

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

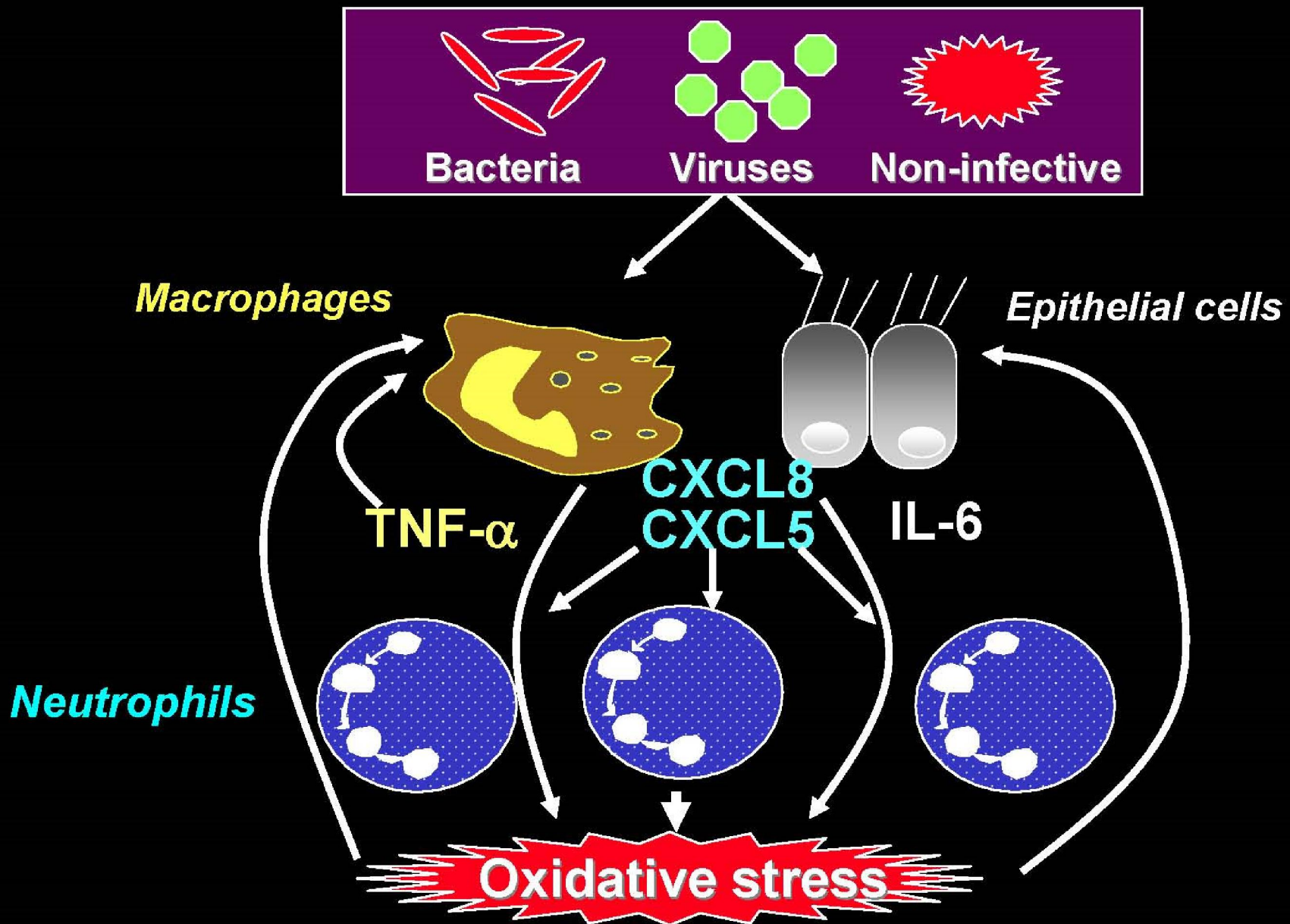
CTMTQG PHÒNG CHỐNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN VÀ MẠN TÍNH

CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP BPTNMT

Định nghĩa:

- ✓ Đợt cấp BPTNMT là tình trạng thay đổi cấp tính của các dấu hiệu: khó thở, ho và khạc đờm so với ban đầu.
- ✓ Những biến đổi này đòi hỏi phải có thay đổi trong điều trị

