

SỞ Y TẾ HÀ TĨNH
BỆNH VIỆN PHỔI

Số: 22a/QĐ-BVP

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Hà Tĩnh, ngày 27 tháng 08 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành và phổ biến
Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh hô hấp

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN PHỔI HÀ TĨNH

Căn cứ Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 31 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp”;

Căn cứ Quyết định số 4562/QĐ-BYT ngày 19/07/2018 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính” của Bộ Y tế .

Xét Biên bản các cuộc họp của Hội đồng thuốc và điều trị ngày 16/05/2019, ngày 18/6/2019 và ngày 09/7/2019 về xây dựng hướng dẫn điều trị một số bệnh hô hấp áp dụng tại Bệnh viện Phổi Hà Tĩnh;

Theo đề nghị của Chủ tịch Hội đồng thuốc và điều trị; trưởng phòng kế hoạch tài chính.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành và phổ biến kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn điều trị một số bệnh hô hấp” (gồm 5 bệnh có danh mục kèm theo) tại bệnh viện Phổi Hà Tĩnh.

Điều 2. Tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh đường hô hấp này áp dụng trong nội bộ Bệnh viện Phổi Hà Tĩnh. Các trưởng phó khoa lâm sàng có trách nhiệm phổ biến cho các bác sĩ điều trị trong khoa được biết và áp dụng.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký và ban hành.

Điều 4. Các ông/bà Trưởng phòng Kế hoạch tài chính, Trưởng các khoa khoa/phòng trực thuộc Bệnh viện Phổi Hà Tĩnh có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Hội đồng thuốc và điều trị;
- Lưu: VT, KHTC.



Trương Hồng Lĩnh

DANH MỤC
Hướng dẫn điều trị một số bệnh hô hấp

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 82a/QĐ-BVP ngày 27 tháng 8 năm 2019
của Giám đốc Bệnh viện Phổi Hà Tĩnh)

STT	HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ
1.	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tâm phế mạn
2.	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Giãn phế quản
3.	Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí cơn hen phế quản nặng ở người lớn
4.	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tràn dịch màng phổi
5.	Hướng dẫn sử dụng các dụng cụ phun hít trong điều trị hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Tổng số: 5 bài.

TÂM PHẾ MẠN

I. Đại cương

- Tâm phế mạn (TPM) là trường hợp phì đại và giãn tâm thất phải thứ phát do tăng áp lực động mạch phổi (ALĐMP), gây nên bởi những bệnh làm tổn thương chức năng hoặc cấu trúc của phổi như các bệnh của phế quản, phổi, mạch máu, thần kinh và xương lồng ngực.

- Định nghĩa này không bao gồm những trường hợp tăng áp lực động mạch phổi do bệnh tim trái (như hẹp van 2 lá), bệnh tim bẩm sinh.

- Tỷ lệ phát bệnh cao ở tuổi trung niên và người lớn tuổi (trên 40 tuổi) và 80% – 90% là do viêm phế quản mạn, giãn phế quản, phế khí thũng, và hen phế quản.

II. Nguyên nhân:

- *Bệnh tiên phát của phế quản, phổi*

+ BPTNMT, hen phế quản.

+ Xơ phổi và giãn phế nang hoặc không giãn phế nang do hậu quả của lao xơ phổi, bệnh bụi phổi, giãn phế quản, xơ hóa kén, viêm phổi kẽ, xơ phổi: u hạt thâm nhiễm phổi, bệnh saccit, bệnh u hạt có tế bào bạch cầu ái toan, tổn thương phổi do xơ cứng bì, bệnh vi sợi phế nang, cắt bỏ phổi, bệnh kén phổi tiên phát, thoái hóa phổi, thiếu oxy ở độ cao.

- *Bệnh tiên phát làm tổn thương các bộ phận cơ học của hệ hô hấp*

Gù vẹo cột sống và dị dạng lồng ngực khác, cắt ép xương sườn, dày dính màng phổi nặng, nhược cơ, béo bệu và giảm thông khí phế nang, xơ cứng bì, giảm thông khí phế nang không rõ nguyên nhân.

- *Bệnh tiên phát làm tổn thương mạch máu phổi*

+ Bệnh thành mạch: tăng áp lực động mạch phổi tiên phát, viêm nút quanh động mạch, viêm động mạch khác.

+ Viêm tắc mạch: tắc mạch phổi tiên phát, tắc mạch phổi trong bệnh thiếu máu hồng cầu hình lưỡi liềm.

+ Tắc mạch: tắc mạch do cục máu đông ngoài phổi, tắc mạch do sán máng (Schistosomiasis).

III. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán xác định

1.1 Lâm sàng

- Tiền sử bệnh phổi mạn tính - bệnh cơ xương lồng ngực:

+ BPTNMT, giãn phế quản, hen phế quản

+ Lao xơ phổi

+ Xơ phổi, viêm phổi kẽ, bệnh phổi đột lỗ (LAM)

- + Màng màng phổi, dày dính màng phổi.
- + Gò vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực bẩm sinh hoặc mắc phải (phẫu thuật, chấn thương)
- + Bệnh lý mạch máu phổi
 - Hội chứng suy tim phải
- + Khó thở: lúc đầu khi gắng sức, sau khó thở cả khi nghỉ ngơi
- + *Triệu chứng tim mạch*: nhịp tim nhanh, móm tim đập dưới mũi ức (dấu hiệu Harzer), T2 (tiếng thứ 2) vang mạnh ở ổ van động mạch phổi, tiếng ngựa phi phải ở thời kỳ tiền tâm thu, tiếng thổi tâm thu do hở van 3 lá cơ năng.
- + *Triệu chứng ứ trệ tuần hoàn ngoại biên*: phù 2 chân, phù mềm ấn lõm, đái ít, tím môi và đầu chi, mắt lồi, cứng mạc xung huyết đỏ giống như mắt ếch, gan to và đau, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính.

