

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ HEN PHẾ QUẢN

BV.NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

1. ĐỊNH NGHĨA.

Hen (hen phế quản, suyễn) là tình trạng viêm mãn tính các khí đạo với sự tham gia của nhiều loại tế bào và hóa chất trung gian. Tình trạng viêm mãn tính dẫn tới gia tăng phản ứng khí đạo với các đợt khò khè, khó thở, nặng ngực và ho tái đi tái lại. Những triệu chứng này thường kèm tắc nghẽn khí đạo lan tỏa, thay đổi, và thường hồi phục tự nhiên hay sau điều trị.

2. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN HEN.

2.1. Tiền căn và triệu chứng cơ năng:

Bệnh nhân có các triệu chứng ho, khò khè, khó thở, nặng ngực tái đi tái lại. Các triệu chứng này xảy ra hay nặng lên khi tiếp xúc với chất kích thích, dị nguyên, hoạt động thể lực, nhiễm siêu vi, thay đổi thời tiết. Triệu chứng giảm đi tự nhiên hay sau điều trị với thuốc dẫn phế quản hay kháng viêm. Bản thân và trong gia đình có thể bị các bệnh dị ứng. Trong gia đình có thể có người bị hen.

2.2. Khám thực thể:

Khám thực thể hệ hô hấp có thể không phát hiện gì bất thường. Nếu bệnh nhân được khám trong giai đoạn cấp triệu chứng có thể có:

- Khó thở và khò khè trội hơn thì thở ra, thì thở ra kéo dài.
- Co kéo hõm trên ức, hõm trên đòn và cơ hô hấp phụ.
- Nghe phổi có ran rít, ran ngáy lan tỏa.

2.3. Đo chức năng hô hấp:

a. Hô hấp ký: có thể có hội chứng tắc nghẽn đường dẫn khí dựa trên tỉ số $FEV_1/FVC < \text{trị số ngưỡng}$. Trị số này là:

85% ở người < 20 tuổi
80% ở người 20 – 39 tuổi
75% ở người 40 – 59 tuổi
70% ở người 60 – 80 tuổi

Tuy nhiên, nhiều BN không có tắc nghẽn trên hô hấp ký nhất là khi ở ngoài cơn khó thở hoặc đang được điều trị.

Cải thiện $FEV_1 \geq 12\%$ và ≥ 200 ml sau nghiệm pháp dẫn phế quản (2 – 4 nhát salbutamol) hay sau đợt điều trị với corticosteroid (30 – 40 mg prednisone/ngày x 1 – 2 tuần).

b. Lưu lượng đỉnh (PEF): nghĩ tới hen phế quản khi:

- Độ biến thiên trong ngày của PEF > 20%

$$\frac{PEF \text{ buổi tối} - PEF \text{ buổi sáng}}{\frac{1}{2}(PEF \text{ buổi tối} + PEF \text{ buổi sáng})}$$
- PEF tăng 60 ml hoặc $\geq 20\%$ so với giá trị trước dùng thuốc dẫn phế quản hoặc corticosteroid

3. ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ HEN PHẾ QUẢN.

3.1. Mục tiêu của điều trị duy trì hen:

- Đạt được và duy trì sự kiểm soát được các triệu chứng.
- Duy trì được các hoạt động bình thường, ngay cả khi gắng sức.
- Duy trì chức năng phổi bình thường hoặc gần bình thường.
- Phòng ngừa cơn hen cấp.
- Tránh các tác dụng phụ của thuốc điều trị hen.
- Phòng ngừa tử vong do hen.

3.2. Chương trình quản lý hen : 5 phần.

3.2.1. Phần 1 – Tạo mối quan hệ tốt giữa BN và thầy thuốc

- Giáo dục BN thường xuyên vào mỗi lần thăm khám
- Chỉ dẫn cho gia đình bệnh nhân về Hen PQ
- Cung cấp thông tin về Hen PQ: thông tin cơ bản về hen, nhóm thuốc điều trị hen và tác dụng phụ của thuốc, kỹ thuật sử dụng MDI và đo lưu lượng đỉnh tại nhà, kỹ năng tự kiểm soát bệnh, nhận biết triệu chứng nặng, phòng tránh yếu tố nguy cơ,..v..v.
- Huấn luyện các kỹ năng tự quản lý bệnh
- Tăng cường mối liên hệ tốt giữa nhân viên y tế, bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân

3.2.2. Phần 2 – Nhận biết và giảm tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ

- Giảm tiếp xúc với các dị nguyên trong nhà
- Tránh khói thuốc lá
- Tránh khói xe
- Nhận biết những chất kích thích ở nơi làm việc

