

PHẦN 3 : CHẨN ĐOÁN và XỬ TRÍ ĐỢT KỊCH PHÁT BPTNMT

1. Đánh giá BN nào nguy cơ đợt kịch phát BPTNMT?

- ✚ BN thuộc nhóm nguy cơ thấp: GOLD 1 hay 2 và/ hay 0-1 đợt kịch phát trong năm
- ✚ BN thuộc nhóm nguy cơ cao: GOLD 3 hay 4 và/ hay ≥ 2 đợt kịch phát trong năm (FEV1 < 50% GTDD)
- ✚ Có \$ trào ngược
- ✚ BN lớn tuổi ≥ 65
- ✚ BPTNMT lâu năm
- ✚ Có sử dụng KS trước đó
- ✚ Có nằm viện trước đó
- ✚ Có uống theophylline
- ✚ Có bệnh phối hợp

2. Dấu hiệu giúp chẩn đoán đợt kịch phát BPTNMT theo Antonisen

Tăng: Ho, khạc đàm , khó thở.

Đàm tăng số lượng , thay đổi màu sắc, nhất là đàm mủ.

Có thể có sốt

Phân độ nặng của đợt kịch phát BPTNMT sau khi loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây tăng khó thở, ho, khạc đàm:

3. Chẩn đoán phân biệt đợt kịch phát BPTNMT với các bệnh hay hội chứng sau :

1. Suy tim T/ toàn bộ,
2. rối loạn nhịp tim
3. Viêm phổi
4. Tràn Khí màng phổi, hay dịch màng phổi,.
5. Dẫn phế quản
6. Hen phế quản
7. K phế quản
8. Thuyên tắc phổi
9. Thuốc an thần , thuốc ức chế Bgiao cảm

Đánh giá mức độ nặng của ĐKPBPTNMT theo Antonisen 1t/c < 2 < 3 triệu chứng . Khi có 2 T/c trong đó khạc đàm mủ → nặng.

PHÂN LOẠI ĐỘ NẶNG CỦA ĐỢT KỊCH PHÁT BPTNMT			
MỨC ĐỘ	NHẸ	TRUNG BÌNH	NẶNG
ĐÀM ↑, MÙ ↑, KHÓ THỞ ↑	1 Trong 3 T/C	2 Trong 3 T/C	3 Trong 3 T/C
Tuổi BN	Bất kỳ	Bất kỳ	≥ 65 tuổi
Chức năng phổi ban đầu	⊥	↓ Nhẹ → TB FEV1 > 50% GTDD	FEV1 $\leq$ 50% GTDD
Đợt kịch phát		≤ 4 lần / năm	> 4 lần / năm
Bệnh đồng mắc	Không	không	có

Đánh giá nguy cơ tử vong:

BODE:(Body Mass Index < 21, Obstructive, Dyspnea, Exercise capacity)

ADO (Age, Dyspnea, Obstructive)

DOSE(Dyspnea, Obstructive, Smoking status, Exacerbation frequency)

↑ → ↑nguy cơ tử vong

Điều trị đợt cấp BPTNMT.

Sự quan trọng của việc cần nhận biết và trị kịp thời ĐKPCOPD :

± xảy ra # 2,7 lần/năm/ COPD trung bình nặng (Seemungal 98/05)

Tần xuất và độ nặng của AECOPD ↑ với tuổi tác BN, độ nặng COPD, Tăng tiết đàm,(Donaldson 03/19)

Hồi phục sau đó chậm, CNHH tiếp tục↓

→ nguyên nhân tử vong.

→ ĐKPCOPD # tim

ĐIỀU TRỊ:

Mục tiêu:

- 1> tìm nguyên nhân thúc đẩy xuất hiện đợt cấp COPD
- 2> Thông thoáng phế quản bằng thuốc DPQ, long đàm để giảm khó thở
- 3> Cung cấp đủ O₂,
- 4> Theo dõi đặt NKQ khi cần thiết.
- 5> Ngừa biến chứng khi nằm bất động: loét , TTP
- 6> Đảm bảo dinh dưỡng.

Oxy liệu pháp

Liều Oxy cung cấp cho PaO₂# 60- 70 mmHg, SaO₂ # 90 – 94%.
Nếu không thể điều chỉnh hypoxemia với FiO₂# 32% (sonde mũi) hay 35% (mask) nên lưu ý khả năng suy hô hấp hay ARDS, phù phổi, viêm phổi nặng gây suy hô hấp. BN có thể bị tăng thân khi thở Oxy. PaCO₂ chấp nhận được có thể lên 55mmHg. Nhưng tri giác BN xấu đi cần phải thông khí cơ học.