1.2 Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ: Dấu hiệu dày thất phải:
 - + P phé ở chuyển đạo DII, DIII, aVF.
 - + Trục chuyển sang phải lớn hơn hoặc bằng 110^0 .
 - + R/S ở V6 nhỏ hơn hoặc bằng 1.
 - + rRs ở các chuyển đạo trước tim phải.
 - + Bloc nhánh phải (hoàn toàn hoặc không hoàn toàn).
 - + *Có thể bình thường* trong một số trường hợp có tăng huyết áp, dày thất trái kèm theo.
- X-quang phổi thẳng: bóng tim to, hoặc tim hình giọt nước cung động mạch phổi nổi, đường kính ngang động mạch phổi phải > 16 mm. Có thể thấy hình ảnh biến dạng lồng ngực (gò vẹo...) hoặc tổn thương nhu mô phổi (xơ phổi, giãn phế nang...).
- Siêu âm tim: áp lực động mạch phổi tăng > 30 mmHg, thất phải giãn.
- Xét nghiệm máu: đa hồng cầu, tăng hematocrit và hemoglobin.
- Khí máu động mạch: Giai đoạn đầu không có gì đặc biệt, giai đoạn sau có tình trạng suy hô hấp mạn tính: toan máu, PaCO₂ tăng, PaO₂ giảm.

IV. Điều trị tâm phế mạn:

1. Nguyên tắc điều trị: tuân thủ chế độ ăn uống, chăm sóc nghỉ ngơi và dùng thuốc

- Làm việc nhẹ, thích hợp không phải gắng sức. Khi đã có dấu hiệu suy tim phải thì nghỉ việc hoàn toàn.
- Chế độ ăn nhạt.
- Tập thở: Làm tăng độ giãn nở của phổi và lồng ngực, tăng thông khí phế nang, nhất là thở bằng cơ hoành.

- Loại bỏ những yếu tố kích thích: Không hút thuốc láo, thuốc lá, tránh khói, bụi công nghiệp... Ngoài ra, cũng cần tìm và điều trị nguyên nhân gây tâm phế mạn.

- Điều trị các căn nguyên gây tâm phế mạn: Tham khảo thêm các bài hướng dẫn chẩn đoán và điều trị BPTNMT, xơ phổi, giãn phế quản, hen phế quản...

- Oxy liệu pháp

♦ Mục tiêu duy trì SaO_2 : 90-92%, pH: 7,36-7,42 (nếu đo được), PaCO_2 : 40-45 mmHg.

♦ Chỉ định:

- $\text{PaO}_2 < 55$ mm Hg hoặc $\text{SaO}_2 < 88$ mmHg

- $55 < \text{PaO}_2 < 59$ mmHg hoặc SaO_2 : 88 - 89 mmHg kèm thêm một trong các biểu hiện của tâm phế mạn, hematocrit $> 55\%$.

♦ Cách thực hiện

- Thở oxy liều thấp, dài hạn tại nhà, liều 1-3 lít/phút; kéo dài 18/24 giờ hằng ngày.

- Nên tiến hành chọn liều oxy thích hợp cho bệnh nhân khi đang nằm viện. Bắt đầu với liều thấp 0,5 - 1 lít/phút. Làm lại khí máu sau 1 giờ.

- Nếu $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg (hoặc $\text{SaO}_2 < 90\%$) và $\text{PaCO}_2 < 45$ mmHg: tăng oxy thêm 0,5 lít. Điều chỉnh như vậy cho đến khi đạt mục tiêu.

- Nếu $\text{PaO}_2 > 60$ mmHg (hoặc $\text{SaO}_2 > 92\%$) và $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg: giảm liều oxy mỗi 0,5 lít, cho đến khi đạt mục tiêu (SaO_2 : 90-92%, pH: 7,36-7,42, $\text{PaCO}_2 < 45$ mmHg).

- Nếu $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg (hoặc $\text{SaO}_2 < 90\%$) và $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg: xét chỉ định thở máy không xâm nhập (BIPAP).

2. Thuốc điều trị

2.1 Thuốc lợi tiểu

- Thuốc lợi tiểu: nên dùng 3-5 ngày khi có phù chân, gan to, tĩnh mạch cổ nổi: furosemid 40 mg x 1 viên/ngày (uống buổi sáng). Trường hợp phù nặng: có thể dùng furosemid 20 mg x 1-2 ống (tiêm tĩnh mạch) trong ngày đầu, sau đó chuyển sang dùng furosemid 40 mg x 1 viên/ngày từ ngày thứ hai trở đi. Dùng kèm kali clorua 0,6 g x 2 viên uống, hoặc kali clorua 2 g x 1 gói (pha uống).

- Các lợi tiểu khác có thể dùng: spiromid 20/50 (dạng kết hợp kháng aldosterol furosemid), spironolaton 25 mg x 1-2 viên/ngày x 3-5 ngày.

2.2 Không dùng các thuốc

- Morphin, gardenal và các thuốc an thần khác vì gây ức chế trung tâm hô hấp.

- Không dùng thuốc giảm ho.