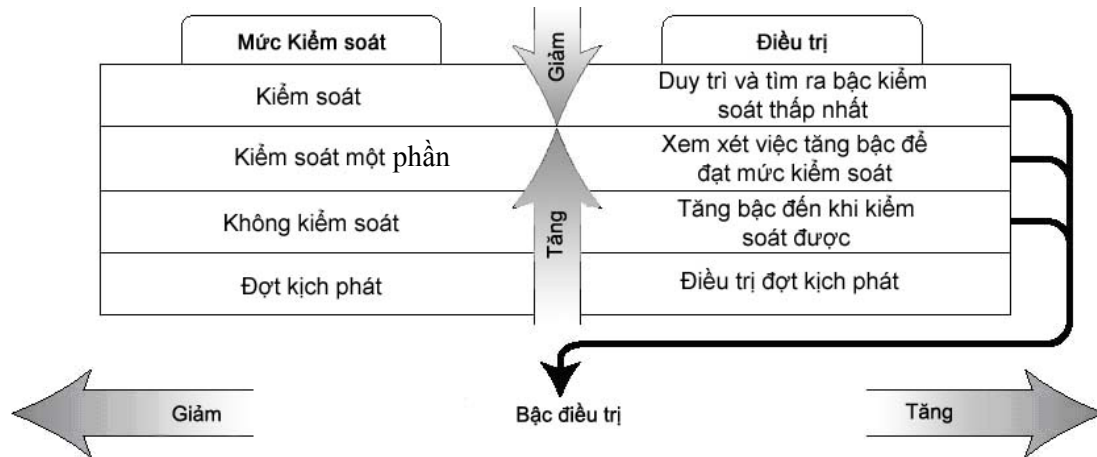
3.2.3. Phần 3 – Đánh giá, điều trị và theo dõi Hen PQ

Bảng phân độ mức độ kiểm soát Hen PQ

Đặc điểm	Kiểm soát hoàn toàn (tất cả các yếu tố sau)	Kiểm soát một phần (có bất kỳ một trong các yếu tố sau)	Không được kiểm soát
Triệu chứng ban ngày	Không (≤ 2 lần/tuần)	> 2 lần/tuần	≥ 3 tiêu chuẩn trong cột kiểm soát một phần vào bất kỳ tuần nào
Giới hạn hoạt động	Không	Có	
Triệu chứng/thức giấc về đêm	Không	Có	
Cần điều trị cắt cơn	Không (≤ 2 lần/tuần)	> 2 lần/tuần	
Chức năng phổi (PEF hoặc FEV ₁)	Bình thường	$< 80\%$ dự đoán hoặc giá trị tốt nhất của BN	
Đợt kịch phát	Không	≥ 1 lần/năm*	1 lần trong 1 tuần nào đó

*Bất cứ đợt cấp nào xuất hiện cũng phải rà soát lại coi việc điều trị có đầy đủ không
Theo định nghĩa, một đợt cấp xuất hiện trong một tuần nào đó tức là tuần đó hen không được kiểm soát

Xử trí dựa trên mức độ kiểm soát



Giáo dục về hen suyễn Kiểm soát môi trường				
Bậc 1	Bậc 2	Bậc 3	Bậc 4	Bậc 5
Đồng vận β_2 tác dụng nhanh theo nhu cầu	Đồng vận β_2 tác dụng nhanh theo nhu cầu			
Tùy chọn thuốc ngừa cơn	Chọn một	Chọn một	Thêm một hoặc hơn	Thêm một hoặc cả hai
	ICS hít liều thấp *	ICS liều thấp cùng với đồng vận β_2 tác dụng lâu dài	ICS liều trung bình hay cao cùng với đồng vận β_2 tác dụng lâu dài	Glucocorticosteroid uống (liều thấp nhất)
	Thuốc biến đổi Leukotriene **	ICS liều trung bình hay cao	Thuốc biến đổi Leukotriene	Điều trị kháng IgE
		ICS hít liều thấp cùng với Thuốc biến đổi Leu-	Theophylline phóng thích chậm	
		ICS liều thấp cùng với Theophylline phóng thích chậm		

* ICS = Glucocorticosteroid hít
** = Kháng thụ thể hoặc ức chế tổng hợp

Khi đạt được kiểm soát hen, duy trì thuốc ở mỗi bậc điều trị ít nhất là 3 tháng. Đối với thuốc cắt cơn, ngoài thuốc đồng vận β_2 tác dụng nhanh còn có thể dùng anticholinergic dạng hít, đồng vận β_2 tác dụng ngắn dạng uống, theophylline tác dụng ngắn.

Không được dùng một mình thuốc đồng vận β_2 tác dụng ngắn hoặc tác dụng dài mà phải dùng kết hợp với corticosteroid dạng hít.

Liều tương đương các loại Corticosteroid hít (liều hàng ngày, cho người lớn, các thuốc có ở Việt Nam)

Thuốc	LIỀU THẤP (μg)	LIỀU TRUNG BÌNH (μg)	LIỀU CAO (μg)
Budesonide-DPI (Pulmicort®, Symbicort®)	200-600	600-1000	> 1000
Fluticasone (Flixotide®, Seretide®)	100- 250	250- 500	> 500

Duy trì việc kiểm soát Hen PQ

- Khi đạt được kiểm soát hen, tiếp tục theo dõi để duy trì sự kiểm soát và tìm bậc điều trị hoặc liều thấp nhất.
- Việc kiểm soát hen phải được theo dõi bởi nhân viên y tế và chính BN.

Giảm bậc điều trị khi hen được kiểm soát

- Khi Hen PQ được kiểm soát với glucocorticosteroids liều trung bình - cao: giảm liều 50% sau 3 tháng (Evidence B)
- Khi Hen PQ được kiểm soát với glucocorticosteroids liều thấp: chuyển sang liều 1 lần/ngày (Evidence A)
- Khi Hen PQ được kiểm soát với glucocorticosteroids hít kết hợp LABA hít, giảm liều glucocorticosteroid hít 50% nhưng vẫn giữ liều LABA (Evidence B)
- Nếu duy trì được kiểm soát Hen PQ, giảm glucocorticosteroids hít xuống liều thấp và ngưng LABA (Evidence D)

Tăng step điều trị khi kiểm soát kém

- Sử dụng thuốc giãn PQ đồng vận β_2 tác dụng nhanh để làm giảm triệu chứng tạm thời.
- Khi cần dùng thuốc cắt cơn lập đi lập lại nhiều hơn 1 – 2 ngày → cần tăng cường điều trị giữa cơn
- Kết hợp giữa một đồng vận β_2 vừa tác dụng nhanh vừa tác dụng dài (formoterol) với một glucocorticosteroid hít (như budesonide) trong cùng một ống hít để vừa cắt cơn vừa ngừa cơn rất có hiệu quả để duy trì kiểm soát hen và giảm các đợt cấp (Evidence A)
- Tăng gấp đôi liều glucocortico-steroids hít không có hiệu quả, và không được khuyến dùng (Evidence A)

3.2.4. Phần 4 – Xử trí đợt kịch phát của Hen PQ

Xem bài chẩn đoán và điều trị cơn hen phế quản cấp

3.2.5. Phần 5: Các trường hợp đặc biệt

Có thai

- Trong khi có thai mức độ nặng của Hen PQ thường thay đổi, cần theo dõi sát BN và điều chỉnh thuốc nếu cần
- Không có bằng chứng các thuốc thường sử dụng trên BN Hen (như theophylline, glucocorticosteroids dạng hít, đồng vận β_2 , và thuốc biến đổi leukotriene nhất là montelukast) làm tăng nguy cơ trên thai
- Thuốc glucocorticosteroids dạng hít có thể ngăn ngừa đợt cấp của hen PQ trong thai kỳ
- Các đợt cấp phải được điều trị tích cực để tránh thiếu oxy cho thai.

Phẫu thuật

- Tình trạng tăng đáp ứng đường thở, giới hạn lưu lượng khí và tăng tiết đàm ở BN Hen PQ làm tăng biến chứng trong và sau mổ.
- Khả năng bị biến chứng tùy thuộc vào mức độ nặng của hen PQ lúc mổ, loại phẫu thuật (phẫu thuật lồng ngực và bụng trên có nguy cơ cao nhất), loại vô cảm (gây mê toàn thể kèm đặt nội khí quản có nguy cơ cao nhất).
- Cần đo chức năng hô hấp trước mổ đánh giá mức độ tắc nghẽn, nếu FEV1 < 80% giá trị dự đoán hoặc giá trị tốt nhất, nên dùng một đợt ngắn corticosteroid đường uống để giảm sự tắc nghẽn (bằng chứng C).
- Bệnh nhân đã được dùng một đợt corticosteroid đường toàn thân trong vòng 6 tháng trước mổ cần dùng hydrocortisone 100 mg TM mỗi 8 giờ một ngày trước và sau phẫu thuật để tránh suy thượng thận cấp sau mổ (bằng chứng C)

4. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2007.

<http://www.ginasthma.com>