



ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
KHOA Y TẾ CÔNG CỘNG



CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

TS. BS. PHAN THANH XUÂN

Bộ môn Tổ Chức - Quản lý Y tế- Khoa Y tế Công cộng

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Trình bày được quan điểm chỉ đạo chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025.
2. Trình bày nội dung chiến lược quốc gia phòng chống BKLN: K, TM, Đ.T.Đ, COPD và các bệnh không lây nhiễm khác.

KHÁI NIỆM BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

- ❑ TIM MẠCH
- ❑ BỆNH UNG THƯ
- ❑ ĐTĐ
- ❑ COPD

ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❑ 2011, Hội nghị cấp cao Đại Hội đồng Liên hợp quốc khẳng định là một thách thức lớn của thế kỷ XXI, làm suy giảm sự phát triển kinh tế toàn cầu và đe dọa mục tiêu phát triển thiên niên kỷ. → các quốc gia thành viên xây dựng kế hoạch để dự phòng và kiểm soát các BKLN
- ❑ Việt Nam đối mặt với gánh nặng bệnh tật kép do các bệnh truyền nhiễm và các BKLN đang gia tăng nhanh
- ❑ Thực hiện theo hướng toàn diện, lồng ghép, dựa vào cộng đồng → Chiến lược chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến 2030

TRÊN THẾ GIỚI

- Các BKLN hiện nay gây ra số trường hợp tử vong lớn nhất trên toàn cầu, lớn hơn tổng số tử vong do tất cả các loại bệnh khác cộng lại.
- Năm 2008, trong tổng số 57 triệu trường hợp tử vong trên toàn thế giới có 36 triệu (63%) là tử vong do các BKLN. Gần 80% số tử vong của các BKLN (29 triệu) xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình thấp.
- Trong số tử vong do BKLN, tử vong chủ yếu là do các bệnh tim mạch (48%); sau đó đến ung thư (21%); và bệnh phổi mạn tính (4,2 triệu người. Đái tháo đường gây ra 1,3 triệu tử vong.
- Tử vong do các BKLN đang ngày càng ở độ tuổi trẻ hơn, xảy ra ở các nước đang phát triển (chiếm 85%).

VIỆT NAM

- ❑ BKLN tăng nhanh từ 42,6% năm 1976 lên 71,6% năm 2010. 2012 chiếm tới 73% số BN tử vong.
- ❑ Bệnh Tim Mạch 33%, K 18%, COPD 7% và ĐTĐ 3%.
- ❑ 2012, gánh nặng (DALYs) của BKLN chiếm 66,2% tổng gánh nặng bệnh tật do tất cả các nguyên nhân tại Việt Nam

CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM GIAI ĐOẠN 2015-2025

QĐ 376/QĐ-TTg: Chiến lược quốc gia phòng
chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025

- ☐ Ung thư
- ☐ Tim mạch
- ☐ Đái tháo đường
- ☐ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- ☐ Hen phế quản
- ☐ Các bệnh không lây nhiễm khác

QUAN ĐIỂM

1. Số người mắc bệnh nhiều, bệnh gây tàn tật và tử vong cao
2. là trách nhiệm của các cấp, các ngành và của mỗi người dân
3. Kiểm soát nguy cơ gây bệnh như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực
4. Nguồn lực được huy động từ nhiều nguồn

MỤC TIÊU CHUNG

1. Khống chế tốc độ gia tăng, làm giảm tỷ lệ mắc, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do BKLN
2. Ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, COPD và HPQ.
3. Nâng cao sức khỏe và phát triển kinh tế, xã hội.

MỤC TIÊU CỤ THỂ

1. Nâng cao nhận thức của các cấp chính quyền và hiểu biết của người dân về bệnh K, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.
2. Giảm thiểu các hành vi nguy cơ chính
3. Hạn chế sự gia tăng tỷ lệ người mắc bệnh, tàn tật và tử vong sớm
4. Nâng cao năng lực và hiệu quả trong dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý.

NÂNG CAO NHẬN THỨC CỦA CÁC CẤP CHÍNH QUYỀN VÀ HIỂU BIẾT CỦA NGƯỜI DÂN

- ❑ 100% Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có kế hoạch và đầu tư kinh phí triển khai thực hiện BKL
- ❑ 70% người trưởng thành hiểu biết về BKL ảnh hưởng đối với sức khỏe cộng đồng, kinh tế, xã hội

GIẢM THIỂU CÁC HÀNH VI NGUY CƠ

- ❑ Giảm 30% tỷ lệ hút thuốc ở người trưởng thành, ở nhóm vị thành niên xuống còn 3,6%;
- ❑ Giảm 10% tỷ lệ uống rượu, bia ở mức có hại ở người trưởng thành; giảm tỷ lệ có uống rượu, bia ở nhóm vị thành niên xuống còn 20%;
- ❑ Giảm 30% mức tiêu thụ muối trung bình/người/ngày ở người trưởng thành
- ❑ Giảm 10% tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực ở người trưởng thành

HẠN CHẾ SỰ GIA TĂNG TỶ LỆ NGƯỜI BỆNH, MẮC BỆNH, TÀN TẬT VÀ TỬ VONG SỚM TẠI CỘNG ĐỒNG

- ❑ Không chế tỷ lệ bị thừa cân béo phì ($BMI > 25$) dưới 15% ở người trưởng thành; dưới 10% ở trẻ em;
- ❑ Không chế tỷ lệ có cholesterol máu cao ($> 5,0$ mmol/L) dưới 35% ở người trưởng thành;
- ❑ Không chế tỷ lệ bị tăng huyết áp dưới 30% ở người trưởng thành;
- ❑ 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện; 50% được quản lý, điều trị
- ❑ Không chế tỷ lệ bị tiền đái tháo đường dưới 16% ở người 30-69 tuổi;
- ❑ Không chế tỷ lệ đái tháo đường dưới 8% ở người 30-69 tuổi;
- ❑ 50% số người được phát hiện; 50% được quản lý, điều trị theo hướng
 - 50% số người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được phát hiện ở giai đoạn sớm;
 - 50% số người bệnh hen phế quản được phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm.
 - 40% số người mắc một số bệnh ung thư được phát hiện ở giai đoạn
 - Giảm 20% tỷ lệ tử vong trước 70 tuổi do các BKL.

NÂNG CAO NĂNG LỰC VÀ HIỆU QUẢ TRONG DỰ PHÒNG, GIÁM SÁT, PHÁT HIỆN, ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ

- ❑ 90% cơ sở y tế dự phòng bảo đảm cung cấp các dịch vụ thiết yếu
- ❑ 90% cán bộ y tế thực hiện công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm được đào tạo, tập huấn về dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý
- ❑ 90% cơ sở y tế xã, phường, thị trấn có đủ trang thiết bị y tế cơ bản và thuốc thiết yếu

GIẢI PHÁP

1. Chính sách, pháp luật và phối hợp liên ngành
2. Truyền thông và vận động xã hội
3. Tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế
4. Nguồn lực
5. Giải pháp về nghiên cứu, theo dõi và giám sát
6. Tăng cường hợp tác quốc tế

GIẢI PHÁP

VỀ CHÍNH SÁCH, PHÁP LUẬT VÀ PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH

- ❑ Hoàn thiện các chính sách, quy định pháp luật
- ❑ Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá, Luật Bảo vệ môi trường, Luật An toàn thực phẩm, Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020 ,
- ❑ Quy định của pháp luật và cảnh báo đối với các thực phẩm chế biến sẵn, nước ngọt, phụ gia thực phẩm,
- ❑ Vận động xây dựng cộng đồng thực hiện lối sống tăng cường sức khỏe

GIẢI PHÁP

TĂNG CƯỜNG HỆ THỐNG CUNG CẤP DỊCH VỤ VÀ CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT Y TẾ

- Tổ chức hệ thống dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý
- Xây dựng, ban hành các hướng dẫn về chuyên môn nghiệp vụ
- tổ chức các hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý
- Phối hợp, lồng ghép khám phát hiện bệnh
- Tăng cường phát hiện, điều trị, quản lý tại trạm y tế xã và cộng đồng
- củng cố hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

GIẢI PHÁP - NGUỒN LỰC

- Phát triển nguồn lực
- Xây dựng hệ thống giám sát bệnh không lây nhiễm lồng ghép trong hệ thống thông tin y tế quốc gia
- Áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý, kết nối giữa các tuyến để hỗ trợ chăm sóc, theo dõi bệnh nhân liên tục

GIẢI PHÁP

VỀ NGHIÊN CỨU, THEO DÕI VÀ GIÁM SÁT

- ❑ Nâng cao năng lực, đẩy mạnh nghiên cứu khoa học
- ❑ Thiết lập mạng lưới các cơ sở đào tạo, nghiên cứu
- ❑ Xây dựng hệ thống giám sát
- ❑ xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia

GIẢI PHÁP

TĂNG CƯỜNG HỢP TÁC QUỐC TẾ

- Chủ động hợp tác với các quốc gia, các viện, trường và các hiệp hội trong khu vực và trên thế giới trong nghiên cứu, đào tạo.
- Hợp tác toàn diện với WHO và các tổ chức quốc tế khác

TỔ CHỨC THỰC HIỆN

- Xây dựng kế hoạch và tổ chức triển khai thực hiện
- Ban hành các văn bản quy định về các sản phẩm , cảnh báo sức khỏe

CÁC CHƯƠNG TRÌNH DỰ ÁN

- ❑ Truyền thông, vận động xã hội
- ❑ Dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý
- ❑ Quản lý, giám sát hàm lượng muối, đường, chất béo, phụ gia
- Dinh dưỡng hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- ❑ HÚT THUỐC LÁ
- ❑ LẠM DỤNG RƯỢU, BIA
- ❑ DINH DƯỠNG KHÔNG HỢP LÝ
- ❑ ÍT HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC
- ❑ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ KHÁC

HÚT THUỐC LÁ

- ❑ 71% số trường hợp ung thư phổi
- ❑ 42% số trường hợp bệnh phổi mạn tính
- ❑ 10% các bệnh tim mạch
- ❑ yếu tố nguy cơ lao phổi và nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới.
- ❑ Nhai sợi thuốc có thể gây ra ung thư khoang miệng.
- ❑ hút thuốc thụ động.

LẠM DỤNG RƯỢU BIA

- ❑ Rượu, bia là chất gây nghiện
- ❑ Theo WHO, nam giới không nên uống quá 2 đơn vị rượu/ngày (20g rượu nguyên chất) và nữ giới không nên uống quá 1 đơn vị rượu (10g) mỗi ngày.
- ❑ Sử dụng rượu, bia ở mức có hại là nguyên nhân chính gây ra hơn 200 bệnh tật và chấn thương”.
- ❑ Nguy cơ mắc THA tăng gấp 1,6 lần ở nam giới uống trên 3 đơn vị rượu/ngày²⁹

DINH DƯỠNG KHÔNG HỢP LÝ

- Ăn ít rau và trái cây chiếm 2,8% tổng số tử vong trên thế giới.
- Ăn ít rau và trái cây là nguyên nhân của 19% số ung thư dạ dày ruột, 31% các bệnh thiếu máu tim cục bộ, và 11% số trường hợp đột quy.
- Ăn ít nhất 400 gam rau và trái cây mỗi ngày giúp phòng chống các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng như các bệnh tim mạch, ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng³.
- nhiều chất béo và đường, làm tăng nguy cơ béo phì và tác hại
- . Ăn thực phẩm có nhiều chất béo no và chất béo chuyển hóa làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và bệnh ĐTĐ.
- Ăn nhiều muối là nguy cơ của đột quy, THA, ung thư dạ dày, suy thận, loãng xương và một số bệnh tim mạch khác.
- WHO khuyến cáo không nên ăn quá 5 gam muối/ngày để phòng chống các bệnh tim mạch.