2.3 **Trích huyết:** chỉ định hematocrit > 60%, lấy khoảng 300 ml mỗi lần.

2.4 **Điều trị các trường hợp khác**

2.4.1 **Khi có đợt bội nhiễm**

Bệnh nhân được chỉ định dùng kháng sinh. Thuốc kháng sinh có thể dùng: penicillin, ampicillin, amoxilin, amoxilin + acid clavulanic, các cephalosporin thế hệ 1-2-3, quinolon.

2.4.2 **Tâm phế mạn do các bệnh phổi có rối loạn thông khí tắc nghẽn** (tham khảo thêm bài điều trị BPTNMT và bài hen phế quản): nên dùng thêm các thuốc corticoid dạng phun hít và thuốc giãn phế quản

- ♦ Corticoid:
 - Dạng xịt: beclomethason; budesonid.
 - Dạng khí dung: budesonid; beclomethason.
 - Dạng viên: prednisolon; prednison; methylprednison.
 - Dạng tiêm: depersolon; methylprednison.
- ♦ Thuốc giãn phế quản:
 - Các chất cường beta: salbutamol, terbutalin, fenoterol.
 - Kháng cholinergic: ipratropium, tiotropium.
 - Methylxanthin: theophyllin, diaphyllin.

2.4.3 **Tâm phế mạn do hen phế quản:** Dùng corticoid dạng phun hít sớm và kéo dài.

2.4.4 **Tâm phế mạn do xơ phổi:** Thường không có ứ trệ CO₂, nên chỉ cần thở oxy rộng rãi và cho corticoid.

2.4.5 **Tâm phế mạn do béo phì:** Cho ăn chế độ làm giảm cân.

2.4.6 **Tâm phế mạn do gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực:** Tập thở, chống bội nhiễm phổi, có thể điều trị chỉnh hình từ sớm.

V. **Dự phòng tâm phế mạn**

- Điều trị tích cực các bệnh đường hô hấp.
- Loại bỏ các chất kích thích: rượu, thuốc lá, cà phê, khói bụi...
- Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm bệnh phế quản, phổi để điều trị kịp thời.
- Khi có bệnh phổi mạn tính cần khám thường xuyên, tuân thủ y lệnh điều trị.
- Tiêm vacxin phòng cúm, phòng phế cầu để tránh các đợt bội nhiễm.
- Chế độ sinh hoạt hợp khoa học, tập thể dục thường xuyên, chế độ ăn đủ chất, hợp lý sẽ mang lại sức khỏe tốt có thể chống đỡ được bệnh tật.

VI. **Tài liệu tham khảo:**

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GIÃN PHẾ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Giãn phế quản (GPQ) là tình trạng tăng khẩu kính phế quản liên tục, vĩnh viễn không hồi phục của một hoặc nhiều phế quản có đường kính trên 2 mn. GPQ được chia thành: GPQ hình túi. GPQ hình trụ và GPQ hình tràng hạt. Bệnh gây ra do sự phá hủy tổ chức của thành phế quản.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng.

+ Ho, khạc đờm kéo dài: là triệu chứng quan trọng. Đờm mủ xanh hoặc màu vàng, một số trường hợp có ho đờm lẫn máu. Lượng đờm trong ngày có thể ít ($< 10\text{ml/ngày}$), trung bình ($10 - 150\text{mlml/ngày}$) hoặc nhiều ($>150\text{ml/ngày}$). Để lắng đờm có 3 lớp: lớp trên là bọt; lớp giữa là nhầy mủ; lớp dưới là mủ đục.

Khạc đờm thường tăng lên khi có bội nhiễm . Có một số trường hợp ho khan hoặc không ho (GPQ thể khô ở các thùy trên). Một số trường hợp có dấu hiệu của viêm đa xoang làm hướng tới hội chứng xoang phế quản.

+ Ho ra máu: Có thể là triệu chứng duy nhất của bệnh. Ho ra máu tái phát nhiều lần, có thể kéo dài nhiều năm. Mức độ ho ra máu có thể ít hoặc nhiều từ ho ra máu nhẹ ($> 50\text{ml}$), ho ra máu trung bình ($50 - 200\text{ml}$), ho ra máu nặng ($> 200\text{ml}$), ho ra máu rất nặng ($> 500\text{ml/ngày}$) và / hoặc gây suy hô hấp cấp.

+ Khó thở: thường xuất hiện muộn , là biểu hiện của suy hô hấp do tổn thương lan tỏa hai phổi ; có thể có tím.

+ Sốt: khi có nhiễm khuẩn hô hấp, sốt thường kèm theo khạc đờm tăng và/ hoặc thay đổi màu sắc của đờm.

+ Đau ngực: là dấu hiệu của nhiễm khuẩn phổi ở vùng gần màng phổi hoặc túi phế quản giãn căng.

- Triệu chứng thực thể

+Khám phổi: thường thấy ran nổ, ran ẩm, ran ngáy, ran rít chỉ nghe thấy trong đợt cấp, có khi ghe thấy tiếng thổi giả hang, có thể thấy hội chứng đông đặc co rút khi có xẹp phổi.

+ Móng tay khum ở những bệnh nhân bị bội nhiễm phế quản nhiều lần, kéo dài.

+ Có thể có các triệu chứng của tâm phế mạn: phù chân, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

2.1.2. Cận lâm sàng

Trên phim X – Quang phổi chuẩn có thể thấy các dấu hiệu gợi ý hoặc khẳng định chẩn đoán GPQ trong một số trường hợp GPQ nhiều và nặng. Tuy nhiên chẩn đoán xác định GPQ thường phải dựa vào phim chụp cắt lớp vi tính lớp mỏng 1mm, độ phân giải cao.

