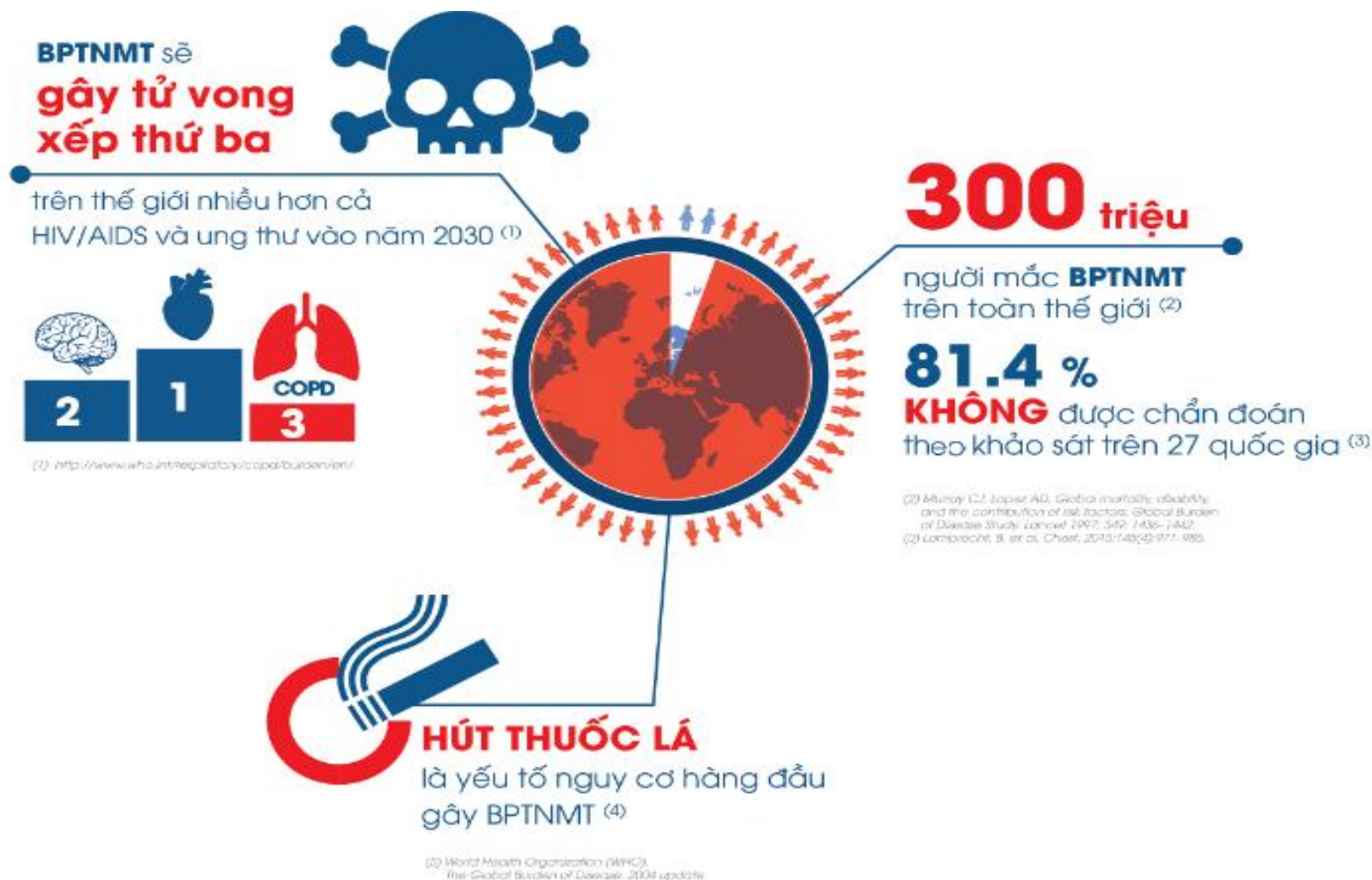




HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

BỆNH VIỆN PHỔI TỈNH QUẢNG TRỊ

COPD và những con số đang lo ngại



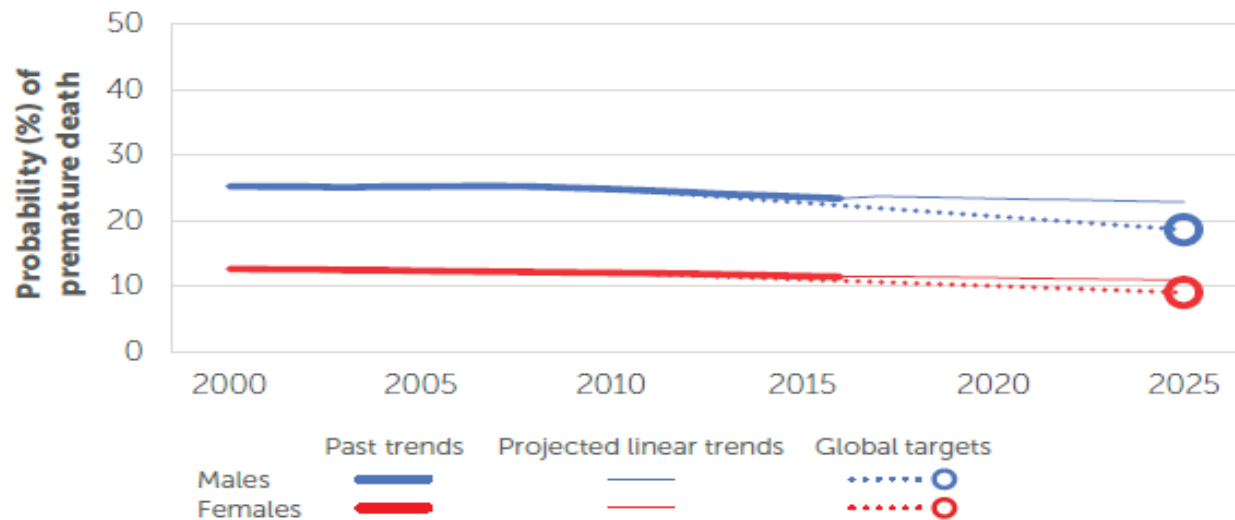
Gánh nặng các bệnh NCD(Non-Communicable Disease) tại Việt Nam

VIET NAM

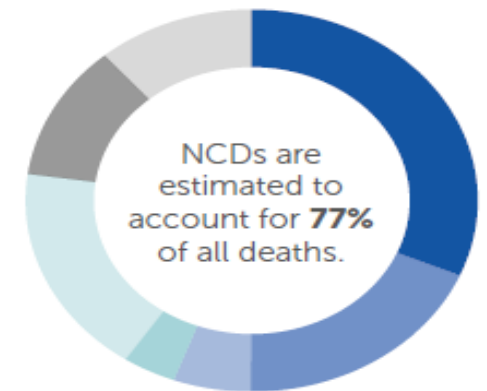
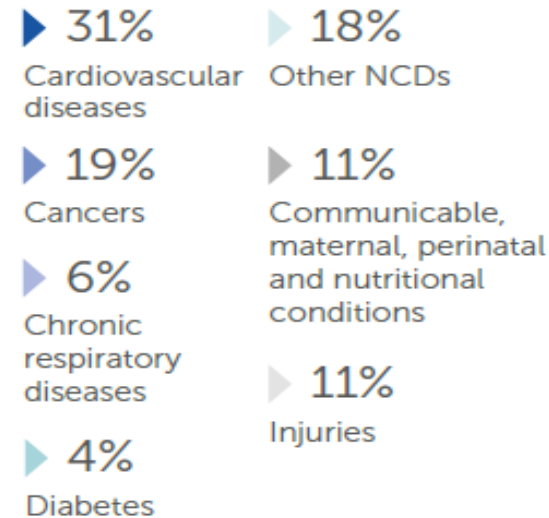
2016 TOTAL POPULATION: 94 569 000

2016 TOTAL DEATHS: 549 000

RISK OF PREMATURE DEATH DUE TO NCDS (%)*



PROPORTIONAL MORTALITY*



- Khoảng 10% dân số Việt Nam, tương đương 10 triệu người, mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhiều người chưa được chẩn đoán hoặc phát hiện khi chức năng phổi đã giảm.
- Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc COPD khoảng 10% dân số, tức hơn 10 triệu người

Thách thức trong quản lý COPD tại Việt Nam



Tỷ lệ BPTNMT trong dân số là 10%



50-70% bệnh nhân COPD chưa từng được chẩn đoán hoặc chỉ phát hiện khi chức năng phổi đã giảm đáng kể



Thuốc điều trị dự phòng cho bệnh nhân COPD hầu hết được bảo hiểm y tế chi trả. Trường hợp không được bảo hiểm y tế trả, bệnh nhân phải dùng thuốc dự phòng tại nhà chi phí trung bình khoảng 1,5 triệu đồng một tháng. Khi bệnh nhân gặp biến chứng, chi phí điều trị có thể tăng gấp 13 lần, lên đến hơn 200 triệu đồng mỗi năm.

