
SỔ TAY HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ VÀ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN

(cho Người Lớn và Trẻ Em trên 5 Tuổi)



Sổ Tay Hướng Dẫn cho Cán Bộ Y Tế
Cập nhật 2017

*DỰA TRÊN CHIẾN LƯỢC TOÀN CẦU VỀ
XỬ TRÍ VÀ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN*

© Sáng Kiến Toàn Cầu về Hen Phế Quản

(Người dịch: GS.TSKH.BS. Dương Quý Sỹ)



SÁNG KIẾN TOÀN CẦU VỀ HEN PHẾ QUẢN

SỔ TAY HƯỚNG DẪN CHO CÁN BỘ Y TẾ

Cập nhật năm 2017

Ban Giám Đốc GINA

Chủ tịch: Bác sĩ Soren Pedersen

Ủy Ban Khoa Học GINA

Chủ tịch: Cử nhân Y học & PT, Tiến sĩ Helen Reddel

Ủy Ban Phổ Biến và Thực Hiện GINA

Chủ tịch: Bác sĩ Louis-Philippe Boulet

Hội Đồng GINA

Hội đồng GINA gồm các thành viên từ 45 quốc gia, danh sách trên trang
www.ginasthma.org.

Giám đốc Chương trình GINA

Rebecca Decker, Cử nhân Khoa học, Thạc sĩ Luật xã hội

Danh sách thành viên của Ủy Ban GINA đăng tại trang 28.

MỤC LỤC

Lời nói đầu	3
Chúng ta biết gì về hen?	4
Chẩn đoán hen	5
Tiêu chuẩn chẩn đoán hen	6
Chẩn đoán hen ở nhóm dân số đặc biệt	7
Đánh giá bệnh nhân hen	8
Làm thế nào đánh giá kiểm soát hen	9
Làm thế nào đánh giá hen không kiểm soát	10
Xử trí hen	8
Nguyên tắc chung	11
Điều trị để kiểm soát triệu chứng và giảm thiểu nguy cơ.....	11
Xử trí hen dựa trên mức độ kiểm soát	12
Điều trị kiểm soát ban đầu.....	13
Tiếp cận từng bước để điều chỉnh điều trị.....	16
Xem lại đáp ứng để điều chỉnh điều trị	17
Kỹ thuật hít và tuân thủ điều trị.....	18
Điều trị yếu tố nguy cơ thay đổi được	19
Chiến lược điều trị không dùng thuốc và can thiệp.....	19
Điều trị cho nhóm dân số hay tình huống đặc biệt.....	20
Hen kịch phát	21
Lập chương trình hành động hen.....	22
Xử trí hen kịch phát ở tuyến cơ sở hoặc tại cấp cứu	23
Xem lại đáp ứng	23
Theo dõi sau cơn kịch phát.....	25
Danh mục các nhóm thuốc hen	26
Lời cảm ơn	28
Các ấn phẩm của GINA	28

BẢNG CÁC HÌNH

Bảng 1. Lưu đồ chẩn đoán hen phế quản trong thực hành lâm sàng.....	5
Bảng 2. Các tiêu chí sử dụng trong chẩn đoán hen phế quản.....	6
Bảng 3. Làm thế nào để đánh giá một bệnh nhân bị hen	8
Bảng 4. Đánh giá kiểm soát triệu chứng và nguy cơ trong tương lai.....	9
Bảng 5. Làm thế nào để đánh giá hen không kiểm soát ở tuyến cơ sở... ..	10
Bảng 6. Chu trình xử trí hen dựa trên mức độ kiểm soát.....	12
Bảng 7. Cách tiếp cận từng bước trong điều trị hen.....	14
Bảng 8. Liều corticosteroid hít hàng ngày thấp, trung bình và cao (mcg).. ..	14
Bảng 9. Tự xử trí với một bảng kế hoạch hành động.....	22
Bảng 10. Xử trí hen kịch phát ở tuyến cơ sở.....	24

Chữ viết tắt sử dụng trong Hướng dẫn này được tìm thấy ở trang 27.

LỜI NÓI ĐẦU

Bệnh hen ảnh hưởng tới khoảng 300 triệu người trên toàn thế giới. Đây là một vấn đề sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng ảnh hưởng đến tất cả các nhóm tuổi, với tỷ lệ tăng cao ở nhiều nước đang phát triển, tăng chi phí điều trị và gia tăng gánh nặng cho người bệnh và cộng đồng. Bệnh hen vẫn áp đặt một gánh nặng không thể chấp nhận được cho hệ thống chăm sóc y tế và xã hội thông qua việc giảm năng suất làm việc và đặc biệt là bệnh hen ở trẻ em, gây sự xáo trộn cho các gia đình và nó cũng gây ra nhiều ca tử vong trên toàn thế giới, trong đó có cả những người trẻ tuổi.

Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xử trí hen đối mặt với các vấn đề khác nhau trên khắp thế giới, tùy thuộc vào hoàn cảnh địa phương, hệ thống y tế và tiếp cận với các nguồn lực.

Sáng Kiến Toàn Cầu về Hen (GINA) đã được thành lập để tăng cường nhận thức về bệnh hen giữa các chuyên gia y tế, nhà chức trách y tế công cộng và cộng đồng, và để cải thiện việc dự phòng và quản lý hen thông qua một nỗ lực phối hợp trên toàn thế giới. GINA chuẩn bị các báo cáo khoa học về hen, khuyến khích phổ biến và triển khai thực hiện các khuyến cáo và thúc đẩy hợp tác quốc tế nghiên cứu về hen.

Chiến lược Toàn Cầu về Xử trí và Dự Phòng Hen đã được sửa đổi sâu rộng vào năm 2014 để cung cấp một cách tiếp cận toàn diện và tích hợp để xử trí hen có thể phù hợp với điều kiện địa phương và cho từng bệnh nhân. Chiến lược này không chỉ tập trung vào những chứng cứ vững chắc hiện có, mà còn có sự rõ ràng về ngôn ngữ và việc cung cấp các công cụ để thực hiện một cách khả thi trong thực hành lâm sàng. Bản báo cáo đã được cập nhật mỗi năm kể từ thời điểm đó.

Báo cáo GINA 2017 và các ấn phẩm GINA khác được liệt kê ở trang 28 có thể lấy được từ địa chỉ: www.ginasthma.org.

Người đọc cần nhận thức rằng **Sổ tay Hướng dẫn** này là một bản tóm tắt ngắn gọn về các báo cáo GINA 2017 giành cho các đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hướng dẫn này KHÔNG chứa tất cả các thông tin cần thiết cho việc xử trí hen, ví dụ về sự an toàn của việc điều trị, và nên được sử dụng kết hợp với báo cáo đầy đủ GINA 2017 kèm với những nhận định lâm sàng riêng của các nhân viên y tế. GINA không chịu trách nhiệm về pháp lý hoặc về quản lý y tế với việc chăm sóc y tế không phù hợp liên quan đến việc sử dụng các tài liệu này, bao gồm cả việc sử dụng không phù hợp với quy định hoặc khuyến cáo của địa phương hay quốc gia.

CHÚNG TA BIẾT ĐƯỢC GÌ VỀ HEN PHẾ QUẢN?

Hen là một bệnh mãn tính thường gặp và nghiêm trọng, đặt ra một gánh nặng đáng kể cho bệnh nhân, gia đình và cộng đồng. Bệnh gây ra các triệu chứng hô hấp, hạn chế hoạt động và những cơn kịch phát đôi khi cần phải được chăm sóc y tế khẩn cấp và có thể gây tử vong.

May thay ... bệnh hen có thể được điều trị một cách hiệu quả và đa số bệnh nhân có thể đạt được việc kiểm soát tốt bệnh hen của mình. Khi hen được kiểm soát tốt, bệnh nhân có thể:

- ✓ Tránh triệu chứng khó chịu trong ngày và đêm
- ✓ Cần tối thiểu hoặc không cần thuốc giảm triệu chứng (cắt cơn)
- ✓ Hiệu suất làm việc cao, có được cuộc sống thể chất tích cực
- ✓ Có chức năng hô hấp bình thường hoặc gần bình thường
- ✓ Tránh cơn hen nặngkịch phát (bùng phát hoặc cơn cấp)

Hen phế quản là gì? Hen phế quản gây ra các triệu chứng như thở khò khè, khó thở, tức ngực và ho thay đổi theo thời gian bệnh xảy ra, tần suất và cường độ bệnh.

Những triệu chứng này có liên quan với sự biến đổi của dòng khí thở ra, nghĩa là khó khăn khi thở không khí từ phổi ra do co thắt phế quản (hẹp đường thở), dày thành đường dẫn khí và tăng chất nhầy. Sự thay đổi dòng khí thở ra cũng có thể xảy ra ở những người không bị hen, nhưng nặng hơn trong bệnh hen. Có rất nhiều loại hen phế quản với tiến triển bệnh diễn ra khác nhau

Các yếu tố khởi phát có thể làm trầm trọng hơn các triệu chứng hen gồm nhiễm siêu vi, chất gây dị ứng trong nhà hoặc nghề nghiệp (ví dụ mạt bụi nhà, phấn hoa, gián), khói thuốc lá, tập thể dục và căng thẳng. Những phản ứng này có nhiều khả năng xảy ra khi hen phế quản không được kiểm soát. Một số loại thuốc có thể gây ra hoặc gây khởi phát hen, ví dụ thuốc chẹn beta và với một số bệnh nhân là aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác.

Hen kịch phát (còn gọi là hen trở nặng hoặc cơn hen tấn công) có thể dẫn đến tử vong. Thường phổ biến và nghiêm trọng hơn khi bệnh hen không được kiểm soát, hoặc ở một số bệnh nhân có nguy cơ cao. Tuy nhiên, hen kịch phát vẫn xảy ra ngay cả ở những bệnh nhân đang điều trị hen, nên tất cả bệnh nhân nên có kế hoạch hành động hen.

Cách tiếp cận từng bậc để điều trị, tùy vào từng cá nhân người bệnh, có tính đến hiệu quả việc sử dụng thuốc có sẵn, an toàn của thuốc và chi phí cho người chi trả hoặc cho bản thân người bệnh.

Điều trị bằng thuốc kiểm soát thường xuyên, đặc biệt là với thuốc có chứa corticosteroid dạng hít (ICS), làm giảm rõ nét tần suất và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng hen và nguy cơ của đợt kịch phát.

Hen là một bệnh phổ biến, ảnh hưởng đến tất cả các tầng lớp xã hội. Vận động viên Olympic, các nhà lãnh đạo nổi tiếng, người nổi tiếng và những người bình thường có cuộc sống **thành đạt và tích cực với bệnh hen**.