- Hình ảnh X – Quang phổi :

+ Thành phế quản tạo thành các đường song song (đường ray).

+ Thể tích của thùy phổi có giãn phế quản nhỏ lại, các đường mờ mạch máu phổi xít lại với nhau nếu có xẹp phổi.

+ Có các ổ sáng nhỏ giống hình ảnh tổ ong, có thể có ổ sáng với mực nước ngang kích thước thường không quá 2cm.

+ Hình ảnh viêm phổi tái diễn hàng năm về mùa lạnh xung quanh khu vực giãn phế quản.

+ Các đám mờ hình ống biểu hiện của các phế quản bị lấp đầy chất nhầy, mủ.

+ Khoảng 7 – 30% trường hợp chụp phổi chuẩn không thấy gì bất thường.

- Chụp cắt lớp vi tính lớp mỏng, có độ phân giải cao: là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán xác định giãn phế quản. Các dấu hiệu có thể gặp:

+ Đường kính trong của phế quản lớn hơn động mạch đi kèm.

+ Các phế quản không nhỏ dần được quy định khi 1 phế quản trên một đoạn dài 2cm có đường kính tương tự phế quản đã phân chia ra phế quản đó.

+ Thấy phế quản ở cách màng phổi thành ngực dưới 1cm.

+ Thấy phế quản đi sát vào màng phổi trung thất.

2.2 Chẩn đoán phân biệt

Chỉ đặt ra khi chưa chụp cắt lớp vi tính ; cần phân biệt với:

- Áp xe phổi : rất khó phân biệt khi giãn phế quản có đợt bội nhiễm cấp.

- Lao phổi.

- Kén khí ở phổi bội nhiễm: xác định bằng chụp cắt lớp vi tính

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Điều trị bội nhiễm phế quản

Lựa chọn kháng sinh ban đầu, dùng đường uống hay đường tiêm tùy theo mức độ nhiễm trùng, màu sắc đờm:

- Các kháng sinh dùng trong giãn phế quản là cephalosporin thế hệ 2:

cefuroxim 2g/ ngày; Cephalosporin thế hệ 3: cefotaxin 3 – 6 g/ ngày, ceftazidim 3 – 6 g/ ngày (chia 3 lần).

- Kết hợp với các kháng sinh nhóm aminoglycosid: gentamycin 3 – 5

mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc amikacin 15mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc

pha truyền tĩnh mạch với natriclorua 0,9% hoặc nhóm quinolon: ciprofloxacin 1 g/ngày chia 2 lần, levofloxacin 750mg/ngày, moxifloxacin 400mg/ngày.

- Các thuốc khác có thể dùng để thay thế:
- + Penecilin G 10 – 50 triệu đơn vị / ngày, pha truyền tĩnh mạch, kết hợp 1 kháng sinh nhóm aminoglycosid.
- + Nếu nghi vấn vi khuẩn tiết betalactamase thì thay penecilin G bằng amoxicilin + acid clavunalic hoặc ampicilin + sulbatam, liều 3 – 6 g/ ngày
- + Nếu bệnh nhân khạc đờm mủ thối thì kết hợp nhóm betalactam với metronidazol 1 -1,5 g/ ngày truyền tĩnh mạch chia 2 - 3 lần, hoặc penecilin G 10 -50 triệu đơn vị kết hợp metronidazol 1- 1,5g/ngày truyền tĩnh mạch.
- Thay đổi kháng sinh dựa theo đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ nếu có
- Thời gian dùng kháng sinh: tùy theo từng trường hợp. Thời gian dùng kháng sinh thông thường: 1-2 tuần. Những trường hợp giãn phế quản nặng, vi khuẩn kháng thuốc: thường cần dùng kháng sinh dài ngày hơn, hoặc bội nhiễm do *Pseudomonas aeruginosa*, hoặc *Staphylococcus aureus*: thời gian dùng kháng sinh có thể tới 3 tuần.

3.3. Dẫn lưu đờm

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách ho khạc đờm và vỗ rung lồng ngực kết hợp với dẫn lưu theo tư thế: tùy theo vị trí tổn thương chọn tư thế thích hợp, thường cần để bệnh nhân nằm đầu dốc, sao cho đờm, mủ từ phế quản thoát ra ngoài dễ dàng.
- Kết hợp với vỗ rung, lắc lồng ngực. Mỗi ngày nên làm 2 đến 3 lần, thời gian mỗi lần tăng dần, 5-10-15 phút, làm trước bữa ăn.
- Đây là phương pháp dẫn lưu đơn giản có kết quả tốt và bệnh nhân cần làm thường xuyên hàng ngày kể cả khi không có bội nhiễm phế quản.
- Soi phế quản ống mềm nếu có. Trong quá trình soi tiến hành hút dịch phế quản làm xét nghiệm sinh vật, bơm rửa lồng phế quản, giải phóng đờm mủ bị bít tắc.

3.3. Điều trị bệnh nhân có hội chứng xoang phế quản (GPQ và viêm đa xoang mạn tính)

Có thể cho bệnh nhân uống erythromycin 10mg/kg/ngày, chia 2 lần, kéo dài từ 6 -24 tháng nếu bệnh nhân không bị các tác dụng phụ của thuốc. Không dùng đồng thời với theophyllin hoặc các thuốc cùng nhóm xanthin do nguy cơ gây xoắn đĩnh.