ÍT HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC

- ❑ Tỷ lệ người trưởng thành ít vận động thể lực là 28,7%
- ❑ Có 23% hiếm khi hay không bao giờ tập thể dục thể thao, 45% “thỉnh thoảng” mới tập
- ❑ Thanh thiếu niên tại thành phố Hồ Chí Minh : thời gian dành cho hoạt động thể lực giảm từ 87 phút xuống còn 50 phút/ngày. Thời gian dành cho các hoạt động tĩnh tăng từ 512 phút lên 600 pyhút mỗi ngày

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỆNH

Yếu tố nguy cơ của BKLN	Các BKLN chủ yếu			
	Tim mạch	Đái tháo đường	Ung thư	COPD
Hành vi nguy cơ				
Hút thuốc	+	+	+	+
Dinh dưỡng không hợp lý	+	+	+	
Ít hoạt động thể lực	+	+	+	
Sử dụng rượu, bia ở mức có hại	+	+	+	
Yếu tố nguy cơ sinh/chuyển hóa				
Béo phì	+	+	+	
Tăng huyết áp	+	+	+	
Tăng đường huyết	+	+	+	
Rối loạn lipid máu	+	+	+	

CÁC DỰ ÁN CHIẾN LƯỢC

1. Dự án **truyền thông, vận động** xã hội phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2020.
2. Dự án chủ động **dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý** các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, giai đoạn 2015-2020.
3. Dự án quản lý, **giám sát hàm lượng muối, đường, chất béo, phụ gia** trong các thực phẩm chế biến sẵn và can thiệp giảm sử dụng muối tại cộng đồng để phòng, chống bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường giai đoạn 2015-2020
4. Dự án bảo đảm **dinh dưỡng hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực** cho trẻ em, học sinh, sinh viên để nâng cao sức khỏe, dự phòng bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản giai đoạn 2015-2020
5. Dự án tăng cường **hoạt động thể lực phòng**, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản giai đoạn 2015-2020.

CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG UNG THƯ

Ngày Thế giới Phòng chống Ung thư 4 tháng 2



- **8,2 triệu** người chết/năm vì K, ước tính khoảng 13% tử vong trên toàn thế giới
- **70%** sự gia tăng trong các K mới dự kiến trong 2 thập kỷ tới.
- **> 100** loại K tồn tại.

(WHO) NGÀY QUỐC TẾ PHÒNG CHỐNG UNG THƯ Ở TRẺ EM (International Childhood Cancer Day: 15 February)

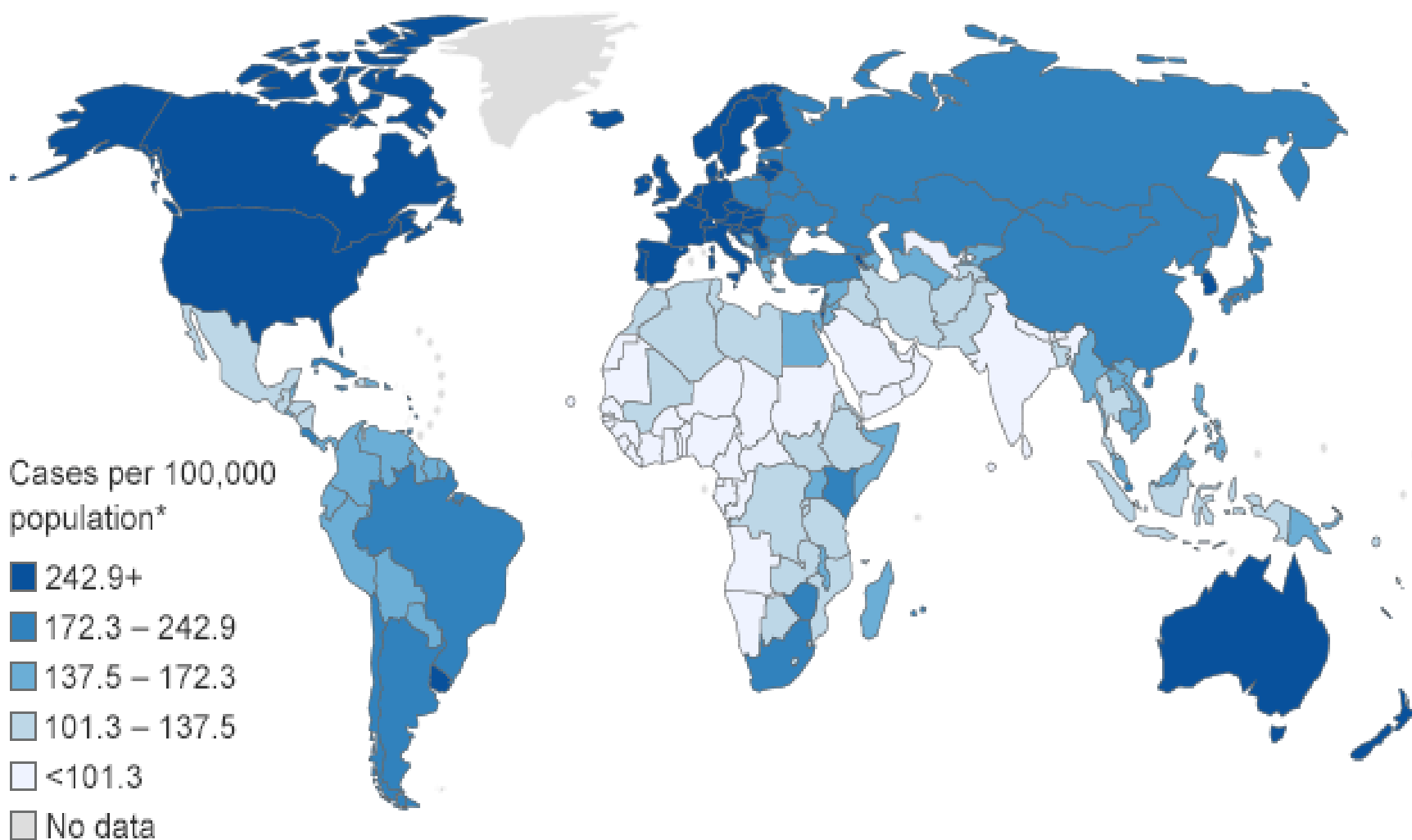


- Hàng năm 150.000 trẻ em được chẩn đoán K
 - 90% các ca tử vong K ở trẻ em xảy ra tại các nơi có nguồn lực thấp
- Nâng cao nhận thức và kêu gọi sự hợp tác chăm sóc trẻ em K.

TRÊN THẾ GIỚI

- ❑ Nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới
- ❑ 14 triệu ca mới và 8,2 triệu ca tử vong năm 2012
- ❑ tăng khoảng 70% trong 2 thập kỷ tới
- ❑ 1/3 tử vong K là do hành vi và chế độ ăn uống: BMI cao, trái cây thấp rau, thiếu hoạt động thể chất, sử dụng rượu và thuốc lá (20% ca K và 70% K phổi trên toàn cầu.).
- ❑ 60% ca mới hàng năm của thế giới xảy ra ở châu Phi, châu Á, Trung và Nam Mỹ, chiếm 70% các ca tử vong K thế giới
- ❑ K hàng năm sẽ tăng từ 14 triệu / 2 thập kỷ tới

