

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG Ở NGƯỜI LỚN



THẠC SĨ BÁC SĨ ĐỖ NGỌC CHÁNH

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CƠN HEN PHỄ QUẢN NẶNG Ở NGƯỜI LỚN



CÓ THỂ NÓI:

- Hầu hết tử vong do hen có thể ngăn chặn được.
- Hầu hết các trường hợp cơn hen nặng tử vong xảy ra ở nhà, ở nơi làm việc hoặc trên đường tới bệnh viện.

ĐỊNH NGHĨA



GINA (2006): Cơn hen nặng là tình trạng nặng lên của các triệu chứng hen như khó thở, nặng ngực, thở rít với lưu lượng đỉnh giảm dưới 60% giá trị lý thuyết.

Chẩn đoán xác định cơn hen phế quản



- Hen phế quản được đặc trưng bởi các cơn khó thở kịch phát do co thắt phế quản. Cơn có thể tự hết một cách tự phát hoặc dưới tác dụng điều trị.
- Dấu hiệu có trước thường là ngứa họng, ngứa mũi, ho thành cơn. Cơn hen thường xuất hiện nhanh, bệnh nhân khó thở, phải ngồi dậy, sử dụng nhiều cơ hô hấp phụ, tiếng thở cò cữ, nghe phổi thấy ran rít lan toả khắp 2 phổi. Cơn có thể tự hết, nhưng thường hết khi dùng thuốc giãn phế quản. Cuối cơn khạc ra đờm trong, dính. Ngoài cơn hen phổi không có ran.
- Chẩn đoán xác định hen phế quản dựa vào tiền sử (bản thân, gia đình), đặc điểm xuất hiện của cơn hen.

Các yếu tố có nguy cơ dự báo cơn HPQ cấp



- Có tiền sử bị các cơn hen nặng phải đặt nội khí quản hoặc thở máy.
- Có ít nhất 1 lần phải đi cấp cứu vì hen trong 1 năm gần đây.
- Dùng kéo dài hoặc ngưng dùng đột ngột glucocorticoid đường uống.
- Không điều trị kiểm soát hen bằng glucocorticoid xịt.
- Lệ thuộc thuốc Cường β 2 tác dụng nhanh, đặc biệt những người dùng nhiều hơn 1 bình xịt salbutamol/tháng.

Các yếu tố có nguy cơ dự báo cơn HPQ cấp



- Hen nhạy cảm với aspirin và các thuốc chống viêm giảm đau không phải steroid.
- Có tràn khí màng phổi trong cơn khó thở
- Có tiền sử dị ứng thức ăn, đặc biệt là đậu phộng.
- Phải dùng phổi hợp ít nhất 3 nhóm thuốc chữa hen.
- Có các vấn đề về tâm thần hoặc đang phải dùng thuốc an thần.
- Tiền sử có bệnh lý tim phổi khác phổi hợp hoặc dùng thuốc chẹn β giao cảm.

Các yếu tố có nguy cơ dự báo cơn HPQ cấp



- Tiền sử không tuân thủ điều trị, từ chối chẩn đoán và điều trị hen.
- Loạn thần, nghiện rượu hoặc đang phải dùng thuốc an thần.
- Sang chấn tâm lí hoặc các bất ổn về gia đình.
- Tiền sử nghiện thuốc lá.

Chẩn đoán phân biệt :



- 1) ***Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính***
- 2) ***Tràn khí màng phổi***
- 3) ***Cơn hen tim***
- 4) ***Nhồi máu phổi***
- 5) ***Viêm phổi cấp***
- 6) ***Dị vật đường thở***

Triệu chứng cơn hen nặng và nguy kịch theo GINA 2006



	Cơn hen nặng	Cơn hen nguy kịch
<i>Mức độ khó thở</i>	Lúc nghỉ ngơi Phải ngồi ngả ra trước	
<i>Nói</i>	Từng từ	Không nói được
<i>Ý thức</i>	Thường kích thích	Ngủ gà hoặc lú lẫn
<i>Nhịp thở</i>	Thường > 30 lần/phút	Thở chậm < 10 lần/ phút hoặc ngừng thở
<i>Co kéo cơ hô hấp phụ</i>	Thường xuyên	Hô hấp nghịch thường
<i>Ran rít ran ngáy</i>	Nhiều ran	Phổi im lặng
<i>Nhịp tim</i>	>120 lần/phút	Nhịp chậm
<i>Mạch đảo</i>	Thường có > 25 mm Hg	Không có, chứng tỏ có mỗ cơ hô hấp

chỉ trích dẫn ngoại văn

phát hiện và theo dõi sát bệnh nhân khi có **hội chứng đe dọa:**

- Cơn hen nặng lên từ vài ngày nay
- Các cơn mau hơn trước
- Cơn hen nặng hơn trước
- Cơn hen kém đáp ứng với điều trị vẫn thường dùng
- Tăng nhu cầu dùng thuốc chữa hen
- Giảm dần cung lượng đỉnh



Diễn biến dự báo cơn hen nặng:

- Cơn hen nặng lên nhanh chóng trong vài giờ
- Cơn hen đáp ứng kém với điều trị

Các dấu hiệu của cơn HPQ không ổn định



- Các triệu chứng nặng dần lên
- Tăng liều và nhu cầu sử dụng thuốc kích thích β_2
- Giảm hiệu quả với thuốc kích thích β_2
- Giảm dần giá trị của PEEP
- Tăng dần sự khác biệt của PEEP giữa sáng và chiều
- *Hen phế quản không ổn định có nguy cơ gây cơn hen cấp do đó cần thiết điều trị cơ bản:
Corticoid (hít) + kích thích β_2 (kéo dài)*