3.4. Điều trị tình trạng co thắt phế quản

Khi bệnh nhân có khó thở, nghe phổi có ran rít, ran ngáy: có thể cho các thuốc giãn phế quản.

- Thuốc cường beta -2: salbutamol 4mg x 4 viên/ ngày, uống chia 4 lần; terbutalin 5mg x 2- 4 viên/ ngày, uống chia 2 -4 lần.
- Thuốc kháng cholinergic kết hợp thuốc cường beta -2 , fenoterol/ipratropium, salbutamol/ ipratropium: khí dung 2ml/ lần x 3 lần/ ngày.
- Thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: bambuterol 10mg uống 1 viên/ ngày.

3.5. Điều trị ho ra máu

- Ho ra máu nhẹ: lượng máu < 50ml/ ngày. Nằm nghỉ, ăn lỏng, dùng thuốc giảm ho, an thần thuốc ngủ nếu không có chống chỉ định (có dấu hiệu co thắt phế quản, suy hô hấp).
- Ho ra máu ở mức độ trung bình: lượng máu ho khạc 50 -200ml/ngày:
 - + Chăm sóc chung: như trên
 - +Transamin 250mg x 4 ống/ngày tiêm tĩnh mạch.
 - +Morphin 0,01g tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch (thận trọng khi có suy hô hấp mạn)
 - + Dùng kháng sinh cho tất cả các trường hợp ho ra máu mức độ trung bình trở lên để phòng nhiễm khuẩn.
- Ho ra máu nặng và rất nặng: lượng máu ho khạc > 200ml/ngày.
 - + Chăm sóc chung, morphin, các thuốc co mạch: như trên.
 - + Truyền dịch, truyền máu bồi phụ khối lượng tuần hoàn.
 - +Hút đờm máu, đặt nội khí quản, hoặc mở khí quản để hút loại bỏ các cục máu đông gây bít tắc phế quản.
 - + Soi phế quản ống mềm: xác định vị trí chảy máu, tạo điều kiện thuận lợi khi gây tắc động mạch phế quản hoặc phẫu thuật cắt phân thùy phổi. Bơm thuốc co mạch giúp cầm máu tạm thời: dung dịch epinephrin (adrenalin) pha loãng 0,1%. Giải phóng máu đọng trong đường thở.
 - + Chụp động mạch phế quản ở bệnh nhân ho ra máu nặng, ho ra máu dai dẳng, tái phát nhiều đợt. Gây bít tắc động mạch phế quản nếu thấy hình ảnh búi phình thông động mạch.
 - + Xét nghiệm máu ngoại vi cấp để đánh giá mức độ thiếu máu và bù.
 - + Bù khối lượng máu mất hoặc các chế phẩm cao phân tử.
- Phẫu thuật: Chỉ định cắt phân thùy, thùy hoặc cả bên phổi cho những trường hợp giãn phế quản khu trú; giãn phế quản có ho ra máu nặng hoặc ho ra máu tái phát.

4. PHÒNG BỆNH

- Không hút thuốc lá, thuốc lào, tránh môi trường có nhiều khói bụi
- Vệ sinh răng miệng, tai –mũi – họng.

- Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn vùng tai mũi họng, răng miệng, các bệnh về đường hô hấp như viêm phế quản cấp, áp xe phổi.
- Tiêm phòng cúm hàng năm để đề phòng những đợt bội nhiễm của giãn phế quản.
- Điều trị sớm lao sơ nhiễm ở trẻ em.
- Đề phòng và lấy sớm dị vật phế quản nếu có.
- Rèn luyện thân thể thường xuyên để tăng sức đề kháng của cơ thể. Giữ ấm cổ ngực, đề phòng các đợt bội nhiễm khi đa bị giãn phế quản

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 31/10/2012 của bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐỊNH NGHĨA.

Cơn hen nặng là tình trạng nặng lên của các triệu chứng hen như khó thở nặng ngực, thở rít với lưu lượng đỉnh giảm dưới 60% giá trị lý thuyết (GINA, 2006).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định cơn hen phế quản

- Hen phế quản được đặc trưng bởi các cơn khó thở kịch phát do co thắt phế quản. Cơn có thể tự hết một cách tự phát hoặc dưới tác dụng điều trị.
- Dấu hiệu có trước thường là ngứa họng, ngứa mũi, ho thành cơn. Cơn hen thường xuất hiện nhanh, bệnh nhân khó thở, phải ngồi dậy, sử dụng nhiều cơ hô hấp phụ, tiếng thở cò cữ, nghe phổi thấy ran rít lan toả khắp 2 phổi. Cơn có thể tự hết, nhưng thường hết khi dùng thuốc giãn phế' quản. Cuối cơn khạc ra đờm trong, dính. Ngoài cơn hen phổi không có ran.
- Chẩn đoán xác định hen phế' quản dựa vào tiền sử (bản thân, gia đình), đặc điểm xuất hiện của cơn hen.

