*Corticosteroid uống*
SABA:	*Thuốc kích thích beta 2 tác dụng ngắn*	*LABA:*	*Thuốc kích thích beta 2 tác dụng dài*
LTRA:	*Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene*	*LAMA:*	*Thuốc kháng Muscarinic tác dụng dài*
LPMD:	*Liệu pháp miễn dịch*		

NÂNG BẬC ĐIỀU TRỊ HEN

Nâng bậc dài hạn (≥ 2-3 tháng)

- Chỉ định: khi người bệnh có triệu chứng hô hấp được xác định là gây ra do hen, kỹ thuật hít thuốc đúng, tuân thủ điều trị tốt và giải quyết được các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi như hút thuốc lá.
- Nâng bậc luôn cần được xem là điều trị thử và phải đánh giá lại đáp ứng sau khi nâng bậc tối đa 2- 3 tháng. Nếu không có đáp ứng, nên giảm điều trị về mức trước đó, cân nhắc lựa chọn điều trị khác hoặc chuyển lên tuyến cao hơn.

Nâng bậc ngắn hạn (trong 1-2 tuần)

- Chỉ định: trong các trường hợp tiếp xúc ngắn hạn với các yếu tố kích phát hen như khi nhiễm virus hoặc tiếp xúc dị nguyên theo mùa.
- Có thể do người bệnh tự thực hiện theo bản kế hoạch hành động hoặc do thầy thuốc chỉ định.

Điều chỉnh theo ngày

- Chỉ định: ở người bệnh đang sử dụng liệu pháp duy trì và cắt cơn với cùng một bình hít ICS-formoterol, người bệnh điều chỉnh số liều ICS-formoterol khi cần trong từng ngày tùy theo triệu chứng của họ và tiếp tục dùng liều duy trì.

HẠ BẬC ĐIỀU TRỊ KHI HEN ĐƯỢC KIỂM SOÁT TỐT

Nguyên tắc chung

- Xem xét hạ bậc điều trị khi triệu chứng hen đã được kiểm soát tốt và chức năng phổi ổn định trong ≥ 3 tháng.
- Chọn thời điểm thích hợp để hạ bậc (người bệnh không bị nhiễm trùng hô hấp, không đi xa và không mang thai).
- Trước khi hạ bậc cần đánh giá các yếu tố dự báo mất kiểm soát hen khi hạ bậc điều trị. Nếu có, việc hạ bậc cần được theo dõi chặt chẽ.
- Trước khi hạ bậc điều trị, cung cấp cho người bệnh một bản kế hoạch hành động và hướng dẫn phương pháp và thời điểm quay lại điều trị trước đó nếu triệu chứng nặng lên

Mục đích

- Tìm ra liều điều trị thấp nhất có hiệu quả đối với người bệnh.
- Khuyến khích người bệnh tiếp tục điều trị với thuốc kiểm soát.

Bậc hiện tại	Thuốc và liều hiện tại	Lựa chọn hạ bậc
Bậc 5	Liều cao ICS-LABA + OCS	- Tiếp tục liều cao ICS-LABA và giảm liều OCS - Dùng OCS cách ngày - Thay thế OCS bằng liều cao ICS
	Liều cao ICS-LABA + tác nhân phối hợp khác	- Xin ý kiến tư vấn của chuyên gia
Bậc 4	Duy trì liều trung bình đến cao ICS – LABA.	- Tiếp tục kết hợp ICS/LABA nhưng giảm 50% ICS bằng cách sử dụng các dạng phối hợp sẵn có.
	Liều trung bình ICS-formoterol duy trì và cắt cơn	- Giảm ICS-formoterol duy trì về liều thấp, tiếp tục ICS-formoterol cắt cơn khi cần
	Liều cao ICS + 1 thuốc kiểm soát thứ hai	- Giảm liều 50% ICS và tiếp tục thuốc kiểm soát thứ hai
Bậc hiện tại	**Thuốc và liều hiện tại**	**Lựa chọn hạ bậc**
Bậc 3	Liều thấp ICS-LABA duy trì	- Giảm ICS-LABA về liều 1 lần/ ngày - Ngưng LABA có khả năng làm nặng bệnh
	Liều thấp ICS-formoterol duy trì và cắt cơn	- Giảm ICS-formoterol duy trì về liều 1 lần/ngày và tiếp tục ICS-formoterol cắt cơn khi cần
	ICS liều trung bình hoặc cao	- Giảm 50% liều ICS
Bậc 2	Liều thấp ICS	- Dùng liều 1 lần/ ngày (budesonide, ciclesonide, mometasone) - Chuyển sang ICS-formoterol khi cần. - Thêm LTRA - Không đủ bằng chứng hạ bậc về ICS với SABA khi cần
	Liều thấp ICS hoặc LTRA	- Chuyển sang liều thấp ICS-formoterol khi cần. - Không khuyến cáo ngưng hoàn toàn ICS ở người lớn.

ICS: *Corticosteroid dạng hít* *OCS:* *Corticosteroid uống*
SABA: *Thuốc kích thích beta 2 tác dụng ngắn* *LABA:* *Thuốc kích thích beta 2 tác dụng dài*
LTRA: *Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene*

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị hen phế quản ở người lớn và trẻ em ≥12 tuổi theo quyết định số 5850/ QĐ-BYT của bộ y tế tháng 12 năm 2021.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen người lớn và trẻ em ≥12 tuổi , ban hành kèm theo quyết định số 1851/QĐ-BYT của Bộ Y tế, có hiệu lực từ tháng 4 năm 2020.
3. Giáo trình Hồi sức cấp cứu chống độc, Bộ môn Hồi sức cấp cứu chống độc, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, nhà xuất bản Y học năm 2013, 2020.
4. GINA 2019, 2020, 2021.