

HEN PHẾ QUẢN TRẺ EM

1. ĐỊNH NGHĨA HEN

Hen là tình trạng viêm mạn tính đường thở kết hợp với tăng phản ứng của đường dẫn khí và giới hạn luồng khí thở ra dao động, lâm sàng đặc trưng bởi khó thở kèm khò khè tái phát, có thể phục hồi tự nhiên hay do điều trị.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Hỏi bệnh:

Khò khè tái phát, yếu tố khởi phát cơn, tần suất cơn, tiền sử nhập viện vì hen suyễn (đặc biệt tại khoa cấp cứu, hồi sức), thuốc đang điều trị (cắt cơn, phòng ngừa).

2.2. Khám lâm sàng

Đánh giá tri giác, sinh hiệu, dấu hiệu co kéo cơ hô hấp phụ (cơ lõm lồng ngực, co kéo cơ ức đòn chũm...), khò khè, nghe phổi (phế âm, ran phổi), nhịp tim, đo SpO2 nếu có.

2.3. Cận lâm sàng

- Đo hô hấp ký (trẻ >5 tuổi và có thể hợp tác khi đo)
- Chỉ định chụp X-quang phổi(không thường quy):
 - + Nghi có viêm phổi
 - + Nghi có biến chứng
 - + Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khò khè khác
- Test dị ứng: test lấy da, định lượng IgE đặc hiệu

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Căn cứ hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng và sau khi loại trừ các bệnh khò khè khác. Tiền sử có cơn hen hoặc được chẩn đoán hen hoặc khó thở giảm khi dùng Salbutamol.

Chẩn đoán xác định:

- Tiền sử (khò khè tái phát), lâm sàng (ho, khò khè, khó thở), đáp ứng với thuốc dẫn phế quản tác dụng nhanh.
- Loại trừ các nguyên nhân gây khò khè khác: dị vật đường thở, viêm tiểu phế quản.
- Đo hô hấp ký (trẻ >5 tuổi), hội chứng tắc nghẽn đường dẫn khí có đáp ứng với test dẫn phế quản

- Dao động xung ký (trẻ 2-5 tuổi): tăng kháng lực đường dẫn khí, hội chứng nghẽn tắc đường dẫn khí, có đáp ứng với test dẫn phế quản.

5 tiêu chuẩn chẩn đoán hen (lâm sàng)

1. Khò khè tái đi tái lại
2. Có đáp ứng với điều trị hen*
3. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới
4. Tiền căn hen gia đình
5. Đã loại trừ các nguyên nhân khác

Nếu không có tiền căn gia đình thì hỏi thêm yếu tố khởi phát

- Đáp ứng DPQ, ICS hoặc Montelukast 4-8 tuần.

3.2.Xác định độ nặng cơn hen

	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Dọa ngưng thở
Khó thở	Không hoặc nhẹ	Nói từng câu ngắn	Ngồi cúi ra trước để thở, nói từng chữ	
Nhịp thở	Bình thường	<5t:40-45l/ph >5t:30-40l/ph	<5t:>50l/ph >5t:>40l/ph	Cơn ngưng thở, thở nấc
Tri giác	Bình thường	Hơi bứt rứt	Lờ đờ, vật vờ	Lơ mơ, mê
Co kéo cơ hô hấp phụ	Không	Thường có	Thường nặng	Cử động ngực bụng ngược chiều
Khò khè	Cuối thì thở ra	Hai thì	Lớn	Mất
Mạch(lần/phút)	<100	100-120	>120	Chậm
SpO2(khí trời)	>95%	91-95%	<91%	
PEF	>80%	60-80%	<60% TSDĐ	

3.3. Đánh giá bậc và mức độ kiểm soát cơn hen

a. Đánh giá bậc cơn hen: khi thăm khám ban đầu cho bệnh nhân hen lần đầu hay mới được chẩn đoán hen

	Triệu chứng ban ngày	Triệu chứng về đêm	PEF hoặc FEV1
--	----------------------	--------------------	---------------