Thuốc dẫn phế quản :

Đầu tay lựa chọn trong đợt kịch phát cấp tính BPTNMT:Salbutamol .

Đường phun khí dung bằng máy hay MDI+ spacer

Liều: 2,5mg + 3mlNaCl 9% đủ 5ml. PKD mỗi 1- 4 giờ khi cần thiết.

(trước kia 5mg, nhưng có nghiên cứu / 32/ cho thấy liều cao như vậy không hiệu quả hơn liều đề nghị (dựa trên kết quả CNHH, lâm sàng).

Phun khí dung liên tục B2 giao cảm cũng không cho hiệu quả hơn.

4-7 puff + spacer: mỗi 1- 4 h khi cần.

Tiêm dưới da khi BN không thể hít thở nổi.

Truyền TM liên tục , có thể gây rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim.
Anticholinergic : trong đợt kịch phát BPTNMT , Ipratropium bromide
kết hợp với thuốc kích thích B giao cảm: cho tác dụng tốt hơn xài
riêng lẻ.

Ipratropium bromide: MDI, 2pff + spacer mỗi 4 giờ.

Glucocorticoid:

- ✚ Đường toàn thân: Cải thiện triệu chứng, chức năng phổi (XN CNHH), giảm thời gian nằm viện. Cải thiện chất lượng cuộc sống.
- ✚ Đường Uống : thuốc hấp thu nhanh sau khi uống khoảng 1 tiếng, khả dụng sinh học tương đương đường tiêm chích trong đa số trường hợp.
- ✚ Đường tiêm truyền TM trong trường hợp đợt kịch phát BPTNMT nặng, BN không thể uống thuốc , BN bị shock , giảm sự hấp thu qua đường tiêu hóa.
- ✚ Đường phun khí dung : chưa chứng minh có hiệu quả trong đợt cấp/randomize trial chưa có/ do đó không thể dùng thay thế đường toàn thân/ up to date /.

Liều lượng : liều nào tối ưu cho điều trị ĐKP BPTNMT chưa rõ.

Liều thường dùng :

Prednisone: 30- 60 mg/ ngày uống 1 lần/ 2 ngày đầu;

Sau đó 30- 40 mg/ngày/ 10- 12 ngày. Cắt thuốc như cắt kháng sinh.

Hoặc Methylprednisolone: 60 – 125 mg x 2 (4) IV chậm / 2 ngày

Sau đó 30- 40 mg/ngày/ 10- 12 ngày, sau đó cắt thuốc (thời gian trị < 3 tuần ít có nguy cơ suy tuyến thượng thận) , nếu BN có nguy cơ suy tuyến thượng thận nên giảm liều dần .

Kháng sinh liệu pháp:

Nhiễm khuẩn chiếm 80% trường hợp : 2/ 3 trường hợp nhiễm virus ; đa số do rhino- viruses . Một số ca do Influenza, parainfluenza, coronavirus, and adenovirus, gần đây phát hiện Respiratory syncytial virus , human metapneumovirus.

Nhiễm vi trùng : chiếm 30% - 50% trường hợp. Tác nhân thường gặp Haemophilus influenzae không điển hình , Moraxella catarrhalis, and Streptococcus pneumoniae. Trong những trường hợp BPTNMT nặng BN thường nhiễm Pseudomonas aeruginosa and Enterobacteriaceae .

Nhiễm vi khuẩn không điển hình : Chlamydia pneumoniae trong đợt kịch phát COPD chiếm # 3 to 5 % , Mycoplasma pneumoniae and Legionella spp thì hiếm hơn.

Đồng bội nhiễm :vi trùng , virus, hay cả 2 tác nhân cùng lúc.

Xét nghiệm vi trùng học :

a/ Cây đàm: kết quả cây đàm không phân biệt được tác nhân gây bệnh thật sự trong đợt cấp hay vi khuẩn thường trú sẵn. XN sinh học phân tử

giúp chẩn đoán tác nhân gây bệnh mới, nhưng không áp dụng thường trong thực hành .

b/ *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae* khó phân lập từ đàm, thường có kết quả âm tính giả. *H. haemolyticus*- là tác nhân không gây bệnh- thường bị chẩn đoán nhầm là *Haemophilus influenzae*. Do đó trong GOLD 2007, khuyến cáo không nên cấy đàm trong đa số trường hợp kích phát BPTNMT, nên có sự phân tích thận trọng kết quả XN cấy đàm. Chỉ nên cấy trong trường hợp thất bại với điều trị kháng sinh ban đầu. *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, and *S. pneumoniae* rất dễ chết nên kết quả hay âm tính giả .