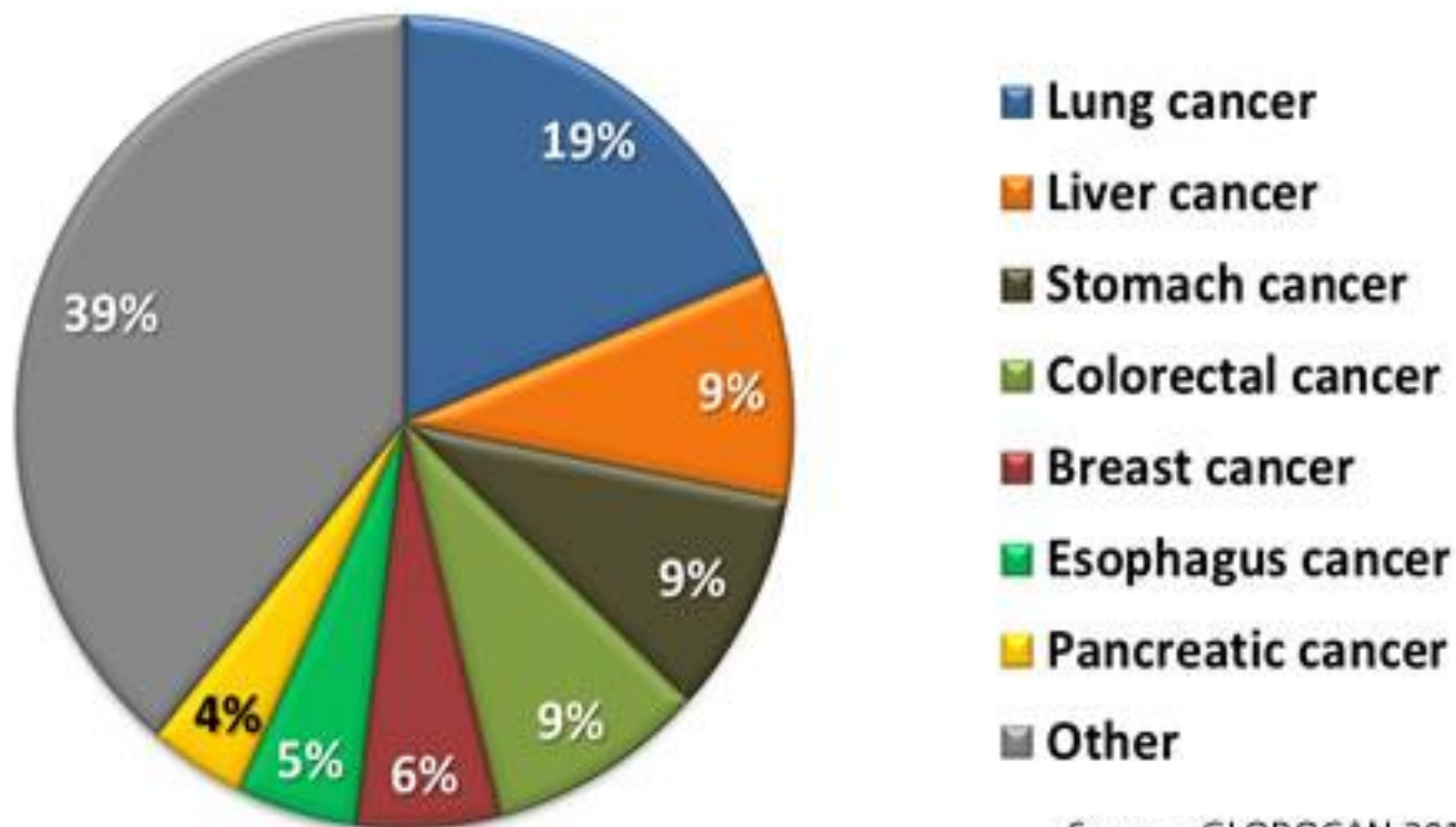
World cancer cases 2012



*All cancers except non-melanoma skin cancer

Source: WHO GloboCan



Most Common Causes of Cancer Death Worldwide in 2012





Source: GLOBOCAN 2012

Cancer incidence and mortality by site and gender US 2014

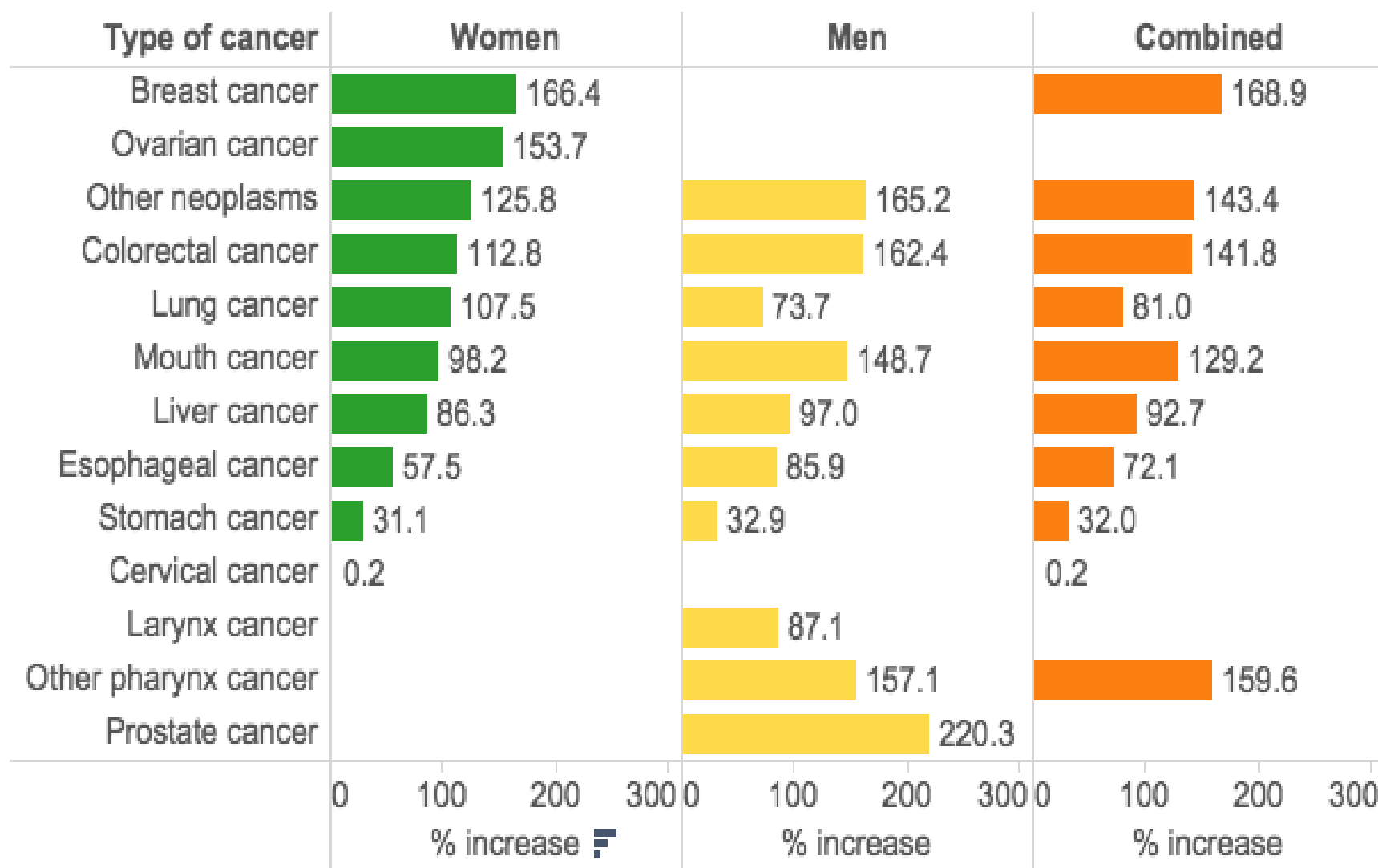
Estimated New Cases*

			Males	Females			
Prostate	233,000	27%			Breast	232,870	29%
Lung & bronchus	116,000	14%			Lung & bronchus	108,210	13%
Colorectum	71,830	8%			Colorectum	65,000	8%
Urinary bladder	56,390	7%			Uterine corpus	52,630	6%
Melanoma of the skin	43,890	5%			Thyroid	47,790	6%
Kidney & renal pelvis	39,140	5%			Non-Hodgkin lymphoma	32,530	4%
Non-Hodgkin lymphoma	38,270	4%			Melanoma of the skin	32,210	4%
Oral cavity & pharynx	30,220	4%			Kidney & renal pelvis	24,780	3%
Leukemia	30,100	4%			Pancreas	22,890	3%
Liver & intrahepatic bile duct	24,600	3%			Leukemia	22,280	3%
All Sites	855,220	100%			All Sites	810,320	100%

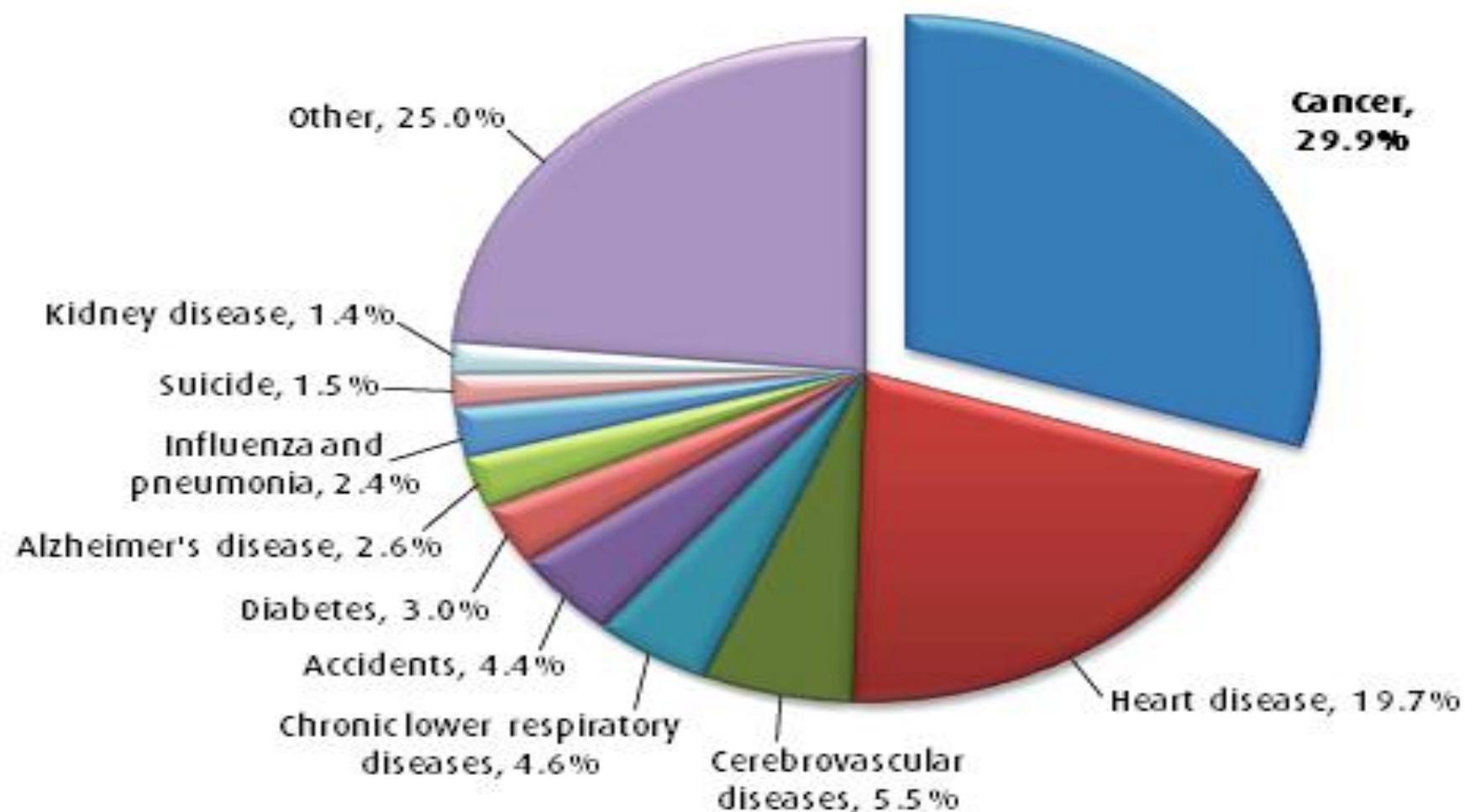
Estimated Deaths

			Males	Females			
Lung & bronchus	86,930	28%			Lung & bronchus	72,330	26%
Prostate	29,480	10%			Breast	40,000	15%
Colorectum	26,270	8%			Colorectum	24,040	9%
Pancreas	20,170	7%			Pancreas	19,420	7%
Liver & intrahepatic bile duct	15,870	5%			Ovary	14,270	5%
Leukemia	14,040	5%			Leukemia	10,050	4%
Esophagus	12,450	4%			Uterine corpus	8,590	3%
Urinary bladder	11,170	4%			Non-Hodgkin lymphoma	8,520	3%
Non-Hodgkin lymphoma	10,470	3%			Liver & intrahepatic bile duct	7,130	3%
Kidney & renal pelvis	8,900	3%			Brain & other nervous system	6,230	2%
All Sites	310,010	100%			All Sites	275,710	100%

Cancers With The Biggest % Increase In Cases From 1990 to 2013



**Proportion of deaths due to cancer and other causes,
Canada, 2011**



MỤC TIÊU CỤ THỂ

1. 70% người trưởng thành hiểu biết về K
2. Giảm 30% tỷ lệ hút thuốc ở người trưởng thành. Giảm tỷ lệ hút thuốc ở nhóm vị thành niên xuống còn 3,6%
3. 40% số người mắc K được phát hiện ở giai đoạn sớm. Giảm 20% tỷ lệ tử vong trước 70 tuổi do các bệnh K
4. 90% cơ sở y tế xã, phường, quản lý theo hệ thống đối với K.

KHÁI NIỆM K

“K là sự tăng trưởng không kiểm soát được của các tế bào bất thường, phát triển vượt ngoài tầm kiểm soát, có thể xâm nhập bộ phận liền kề và di căn đến các cơ quan của cơ thể”

- ☐ Bệnh ác tính của tế bào
- ☐ Tăng sinh một cách vô hạn, vô tổ chức
- ☐ Không tuân theo các cơ chế kiểm soát của cơ thể

NHỮNG ĐẶC ĐIỂM VỀ K

- Hậu quả sức khỏe nghiêm trọng, và là một nguyên nhân gây tử vong hàng đầu
- Nam: Phổi, tuyến tiền liệt, đại trực tràng, dạ dày, và ung thư gan
- Nữ: vú, đại trực tràng, phổi, cổ tử cung, và ung thư dạ dày
- Phát hiện sớm, chẩn đoán chính xác → điều trị hiệu quả
- → Kế hoạch kiểm soát ung thư toàn diện là cần thiết

NHỮNG ĐIỂM KHÁC BIỆT CỦA CÁC LOẠI K

- ❑ > 200 loại K
- ❑ Nguyên nhân
- ❑ Tiến triển
- ❑ PPĐT
- ❑ Tiên lượng bệnh

NGUYÊN NHÂN

- ❑ 80% môi trường sống (35% chế độ ăn uống, 30% thuốc lá)
- ❑ Tia phóng xạ
- ❑ Bức xạ tử ngoại
- ❑ V. Epstein- Barr, HBV, BCV, HPV
- ❑ Hóa chất

TIỀN TRIỂN

- K biểu mô-K tổ chức liên kết (Sarcoma)→Hematosarcoma.
- Nhanh: K máu, hạch, hắc tố, Mô liên kết.
- Chậm: K da, K giáp, K TC.
- Di căn ở GD muộn, DC rất sớm khi chưa xuất hiện khối u
-

CÁC GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN

- ❑ Khởi phát
- ❑ Tăng trưởng
- ❑ Thúc đẩy
- ❑ Chuyển biến
- ❑ Lan tràn
- ❑ Tiến triển (di căn)

CÁC DẠNG UNG THƯ

- ❑ **Nam giới:** phổi, dạ dày, gan, đại trực tràng, thực quản, vòm, hạch, máu, tiền liệt tuyến và khoang miệng.
- ❑ **Nữ giới:** vú, đại trực tràng, phế quản phổi, cổ tử cung, dạ dày, giáp trạng, gan, buồng trứng, hạch.

NGUYÊN NHÂN GÂY UNG THƯ

❑ Tác nhân vật lý:

- ✓ Bức xạ ion hóa
- ✓ Thuốc lá (hút có nguy cơ gấp 10 lần)
- ✓ Dinh dưỡng (35%): aflatoxin
- ✓ Nghề nghiệp
- ✓ Thuốc và nội tiết

❑ Tác nhân sinh học

- ❑ Virus K: Epstein Barr, VGSV B, ...
- ❑ KST và vi khuẩn: Helicobacter- Pilory
- ❑ Yếu tố duy truyền và suy giảm miễn dịch

NGĂN NGỪA UNG THƯ

- Ít nhất một phần ba của tất cả các trường hợp ung thư có thể phòng ngừa
- Phòng ngừa → cung cấp các chiến lược dài hạn chi phí-hiệu quả nhất cho việc kiểm soát bệnh ung thư

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- ❑ Hút thuốc lá
- ❑ Sử dụng rượu bia
- ❑ Chế độ dinh dưỡng không lành mạnh
- ❑ Ít hoạt động thể lực
- Một số bệnh nhiễm trùng mãn tính:
 - ✓ Viêm gan B (HBV)
 - ✓ virus viêm gan C (HCV)
 - ✓ Human Papilloma Virus (HPV)
 - ✓ Nhiễm HIV

THUỐC LÁ

- ❑ Chiếm 22% các ca tử vong ung thư mỗi năm.
- ❑ Năm 2004, 1,6 triệu trong số 7,4 triệu ca tử vong ung thư là do sử dụng thuốc lá.
- ❑ Gây nhiều loại ung thư: ung thư phổi, thực quản, thanh quản, miệng, họng, thận, bàng quang, tuyến tụy, dạ dày và cổ tử cung.
- ❑ Khoảng 70% gánh nặng ung thư phổi có thể do hút thuốc thụ động

SỬ DỤNG RƯỢU

- ❑ Gồm ung thư miệng khoang, hầu họng, thanh quản, thực quản, gan, colorectum và vú.
- ❑ Nguy cơ ung thư tăng lên cùng với số lượng rượu tiêu thụ
- ❑ 22% và 9% K miệng và hầu họng ở nam và nữ là do rượu

HOẠT ĐỘNG THỂ CHẤT, CÁC YẾU TỐ DINH DƯỠNG, BÉO PHÌ VÀ THỪA CÂN

- ❑ Thừa cân và béo phì → ung thư như thực quản, colorectum, vú, nội mạc tử cung và thận
- ❑ Chế độ ăn nhiều trái cây và rau có thể có tác dụng bảo vệ chống lại nhiều bệnh ung thư
- ❑ Hoạt động thể chất thường xuyên làm giảm đáng kể nguy cơ ung thư
- ❑ Lối sống lành mạnh

NHIỄM TRÙNG

- ❑ 22% tử vong ung thư ở các nước đang phát triển và 6% ở các nước công nghiệp hóa
- ❑ VGSV B,C → gây ung thư gan
- ❑ Nhiễm HPV → gây ung thư cổ tử cung
- ❑ *Helicobacter pylori* → ung thư dạ dày.
- ❑ Sán máng → ung thư bàng quang và ở các nước khác
- ❑ Sán lá gan → ung thư đường mật

MÔI TRƯỜNG

- Tiếp xúc với Asen
- Aflatoxin
- Dioxin

→ Ô nhiễm môi trường không khí, nước và đất với các hóa chất gây ung thư chiếm 1-4% của tất cả các bệnh ung thư

NGHỀ NGHIỆP

- 20-30% nam giới và 5-20% nữ tiếp xúc với chất gây ung thư phổi trong suốt cuộc đời làm việc của họ, chiếm khoảng 10% các ca ung thư phổi trên toàn thế giới.
- 2% trường hợp bệnh bạch cầu trên toàn thế giới là do tiếp xúc nghề nghiệp.