COPD EXACERBATIONS



CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP BPTNMT

Căn nguyên đợt bùng phát

- ✓ **Nhiễm trùng hô hấp**
- ✓ **Ô nhiễm không khí (khói thuốc, tiếp xúc nghề nghiệp, ozone)**
- ✓ **NN khác: suy tim xung huyết, các nhiễm trùng ngoài hô hấp, nhồi máu phổi, TKMP, dùng thuốc an thần, thuốc chẹn beta giao cảm, sau mổ ngực-bụng, chấn thương ngực**
- ✓ **1/3 không rõ NN**

CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP BPTNMT

Các triệu chứng của đợt cấp:

Bộ phận	Triệu chứng
Tim	Nặng ngực - nhịp nhanh
Hô hấp	Thay đổi về thể tích, màu sắc, độ quánh của đờm Ho - thở nhanh - khó thở - Nghe có tiếng cò cứ
Toàn thân	Mệt – sốt - Rét run
Cơ, xương	Giảm khả năng gắng sức
Tâm thần	Buồn ngủ - Mất ngủ - trầm cảm - rối loạn ý thức



Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Quản lý đợt cấp: Đánh giá

Khí máu động mạch trong bệnh viện: $\text{PaO}_2 < 8.0 \text{ kPa}$ có hoặc không kèm $\text{PaCO}_2 > 6.7 \text{ kPa}$ khi thở khí trời => suy hô hấp.

Chest radiographs: giúp loại trừ chẩn đoán khác

ECG: có thể giúp chẩn đoán bệnh tim mạch đồng mắc.

Whole blood count: giúp phát hiện đa hồng cầu, thiếu máu, chảy máu.

Purulent sputum trong đợt cấp: chỉ định ngay trước khi dùng kháng sinh.

Biochemical tests: giúp phát hiện bất thường điện giải đồ, đái tháo đường, tình trạng dinh dưỡng kém.

Spirometric tests: không khuyến cáo đo khi đang có đợt cấp.

TIẾU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP

SỰ THAY ĐỔI SO VỚI BAN ĐẦU CỦA CÁC BIỂU HIỆN

- Khú thở tăng
- Khạc đờm tăng
- Thay đổi màu sắc của đờm (đờm mủ)

=> SỰ THAY ĐỔI ĐIỀU TRỊ

1. *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2009.*
<http://www.goldcopd.org>
2. *O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2007 update. Can Respir J 2007; 14(suppl B):5B–32B*

CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP BPTNMT

Các yếu tố làm tăng mức độ nặng của đợt cấp COPD tại nhà

1. Rối loạn ý thức
2. Có > 3 đợt cấp trong năm trước
3. Chỉ số khối cơ thể < 20
4. TC nặng lên rõ hoặc có rối loạn dấu hiệu chức năng sống
5. Bệnh mạn tính kèm theo (bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim xung huyết, viêm phổi, đái tháo đường, suy thận, suy gan)
6. Hoạt động thể lực kém
7. Không có trợ giúp xã hội
8. Đã được chẩn đoán BPTNMT mức độ nặng hoặc rất nặng
9. Đã có chỉ định thở oxy dài hạn tại nhà

PHÂN MỨC ĐỘ NẶNG THEO ANTHONISEN

- Type 1: Có đầy đủ cả 3 triệu chứng
- Type 2: có 2/3 triệu chứng

CHỦ YẾU LIÊN QUAN ĐẾN

➤ CÓ THỂ KHÔNG CHẨN ĐOÁN CHÍNH XÁC ĐÓ LÀ ĐỢT CẤP

➤ ĐỢT CẤP TYPE 3 CÓ THỂ NẶNG HƠN NHIỀU ĐỢT CẤP TYPE I

- Sốt không do nguyên nhân khác
- Tăng ho hoặc khò khè
- Tăng nhịp tim hay nhịp thở 20% so với trạng thái bình thường



PHÂN MỨC ĐỘ NẶNG THEO ATS/ERS CÓ CHỈNH SỬA

PHÂN MỨC ĐỘ NẶNG THEO ATS/ERS:

- **Mức độ I – điều trị tại nhà**
- **Mức độ II – cần nhập viện**
- **Mức độ III – có suy hô hấp**

Celli BR, Mac Nee W: ATS/ERS task force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23:932–946. Erratum in: Eur Respir J 2006; 27:242.