c/ Những yếu tố nguy cơ đề nghị ngờ khả năng nhiễm *Pseudomonas*: BN có nhiều đợt dùng KS trong năm qua (>4), có sử dụng KS trước ≥ 2 ngày trong vòng 3 tháng, có lần phân lập ra *Pseudomonas* trong đàm ở đợt cấp trước, có *Pseudomonas* thường trực trong đàm dù đang ở giai đoạn ổn định, có sử dụng corticosteroid toàn thân. FEV1 $<50\%$ GTDD. *Pseudomonas* spp dễ hồi phục lại trong đàm đã khạc ra trước khi trị liệu kháng sinh ban đầu .

d/ Đàm mủ có thể là dấu chứng nhiễm trùng. Nó liên quan đến sự tăng nồng độ vi khuẩn trên khí đạo và bạch cầu trong đàm → xem là dấu chứng của 1 đợt kích phát COPD.

Xét nghiệm procalcitonin, CRP:

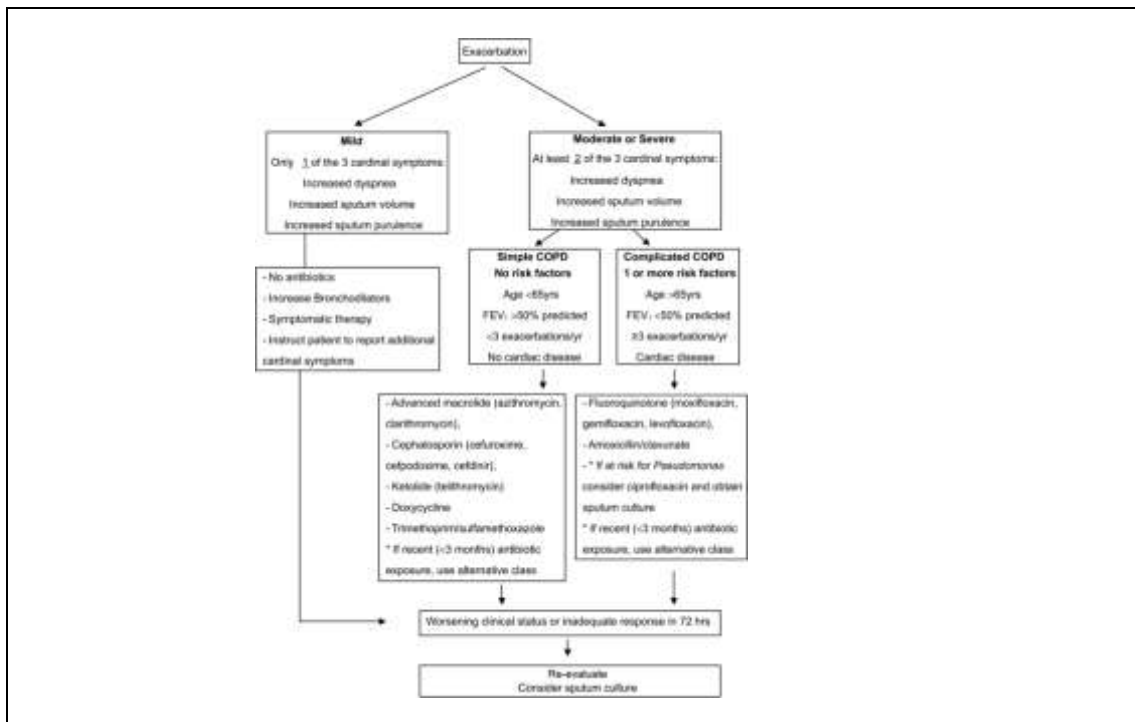
Procalcitonin: tăng ở BN có nhiễm vi trùng , không tăng trong nhiễm virus; không tương xứng với đàm mủ, ngược lại CRP có liên quan .

Điều trị kháng sinh :

BN có BPTNMT đợt kích phát mức độ nhẹ: (Có 1/ 3 triệu chứng , không cần thở máy), không cần nhập viện hay hỗ trợ hô hấp (thở máy không xâm lấn) – chưa cần kháng sinh.

Chỉ định kháng sinh ở các BN có đợt kích phát mức độ trung bình – nặng:(2/ 3 triệu chứng : tăng khó thở, tăng khạc đàm, đàm đục, mủ, hay BN cần nhập viện)

Phát đồ điều trị kháng sinh



Chọn lựa kháng sinh : Xử dụng kháng sinh diện rộng cho BN có nguy cơ cao kể trên.

Chọn KS ưu tiên diệt *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, and *Streptococcus pneumoniae* , lưu tình hình kháng kháng sinh của địa phương. *Pseudomonas aeruginosa* và *Enterobacteriaceae* có thể gặp ở Bn bị BPTNMT nặng.