BỨC XẠ

- ❑ Bức xạ ion hóa gây ung thư cho con người
- ❑ Gây bệnh bạch cầu, ung thư da, và một số khối u ác tính
- ❑ 3% đến 14% của tất cả các bệnh ung thư phổi

CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA UNG THƯ

- ❑ **Chẩn đoán sớm:** Các dấu hiệu sớm (đối với loại ung thư như da, cổ tử cung, vú, đại trực tràng và miệng)
- ❑ **Sàng lọc:** chương trình tầm soát đặc hiệu trong cộng đồng.

KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG WHO 2013-2020

- ❑ Tăng cam kết phòng ngừa và kiểm soát bệnh ung thư tại các quốc gia
- ❑ Nghiên cứu về nguyên nhân của ung thư ở người và các cơ chế gây ung thư
- ❑ Giám sát các gánh nặng ung thư
- ❑ Chiến lược phát triển khoa học phòng chống ung thư
- ❑ Các biện pháp can thiệp để phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị và chăm sóc
- ❑ Kiểm soát bệnh ung thư ở các cấp độ toàn cầu, khu vực và quốc gia;
- ❑ Cung cấp chữa bệnh và chăm sóc bệnh nhân ung thư; và hỗ trợ kỹ thuật

DỰ PHÒNG UNG THƯ

- ❑ **Phòng bệnh cấp 1:** giảm tối đa sự tiếp xúc với các chất gây K
- ❑ **Phòng bệnh cấp 2:** Khám và phát hiện sớm
- ❑ **Phòng bệnh cấp 3:** Điều trị có hiệu quả

CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA UNG THƯ

- ❑ Ngừng hút thuốc lá
- ❑ Dinh dưỡng hợp lý
- ❑ Chống lạm dụng hóa chất
- ❑ Chống ô nhiễm môi trường, bức xạ, UV
- ❑ Phòng bệnh nghề nghiệp
- ❑ Tiêm ngừa (liên quan virus)

CÁC GIẢI PHÁP

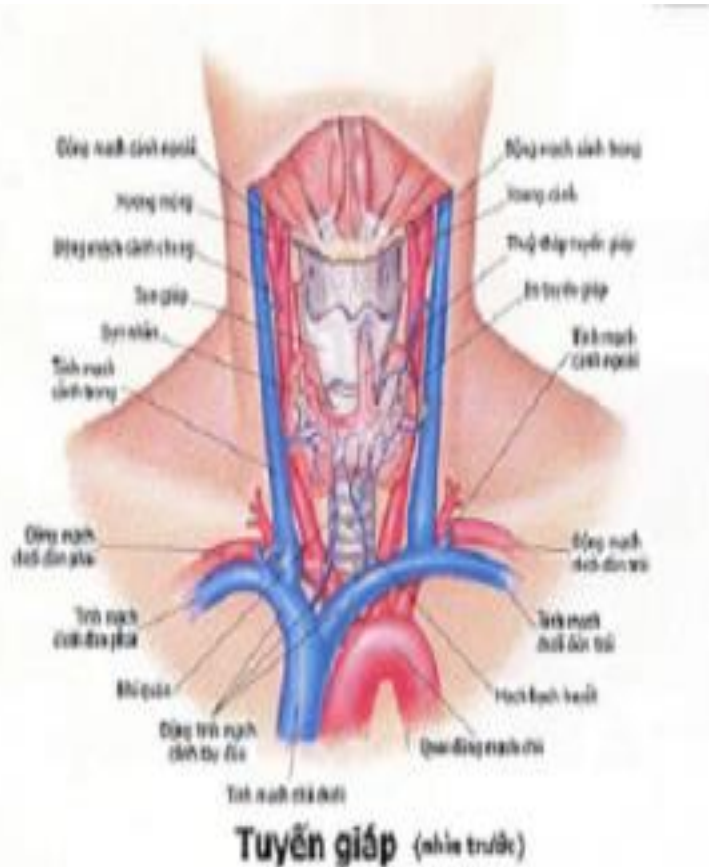
1. Chính sách, pháp luật và phối hợp liên ngành
2. Truyền thông và vận động xã hội
3. Tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế
4. Nguồn lực
5. Nghiên cứu, theo dõi và giám sát
6. Tăng cường hợp tác quốc tế

CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

- **Chăm sóc giảm nhẹ hiệu quả cho trẻ em → giảm bớt căng thẳng về thể chất, tâm lý và xã hội**
- **Cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gia đình**
 - ❑ Hóa trị hoặc xạ trị, và các liệu pháp điều trị thích hợp
 - ❑ Cung cấp DVYT giảm đau và các triệu chứng đau buồn
 - ❑ Liệu pháp tâm lý cho BN: Khẳng định cuộc sống và chết như một quá trình bình thường, không để đẩy nhanh hoặc trì hoãn cái chết → giúp bệnh nhân sống như tích cực
 - ❑ sẽ nâng cao chất lượng cuộc sống → ảnh hưởng tích cực quá trình bệnh tật.

CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG BƯỞU CỎ

CẤU TẠO TUYẾN GIÁP



HẬU QUẢ THIẾU I-ÔT

- Thiếu i-ốt là vấn đề có tính chất toàn cầu
- Hậu quả của nó gây ra rất nặng nề
 - ☐ Tăng tỷ lệ sảy thai
 - ☐ Sinh non.
 - ☐ Thai chết lưu.
 - ☐ Tử vong chu sinh.
 - ☐ Đần độn.
 - ☐ Chậm phát triển trí tuệ.
 - ☐ Thiếu năng giáp.
 - ☐ bướu cổ...

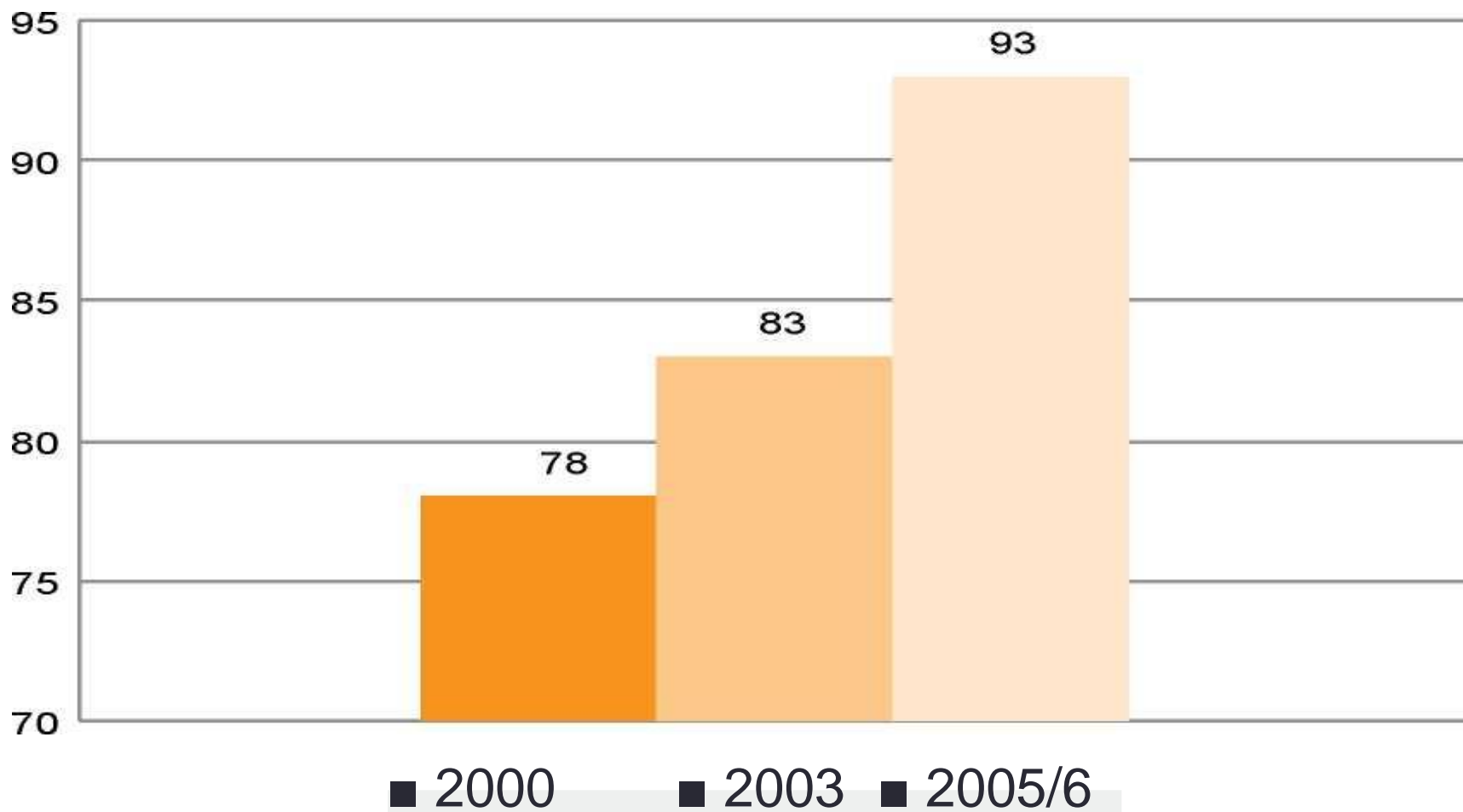
TRÊN THẾ GIỚI

- Từ thập kỷ 90, (WHO), (UNICEF), khuyến cáo cần bổ sung i-ốt vào chế độ ăn hàng ngày của những quần thể có nguy cơ bị thiếu i-ốt và muối i-ốt được xem là giải pháp bổ sung i-ốt hiệu quả nhất.
- Tổ chức y tế thế giới cũng khuyến cáo các nước bị ảnh hưởng cần thiết lập và đưa chương trình phòng chống các rối loạn do thiếu hụt i-ốt vào hoạt động.