- Phát hiện muộn khi bệnh nặng, nhiều triệu chứng
- Người bệnh chủ yếu đến khám khi bệnh nặng (đợt cấp tính)
- Đa số người bệnh khi ra viện không được theo dõi, điều trị → chờ đợt cấp tiếp theo nhập viện
- Hiểu biết người bệnh còn hạn chế, không tuân thủ điều trị
- Người bệnh không được tiếp cận dịch vụ y tế

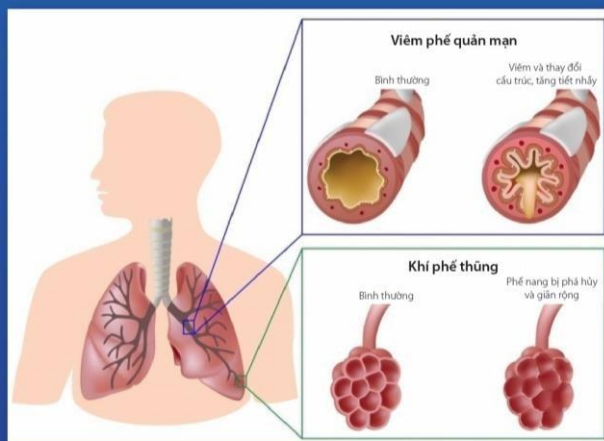
Định nghĩa COPD(*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*)

COPD là một bệnh phổ biến, có thể dự phòng và điều trị. Bệnh được đặc trưng bởi các *triệu chứng hô hấp mạn tính và giới hạn luồng khí dai dẳng do bất thường đường thở và/hoặc nhu mô phổi* gây ra bởi **tiếp xúc đáng kể** với các **phân tử** hay **các chất khí độc hại**.

NỘI DUNG

Hướng dẫn CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ **BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH**

(Bản cập nhật năm 2024)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

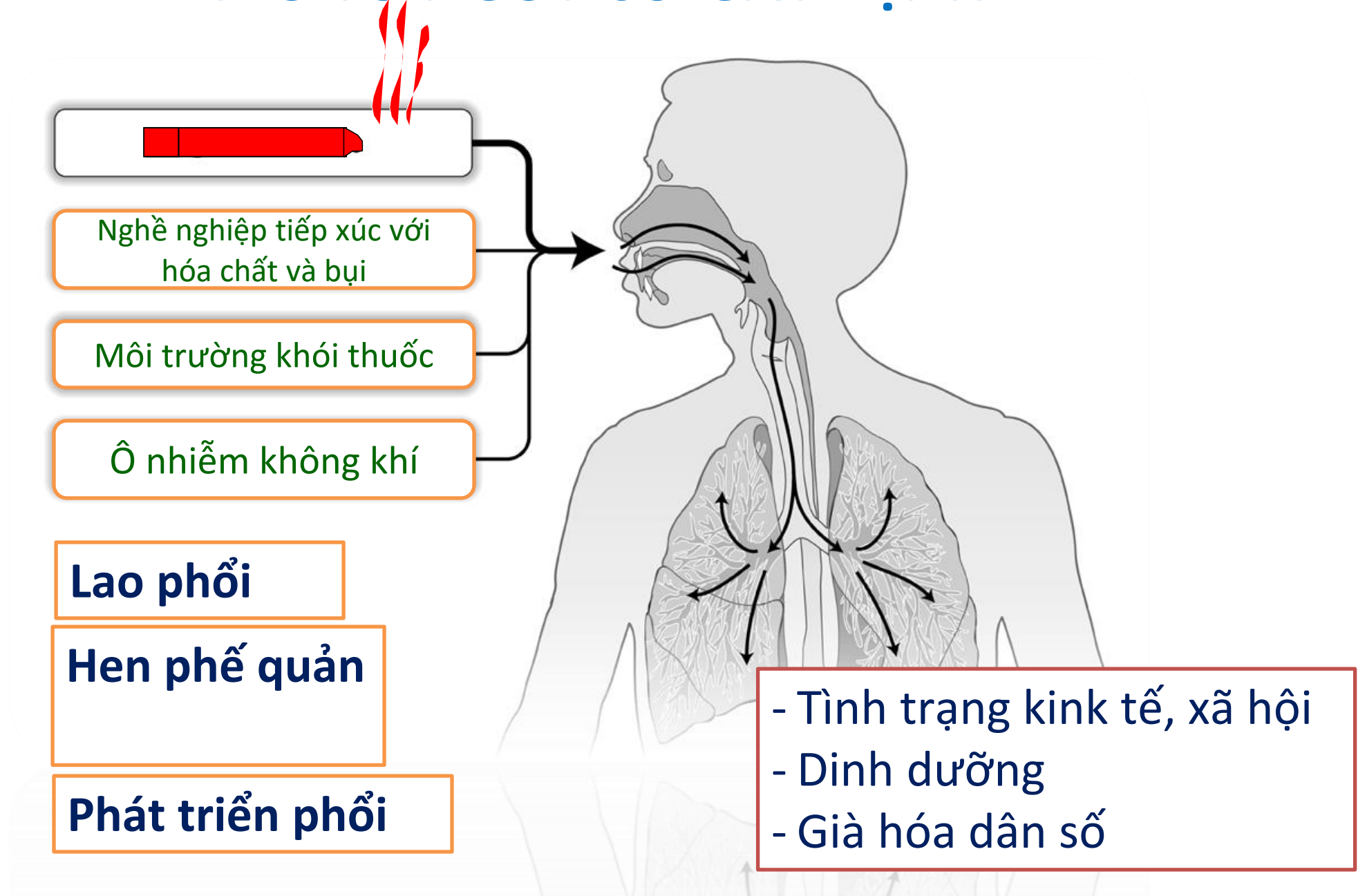
1. Chương 1: Chẩn đoán và đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
2. Chương 2: Quản lý và điều trị BPTNMT giai đoạn ổn định
3. Chương 3: Chẩn đoán và điều trị đợt cấp BPTNMT
4. Chương 4: Bệnh lý đồng mắc với BPTNMT
5. Chương 5: Phục hồi chức năng hô hấp, dinh dưỡng và chăm sóc giảm nhẹ BPTNMT

CHƯƠNG 1
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ
BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

ĐỊNH HƯỚNG CHẨN ĐOÁN BPTNMT

1. Tiền sử: **hút thuốc lá, thuốc láo**, ô nhiễm môi trường, nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn, **di chứng lao phổi**, tăng tính phản ứng phế quản
2. Ho khạc đờm kéo dài
3. Khó thở chủ yếu thì thở ra
4. Giai đoạn muộn: chán ăn, sụt cân, yếu/teo cơ.
5. Khám lâm sàng:
 - Giai đoạn sớm: bình thường
 - **Giai đoạn muộn: suy hô hấp mạn, RRPN giảm, ran rít, ran ngáy**

YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỆNH



SÀNG LỌC BPTNMT Ở CỘNG ĐỒNG

	Câu hỏi	Chọn câu trả lời	
1	Ông/bà có ho vài lần trong ngày ở hầu hết các ngày	Có	Không
2	Ông/bà có khạc đờm ở hầu hết các ngày	Có	Không
3	Ông/bà có dễ bị khó thở hơn những người cùng tuổi	Có	Không
4	Ông/bà có trên 40 tuổi	Có	Không
5	Ông/bà vẫn còn hút thuốc lá hoặc đã từng hút thuốc lá	Có	Không

- Trả lời "Có" từ 3 câu trở lên nên được giới thiệu đến cơ sở y tế có máy đo hô hấp ký để phát hiện sớm BPTNMT

THĂM DÒ CẶN LÂM SÀNG

- Hô hấp ký:
 - Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau test hồi phục phế quản: chỉ số $FEV1/(F)VC < 70\%$
 - Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở: Dựa vào FEV1.
- X-quang tim phổi
- Điện tim đồ
- Siêu âm tim
- SpO2, khí máu động mạch
- Đo dung tích toàn phổi(TLC) là thể tích khí chứa ở trong phổi sau khi hít vào tối đa, thể tích khí cặn.

Chẩn đoán xác định COPD

TRIỆU CHỨNG

Ho
Khạc đờm
Khó thở

**PHƠI NHIỄM VỚI CÁC
YẾU TỐ NGUY CƠ**

Thuốc lá
Nghề nghiệp
Ô nhiễm trong/ngoài nhà



ĐO CNHH

$FEV_1 / FVC < 0.70$

Sau thuốc GPQ

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH BPTNMT

Triệu chứng

- Khó thở
- Ho mạn tính
- Khạc đờm

Phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ

- Hút thuốc lá, thuốc lào
- Ô nhiễm môi trường trong, ngoài nhà
- Tiếp xúc khói, khí, bụi nghề nghiệp

Đo chức năng hô hấp để chẩn đoán xác định

$FEV_1/FVC < 70\%$

sau test phục hồi phế quản

ĐÁNH GIÁ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

- Tắc nghẽn đường thở (theo FEV₁)

Giai đoạn GOLD	Giá trị FEV ₁ sau test hồi phục phế quản
GOLD 1	FEV ₁ ≥ 80% trị số lý thuyết
GOLD 2	50% ≤ FEV ₁ < 80% trị số lý thuyết
GOLD 3	30% ≤ FEV ₁ < 50% trị số lý thuyết
GOLD 4	FEV ₁ < 30% trị số lý thuyết

- Triệu chứng: CAT - mMRC
- Nguy cơ: Tiền sử đợt cấp trong 12 tháng vừa qua

Bảng điểm đánh giá khó thở MRC	Điểm
Khó thở khi gắng sức mạnh	0
Khó thở khi đi vội trên đường bằng hay đi lên dốc nhẹ	1
Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng.	2
Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng	3
Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo	4

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) của ông/bà như thế nào? Hãy sử dụng công cụ đánh giá BPTNMT (CAT)

Bộ câu hỏi này sẽ giúp ông/bà và các nhân viên y tế đánh giá tác động của BPTNMT ảnh hưởng lên sức khỏe và cuộc sống hàng ngày của ông/bà. Nhân viên y tế sẽ sử dụng những câu trả lời của ông/bà và kết quả đánh giá để giúp họ nâng cao hiệu quả điều trị BPTNMT của ông/bà và giúp ông/bà được lợi ích nhiều nhất từ việc điều trị.

Nếu ông/bà muốn trả lời bằng câu hỏi này trên giấy, vui lòng nhấp chuột vào đây và in ra để trả lời.

Nếu ông/bà muốn hoàn tất trực tuyến bằng câu hỏi này thì đối với mỗi câu hỏi sau đây vui lòng sử dụng chuột để đánh dấu (X) vào trong ô trống mô tả đúng nhất tình trạng hiện tại của ông/ bà.

Ví dụ: Tôi rất hạnh phúc

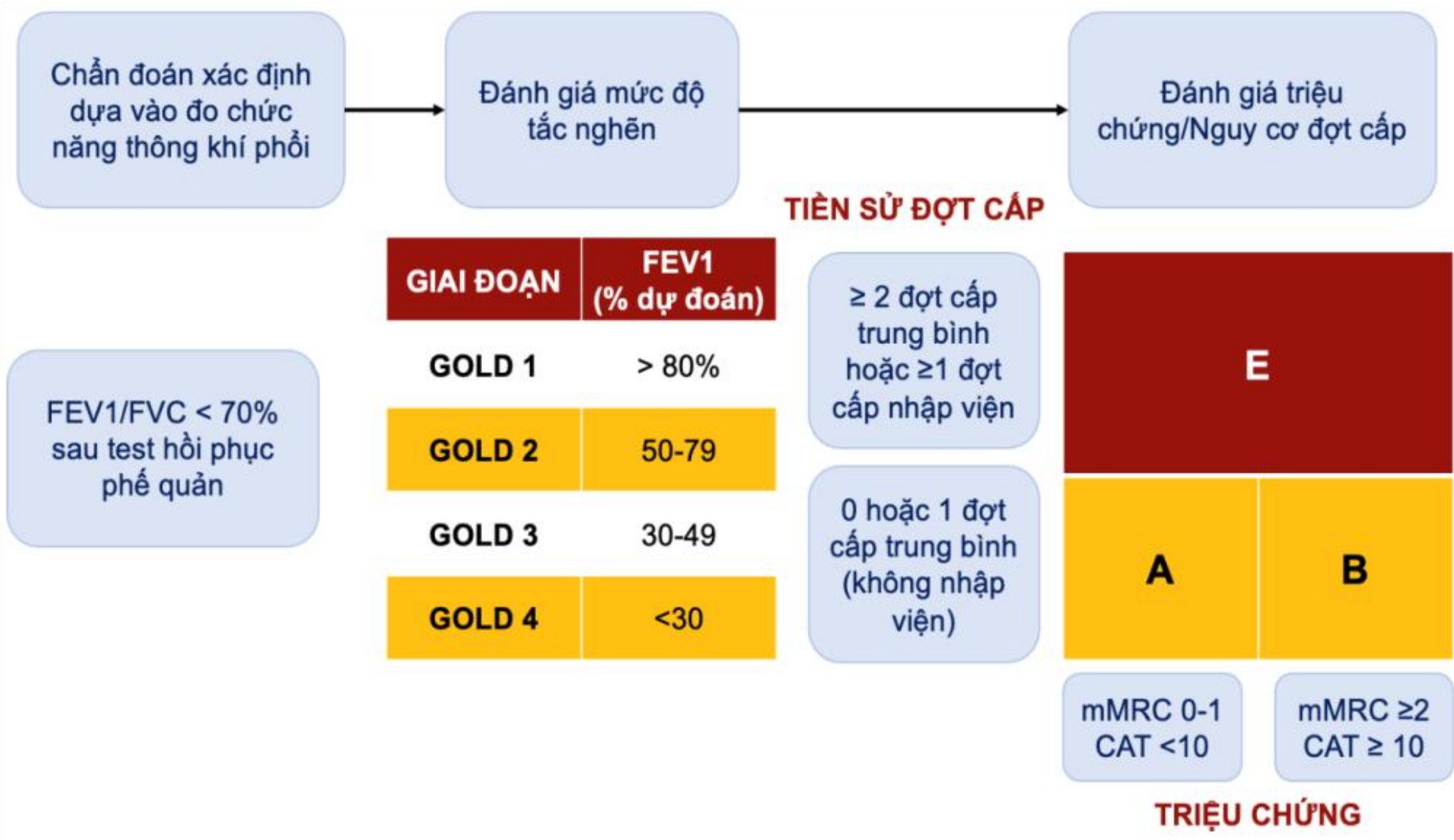
0 X 2 3 4 5

Tôi rất buồn

			ĐIỂM
Tôi hoàn toàn không ho	0 1 2 3 4 5	Tôi ho thường xuyên	
Tôi không có chút đờm (đờm) nào trong phổi	0 1 2 3 4 5	Trong phổi tôi có rất nhiều đờm (đờm)	
Tôi không có cảm giác nặng ngực	0 1 2 3 4 5	Tôi có cảm giác rất nặng ngực	
Tôi không bị khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)	0 1 2 3 4 5	Tôi rất khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)	
Tôi không bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà	0 1 2 3 4 5	Tôi rất bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà	
Tôi yên tâm ra khỏi nhà dù tôi có bệnh phổi	0 1 2 3 4 5	Tôi không yên tâm chút nào khi ra khỏi nhà bởi vì tôi có bệnh phổi	
Tôi ngủ ngon giấc	0 1 2 3 4 5	Tôi không ngủ ngon giấc vì có bệnh phổi	
Tôi cảm thấy rất khỏe	0 1 2 3 4 5	Tôi cảm thấy không còn chút sức lực nào	