			Thay đổi PEF
Nặng, dai đẳng (Bậc 4)	Liên tục, giới hạn hoạt động thể lực	Thường xuyên	$\leq 60\%$ $> 30\%$
Vừa, dai đẳng (Bậc 3)	Mỗi ngày Sử dụng β_2 giao cảm mỗi ngày Con ảnh hưởng đến hoạt động	> 1 lần/ tuần	$60-80\%$ $> 30\%$
Nhẹ, dai đẳng (Bậc 2)	Con ≥ 1 lần/ tuần nhưng < 1 lần/ ngày	> 2 lần/ tháng	$\geq 80\%$ $20-30\%$
Nhẹ, từng cơn (Bậc 1)	Con < 1 lần/ tuần Không có triệu chứng và PEF bình thường giữa các cơn	≤ 2 lần/ tháng	$\geq 80\%$ $< 20\%$

Chỉ cần có một trong các biểu hiện trên là đủ để xếp bệnh nhân vào bậc tương ứng.

b. Đánh giá mức độ kiểm soát: Cần đánh giá mức độ kiểm soát hen trong 4 tuần qua và nguy cơ kém kiểm soát trong tương lai.

Cần hỏi trong 4 tuần qua trẻ:

- Có triệu chứng ban ngày kéo dài trên vài phút và trên 1 lần/ tuần
- Có bất kỳ giới hạn hoạt động do hen (chạy/ chơi kém hơn trẻ khác, dễ mệt khi đi bộ, chơi)
- Cần sử dụng thuốc cắt cơn trên 1 lần/ tuần
- Bất kỳ thức giấc hay ho về đêm do hen

Nếu: Không có hiện tượng nào: kiểm soát tốt

1-2 hiện tượng: kiểm soát 1 phần

3-4 hiện tượng: không kiểm soát

Mức độ kiểm soát	Hành động
Kiểm soát tốt	Duy trì và tìm bước kiểm soát thấp nhất
Kiểm soát 1 phần	Xét tăng bậc để có thể kiểm soát tốt***
Không kiểm soát	Tăng bậc cho đến khi kiểm soát tốt

*** Trước khi tăng bậc kiểm tra sự tuân thủ, kỹ thuật hít thuốc, yếu tố khởi phát

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Viêm tiểu phế quản(trẻ ≤ 24 tháng), viêm phổi, trào ngược dạ dày thực quản, lao, dị vật đường thở, bệnh tim bẩm sinh, loạn sản phế quản phổi, các dị dạng đường hô hấp bẩm sinh.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc:

- Điều trị cắt cơn
- Nhận biết và giảm tiếp xúc yếu tố nguy cơ
- Điều trị phòng ngừa

5.2. Chỉ định nhập viện:

**** Nhập khoa cấp cứu ngay khi:**

- Cơn hen có tiền sử đặt nội khí quản
- Kèm bệnh lý nền tim bẩm sinh nặng
- Dọa ngưng thở hoặc cơn hen nặng
- Tím tái
- $SpO_2 < 92\%$ với khí trời
- Trẻ không thể nói, không thể uống

**** Nhập khoa hô hấp:**

Cơn hen trung bình không đáp ứng với 3 lần khí dung Salbutamol hoặc MDI (cách nhau 20 phút)

5.3. Điều trị cắt cơn hen nhẹ- trung bình tại phòng khám

a. Điều trị ban đầu:

- Khí dung salbutamol: qua Jet nebulizer 2 lần liên tiếp cách nhau 20 phút, liều 2.5mg/lần cho trẻ < 5 tuổi, 5mg/lần cho trẻ > 5 tuổi
- Trường hợp không có máy phun khí dung thì có thể dùng bình xịt định liều (MDI).