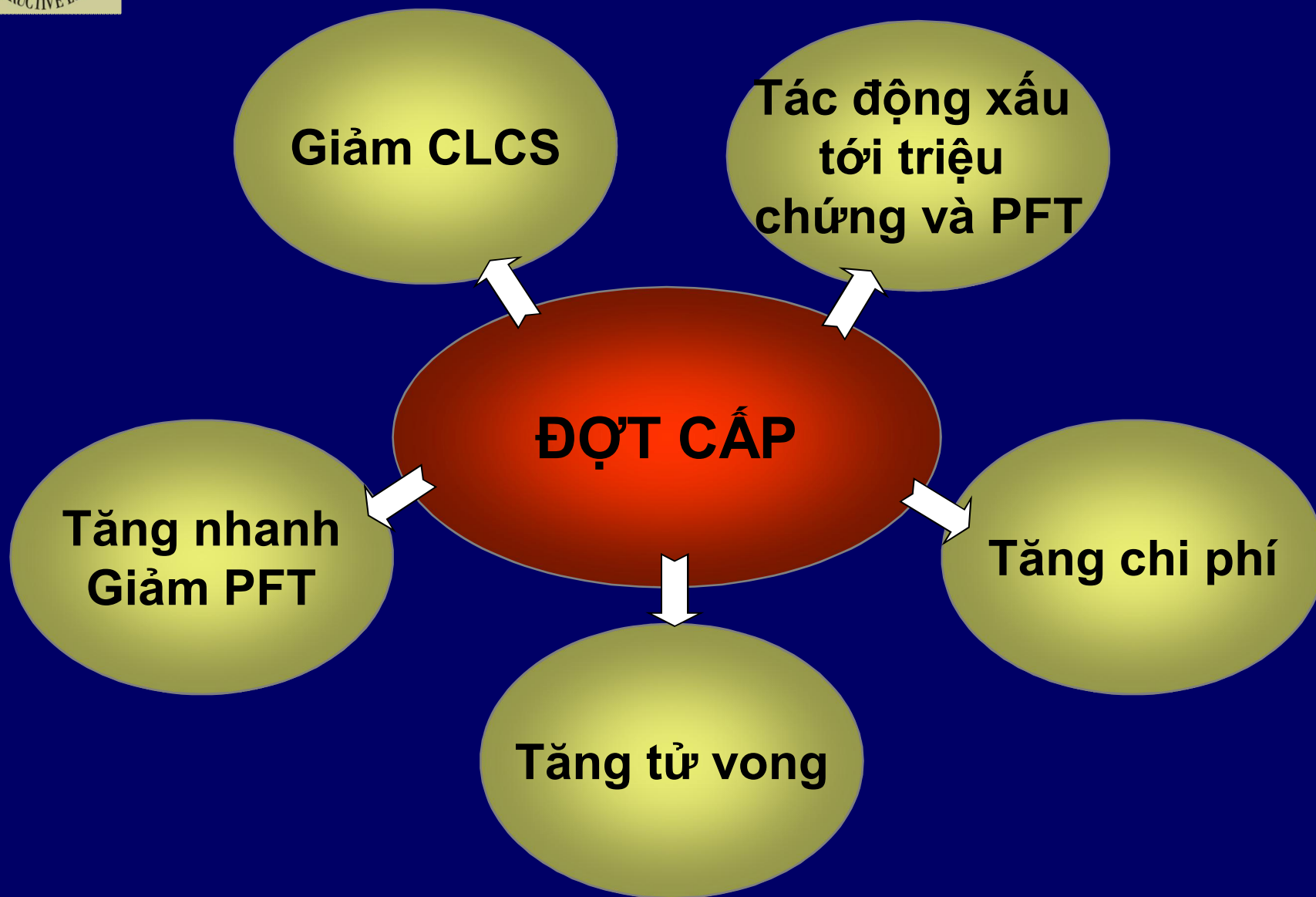
MỨC ĐỘ NẶNG ĐỢT CẤP – BURGE S

Mức độ	Tiêu chí
Nhẹ	Cần dùng kháng sinh, không cần corticoid toàn thân. Không có dấu hiệu suy hô hấp trên lâm sàng và/ hoặc khí máu
Trung bình	Đợt cấp cần điều trị corticoid đường tĩnh mạch, có hoặc không kháng sinh. Không có dấu hiệu suy hô hấp trên lâm sàng và/ hoặc khí máu
Nặng	Suy hô hấp với giảm oxy máu, nhưng không tăng CO ₂ , không toan máu; PaO ₂ < 60 mmHg và PaCO ₂ < 45mmHg
Rất nặng	Suy hô hấp với tăng CO ₂ máu, còn bù, nhưng không toan máu, PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 45 mmHg, và pH > 7,35
Đe dọa cuộc sống	Suy hô hấp với tăng CO ₂ máu, mất bù, kèm toan máu, PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 45 mmHg, và pH < 7,35

Burge S, Wedzicha J.A. "COPD exacerbations: definitions and classifications". Eur Respir J 2003; 21: Suppl. 41, 46s–53s



Hậu quả của đợt cấp COPD



ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI NHM

CTMTQG PHÒNG CHỐNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN VÀ MẠN TÍNH



Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Manage Exacerbations: Treatment Options

Oxy: tăng để cải thiện tình trạng giảm oxy, với mục tiêu đạt SpO₂ 88-92%.

Thuốc giãn phế quản: SABA, có hoặc không kèm SAMA.

Corticosteroid đường toàn thân: Giảm thời gian hồi phục, cải thiện chức năng phổi (FEV₁) và oxy máu động mạch (PaO₂), giảm nguy cơ xuất hiện đợt cấp sớm, giảm nguy cơ thất bại điều trị, và giảm thời gian nằm viện. Liều 30-40mg prednisolone/ ngày x 10-14 ngày



Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Quản lý đợt cấp: Lựa chọn điều trị

Kháng sinh: nên được cho khi bệnh nhân có:

- Cả 3 triệu chứng: khó thở tăng, khạc đờm tăng, tăng đờm mủ
- Bệnh nhân cần thông khí nhân tạo



Quản lý đợt cấp: Lựa chọn điều trị

Noninvasive ventilation (NIV):

- Cải thiện toan hóa máu, giảm tần số thở, giảm mức độ nặng của khó thở, giảm biến chứng, giảm thời gian nằm viện
- Giảm tỷ lệ tử vong và nhu cầu đặt NKQ



Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Quản lý đợt cấp: Chỉ định nhập viện

- Tăng nghiêm trọng triệu chứng
- Bệnh COPD ban đầu nặng
- Xuất hiện triệu chứng thực thể mới
- Thất bại với điều trị đợt cấp ban đầu
- Có kèm bệnh đồng mắc nặng
- Đợt cấp xuất hiện thường xuyên
- Tuổi cao
- Không đủ điều kiện chăm sóc tại nhà

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

1. Thuốc giãn phế quản

- ❖ Kết hợp nhiều nhóm thuốc
- ❖ Tăng liều tối đa các thuốc dạng hít dung và dạng uống

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

1.1. Nhóm cường beta adrenergic

❖ Dạng xịt, KD:

- ✓ Salbutamol 5mg x 3 – 6 nang/ ngày (KD), **hoặc**
- ✓ Terbutaline (Bricanyl) 5mg x 3-6 nang/ ngày (KD) **hoặc**
- ✓ Salbutamol 100mcg x 2 nhát xịt/ mỗi 8 giờ

❖ Dạng uống:

- ✓ Salbutamol 4mg x 4 v/ngày, uống chia 4 lần, **hoặc**
- ✓ Terbutaline 5mg x 4 v/ngày, uống chia 2 lần, **hoặc**
- ✓ Bambuterol 10mg x 1-2 v uống

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

1.2. Nhóm kháng cholinergic

- ✓ Ipratropium (Atrovent) nang 2,5ml x 3-6 nang/ngày (KD)
- ✓ Tiotropium (Spiriva) 18mcg x 1 nang/ngày (hít)

1.3. Nhóm xanthin

- ✓ Theophyllin 100mg: 10mg/kg/ ngày, uống chia 4 lần

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

2. Corticoid

- ✓ Budesonide 0,5mg x 4 nang/ngày, KD chia 4 lần, ± thêm:
- ✓ Prednisolone 1-2mg/kg/ngày (uống buổi sáng)
- ✓ Methylprednisolone 1mg/kg/ngày (uống buổi sáng)

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

Dạng kết hợp

- ❖ **Kháng cholinergic và thuốc cường beta 2 adrenergic**
 - ✓ Berodual x 6ml/ ngày, KD chia 3 lần
 - ✓ Combivent nang 2,5ml x 3-6 nang/ ngày, KD chia 3 lần
- ❖ **Thuốc cường beta 2 tác dụng kéo dài và corticoid hít**
 - ✓ Budesonide + Formoterol (Symbicort) 160/4.5 x 4-8 liều hít/ ngày, chia 2 lần
 - ✓ Fluticasone + Salmeterol (Seretide) x 4-8 liều hít (xịt)/ ngày, chia 2 lần

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

3. Thuốc kháng sinh

- ❖ CD khi có nhiễm trùng rõ: Ho khạc đờm nhiều, đờm đục hoặc có sốt và các TC nhiễm trùng khác kèm theo
- ❖ Thuốc: có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp
 - ✓ Ampicillin/ amoxicillin + kháng betalactamase (Augmentin, Unasyn): liều 3g/ ngày, chia 3 lần
 - ✓ Levofloxacin 750mg/ ngày, moxifloxacin 400mg/ ngày, ciprofloxacin 1000mg/ ngày