Điểm CAT	Mức tác động	Hình ảnh lâm sàng về tác động của COPD theo điểm CAT	Hướng xử trí
>30	Rất cao	Bệnh nhân không làm được tất cả các việc mà họ muốn. Không có ngày nào thấy thoải mái. Tắm hoặc gội đầu thường lâu hơn bình thường. Không thể ra khỏi nhà để đi chợ, hoặc làm việc nhà. Thường không thể đi xa khỏi giường hoặc ghế. Họ cảm thấy mình vô dụng	Bệnh nhân cần được xử trí ngay Bên cạnh vai trò hướng dẫn cho các bệnh nhân, điểm CAT giúp - Gợi ý chuyển bệnh nhân cho chuyên gia hô hấp (nếu bạn là bác sỹ chăm sóc sức khỏe ban đầu) Bên cạnh đó - Thêm thuốc điều trị - Phục hồi chức năng hô hấp - Đưa ra tiếp cận tốt nhất giúp tránh đợt bùng phát
>20	Cao	Không làm được hầu hết các việc mà họ muốn. Xuất hiện khó thở khi đi quanh nhà, giặt quần áo. Có thể có biểu hiện khó thở khi nói chuyện. Một khi ho. Ngủ không yên giấc do khó thở, ho về đêm. Họ thấy rằng tập thể dục không an toàn. Họ cảm thấy lo lắng, sợ hãi trong kiểm soát bệnh	
10-20	Trung bình	COPD là bệnh nghiêm trọng nhất của bệnh nhân. Có một số ngày bình thường, với hầu hết các ngày có ho, khạc đờm, 1-2 lần bùng phát/năm. Khó thở hầu hết các ngày, và thường thức giấc vào ban đêm do nặng ngực, khó thở. Xuất hiện khó thở khi leo dốc, cầu thang chậm, có thể làm được việc nhà chậm hoặc có nghỉ ngắt quãng	Cần tối ưu thêm việc điều trị. Bên cạnh vai trò hướng dẫn cho các bệnh nhân CAT giúp - Xem xét lại việc điều trị duy trì đã tối ưu chưa? - Xem xét phục hồi chức năng hô hấp - Đảm bảo tiếp cận tốt nhất nhằm tránh các đợt bùng phát - Tránh các yếu tố kích phát
<10	Thấp	Hầu hết các ngày tốt, COPD có thể gây một số khó chịu, làm người bệnh không làm được 1-2 việc mà họ muốn. Họ thường ho vài ngày trong tuần và khó thở khi tập thể thao, làm việc nặng. Họ thường đi chậm hoặc dừng lại khi leo dốc, dễ mất sức.	- Ngưng hút thuốc - Tiêm phòng cúm hàng năm - Giảm tiếp xúc với các yếu tố gây bùng phát - Điều trị nên được xác định thêm bởi các thăm dò lâm sàng

ĐÁNH GIÁ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH



CHƯƠNG 2
QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ BPTNMT
GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

- Kiểm soát triệu chứng
- Tăng khả năng gắng sức
- Nâng cao tình trạng sức khỏe



GIẢM TRIỆU CHỨNG

- Làm chậm tiến triển bệnh
- Dự phòng và điều trị đợt cấp
- Giảm tử vong



GIẢM NGUY CƠ

- Các biện pháp điều trị gồm điều trị không thuốc và điều trị bằng thuốc.

CAI NGHIỆN THUỐC LÁ, THUỐC LÀO

HỎI

xem tình trạng hút thuốc của người bệnh để có kế hoạch phù hợp.

KHUYÊN

đưa ra lời khuyên phù hợp và đủ sức thuyết phục người bệnh bỏ hút thuốc.

ĐÁNH GIÁ

xác định nhu cầu cai thuốc thực sự của người bệnh.

HỖ TRỢ

giúp người bệnh xây dựng kế hoạch cai thuốc, tư vấn, hỗ trợ và chỉ định thuốc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá nếu cần.

SẮP XẾP

có kế hoạch theo dõi, hỗ trợ trực tiếp hoặc gián tiếp để người bệnh cai được thuốc và tránh tái nghiện.

CAI NGHIỆN THUỐC LÁ, THUỐC LÀO

- Thuốc hỗ trợ cai thuốc lá: giúp giảm nhẹ hội chứng cai thuốc và làm tăng tỷ lệ cai thuốc thành công
- Phối hợp tư vấn ngắn và tư vấn sâu
- Bao gồm:
 - Nicotin thay thế
 - Bupropion: giảm ham muốn hút thuốc
 - Varenicline: giảm triệu chứng khi cai thuốc lá và giảm sáng khoái khi hút thuốc

TIÊM PHÒNG VACXIN PHÒNG NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

- Có thể làm giảm các đợt cấp nặng và giảm tỷ lệ tử vong.
- Tiêm phòng vắc xin cúm: vào đầu mùa thu và tiêm nhắc lại hàng năm
- Tiêm vắc xin phế cầu: tiêm 1 mũi PCV20 hoặc 1 mũi PCV15 tiếp theo là 1 mũi PPSV23 (với người chưa tiêm). Trong trường hợp đã tiêm 1 mũi PPSV23 thì sẽ tiêm thêm 1 mũi PCV15 hoặc PCV20 sau 1 năm.
- Tiêm phòng vắc xin SARS-Cov-2 (COVID-19)
- Vắc xin Tdap (bạch hầu - uốn ván - ho gà): tiêm phòng 1 mũi và nhắc lại sau mỗi 10 năm (nếu chưa tiêm), còn với bệnh nhân đã tiêm vắc xin Tdap sẽ tiêm liều nhắc lại sau 10 năm tính từ liều đã tiêm.
- Vắc xin phòng zona (zoster vaccin): cho người bệnh BPTNMT > 50 tuổi.
- Vắc xin RSV được **khuyến cáo** tiêm.

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

≥ 2 đợt cấp mức độ trung bình hoặc ≥ 1 đợt cấp nhập viện	Nhóm E LABA + LAMA* <i>Cân nhắc LABA + LAMA + ICS* nếu bạch cầu ái toan/máu $\geq 300/\mu L$</i>	
	Nhóm A Một thuốc giãn phế quản	Nhóm B LABA + LAMA*
0 - 1 đợt cấp mức độ trung bình (không nhập viện)	mMRC 0–1, CAT <10	mMRC ≥ 2 , CAT ≥ 10

* Phối hợp thuốc trong cùng 1 dụng cụ hít có thể thuận tiện và hiệu quả hơn trong nhiều dụng cụ hít

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

Bệnh nhân nhóm B:

- Nên khởi trị bằng LABA/LAMA.
- Nếu không có sẵn phối hợp LABA/LAMA, có thể lựa chọn khởi đầu điều trị với LABA hoặc LAMA.
- Nếu không có sẵn 3 loại thuốc trên, xem xét dùng ICS/LABA khi BCAT trong máu ngoại vi > 300 tế bào/ μ l. Nếu bệnh nhân nhóm B nhưng có đặc điểm hen có thể sử dụng ICS/LABA.