Bảng 1: Các yếu tố có nguy cơ dự báo cơn HPQ cấp nặng

- Có tiền sử bị các cơn hen nặng phải đặt nội khí quản hoặc thở máy.
- Có ít nhất 1 lần phải đi cấp cứu vì hen trong 1 năm gần đây.
- Dùng kéo dài hoặc ngừng dùng đột ngột glucocorticoid đường uống.
- Không điều trị kiểm soát hen bằng Glucocorticoid dạng phun hít.
- Lệ thuộc thuốc cường β_2 tác dụng nhanh, đặc biệt những người dùng nhiều hơn 1 bình xịt salbutamol/tháng.
- Hen nhạy cảm với aspirin và các thuốc chống viêm giảm đau không steroid.
- Có tràn khí màng phổi, xẹp phổi, viêm phổi trong cơn khó thở
- Có tiền sử dị ứng thức ăn, đặc biệt là lạc.
- Phải dùng phối hợp ít nhất 3 nhóm thuốc chữa hen.
- Có các vấn đề về tâm thần hoặc đang phải dùng thuốc an thần.
- Tiền sử có bệnh lý tim phổi khác phối hợp hoặc dùng thuốc chẹn beta.
- Tiền sử không tuân thủ điều trị, từ chối chẩn đoán và điều trị hen.
- Loạn thần, nghiện rượu hoặc đang phải dùng thuốc an thần.
- Sang chấn tâm lí hoặc các bất ổn về gia đình.
- Tiền sử nghiện thuốc lá.

2.2.5. Viêm phổi

- Sốt, hạch đờm vàng, xanh.
- Nghe phổi có ran ẩm, ran nổ.
- XQ phổi có hình ảnh viêm phổi.

2.2.6. Dị vật đường thở

- Bệnh sử sặc, hít phải dị vật.
- Hội chứng xâm nhập sau khi hít dị vật: cơn ho dữ dội, ngạt thở cấp.
- Không có tiền sử hen phế quản.

3. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ CỦA CƠN HEN

Ngay khi bệnh nhân vào viện hoặc khi mới thăm khám bệnh nhân, phải xác định đây là cơn hen thường, cơn hen nặng hay cơn hen nguy kịch để lựa chọn cách xử trí đúng và tiên lượng bệnh.

3.1. Các dấu hiệu của cơn hen nặng

- Khó thở liên tục không nằm được (phải ngồi ngả ra trước để thở).
- Nghe phổi có nhiều ran rít hai phổi, cả khi hít vào và thở ra.
- Nói từng từ (khó nói, khó ho).
- Tình trạng tinh thần kích thích.
- Vã mồ hôi.
- Tím rõ.
- Co kéo các cơ hô hấp phụ.
- Thở nhanh trên 30 lần/phút.
- Nhịp tim nhanh trên 120 nhịp/phút.
- Huyết áp tăng bất thường hoặc xuất hiện dấu hiệu suy tim phải.

Khi có từ 4 dấu hiệu trở lên: chẩn đoán là **cơn hen phế quản nặng**

3.2. Các dấu hiệu của cơn hen nguy kịch

- Cơn ngừng thở hoặc thở chậm dưới 10 lần/phút.
- Phổi im lặng (lồng ngực dẫn căng, di động rất kém, nghe phổi: rì rào phế nang mất, không còn nghe thấy tiếng ran).
- Nhịp tim chậm.
- Huyết áp tụt.
- Rối loạn ý thức.
- Đôi khi có dấu hiệu thở nghịch thường ngực bụng luân phiên.
- Bệnh nhân không nói được.

Khi cơn hen kèm theo một trong các dấu hiệu trên (cần lưu ý loại trừ tràn khí màng phổi): chẩn đoán là **cơn hen phế quản nguy kịch**.

Cần xử trí cấp cứu ban đầu và nhanh chóng gọi hỗ trợ của tuyến trên và phối hợp chuyên bệnh nhân lên tuyến y tế có điều kiện và khả năng điều trị cấp cứu

bệnh nhân.

Bảng 2: Triệu chứng cơn hen nặng và nguy kịch theo GINA, 2011

Triệu chứng	Cơn hen nặng	Cơn hen nguy kịch
Mức độ khó thở	Lúc nghỉ ngơi Phải ngồi ngã ra trước	
Nói	Từng từ	Không nói được
Ý thức	Thường kích thích	Ngủ gà hoặc lú lẫn
Nhịp thở	Thường > 30 lần/phút	Thở chậm < 10 lần/phút hoặc ngừng thở
Co kéo cơ hô hấp phụ	Thường xuyên	Hô hấp nghịch thường
Ran rít ran ngáy	Nhiều ran	Phổi im lặng
Nhịp tim	> 120 lần/phút	Nhịp chậm
Mạch đảo	Thường có > 25 mmHg	Không có, chứng tỏ có mệt cơ hô hấp
% PEF sau liều giãn phế quản đầu tiên	< 60% GTLT hoặc hoặc < 100 L/phút hoặc đáp ứng kéo dài < 2h	Không đo được
PaO ₂	< 60 mm Hg	
PaCO ₂	> 45 mm Hg Có thể có tím tái	
SpO ₂	< 90%	

- Chú ý phát hiện và theo dõi sát bệnh nhân khi có **hội chứng đe dọa:**
 - + Cơn hen nặng lên từ vài ngày nay.
 - + Các cơn mau hơn trước.
 - + Cơn hen nặng hơn trước.
 - + Cơn hen kém đáp ứng với điều trị vẫn thường dùng.
 - + Tăng nhu cầu dùng thuốc chữa hen.
 - + Giảm dần lưu lượng đỉnh.
- Diễn biến dự báo cơn hen nặng:
 - + Cơn hen nặng lên nhanh chóng trong vài giờ.
 - + Cơn hen đáp ứng kém với điều trị.
- Các dấu hiệu của cơn HPQ không ổn định.
 - + Các triệu chứng nặng dần lên.
 - + Tăng liều và nhu cầu sử dụng thuốc cường β_2 .
 - + Giảm hiệu quả với thuốc cường β_2 .
 - + Giảm dần giá trị của lưu lượng đỉnh.

