

HEN PHẾ QUẢN

BS Phan Thu Phương

Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội

HÀNH CHÍNH

1. **Tên môn học:** Nội bệnh lý I
2. **Tên tài liệu học tập:** Hen phế quản
3. **Bài giảng:** Lý thuyết
4. **Thời gian:** 2 tiết
5. **Đối tượng:** Sinh viên Y4 hệ đa khoa
6. **Địa điểm giảng:** Giảng đường trường Đại học Y Hà Nội

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

Sau khi học xong bài này học viên có khả năng:

1. *Nêu được định nghĩa hen phế quản.*
2. *Trình bày được chẩn đoán xác định hen phế quản.*
3. *Trình bày được phân chia mức độ nặng của hen phế quản.*
4. *Trình bày được nguyên tắc điều trị hen phế quản.*

NỘI DUNG

I. Đại cương

1. Định nghĩa:

- HPQ là một hội chứng có đặc điểm là viêm niêm mạc phế quản làm tăng phản ứng của phế quản thường xuyên với nhiều tác nhân kích thích, dẫn đến co thắt cơ trơn phế quản, mức độ co thắt phế quản thay đổi nhưng có thể tự hồi phục hoặc hồi phục sau khi dùng thuốc giãn phế quản.

2. Dịch tễ học:

- HPQ khá thường gặp ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh lưu hành: khoảng 2-6 % dân số nói chung, và khoảng 8-10 % trẻ em.
- Trên thế giới: tỷ lệ HPQ ở Mỹ: 4,8%; Pháp: 3,5%; Finland: 7,9%. Tỷ lệ bệnh đang gia tăng: Đài Loan, tỷ lệ HPQ ở trẻ em tăng từ 1,3% (1974) lên 5,8% (1985).

3. Giải phẫu bệnh:

a. Đại thể:

- Những mảnh chất nhầy quánh, dính lấp lòng phế quản nhất là những phế quản nhỏ. Có những vùng phế nang bị xẹp, xen lẫn những vùng phế nang bị giãn.

b. Vi thể:

- Tăng sản các tế bào hình đài, màng đáy dày, niêm mạc phế quản phù nề.

- Tập trung nhiều tế bào bạch cầu ái toan, lympho bào và đại thực bào ở niêm mạc và dưới niêm mạc đường thở. Tế bào biểu mô phế quản bị tróc vảy.
- Tăng số lượng các tế bào collagen typ III và typ V, tăng lắng đọng fibronectin, tenascin ở niêm mạc phế quản.
- Trong đờm có tinh thể Charcot leyden và hình xoắn Curshmann.

II. Triệu chứng lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng.

Cơn hen với các đặc điểm, 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 cữ người ngoài nghe 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 một trận ho và khạc đờm dài. Đờm thường trong, quánh và dính.

2. Triệu chứng thực thể:

- Khám ngoài cơn có thể bình thường.
- Khám trong cơn:
 - + Lồng ngực căng, co kéo cơ hô hấp
 - + Nghe phổi thấy ran rít, ngáy, trường hợp nặng có thể không nghe thấy gì (phổi câm).
 - + Nhịp tim nhanh, có thể thấy mạch đảo (huyết áp tối đa đo ở thì hít vào và thở ra chênh nhau $\geq 20\text{mmHg}$).

III. Triệu chứng cận lâm sàng:

1. X quang phổi:

- Chụp trong cơn: phổi 2 bên quá sáng, tim dài, thông; chụp ngoài cơn bình thường
- Bệnh nhân tâm phế mạn tính: tim dài, thông, cung động mạch phổi phồng, thất phải phì đại.

2. Chức năng thông khí:

- Hội chứng tắc nghẽn phục hồi được với thuốc giãn phế quản (sau làm test hồi phục phế quản với hít 400 mcg salbutamol, FEV1 cải thiện $> 200\text{ml}$). Tăng tính kích thích phế quản với nghiệm pháp co thắt phế quản bằng methacholine ở các trường hợp chức năng thông khí bình thường.

3. Lưu lượng đỉnh kế:

- LLĐ tăng hơn 15%, sau 15-20 phút cho hít thuốc cường β_2 tác dụng ngắn, hoặc
- LLĐ thay đổi hơn 20% giữa lần đo buổi sáng và chiều cách nhau 12 giờ ở người bệnh dùng thuốc giãn phế quản (hoặc hơn 10% khi không dùng thuốc giãn phế quản), hoặc

- LLĐ giảm hơn 15% sau 6 phút đi bộ hoặc gắng sức.

4. Khí máu:

Trong cơn hen nặng có thể thấy biểu hiện tăng PaCO₂ và giảm PaO₂

5. Xét nghiệm đờm:

- Nhuộm soi: tinh thể Charcot Leyden
- Cây: làm khi có biểu hiện nhiễm trùng, có vai trò phát hiện vi khuẩn gây đợt cấp và làm kháng sinh đồ.

6. Điện tim:

- Thường không có biểu hiện gì.
- khi bệnh chuyển thành tâm phế mạn có thể thấy dấu hiệu tăng gánh nhĩ phải, trục phải, dây thất phải.

IV. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định:

- Cơn hen với các đặc điểm, 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, ờ thì thở ra, có tiếng cò cù. Cơn khó thở kéo dài 5- 15 phút, có khi hàng giờ, hàng ngày. Cơn khó thở giảm dần và kết thúc với một trận ho và khạc đờm dài.
- Tiếng thở rít (khò khè). Tiếng rít âm sắc cao khi thở ra - đặc biệt ở trẻ em (khám ngực bình thường cũng không loại trừ chẩn đoán hen).
- Tiền sử có một trong các triệu chứng sau:
 - + Ho, tăng về đêm.
 - + Tiếng rít tái phát.
 - + Khó thở tái phát.
 - + Nặng ngực nhiều lần.
- Hội chứng tắc nghẽn phục hồi được với thuốc giãn phế quản
- Tăng tính kích thích phế quản với nghiệm pháp co thắt phế quản bằng methacholine ở các trường hợp chức năng thông khí bình thường.
- Prick test da: tìm dị nguyên. Định lượng Ig E toàn phần, Ig E đặc hiệu

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm thanh quản cấp.
- Hen tim.
- Hít phải dị vật.
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Bất thường hoặc tắc đường hô hấp: nhũn sụn thanh, khí, phế quản, hẹp khí phế quản do chèn ép, xơ, ung thư, dị dạng quai động mạch chủ, dò thực-khí quản

- Thoái hoá nhầy nhớt
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: tiền sử ho khạc đờm kéo dài, rối loạn tắc nghẽn cố định
- Hội chứng tăng thông khí: chóng mặt, miệng khô, thở dài, histerie...

3. Phân độ hen phế quản:

	Triệu chứng (TC)	TC về đêm	Lưu lượng đỉnh
Bậc 4 (Nặng kéo dài)	Dai dẳng thường xuyên Hạn chế hoạt động thể lực	Thường có	$\leq 60\%$ giá trị lý thuyết. Dao động $> 30\%$
Bậc 3 (Trung bình kéo dài)	Cơn xuất hiện hàng ngày. Sử dụng hàng ngày thuốc cường β_2 . Cơn hen hạn chế hoạt động bình thường.	>1 lần/ tuần	$>60\% < 80\%$ giá trị lý thuyết Dao động $>30\%$
Bậc 2 (Nhẹ kéo dài)	≥ 1 lần/ tuần nhưng <1 lần/ ngày	> 2 lần/ tháng	$\geq 80\%$ giá trị lý thuyết Dao động 20-30%
Bậc 1 (Thi thoảng từng lúc)	< 1 lần/ tuần Giữa các cơn không có triệu chứng và CLĐ bình thường	< 2 lần/ tháng	$\geq 80\%$ giá trị lý thuyết Dao động $<20\%$

V. Tiến triển và biến chứng :

- Bệnh tiến triển kéo dài, thỉnh thoảng xuất hiện đợt cấp. Các nguyên nhân gây đợt cấp thường do nhiễm khuẩn, tiếp xúc với dị nguyên, dùng thuốc không đều hoặc bỏ điều trị nửa chừng. Tiến triển cuối cùng dẫn đến tâm phế mạn tính

VI. Điều trị:

1. Các điểm chung:

- Xác định và tránh yếu tố kích phát.
- Dùng corticoids sớm trong điều trị.
- Điều trị thuốc theo bậc hen phế quản.
- Chọn thuốc phù hợp.
- Quản lý lâu dài người bệnh
- Điều trị cắt cơn hen
- Hướng dẫn cho bệnh nhân biết theo dõi bệnh lý của mình (giáo dục bệnh nhân)

2. Điều trị cắt cơn hen:

- Thuốc cường β_2 dạng hít tác dụng ngắn: salbutamol, terbutaline
- Dùng sớm corticoides, dùng đường hít, khí dung, uống hoặc tĩnh mạch
- Thở oxy

- Không dùng theophylline hoặc aminophylline nếu đã dùng thuốc cường β_2 liều cao
- Epinephrine (adrenaline) có thể chỉ định trong điều trị phản vệ cấp cứu hoặc phù Quincke.

3. Con hen cần điều trị ngay lập tức:

+ Có các dấu hiệu của cơn hen nặng :

- Khó thở khi nghỉ ngơi, người cúi về trước và nói từng từ một (trẻ sơ sinh thì bỏ bú)
- Tím, vã mồ hôi, co kéo cơ hô hấp, kích thích, đờ đẫn, lẫn lộn, tần số thở > 30 lần/phút, ran rít giảm hoặc mất, mạch > 120 lần/phút (> 160 lần/phút ở trẻ sơ sinh).
- $LLD < 60\%$ giá trị lý thuyết, ngay cả sau điều trị ban đầu. $PaCO_2 > 40$ mmHg
- đáp ứng với điều trị thuốc giãn phế quản không nhanh chóng và duy trì < 3 giờ.
- Không cải thiện trong 2-6 giờ sau khi điều trị bằng corticoides toàn thân.
- Diễn biến nặng lên.

+ Có các dấu hiệu báo động cơn hen ác tính:

Nghe phổi yên lặng hô hấp, thở ngắt quãng, ngừng thở, rối loạn ý thức, $PaCO_2 > 50$ mmHg (nếu có điều kiện làm khí máu)

+ Điều trị cơn hen phế quản nặng cấp :

- Bệnh nhân vào viện bằng xe vận chuyển cấp cứu hồi sức, theo dõi liên tục trong quá trình vận chuyển BN.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, theo dõi bằng máy Monitor: mạch, HA, SpO_2 , nhịp thở.
- Thở oxy 2 - 4 lít/phút.
- Khí dung thuốc kích thích β_2 như Salbutamol (Ventoline) hoặc Terbutaline (Bricanyl): 2,5 - 5mg trong 4ml NaCl 0,9% với oxy 6 lít, giờ đầu cứ 15 phút 1 lần, sau đó 1 lần/ giờ.
- Thuốc kích thích β_2 truyền tĩnh mạch 1- 2 mg/giờ
- Corticoide: methylprednisolone 40mg x 3/ngày TM.
- Pulmicort 500 μ g x 4 l/ngày KD.
- Bồi phụ nước, điện giải
- Thuốc dẫn phế quản loại kháng cholinergic: Atrovent.
- Dẫn xuất của xanthine: Diaphylline 10 mg/ kg/ ngày TM.

4. Điều trị cơ bản hen phế quản.

Dựa theo giai đoạn của HPQ

- Điều trị ưu chuộng là phần được in đậm
- Giáo dục người bệnh là điều cốt yếu cho mỗi bậc điều trị

	Dự phòng lâu dài	Cắt cơn hen
Bậc 4 Nặng kéo dài	Điều trị hàng ngày: - Corticoides hít: 800-2000μg Beclomethasone dipropionate hoặc loại	Thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh: thuốc cường β_2 dạng hít khi cần để điều trị triệu chứng

	<p>corticoide khác với liều tương đương.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: hoặc thuốc cường β_2 dạng hít tác dụng kéo dài, và/ hoặc <i>theophylline</i> phóng thích chậm và/ hoặc viên hoặc siro thuốc cường β_2 tác dụng kéo dài - Viên hoặc siro corticoide dùng lâu dài. 	
Bậc 3 Trung bình kéo dài	<p>Điều trị hàng ngày:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corticoides hít $\geq 500\mu\text{g}$ và nếu cần: - Thuốc giãn phế quản tác dụng dài: hoặc thuốc cường β_2 dạng hít tác dụng kéo dài, và/ hoặc <i>theophylline</i> phóng thích chậm và/ hoặc viên hoặc siro thuốc cường β_2 tác dụng kéo dài. (thuốc cường β_2 tác dụng kéo dài khi phối hợp với corticoide liều thấp đem lại sự kiểm soát triệu chứng hiệu quả hơn so với chỉ tăng liều corticoide đơn thuần). - Viên hoặc siro corticoide dùng lâu dài. 	<p>Thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh: thuốc cường β_2 dạng hít khi cần để điều trị triệu chứng.</p>
Bậc 2 Nhẹ kéo dài	<p>Điều trị hàng ngày:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corticoide hít $200-500\mu\text{g}$. hoặc cromoglycate hoặc nedocromil hoặc <i>theophylline</i> phóng thích chậm. 	<p>Thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh: thuốc cường β_2 dạng hít khi cần để điều trị triệu chứng phải dùng quá 3-4 lần trong một ngày thì phải đi khám bác sĩ chuyên khoa.</p>
Bậc 1 Thi thoảng từng lúc	Không cần điều trị.	<p>Thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thuốc cường β_2 dạng hít khi cần để điều trị triệu chứng. - Cường độ điều trị phụ thuộc mức độ nặng của cơn (xem bảng) - Thuốc cường β_2 dạng hít hoặc cromoglycate trước khi hoạt động thể lực hoặc tiếp xúc với dị nguyên.
<p>↕ bậc : Cứ 3 - 6 tháng xem lại bậc điều trị. Nếu kiểm soát ổn định trong 3 tháng thì có thể giảm bậc.</p>		<p>↑ bậc: Nếu không kiểm soát được hen thì phải xem xét nâng bậc. Nhưng trước tiên cần xem lại kỹ thuật dùng thuốc của người bệnh, sự tuân thủ điều trị và kiểm soát môi trường (tránh dị ứng và yếu tố khởi phát).</p>

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học nội khoa Tập 1. Nhà xuất bản Y học. 2002
2. Nội khoa cơ sở. Nhà xuất bản Y học. 2001