

# CƠN HEN

## I- KEYPOINT:

- Đợt cấp là tình trạng nặng lên cấp hoặc bán cấp trong triệu chứng và chức năng phổi của bệnh nhân. Thuật ngữ “episode”, “attacks”, “acute severe asthma”, nhưng thuật ngữ “flare-up” là thuật ngữ ưa dùng để thảo luận với bệnh nhân.
- Đối với bệnh nhân đợt cấp ở primary care hoặc khoa cấp cứu:
  - ◊ Đánh giá độ nặng đợt cấp dựa vào mức độ khó thở, nhịp thở, nhịp tim, SaO<sub>2</sub>, chức năng phổi. Trong khi bắt đầu liệu pháp SABA và O<sub>2</sub>.
  - ◊ Chuyển ngay tới khoa cấp cứu nếu có dấu hiệu của đợt cấp nặng, hoặc tới ICU nếu bệnh nhân ngủ gà, lú lẫn, hoặc có “silent chest”. Trong khi chuyển bệnh nhân, SABA hít, ipratropium bromide, O<sub>2</sub>, và corticoid toàn thân.
  - ◊ Điều trị nên bắt đầu với lặp lại SABA (ở hầu hết bệnh nhân, bằng pressurized metered dose inhaler and spacer), cho corticoid uống sớm, kiểm soát O<sub>2</sub>. Review đáp ứng cải thiện triệu chứng, SaO<sub>2</sub> và chức năng phổi sau 1 h.
  - ◊ Ipratropium bromide chỉ được khuyến cáo trong cơn hen nặng.
  - ◊ MgSO<sub>4</sub> IV nên xem xét ở BN có cơn hen nặng mà không đáp ứng với điều trị ban đầu.
  - ◊ X-quang ngực không được khuyến cáo là 1 xét nghiệm thường quy.
  - ◊ Quyết định nhập viện nên dựa vào tình trạng lâm sàng, chức năng phổi, đáp ứng điều trị, tiền sử đợt cấp trong quá khứ và gần đây, khả năng quản lý ở nhà.
  - ◊ Trước khi bệnh nhân về nhà, nên lên lịch điều trị và kế hoạch điều trị tiếp theo.
- Kháng sinh không nên dùng thường quy trong đợt cấp.
- Sắp xếp theo dõi sớm sau bất kì đợt cấp:
  - ◊ Review kiểm soát triệu chứng và các RF.
  - ◊ Việc điều trị controller thường xuyên giảm nguy cơ đợt cấp. Tiếp tục tăng liều controller trong 2-4 tuần.
  - ◊ Kiểm tra công cụ hít và tuân thủ của bệnh nhân.

## II- ĐẠI CƯƠNG:

**1) Định nghĩa:** Đợt cấp của hen là những đợt đặc trưng bởi tăng nặng thêm các triệu chứng hen (ho, khó thở, khò khè, nặng ngực) và giảm chức năng phổi (FEV<sub>1</sub>, lưu lượng đỉnh) hơn so với trạng thái ngày thường đến mức phải thay đổi điều trị. Đợt cấp có thể xảy ra ở bệnh nhân đã chẩn đoán và đang điều trị, cũng có thể là triệu chứng khiến bệnh nhân vào viện.

### **2) CDXD:**

- Bệnh nhân biết.
- Khi nào tăng thuốc: thay đổi có ý nghĩa triệu chứng (ví dụ ảnh hưởng hoạt động hàng ngày) và/hoặc giảm FEV<sub>1</sub> > 20% trong hơn 2 ngày.

### **3) Yếu tố nguy cơ tử vong cao do hen: Các yếu tố này hiện diện làm tăng mức độ nặng của cơn hen**

- Từng bị cơn hen nặng phải đặt NKQ + thở máy.
- Từng nhập viện/khám cấp cứu trong năm vừa qua
- Đang dùng vừa mới ngưng dùng prednisone uống.
- Không chịu dùng ICS thường xuyên.
- Quá lệ thuộc vào đồng vận beta-2 (dùng > 1 hộp Salbutamol/tháng).
- Không tuân thủ kế hoạch điều trị hen.
- Có vấn đề tâm thần kinh, không thừa nhận hen.
- Đã được điều trị cấp cứu cắt cơn trước đó thất bại.

## III- TIẾP CẬN:

### **1) Đánh giá cơn hen cấp**

#### **a) Đánh giá lâm sàng:**

- Bệnh sử lưu ý: thời điểm và nguyên nhân khởi phát, độ nặng (giới hạn vận động, giấc ngủ), triệu chứng của shock phản vệ, YTNC tử vong do hen; thuốc cắt cơn và kiểm soát, chế độ dùng thuốc và sự tuân thủ.
- Khám: Có phải hen? Độ nặng? tìm các YT phức tạp (shock phản vệ, viêm phổi, xẹp phổi, TKMP, TDMP).

#### **b) Cân LS:**

- Đo CN phổi (FEV<sub>1</sub>, PEF) được khuyến cáo mạnh mẽ
  - ◊ Nếu khả thi và không trì hoãn điều trị.
  - ◊ Đo trước điều trị, 1 giờ sau điều trị đến khi CN phổi đáp ứng tốt với ĐT hoặc đạt bình nguyên.
- SpO<sub>2</sub>: nên theo dõi chặt chẽ, trẻ em SpO<sub>2</sub> < 92% là chỉ định nhập viện.

- KMDM: Không cần thực hiện thường quy, chỉ trên những BN PEF hoặc FEV1 < 50% dự đoán, không đáp ứng điều trị ban đầu hoặc diễn tiến xấu hơn. Mệt và buồn ngủ báo hiệu tăng CO2 và nhu cầu cần đặt NKQ.
- X-quang ngực: Không thường quy, khi nghi ngờ cần CĐPB (Vd: sốt, không tiền sử hen, khám phổi biểu hiện khu trú) hoặc yếu tố phức tạp

**c) Chẩn đoán phân biệt:**

- Đợt cấp COPD: CĐPB là quan trọng vì điều trị là khác nhau, đặc biệt là liệu pháp O2
- Trần khí màng phổi: ....xuất hiện đợt ngột (trong khi 80% các cơn hen cấp xuất hiện từ từ trong 48h),
- Nhồi máu phổi:
  - ◊ Cơ địa: Có tiền căn (bệnh huyết khối từ trước, ung thư, phẫu thuật gần đây < 1 tháng); Có nguy cơ (bất động lâu ngày).
  - ◊ Triệu chứng: Khó thở đột ngột, ho máu, ngất, nhịp tim nhanh. Sự hiện diện của bệnh huyết khối (chân đau, sưng, phù 1 bên, dấu Homans..)
  - ◊ XN không đặc hiệu: X-quang (xẹp phổi dạng đĩa, tràn dịch đáy phổi, bướu Hampton, westermark's sign.); ECG (S1Q3T3, RBBB mới, T đảo ngược ..)
  - ◊ XN đặc hiệu: D-dimer (độ nhạy cao, độ đặc hiệu thấp); CT-scan mạch máu phổi để CĐXD.
- Viêm phổi cấp
- Dị vật đường thở:
- Cơ hen tim:
  - ◊ Tiền sử bệnh tim mạch.
  - ◊ Thường khó thở đột ngột, khó thở phải ngồi, tăng khi gắng sức, ho khạc đàm không giảm khó thở. Các triệu chứng của ST.
- Các bệnh lý thiếu máu cục bộ cơ tim (đau ngực, không khò khè, ECG), chèn ép tim cấp (tĩnh mạch cổ nổi, gan to, dấu Kussmaul, ít/không có triệu chứng ở phổi)

**2) Tiêu chí cơn hen cấp:**

- Tiêu chí cường độ: Triệu chứng nặng hơn “bình thường” làm BN “sợ hãi”; khó thở nhiều đến mức “chỉ nói được thành câu ngắn
- Tiêu chí thời gian: Triệu chứng vẫn kéo dài sau khi đã
  - ◊ Dùng thuốc giảm triệu chứng liên tục 3 lần cách 20 phút.
  - ◊ Dùng thuốc giảm triệu chứng nhiều hơn 1 lần/ 4 giờ.

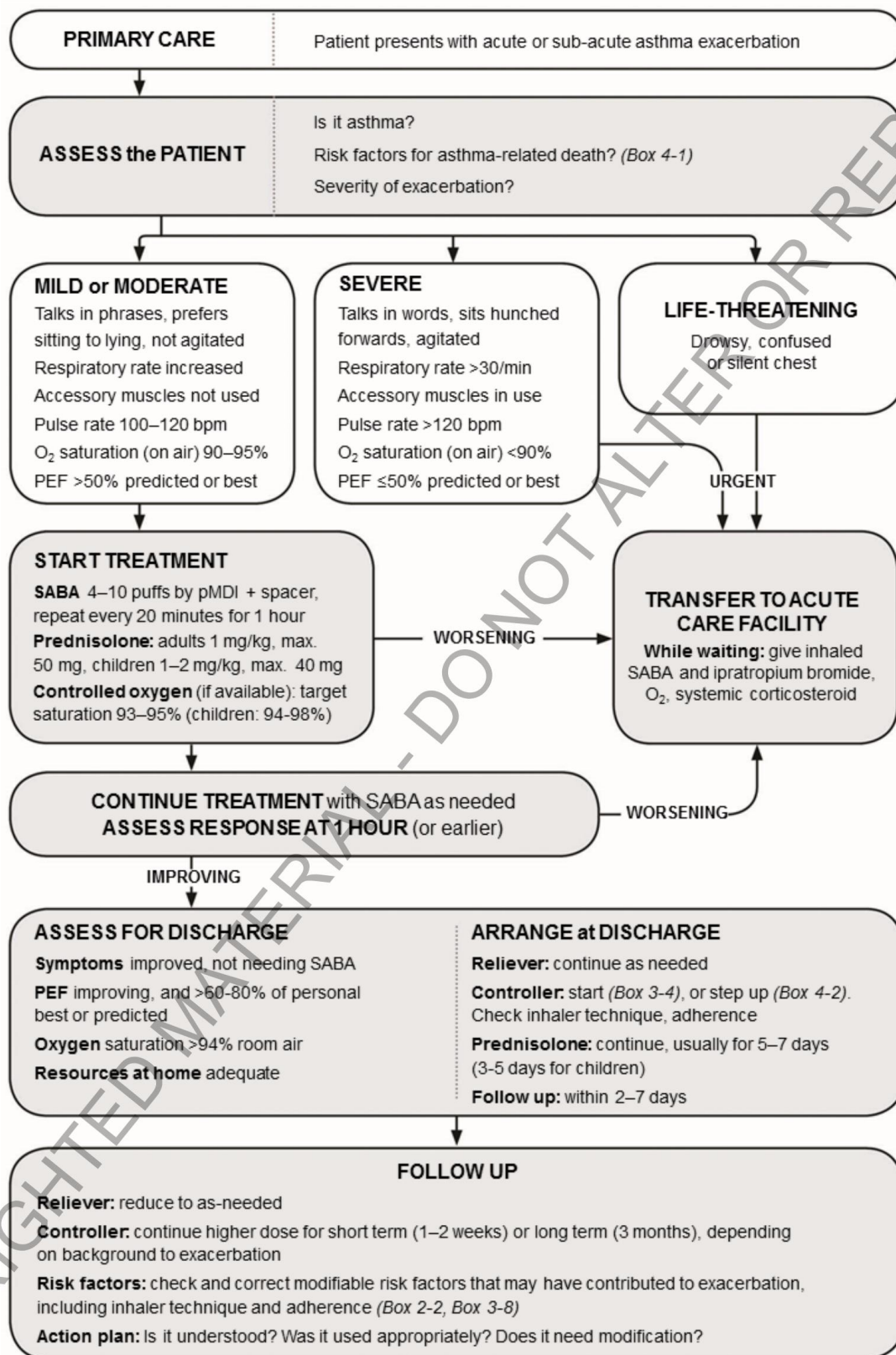
**3) Độ nặng cơn hen cấp (GINA 2010):**

Dựa vào tình trạng khó thở? Nhìn, hỏi (tử thể, thờ cơ kéo, tri giác), sinh thiệu (nhịp thở, mạch, có mạch nghịch), khám (nghe ran), CLS (PEF sau liệu DPQ đầu tiên, KMDM đánh giá SaO2 hoặc PaO2).