XỬ TRÍ CẤP CỨU NGOẠI VIỆN



Nguyên tắc chung:

- Cơn hen phế quản nặng: Xử trí thuốc trước, thủ thuật sau
- Cơn hen phế quản nguy kịch: Tiến hành thủ thuật trước, xử trí thuốc sau

XỬ TRÍ CẤP CỨU NGOẠI VIỆN



- ***Đánh giá:*** tình trạng nặng của bệnh và đáp ứng của tình trạng này với điều trị. Phân tích trên một số yếu tố.
 - ***Tiền sử bệnh:***
 - ***Khám lâm sàng:***
 - ***Đánh giá khách quan tình trạng tắc nghẽn đường thở***
 - ***Đo oxy ngón tay:***
 - ***Đáp ứng điều trị***

Xử trí cơn hen phế quản nặng



- **Xử trí ngoài bệnh viện:**

Đo oxy ngón tay: Đo bão hòa oxy đầu ngón tay (SpO_2) là cần thiết cho tất cả bệnh nhân vào cơn hen cấp để xác định có hay không giảm oxy máu. Đánh giá này còn cho phép theo dõi diễn biến trong quá trình điều trị. Mục tiêu của điều trị cấp cứu là duy trì được giá trị SpO_2 từ 92% trở lên. Tuy nhiên giá trị SpO_2 không giúp cho dự đoán được tiên lượng bệnh nhân có phải nhập viện hay không

Xử trí cơn hen phế quản nặng



- **Xử trí ngoài bệnh viện:**
- Thở oxy.
- Ventolin 2 nhát liên tiếp x 03 lần/ 15 phút
- Phun khí dung: sau 2 - 3 lần xịt không có kết quả.

Salbutamol (ventoline) hoặc **Terbutaline** (Bricanyl) dung dịch khí dung 5mg: Khí dung qua mặt nạ 20 phút/lần, có thể khí dung đến 3 lần liên tiếp nếu sau khi khí dung 1 lần chưa có hiệu quả

Xử trí cơn hen phế quản nặng

- Nếu dùng thuốc cường beta-2 không đỡ, nên phối hợp thêm thuốc ức chế giao cảm: Ipratropium (Atrovent) bơm họng 2 nhát.
- Có thể dùng các chế phẩm phối hợp sẵn 2 nhóm thuốc trên: Berodual (fenoterol + ipratropium) xịt mỗi lần 2 phát, 20 phút/lần; hoặc Combivent (salbutamol + ipratropium) xịt với liều trên.
- Nếu tình trạng khó thở không giảm: Chuyển nhanh đến bệnh viện, trên đường vận chuyển dùng thêm:
- Dùng salbutamol hoặc terbutaline xịt 8 - 12 phát liên tục vào buồng đệm cho bệnh nhân hít thở.
- Terbutaline hoặc salbutamol (ống 0,5mg) tiêm dưới da 1 ống.

Xử trí cơn hen phế quản nặng



- Corticoit đường toàn thân:
 - Hydrocortisone 100mg TTM
 - Hoặc Methylprenisolone 40mg TTM.
- trường hợp không đáp ứng các thuốc nói trên:
- Aminophyllin 5 mg/kg cân nặng TM/ 20 phút.
- Adrenalin 0,3 mg tiêm dưới da. Nếu cơn không giảm có thể nhắc lại sau 20 phút với cùng liều trên. *Không nên tiêm dưới da quá 3 lần, nên thay đổi vị trí tiêm để tránh hoại tử tại nơi tiêm.*

Xử trí cơn hen phế quản nặng



- Corticoit đường toàn thân:
 - Hydrocortisone 100mg TTM
 - Hoặc Methylprenisolone 40mg TTM.
- trường hợp không đáp ứng các thuốc nói trên:
- Aminophyllin 5 mg/kg cân nặng TM/ 20 phút.
- Adrenalin 0,3 mg tiêm dưới da. Nếu cơn không giảm có thể nhắc lại sau 20 phút với cùng liều trên. *Không nên tiêm dưới da quá 3 lần, nên thay đổi vị trí tiêm để tránh hoại tử tại nơi tiêm.*
- *Lưu ý:* không nên dùng adrenalin ở bệnh nhân già, có tiền sử bệnh tim hoặc bệnh mạch vành, tăng huyết áp.

Pharmacologic management in the emergency department

Agent	Dose
Salbutamol (albuterol)	2.5 mg (0.5 ml) in 2.5 ml normal saline by nebulisation continuously, or every 15–20 min until a significant clinical response is achieved or serious side effects appear
Epinephrine	0.3–0.4 ml of a 1:1000 solution subcutaneously every 20 min for 3 doses
Terbutaline	Preferable to epinephrine in pregnancy
β -agonists	Intravenous administration should be considered in patients who have not responded to inhaled or subcutaneous treatment, in whom respiratory arrest is imminent
Corticosteroids	Methylprednisolone 60–125 mg (intravenous) or prednisone 40 mg (oral)
Anticholinergics	Ipratropium bromide 0.5 mg by nebulisation every 1–4 hours, combined with salbutamol
Methylxanthines	Theophylline 5 mg/kg (intravenous) over 30 min – loading dose in patients not already on theophylline, followed by 0.4 mg/kg/hour intravenous maintenance dose. Serum levels should be checked within 6 hours

CẢM ƠN QUÍ VỊ