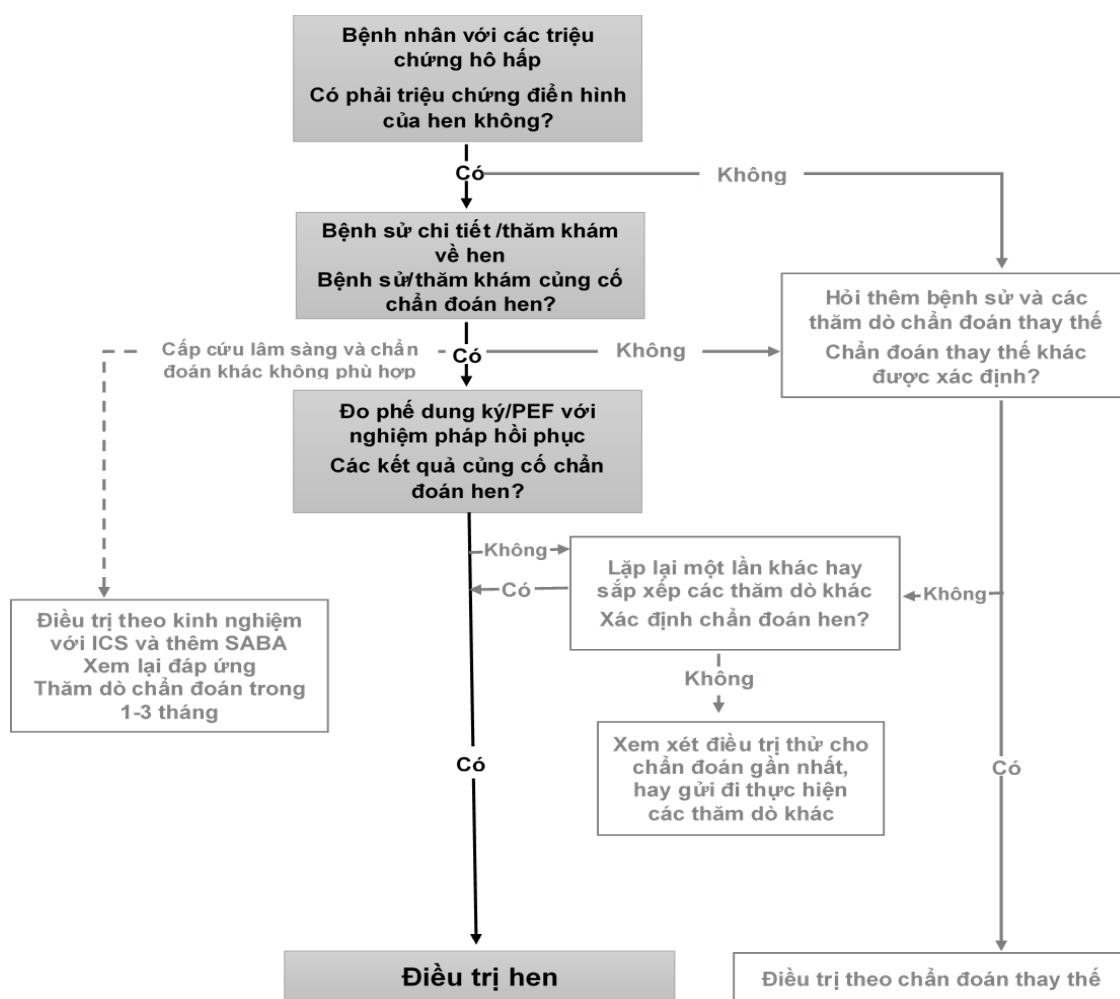
CHẨN ĐOÁN HEN

Hen phế quản là một bệnh có nhiều biến thể (không đồng nhất), thường được đặc trưng bởi tình trạng viêm đường hô hấp mãn tính. Hen có hai đặc điểm cơ bản:

- Bệnh sử của các triệu chứng hô hấp như thở khò khè, khó thở, tức ngực và ho thay đổi theo thời gian và cường độ, VÀ
- Giới hạn dòng khí thở ra biến đổi.

Lưu đồ chẩn đoán hen trên thực tế lâm sàng được trình bày ở Bảng 1, với các tiêu chí chuyên biệt để chẩn đoán hen được trình bày ở Bảng 2.

Bảng 1. Lưu đồ chẩn đoán hen phế quản trong thực hành lâm sàng



Việc **chẩn đoán hen** nên được xác định và để tham khảo trong tương lai, những chứng cứ cần được ghi lại trong hồ sơ của bệnh nhân. Tùy thuộc vào tính cấp bách lâm sàng và khả năng tiếp cận nguồn lực, việc chẩn đoán tốt hơn là nên được thực hiện trước khi bắt đầu điều trị kiểm soát. Xác định chẩn đoán hen khó khăn hơn sau khi việc điều trị đã được bắt đầu (xem trang 7).

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN HEN PHẾ QUẢN

Bảng 2. Các tiêu chí được sử dụng trong chẩn đoán hen phế quản

1. Tiền sử có các triệu chứng hô hấp thay đổi
Các triệu chứng điển hình là thở khò khè, khó thở, nặng ngực và ho. • Thông thường người bị hen có nhiều hơn một trong các triệu chứng này • Các triệu chứng xảy ra thay đổi theo thời gian và cường độ • Các triệu chứng thường xảy ra hoặc xấu hơn vào ban đêm hay lúc thức giấc • Các triệu chứng thường khởi phát khi tập thể dục, cười lớn, tiếp xúc các dị nguyên hoặc không khí lạnh • Các triệu chứng thường xảy ra hay trở nên xấu đi khi nhiễm siêu vi.
2. Bằng chứng giới hạn luồng khí thở ra bị thay đổi
• Ít nhất một lần trong quá trình chẩn đoán có FEV₁ thấp, chứng cứ cho thấy tỉ lệ FEV₁/FVC bị giảm. Tỉ lệ FEV₁/FVC bình thường lớn hơn 0,75-0,80 đối với người lớn và hơn 0,90 đối với trẻ em. • Chứng cứ cho thấy có sự thay đổi chức năng hô hấp cao hơn ở người khỏe mạnh. Ví dụ: - o FEV₁ tăng hơn 12% và 200mL (ở trẻ em, >12% giá trị dự đoán) sau khi hít thuốc giãn phế quản. Được gọi là “giãn phế quản hồi phục”. - o Trung bình hằng ngày PEF thay đổi* >10% (ở trẻ em, >13%) - o 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 chống viêm (ngoài các đợt nhiễm trùng hô hấp) • Sự thay đổi càng lớn, hoặc số lần thay đổi vượt mức được phát hiện càng nhiều thì việc chẩn đoán hen càng chắc chắn hơn. • Việc thăm dò nên được lặp lại trong khi xảy ra các triệu chứng, vào sáng sớm hay sau khi ngưng sử dụng các thuốc giãn phế quản. • Tính giãn phế quản hồi phục có thể không thấy trong cơn hen kịch phát nặng hay nhiễm siêu vi. Nếu tính giãn phế quản hồi phục không có ở thăm dò lần đầu, thì bước thăm dò tiếp theo phụ thuộc vào tính cấp bách lâm sàng và sự sẵn có của các thăm dò khác. • Các thăm dò khác để hỗ trợ chẩn đoán bao gồm thử nghiệm gây co thắt phế quản; xem Chương 1 của báo cáo GINA 2017.

**Được tính dựa trên kết quả được đọc 2 lần mỗi ngày (giá trị tốt nhất của 3 lần), và tính như sau: [PEF cao nhất trong ngày trừ đi PEF thấp nhất trong ngày] chia cho giá trị trung bình giữa PEF cao và thấp nhất trong ngày, và tính trung bình trong 1-2 tuần. Nếu sử dụng PEF ở nhà hay ở nơi làm việc, thì dùng cùng một dụng cụ đo PEF cho mỗi lần đo.*

Kiểm tra thể chất người bị hen thông thường là bình thường, nhưng dấu hiệu thường thấy nhất là thở khò khè khi nghe phổi, đặc biệt khi thở ra gắng sức.

CHẨN ĐOÁN HEN PHẾ QUẢN TRONG CÁC DÂN SỐ ĐẶC BIỆT

Bệnh nhân bị ho như là triệu chứng hô hấp duy nhất

Có thể do bởi hội chứng ho mãn tính đường hô hấp trên (“chảy dịch từ mũi sau”), viêm xoang mãn tính, trào ngược dạ dày thực quản (GERD), rối loạn chức năng dây thanh, viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan, hay hen dạng ho. Hen dạng ho đặc trưng bởi ho và tăng phản ứng tính đường dẫn khí và có bằng chứng về thay đổi chức năng hô hấp là cần thiết để chẩn đoán. Tuy nhiên, thiếu bằng chứng về sự thay đổi chức năng hô hấp tại thời điểm thăm dò không loại trừ bệnh hen. Các thăm dò chẩn đoán khác, xem Bảng 2 và Chương 1 của báo cáo GINA2017, hoặc đề nghị đưa bệnh nhân xin ý kiến chuyên gia.

Bệnh hen nghề nghiệp và hen nặng hơn khi làm việc

Bệnh nhân với hen khởi phát ở tuổi trưởng thành cần được hỏi về tình trạng phơi nhiễm nghề nghiệp và bệnh hen của họ có tốt hơn khi họ tránh xa công việc không. Điều quan trọng là xác định chẩn đoán một cách khách quan (thường cần tham khảo chuyên gia) và loại trừ phơi nhiễm càng sớm càng tốt.

Phụ nữ mang thai

Cần hỏi tất cả phụ nữ mang thai và dự định mang thai về bệnh hen và cho họ lời khuyên về tầm quan trọng của điều trị hen vì sức khỏe cả mẹ và bé.

Người già

Hen phế quản có thể không được chẩn đoán ở người già, do nhận thức kém, do định kiến rằng người già bình thường hay bị khó thở, thiếu tập thể dục, hay giảm hoạt động. Bệnh hen cũng có thể được chẩn đoán quá mức do ở người già bởi nhầm lẫn với khó thở do suy thất trái hay bệnh tim do thiếu máu cục bộ. Nếu có tiền sử hút thuốc lá hay phơi nhiễm nhiên liệu sinh khối, COPD hay chồng lấp hen - COPD nên được xem xét (xem bên dưới).

Người hút thuốc và người đã từng hút thuốc

Hen phế quản và COPD có thể cùng tồn tại hoặc chồng lấp (chồng lấp hen - COPD), đặc biệt ở những người hút thuốc lá và người già. Bệnh sử và kiểu hình các triệu chứng và các ghi nhận trong tiền căn có thể giúp phân biệt bệnh hen với giới hạn dòng khí cố định trong COPD. Khi không chắc chắn trong chẩn đoán nên nhanh chóng chuyển bệnh sớm, vì chồng lấp hen COPD mang lại hậu quả xấu hơn bệnh hen hoặc COPD riêng lẻ. Chồng lấp hen COPD không phải là một bệnh đơn lẻ, mà thường được gây ra bởi nhiều cơ chế khác nhau. Có ít minh chứng chất lượng tốt về phương pháp điều trị cho các bệnh nhân này, vì họ thường bị loại khỏi các thử nghiệm lâm sàng.

Xác định chẩn đoán hen ở bệnh nhân đang điều trị thuốc kiểm soát hen

Nhiều bệnh nhân (25-35%) được chẩn đoán hen phế quản ở tuyến cơ sở, thì việc chẩn đoán hen không thể khẳng định được. Nếu những bằng chứng cơ sở để chẩn đoán chưa được đề cập đến trước đây, việc xác định chẩn đoán với các thăm dò khách quan nên được thực hiện.

Nếu không đáp ứng các tiêu chí của hen phế quản (Bảng 2), thì xem xét thêm các thăm dò khác. Ví dụ, nếu chức năng hô hấp bình thường, lặp lại các thử nghiệm hồi phục sau khi đã ngưng thuốc trên 12 giờ. Nếu bệnh nhân có triệu chứng thường xuyên, xem xét tăng bậc điều trị kiểm soát và đo lại chức năng hô hấp sau 3 tháng. Nếu bệnh nhân có ít triệu chứng, xem xét giảm bậc điều trị kiểm soát, nhưng đảm bảo bệnh nhân có bảng kế hoạch hành động xử trí hen, theo dõi bệnh nhân thật cẩn thận và lặp lại thăm dò chức năng hô hấp.

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN

Tận dụng mọi cơ hội để đánh giá lại bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản, đặc biệt khi họ có triệu chứng hay sau một đợt kịch phát gần đây, cũng như khi họ yêu cầu kê toa thuốc. Ngoài ra, phải lập kế hoạch kiểm tra định kỳ tối thiểu mỗi năm một lần.