VĂN BẢN PHÁP LUẬT

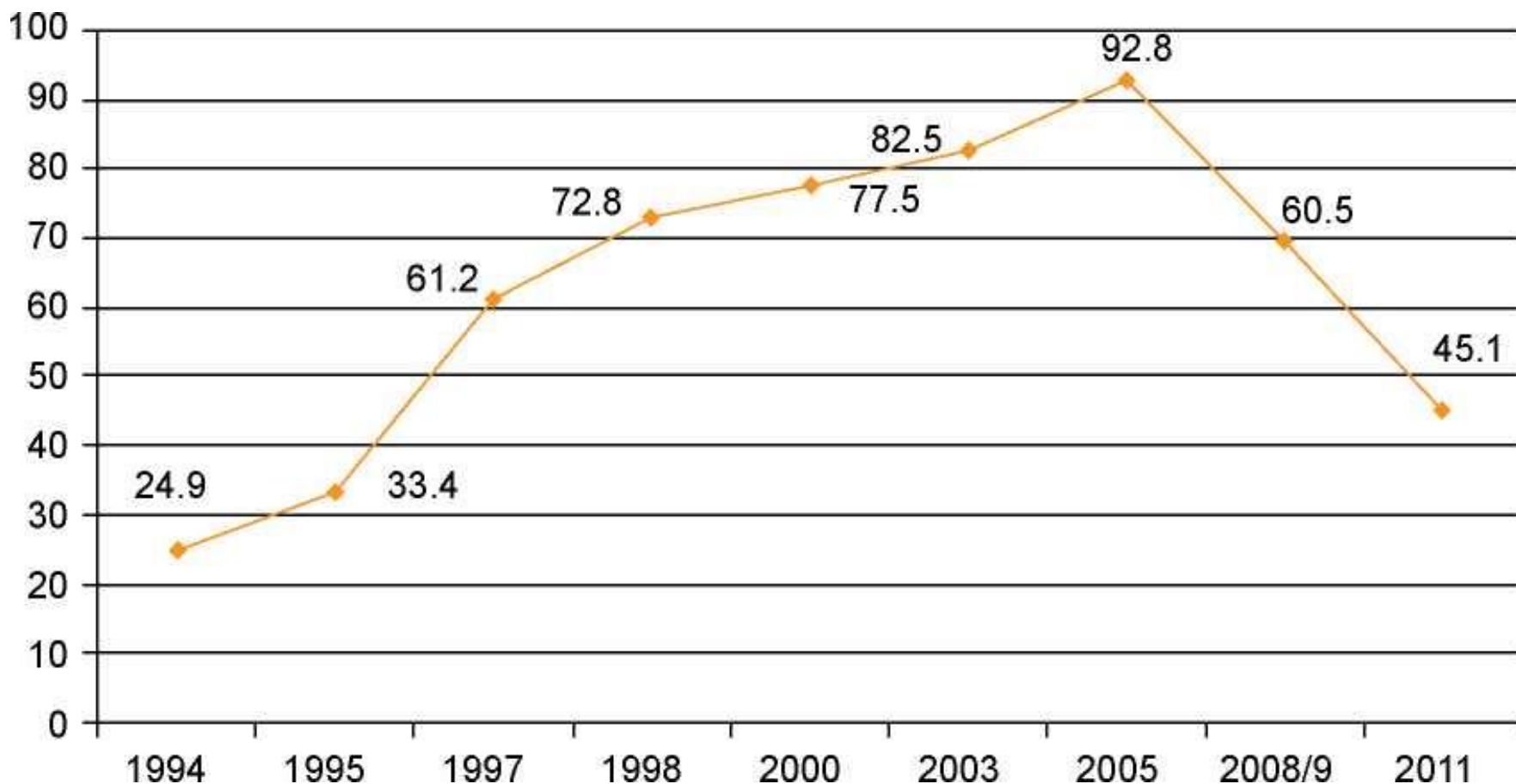
QUY ĐỊNH SỬ DỤNG MUỐI I-ỐT TẠI VIỆT NAM

- ❑ 1970, Việt Nam đã xây dựng một chương trình PC CRLTI tại 17 tỉnh miền núi phía Bắc nơi có tỷ lệ bướu cổ cao (16-55%).
- ❑ 1993, điều tra dịch tễ học phát hiện ra rằng tỷ lệ bướu cổ ở trẻ em là 22% và nồng độ i-ốt niệu trung vị là 32 mcg/l → PC CRLTI đã được triển khai từ 1993-2005
- ❑ Quyết định 481/TTg tháng 9 năm 1994 vận động toàn dân mua và sử dụng MI
- ❑ Từ năm 1995, chương trình phòng, chống CRLDTHI được triển khai trên toàn quốc.
- ❑ Nghị định số. 19/1999/ND-CP ban hành ngày 10 tháng 4 năm 1999 về việc sản xuất và cung ứng muối iốt cho người ăn.
- ❑ Năm 2005, Việt Nam đã tuyên bố với thế giới hoàn thành mục tiêu thanh toán CRLDTHI trên toàn quốc. Tỷ lệ bướu cổ trẻ em giảm xuống dưới 5%. Độ bao phủ muối i-ốt đủ tiêu chuẩn phòng bệnh 92,3% và mức trung vị i-ốt niệu 10 - 20 mcg/dl.
- ❑ WHO khuyến cáo mức i-ốt niệu trung vị cần trên ngưỡng 100 mcg/l.



Các kết quả của chương trình PC CRLTI quốc gia 1993 - 2005:
Mức bao phủ của MI đủ tiêu chuẩn phòng bệnh

Nguồn: báo cáo hoạt động PCRLTHI tại Việt Nam, BVNTTW, 07/2012



Tiêu thụ muối i-ốt đủ tiêu chuẩn phòng bệnh của các hộ gia đình qua các năm

Nguồn: nghiên cứu RLTHI toàn quốc và nghiên cứu theo cụm năm 2011

BỆNH BƯỚU CỔ ĐỊA PHƯƠNG LÀ GÌ?

- Xuất hiện tập trung vùng, miền có sự thiếu hụt lượng i-ốt cung cấp cho cơ thể kéo dài,
→ **bệnh bướu cổ địa phương.**
- Theo (WHO) có khoảng 200 – 300 triệu người mắc bệnh bướu cổ do thiếu hụt i-ốt.

DỊCH TỄ HỌC BỆNH BƯỞU CỔ VIỆT NAM

- ❑ Miền núi, cao nguyên tỉ lệ người mắc bệnh bướu cổ do thiếu hụt i-ốt cao: 16,2% – 55,2%.
- ❑ Đồng bằng sông Cửu Long: 4%

LÀM SAO PHÁT HIỆN BỆNH BƯỞU CỔ ĐỊA PHƯƠNG DO THIẾU HỤT I-ỐT?

Theo WHO:

- **Độ IA:** Mỗi thùy giáp sờ nắn thấy to hơn đốt 1 ngón tay cái của chính bệnh nhân. Nhìn không thấy bướu cổ khi bệnh nhân ngửa cổ ra sau.
- **Độ IB:** Nhìn thấy bướu cổ khi bệnh nhân ngửa cổ ra sau. Sờ nắn được dễ dàng
- **Độ II:** Bướu cổ nhìn thấy rõ khi bệnh nhân ở gần và tư thế cổ bình thường.
- **Độ III:** Bướu giáp rất lớn, ở xa nhìn thấy rõ. Bướu làm biến dạng cổ

NGUYÊN NHÂN LÀM THIẾU I-ỐT GÂY RA BỆNH BƯỞU CỔ ĐỊA PHƯƠNG?

- ❑ Do trong đất, nước, thức ăn nghèo i-ốt
- ❑ Ăn ít hải sản: cá biển tươi, tôm, cua, mực, ngao sò ốc, rong biển.
- ❑ Tập quán dùng muối thường, không dùng muối i-ốt

PHÒNG BỆNH

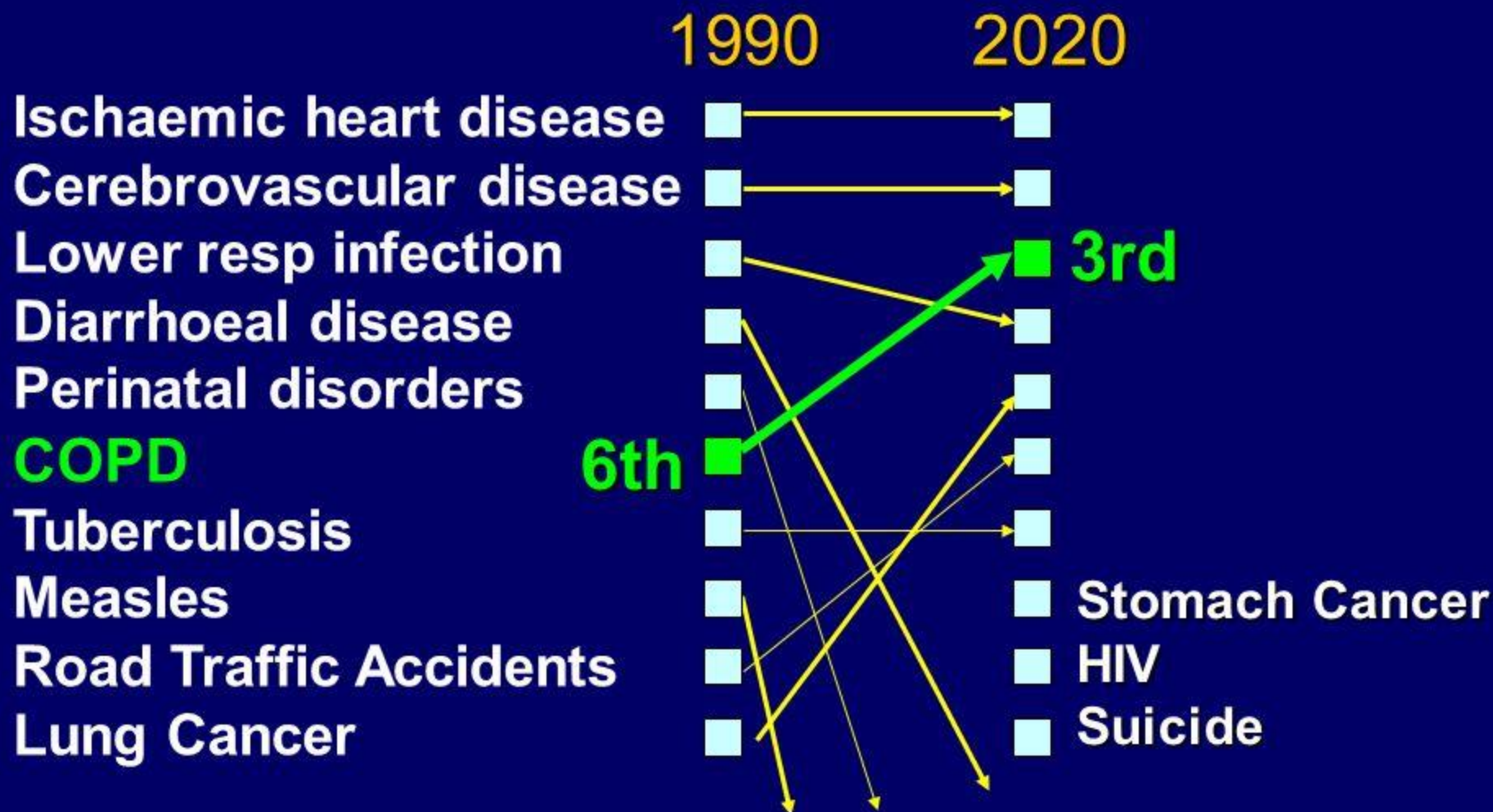
- ❑ Bổ sung i-ốt trong khẩu phần ăn hàng ngày
- ❑ Truyền thông cho các bà nội trợ, trong trường học và cộng đồng những ích lợi của việc dùng muối i-ốt và cách dùng
- ❑ Ăn thức ăn hải : cá biển, sò ốc, mực; rong biển (rong sụn, rau câu, tảo...), các loại rau xanh, rau xà lách xoong, trứng, phủ tạng động vật, sữa hoặc dùng thêm viên tảo.

CHƯƠNG TRÌNH HEN PHẾ QUẢN- BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH

TỔNG QUAN

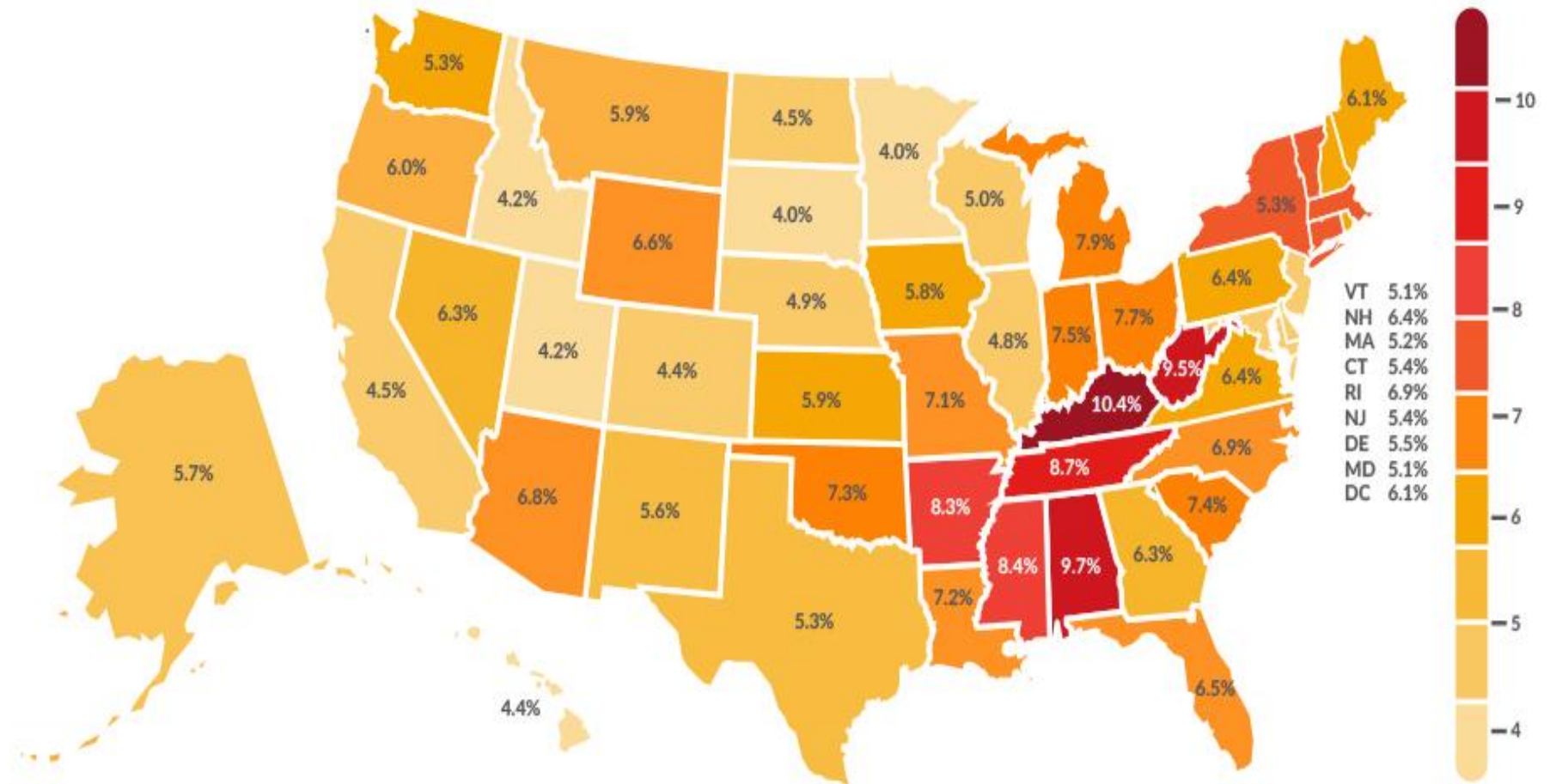
- 2 bệnh lý thường gặp, tỷ lệ mắc & TV cao trên TG.
- Nguyên nhân gây TV hàng thứ 3 trên TG/ 2020
- Tỷ lệ mắc: 7-19% (TG), 4-10% (VN).

COPD Mortality Worldwide



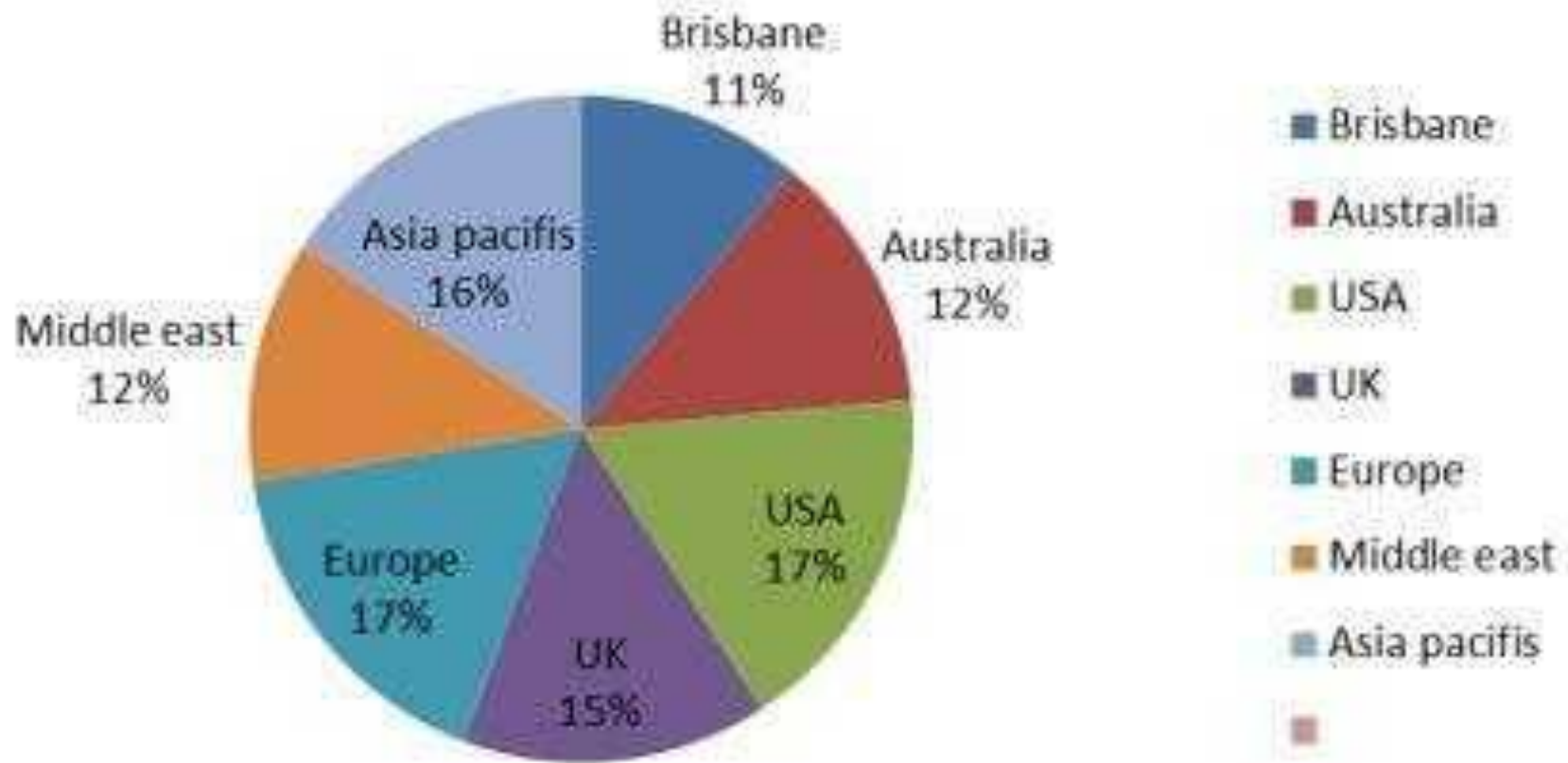
TỔNG QUAN

COPD Prevalence in Adults by State, 2013^(1,2)



TỔNG QUAN

% OF MEMBERS ON COPD RESEARCH



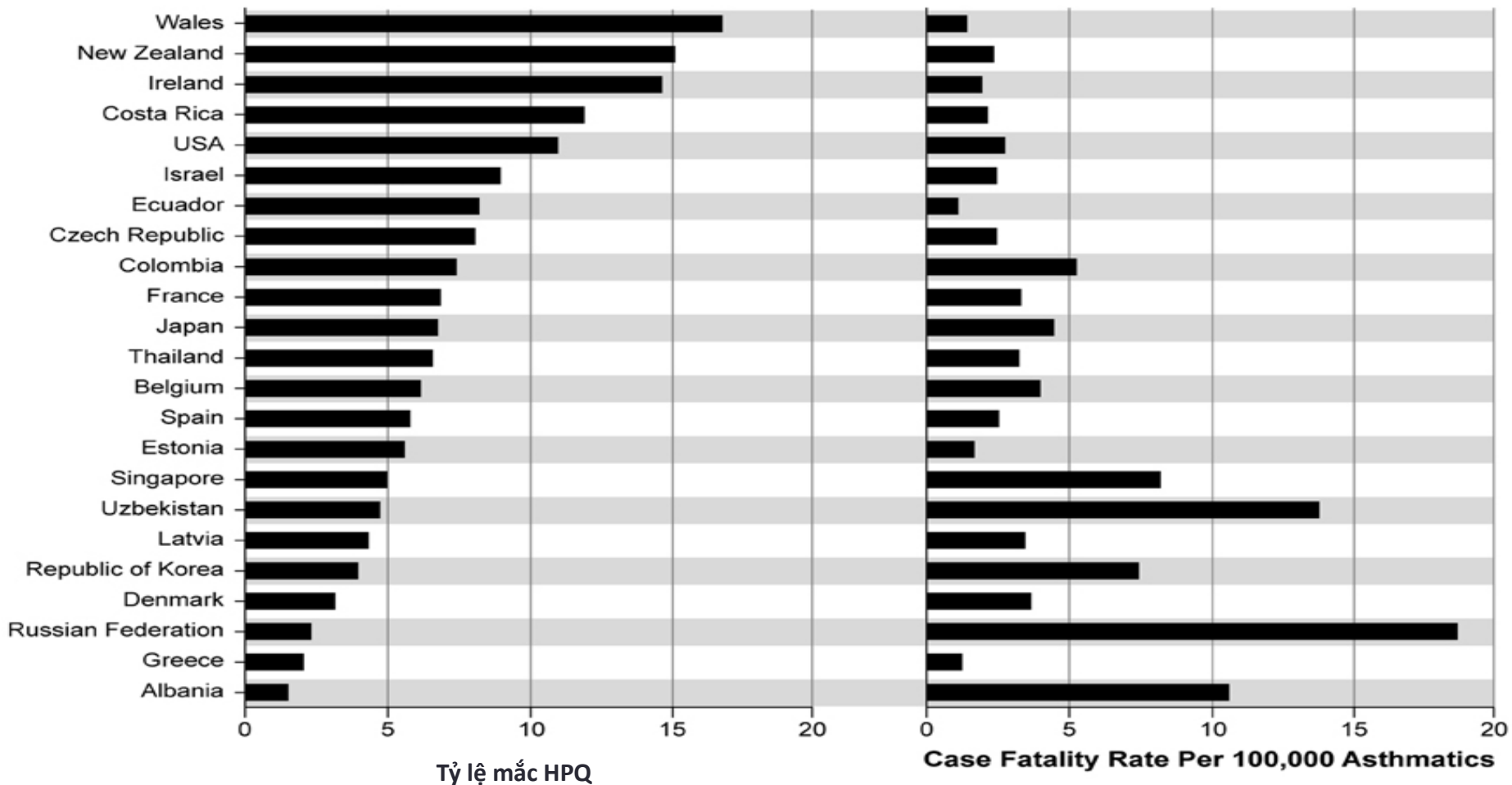
HEN PHẪ QUẢN TRÊN THẾ GIỚI

- Tất cả các lứa tuổi
- Gây tử ở bất cứ thời điểm nào
- 250.000 trường hợp tử vong/năm
- Tỷ lệ mắc khoảng 6-8% ở người lớn và khoảng 10 - 12% ở trẻ em.
- Ở Mỹ, tỷ lệ HPQ đã tăng từ 3,1% (năm 1980) lên 5,5% (1996).
- Đông Nam Á tăng khoảng 3 lần trong giai đoạn 1985-1994

HEN PHẪ QUẢN TRÊN THẾ GIỚI (tt)

- Ở Mỹ, tỷ lệ tử vong tăng từ 14,4/ 1 triệu người
- Theo (WHO), HPQ mất khoảng 15 triệu năm cuộc sống, và tiêu tốn khoảng 1% tổng gánh nặng bệnh tật
- Đến 2025, ước tính thế giới có thêm khoảng 100 triệu bệnh nhân HPQ → lên 400 triệu BN
- Tỷ lệ tử vong đứng sau K, cứ 250 người tử vong thì có 1 người chết vì HPQ.

HEN PHẾ QUẢN TRÊN THỂ GIỚI (tt)



Tỷ lệ mắc và tử vong do HPQ ở một số quốc gia (GINA 2008)

HEN PHẾ QUẢN VIỆT NAM

Theo Trần Thúy Hạnh và cs(2011) là 3,9%,

Nam có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ ở trẻ em là 1,63 và ở người lớn là 1,24

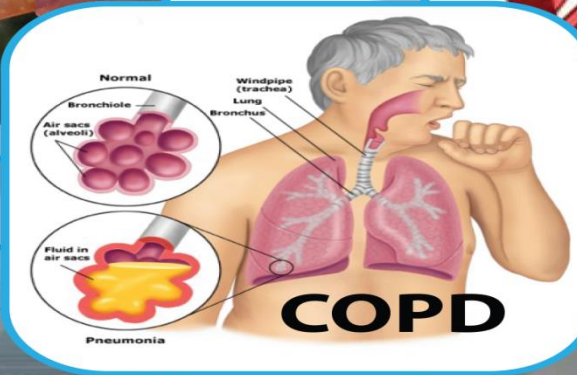
Độ lưu hành cao nhất ở Nghệ an (6,9%) và thấp nhất ở Bình Dương (1,5%).