Điều trị ngoại trú :

Đợt cấp nhẹ: Không KS, thêm thuốc dẫn PQ, trị các triệu chứng kèm khác

Đợt cấp trung bình: hoặc Macrolide azithromycin , clarythromycin

Hoặc cephalosporin: cefuroxime, cefpodoxime , cefdinir

Hoặc Ketolide : telithromycine

Doxycycline,

Đợt cấp nặng : Hoặc Fluoroquinolon: moxifloxacin, gemifloxacin, levofloxacin

Hoặc: amoxicillin-clavulanate

Hoặc Ciprofloxacin nếu nghi nhiễm *Pseudomonas*

Trị nội trú:

BN có nguy cơ nhiễm *Pseudomonas*: có thể Chọn hoặc levofloxacin , cefepime , ceftazidime , and piperacillin-tazobactam.

BN không có nguy cơ nhiễm *Pseudomonas* : có thể chọn fluoroquinolone (levofloxacin, moxifloxacin) hoặc cephalosporin thế hệ 3 (ceftriaxone or cefotaxime).

Thuốc long đàm : Có ít dữ kiện cho thấy dùng thuốc long đàm trong đợt cấp tăng hiệu quả điều trị . Chỉ định đúng giúp ích cho BN. BN tránh đề3 thiê1u nước → giúp ho khạc dễ dàng

Nhóm thuốc dẫn phế quản Xanthine: Aminophylline, Theophylline:
Không nên lạm dụng trong đợt cấp COPD vì có thể gây tác dụng phụ như nôn ói, run tay, hồi hộp, rối loạn nhịp tim. Trong điều kiện của VN chúng ta có thể chỉ định cho BN , nhưng cần thận trọng – định lượng nồng độ thuốc trong máu.

Vật lí trị liệu hô hấp trong đợt cấp : không nên thực hiện các động tác vỗ lưng , rung lắc vì có thể kích thích BN gây ho.

CHỈ ĐỊNH CHO BN ĐỢT CẤP BPTNMT NHẬP VIỆN:

Bệnh nhân có đợt cấp: kèm theo ≥ một những điều kiện sau đây:

- ✚ Điều trị ngoại trú thất bại
- ✚ Không đi bộ nổi trong phòng (trước đó còn đi tới đi lui được)
- ✚ Không ăn uống nổi, không ngủ được do khó thở
- ✚ Bệnh nhân không thể theo chế độ điều trị tại nhà (thiếu người chăm sóc)
- ✚ Có một số bệnh làm tăng nguy cơ chết; như viêm phổi hay bệnh nội khoa khác.
- ✚ Triệu chứng nặng dần trước khi vào cấp cứu, rối loạn tri giác, Hypoxemia kéo dài, nặng, có triệu chứng hypercarbra
- ✚ Bệnh nhân có các dấu hiệu tâm phế xấu hơn không thể điều trị ngoại trú
- ✚ Dự định phẫu thuật cần có gây mê
- ✚ Có các tình trạng khác có thể làm xấu CNHH thêm như: bệnh cơ do dùng corticosteroide; gãy cột sống → đe dọa giảm chức năng phổi.

CHỈ ĐỊNH CHO BN NÀM ICU TRONG ĐỢT CẤP BPTNMT:

- ✚ Khó thở nặng hơn, điều trị ở phòng cấp cứu không có đáp ứng đầy đủ
- ✚ Tri giác lú lẫn, mất cơ hô hấp (thở ngực bụng không đồng bộ)
- ✚ Hypoxemia (mỗi lúc một nặng hơn mặc dù có thở O₂ có tình trạng toan huyết PH < 7,30
- ✚ Cần thông khí cơ học

CÁC CHỈ ĐỊNH CHO BỆNH NHÂN COPD SAU ĐỢT CẤP EXACERBATION ĐƯỢC XUẤT VIỆN

- ✚ Thở khí dung $\beta_2\epsilon\oplus$: không nhiều hơn 6 lần / ngày

- ✚ Nếu bệnh nhân ở phòng cấp cứu: triệu chứng lâm sàng tốt hơn, sau xử lý bệnh nhân có thể đi bộ lui tới trong phòng cấp cứu được
- ✚ Bệnh nhân ăn được, ngủ được không bị thức giấc do khó thở
- ✚ Bệnh đường hô hấp khác kèm theo được kiểm soát tốt
- ✚ Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ổn định, không cần điều trị bằng tiêm, truyền trong vòng 12-24 giờ.
- ✚ Bệnh nhân hiểu biết đầy đủ, đúng về cách sử dụng thuốc
- ✚ Bệnh nhân được theo dõi đầy đủ tại phòng khám ngoại chấn, hay tại nhà (có thể có Y tá, O₂ liệu pháp tại nhà, chế độ dinh dưỡng).