Bảng 3. Đánh giá bệnh nhân hen như thế nào

1. Kiểm soát hen - đánh giá cả việc kiểm soát triệu chứng và yếu tố nguy cơ
• Đánh giá việc kiểm soát triệu chứng trong vòng 4 tuần qua (Bảng 4, trang 9) • Xác định các yếu tố nguy cơ khác cho kết quả xấu (Bảng 4) • Đo chức năng hô hấp trước khi bắt đầu điều trị, 3-6 tháng sau và định kỳ, ví dụ ít nhất thực hiện hàng năm cho hầu hết bệnh nhân.
2. Vấn đề điều trị
• Ghi lại điều trị của bệnh nhân (Bảng 7, trang 14) và hỏi về các tác dụng phụ • Quan sát bệnh nhân sử dụng bình thuốc hít, kiểm tra kỹ thuật của họ (trang 18) • Thảo luận cởi mở và đồng cảm về tuân thủ điều trị (trang 18) • Kiểm tra bệnh nhân có bảng kế hoạch hành động cho hen (trang 22) • Hỏi người bệnh về quan điểm và mục tiêu của họ đối với bệnh hen
3. Có bệnh kèm theo không?
• Các bệnh bao gồm viêm mũi, viêm mũi xoang, trào ngược dạ dày thực quản (GERD), béo phì, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, trầm cảm và lo âu • Bệnh kèm theo nên cần được xác định vì chúng có thể góp phần làm tăng các triệu chứng hô hấp và làm giảm chất lượng cuộc sống. Điều trị các bệnh này có thể làm việc xử trí hen phức tạp hơn.

ĐÁNH GIÁ VIỆC KIỂM SOÁT HEN NHƯ THẾ NÀO

Kiểm soát hen nghĩa là mức độ ảnh hưởng của hen có thể quan sát thấy được trên bệnh nhân, hoặc giảm đi, hoặc mất đi do điều trị. Kiểm soát hen gồm có hai vấn đề: kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ làm kết quả bệnh xấu hơn trong tương lai. Bộ công cụ lượng giá ACT (Asthma Control Test) và ACQ (Asthma Control Questionnaire) chỉ đánh giá kiểm soát triệu chứng.

Kiểm soát triệu chứng xấu đi là gánh nặng đối với bệnh nhân và là nguy cơ cho cơn kịch phát.

Các yếu tố nguy cơ là các yếu tố làm tăng các nguy cơ trong tương lai của người bệnh dẫn đến các cơn kịch phát (bùng phát), sụt giảm chức năng hô hấp, hoặc tác dụng phụ của thuốc.

Bảng 4. Đánh giá việc kiểm soát triệu chứng và nguy cơ tương lai

A. Mức độ kiểm soát triệu chứng bệnh hen				
4 tuần qua, bệnh nhân có:		Kiểm soát tốt	Kiểm soát một phần	Không kiểm soát
Triệu chứng ban ngày hơn hai lần/tuần?	Có ☐ Không ☐	Không có	Có 1-2	Có 3-4
Bất kỳ đêm nào thức giấc do hen?	Có ☐ Không ☐			
Cần thuốc giảm triệu chứng >2 lần/tuần?	Có ☐ Không ☐			
Giới hạn bất kỳ hoạt động nào do hen?	Có ☐ Không ☐			
B. Các yếu tố nguy cơ làm bệnh hen xấu hơn				
Đánh giá các yếu tố nguy cơ ngay lúc chẩn đoán và định kỳ, ít nhất 1 – 2 năm / lần, đặc biệt đối với các bệnh nhân thường có cơn kịch phát.				
Đo FEV ₁ lúc bắt đầu điều trị, sau 3-6 tháng điều trị kiểm soát để ghi lại chức năng hô hấp tốt nhất, sau đó định kỳ để liên tục đánh giá nguy cơ.				
Các yếu tố nguy cơ độc lập của đợt kịch phát có thể thay đổi được gồm: • Các triệu chứng hen không kiểm soát (như trên) • ICS không được chỉ định; kém tuân thủ ICS; kỹ thuật hít không đúng • Sử dụng SABA nhiều (tỷ lệ tử vong tăng nếu > 1x200 liều-lọ/tháng) • FEV₁ thấp, đặc biệt nếu <60% dự đoán • Có các vấn đề nghiêm trọng về tâm lý hay kinh tế - xã hội • Phơi nhiễm: thuốc lá; tiếp xúc với chất gây dị ứng nếu nhạy cảm • Bệnh đi kèm: béo phì; viêm mũi xoang; dị ứng thức ăn đã xác định • Tăng bạch cầu ái toan trong đàm và máu, FENO tăng ở người trưởng thành bị dị ứng. • Mang thai Yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng khác của cơn kịch phát gồm: • Đã được đặt nội khí quản hoặc hồi sức tích cực vì hen • Có 1 hoặc nhiều đợt kịch phát nặng trong 12 tháng qua				Có một hoặc nhiều các yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ cơn kịch phát ngay cả khi các triệu chứng được kiểm soát tốt.
Yếu tố nguy cơ hình thành giới hạn dòng khí cố định bao gồm thiếu điều trị bằng ICS; tiếp xúc với khói thuốc lá, hóa chất độc hại, phơi nhiễm nghề nghiệp; FEV ₁ thấp; tăng tiết nhầy mãn tính; tăng bạch cầu ái toan trong đàm hoặc trong máu				
Yếu tố nguy cơ do tác dụng phụ của thuốc gồm: • Toàn thân: thường xuyên dùng corticoid uống (OCS); ICS liều cao và/hoặc mạnh trong một thời gian dài; dùng kèm thuốc ức chế P450 • Tại chỗ: ICS liều cao và/hoặc mạnh; kỹ thuật hít kém				

Vai trò của chức năng hô hấp trong giám sát hen phế quản như thế nào?

Một khi đã chẩn đoán hen, chức năng hô hấp rất hữu ích như một chỉ số quan trọng để xác định các nguy cơ tương lai. Các chỉ số này cần được ghi lại lúc chẩn đoán, sau 3-6 tháng điều trị và định kỳ sau đó. Hầu hết các bệnh nhân nên đo chức năng hô hấp ít nhất 1 – 2 năm/lần. Trẻ em và những người có nguy cơ kịch phát cao hoặc suy giảm chức năng hô hấp cần phải thực hiện thường xuyên hơn. Những bệnh nhân có ít hoặc nhiều triệu chứng liên quan đến chức năng hô hấp cần phải được thăm dò thêm.

Đánh giá mức độ nặng của hen thế nào?

Mức độ nặng của hen có thể được đánh giá hồi cứu dựa vào các mức độ điều trị (trang 14) cần thiết để kiểm soát các triệu chứng và cơn kịch phát. Hen phế quản nhẹ là bệnh hen có thể được kiểm soát với Bậc điều trị 1 hoặc 2. Hen nặng là bệnh hen cần điều trị theo Bậc 4 hoặc 5 để duy trì việc kiểm soát các triệu chứng. Có thể có biểu hiện tương tự như hen không kiểm soát do không được điều trị.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ ĐÁNH GIÁ HEN KHÔNG KIỂM SOÁT

Hầu hết bệnh nhân đạt kiểm soát hen tốt nhờ điều trị kiểm soát định kỳ, nhưng một số bệnh nhân thì không và các thăm dò khác cần được thực hiện.

Bảng 5. Làm thế nào để điều tra hen không kiểm soát ở tuyến cơ sở

Quan sát bệnh nhân sử dụng ống hít. Trao đổi về tuân thủ điều trị và những khó khăn khi sử dụng	So sánh kỹ thuật hít với bảng kiểm cụ thể dụng cụ hít và sửa các lỗi sai; kiểm tra lại thường xuyên. Phải thảo luận 1 cách đồng cảm với bệnh nhân về những khó khăn để tuân thủ điều trị.
Xác định chẩn đoán hen	Nếu chức năng hô hấp bình thường khi đang có triệu chứng, xem xét giảm nửa liều ICS và kiểm tra lại chức năng hô hấp sau 2-3 tuần.
Loại bỏ các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn. Đánh giá và xử trí các bệnh đi kèm	Kiểm tra các yếu tố nguy cơ hay nguyên nhân như hút thuốc, thuốc chẹn beta, chống viêm không steroid (NSAID), tiếp xúc chất gây dị ứng. Kiểm tra bệnh đi kèm như viêm mũi, béo phì, trào ngược dạ dày-thực quản (GERD), trầm cảm/lo lắng
Xem xét điều trị tăng bậc	Xem xét tăng bậc điều trị cho mức điều trị kế tiếp. Sử dụng việc chia sẻ quyết định và cân nhắc các lợi ích và nguy cơ tiềm ẩn
Tham khảo ý kiến chuyên gia hay các trung tâm chuyên về hen nặng	Nếu bệnh hen vẫn không được kiểm soát sau 3-6 tháng điều trị theo Bậc 4, tham khảo ý kiến chuyên gia. Tham khảo sớm hơn nếu các triệu chứng hen nặng hay nghi ngờ về việc chẩn đoán

Sơ đồ này trình bày các vấn đề thông thường trước nhất, nhưng các bước có thể thực hiện theo một trật tự khác nhau, phụ thuộc vào các nguồn lực và hoàn cảnh lâm sàng.

XỬ TRÍ HEN PHẾ QUẢN

CÁC NGUYÊN TẮC CHÍNH

Các mục tiêu dài hạn trong xử trí hen là kiểm soát **triệu chứng** và giảm **nguy cơ**. Mục tiêu là giảm gánh nặng cho bệnh nhân và giảm các nguy cơ cho cơn kịch phát, tổn thương đường dẫn khí và các tác dụng phụ của thuốc. Các mục tiêu của bệnh nhân liên quan đến bệnh hen và cách điều trị cũng nên được xác định.

Các khuyến cáo ở mức độ quần thể về các phương pháp điều trị bệnh hen “ưa chuộng” tiêu biểu cho điều trị tốt nhất cho hầu hết các bệnh nhân trong dân số.

Các quyết định điều trị ở mức độ bệnh nhân nên tính đến bất kì các đặc điểm cá thể hay kiểu hình giúp dự đoán đáp ứng của người bệnh với điều trị, cùng với sở thích và các vấn đề thực tế của bệnh nhân như kỹ thuật hít thuốc, sự tuân thủ điều trị và chi phí.

Một sự cộng tác giữa bệnh nhân và nguồn cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là quan trọng trong xử trí bệnh hen hiệu quả. Việc huấn luyện nhân viên y tế về **kỹ năng giao tiếp** có thể sẽ tăng sự hài lòng của bệnh nhân, cho kết quả sức khỏe tốt hơn và giảm được việc sử dụng nguồn lực chăm sóc y tế.

Hiểu biết về sức khỏe – đó là khả năng bệnh nhân đạt được, thực hiện và hiểu được những thông tin sức khỏe cơ bản để đưa ra các quyết định về sức khỏe phù hợp – nên được đưa vào trong giáo dục và quản lý bệnh hen.

ĐIỀU TRỊ ĐỂ KIỂM SOÁT CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ GIẢM THIỂU CÁC NGUY CƠ

Điều trị hen để kiểm soát triệu chứng và giảm thiểu nguy cơ bao gồm:

- Thuốc. Mỗi bệnh nhân hen nên có một loại thuốc cắt cơn và hầu hết người lớn và thanh thiếu niên bị hen cần có một loại thuốc kiểm soát hen
- Xử trí các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được
- Các chiến lược và liệu pháp không dùng thuốc

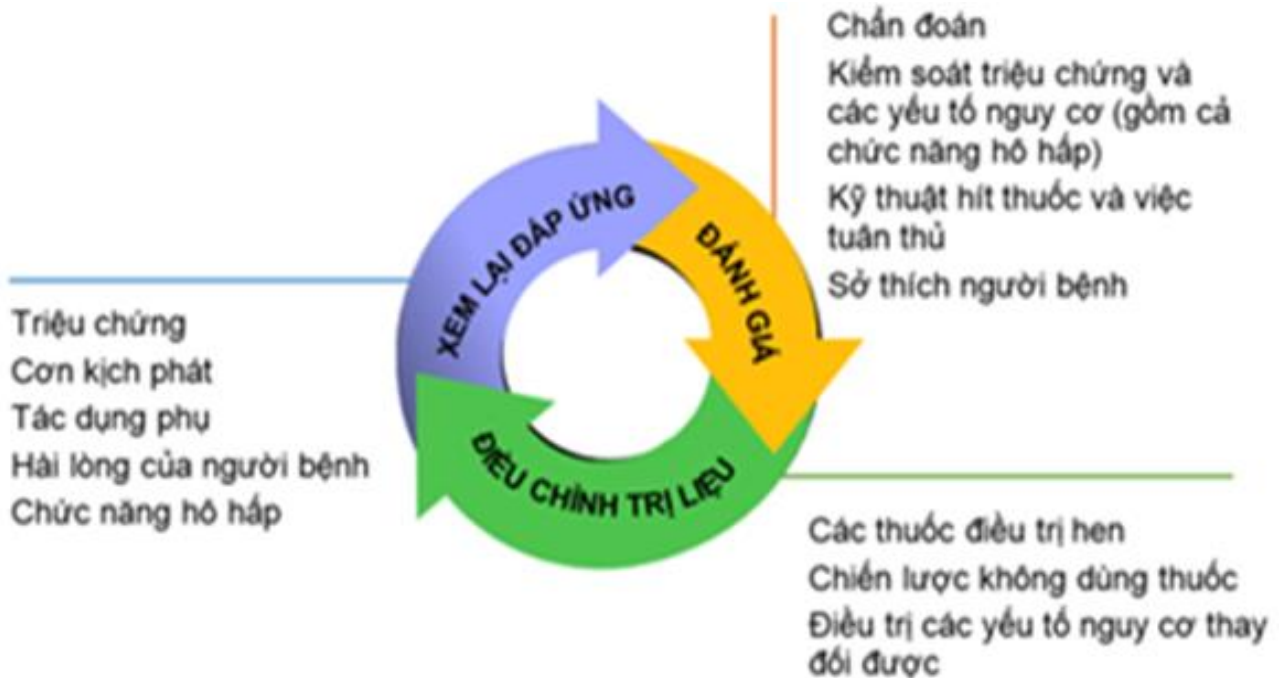
Quan trọng là mỗi bệnh nhân cũng nên được đào tạo những kỹ năng cần thiết và được hướng dẫn tự xử trí bệnh hen, bao gồm:

- Thông tin về bệnh hen
- Các kỹ năng sử dụng thuốc hít (trang 18)
- Sự tuân thủ điều trị (trang 18)
- Lập kế hoạch hành động cho hen (trang 22)
- Tự giám sát
- Khám sức khỏe đều đặn (trang 8).

XỬ TRÍ BỆNH HEN DỰA TRÊN SỰ KIỂM SOÁT

Điều trị hen được điều chỉnh theo một chu trình liên tục để **đánh giá, điều chỉnh** việc điều trị và **xem lại sự đáp ứng**. Các thành tố chính của chu trình này được trình bày ở Bảng 6.

Bảng 6. Chu trình xử trí hen dựa trên sự kiểm soát



ĐIỀU TRỊ THUỐC KIỂM SOÁT BAN ĐẦU

Để việc điều trị đạt hiệu quả nhất, điều trị thuốc kiểm soát đều đặn hàng ngày nên bắt đầu sớm nhất có thể ngay sau khi hen phế quản được chẩn đoán vì:

- Điều trị sớm với ICS liều thấp giúp cải thiện chức năng hô hấp tốt hơn nếu triệu chứng hen đã kéo dài hơn 2-4 năm
- Bệnh nhân không dùng ICS và có cơn kịch phát nặng có chức năng hô hấp về lâu dài kém hơn bệnh nhân đã bắt đầu sử dụng ICS
- Đối với bệnh hen do nghề nghiệp, loại bỏ ngay việc phơi nhiễm và điều trị sớm làm tăng khả năng hồi phục

Định kỳ sử dụng ICS liều thấp được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân chẩn đoán hen và có bất kỳ vấn đề sau:

- Triệu chứng hen hơn 2 lần trong tháng
- Thức giấc do hen hơn 1 lần trong tháng
- Bất kỳ triệu chứng hen nào kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ cho đợt kịch phát (như là cần sử dụng corticoid uống cho bệnh hen trong 12 tháng qua; FEV₁ thấp; đã phải nằm hồi sức do hen)

Xem xét việc bắt đầu từ một bậc cao hơn (ví dụ ICS liều trung bình/cao, hoặc ICS/LABA) nếu bệnh nhân có các triệu chứng hen khó dứt trong nhiều ngày; hoặc bị thức thức giấc do hen một lần hoặc hơn một lần trong tuần, đặc biệt là nếu có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào của cơn kịch phát. Giảm bậc điều trị sau khi hen đã được kiểm soát tốt trong 3 tháng.

Nếu biểu hiện hen ban đầu là hen nặng không kiểm soát, hoặc với đợt kịch phát thì điều trị ngắn hạn với corticoid uống (OCS) và bắt đầu điều trị kiểm soát đều đặn (như là ICS liều cao, hoặc ICS/LABA liều trung bình).

Phân định liều thấp, trung bình và cao của các thuốc ICS khác nhau được trình bày ở Bảng 8 (trang 14).

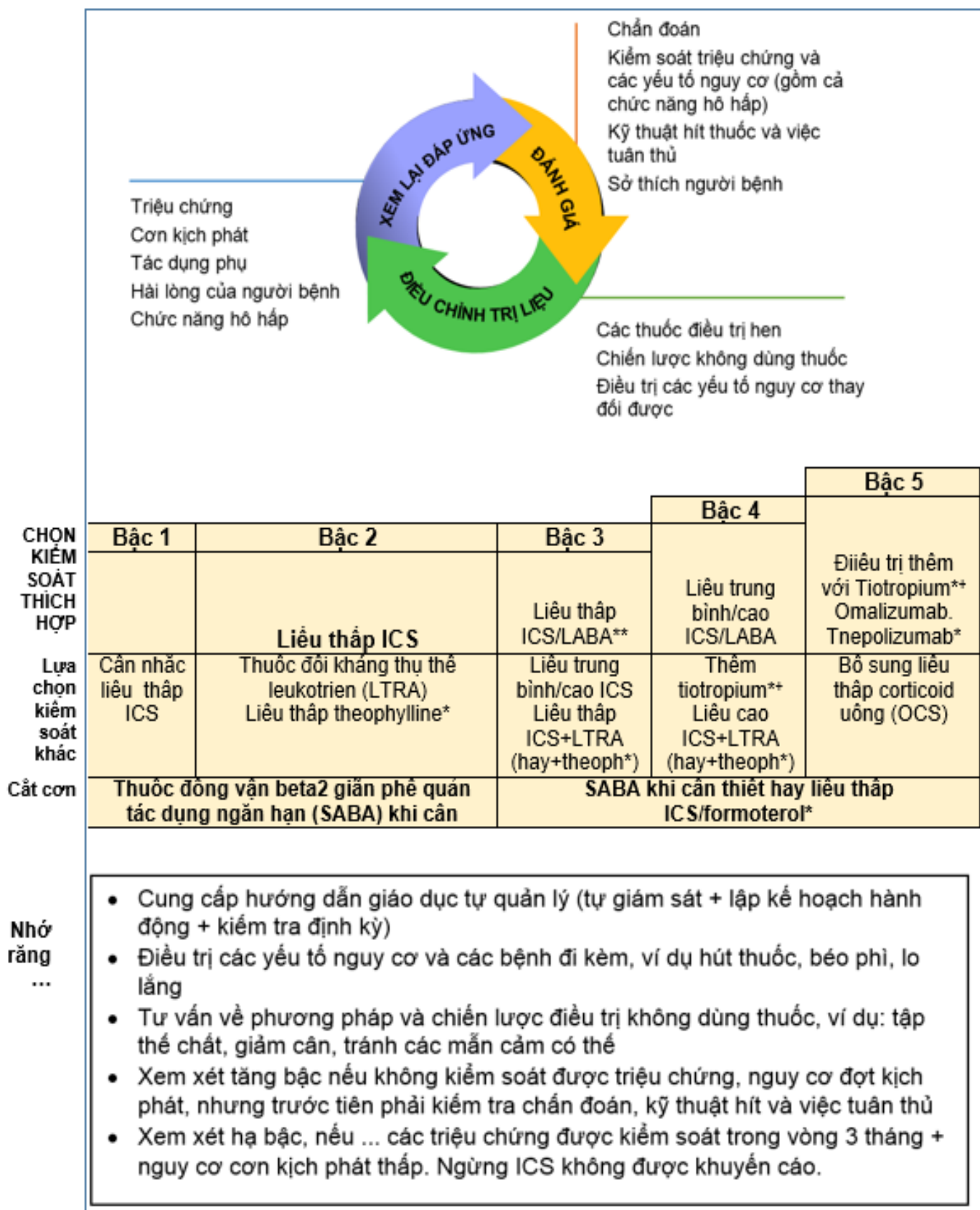
Trước khi bắt đầu điều trị kiểm soát ban đầu

- Ghi lại bằng chứng cho việc chẩn đoán hen, nếu có thể
- Ghi nhận việc kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ
- Đánh giá chức năng hô hấp, khi có thể
- Tập cho bệnh nhân sử dụng ống thuốc hít đúng cách và kiểm tra kỹ thuật sử dụng của người bệnh
- Lên lịch khám theo dõi

Sau khi bắt đầu điều trị kiểm soát ban đầu

- Xem lại đáp ứng sau 2-3 tháng, hoặc theo mức độ cấp thiết về lâm sàng
- Xem Bảng 7 cho việc điều trị liên tục và các vấn đề xử lý quan trọng khác
- Xem xét hạ bậc khi hen đã được kiểm soát tốt trong 3 tháng.

Bảng 7. Tiếp cận từng bậc trong điều trị hen



*Không cho trẻ em <12 tuổi. **Trẻ từ 6-11 tuổi, Bạc 3 nên là ICS liều trung bình. # ICS/formoterol liều thấp là thuốc cắt cơn cho bệnh nhân được chỉ định liều thấp budesonide/formoterol hoặc beclometasone/formoterol để duy trì hay cắt cơn. *Tiotropium dùng ống xịt phun sương là một chọn lựa điều trị thêm vào cho bệnh nhân có tiền sử cơn kịch phát *.

Đối với chú giải thuốc, xem trang 26. Để biết chi tiết về các khuyến cáo điều trị, các bằng chứng hỗ trợ và tư vấn lâm sàng về việc thực hiện trên các đối tượng khác nhau xem cụ thể trong báo cáo toàn văn GINA 2017 (www.ginasthma.org).

Bảng 8. Liều corticosteroid hít dùng hàng ngày thấp, trung bình và cao (mcg)

Corticosteroid dạng hít	Người lớn và thiếu niên			Trẻ 6-11 tuổi		
	Thấp	Trung	Cao	Thấp	Trung	Cao
Beclometasone dipropionate (CFC)*	200–500	>500–1000	>1000	100–200	>200–400	>400
Beclometasone dipropionate (HFA)	100–200	>200–400	>400	50-100	>100-200	>200
Budesonide (DPI)	200–400	>400–800	>800	100–200	>200–400	>400
Budesonide (nebulas)				250–500	>500–1000	>1000
Ciclesonide (HFA)	80–160	>160–320	>320	80	>80-160	>160
Fluticasone furoate (DPI)	100	n.a.	200	n.a.	n.a.	n.a.
Fluticasone propionate(DPI)	100–250	>250–500	>500	100–200	>200–400	>400
Fluticasone propionate (HFA)	100–250	>250–500	>500	100–200	>200–500	>500
Mometasone furoate	110–220	>220–440	>440	110	≥220–<440	≥440
Triamcinolone acetonide	400–1000	>1000–2000	>2000	400–800	>800–1200	>1200

CFC: khí đẩy chlorofluorocarbon; DPI: bột khô hít; HFA: khí đẩy hydrofluoroalkane. *Để so sánh với tài liệu cũ.