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

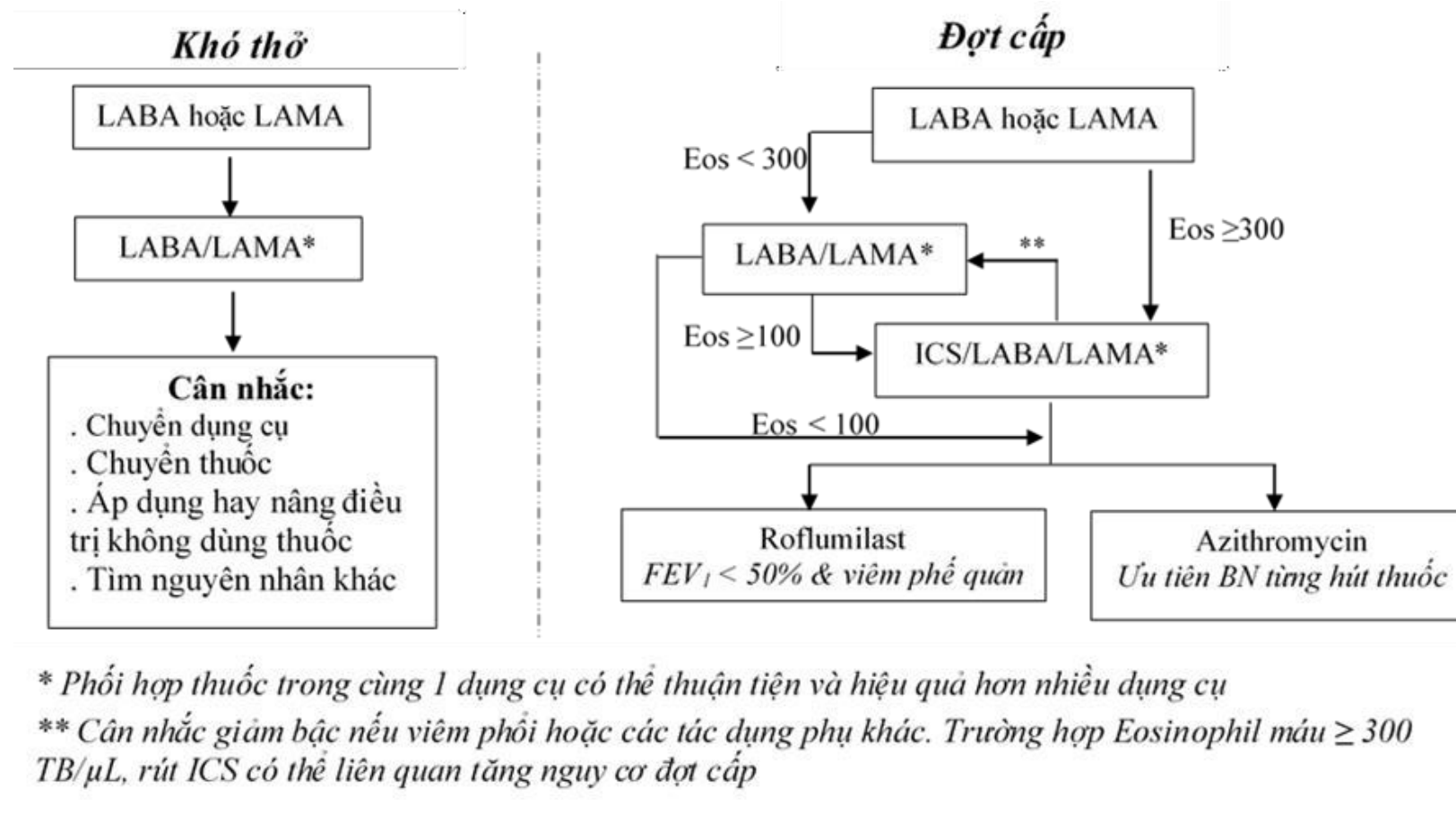
Bệnh nhân nhóm E:

- LABA/LAMA là lựa chọn ưu tiên để khởi trị
- Cân nhắc khởi trị bằng ICS/LABA/LAMA cho bệnh nhân BPTNMT nhóm E có bạch cầu ái toan trong máu (BCAT/máu) ≥ 300 tế bào/ μ l.
- Nếu bệnh nhân BPTNMT có đặc điểm hen thì nên được điều trị thuốc có chứa ICS.
- Nếu phải chỉ định ICS thì ICS/LABA/LAMA trong một dụng cụ hít là lựa chọn ưu tiên vì phối hợp này hiệu quả hơn ICS/LABA. Nếu không có sẵn ICS/LABA/LAMA trong một dụng cụ hít, có thể thay thế bằng ICS/LABA và LAMA trong 2 dụng cụ hít.

LƯU Ý VỀ ICS

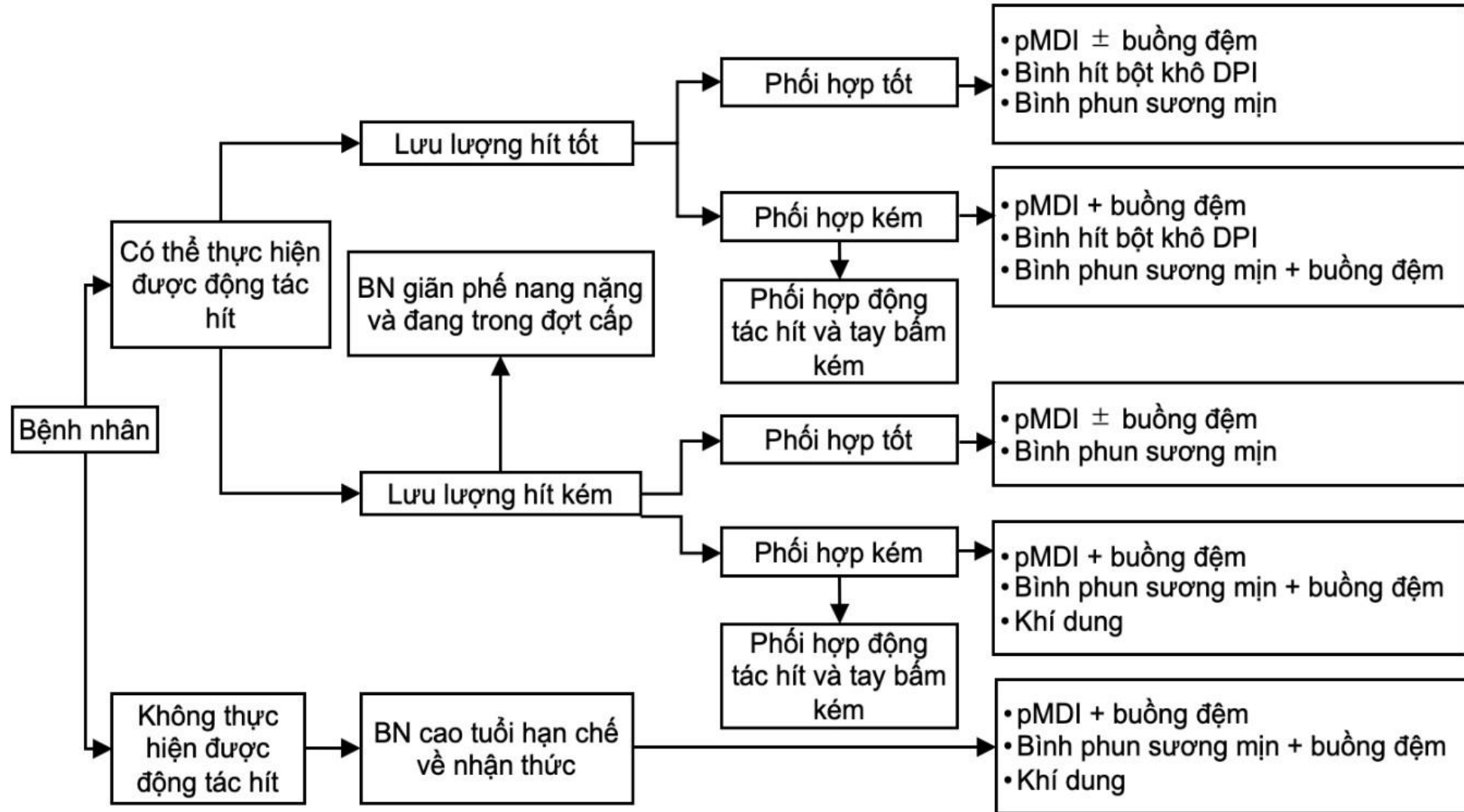
- Không ủng hộ liệu pháp có chứa ICS ở bệnh nhân bị viêm phổi ít nhất 2 lần trong năm qua, giãn phế quản, lao phổi cũ có di chứng mức độ trung bình đến nặng (tổn thương chiếm nhiều hơn 1 thùy phổi hoặc $> 25\%$ diện tích toàn bộ 2 phổi), BCAT < 100 tế bào/ μ l
- Thận trọng khi sử dụng ICS ở đối tượng có nguy cơ viêm phổi: tuổi (>55 tuổi), BMI thấp (<25 kg/m²), tiền sử đợt cấp hoặc viêm phổi trong năm trước, mMRC cao, FEV1 thấp ($<50\%$ GTĐĐ), BCAT/máu $< 2\%$, khí phế thũng và giãn phế quản.

