

ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ-BV ngày 28/03/2014

1. Định nghĩa đợt cấp COPD (theo GOLD 2013):

Là một tình huống xảy ra trong diễn tiến tự nhiên của bệnh, làm các triệu chứng hô hấp trở nên xấu đi, nặng hơn mức dao động hàng ngày và dẫn tới sự thay đổi về thuốc điều trị thường ngày ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

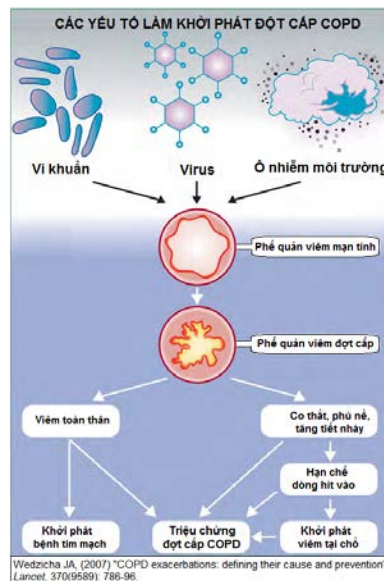
2. Yếu tố làm khởi phát đợt cấp COPD:

Viêm nhiễm:

- Siêu vi đường hô hấp: là nguyên nhân thường gặp nhất, tác nhân gây bệnh như: Rhinovirus spp, influenza.
- Vi khuẩn: Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Enterobacteriaceae spp., Pseudomonas spp.

Ô nhiễm khói bụi môi trường.

Thiếu tuân thủ điều trị: bỏ thuốc dẫn phế quản, thở oxy không đúng cách, dùng thuốc không đúng chỉ định.



Các yếu tố tăng nguy cơ đợt cấp:

Lớn tuổi

Mức độ tắc nghẽn nặng (FEV1)

Tăng tiết nhầy kéo dài

COPD nhiều năm

Ho đàm khô khè, gia tăng ho và đàm
 Dùng kháng sinh và corticoid toàn thân trong năm qua
 Vi khuẩn định cư ngoài đợt cấp
 Bệnh lý đi kèm (vd bệnh tim mạch).
 Chất lượng cuộc sống kém

3. Chẩn đoán đợt cấp COPD:

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP COPD	
Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
1. Khó thở nhiều. 2. Tăng tiết đàm. 3. Đàm mủ tăng	1. Sốt. 2. Ho nhiều. 3. Thở khô khè tăng. 4. Tăng nhịp thở hoặc nhịp tim lên 20%. 5. Nhiễm trùng hô hấp trên trong 5 ngày qua.
Chẩn đoán: ≥ 1 chính + 1 phụ	

3.2. Phân độ đợt cấp COPD:

Phân độ đợt cấp COPD và hướng điều trị (theo ATS và ERS 2004)			
Lâm sàng	Mức độ		
	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Triệu chứng	1 chính + 1 phụ	2 chính	3 chính
Hướng điều trị	Điều trị tại nhà	Nhập viện	Suy hô hấp

3.3. Cận lâm sàng

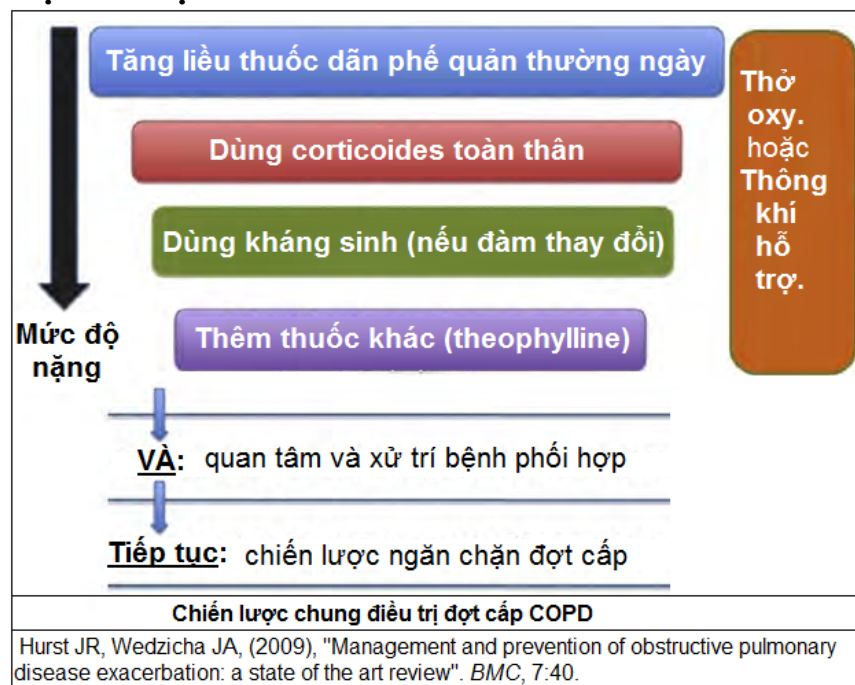
- SpO₂ & KMĐM: Chỉ định và theo dõi điều trị oxy
- Xquang tim phổi: Loại trừ các chẩn đoán phân biệt
- ECG: Đánh giá các bệnh lý tim mạch đi kèm
- CTM: Giúp nhận biết các trường hợp tăng bạch cầu, thiếu máu, tăng Hct
- Cấy vi khuẩn / đàm: Thực hiện sớm trước khi dùng KS, giúp chọn lựa KS phù hợp.
- Các XN sinh hóa khác: Đường/ máu, điện giải đồ, BUN & Creatinin/ máu...

3.4. Chẩn đoán phân biệt:

- Suy tim ứ huyết, bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ, rối loạn nhịp tim.
- Thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi, viêm phổi, ung thư phổi
- Gãy xương sườn

3.5. Chỉ định nhập viện:

- COPD mức độ trung bình, nặng.
- Xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng mới (vd tím tái, phù ngoại biên).
- Đợt cấp COPD không đáp ứng với điều trị ban đầu.
- Bệnh lý đi kèm nặng.
- Rối loạn nhịp tim mới xuất hiện.
- Chẩn đoán không chắc chắn.
- Lớn tuổi, chăm sóc tại nhà không đầy đủ

4. Điều trị đợt cấp COPD:**4.1 Chiến lược điều trị:****4.2 Điều trị cụ thể:****4.2.1. Thuốc dẫn phế quản:**

Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.

Dùng máy phun khí dung hoặc bình hít định liều kết hợp buồng đệm và nên phối hợp đồng vận β_2 và kháng cholinergic.

+ Đồng vận β_2 : Ventolin 5mg/ml phun khí dung mỗi 6 – 8g.

+ Kháng cholinergic + đồng vận β_2 : Combivent 1 - 2 ống hoặc Berodual 40 - 60 giọt, phun khí dung mỗi 6 – 8 giờ.

Nếu không cải thiện, có thể dùng Terbutaline 0,25mg tiêm dưới da mỗi 4 giờ hoặc theophylline/ aminophylline truyền TM, tuy nhiên cần lưu ý độc tính và tác dụng phụ của thuốc.

Hướng dẫn lại cách sử dụng MDI / MDI+spacer đúng cách hoặc dùng máy phun khí dung

4.2.2. Corticoide toàn thân:

Giảm tỉ lệ thất bại điều trị trong 30 ngày

Cải thiện FEV1 nhanh hơn. Giảm khó thở và cải thiện khí máu

Không khác biệt về tỉ lệ tử vong. Tăng nguy cơ bị tác dụng phụ của thuốc

- Mức độ nặng của bệnh.

- Tính chất đàm.

- Độ nhạy của vi khuẩn.

+ Thời gian dùng 7-10 ngày.

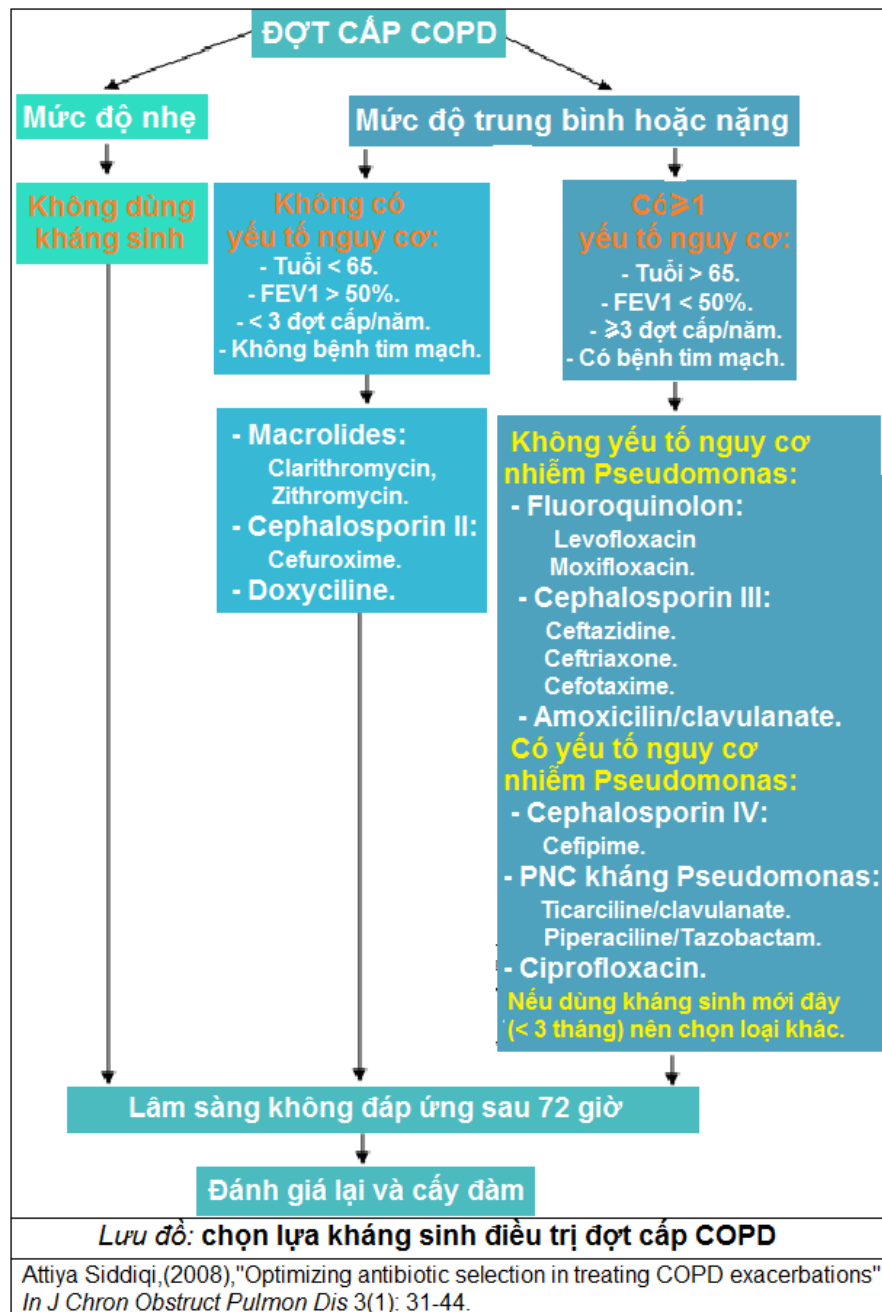
+ YTNC nhiễm *P. aeruginosa*:

- Vừa nhập viện gần đây.

- Dùng KS > 4 lần / năm.

- COPD nặng

- Phân lập *P. aeruginosa* trước đây hoặc trong gd ổn định



4.2.4. Thở oxy:

- Thở oxy mũi:

Liều lượng ≤ 2 lít/phút, không nên cho bệnh nhân thở > 2 lít/ phút vì nguy cơ tăng PaCO_2 hoặc ức chế hô hấp. Thời gian thở cho đến khi bệnh nhân ra khỏi đợt cấp.

- Thở qua mặt nạ (mask) ventury: ưu điểm hơn thở qua ống thông mũi vì có hệ thống chỉnh nồng độ oxy hít vào. Liều lượng $\leq 28\%$.

Theo dõi chặt chẽ khí máu động mạch: pH, paCO_2 , paO_2 - Đo KĐM trong vòng 60 phút đầu, mỗi khi thay đổi liều oxy và mỗi khi có thay đổi diễn biến lâm sàng

Điều chỉnh liều oxy sao cho đạt được $\text{paO}_2 > 60\text{mmHg}$ (8kPa) hoặc $\text{SaO}_2 > 90\%$ mà không làm paCO_2 tăng quá mức.

4.2.5 Tiêu chuẩn nhập ICU:

-Khó thở nặng đáp ứng kém với điều trị ban đầu.

-Thay đổi tri giác (lú lẫn, li bì, hôn mê)

-Thiếu oxy máu thường xuyên hoặc diễn tiến xấu dần ($\text{PaO}_2 < 5.3\text{ kPa}$, 40 mm Hg), và/hoặc tăng thán khí máu nặng và xấu dần ($\text{PaCO}_2 > 8.0\text{ kPa}$, 60 mmHg), và/hoặc toan hô hấp nặng và xấu dần ($\text{pH} < 7.25$) bất chấp điều trị oxy hoặc thông khí không xâm lấn.

-Có chỉ định thở máy

-Huyết động không ổn định (cần sử dụng vận mạch)

4.2.6. Thông khí hỗ trợ:

A. Thông khí hỗ trợ không xâm nhập:

+ Cải thiện triệu chứng.

+ Cải thiện công cơ hô hấp.

+ Cải thiện thông khí phế nang.

+ Giảm tỷ lệ đặt nội khí quản.

+ Giảm chi phí và thời gian nằm viện.

Chỉ định:

Khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

1/ Tần số thở $> 25\text{lần/phút}$.

2/ Khó thở từ trung bình đến nặng: dùng cơ hô hấp phụ hoặc thở bụng ngực nghịch thường.

3/ Toan máu mức độ vừa tới nặng ($\text{pH}: 7,2-7,35$) + tăng PaCO_2 (45-60mmHg).

Chống chỉ định:

+ Bệnh nhân ngưng thở.

+ Tụt huyết áp.

+ Rối loạn nhịp phức tạp.

+ Rối loạn tri giác.

+ Chấn thương vùng đầu mặt.

+ Bệnh nhân không hợp tác.

Tiến hành:

Ngày đầu: 12- 16 giờ /ngày hoặc liên tục, chỉ ngưng lại để ăn uống, ho khạc đàm hoặc nghỉ ngơi

Những ngày sau: Giảm dần thời gian thở tùy theo trạng thái lâm sàng của người bệnh, có những đợt tạm nghỉ khoảng 2 – 4 giờ.

Các mode thở thường sử dụng trong thông khí không xâm lấn: Thông khí qua mặt nạ với áp lực dương liên tục hoặc ngắt quãng: ACV, CPAP, BiPAP.

B. Thông khí hỗ trợ áp lực dương xâm nhập.**Chỉ định:**

- + Tần số thở > 35 lần/phút.
- + Bệnh nhân phải dùng tất cả cơ hô hấp phụ.
- + Thở ngực bụng nghịch đảo.
- + Rối loạn tri giác.
- + Bệnh nhân ngưng thở.
- + Toan hô hấp nặng ($\text{pH} < 7,2$).
- + Giảm oxy máu
- + Truy tuần hoàn.
- + Thở không xâm nhập thất bại.

Cài đặt bước đầu:

Mode thở A/C, PSV, SIMV. Dòng dạng vuông

$\text{VT} = 8 - 10 \text{ ml/kg}$ lúc bắt đầu. $f = 14 \text{ l/p}$. $\text{I/E} = 1/2 - 1/3$. $\text{FiO}_2 = 40 - 60 \%$,

$\text{SpO}_2 > 90\%$, $\text{PEEP} = 0 - 3 \text{ cmH}_2\text{O}$

Tiếp theo:

Giảm $\text{VT} = 6 - 8 \text{ ml/kg}$ và $f < 12 \text{ l/p}$ khi có: ki
 $\text{autoPEEP} > 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, $\text{PIP} > 35 \text{ cmH}_2\text{O}$.

Ềm hô h

Chuyển dạng dòng giảm dần (nếu $\text{autoPEEP} > 5 \text{ cmH}_2\text{O}$)

Dùng $\text{PEEP} = 50 - 85\% \text{ autoPEEP}$ (nếu $\text{PEEP} > 5 \text{ cmH}_2\text{O}$)

Chuyển mode định hướng áp lực (nếu $\text{PIP} > 35 \text{ cmH}_2\text{O}$)

Dẫn lưu khí và chấp nhận Herpercapnia (nếu tràn khí MP).

5. XUẤT VIỆN & THEO DÕI Bệnh nhân có thể được xuất viện khi :

- Tình trạng lâm sàng ổn định ít nhất 24g.
- Chỉ cần dùng thuốc đồng vận β_2 2 – 4 lần mỗi ngày.

Theo dõi sau xuất viện:

- Phòng ngừa đợt cấp:
 - ICS / LABA:
 - + Salmeterol + Fluticasone
 - + Formoterol + Budesonide
 - Kháng cholinergic tác dụng dài.

+ Tiotropium bromide

- Khám và theo dõi tại phòng khám HH tại địa phương.
- Giới thiệu đến tham gia các chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân BPTNMT, vận động cai thuốc lá, xem xét lại kỹ năng dùng thuốc đường hít, tiêm chủng phòng cúm...
- Xem xét nhu cầu thở oxy dài hạn tại nhà.

Tài liệu tham khảo:

1. Attiya Siddiqi , Optimizing antibiotic selection in treating COPD exacerbations, In J Chron Obstruct Pulmon Dis, (2008), 3(1): 31-44
2. ATS and ERS ,Standarts for the Diagnosis and Management of Patients with COPD, 2004.
3. Gold 2011