TIẾP CẬN TỪNG BẬC ĐỂ ĐIỀU CHỈNH ĐIỀU TRỊ

Khi quá trình điều trị hen bắt đầu, các quyết định tiếp theo được đưa ra dựa trên một chu trình (trang 12) để đánh giá, điều chỉnh điều trị và xem lại đáp ứng của bệnh nhân. Các cách điều trị thích hợp ở mỗi bước được tóm tắt bên dưới và ở Bảng 7 (trang 14); chi tiết xem trong báo cáo đầy đủ GINA 2017. Xem Bảng 8 (trang 14) cho phân loại liều ICS.

BÁC 1: SABA khi cần thiết, không có thuốc kiểm soát. Được chỉ định nếu ít khi có triệu chứng, không thức dậy vào ban đêm do hen, không có đợt kịch phát trong năm trước và FEV₁ bình thường.

Các chọn lựa khác: dùng đều đặn ICS liều thấp cho bệnh nhân có nguy cơ cơn kịch phát.

BÁC 2: ICS liều thấp phối hợp thêm SABA khi cần thiết

Các chọn lựa khác: Kháng thụ thể leucotrien (LTRA) ít hiệu quả hơn ICS; ICS/LABA cải thiện triệu chứng và FEV₁ nhanh hơn ICS đơn thuần nhưng chi phí đắt hơn và tỷ lệ đợt kịch phát đều giống nhau. Đối với bệnh hen dị ứng thuần túy theo mùa, bắt đầu ICS ngay lập tức và ngưng 4 tuần sau khi hết tiếp xúc.

BÁC 3: ICS/LABA liều thấp cho điều trị duy trì phối hợp với SABA khi cần, hoặc là duy trì ICS/formoterol và thuốc điều trị cắt cơn

Đối với các bệnh nhân có cơn kịch phát ≥ 1 lần trong năm trước thì liều thấp BUD/formoterol hoặc BUD/formoterol duy trì và chiến lược giảm cơn thì hiệu quả hơn duy trì ICS/LABA với dùng SABA khi cần thiết.

Các chọn lựa khác: ICS liều trung bình, dành cho bệnh nhân người lớn viêm mũi, dị ứng bụi trong nhà (HDM) với cơn kịch phát mặc dù đã sử dụng ICS, xem xét sử dụng bổ sung liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi (SLIT), với giá trị FEV₁ > 70% tiên đoán.

Trẻ em (6-11 tuổi): ICS liều trung bình. Chọn lựa khác: ICS/LABA liều thấp.

BÁC 4: Duy trì ICS/formoterol liều thấp và điều trị cắt cơn, hoặc duy trì ICS/LABA liều trung bình và SABA khi cần thiết

Các lựa chọn khác: Thêm tiotropium dạng phun sương cho các bệnh nhân ≥ 12 tuổi với tiền căn đợt kịch phát; ICS/LABA liều cao, nhưng tác dụng phụ nhiều hơn và chỉ có thêm một lợi ích nhỏ thêm vào, thêm thuốc kiểm soát khác như kháng thụ thể leucotrien (LTRA) hoặc theophylline phóng thích chậm (cho người lớn), dành cho bệnh nhân người lớn viêm mũi, dị ứng bụi trong nhà (HDM) với cơn kịch phát mặc dù đã sử dụng ICS, xem xét sử dụng bổ sung liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi (SLIT), cung cấp thêm FEV₁ > 70% dự đoán.

Trẻ em (6-11 tuổi): tham khảo ý kiến và đánh giá của chuyên gia.

BÁC 5: Tham khảo đánh giá của chuyên gia và điều trị bổ sung

Điều trị bổ sung bao gồm tiotropium dạng phun sương cho các bệnh nhân có tiền sử cơn kịch phát (≥ 12 tuổi), kháng-IgE (omalizumab) cho hen dị ứng nặng ≥ 6 năm, kháng IL-5 (SC mepolizumab hoặc IV reslizumab) cho hen nặng tăng bạch cầu ái toan (≥ 12 tuổi). Điều trị theo chỉ dẫn của đàm nếu có thể nhằm cải thiện kết quả.

Các chọn lựa khác: một số bệnh nhân có thể hiệu quả với liều thấp corticoid uống (OCS) nhưng có tác dụng phụ toàn thân thường xuyên xảy ra khi dùng lâu dài.

XEM XÉT LẠI ĐÁP ỨNG VÀ ĐIỀU CHỈNH ĐIỀU TRỊ

Bao lâu thì bệnh nhân hen được tái khám?

Các bệnh nhân tốt nhất nên được tái khám trong 1-3 tháng sau khi bắt đầu điều trị và mỗi 3-12 tháng sau đó, ngoại trừ trường hợp thai nghén nên được xem lại sau mỗi 4-6 tuần. Sau mỗi đợt kịch phát, cần phải có kế hoạch tái khám trong vòng 1 tuần. Tần suất tái khám phụ thuộc vào mức độ kiểm soát hen ban đầu của bệnh nhân, đáp ứng của người bệnh với điều trị trước đó và khả năng cũng như thiện chí của họ tham gia vào việc tự quản lý kèm với kế hoạch hành động.

Tăng bậc điều trị hen

Bệnh hen là một bệnh có nhiều thay đổi, nên việc điều chỉnh thuốc điều trị kiểm soát định kỳ bởi bác sĩ lâm sàng và/hoặc bệnh nhân là cần thiết.

- *Duy trì tăng bậc (ít nhất 2-3 tháng)*: nếu các triệu chứng và/hoặc cơn kịch phát vẫn còn mặc dù điều trị kiểm soát trong 2-3 tháng, đánh giá các vấn đề chung sau đây trước khi xem xét tăng bậc kế tiếp:
 - Kỹ thuật hít không đúng
 - Tuân thủ kém
 - Các yếu tố nguy cơ điều chỉnh được, ví dụ: hút thuốc
 - Các triệu chứng do các bệnh kèm theo, ví dụ: viêm mũi dị ứng
- *Tăng bậc ngắn hạn (1-2 tuần)* bởi bác sĩ hoặc bệnh nhân với một bảng kế hoạch hành động hen (trang 22); ví dụ: trong đợt nhiễm siêu vi hoặc tiếp xúc với chất gây dị ứng.
- *Điều chỉnh hàng ngày bởi người bệnh* cho bệnh nhân được chỉ định liều thấp beclometasone/formoterol hoặc duy trì bằng budesonide/formoterol và điều trị cắt cơn.

Giảm bậc điều trị khi hen được kiểm soát tốt

Xem xét giảm bậc điều trị khi kiểm soát tốt hen đã đạt được và duy trì trong 3 tháng, nhằm đạt điều trị tối thiểu mà vẫn kiểm soát được cả triệu chứng và cơn kịch phát và giảm thiểu tác dụng phụ.

- Chọn thời gian thích hợp để giảm bậc điều trị (không có nhiễm trùng hô hấp, bệnh nhân không đi du lịch, không mang thai)
- Ghi nhận tình trạng cơ bản (kiểm soát triệu chứng và chức năng hô hấp), cung cấp một kế hoạch hành động bệnh hen, giám sát chặt chẽ, và đăng ký đợt tái khám tiếp theo
- Giảm bậc thông qua các phương thức có sẵn để giảm liều ICS từ 25-50% cách mỗi 2-3 tháng (xem báo cáo đầy đủ GINA 2017 cho các chi tiết làm thế nào giảm bậc điều trị kiểm soát khác nhau)
- Không ngưng hoàn toàn ICS (ở người lớn hay thiếu niên đã được chẩn đoán hen) trừ khi cần được yêu cầu tạm thời để xác định chẩn đoán hen. Đảm bảo việc sắp xếp đợt tái khám tiếp theo.

KỸ NĂNG DÙNG THUỐC HÍT VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Huấn luyện kỹ năng để sử dụng hiệu quả các dụng cụ hít

Đa số bệnh nhân (80%) không thể sử dụng ống thuốc hít đúng cách. Điều này góp phần làm kiểm soát triệu chứng kém và tăng số đợt kịch phát. Để đảm bảo sử dụng thuốc hít hiệu quả:

- **Chọn lựa** dụng cụ thích hợp nhất cho bệnh nhân trước khi kê toa: cân nhắc loại thuốc sử dụng, các vấn đề thể chất như là viêm khớp, các kỹ năng của bệnh nhân, và chi phí; đối với ICS dạng xịt định liều cần phải kê toa buồng đệm kèm.
- **Kiểm tra** kỹ thuật hít mỗi khi có cơ hội. Yêu cầu bệnh nhân thực hiện cách họ sử dụng ống hít. Kiểm tra kỹ thuật của họ dựa vào bảng kiểm chuyên biệt của dụng cụ.
- **Sửa lỗi** bằng cách minh họa kỹ thuật, chú ý các bước không đúng. Kiểm tra lại kỹ thuật hít lần nữa, kiểm tra lại 2-3 lần nếu cần thiết.
- **Khẳng định** rằng bạn có bảng kiểm tra mỗi loại ống hít khi bạn kê toa và bạn có thể minh họa kỹ thuật chính xác trên các dụng cụ này.

Thông tin về các dụng cụ hít và các kỹ thuật sử dụng có thể được tìm thấy trên trang web GINA (www.ginasthma.org) và trang web ADMIT (www.admit-inhalers.org).

Kiểm tra và cải thiện việc tuân thủ các thuốc điều trị hen

Khoảng 50% người lớn và trẻ em không dùng thuốc kiểm soát hen được kê toa. Tuân thủ kém góp phần kiểm soát triệu chứng kém và cơn kịch phát. Điều này có thể do không chú ý (như do tính hay quên, do chi phí, do hiểu nhầm) và/hoặc do chủ quan (như là không nhận thấy sự cần thiết điều trị, sợ các tác dụng phụ, các vấn đề văn hóa, chi phí).

Xác định bệnh nhân với các vấn đề tuân thủ điều trị:

- Hỏi một cách đồng cảm, ví dụ: “Hầu hết các bệnh nhân không hít thuốc như kê theo toa. Trong 4 tuần qua, mấy ngày trong tuần bạn đã hít thuốc? 0 ngày nào trong tuần, 1 hoặc 2 ngày [vâng vâng...]?”, hoặc “Bạn thấy dùng thuốc hít vào buổi sáng hay buổi tối dễ nhớ hơn?”
- Kiểm tra việc sử dụng thuốc, từ ngày kê toa, đếm số ngày hít /số liều, các ghi nhận khác
- Hỏi thăm xem quan điểm và lòng tin của bệnh nhân về bệnh hen và thuốc men

Chỉ một số ít can thiệp vào việc tuân thủ điều trị được nghiên cứu kỹ trong hen cải thiện sự tuân thủ trong các nghiên cứu hiện thực trên thế giới.

- Chia sẻ việc ra quyết định chọn lựa liều lượng và loại thuốc
- Dụng cụ hít nhắc nhở các liều thuốc đã bỏ lỡ
- Giáo dục toàn diện về hen trong các lần thăm khám tại nhà thực hiện bởi điều dưỡng chuyên về hen
- Bác sĩ lâm sàng xem xét phản hồi ghi nhận lại trong hồ sơ của bệnh nhân
- Một chương trình nhận giọng nói tự động với tin nhắn điện thoại kích hoạt khi đến hạn hoặc quá hạn nạp lại thuốc.

XỬ TRÍ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CÓ THỂ ĐIỀU CHỈNH ĐƯỢC

Nguy cơ đợt kịch phát có thể được giảm thiểu bằng cách tối ưu hóa thuốc điều trị hen và bằng cách xác định và điều trị các yếu tố nguy cơ điều chỉnh được. Một số ví dụ về các nguy cơ điều chỉnh được với các chứng cứ xác đáng có giá trị cao là:

- **Hướng dẫn tự xử trí:** tự giám sát triệu chứng và/hoặc lưu lượng đỉnh (PEF), lập kế hoạch hành động hen bằng văn bản (trang 22), thăm khám định kỳ
- **Sử dụng phương thức điều trị giúp giảm thiểu những đợt kịch phát:** chỉ định thuốc kiểm soát hen có chứa ICS. Đối với những bệnh nhân có 1 hoặc nhiều đợt kịch phát trong năm qua, xem xét duy trì ICS/formoterol liều thấp và dùng thuốc cắt cơn
- **Tránh tiếp xúc với khói thuốc lá**
- **Xác định dị ứng thức ăn:** tránh các thức ăn xác định gây dị ứng; đảm bảo luôn sẵn có thuốc tiêm epinephrine khi sốc phản vệ
- **Đối với bệnh nhân hen nặng:** gửi đến trung tâm chuyên khoa, nếu có thể, để xem xét thêm bổ sung thuốc và/hoặc việc điều trị được hướng dẫn bởi phân tích đàm.

CHIẾN LƯỢC KHÔNG DÙNG THUỐC VÀ BIỆN PHÁP CAN THIỆP

Ngoài thuốc, những phương pháp điều trị và chiến lược khác có thể được xem xét nếu xác đáng, giúp hỗ trợ kiểm soát triệu chứng và giảm thiểu nguy cơ. Một số ví dụ về các bằng chứng xác đáng giá trị cao là:

- **Tư vấn cai thuốc lá:** mỗi lần khám bệnh, khuyến khích mạnh mẽ những người hút thuốc bỏ thuốc lá. Cung cấp tiếp cận tư vấn và các nguồn lực. Khuyến các bậc cha mẹ và người chăm sóc loại bỏ việc hút thuốc trong phòng/xe ô tô sử dụng cho trẻ bị hen
- **Hoạt động thể chất:** khuyến khích những người có bệnh hen tham gia vào các hoạt động thể chất thường xuyên vì lợi ích sức khỏe chung. Tư vấn về xử trí cơ thất phế quản do tập luyện.
- **Hen nghề nghiệp:** hỏi tất cả các bệnh nhân bị hen khởi phát ở tuổi trưởng thành về bệnh sử công việc. Xác định và loại bỏ các yếu tố nhạy cảm nghề nghiệp càng sớm càng tốt. Gửi bệnh nhân đến chuyên gia tư vấn, nếu có thể.
- **Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) bao gồm aspirin:** luôn luôn phải hỏi về bệnh hen trước khi kê toa.

Mặc dù dị ứng nguyên có thể góp phần vào triệu chứng hen ở những bệnh nhân nhạy cảm, tránh dị ứng nguyên không được khuyến cáo như là một chiến lược chung của bệnh hen. Vì những chiến lược này thường rất phức tạp và đắt tiền và không có phương pháp giá trị để xác định những bệnh nhân nào có khả năng được hưởng lợi.

Một số yếu tố khởi phát triệu chứng hen phổ biến (như tập thể dục, cười lớn) không nên tránh, và những yếu tố khác (ví dụ nhiễm siêu vi đường hô hấp, stress) là khó tránh khỏi và cần được xử trí khi xảy ra.

ĐIỀU TRỊ CHO DÂN SỐ HOẶC TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

Phụ nữ có thai: kiểm soát hen thường thay đổi trong suốt thai kỳ. Đối với cả mẹ và bé, lợi ích khi bệnh hen được điều trị tích cực sẽ vượt trội so với nguy cơ tiềm tàng của các thuốc kiểm soát hen thường dùng và thuốc cắt cơn. Điều chỉnh hạ liều có ưu tiên thấp trong thai kỳ. Con kích phát cần được điều trị tích cực.

Viêm mũi và viêm xoang thường cùng tồn tại với hen. Viêm mũi xoang mãn tính thường kèm hen nặng hơn. Điều trị viêm mũi dị ứng hoặc viêm xoang mũi mãn tính giúp giảm triệu chứng ở khoang mũi nhưng không cải thiện kiểm soát hen.

Béo phì: để tránh điều trị quá mức hoặc dưới mức, điều quan trọng là cần phải đề cập đến chẩn đoán hen ở người béo phì. Hen khó kiểm soát hơn ở người béo phì. Giảm cân nên được đưa vào kế hoạch điều trị cho bệnh nhân béo phì bị hen; thậm chí giảm cân 5-10% có thể cải thiện kiểm soát hen.

Người lớn tuổi: bệnh đi kèm và điều trị cần được xem xét và làm xử trí hen có thể trở nên phức tạp hơn. Các yếu tố như viêm khớp, thị lực, lưu lượng hít vào và sự phức tạp của các phương thức điều trị nên được xem xét khi lựa chọn thuốc và các dạng thuốc dạng hít.

Trào ngược dạ dày thực quản (GERD) thường gặp trong hen. Triệu chứng trào ngược dạ dày cần được điều trị vì lợi ích sức khỏe chung, nhưng không có lợi ích khi điều trị trào ngược không triệu chứng trong hen.

Lo lắng và trầm cảm: thường thấy ở những người bị hen và làm các triệu chứng và chất lượng cuộc sống xấu hơn. Bệnh nhân cần được hỗ trợ để phân biệt giữa các triệu chứng lo âu với triệu chứng hen phế quản.

Bệnh hô hấp kích phát do aspirin (AERD): tiền sử cơn kích phát sau khi uống aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) rất gợi ý. Bệnh nhân thường có hen nặng và polyp mũi. Khẳng định chẩn đoán AERD đòi hỏi phải được thực hiện ở các trung tâm chuyên ngành có các thiết bị hồi sức tim phổi, nhưng tránh dùng NSAID có thể khuyến cáo dựa trên tiền sử bệnh rõ ràng. ICS là điều trị chính yếu, nhưng corticoid uống (OCS) có thể cần thiết; LTRA cũng có thể hữu ích. Giải mẫn cảm dưới sự chăm sóc đặc biệt đôi khi hiệu quả.

Dị ứng thức ăn và sốc phản vệ: dị ứng thức ăn rất hiếm khi làm khởi phát các triệu chứng hen. Cần phải được đánh giá bằng các thăm dò chuyên khoa. Xác định dị ứng thức ăn là một yếu tố nguy cơ tử vong liên quan đến hen. Kiểm soát tốt hen là điều cần thiết; bệnh nhân cũng cần phải có một kế hoạch tránh sốc phản vệ và cần được hướng dẫn các chiến lược phòng tránh thích hợp và sử dụng epinephrine tiêm.

Phẫu thuật: bất cứ lúc nào có thể, việc kiểm soát tốt hen cần thực hiện trước khi phẫu thuật. Đảm bảo rằng việc điều trị kiểm soát hen được duy trì trong suốt thời gian phẫu thuật. Bệnh nhân dùng ICS liều cao dài ngày, hoặc dùng corticoid uống (OCS) hơn 2 tuần trong 6 tháng qua, nên thêm hydrocortisone trong lúc mổ để giảm nguy cơ cơn suy vỏ thượng thận cấp.

CƠN HEN KỊCH PHÁT (BÙNG PHÁT)

Cơn hen kịch phát hay bùng phát là đợt cấp hoặc bán cấp xấu đi của triệu chứng và chức năng hô hấp so với tình trạng bình thường của bệnh nhân; đôi khi đây có thể là biểu hiện đầu tiên của hen.

Trong các cuộc trao đổi với bệnh nhân, từ “kịch phát” thường dùng hơn. Các từ “đợt cấp”, “tấn công” và “hen cấp tính nặng” cũng thường dùng, nhưng những từ này có nghĩa khác nhau, đặc biệt đối với bệnh nhân.

Xử trí hen xấu đi hay cơn kịch phát nên được xem xét liên tục, từ việc bệnh nhân tự xử trí theo kế hoạch hành động hen, cho đến việc xử trí triệu chứng nặng ở tuyến cơ sở, phòng cấp cứu và tại bệnh viện.

Xác định các bệnh nhân có nguy cơ tử vong do hen

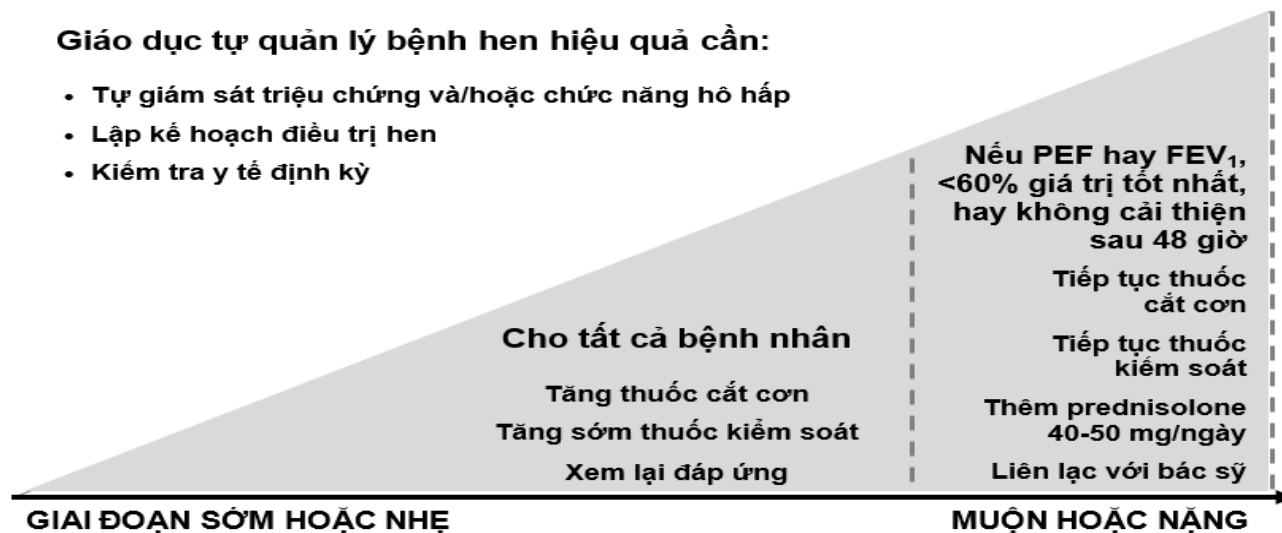
Những bệnh nhân này cần được xác định và lưu ý để thường xuyên khám kiểm tra hơn:

- Có tiền căn gần như tử vong phải đặt nội khí quản và thở máy
- Nằm viện hoặc phải cấp cứu vì hen trong 12 tháng qua
- Hiện không sử dụng ICS, hoặc không tuân thủ điều trị với ICS
- Hiện đang sử dụng hoặc mới ngừng sử dụng corticoid uống (điều này cho thấy mức độ nghiêm trọng gần đây)
- Sử dụng quá mức các SABA, đặc biệt là hơn 1 lọ/tháng
- Thiếu một bảng kế hoạch hành động hen
- Tiền sử bệnh tâm thần hoặc các vấn đề tâm lý xã hội
- Dị ứng thức ăn được xác định ở bệnh nhân hen.

LẬP KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG HEN

Tất cả các bệnh nhân cần được cung cấp một kế hoạch hành động hen phù hợp với mức độ kiểm soát hen và kiến thức sức khỏe, để bệnh nhân biết cách nhận biết và xử lý khi bệnh hen xấu đi.

Bảng 9. Tự xử trí hen theo kế hoạch hành động lập ra



Kế hoạch hành động hen nên bao gồm:

- Các thuốc hen thường dùng của bệnh nhân
- Khi nào và làm thế nào để tăng thuốc và bắt đầu dùng corticoid uống (OCS)
- Làm thế nào để tiếp cận chăm sóc y tế nếu các triệu chứng không đáp ứng

Kế hoạch hành động có thể dựa vào triệu chứng và /hoặc lưu lượng đỉnh PEF (ở người lớn). Bệnh nhân có tình trạng xấu đi nhanh chóng nên được tư vấn để đi đến một cơ sở chăm sóc cấp cứu hoặc đi khám bác sĩ của họ ngay lập tức.

Thay đổi thuốc theo kế hoạch hành động hen (xem GINA Bảng 4-2)

Tăng tần suất sử dụng thuốc cắt cơn dạng hít (SABA, hoặc liều thấp ICS/formoterol nếu dùng duy trì kèm thuốc cắt cơn); thêm buồng hít cho dạng phun định liều (MDI).

Tăng thuốc kiểm soát: Tăng nhanh thành phần ICS lên đến tối đa 2000 mcg dạng bột hít (BDP) tương đương. Chọn lựa tùy vào thuốc kiểm soát thường dùng, như sau:

- Nếu ICS: Ít nhất là liều gấp đôi, xem xét tăng đến liều cao.
- Nếu duy trì bằng ICS/formoterol: Tăng gấp bốn lần liều duy trì ICS/formoterol (với liều formoterol tối đa 72 mcg/ngày).
- Nếu duy trì bằng ICS/ salmeterol: Tăng lên ít nhất là dùng liều cao hơn; xem xét thêm thuốc ICS riêng để đạt được ICS liều cao.
- Nếu duy trì và cắt cơn bằng ICS/formoterol: Tiếp tục liều duy trì; nếu cần tăng ICS/formoterol (tối đa formoterol 72 mcg/ngày).

Corticosteroid đường uống (tốt nhất dùng thuốc vào buổi sáng):

- Người lớn: prednisolone 1mg /kg /ngày lên đến 50 mg, thường là 5-7 ngày.
- Đối với trẻ em: 1-2 mg /kg/ngày lên đến 40mg, thường là 3-5 ngày.
- Việc giảm từ từ không cần thiết nếu điều trị dưới 2 tuần.

XỬ TRÍ CƠN KỊCH PHÁT TẠI CƠ SỞ HOẶC NƠI CẤP CỨU

Đánh giá mức độ nặng của cơn kịch phát trong khi bắt đầu dùng SABA và thở oxy.

Đánh giá khó thở (bệnh nhân có thể nói thành câu, hoặc chỉ vài từ), nhịp thở, nhịp tim, độ bão hòa oxy và chức năng hô hấp (như là PEF). Kiểm tra phản ứng phản vệ.

Xem xét các nguyên nhân khác gây khó thở cấp tính (ví dụ: suy tim, rối loạn chức năng đường hô hấp trên, hít dị vật hoặc thuyên tắc phổi).

Sắp xếp chuyển ngay đến một cơ sở cấp cứu nếu có dấu hiệu cơn kịch phát nặng, hoặc đơn vị chăm sóc đặc biệt nếu bệnh nhân lơ mơ, lẫn lộn, hoặc nghe phổi im lặng. Đối với những bệnh nhân này, ngay lập tức cho hít SABA, hít ipratropium bromid, oxy và corticosteroid đường toàn thân.

Bắt đầu điều trị với liều lặp lại của SABA (thường là bằng thuốc phun sương dạng MDI và buồng đệm), corticosteroid uống sớm, và kiểm soát lưu lượng oxy nếu có thể. Kiểm tra đáp ứng của các triệu chứng và độ bão hòa oxy thường xuyên, đo chức năng hô hấp sau 1 giờ. Điều chỉnh oxy để duy trì độ bão hòa từ 93-95% ở người lớn và thanh thiếu niên (94-98% ở trẻ em 6-12 tuổi).

Đối với các đợt kịch phát nặng, thêm ipratropium bromide, và xem xét cho SABA bằng máy phun khí dung. Tại các cơ sở cấp cứu, tiêm tĩnh mạch sulfat magiê có thể được xem xét nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị tích cực ban đầu.

Không cần thực hiện chụp X-quang hoặc khí máu thường quy hoặc kê toa kháng sinh cho đợt cấp hen kịch phát.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG

Theo dõi sát bệnh nhân và thường xuyên trong quá trình điều trị và điều chỉnh điều trị theo đáp ứng. Chuyển bệnh nhân đến cơ sở chăm sóc mức độ cao hơn nếu tình trạng xấu đi hoặc không đáp ứng.

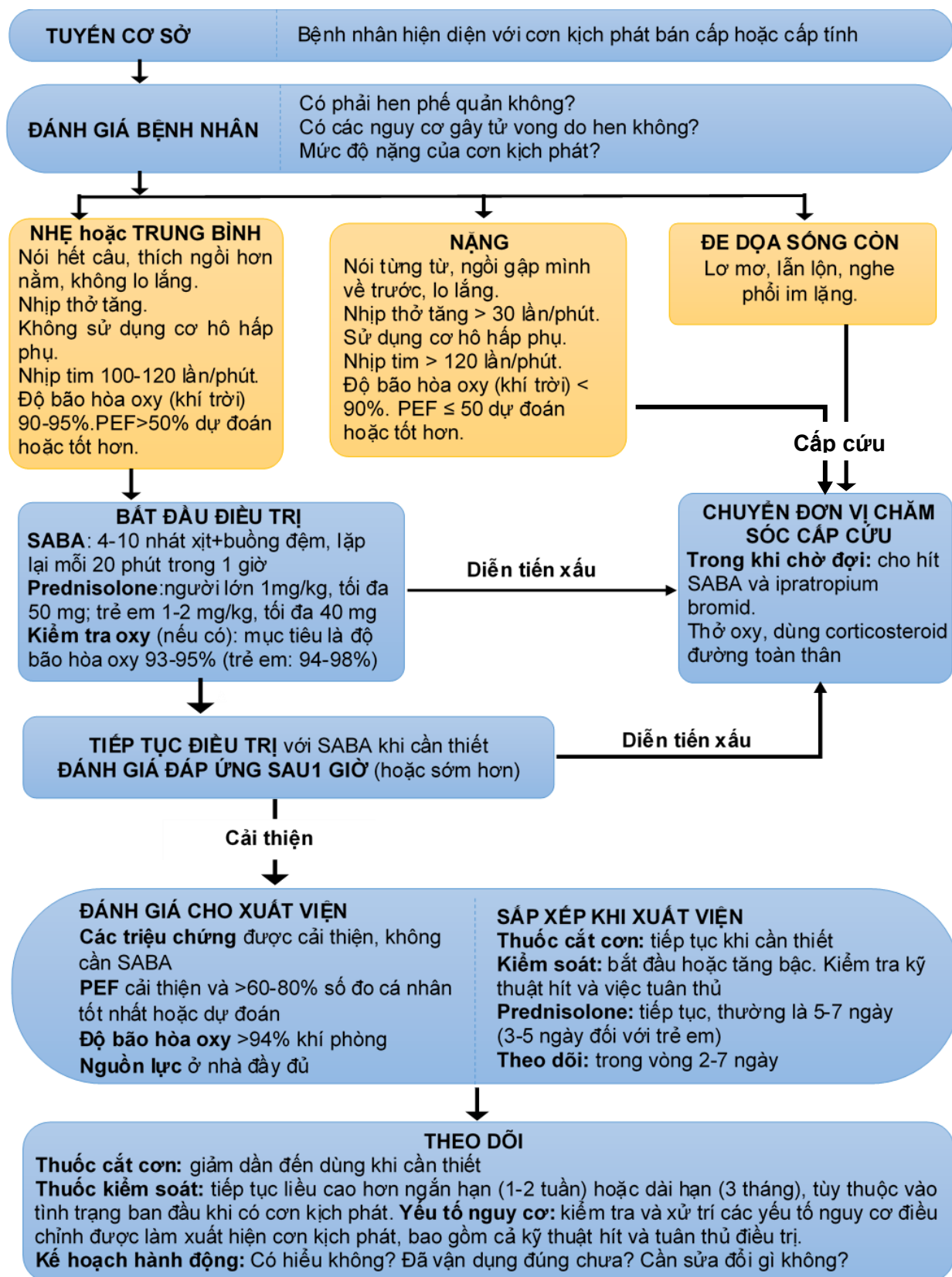
Quyết định về việc cần thiết phải nhập viện dựa trên tình trạng lâm sàng, triệu chứng và chức năng hô hấp, đáp ứng điều trị, tiền căn và bệnh sử gần đây có các đợt kịch phát và khả năng xử trí ở nhà.

Trước khi xuất viện, sắp xếp việc điều trị liên tục. Đối với hầu hết bệnh nhân, kê toa điều trị kiểm soát thông lệ (hoặc tăng liều hiện tại) để giảm nguy cơ các cơn kịch phát khác. Tiếp tục tăng liều kiểm soát trong 2-4 tuần và giảm thuốc cắt cơn đến chỉ dùng khi cần. Kiểm tra kỹ thuật hít và tuân thủ điều trị. Cung cấp một kế hoạch hành động hen tạm thời.

Sắp xếp việc theo dõi sớm sau đợt kịch phát, trong vòng 2-7 ngày.

Xem xét giới thiệu để được tư vấn chuyên gia cho các bệnh nhân hen nhập viện, hoặc thường xuyên nhập vào khoa cấp cứu.

Bảng 10. Xử trí cơn hen kịch phát tại tuyến cơ sở



O2: oxygen; PEF: lưu lượng đỉnh thở ra; SABA: thuốc đồng vận beta2 giãn phế quản tác dụng ngắn hạn (liều sử dụng cho salbutamol)

THEO DÕI SAU ĐỢT KỊCH PHÁT

Các đợt cấp thường là biểu hiện của việc chăm sóc bệnh hen mãn tính thất bại, và là cơ hội để xem xét lại việc xử trí hen của người bệnh. **Tất cả bệnh nhân phải được theo dõi thường xuyên bởi một đơn vị chăm sóc sức khỏe cho đến khi các triệu chứng và chức năng hô hấp trở lại bình thường.**

Tận dụng cơ hội để xem xét lại:

- Hiểu biết của bệnh nhân về nguyên nhân của đợt kịch phát
- Các yếu tố nguy cơ thay đổi được cho đợt kịch phát, ví dụ hút thuốc lá
- Hiểu biết về mục đích của sử dụng thuốc và kỹ thuật hít
- Xem lại và chỉnh sửa bảng kế hoạch hành động hen

Thảo luận về việc sử dụng thuốc, việc tuân thủ với ICS và OCS (corticoid uống) có thể giảm xuống 50% trong vòng một tuần sau khi xuất viện.

Chương trình toàn diện sau xuất viện bao gồm tối ưu hóa việc xử trí kiểm soát, kỹ thuật hít, tự giám sát, bảng kế hoạch hành động hen và thường xuyên xem xét chi phí-hiệu quả và thường kết hợp với sự cải thiện đáng kể dự hậu bệnh hen.

Giới thiệu cho chuyên gia tư vấn cần được xem xét cho những bệnh nhân đã nhập viện vì hen, hoặc những bệnh nhân quay trở lại điều trị vì cơn hen cấp.

CHÚ GIẢI CÁC NHÓM THUỐC ĐIỀU TRỊ HEN

Để biết thêm chi tiết, xem báo cáo đầy đủ GINA 2017 và Phụ lục (www.ginasthma.org) và Thông tin sản phẩm từ các nhà sản xuất.

Thuốc	Tác động và sử dụng	Tác dụng phụ
THUỐC KIỂM SOÁT HEN		
Corticosteroid hít (ICS) (bình xịt định liều MDI hoặc bình hít dạng bột DPI): beclometasone, budesonide, ciclesonide, fluticasone propionate, fluticasone furoate, mometasone, triamcinolone.	Thuốc chống viêm hiệu quả nhất cho bệnh hen dai dẳng. ICS làm giảm triệu chứng, cải thiện chức năng hô hấp, cải thiện chất lượng cuộc sống, và làm giảm nguy cơ cơn kịch phát và nhập viện hay tử vong do hen. ICS khác nhau về tiềm năng và khả dụng sinh học, nhưng đa số lợi điểm có được ở liều thấp [xem Bảng 8 (trang 14) cho liều thấp, trung bình và liều cao các ICS khác nhau].	Hầu hết các bệnh nhân sử dụng ICS không gặp tác dụng phụ. Tác dụng phụ tại chỗ bao gồm nhiễm nấm candida hầu họng và khàn tiếng. Sử dụng buồng đệm với MDI, và súc lại với nước và phun ra sau khi súc, làm giảm tác dụng phụ tại chỗ. Liều cao làm tăng nguy cơ tác dụng phụ toàn thân.
ICS và đồng vận beta giãn phế quản tác dụng dài phối hợp (ICS/LABA) (dạng MDI hoặc DPI): beclometasone/ formoterol, budesonide/formoterol, fluticasone furoate/ vilanterol, fluticasone propionate/formoterol, fluticasone propionate/ salmeterol, và mometasone/formoterol.	Khi liều trung bình ICS một mình không đạt được kiểm soát tốt hen, việc bổ sung LABA vào ICS cải thiện triệu chứng, chức năng hô hấp và làm giảm cơn kịch phát ở nhiều bệnh nhân, nhanh hơn tăng gấp đôi liều ICS. Hai chế độ có thể dùng: duy trì ICS/LABA với SABA dùng cắt cơn, và sự kết hợp liều thấp beclometasone hoặc budesonide với formoterol cho duy trì và điều trị cắt cơn.	Thành phần LABA có thể kết hợp với nhịp tim nhanh, nhưc đầu hoặc vọp bẻ. Khuyến cáo hiện tại là LABA và ICS là an toàn cho bệnh hen khi dùng phối hợp. Sử dụng LABA không kèm ICS trong hen có liên quan với tăng nguy cơ biến chứng nghiêm trọng.
Kháng Leukotriene (viên): montelukast, pranlukast, zafirlukast, zileuton.	Nhắm vào một phần của con đường viêm trong hen. Được dùng như một tùy chọn để điều trị kiểm soát, đặc biệt là ở trẻ em. Sử dụng một mình: ít hiệu quả hơn so với ICS liều thấp; thêm vào ICS: ít hiệu quả hơn so với ICS/LABA.	Ít tác dụng phụ trong nghiên cứu kiểm soát placebongọi trừ tăng men gan do dùng zileuton và zafirlukast.
Chromone (dạng MDI hay DPI): sodium cromoglycate và nedocromil sodium.	Vai trò rất hạn chế trong điều trị dài hạn bệnh hen. Tác dụng chống viêm yếu, kém hiệu quả hơn so với ICS liều thấp. Yêu cầu bảo trì tỉ mỉ dụng cụ hít.	Các tác dụng phụ không thường gặp nhưng gồm ho khi hít vào và khó chịu ở họng.
Kháng cholinergic tác dụng dài (tiotropium)	Tùy chọn thêm vào Bạc 4 hoặc 5 dạng hít phun sương cho bệnh nhân ≥ 12 tuổi kèm tiền căn cơn kịch phát dù đã dùng ICS $\pm$ LABA.	Tác dụng phụ không thường gặp nhưng gây khô miệng.
Kháng IgE (omalizumab)	Tùy chọn thêm vào cho bệnh nhân ≥ 6 tuổi bị hen dị ứng dai dẳng nặng với điều trị Bạc 4 (ICS $\pm$ LABA liều cao).	Phản ứng tại chỗ tiêm thường gặp nhưng nhẹ. Sốc phản vệ hiếm gặp.
Kháng IL5 (Tiêm dưới da: mepolizumab, Tiêm tĩnh mạch: reslizumab)	Tùy chọn thêm vào cho bệnh nhân ≥ 12 tuổi bị hen nặng không kiểm soát và tăng bạch cầu ái toan đang điều trị Bạc 4 (liều cao ICS $\pm$ LABA).	Đau đầu và phản ứng tại chỗ tiêm thường gặp nhưng nhẹ.

Corticosteroid đường toàn thân (viên, viên đặt hoặc tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch: prednisone, prednisolone, methylprednisolone, hydrocortisone.	Điều trị ngắn hạn (thường là 5-7 ngày ở người lớn), quan trọng trong điều trị sớm cơn kịch phát nặng, với tác dụng rõ nét thấy được sau 4-6 giờ. Corticosteroid đường uống (OCS) là liệu pháp được ưa thích và có hiệu quả như điều trị tiêm bắp (IM) hoặc tiêm mạch (IV) trong việc dự phòng cơn tái phát. Giảm liều dần là cần thiết nếu điều trị hơn 2 tuần. Điều trị dài hạn với OCS có thể cần cho bệnh nhân hen nặng, nhưng cần xem xét đến các tác dụng phụ.	Dùng ngắn hạn: một số tác dụng phụ như rối loạn giấc ngủ, trào ngược dạ dày, thèm ăn, tăng đường huyết, thay đổi tính khí. Dùng dài hạn: nên giới hạn vì các nguy cơ tác dụng phụ toàn thân quan trọng như đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, loãng xương, ức chế tuyến thượng thận. Bệnh nhân cần được đánh giá về nguy cơ loãng xương và điều trị thích hợp.
THUỐC CẮT CƠN HEN		
Đồng vận beta₂ giãn phế quản-tác dụng ngắn hạn hít (SABA) (dạng MDI, DPI và hiếm khi dùng dung dịch phun khí dung hoặc tiêm): salbutamol (albuterol), terbutaline.	SABA dạng hít là thuốc được lựa chọn để giảm nhanh các triệu chứng hen và co thắt phế quản bao gồm trong đợt cấp, điều trị trước cho cơn co thắt phế quản khi gắng sức. SABA nên chỉ được sử dụng khi cần ở liều thấp nhất và số lần cần thiết.	Run tay và nhịp tim nhanh thường được ghi nhận với lần đầu sử dụng SABA, nhưng khả năng dung nạp các tác dụng phụ này thường nhanh. Sử dụng nhiều, hoặc đáp ứng kém cho thấy hen kiểm soát kém.
ICS liều thấp/formoterol (beclometasone/formoterol /hoặc budesonide/formoterol)	Đây là thuốc chắc chắn cho bệnh nhân được kê toa điều trị duy trì và cắt cơn. Nó giảm nguy cơ cơn kịch phát so với dùng đơn thuần SABA với việc kiểm soát triệu chứng tương tự.	Nhu ICS/LABA ở trên
Kháng cholinergic tác dụng ngắn hạn (dạng MDI hoặc DPI): ví dụ ipratropium bromide, oxitropium bromide	Dùng dài hạn: ipratropium là thuốc cắt cơn ít hiệu quả hơn SABA. Dùng ngắn hạn trong cơn hen cấp: ipratropium hít cùng với SABA làm giảm nguy cơ nhập viện.	Khô miệng hoặc đắng miệng.

Chữ viết tắt được sử dụng trong Sổ tay Hướng dẫn

BDP	Beclometasone dipropionate	LAMA	Thuốc kháng muscarinic tác dụng dài
BUD	Budesonide	n.a.	Không áp dụng
DPI	Thuốc hít dạng bột khô	O ₂	Oxy
FEV ₁	Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu	OCS	Corticosteroid đường uống
FVC	Dung tích sống gắng sức	PEF	Lưu lượng đỉnh thở ra
HDM	Bộ mặt nhà	pMDI	Ống hít nén áp lực định liều
ICS	Corticosteroid dạng hít	SABA	Thuốc đồng vận beta ₂ tác dụng ngắn
IV	Tĩnh mạch	SC	Dưới da
LABA	Thuốc đồng vận beta ₂ tác dụng dài	SLIT	Liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi

LỜI CẢM ƠN

Hoạt động của Sáng Kiến Toàn Cầu về Hen Phế Quản được sự ủng hộ bởi hoạt động của các Thành viên của Ban Giám Đốc và các Ban GINA (danh sách bên dưới). Các thành viên các Ủy Ban GINA chịu trách nhiệm riêng cho những ý kiến và khuyến cáo được trình bày trong ấn phẩm này và các ấn phẩm khác của GINA.

Ban Giám Đốc GINA (2016)

Søren Pedersen, Đan Mạch, Chủ tịch; Eric Bateman, Nam Phi; Louis-Philippe Boulet*, Canada; Alvaro Cruz*, Brazil; J Mark FitzGerald, Canada; Hiromasa Inoue, Nhật Bản; Mark Levy*, Vương quốc Anh; Jiangtao Lin, Trung Quốc; Paul O'Byrne, Canada; Helen Reddel, Úc; Stanley Szeffler, Hoa Kỳ; Arzu Yorgancioglu, Thổ Nhĩ Kỳ.

Chương trình GINA: Rebecca Decker, Hoa Kỳ

Ủy Ban Khoa Học GINA (2016)

Helen Reddel, Úc, Chủ tịch; Leonard Bacharier, Hoa Kỳ; Eric Bateman, Nam Phi; Allan Becker, Canada; Roland Buhl, Đức; Johan de Jongste, Hà Lan; J. Mark FitzGerald, Canada; Hiromasa Inoue, Nhật Bản; Fanny Wai-san Ko, Hong Kong; Jerry Krishnan, Hoa Kỳ; Paul O'Byrne, Canada; Søren Pedersen, Đan Mạch; Emilio Pizzichini, Brazil; Stanley J. Szeffler, Hoa Kỳ.

Ủy Ban Tuyên Truyền và Thực Hiện GINA (2015)

Louis-Philippe Boulet, Canada, Chủ tịch; các Thành viên khác được đánh dấu (*) phía trên.

Hội Đồng GINA

Hội Đồng GINA gồm thành viên 45 nước. Tên các thành viên được liệt kê trên website GINA, www.ginasthma.org.

ẤN PHẨM CỦA GINA

- **Chiến lược Toàn cầu về Xử trí và dự phòng Hen phế quản (cập nhật 2017).** Báo cáo này cung cấp cách tiếp cận tổng hợp để điều trị hen có thể được điều chỉnh cho một loạt các hệ thống y tế. Báo cáo đã được sửa đổi rộng rãi vào năm 2014 và đã được cập nhật hàng năm kể từ đó. Báo cáo có một định dạng thân thiện với người sử dụng với nhiều bảng tóm tắt thực tế và biểu đồ lưu lượng để sử dụng trong thực hành lâm sàng.
 - **Phụ lục GINA trực tuyến (cập nhật 2017).** Thông tin cơ bản chi tiết để hỗ trợ báo cáo chính GINA.
 - **Sổ tay Hướng dẫn xử trí và dự phòng hen cho người lớn và trẻ em trên 5 tuổi (cập nhật 2017).** Tóm tắt cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe ban đầu, được sử dụng kết hợp với báo cáo chính GINA.
 - **Sổ tay Hướng dẫn xử trí và dự phòng hen phế quản ở trẻ em dưới 5 tuổi (cập nhật 2017).** Bản tóm lược thông tin chăm sóc bệnh nhân hen hoặc thở khó khê, được sử dụng kết hợp với báo cáo chính GINA 2017.
 - **Chẩn đoán chồng lấp hen-COPD (cập nhật năm 2017).** Đây là bản sao độc lập của chương tương ứng trong báo cáo chính GINA. Được đồng xuất bản bởi GINA và GOLD (Sáng kiến Toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, www.goldcopd.org).
 - **Hỗ trợ thực hành lâm sàng và các công cụ thực hiện sẽ có trên trang web của GINA.**
- Ấn phẩm GINA và các tài liệu khác có sẵn tại www.ginasthma.org

Xem trang điện tử GINA tại
www.ginasthma.org
© 2017 Sáng Kiến Toàn Cầu về Hen Phế Quản