CHUYỂN ĐỔI ĐIỀU TRỊ THUỐC



- Áp dụng cho bất kì bệnh nhân nhóm nào, không phụ thuộc nhóm ABE ban đầu

LỰA CHỌN DỤNG CỤ PHÂN PHỐI THUỐC



ĐIỀU TRỊ DÙNG THUỐC



Ipratropium



Salbutamol



Budesonide/Formoterol



Fluticasone/Salmeterol



Tiotropium



Indacaterol/Glycopyrronium

Tùy theo mức độ về điểm triệu chứng và nguy cơ đợt kịch phát bệnh nhân sẽ được chỉ định dùng một hoặc phối hợp các loại thuốc nêu trên

THỞ OXY VÀ THỞ MÁY KHÔNG XÂM NHẬP DÀI HẠN

Thở oxy dài hạn tại nhà

- $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg hoặc $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ trên hai mẫu máu trong vòng 3 tuần, bệnh nhân trong giai đoạn ổn định, ở trạng thái nghỉ ngơi, không thở oxy, đã sử dụng các biện pháp điều trị tối ưu.
- PaO_2 từ 56 - 59 mmHg hoặc $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ kèm thêm một trong các biểu hiện: Dấu hiệu suy tim phải, Đa hồng cầu (hematocrit > 55%), Tăng áp động mạch phổi đã được xác định (siêu âm Doppler tim...).

Thở máy không xâm nhập

- Tăng CO_2 máu ban ngày ($\text{PaCO}_2 \geq 53$ mmHg) và tiền sử nhập viện gần đây.
- Chồng lấp Hội chứng ngưng thở khi ngủ

NỘI SOI CAN THIỆP VÀ PHẪU THUẬT

Phẫu thuật giảm thể tích phổi

Tuổi < 75, khó thở nặng mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu và phục hồi chức năng phổi tối đa, đã bỏ thuốc lá > 6 tháng, FEV1 < 45%, DLCO > 20%, RV > 150%, TLC > 100%, RV/TLC tăng, Tình trạng căng phồng phổi quá mức và khí phế thũng phân bố không đồng nhất, khí phế thũng thùy trên phổi; Sau phục hồi chức năng, khoảng cách đi bộ 6 phút > 140m.

Ghép phổi

Khi bệnh tiến triển nặng mặc dù đã điều trị nội khoa tối đa; không có chỉ định phẫu thuật giảm thể tích phổi, chỉ số BODE từ 5 - 6, PaCO₂ > 50 mmHg và/ hoặc PaO₂ < 60 mmHg và FEV1 < 25%.

Những bệnh nhân BPTNMT nên được đưa vào danh sách ghép phổi khi chỉ số BODE > 7, FEV1 < 15% - 20% và đã có ≥ 3 đợt cấp nặng trong năm trước, hoặc một đợt cấp nặng kèm theo suy hô hấp tăng CO₂ hoặc bị tăng áp phổi từ trung bình đến nặng.

Nội soi can thiệp

Mục tiêu: giảm thể tích phổi qua nội soi.

Đặt van một chiều nội phế quản

Stent bắc cầu đường thở

CHƯƠNG III

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH ĐỢT CẤP

- BN BPTNMT có tình trạng xấu đi ít nhất 2 ngày liên tục của ≥ 2 triệu chứng chính gồm tăng khó thở, tăng lượng đờm, đờm chuyển thành đờm mủ (thay đổi màu sắc của đờm)
- Hoặc tình trạng xấu đi của bất kỳ triệu chứng chính nào kể trên kèm tăng lên ≥ 2 ngày liên tục của bất kỳ triệu chứng phụ: đau họng; chảy nước mũi và/hoặc nghẹt mũi; sốt không có nguyên nhân khác.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG ĐỢT CẤP

Mức độ nặng	Tiêu chuẩn
Nhẹ	- Mức độ khó thở VAS<5* - Nhịp thở < 24 - Nhịp tim < 95ck/phút - SaO₂ khí trời khi nghỉ ngơi > 92% (hoặc đang thở oxy dài hạn với liều đã được chỉ định) Và/hoặc thay đổi ≤ 3% (giá trị đã biết) - CRP < 10mg/L
Trung bình (khi thỏa mãn ít nhất 3 trong 5 tiêu chuẩn)	- Mức độ khó thở VAS > 5* - Nhịp thở ≥ 24 - Nhịp tim ≥ 95ck/phút - SaO₂ khí trời khi nghỉ ngơi < 92% (hoặc liều oxy thở thường xuyên) và/hoặc thay đổi >3% (giá trị đã biết) - CRP ≥ 10mg/L - Khí máu (nếu có thể làm được): hạ oxy máu (PaO₂ ≤ 60mmHg) và hoặc tăng CO₂ máu (PaCO₂ > 45 mmHg) nhưng chưa bị toan máu (pH >7,35)
Nặng	- Thoả mãn mức độ trung bình và kèm theo: - Mới tăng hoặc tăng nặng lên PaCO₂ và toan hóa máu (PaCO₂ >45mmHg và pH<7,35)

TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Các triệu chứng hô hấp đột ngột nặng lên nhiều (khó thở nặng, rối loạn tri giác, giảm bão hoà oxy, ngủ gà)
- Suy hô hấp cấp
- Xuất hiện các triệu chứng: tím, phù ngoại biên
- Đợt cấp không đáp ứng với điều trị ban đầu, diễn biến xấu đi
- Có các bệnh đồng mắc nặng: suy tim, rối loạn nhịp
- Tuổi cao không có người chăm sóc tại nhà

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SUY HÔ HẤP (KHI NHẬP VIỆN)

Mức độ suy hô hấp	Tiêu chuẩn
Không suy hô hấp (Điều trị tại khoa nội hoặc khoa hô hấp)	- Nhịp thở 20 – 30 lần/phút - Không co kéo cơ hô hấp phụ - Không rối loạn tri giác - Tình trạng oxy hoá máu được cải thiện khi được thở oxy với FiO₂: 28 – 35% - Không tăng PaCO₂ - pH bình thường
Suy hô hấp cấp không đe dọa tính mạng (Điều trị tại khoa hô hấp hoặc ICU)	- Nhịp thở > 30 lần/phút - Co kéo cơ hô hấp phụ - Không rối loạn tri giác - Tình trạng giảm oxy máu cải thiện khi thở oxy với FiO₂: 35 – 40% - PaCO₂: 50 – 60mmHg - pH bình thường.
Suy hô hấp cấp đe dọa tính mạng (Điều trị tại ICU)	- Nhịp thở > 30 lần/phút - Co kéo cơ hô hấp phụ - Rối loạn tri giác mới xuất hiện - Tình trạng giảm oxy máu có hoặc không cải thiện khi được thở oxy với FiO₂ > 40%; PaCO₂ > 60mmHg, hoặc có toan hoá máu (pH ≤ 7,25).

ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ ĐỢT CẤP BPTNMT

- Thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn: SABA kèm/không kèm SAMA, đường dùng MDI +/- buồng đệm hoặc khí dung
- Thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: Tiếp tục dùng LAMA hoặc LABA/LAMA
- Corticoid: Prednisone hoặc prednisolone hoặc methylprednisolone: 30-40 mg/ngày uống 1 lần vào buổi sáng trong 5 ngày.
- Kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ ĐỢT CẤP BPTNMT

- Thuốc giãn phế quản:
 - Tăng liều thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn
 - Phối hợp SABA, SAMA
 - Thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: Tiếp tục dùng LAMA hoặc LABA/LAMA
 - Theophylline chỉ sử dụng khi không thể dùng SABA/SAMA hoặc không đáp ứng với các thuốc giãn phế quản khác
- Corticoid: methyprednisolon 40-80mg/ngày, thời gian dùng 5-7 ngày, không quá 14 ngày
- Kháng sinh chỉ định cho các trường hợp sau: có cả 3 triệu chứng chính gồm tăng khó thở, tăng số lượng đờm, và đờm mủ (đờm màu xanh hoặc vàng); hoặc có triệu chứng đờm mủ và 1 trong 2 triệu chứng còn lại; hoặc khi phải thông khí cơ học (xâm nhập hoặc không xâm nhập).

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP NẶNG NHẬP VIỆN

Điều trị	Không nguy cơ nhiễm P.aeruginosa	Nguy cơ nhiễm P.aeruginosa (*)	Nguy cơ nhiễm P.aeruginosa đa kháng**
Kháng sinh - Sử dụng khi có chỉ định kháng sinh - Điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ - Chỉ đổi kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ khi lâm sàng không cải thiện và vi khuẩn kháng với kháng sinh đang dùng	- Moxifloxacin 400mg 1 lần/ngày, hoặc - Levofloxacin 500- 750mg 1 lần/ngày uống hoặc tiêm mạch (TM); hoặc Ceftriaxon 1-2g x 1-2 lần/ngày hoặc Cefotaxime 1-2g x 3 lần/ngày TM	- Ciprofloxacin 400mg x 2-3 lần/ngày TM; - Ceftazidime 1-2g x 2-3 lần/ngày truyền tĩnh mạch (TTM) hoặc cefepime 1-2g x 2-3 lần/ngày TTM; - Piperacillin-tazobactam 4,5g x 3-4 lần/ngày TTM; - Imipenem 500mg x 4 TTM hoặc meropenem 1g x 3 TTM	Phối hợp 1 trong các thuốc (*) với: - Amikacin 15- 20mg/kg/ngày TTM, hoặc - Tobramycin 5- 7mg/kg/ngày TTM, hoặc - Colistin liều nạp 5mg/kg, sau đó 2,5mg/kg x 2 lần/ngày TTM

* Nguy cơ nhiễm P.aeruginosa

- Mới nhập viện gần đây
- Thường xuyên điều trị kháng sinh (4 đợt/năm)
- BPTNMT giai đoạn GOLD 4, đồng mắc giãn phế quản
- Tìm thấy trực khuẩn mủ xanh trong đợt cấp trước hoặc cư trú trong giai đoạn ổn định

** Nguy cơ nhiễm P.aeruginosa đa kháng

- Có nguy cơ nhiễm P.aeruginosa và / hoặc Tiền sử nhiễm P. aeruginosa đa kháng
- Tiền sử điều trị kháng sinh cephalosporin phổ rộng, aminoglycoside, carbapenem

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ ĐỢT CẤP BPTNMT

Thông khí nhân tạo không xâm nhập: khi có ít nhất 1 trong số các tiêu chuẩn sau:

- Khó thở nặng với dấu hiệu mệt cơ hô hấp, tăng công thở hoặc cả hai, hô hấp bụng-ngực nghịch thường.
- Toan hô hấp: $\text{pH} \leq 7,35$ và $\text{PaCO}_2 \geq 45\text{mmHg}$.
- Giảm oxy máu không đáp ứng với oxy liệu pháp phù hợp

Chống chỉ định thông khí nhân tạo không xâm nhập:

- Ngừng thở, ngủ gà, rối loạn ý thức, không hợp tác.
- Rối loạn huyết động: tụt huyết áp, loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim.
- Nguy cơ hít phải dịch dạ dày, đờm nhiều, dính.
- Mới phẫu thuật răng hàm mặt hoặc mổ dạ dày.
- Bỏng, chấn thương đầu, mặt, béo phì quá nhiều.

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ ĐỢT CẤP BPTNMT

Thông khí nhân tạo xâm nhập khi có các dấu hiệu sau:

- Ngừng tim phổi, rối loạn huyết động nặng và không đáp ứng với dịch truyền và thuốc vận mạch.
- Thiếu oxy máu đe dọa tử vong: $\text{PaO}_2 < 40\text{mmHg}$.
- $\text{pH} < 7,25$, $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$.
- Ngủ gà, rối loạn ý thức, kích động không kiểm soát được bằng thuốc an thần.
- Rối loạn nhịp thất hoặc trên thất nặng.
- Thông khí nhân tạo không xâm nhập thất bại.

CHƯƠNG 4

BỆNH ĐỒNG MẮC VỚI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

BỆNH TIM MẠCH

- Thường gặp các bệnh lý tăng huyết áp, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn nhịp tim, bệnh mạch máu ngoại biên
- Không có sự khác biệt khi điều trị các bệnh lý trên ở bệnh nhân BPTNMT

BỆNH HÔ HẤP

- Ung thư phổi: cần tầm soát ung thư phổi ở bệnh nhân BPTNMT

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ PHÁT TRIỂN UNG THƯ PHỔI:

- Tuổi > 55;
- Hút thuốc lá > 30 bao - năm;
- Sự hiện diện của khí phế thũng trên phim chụp cắt lớp vi tính;
- Có rối loạn thông khí tắc nghẽn với $FEV1/FVC < 0,7$;
- BMI < 25 kg/m²
- Tiền sử gia đình có ung thư phổi.

BỆNH HÔ HẤP

- Giãn phế quản:
 - Có tần suất *P. aeruginosa* cao hơn và tăng nguy cơ tử vong
 - ICS có thể không được chỉ định
- Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và mất ngủ
 - Có tiên lượng xấu hơn, giảm oxy máu sâu hơn, rối loạn nhịp tim nhiều hơn
 - Cần điều trị NIV

CÁC BỆNH LÝ KHÁC

Cần điều trị theo hướng dẫn hiện hành với các bệnh lý đồng mắc khác và không có sự khác biệt ở bệnh nhân BPTNMT

- Viêm nha chu và vệ sinh răng miệng
- Đa hồng cầu
- Trào ngược dạ dày – thực quản
- Lo âu và trầm cảm
- Hội chứng chuyển hóa và tiểu đường
- Suy giảm nhận thức
- Loãng xương
- Suy nhược
- Thiếu máu

CHƯƠNG 5
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP, DINH DƯỠNG
VÀ CHĂM SÓC GIẢM NHẹ BPTNMT