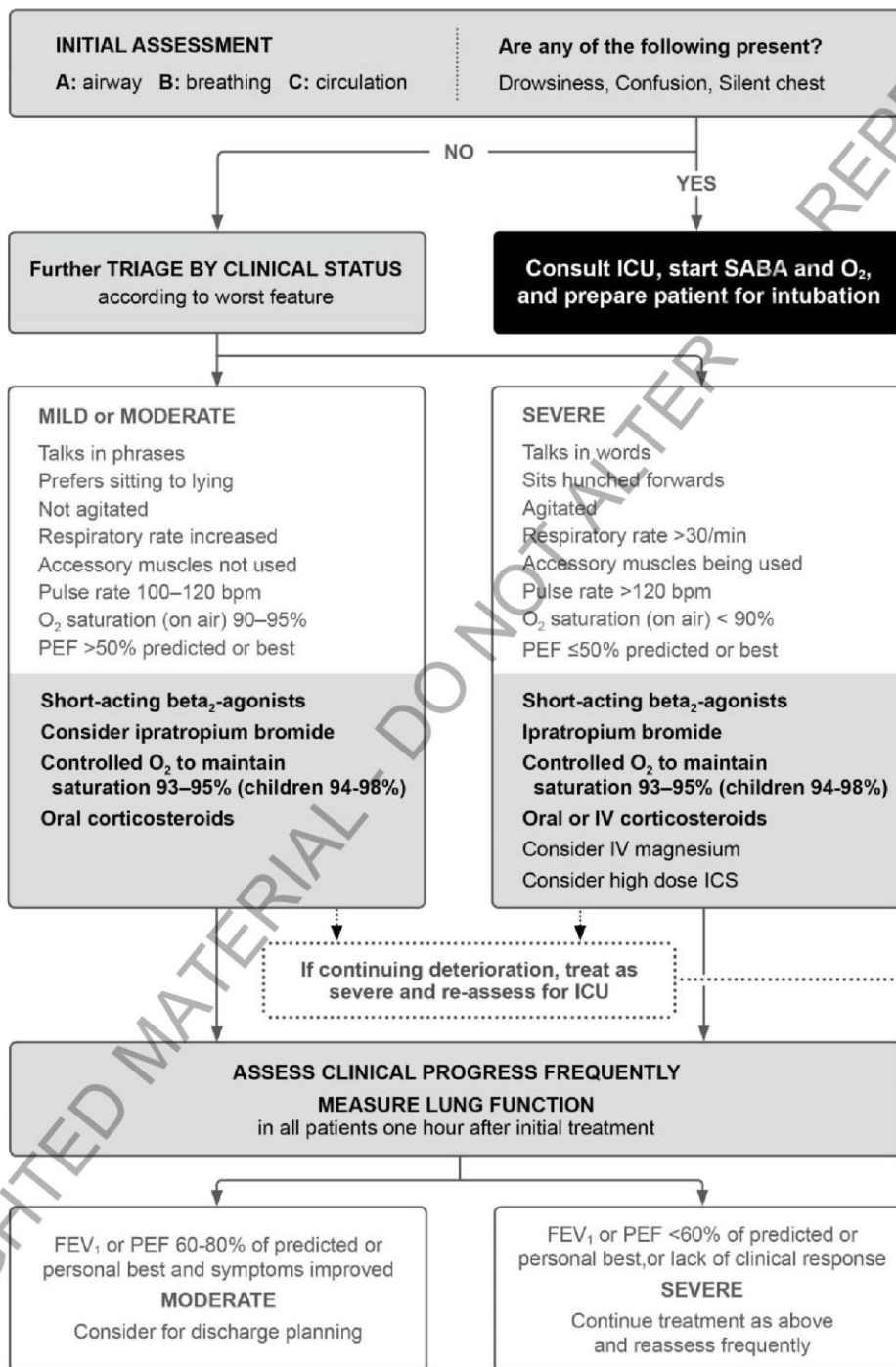
	Nhẹ	Vừa	Nặng	Đạ ngưng thở
<b>Khó thở</b>	Khi đi lại	Khi nói	Khi nghỉ ngơi	
<b>Tư thế</b>	Có thể nằm	Thích ngồi	Cúi ra trước	
<b>Nói</b>	Thành câu	Thành cụm từ	Từng từ	Không nói nổi
<b>Tri giác</b>	Có thể kích thích	Thường kích thích	Thường kích thích	Lú lẫn, lơ mơ
<b>Co kéo cơ HH phụ, co rút khoảng trên ức</b>	Thường không	Thường có	Thường có	Cử động hô hấp nghịch thường.
<b>Nhịp thở</b>	Tăng	Tăng	>30 lần/phút	
<b>Nhịp mạch</b>	<100	100-120	>120	Mạch chậm
<b>Mạch nghịch</b>	Không có	Có thể có, 10-25mmHg	Thường có, >25mmHg	Không có gợi ý suy cơ hô hấp
<b>Tiếng rít, ran rít</b>	Vừa, thường cuối thì thở ra	Lớn	Thường lớn	Không nghe tiếng rít, ran
<b>PEF sau lần dùng DPQ đầu tiên</b>	>80% dự đoán	60-80% dự đoán	<60% dự đoán( <100l/phút) hoặc kéo dài đáp ứng <2h.	
<b>PaO2 khí trời và/hoặc PaCO2</b>	Thường không cần KMDM	60mmHg	<60mmHg có thể xanh tím >45mmHg có thể SHH	
<b>SaO2 khí trời</b>	>95%	91-95%	<90%	

**4 Primary care (phòng khám, bệnh viện mà không phải khoa cấp cứu):**

**Box 4-3. Management of asthma exacerbations in primary care (adults, adolescents, children 6–11 years)**



**Box 4-4. Management of asthma exacerbations in acute care facility, e.g. emergency department**



•Liệu pháp O<sub>2</sub> , mục tiêu SaO<sub>2</sub> với khí trời là 90-95% (trẻ em 6-11 tuổi: 94-98%)

•Corticoid toàn thân:

◊Chỉ định: Trong mọi cơn hen (trừ hen cấp nhẹ) hoặc điều trị SABA cải thiện triệu chứng ít/chậm; hoặc đợt cấp hen ngay khi đang dùng corticoid; có bệnh sử đợt cấp hen cần corticoid.