+ Trẻ > 6 tuổi và hợp tác: MDI salbutamol 100mcg: 4 nhát x 3 lần cách nhau 20 phút

+ Trẻ 4-6 tuổi hoặc không hợp tác: MDI + buồng đệm có ống ngậm: Salbutamol 100mcg: 4-8 nhát X 3 lần cách nhau 20 phút

+ Trẻ < 4 tuổi: MDI + buồng đệm + mặt nạ: Salbutamol 100mcg: 4-8 nhát x 3 lần cách nhau 20 phút

- Chỉ định Corticoid uống:

- ❖ Không đáp ứng sau liều salbutamol đầu tiên
- ❖ Đáp ứng không hoàn toàn sau khi phun khí dung 1 giờ

❖ Bệnh nhân đang điều trị corticoid hoặc có tiền căn cơn hen nặng, nguy kịch

Liều dùng: Prednison uống 1-2mg/kg/ ngày chia 2 lần

b. Điều trị tiếp theo: Đánh giá sau điều trị ban đầu 1 giờ (nghĩa là sau 2 lần phun khí dung liên tiếp hoặc sau 3 lần MDI), nếu:

Đáp ứng tốt:

- ❖ Tiếp tục salbutamol khí dung hoặc MDI mỗi 4-6 giờ, trong 24h đầu
- ❖ Nếu không có salbutamol khí dung hay MDI: Salbutamol hay Terbutalin uống trong 7-10 ngày(nhưng kém hiệu quả hơn)
- ❖ Prednison uống, nếu đã dùng trong 3-5 ngày
- ❖ Xem xét chỉ định điều trị phòng ngừa

Đáp ứng không hoàn toàn hay không đáp ứng: nhập khoa hô hấp

Diễn tiến nặng hơn: nhập khoa cấp cứu

5.4. Điều trị phòng ngừa

a. Chỉ định điều trị phòng ngừa lâu dài bằng thuốc

- Hen không kiểm soát hay hen kiểm soát 1 phần
- Hen dai dẳng(từ bậc 2 trở lên)
- Hen dai dẳng, hen nguy kịch
- Có ≥ 3 cơn hen/ năm

a.1. Điều trị phòng ngừa hen cho trẻ ≤ 5 tuổi

- + Kiểm soát một phần: thuốc lựa chọn đầu tiên là ICS liều thấp hoặc Montelukast nếu có chỉ định thay thế ICS
- + Không kiểm soát: ICS liều trung bình hoặc ICS liều thấp + Montelukast

a.2. Điều trị kiểm soát hen cho trẻ > 5 tuổi

- + Kiểm soát 1 phần: thuốc lựa chọn đầu tiên là ICS liều thấp hoặc Montelukast nếu có chỉ định thay thế ICS
- + Không kiểm soát: ICS liều trung bình hoặc ICS liều thấp + LABA(thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài)
- + Hen phế quản kiểm soát tốt: phòng ngừa bằng phương pháp không dùng thuốc hoặc giảm bậc điều trị nếu đã được phòng ngừa bằng thuốc trước đó.

b. Thuốc phòng ngừa

b.1. Corticoid hít ở trẻ em

Thuốc	Liều thấp mcg/ngày	Liều trung bình mcg/ngày	Liều cao mcg/ngày
Budesonid (MDI)	100-200	> 200-400	>400
Budesonid (khí dung)	250-500	>500-1000	>1000
Fluticason (MDI)	100-200	>200 -500	>500

b.2. Montelukast

- Chỉ định:

- Hen do nhiễm siêu vi thúc đẩy (thời gian điều trị trung bình từ 7-10 ngày)
- Thuốc thay thế điều trị bậc 2, khi trẻ không thể sử dụng corticoid hít hay dị ứng hay tác dụng phụ với corticoid hít
- Thuốc thay thế điều trị bậc 2, khi trẻ có kèm theo viêm mũi dị ứng
- Thuốc thêm vào khi thất bại với điều trị bậc 3, để giảm corticoid hít còn liều thấp, giảm tác dụng phụ
- Thuốc thêm vào với corticoid hít điều trị bậc 3, 4 khi không có sẵn dạng phối hợp 2 trong 1 hoặc không dung nạp LABA

- Liều dùng:

- Trẻ ≥ 15 tuổi: 10mg/ ngày (tối)
- Trẻ 6-14 tuổi: 5mg/ngày (tối)
- Trẻ 2-5 tuổi: 4mg/ ngày (tối)

b.3. Thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài (LABA) thường kết hợp với corticoid hít

6. QUẢN LÝ BỆNH NHÂN

6.1. Giáo dục bệnh nhân:

- Tránh yếu tố kích thích: tránh khói thuốc lá, thuốc xịt phòng, không nuôi và cho trẻ chơi với chó ,mèo, dọn dẹp nhà cửa sạch sẽ và thoáng
- Biết xử trí cơn hen tại nhà và những dấu hiệu nặng cần nhập viện:
 - + Hướng dẫn cách sử dụng bình xịt định liều β_2 giao cảm khi lên cơn hen
 - + Biết các dấu hiệu nặng cần đưa đến bệnh viện: khó thở nặng, không đáp ứng 3 liều khí dung β_2 giao cảm hoặc nặng hơn.

6.2. Tái khám

- Việc đánh giá mỗi khi tái khám bao gồm: mức độ kiểm soát hen, yếu tố nguy cơ, tác dụng phụ

- Cần theo dõi chiều cao của trẻ mỗi năm hay thường xuyên hơn nếu có thể

- Sau mỗi đợt hen cấp, trẻ cần được tái khám trong vòng 1 tuần

- Chu kỳ tái khám theo mức độ nặng:

+ Bậc 1: mỗi 6-12 tháng

+ Bậc 2: mỗi 6 tháng

+ Bậc 3: mỗi 3 tháng

+ Bậc 4: mỗi 1-2 tháng hay gần hơn để được kiểm soát ổn định

- Chu kỳ tái khám theo mức độ kiểm soát hen:

+ Hen chưa kiểm soát: tái khám mỗi 2 tuần

+ Hen kiểm soát 1 phần: tái khám mỗi tháng

+ Hen kiểm soát tốt: Tái khám mỗi 3 tháng, sau đó mỗi 6 tháng, 1 năm

6.3. Tăng bậc điều trị

Nếu không đạt được kiểm soát hen sau 1-3 tháng và/ hoặc vẫn có cơn kịch phát dai dẳng dù đã điều trị phòng ngừa thích hợp.

Trước khi tăng bậc cần xem xét:

- Có đúng là hen được kiểm soát tốt không? Cần xác định các triệu chứng do hen hơn là do các bệnh đồng mắc hay bệnh lý khác

- Kiểm tra kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít

- Kiểm tra sự tuân thủ điều trị đúng với liều thuốc được chỉ định

- Kiểm soát môi trường, loại trừ yếu tố khởi phát(khói thuốc lá, dị nguyên)

6.4. Giảm bậc điều trị

- Khi hen được kiểm soát tốt và sự kiểm soát đạt được – duy trì ít nhất 3 tháng

- Nếu có nguy cơ cơn kịch phát hay hạn chế luồng khí cố định: không giảm bậc mà không theo dõi sát

- Chọn thời điểm thích hợp, khi trẻ không bị nhiễm khuẩn hô hấp, đi du lịch. Nên tránh giảm liều trong mùa dễ bị nhiễm khuẩn hô hấp (mùa mưa, mùa lạnh), mùa có nhiều phấn hoa ở bệnh nhân dị ứng

- Giảm liều ICS 25-50% mỗi 3 tháng là biên pháp dễ thực hiện và an toàn.

6.5. Ngưng thuốc điều trị:

- Kiểm soát duy trì ít nhất 1 năm với bậc điều trị thấp nhất.

- Nên tránh ngưng thuốc phòng ngừa trong mùa dễ bị nhiễm khuẩn hô hấp (mùa mưa, mùa lạnh), mùa có nhiều phấn hoa ở bệnh nhân dị ứng, khi trẻ đang nhiễm khuẩn hô hấp, đi du lịch.