**HEN – CÔ DIỄM**

- Nếu: cha và mẹ đều hen => 50% con sinh ra bị hen  
 cha hoặc mẹ bị hen => 27% con sinh ra bị hen  
 cha và mẹ đều không bị hen => 18% con sinh ra bị hen (do môi trường, hoặc chỉ là “khò   
 khè thoáng qua”)  
- Khò khè thoáng qua (hết sau 3 tuổi): con trai, nhẹ cân, sanh non, gia đình có người hút thuốc lá, đi học sớm, nhiễm siêu vi tái đi tái lại  
- Có thể lần đầu tiên bị khò khè nhập viện với cơn “hen” nặng và có tiền căn ủng hộ hen như ba mẹ bị hen, có chàm da, dị ứng v.v… và phun khí dung thấy giảm đáng kể => có thể chẩn đoán hen  
- Cơn hen có SpO2 < 92% là nặng, từ 92 – 95% là trung bình, còn > 95% là nhẹ  
- Cơn hen không có tiền căn bản thân hay gia đình thì cần hỏi yếu tố khởi phát. Nếu ngày trước chỉ khò khè, ngày hôm sau có sốt => có thể yếu tố khởi phát là nhiễm siêu vi  
- Phân bậc mức độ kiểm soát hen thường dành cho trẻ > 5 tuổi, còn < 5 tuổi rất khó đánh giá  
- Nghĩ hen có bội nhiễm khi:  
 + Sốt > 38,7 độ C ± vẻ mặt nhiễm trùng  
 + Kèm chảy dịch mũi xanh, viêm tai giữa, viêm họng mủ v.v…   
 + Nghe phổi có rale nổ/ẩm  
 + Hen không đáp ứng thuốc dãn phế quản  
 + Bạch cầu tăng cao, Neutrophils tăng  
 + CRP tăng cao  
 + XQ phổi ngoài hình ảnh ứ khí có thêm hình ảnh tổn thương nhu mô  
- XQ phổi: bình thường trẻ nhũ nhi thường có vòm hoành (P) ngang bằng vòm hoành (T), còn những trẻ lớn hơn thì có vòm hoành (P) cao hơn vòm hoành (T) 1 khoảng gian sườn  
- XQ phổi trong hen có thể thấy hình ảnh bóng tim nhỏ do hiện tượng SIADH  
- Cơn hen nhẹ/trung bình phun khí dung Ventoline không đáp ứng => phun Ventoline kết hợp Ipratropium bromide và corticoid dạng phun/uống (nếu ở ngoại chẩn thì dạng phun ICS – Pulmicort 1000 mcg – tác dụng co mạch giống Adrenaline làm giảm máu lên phổi giúp bớt phù nề hơn). Phun khí dung 2 lần không đáp ứng thì cho thêm Combivent  
- Phun Pulmicort lần 1 không bớt thì cho phun lần 2 sau 3 phút. Sau khi bớt thì giãn cách thời gian ra, sáng 1 lần, chiều 1 lần (mục đích kháng viêm), còn nếu 2 lần cách nhau 30 phút thì là mục đích co mạch  
- Dùng corticoid khi có 1 trong những điều sau:  
 + Cơn hen nhẹ/trung bình phun khí dung 1 lần không đáp ứng  
 + Cơn hen nhẹ/trung bình có yếu tố nguy cơ  
 + Cơn hen nặng/nguy kịch  
 + Đang điều trị corticoid tại nhà  
 + Phun khí dung có bớt nhưng ra cơn chậm (những ngày sau còn khò khè, không ra cơn hẳn dù phun khí dung 2 – 3 tiếng/lần)   
- Chỉ định phòng ngừa:  
 + Trẻ > 5 tuổi: hen bậc 2 trở lên  
 + Trẻ < 5 tuổi:  
 # Khò khè điển hình ≥ 3 lần, có đáp ứng thuốc dãn phế quản  
 # Khò khè 2 lần nhưng lần nào cũng nặng (có thở oxy), có đáp ứng thuốc dãn phế quản, khởi phát do siêu vi  
 # Khò khè nhiều lần không có yếu tố khởi phát, ba mẹ không bị hen, có đáp ứng thuốc dãn phế quản (không có GERD hay dị vật v.v…)  
- Trẻ < 12 tháng tuổi, có khò khè khởi phát sau siêu vi nghĩ hen => điều trị thử với Montelukast trong 1 tháng  
- Điều trị cắt cơn với Combivent không bớt => dùng MgSO4 (cho trẻ ≥ 12 tháng tuổi) hoặc Theophyline (cho trẻ < 12 tháng tuổi)  
- Tác dụng phụ:  
 + Salbutamol: run chi, hạ kali máu, bất xứng V/Q (do Salbutamol gây dãn phế quản và dãn cả mạch máu, với cơn hen trung bình – nặng mà chỉ phun khí dung mà không cung cấp oxy thì tác dụng phụ này làm dãn mạch máu => máu đến nhiều => phù nề => tím)

- Khò khè tăng khi nằm ngửa, giảm khi nằm nghiêng có thể gặp trong: (khò khè 2 thì thì không nghĩ hen) => cần làm CT – scan  
 + Mềm sụn thanh quản (có thở rít thì hít vào)  
 + Mềm sụn khí quản (có thể thở rít và khò khè cả 2 thì ; khí quản chia làm 3 đoạn: nếu 1/3 trên khí quản thì khó thở thì hít vào, nếu 1/3 giữa khí quản thì khó thở 2 thì, còn 1/3 dưới khí quản thì khó thở thì thở ra)  
 + Vòng mạch (gây hẹp khí quản bẩm sinh)  
 + GERD  
 + Dò khí quản – thực quản  
 + Dị vật đường thở (hay gặp ở trẻ < 6 tháng tuổi)  
- Hội chứng xâm nhập: đang ăn hoặc chơi gì đó thì đột nhiên ho sặc sụa, tím tái, có thể khò khè, có thể ngưng thở  
- Khò khè ở trẻ < 6 tháng tuổi: ít nghĩ hen, coi chừng dị tật bẩm sinh hoặc GERD hoặc dị ứng sữa  
- Khò khè liên quan đến ăn, bú: coi chừng GERD hay dò khí quản – thực quản  
- Khò khè có hội chứng xâm nhập: dị vật đường thở  
- Khò khè theo mùa: viêm tiểu phế quản  
- Khò khè + Sốt: viêm tiểu phế quản, viêm phổi có khò khè (vi khuẩn không điển hình), viêm thanh khí phế quản  
- Khò khè mạn tính/tái phát: xem bất thường cấu trúc hay chức năng, > 6 tháng thì nên làm test dãn phế quản, nếu đáp ứng thì nghĩ hen  
- Trẻ có khò khè + bướu máu: coi chừng có bướu máu trong đường dẫn khí gây khò khè do tắc nghẽn !!!  
- Trào ngược dạ dày – thực quản thường bị chẩn đoán nhầm với hen khó kiểm soát, hay có triệu chứng ho đêm, khàn tiếng (do dịch vị kích thích đường thở)  
- Khò khè ở trẻ hay bị bệnh tái phát, các bệnh nặng, hay bị viêm phổi, viêm tai giữa, các bệnh nhiễm trùng ở cơ quan khác v.v… tái đi tái lại và đã loại trừ các bất thường đường thở, các bệnh gây khò khè, tim bẩm sinh thì coi chừng trẻ có suy giảm miễn dịch, nhưng suy giảm miễn dịch bẩm sinh (thiếu IgG, khi truyền IgG thì đỡ bệnh), hoặc phổ biến hiện nay là hậu sởi