**HEN PHẾ QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh có đặc điểm là viêm mạn tính niêm mạc phế quản làm tăng phản ứng của phế quản thường xuyên với nhiều tác nhân kích thích, dẫn đến co thắt lan tỏa cơ trơn phế quản. Sự co thắt phế quản không cố định, thường có thể hồi phục tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc [giãn phế quản](http://benhnoikhoa.com/gian-phe-quan/).

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Chẩn đoán xác định**

**a. Lâm sàng**

– Tiền sử bản thân hoặc người thân cùng huyết thống bị các bệnh dị ứng hoặc hen phế quản.

– Tiền sử có cơn hen phế quản điển hình, tự mất đi hoặc cắt cơn được bằng các thuốc [giãn phế quản](http://benhnoikhoa.com/gian-phe-quan/) hoặc corticoid.

– Hoặc có các triệu chứng: ho tăng về đêm, tiếng cò cử, tiếng rít tái phát, khó thở tái priat, nặng ngực xuất hiện và tái phát nhiều lần, ngoài cơn bệnh nhân có thể hoàn toàn bình thường.

– Các triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên khi có: tiếp xúc với các dị nguyên đường hô hấp, gắng sức, thay đổi cảm xúc mạnh, thay đổi nhiệt độ hoặc nhiễm virus đường hô hấp.

– Khẳng định chẩn đoán nếu thấy cơn hen với các dấu hiệu đặc trưng:

+ Tiền triệu: hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, ho khan, buồn ngủ, …

+ Cơn khó thở: lúc bắt đầu khó thở chậm, ở thì thở ra, có tiếng cò cử người khác cũng thấy, khó thở tăng dần, sau có thể khó thở nhiều, vã mồ hôi, khó nói. Cơn khó thở kéo dài 5 -15 phút, có khi hàng giờ, hàng ngày. Cơn khó thở giảm dần và kết thúc với ho và khạc đờm. Đờm thường trong, quánh và dính. Khám trong cơn hen thấy có ran rít, ran ngáy lan tỏa hai phổi.

**b. Đo chức năng hô hấp**

+ Đo chức năng thông khí bằng hô hấp kế: rối loạn thông khí tắc nghẽn phục hồi với thuốc [giãn phế quản](http://benhnoikhoa.com/gian-phe-quan/): chỉ số Gaensler > 70% sau phun hít hoặc khí dung 400μg salbutamol.

+ Sự biến đổi lưu thông khí đo bằng lưu lượng đỉnh kế (LLĐ): LLĐ tăng > 15%, 30 phút sau khi hít thuốc cường (32 tác dụng ngắn. LLĐ biến thiên hơn 20% giữa lần đo buổi sáng và chiều cách nhau 12 giờ ở người bệnh dùng thuốc [giãn phế quản](http://benhnoikhoa.com/gian-phe-quan/) (hoặc hơn 10% khi không dùng thuốc [giãn phế quản](http://benhnoikhoa.com/gian-phe-quan/)) hoặc LLĐ giảm hơn 15% sau 6 phút đi bộ hoặc gắng sức.

**2. Chẩn đoán mức độ nặng của hen phế quản**

**Bảng 1. Phân loại mức độ nặng của hen phế quản**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Biểu hiện** | **Hen nhẹ, từng lúc** | **Hen nhẹ, dai dẳng** | **Hen trung bình, dai dẳng** | **Hen nặng, dai dẳng** |
| Triệu chứng ban ngày | < 2 cơn/tuần | > 2 cơn/tuần, nhưng ít hơn 1 lẫn/ngày | Hàng ngày | Cơn liên tục |
| Triệu chứng ban đêm | < 2 cơn/tháng | 3-4 cơn/tháng | > 1 cơn/tuần | Hàng đêm |
| Giới hạn hoạt động | Không | Ít | Một số | Nhiều |
| Dùng thuốc cắt cơn | < 2 lần/tuần | > 2 lân/tuần | Hàng ngày | Thường xuyên |
| FEV1 hoặc PEF | > 80% | >80% | 60-80% | < 60% |
| Đợt bùng phát | 0-1 lần/năm | > 2 lần/năm | > 2 lần/năm | > 2 lần/năm |

**3. Chẩn đoán phân biệt**

–  [Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính](http://benhnoikhoa.com/benh-phoi-tac-nghen-man-tinh/): tiền sử thường hút thuốc lá, thuốc lào, ho khạc đờm kéo dài, khó thở liên tục, thăm dò chức năng thông khí có rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn với các thuốc giãn phế quản.