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

- Mục tiêu:
 - Giảm triệu chứng
 - Cải thiện chất lượng cuộc sống
 - Gia tăng các hoạt động thể chất và xã hội trong đời sống hàng ngày.
- Chỉ định: Cần được thực hiện ở tất cả bệnh nhân BPTNMT có triệu chứng và/hoặc có nguy cơ đợt cấp cao
- Chống chỉ định:
 - Có các vấn đề về chỉnh hình hoặc thần kinh có thể làm hạn chế khả năng đi lại hoặc phối hợp trong lúc tập vận động.
 - Có các bệnh phối hợp như bệnh tâm thần, bệnh tim mạch không ổn định.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

❖ Chương trình PHCNHH toàn diện bao gồm:

- Lượng giá bệnh nhân
- Tập vận động: tập sức bền, tập sức cơ, tập căng giãn
- Tập cơ hô hấp
- Giáo dục sức khỏe và tự quản lý bệnh: giáo dục kiến thức, kĩ năng, hành vi BPTNMT

Điều trị không dùng thuốc: phục hồi chức năng

Là một chương trình kết hợp luyện tập và giáo dục sức khỏe, thời gian 6-8 tuần

Mỗi bệnh nhân sẽ có những bài tập phù hợp với mức độ bệnh

Cải thiện tình trạng khó thở, chất lượng cuộc sống, thể trạng

Tăng sức mạnh khối cơ, thở ra dễ hơn

Giảm nguy cơ các bệnh tim mạch, đái tháo đường, loãng xương

LUYỆN TẬP CƠ XƯƠNG LÀ THÀNH PHẦN QUAN TRỌNG CỦA CT ĐIỀU TRỊ



TẬP THỞ HOÀNH

Mục đích: tăng thông khí tới phổi

Chỉ định: Các trường hợp giảm thông khí, bao gồm:

- ✓ BN tràn dịch màng phổi, viêm phổi, xơ phổi, COPD
- ✓ BN phẫu thuật ngực, bụng
- ✓ BN liệt nửa người
- ✓ Người bệnh nằm lâu, thở máy
- ✓ Người ít vận động



Hít vào: bụng nở-ngực phình



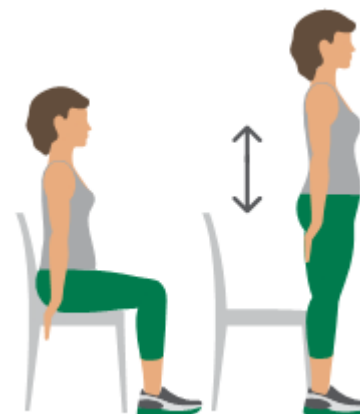
Thở ra: chúm môi thở ra từ từ - bụng lép

KỸ THUẬT THỞ MÍM MÔI

Mục đích: tạo ra một áp lực dương trong đường thở để đối kháng lại áp lực trong lồng ngực ở thì thở ra, tránh hiện tượng đóng đột ngột các phế quản nhỏ, giúp đường thở liên tục lưu thông để đào thải khí cặn và dẫn lưu đờm từ các phế nang ra các phế quản lớn. Thở chúm môi áp dụng cho người bệnh có tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí: BPTNMT, Hen phế quản...

CÁC KỸ THUẬT TẬP TĂNG SỨC MẠNH

- + Tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi
- + Kích thích điện thần kinh cơ
- + Các bài tập dựa vào trọng lượng cơ thể như: chống đẩy vào tường, tập ngồi xuống đứng lên, tập lên, xuống cầu thang...



DINH DƯỠNG

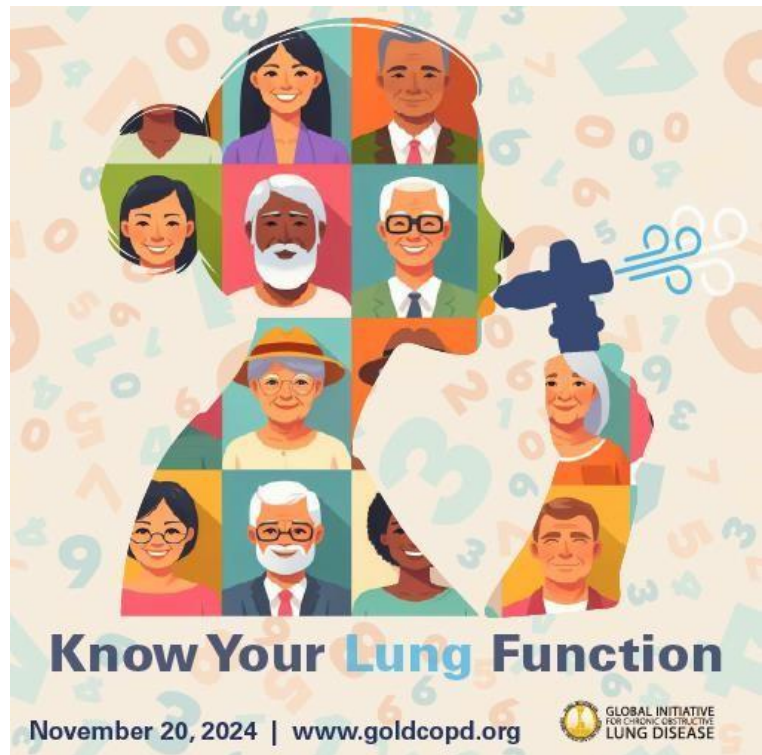
- Sàng lọc và đánh giá mức độ suy dinh dưỡng dựa vào cân nặng hoặc BMI
- Điều chỉnh suy dinh dưỡng theo các nhu cầu:
 - Nhu cầu năng lượng
 - Nhu cầu lipid
 - Nhu cầu protein
 - Nhu cầu glucid
 - Nhu cầu vitamin
 - Nhu cầu muối khoáng
 - Nhu cầu điện giải và nước

CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

- Mục tiêu: ngăn ngừa và giảm bớt đau khổ, và hỗ trợ chất lượng cuộc sống tốt nhất có thể cho bệnh nhân và gia đình của họ, bất kể giai đoạn bệnh hay nhu cầu trị liệu khác.
- Đánh giá toàn diện:
 - Triệu chứng: Khó thở, ho, mệt mỏi, đau đớn, lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, chán ăn, sụt cân.
 - Chất lượng sống: Sử dụng các công cụ đánh giá như CRQ, CAT, mMRC.
 - Nhu cầu tâm lý - xã hội: Mối quan hệ gia đình, hỗ trợ xã hội, tình trạng tài chính, nhu cầu về thông tin và giáo dục.
 - Nhu cầu tinh thần: Quan điểm về bệnh tật, giá trị sống, ý nghĩa cuộc sống, nhu cầu về tâm linh và tôn giáo.

QUẢN LÝ TRIỆU CHỨNG

Triệu chứng	Biện pháp không dùng thuốc	Biện pháp dùng thuốc
Khó thở	Châm cứu/ xoa bóp, NIV, oxy bổ sung, kỹ thuật thở hoặc thư giãn (thở chúm môi, thở-thư giãn), trị liệu bằng quạt	Opioid liều thấp
Ho	Vật lý trị liệu hô hấp, kỹ thuật ho, trị liệu ngôn ngữ	Opioid, thuốc chống ho, thuốc giãn phế quản, chất tương tự GABA (GABA analogs)
Mệt mỏi	Phục hồi chức năng phổi, hoạt động thể lực phù hợp, nghỉ ngơi đầy đủ, dinh dưỡng, can thiệp tâm trí- cơ thể	Thuốc chống trầm cảm
Đau	Châm cứu/châm cứu/xoa bóp, âm nhạc liệu pháp điều trị, chườm nóng/lạnh, xoa bóp	Opioid, thuốc giảm đau, thuốc chống trầm cảm, giãn cơ, thuốc giải lo âu
Lo âu, trầm cảm	Tư vấn tâm lý, liệu pháp nhận thức- hành vi, hỗ trợ tâm lý, chánh niệm, âm nhạc trị liệu	Thuốc chống trầm cảm, thuốc giải lo âu



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN !