

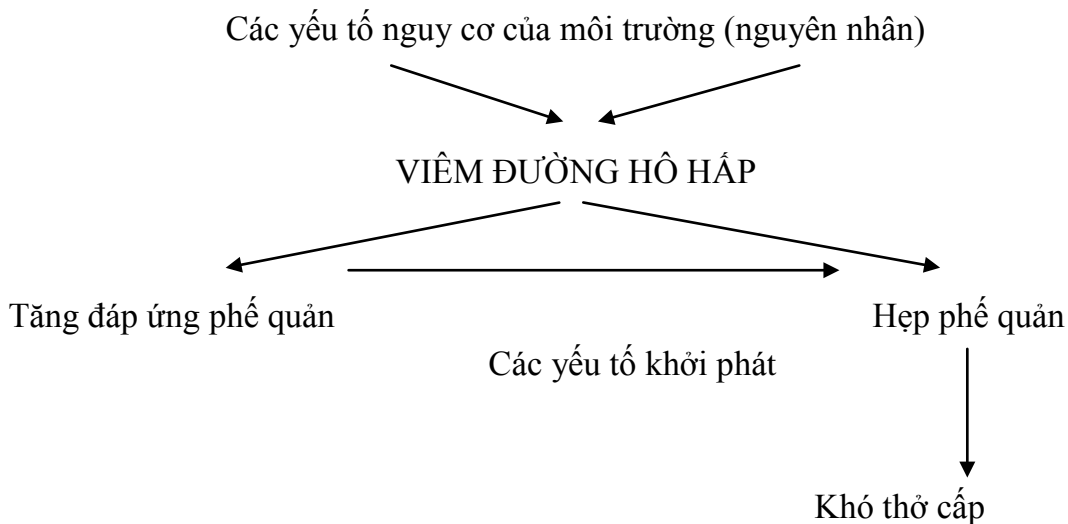
# CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP

BV.NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Hen PQ là tình trạng **viêm mạn tính của đường hô hấp** đặc trưng bởi sự tăng đáp ứng của cây khí phế quản với nhiều tác nhân kích thích (dị nguyên, các chất kích thích hoá học, khói thuốc, khí lạnh hoặc gắng sức).

## 2. SINH LÝ BỆNH CỦA CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP



### Các yếu tố khởi phát (*Asthma triggers*) :

- Tiếp xúc dị nguyên
- Nhiễm trùng đường HH trên và dưới
- Thay đổi về nhiệt độ hoặc độ ẩm
- Mùi nặng (nước hoa)
- Ô nhiễm môi trường, bụi, khói...
- Vận động, cười, ho
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Thuốc và các chất hoá học : aspirine, NSAIDs, chất Sulfite, beta-blockers

## 3. CHẨN ĐOÁN CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP

### 3.1. Lâm sàng

#### 3.1.1. Tiền căn:

- Tiền căn bản thân : hen phế quản đã được chẩn đoán
- Tiền căn gia đình : cha mẹ, anh chị em ruột bị hen PQ hoặc các bệnh lý dị ứng khác như mề đay, viêm mũi dị ứng, viêm mắt dị ứng

#### 3.1.2. Bệnh sử: các triệu chứng đặc trưng của hen PQ là

- Ho, khò khè, cảm giác nặng ngực
- Cơn khó thở nặng dần, trội hơn vào thì thở ra

**3.1.3. Khám thực thể**

- Khó thở, trội hơn vào thì thở ra, thì thở ra kéo dài
- Khò khè thì thở ra
- Co kéo hõm trên ức, hõm trên đòn và các cơ hô hấp phụ (cơ UDC, cơ liên sườn)
- Nghe phổi có ran ngáy, ran rít lan tỏa

**3.2. Cận lâm sàng****3.2.1. Đo chức năng hô hấp**

- a. *Hô hấp ký (Spirometry)* : thường ít khi được đo trong giai đoạn cấp. Đo khi BN ổn định
- b. *Đo lưu lượng đỉnh thì thở ra (PEF = Peak Expiratory Flow)*: bình thường 400 – 600 l/phút). Nếu PEF ban đầu < 150L/phút hoặc không tăng lên hơn 50% giá trị lý thuyết sau 1 giờ điều trị → NHẬP VIỆN

**3.2.2. Khí máu động mạch:** cần thực hiện trên những bệnh nhân có cơn hen PQ nặng.

- $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ : cơn thất PQ nặng hoặc có biến chứng
- $\text{PaCO}_2$  ban đầu thường giảm do có tăng nhịp thở. Khi cơn kịch phát kéo dài,  $\text{PaCO}_2$  sẽ tăng dần do tắc nghẽn nặng và mệt mỏi cơ hô hấp →  **$\text{PaCO}_2$  tăng hoặc bình thường là dấu hiệu sắp sửa suy hô hấp và cần nhập viện ngay**

**3.2.3. Cận LS khác:**

- Công thức máu:
  - Bội nhiễm: BC tăng + sốt hoặc khạc đàm mủ
  - Cần chú ý:
    - + BC tăng vừa phải thường gặp trong cơn hen cấp
    - + Corticosteroid có thể làm tăng BCĐNTT sau 1 – 2 giờ điều trị
- Đo NĐ theophylline huyết thanh ở bệnh nhân dùng theophylline trước nhập viện
- Ion đồ: sử dụng thuốc  $\beta_2$  adrenergic agonists kéo dài có thể gây hạ kali máu
- XQ phổi không cần thực hiện thường qui. Nên thực hiện khi:
  - $\Delta$  chưa chắc chắn ( $\Delta \neq$  COPD, suy tim ứ huyết)
  - Khi nghi ngờ có bội nhiễm phổi hoặc khí có các biến chứng: xẹp phổi do nút nhầy, tràn khí MP, tràn khí trung thất...

**4. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TỬ VONG TRÊN BỆNH NHÂN HEN PQ**

- Tiền căn có những cơn hen kịch phát nặng
- Trước đây có cơn khó thở kịch phát do hen PQ cần đặt nội khí quản
- Có  $\geq 2$  lần nhập viện do hen PQ trong năm vừa qua
- Có  $\geq 3$  lần phải cấp cứu do hen PQ trong năm vừa qua
- Nhập viện hoặc phải cấp cứu do hen PQ trong tháng vừa qua
- Sử dụng > 2 ống phun thuốc giãn PQ beta2 tác dụng ngắn mỗi tháng

- Sử dụng thường xuyên hoặc mới ngưng corticosteroid đường toàn thân
- Có bệnh lý đi kèm như bệnh tim mạch hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Bệnh lý tâm thần nặng
- Tình trạng kinh tế xã hội thấp

### 5. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ CỦA CƠN HEN PQ CẤP

| Triệu chứng                      | Nhẹ                                | Vừa  | Nặng*   | Độ ngưng thở                            |
|----------------------------------|------------------------------------|--|---|---|
| Khó thở                          | Khi đi lại<br><br>Có thể nằm được  | Khi nói chuyện<br>TE : khóc yếu hơn, ngắn hơn.<br>Khó bú<br>Thích ngồi | Khi nghỉ ngơi<br>TE : ngưng bú<br><br>Ngồi cúi ra trước   |   |
| RL tri giác                      | Không                              | Không  | Vật vã  | Lơ mơ, lẫn lộn                          |
| Nói chuyện                       | Cả câu                             | Từng câu ngắn  | Từng từ   |   |
| Mạch                             | < 100                              | 100 – 120  | >120  | Chậm                                    |
| Nhịp thở                         | Tăng                               | Tăng   | Thường > 30 lần/phút  |   |
| Sử dụng cơ hô hấp phụ            | -                                  | +  | +++   | Cử động ngực – bụng nghịch lý           |
| Mạch nghịch                      | Không sờ được                      | Có thể sờ được (10 – 25 mmHg)  | Sờ được (> 25mmHg)  | Không có, chứng tỏ có mệt mỏi cơ hô hấp |
| Tím tái                          | Không                              | Có thể có  | Thường có   | +++                                     |
| Ran rít                          | Trung bình, thường cuối thì thở ra | To; suốt thì thở ra  | Thường to; cả thì hít vào và thở ra   | Không nghe                              |
| PEF sau dùng giãn PQ (% dự đoán) | > 80%                              | 60 - 80%   | < 60% hoặc < 100 lít/phút   |   |
| SaO <sub>2</sub> (khí trời)      | > 95%                              | 90 - 95%   | < 90%   |   |
| Khí máu động mạch                | Bình thường<br>Không cần thực hiện | PaO <sub>2</sub> > 60 mmHg.<br>PaCO <sub>2</sub> < 45 mmHg             | PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg<br>Có thể tím tái<br>PaCO <sub>2</sub> > 45 mmHg<br>Có thể có suy hô hấp |   |

\* Chỉ cần vài chỉ số, không cần tất cả, cũng được xem là nặng

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.1. Mục tiêu điều trị:

- Điều chỉnh tình trạng thiếu oxy máu:
  - Hầu hết BN có tình trạng thiếu O<sub>2</sub> mô → dùng ngay O<sub>2</sub> 2 – 3 l/phút
  - Kiểm tra lại sao cho SaO<sub>2</sub> > 90% (> 95% ở phụ nữ có thai, có bệnh tim đi kèm)
  - Thông khí cơ học nếu cần
- Khôi phục nhanh chóng tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí
  - Dùng lập đi lập lại nhiều lần, thuốc beta<sub>2</sub> adrenergic agonist dạng hít
  - Dùng sớm corticosteroid đường toàn thân ở bệnh nhân có cơn cấp mức độ trung bình – nặng hoặc ở bệnh nhân không đáp ứng nhanh và hoàn toàn với thuốc beta<sub>2</sub>-agonist dạng hít
- Giảm khả năng tái phát tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí nặng bằng việc điều trị tích cực: dùng một đợt ngắn hạn (khoảng 2 tuần) corticosteroid đường toàn thân

### 6.2. Các loại thuốc thường được sử dụng trong điều trị cơn hen PQ cấp

#### 6.2.1. $\beta_2$ agonists tác dụng ngắn: thuốc hàng đầu

- Bình hít định liều (MDI): Salbutamol (Ventoline<sup>®</sup>) ; Terbutaline (Bricanyl<sup>®</sup>): 4 – 8 nhát xịt mỗi 20 phút x 3 lần sau đó xịt mỗi 1 – 4 giờ nếu cần
- Phun khí dung:
  - Salbutamol (ống 5mg/ml) : 1 ống PKD mỗi 20 phút x 3 lần sau đó PKD mỗi 1 – 4 giờ nếu cần HOẶC 10 – 15 mg/giờ phun khí dung LIÊN TỤC
  - Fenoterol + Ipratropium bromide (Berodual<sup>®</sup>) : 1- 2 ml + 2ml NaCl 0,9% mỗi 20 phút x 3 lần sau đó mỗi 1 – 4 giờ nếu cần
- Dạng tiêm (khi PKD không đủ làm hạ cơn):
  - Epinephrine 1/1000 (1mg/ml) : 1/3 – 1/2 ống mỗi 20 phút x tối đa 3 liều TDD
  - Terbutaline (Bricanyl 0,5mg/ml) : 1/2 - 1 ống mỗi 20 phút x 3 liều TDD
  - Salbutamol 0,01% : liều 1 mg/giờ Bơm Tiêm Tự Động

#### 6.2.2. Anticholinergics

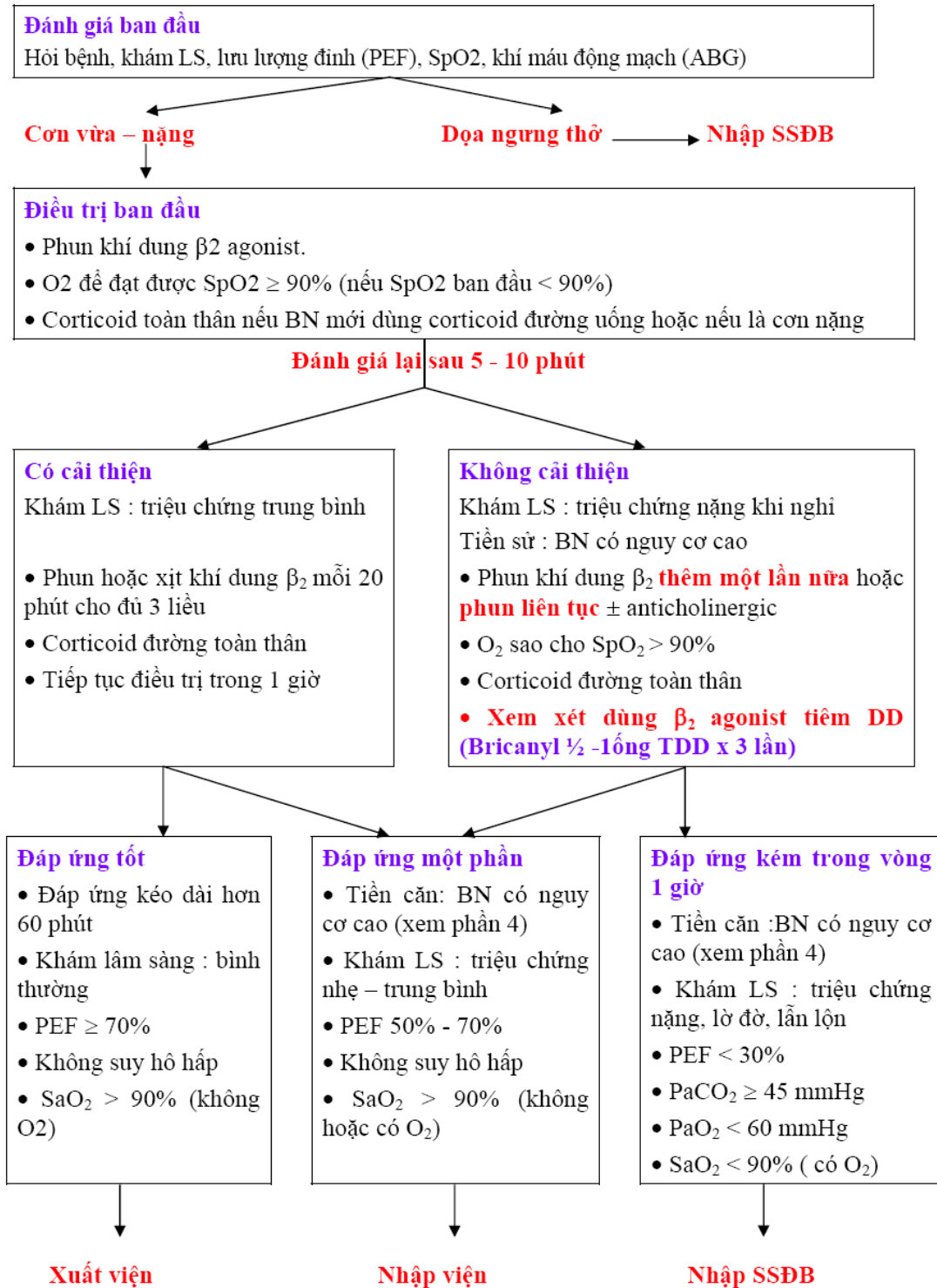
- Ipratropium bromide (Atrovent<sup>®</sup>): MDI 4 – 8 nhát nếu cần hoặc khí dung: 1 ống (0,5 mg/2,5 ml) mỗi 30 phút x 3 lần sau đó mỗi 2 – 4 giờ nếu cần
- Fenoterol + Ipratropium bromine (Berodual<sup>®</sup>): liều như 6.2.1

#### 6.2.3. Corticosteroid

- Đường toàn thân (Prednisone – Methylprednisolone): 1mg/kg x 1 – 4 lần/ngày đến khi cải thiện khó thở (thường từ 36 - 48 giờ) sau đó dùng 0,5 – 1 mg/kg/ngày cho đến khi PEF đạt đến 70% giá trị lý thuyết (thường # 2 tuần).

- Đường hít: Budesonid (Pulmicort®) 400 µg x 2 lần/ngày ; Fluticasone 250 – 500 µg x 2 lần/ngày, nên dùng gói đầu ngay sau khi bệnh nhân đã qua được cơn nặng dù đang dùng corticoid đường toàn thân

### 6.3. Sơ đồ điều trị cơn hen PQ cấp tại phòng cấp cứu



**Xuất viện**

- Tiếp tục  $\beta_2$  agonist hít tại nhà (4 lần/ngày)
- Tiếp tục corticosteroid uống trong 2 tuần (liều 0,5 – 1 mg/kg/ngày)
- **Giáo dục bệnh nhân ít nhất là cách sử dụng MDI tại nhà**
- Dẫn BN tái khám chuyên khoa hô hấp 2 tuần sau.

**Nhập viện**

- Phun khí dung  $\beta_2$  agonist  $\pm$  anticholinergic mỗi giờ trong 3-6 giờ sau đó 4-6 lần/ngày tùy tình hình bệnh nhân.
- Corticosteroid uống hoặc TM
- O<sub>2</sub> nếu SpO<sub>2</sub> < 90%
- Xem xét dùng aminophylline TM nếu  $\beta_2$  agonist  $\pm$  anticholinergic không đủ hiệu quả
- Theo dõi PEF, SaO<sub>2</sub>, mạch, nhịp thở, nồng độ theophylline

**Nhập khoa SSDB**

- Phun khí dung  $\beta_2$  agonist mỗi giờ hoặc liên tục  $\pm$  anticholinergic
- Xem xét dùng thêm  $\beta_2$  agonist tiêm DD, TB hoặc truyền TM
- Corticosteroid TM
- O<sub>2</sub> (sonde mũi hoặc mặt nạ không thở trở lại)
- Đặt nội KQ và thông khí cơ học nếu cần

**7. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Global Strategy for Asthma Management and Prevention (Updated 2007).  
[www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)