–  Hen tim: suy tim trái do [tăng huyết áp](http://benhnoikhoa.com/tang-huyet-ap/), hẹp hai lá. Hỏi tiền sử, khám lâm sàng, chụp Xquang tim phổi, điện tâm đồ sê giúp xác định chẩn đoán.

–  Bất thường hoặc tắc đường hô hấp do nhuyễn sụn phế quản, khối u thanh – khí – phế quản, hẹp khí phế quản do chèn ép, xơ, dị dạng quai động mạch chủ, dị vật: khó thở, tiếng rít cố định không đáp ứng với thuốc giãn phế quản.

–  Trào ngược dạ dày – thực quản với ho, khó thở hay xuất hiện khi nằm, cúi người về phía trước. Soi dạ dày thực quản giúp xác định chẩn đoán.

–  Rò thực quản – khí quản: ho, khó thở hay xuất hiện, tăng lên khi ăn uống. Soi, chụp thực quản, dạ dày có cản quang giúp xác định chẩn đoán.

–  Giãn phế quản: thường có ho khạc đờm từ nhiều năm với những đợt đờm nhày mủ. Chụp phim phổi chuẩn hoặc chụp cắt lớp vi tính sẽ xác định bệnh.

**III. ĐIỀU TRỊ**

**1. Mục tiêu điều trị**

–    Giảm tối thiểu (tốt nhất là không có) các triệu chứng mạn tính, kể cả các triệu chứng về đêm.

–    Giảm tối thiểu số cơn hen.

–    Không (hoặc hiếm khi) phải đi cấp cứu.

–    Giảm tối thiểu nhu cầu dùng thuốc cắt cơn cường β2.

–    Không bị giới hạn hoạt động thể lực kể cả gắng sức.

–    Thay đổi LLĐ < 20%, LLĐ hoặc chức năng thông khí gần như bình thường. Rất ít (hoặc không) có tác dụng phụ của thuốc.

–    Thiết lập kiểm soát hen càng sớm càng tốt (có thể phối hợp với điều trị đợt ngắn ngày prednisolon hoặc corticoid dạng phun hít hoặc khí dung liều cao hơn với bậc hen tương ứng của người bệnh, sau đó giảm thuốc tới liều tối thiểu cần thiết để duy trì sự kiểm soát hen).

**2. Điều trị hen phế quản theo phác đồ bậc thang**

**a. Dùng thuốc**

**Bảng 2. Tên thuốc, liều tương đương của các corticoid phun hít ở người lớn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều thấp | Liều trung bình | Liều cao |
| **Beclomethason dipropionat**(40,80mcg/liều) | 4-12 liều: 40mcg | 12-20 liều: 40mcg | > 20 liều: 40mcg |
| 2-6 liều: 80mcg | 6-8 liều: 80mcg | > 10 liều: 80mcg |
| **Budesonide** |
| Bình hít (DPI: 200mcg/liều) | 1-2 liều | 2-3 liều | > 3 liều |
| Nang khí dung (250,500mcg/nang) | 1-2 nang: 500mcg | 2-4 nang: 500mcg | > 4 nang: 500mcg |
| Fluticason | 2-6 liều: 44mcg | 2-6 liều: 100mcg | > 6 liều: 100mcg |
| (MDI: 44,110,220mcg/liẽu) | 2 liều: 100mcg | > 3 liều: 220mcg |  |
| (DPI: 50,100,250mcg/liều) | 2-6 liều: 50mcg | 3-6 liều: 100mcg | > 6 liều: 100mcg |
| ***Dạng thuốc kết hợp*** |
| Budesonid/Formeterol (MDI: 80/4,5, 160/4,5mcg/liều) | 1-2 liều, 2 lần/ngày: 80/4,5mcg/liều | 2 liều, 2 lần/ngày: 80/4,5 tới 160/4,5mcg/liều | 2 liều, 2 lần/ngày: 160/4,5mcg/liều |
| Fluticason/Salmeterol (MDI: 45/21,115/21, 230/21 mcg/liều) (DPI: 100/50,250/50, 500/50mcg/liều) | 1 liều, 2 lần/ngày: 100/50mcg | 1 liều, 2 lần/ngày: 250/50mcg | 1 liều, 2 lần/ngày: 500/50mcg |

**Bảng 3. Đánh giá kiểm soát hen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kiểm soát tốt | Kiểm soát không tốt | Kiểm soát kém |
| Triệu chứng ban ngày | < 2 cơn/tuần | > 2 cơn/tuần | Liên tục |
| Triệu chứng ban đêm | Không | 1-3 lần/tuần | ≥ 4 lần/tuần |
| Giới hạn hoạt động | Không | Một số | Nặng |
| Dùng thuốc cắt cơn | < 2 lắn/tuần | > 2 lần/tuần | Thường xuyên |
| FEV1 hoặcPEP | ≥ 80% | 60-80% | ≤ 60% |
| Cơn bùng phát | 0-1 lần/năm | ≥ 2 lẩn/năm | ≥ 2 lần/năm |
| Thay đổi điéu trị |
| Kiểm soát | Duy trì ở liểu thấp nhất có thể | Nâng 1 bậc điều trị | Nâng 1-2 bậc, cân nhắc dùng corticoid uống |
| Theo dõi | 1-6 tháng | 2-6 tuần | 2 tuần |

**Bảng 4. Điều trị khuyến cáo hen phế quản theo mức độ nặng**



\*ICS: corticoid dùng theo đường hít, xịt hoặc khí dung.

\*\*ICS + LABA: dạng kết hợp giữa corticoid dạng phun hít với 1 thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài dùng theo đường phun hít (biệt dược trên thị trường: Symbicort, Seretide).

**3. Xử trí hen phế quản tại khoa nội**

**Bảng 5. Đánh giá mức độ nặng của cơn hen phế quản**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Các chỉ số** | **Nhẹ** | **Trung bình** | **Nặng** | **Sắp ngừng thở** |
| Khó thở | Khi đi lạiBệnh nhân có thể nằm ngửa được | Khi nóiNgười bệnh thích ngôi | Khi nghỉ Cúi về trước |  |
| Diễn đạt miệng | Đối thoại | Từng câu | Từng từ |  |
| Tri giác | Có thể kích thích | Thường kích thích | Thường kích thích | Ngủ gà, lẫn lộn |
| Tần số thở | Tăng | Tăng | Thường > 30 lần/p |  |
| Co kéo cơ hô hấp và hôm ức | Thường không | Thường có | Thường có | Vận động ngực bụng nghịch thường |
| Tiếng rít | Trung bình, thường ở cuối thì thở ra | Nhiều | Nhiều | Im lặng |
| Mạch | <100 | 100-120 | >120 | Nhịp tim chậm |
| LLĐ sau dùng thuốc giãn phế quản % so với giá trị lí thuyết hoặc % so với giá trị tốt nhát | >80% | 60-80% | < 60% giá trị lí thuyết (1001/ phút ở người lớn) hoặc đáp ứng thuốc giãn phế quản <2 giờ |
| Pa02 và/hoặc | Bình thường | > 60mmHg | <60mmHg có thể tím |
| Sa02% | >95% | 91-95% | < 90% |

**Cơn hen nhẹ**

-Thuốc giãn phế quản dạng phun hít:

+ Salbutamoi dạng xịt (Ventolin 100mcg) X 3 lần/ngày hoặc nang khí dung 5mg X 3 lần/ngày.

+ Terbutalin (Bricanyl) nang khí dung 5mg X 3 lần/ngày.

–    Corcitoid đường phun hít (tham khảo bảng 2): budesonid (Pulmicort) 0,5mg X 3 nang/ngày, hoặc có thể dùng dạng kết hợp như: fluticason/salmeterol (Seretide) hoặc budesonid/formeterol (Symbicort)

–    Khi không có các dạng thuốc trên, có thể dùng các thuốc dạng uống như:

+ Salbutamol 4mg X 4 viên/ngày, chia 4 lần hoặc theophyllin 100rng X 4 viên/ngày chia 4 lần, hoặc terbutalin 5mg X 2 viên/ngày chia 2 lần, …

+ Prednisolon 5mg X 1mg/kg/ngày, dùng trong 3-5 ngày rồi chuyển sang dùng thuốc theo đường phun, hít.

– Xem xét việc dùng kháng sinh nếu có bội nhiễm (thay đổi màu sắc của đờm, khạc đờm tăng, sốt); Amoxilin uống 3g/ngày chia 3 lần hoặc cephalosporin (CSP) thế hệ 2 (cefuroxim): 1,5g/ngày hoặc amoxillin/acid clavulanic: 3g/ngày chia 3 lần.

**Cơn hen trung bình**

– Điều trị tương tự như trên, nên kết hợp giữa các thuốc dạng phun, hít với thuốc dạng uống.

– Corticoid đường tĩnh mạch (methylprednisolon) 1-2mg/kg/ngày X 3-5 ngày.

– Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm.

**Cơn hen nặng, dai dẳng**

– Theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, Sp02.

– Thở oxy 1-2 lít/phút sao cho Sp02 > 90% và thử lại khí máu sau 30 phút nếu có điều kiện.

– Tăng liều thuốc giãn phế quản dạng khí dung: 6-8 lần/ngày, nếu không đáp ứng với các thuốc khí rung thì dùng salbutamol, terbutalin truyền tĩnh mạch với liều 0,5 – 2mg/giờ, điều chỉnh liều thuốc theo đáp ứng của bệnh nhân. Truyền bằng bơm tiêm điện hoặc bầu đếm giọt.

– Nếu bệnh chưa dùng theophylin và không có rối loạn nhịp tim và không có salbutamol hoặc terbutalin thì có thể dùng aminophylin 0,24g X1 ống + 100ml glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 30 phút, sau đó chuyển sang liều duy trì. Tổng liều theophyllin không quá 10mg/kg/24 giờ. Trong quá trinh điều trị bằng theophyllin cần lưu ý dấu hiệu ngộ độc của thuốc: buồn nôn, nôn, rối loạn nhịp tim, co giật, rối loạn tri giác.

– Corticoid đường tĩnh mạch 1-2mg/kg/ngày X 7-10 ngày.

– Dùng kháng sinh nếu có bội nhiễm: được chỉ định khi có biểu hiện nhiễm trùng: cefotaxim 1g X 3 lần/ngày hoặc ceftazidim 1g X 3 lần/ngày và phối hợp với nhóm aminoglycosid 15mg/kg/ngày hoặc fluoroquinolon (ciprofloxacin 1g/ngày, levofloxacln 500mg/ngày, moxifloxacin 400mg/ngày…).

Nếu bệnh nhân không đáp ứng phải đặt nội khí quản và chuyển hồi sức cấp cứu.

**4. Các điều trị khác**

– Hướng dẫn vả kiểm tra việc dùng thuốc theo đường phun, hít.

– Hướng dẫn bệnh nhân tránh các yểu tố kích phát như: không hút thuốc, tránh khỏi thuốc, khói bếp than, các mùi hắc, không nuôi chó, mèo.

– Giữ môi trường trong nhà sạch, thoáng.

- Tránh những thức ăn có nguy cơ gây dị ứng: nhộng, hải sản.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Asthma (2010), “The Washington Manual of Medical Therapeutics (33rd ed)”, Lippincott Williams & Wilkins, 283-297.

2. 2017 Global Initiative for Asthma, NIH Publication No. 07-4051.

3. National Heart, Lung, and Blood Institute (2008), “Global strategy for Asthma Management and Prevention”, NIH Publication.

4. Nijira Lugogo, Loretta G. Que, Daniel Fertel, Monica Kraft (2010), “Asthma”, Murray and Nadel’s Textbook of Respiratory Medicine (5th ed), Saunder.

5. Rodolfo M. Pascual, JeRay J. Johnson (2008), “Asthma: clinical presentation and management, Fishman’s Pulmonary Diseases and Disorder (4th ed), McGraw-Hill, 815-837.

6. Rowe BH, Edmonds ML, Spooner CH, Diner B, Camargo CA Jr (2004), “Corticosteroid therapy for acute asthma”, Respir Med, 98 (4): 275-84.