◊Liều: Người lớn (50mg prednisolone/ngày hoặc 200mg hydrocortisone/ngày); Trẻ em 40mg/ngày.

◊Nên cho sớm (trong vòng 1 giờ). Đường uống tốt tương tự đường tĩnh mạch (ít xâm lấn, rẻ tiền), tiêm mạch khi không uống được, đang ói, thông khí nhân tạo. Dùng 5-7 ngày vì dùng lâu hơn không tốt hơn, không lợi ích gì hơn khi giảm liều dần.

•ICS liều lượng cắt cơn:

◊Khí dung: Fluticasone 500mcg mỗi 15 phút; Budesonide 800mcg mỗi 30 phút.

◊Chai xịt và buồng đệm có van: Fluticasone 500mcg mỗi 10 phút; Budesonide 400mcg mỗi 30 phút.

◊Tối thiểu trong 90 phút.

•Điều trị hen cấp:

◊Đồng vận beta 2: albuterol là lựa chọn DPQ đầu tiên.

◊MDI + buồng đệm có van > phun khí dung > tĩnh mạch.

◊Các thuốc thêm vào: Ipratropium → MgSO<sub>4</sub> (FEV<sub>1</sub> < 25-30%, không đáp ứng điều trị ban đầu); Theophylline (chỉ sau khi đã thêm mọi thuốc khác)

**📌 Quản lý sau ra viện:**

**Box 4-5. Discharge management after hospital or emergency department care for asthma**

<b>Medications</b>
<p><i>Oral corticosteroids (OCS)</i></p> <p>Prescribe at least a 5–7 day course of OCS for adults (prednisolone or equivalent 1 mg/kg/day to a maximum of 50 mg/day) and 3–5 days for children (1–2 mg/kg/day to a maximum of 40 mg). For patients considered at risk of poor adherence, intramuscular corticosteroids may be considered<sup>346</sup> (Evidence B).</p> <p><i>Reliever medication</i></p> <p>Transfer patients back to as-needed rather than regular reliever medication use, based on symptomatic and objective improvement. If ipratropium bromide was used in the emergency department or hospital, it may be quickly discontinued, as it is unlikely to provide ongoing benefit.</p> <p><i>Inhaled corticosteroids (ICS)</i></p> <p>Initiate ICS prior to discharge, if not previously prescribed (Box 3-4, p30). Patients currently prescribed ICS-containing medication should generally have their treatment stepped up for 2–4 weeks (Box 4-2, p61) and should be reminded about the importance of adherence with daily use.</p>
<b>Risk factors that contributed to the exacerbation</b>
<p>Identify factors that may have contributed to the exacerbation and implement strategies to reduce modifiable risk factors (Box 3-8, p38). An exacerbation severe enough to require hospitalization may follow irritant or allergen exposure, inadequate long-term treatment, problems with adherence, and/or lack of a written asthma action plan, as well as unavoidable factors such as viral respiratory infections.</p>
<b>Self-management skills and written asthma action plan</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Review inhaler technique (Box 3-11, p42).</li><li>• Review technique with PEF meter if used.</li><li>• Provide a written asthma action plan (Box 4-2, p61) or review the patient's existing plan, either at discharge or as soon as possible afterwards. Patients discharged from the emergency department with an action plan and PEF meter have better outcomes than patients discharged without these resources.<sup>375</sup></li><li>• Evaluate the patient's response to the exacerbation. If it was inadequate, review the action plan and provide written guidance to assist if asthma worsens again.<sup>375,376</sup></li><li>• Review the patient's use of controller treatment before and during the exacerbation. Was it increased promptly and by how much? Were OCS added and if not, why not? Consider providing a short-course of OCS to be on hand for subsequent exacerbations.</li></ul>
<b>Follow up appointment</b>
<p>A follow-up appointment within 2–7 days of discharge should be made with the patient's usual health care provider, to ensure that treatment is continued, that asthma symptoms are well controlled, and that the patient's lung function reaches their personal best (if known).</p>