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

4. Thở oxy tại nhà và thở máy: áp dụng

- ✓ BN có hệ thống oxy (đã có CĐ thở oxy dài hạn)
- ✓ Có thiết bị cung cấp oxy
- ✓ Thở oxy 1-2 l/ ph, duy trì SpO₂ ở mức 90-92%
- ✓ BN có máy thở: điều chỉnh áp lực theo xu thế tăng, đạt tối ưu với bệnh nhân

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI NHÀ

5. Theo dõi và chỉ định nhập viện khi

- ✓ Khó thở rõ rệt
- ✓ Đã có chẩn đoán BPTNMT nặng hoặc rất nặng
- ✓ Có các dấu hiệu thực thể mới: tím môi, đầu chi, phù ngoại biên
- ✓ Đợt cấp đã thất bại với các θ ban đầu
- ✓ Có bệnh mạn tính nặng kèm theo
- ✓ Cơ bụng phát thờng xuyên xuất hiện
- ✓ Nhịp nhanh mới xuất hiện
- ✓ Tuổi cao
- ✓ Không có hỗ trợ từ gia đình

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI KHOA NỘI

CTMTQG PHÒNG CHỐNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN VÀ MẠN TÍNH

Δ ĐỘT CẤP BPTNMT TẠI KHOA NỘI

3. Δ mức độ nặng: Nặng hoặc rất nặng theo Burges

Θ ĐỘT CẤP BPTNMT TẠI KHOA NỘI

Thuốc giãn phế quản

- ✓ Tăng liều thuốc dạng phun, hít; dùng thuốc dạng phối hợp (Berodual, Combivent), kết hợp thuốc GPQ đường uống, nhiều nhóm thuốc GPQ
- ✓ Nếu không cải thiện:
 - ✓ Truyền Salbutamol, Terbutalin với liều 0,5 → 2mg/h, tăng tốc độ truyền 5-10 phút/lần tới khi có đáp ứng
 - ✓ Aminophillin 0,24g x 1 ống + 100ml Glucose 5%, TTM 30' → liều duy trì (Σ 10mg/kg/24h). TD tác dụng phụ: buồn nôn, nôn, RL nhịp tim, co giật, RL tri giác...

Θ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI KHOA NỘI

Corticoid: Methylprednisolon 2mg/kg/ngày , TMC

Kháng sinh: khi có nhiễm trùng

- ✓ Cefotaxim hoặc Ceftazidime 1g x 3 lần/ngày

Có thể phối hợp thêm:

- ✓ Aminoglycosid 15mg/kg/ngày, hoặc
- ✓ Ciprofloxacin 1g/ngày, hoặc
- ✓ Levofloxacin 0,75g/ngày

Θ ĐỘT CẤP BPTNMT TẠI KHOA NỘI

Thông khí nhân tạo không xâm nhập (BiPAP)

Chỉ định: có ≥ 2 tiêu chuẩn

- ✓ Khó thở vừa tới nặng có cơ kéo cơ hô hấp phụ, hô hấp nghịch thường
- ✓ Toan hô hấp nặng (pH 7,25-7,30) và PaCO₂ 45-65mmHg
- ✓ Tần số thở > 25 lần/ph

Θ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI KHOA NỘI

Thông khí nhân tạo không xâm nhập

Thường chọn BiPAP: IPAP = 8 - 10 cmH₂O

EPAP = 4 - 5 cmH₂O

FiO₂ điều chỉnh để SpO₂ > 90-92%

Điều chỉnh thông số: tăng IPAP mỗi lần 2 cmH₂O

. Mục tiêu: BN dễ chịu, TS thở < 30/ph, SpO₂ > 92%, không có toan hô hấp

-Theo dõi lâm sàng xấu đi, PaCO₂ ↑, PaO₂ ↓ hoặc có CCD → chuyển

TKNTXN

Θ ĐỢT CẤP BPTNMT TẠI KHOA NỘI

Thông khí nhân tạo không xâm nhập (BiPAP, CPAP)

Chống chỉ định:

- ✓ Ngừng thở, ngủ gà, rối loạn ý thức, không hợp tác
- ✓ Rối loạn huyết động: ↓ HA, RL nhịp tim, NMCT
- ✓ Nguy cơ hít phải dịch dạ dày, đờm nhiều
- ✓ Mới phẫu thuật răng hàm mặt, mổ dạ dày
- ✓ Bỏng, chấn thương đầu, mặt, béo phì

Xin TRÂN
Trọng Cảm
ơn!