NGUYÊN NHÂN BPTNMT

Khói thuốc



Gen di truyền



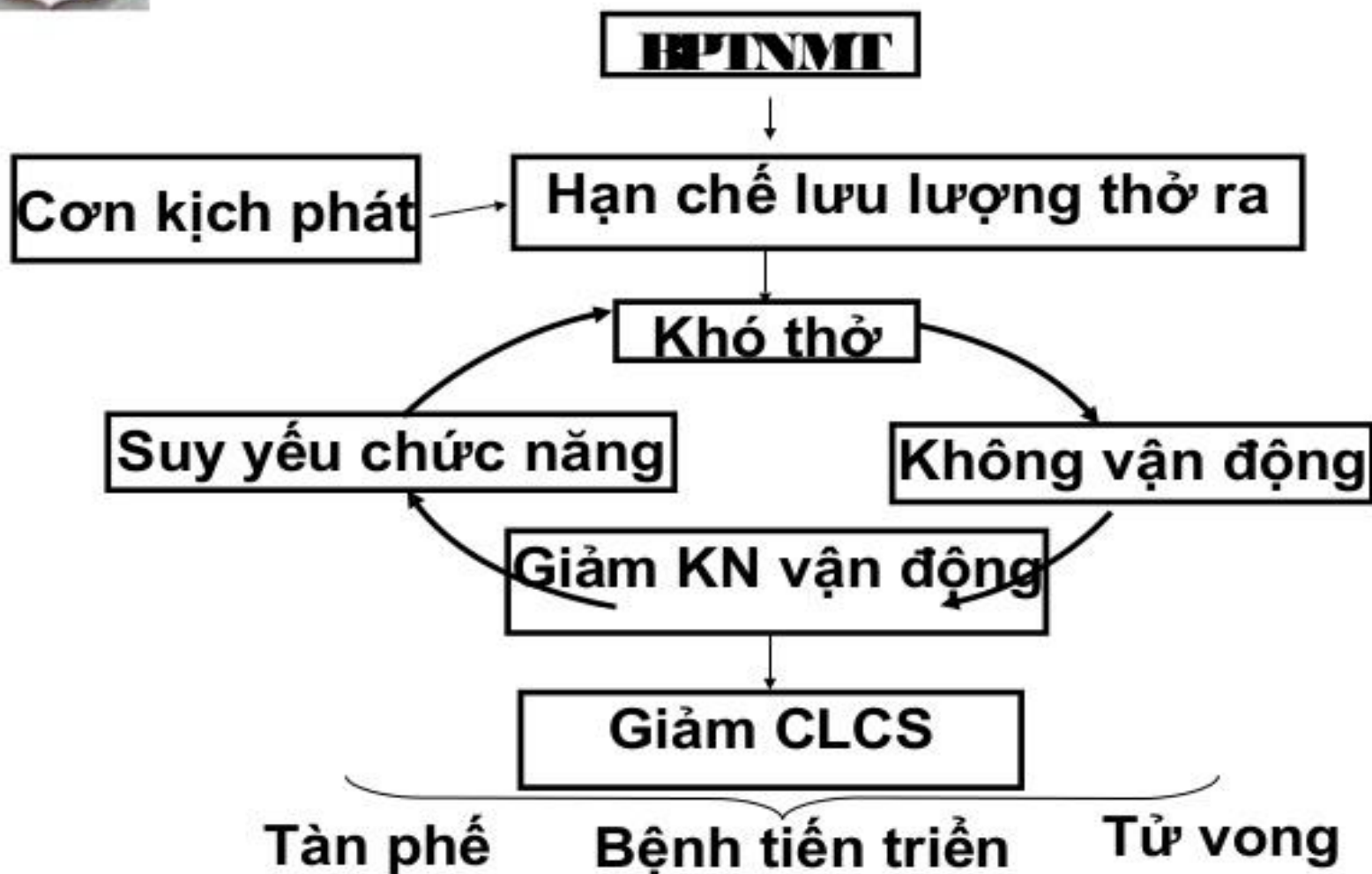
**Môi trường
ô nhiễm**



**Viêm đường
hô hấp tái diễn**



DIỄN BIẾN CỦA BPTNMT



Phổi bình thường

Phổi COPD



phế quản



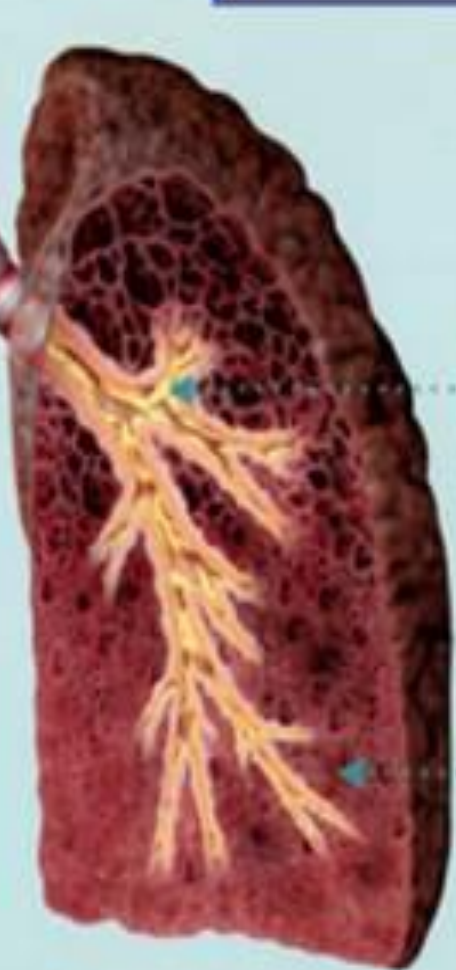
phế nang



viêm phế quản

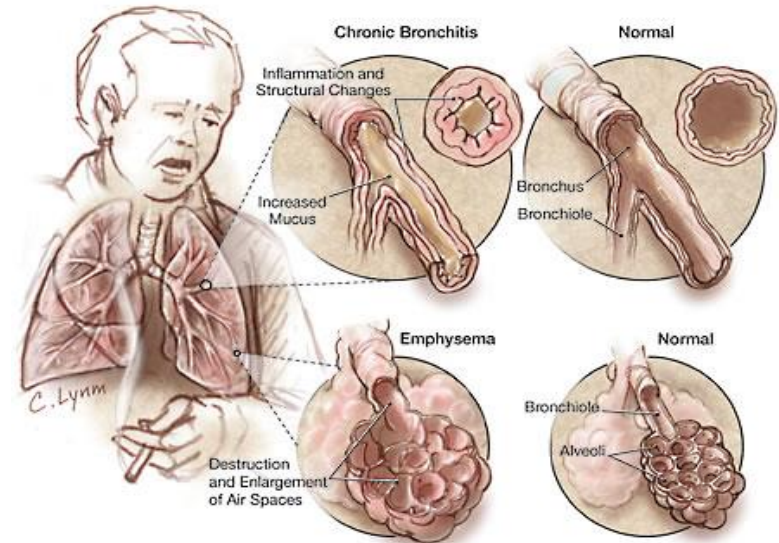
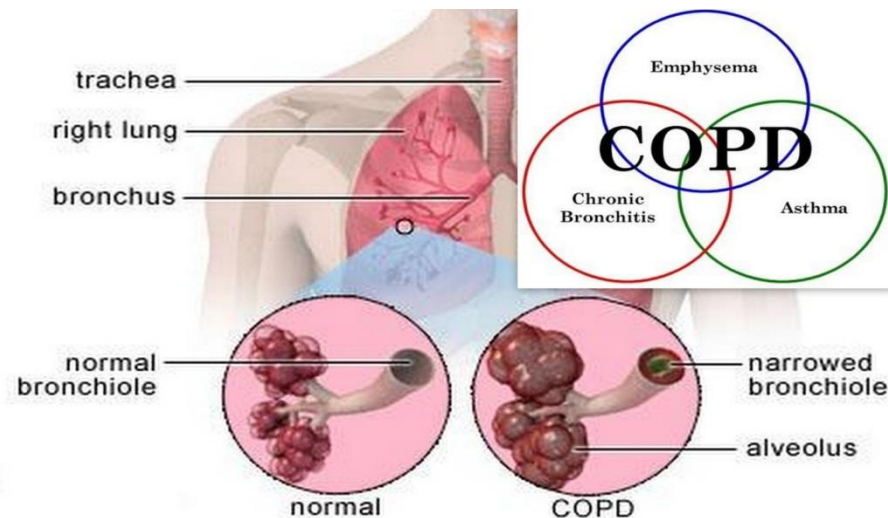


hồng phế nang



TỔNG QUAN

Chronic Obstructive Pulmonary Disease



November 18, 2015

ĐẠI CƯƠNG

- 2010- QĐ 2331/QĐ-TTg: chương trình mục tiêu quốc gia 2011, có nội dung PC BPTNMT& HPQ.
- 595/QĐ-BYT Phê duyệt kế hoạch ăm 2011 của dự án phòng chống BPTNMT và HPQ
- 2012- QĐ 1208/QĐ- TTg, phê duyệt chương trình mục tiêu Quốc gia về Y tế năm 2012-2015.

MỤC TIÊU CHUNG

1. Nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, dự phòng BPTNMT và HPQ ở các tuyến
 2. Nâng cao nhận thức đúng của người dân về BPTNMT và HPQ và các yếu tố nguy cơ
 3. Xây dựng hệ thống chính sách, pháp luật và mạng lưới quản lý
- giảm tỷ lệ mắc bệnh, nhập viện và tử vong

MỤC TIÊU NĂM 2016

1. Làm giảm tử vong do HPQ và COPD
2. Giảm tần suất cơn HPQ kịch phát, đợt cấp COPD, giảm số lần nhập viện không cần thiết
3. Tăng cường chất lượng cuộc sống, ngăn chặn sụt giảm nhanh chức năng phổi
4. Giảm tác động xấu đến XH và các sinh hoạt bình thường của BN.

CÁC HOẠT ĐỘNG DỰ ÁN

1. Xây dựng mạng lưới từ TW → địa phương
2. Đào tạo nâng cao kiến thức cho CB tham gia dự án
3. Khám sàng lọc và phát hiện
4. Truyền thông, khảo sát KAP của CBYT, bn và thân nhân.
5. Giám sát

MỤC TIÊU CHƯƠNG TRÌNH 2016

1. Duy trì mô hình lồng ghép quản lý nhóm COPD trên nền mạng lưới P/c lao
2. Duy trì công tác phát hiện, chẩn đoán, điều trị
3. Hoàn thiện sổ sách, biểu mẫu báo cáo

MỘT SỐ GIẢI PHÁP / TUYẾN TỈNH

1. Duy trì mô hình quản lý ngoại trú HPQ lồng ghép với COPD
2. Tăng cường phối hợp bệnh viên và TTYTDP
3. Hỗ trợ chuyên môn
4. Duy trì công tác giám sát
5. Tăng cường công tác TT-GDSK

MỘT SỐ GIẢI PHÁP/ TUYẾN HUYỆN

1. Hoàn thiện công tác quản lý
2. TTYTDP huyện làm trung tâm
3. Phối hợp quản lý điều trị nội-ngoại trú
4. Phối hợp T3 G thực hiện TT-GDSK
cộng đồng

CHỈ TIÊU

1. **Mạng lưới:** 100% Q/H được triển khai, 70% cán bộ chuyên trách được tập huấn
2. **Quản lý:** 40% bn HPQ và COPD được chẩn đoán
3. **Chẩn đoán và phân loại COPD:** 50% được đánh giá qua hô hấp ký.
4. **GDSK:** 100% TYT biết phát hiện HPQ- COPD
5. **Truyền thông:** 100% Quận/huyện thực hiện 1 lần/quý/phường xã
6. **Kiểm soát HPQ:** 60% được điều trị tại Q/H

TRUYỀN THÔNG GDSK

MỤC TIÊU

- > 95% người bệnh có kiến thức phòng và chữa bệnh . VPTNMT và HPQ

HOẠT ĐỘNG

- GDSK cá nhân, trực tiếp, thảo luận nhóm nhỏ, lồng ghép với các chương trình khác
- Sinh hoạt CLB, truyền thông nhóm, vãng gia
- Ngày chống hen toàn cầu: 3/5
- Ngày chống COPD 16/11.

ĐỊNH NGHĨA BVPTNMT

- là bệnh thường gặp, có thể dự phòng và điều trị được
- Tắc nghẽn đường thở, tiến triển nặng dần, liên quan đến phản ứng viêm bất thường của phổi bởi các phần tử và khí độc
- Các đợt cấp và bệnh kèm làm tăng mức độ bệnh của BN

MỤC TIÊU ĐÁNH GIÁ COPD

1. Xác định mức độ nặng của bệnh
2. Tác động tình trạng sức khỏe BN (CNHH)
3. Tần suất các đợt cấp
4. Các bệnh đi kèm

ĐÁNH GIÁ CÁC BỆNH ĐỒNG MẮC

- Các bệnh tim mạch
- Loãng xương
- Nhiễm trùng hô hấp
- Lo lắng, trầm cảm
- Đái tháo đường
- Ung thư phổi

ĐỐI TƯỢNG CÓ NGUY CƠ MẮC COPD

- ở người ≥ 40 tuổi và có ít nhất MỘT trong các yếu tố sau:
 - Khó thở
 - Ho kéo dài: ngắt quãng, ho khan
 - Khạc đờm mạn tính
 - Tiếp xúc các yếu tố nguy cơ:
 - **Hút thuốc lá, thuốc Lào**, khói bếp, bụi và hoá chất nghề nghiệp.

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH COPD

- Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn. Chỉ số trên $FEV_1/FVC < 70\%$
- Có thể có hoặc không triệu chứng hô hấp mạn tính
- Làm thêm các thăm dò chẩn đoán khi thấy hình u phổi, u trung thất, u khí quản, xẹp phổi, giãn phế quản trên phim X quang phổi

FEV1 là gì?

- FEV1: Forced Expired Volume in one second
- Là thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên.
- Bình thường FEV1 giảm 20-30 mL/năm
- Ở người hút thuốc thì giảm ≥ 60 mL/năm.

FVC là gì ?

- FVC: Forced Volume Capacity
- là thể tích khí thở ra tối đa khi gắng sức.

PHÂN GIAI ĐOẠN BPTNMT

Giai đoạn I (nhẹ)	$FEV1/FVC < 70\%$ $FEV1 > 80\%$ Có hoặc không triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở
Giai đoạn II (trung bình)	$FEV1/FVC < 70\%$ $50\% < FEV1 \leq 80\%$ Có hoặc không triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở
Giai đoạn III (nặng)	$FEV1/FVC < 70\%$ $30\% < FEV1 \leq 50\%$ Có hoặc không triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở
Giai đoạn IV (rất nặng)	$FEV1/FVC < 70\%$ $FEV1 \leq 30\%$ HOẶC $FEV1 \leq 50\%$ kèm theo một trong các dấu hiệu của suy hô hấp mạn tính hoặc tâm phế mạn

PHÒNG TRÁNH CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Không hút thuốc, tránh khói thuốc
- Tránh khói, bụi và các mùi hắc
- Giữ môi trường trong nhà thoáng, sạch
- Tập thể dục phù hợp mức độ bệnh
- Khám định kỳ

CÁC DẤU HIỆU HƯỚNG TỚI ĐỘT CẤP

- Ho tăng
- Khạc đờm tăng
- Thay đổi màu sắc của đờm

ĐỢT CẤP COPD

- Đợt cấp là gì?
 - là tình trạng bệnh từ giai đoạn ổn định trở nên xấu đi đột ngột.
 - đòi hỏi thay đổi cách điều trị thường quy .

CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP COPD

- Ho tăng
- Khác đàm tăng, thay đổi màu sắc của đàm
- Khó thở tăng
- Sốt, rối loạn ý thức, tiểu ít, tím môi,...

CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA ĐỢT CẤP COPD

Bộ phận cơ thể	Triệu chứng
Tim	Nặng ngực Nhịp nhanh
Cơ, xương	Giảm khả năng gắng sức
Tâm thần	Rối loạn ý thức Trầm cảm Mất ngủ Buồn ngủ
Hô hấp	Thay đổi về thể tích, màu sắc hoặc độ quánh của đờm Ho Khó thở Thở nhanh Nghe có tiếng ran co kéo
Toàn thân	Mệt Sốt Rét run

CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN CHO ĐỢT CẤP COPD

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Nặng rõ rệt các triệu chứng như khó thở– Đã có chẩn đoán COPD nặng hoặc rất nặng– Xuất hiện các dấu hiệu thực thể mới: tím môi, đầu chi, phù ngoại biên | <ul style="list-style-type: none">– Đợt cấp đã thất bại với các điều trị ban đầu– Có bệnh mạn tính nặng kèm theo– Cơn bùng phát thường xuyên xuất hiện– Nhịp nhanh mới xuất hiện– Tuổi cao– Không có hỗ trợ từ gia đình |
|---|--|

HEN PHẾ QUẢN

HEN LÀ GÌ?

- Hen (*hen phế quản, suyễn*) là cơn khó thở kịch phát do co thắt phế quản có thể tự hết hoặc dưới tác dụng của điều trị.
- Trước cơn thường ngứa họng, mũi, ho. Xuất hiện nhanh, cuối cơn khạc ra đàm trong, dính. Ngoài cơn phổi không có ran

VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH LÀ GÌ?

- Ho kèm khạc đờm 3 tháng/năm trở lên từ 2 năm liên tiếp.
- Khoảng 4% người dân

KHÍ PHẾ THŨNG LÀ GÌ?

- là giãn phế nang bất thường và kéo dài các túi khí trong phổi → phá hủy thành các túi khí này
- Khoảng 2% người dân bị bệnh này.

NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Những yếu tố chủ thể của người bệnh
- Những yếu tố môi trường
- Những yếu tố nguy cơ kích phát cơn hen

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH HEN

- **Khai thác tiền sử**
- **Khám lâm sàng:** Khó thở, khò khè, ho, nặng ngực, nặng hơn về đêm và sáng hoặc tiếp xúc các tác nhân kích thích. Nghe phổi có ran rít, ran ngáy
- **Đo chức năng hô hấp (tiêu chuẩn vàng)**
 - PEF tăng 60 lít/phút hoặc tăng 20% so với trước khi hít thuốc giãn phế quản, hoặc PEF thay đổi hàng ngày trên 20%, gợi ý chẩn đoán hen.
 - -FEV₁ khi đo bằng máy chức năng hô hấp tăng thêm $\geq 12\%$ hoặc tăng thêm ≥ 200 ml sau khi hít thuốc giãn phế quản

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- **Tắc nghẽn đường hô hấp trên:** u chèn ép, bệnh lý thanh quản;
- **Tắc nghẽn khí quản, phế quản:** khối u chèn ép, dị vật đường thở (tiếng thở rít cố định, không đáp ứng với thuốc giãn phế quản).
- **Hen tim:** suy tim trái do tăng huyết áp, bệnh van tim, bệnh cơ tim
- **Đợt cấp của BPTNMT:** trên 40 tuổi, tiền sử hút thuốc lá, thuốc láo, chức năng hô hấp có rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn.
- **Các bệnh lý phế quản, phổi khác:** tràn khí màng phổi, nhồi máu phổi, viêm phổi cấp,...

PHÂN LOẠI KIỂM SOÁT HEN

Đặc điểm	Đã được kiểm soát	Kiểm soát một phần	Chưa được kiểm soát
1. Triệu chứng ban ngày	không (hoặc ≤ 2 lần/tuần)	> 2 lần/tuần	≥ 3 đặc điểm của hen kiểm soát một phần trong bất kỳ tuần nào
2. Triệu chứng thức giấc ban đêm	Không	Có	
3. Hạn chế hoạt động	Không	Có	
4. Nhu cầu dùng thuốc cắt cơn điều trị cấp cứu	Không (hoặc ≤ 2 lần/tuần)	> 2 lần/tuần	
5. Chức năng hô hấp (PEF hoặc FEV_1)	Bình thường	$< 80\%$ trị số dự đoán hoặc trị số tốt nhất của BN	
6. Cơn kịch phát cấp	Không	≥ 1 lần/năm	1 lần trong bất kỳ tuần nào

PHÂN ĐỘ HEN PHẾ QUẢN

Thường được phân thành 4 bậc:

- **Bậc 4:** Nặng, kéo dài. Khó thở thường xuyên. Giới hạn hoạt động thể lực. Cần điều trị phòng ngừa mỗi ngày.
- **Bậc 3:** Vừa, kéo dài. Mỗi ngày phải sử dụng thuốc dẫn phế quản. Cơn ảnh hưởng đến hoạt động. Cần điều trị thuốc dự phòng mỗi ngày.
- **Bậc 2:** Nhẹ, kéo dài. Lên cơn khó thở một tuần một lần. Cần điều trị phòng ngừa mỗi ngày.
- **Bậc 1:** Từng cơn. Lên cơn khó thở dưới 1 lần một tuần. Không cần điều trị dự phòng mỗi ngày. Chỉ dùng thuốc dẫn phế quản khi lên cơn khó thở.

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT HEN

- Không có triệu chứng hen (hoặc có ít nhất).
- Không thức giấc do hen.
- Không phải dùng thuốc cắt cơn (hoặc dùng ít nhất).
- Không hạn chế hoạt động thể lực.
- Chức năng phổi (PEF; FEV₁) trở lại bình thường.
- Không có cơn kịch phát.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HEN Ở NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM > 5 TUỔI

Giáo dục sức khỏe về hen - Kiểm soát môi trường sống					
CẮT CỜN		Salbutamol 100mcg hoặc fenoterol/ ipratropium 50/20 mcg xịt họng 2-4 nhát khi khó thở			
DỰ PHÒNG	Chưa dùng thuốc dự phòng	<u>Chọn 1</u> 1. Fluticasone 125mcg xịt 2 nhát /ngày chia 2 lần. 2. Budesonide 200mcg xịt 2 nhát/ ngày chia 2 lần 3. Montelukast uống 10mg/ ngày ở NL, 5mg/ ngày ở trẻ em 6-14 tuổi.	<u>Chọn 1</u> 1. Fluticasone/salmetero I 25/125 mcg xịt 2 liều/ngày chia 2 lần 2. Budesonide/formotero I 160/4,5 mcg hít 2 liều/ngày chia 2 lần 3. Fluticasone 125mcg 4-8 liều /ngày xịt chia 2 lần. 4. Fluticasone + montelukast (liều như ở bước 2) 5. Fluticasone (liều như ở bước 2) + theophylline phóng thích chậm uống 200-600 mg / ngày.	1. Fluticasone/sal meterol 25/250 mcg xịt 2 - 4 liều/ngày chia 2 lần. <u>HOẶC</u> 1. Budesonide/for moterol 160/4,5 mcg hít 2 - 4 liều/ngày chia 2 lần. <u>Có thể kết hợp thêm</u> 1. Montelukast uống 10mg/ ngày ở NL, 5mg/ ngày ở trẻ em 6-14 tuổi. <u>VÀ / HOẶC</u> 1. Theophylline phóng thích chậm uống 200-	Thuốc như ở Bước 4 kết hợp thêm với: 1. Prednisolone 5mg/ ngày <u>Hoặc</u> 1. Dexamethasone 0,5mg/ngày

THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

- Hướng dẫn sử dụng thuốc theo đơn, sử dụng các dụng cụ xịt, hít.
- Tái khám 1-2 tháng 1 lần.
- Tại mỗi lần tái khám: đánh giá lại mức độ kiểm soát hen, vấn đề kiểm soát môi trường, tránh các yếu tố kích phát và kỹ năng sử dụng bình hít của người bệnh.

HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC TẠI NHÀ

- Dùng thuốc theo kê đơn và tái khám
- Bỏ hút thuốc.
- Tập thở và tập thể dục vừa sức.
- Hoạt động thường ngày sao cho không khó thở.
- Vệ sinh nhà cửa và cá nhân.
- Ăn uống đủ chất và uống đủ nước.
- Giữ ấm cơ thể, tránh thời tiết nóng lạnh đột ngột.

ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN

- A. Tránh các yếu tố gây kích phát cơn hen như bụi nhà, khói thuốc lá, lông thú vật ...
- B. Quản lý HPQ lâu dài
- C. Biết điều trị cắt cơn bằng Ventolin .
- D. Điều trị dự phòng bằng thuốc: Corticoid theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý VÀ LẮNG NGHE CỦA CÁC BẠN