+ Tăng dần sự khác biệt của lưu lượng đỉnh giữa sáng và chiều.
Hen phế quản không ổn định có nguy cơ gây cơn hen cấp do đó cần thiết điều trị cơ bản: Corticoid (hít) + cường β_2 (kéo dài).

3. XỬ TRÍ CẤP CỨU

Nguyên tắc chung:

- Cơn hen phế quản nặng: Xử trí thuốc trước, thủ thuật sau.
- Cơn hen phế quản nguy kịch: Tiến hành thủ thuật trước, xử trí thuốc sau.

3.1. Xử trí cơn hen phế quản nặng

Xử trí tại bệnh viện: Cần rất khẩn trương:

- Thở oxy mũi 4-8 lít/phút
- Thuốc giãn phế quản:
 - **Salbutamol** hoặc **terbutalin** dung dịch khí dung 5 mg: Khí dung qua mặt nạ 20 phút/lần, có thể khí dung đến 3 lần liên tiếp nếu sau khi khí dung 1 lần chưa có hiệu quả

Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau 3 lần khí dung:

+ Nếu hết hoặc đỡ khó thở nhiều: khí dung nhắc lại 4 giờ/lần, kết hợp thêm thuốc giãn phế quản đường uống.

+ Nếu không đỡ khó thở: kết hợp khí dung với truyền tĩnh mạch:

◦ **Terbutalin** ống 0,5 mg, pha trong dung dịch natri chlorua 0,9% hoặc glucose 5% truyền tĩnh mạch (bằng bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch - nếu có), tốc độ truyền khởi đầu 0,5 mg/giờ (0,1 - 0,2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$), tăng dần tốc độ truyền 15 phút /lần đến khi có hiệu quả (có thể tăng liều đến 4 mg/giờ).

◦ Hoặc: **Salbutamol** truyền tĩnh mạch (với liều tương tự Terbutalin) hoặc tiêm dưới da 0,5 mg mỗi 4-6 giờ.

+ Nếu không có sẵn hoặc không đáp ứng với salbutamol và terbutalin, có thể dùng các thuốc giãn phế quản khác:

◦ **Adrenalin**: (một chỉ định rất tốt của adrenalin là cơn hen phế quản có truyền mạch): Tiêm dưới da 0,3 mg. Nếu không đỡ khó thở, có thể tiêm dưới da nhắc lại 0,3 mg/mỗi 20 phút, nhưng không nên tiêm quá 3 lần.

Lưu ý: không nên dùng adrenalin ở bệnh nhân già, có tiền sử bệnh tim hoặc bệnh mạch vành, tăng huyết áp.

◦ **Aminophyllin**: nếu bệnh nhân không dùng theophyllin hoặc các thuốc có dẫn chất xanthin trước đó.

- Tiêm tĩnh mạch chậm: 5 mg/kg cân nặng cơ thể, tiêm chậm trong 20 phút. Sau đó, truyền tĩnh mạch liên tục 0,6 mg/kg/giờ (không quá 10 mg/kg/24 giờ)

- Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau 3 lần khí dung:

+ Nếu hết hoặc đỡ khó thở nhiều: khí dung nhắc lại 4 giờ/lần, kết hợp thêm

thuốc giãn phế quản đường uống.

+ Nếu không đỡ khó thở: kết hợp khí dung với truyền tĩnh mạch:

◦ **Terbutalin** ống 0,5 mg, pha trong dung dịch natri chlorua 0,9% hoặc glucose 5% truyền tĩnh mạch (bằng bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch - nếu có), tốc độ truyền khởi đầu 0,5 mg/giờ (0,1 - 0,2 pg/kg/phút), tăng dần tốc độ truyền 15 phút /lần đến khi có hiệu quả (có thể tăng liều đến 4 mg/giờ).

◦ Hoặc: **Salbutamol** truyền tĩnh mạch (với liều tương tự terbutalin) hoặc tiêm dưới da 0,5 mg mỗi 4-6 giờ.

+ Nếu không có sẵn hoặc không đáp ứng với salbutamol và terbutalin, có thể dùng các thuốc giãn phế quản khác:

◦ **Adrenalin**: (một chỉ định rất tốt của adrenalin là cơn hen phế quản có truyền mạch): Tiêm dưới da 0,3 mg. Nếu không đỡ khó thở, có thể tiêm dưới da nhắc lại 0,3 mg/mỗi 20 phút, nhưng không nên tiêm quá 3 lần.

Lưu ý: không nên dùng adrenalin ở bệnh nhân già, có tiền sử bệnh tim hoặc bệnh mạch vành, tăng huyết áp.

◦ **Aminophyllin**: nếu bệnh nhân không dùng theophyllin hoặc các thuốc có dẫn chất xanthin trước đó.

• Tiêm tĩnh mạch chậm: 5 mg/kg cân nặng cơ thể, tiêm chậm trong 20 phút. Sau đó, truyền tĩnh mạch liên tục 0,6 mg/kg/giờ (không quá 10 mg/kg/24 giờ).

• Nên dùng phối hợp với các thuốc cường P₂ (salbutamol...).

• Chó ý: dễ có nguy cơ ngộ độc (buồn nôn, nôn, nhịp tim nhanh, co giật) nếu dùng liều quá cao, đặc biệt ở người già, suy gan hoặc đã dùng theophyllin trước khi đến viện vì khoảng cách giữa liều điều trị và liều độc gần nhau.

◦ **Magnesium sulphat**: Tiêm tĩnh mạch 2 g.

• Corticoid:

+ Methylprednisolon (ống 40 mg) tiêm tĩnh mạch

+ Hoặc prednisolon 40-60mg uống

+ Hoặc hydrocortison 100 mg tiêm tĩnh mạch.

} Dùng 6- 8 giờ 1 lần

Khi bệnh nhân đã ra khỏi cơn hen nặng: giảm liều dần trước khi dùng thuốc.

Kết hợp với corticoid tại chỗ (xịt hoặc khí dung qua máy).

• Các biện pháp phối hợp:

- Cho bệnh nhân đủ nước qua đường ăn uống và truyền (tổng lượng nước: 2 - 3 lít/ngày nếu không có bệnh tim mạch như suy tim, tăng huyết áp).

- Kháng sinh: chỉ cho nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn. Cần hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc. Không nên dùng penicillin (dễ gây dị ứng), các thuốc nhóm macrolid và quinolon (làm tăng tác dụng phụ của aminophyllin).

- Nếu cơn hen không đỡ nhanh sau khi cấp cứu 30-60 phút, nhanh chóng chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

Chú ý: đảm bảo điều trị, chuẩn bị sẵn thuốc và phương tiện cấp cứu tối thiểu trong quá trình vận chuyển bệnh nhân:

+ Thở ô xy.

+ Thuốc giãn phế quản.

+ Đặt đường truyền tĩnh mạch.

+ Bóngambu và mặt nạ - ống nội khí quản và bộ đặt nội khí quản.

• Những phương pháp điều trị không nên dùng trong cơn hen nặng:

+ Thuốc an thần.

+ Thuốc làm loãng đờm.

+ Vô rung.

+ Bù dịch số lượng lớn.

+ Dùng kháng sinh bao vây.

3.2. Xử trí cơn hen phế quản nguy kịch: *can thiệp đường thở trước, thuốc sau*

• Bóp bóng qua mặt nạ với oxy 10-12 lít/phút.

• Nhanh chóng tiến hành đặt ống nội khí quản và bóp bóng qua nội khí quản.

• Nếu không đặt được nội khí quản, hoặc bệnh nhân biểu hiện ngạt thở, tiến hành mở khí quản cấp cứu.

• Các thuốc sử dụng trong cơn hen phế quản nguy kịch.

- Adrenalin

+ Tiêm tĩnh mạch 0,3 mg, tiêm nhắc lại sau 5 phút nếu chưa đạt được hiệu quả giãn phế quản hay huyết áp tụt.

+ Sau đó truyền adrenalin tĩnh mạch liên tục với liều bắt đầu 0,2 - 0,3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$, điều chỉnh liều thuốc theo đáp ứng của bệnh nhân (mức độ co thắt phế quản, nhịp tim và huyết áp).

+ Chống chỉ định dùng adrenalin trên những bệnh nhân có suy tim, bệnh mạch vành, huyết áp cao, loạn nhịp tim...

- **Salbutamol hoặc terbutanyl hoặc aminophyllin** dùng đường tĩnh mạch với liều như đối với cơn hen phế quản nặng.

- **Methylprednisolon** (ống 40 mg) hoặc **hydrocortison** (ống 100 mg) tiêm tĩnh mạch 3 - 4 giờ/ống

- Điều trị phối hợp (kháng sinh, truyền dịch...) tương tự cơn hen nặng.

• Gọi ngay đội cấp cứu ngoại viện của tuyến cấp cứu cao hơn.

Sau khi đã đặt được ống nội khí quản và truyền tĩnh mạch thuốc giãn phế quản, chuyển bệnh nhân bằng xe cứu thương tới khoa Hồi sức cấp cứu để điều trị

chuyên khoa

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là tình trạng xuất hiện dịch trong khoang màng phổi nhiều hơn mức bình thường (khoảng 14 ml).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có thể có đau ngực sườn lung, đau tăng lên khi hít thở sâu, ho khan khi thay đổi tư thế, khó thở xuất hiện và ngày một tăng khi lượng dịch nhiều.
- Hội chứng 3 giảm: gõ đục, rung thanh mât , rì rào phế nang mât
- Hình ảnh phim X-quang phổi chuẩn: TDMP số lượng ít chỉ thấy góc sườn hoành tù, sớm nhất là góc sườn hoành phía sau trên phim nghiêng. TDMP trung bình thấy hình mờ đậm, đồng đều, ở 1/3 dưới phế" trường, có thể thấy đường cong mà phía lõm quay lên trên (đường cong Damoiseau). TDMP nhiều: mờ đều quá 1/2 phổi, đẩy tim sang bên đối diện.
- Trong trường hợp tràn dịch màng phổi khu trú cần kết hợp siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính để xác định vị trí.
- Chọc dò màng phổi có dịch: là tiêu chuẩn vàng.

Bảng 1: Phân biệt tràn dịch màng phổi dịch thâm và dịch tiết

Xét nghiệm	Dịch thâm	Dịch tiết
- Protein	< 30 g/l	> 30 g/l
- Protein dịch màng phổi/máu	< 0,5	> 0,5
- Tỷ trọng	1014	1016
- LDH (lactic dehydrogenase)	< 200 UI	> 200 UI
- LDH dịch màng phổi/LDH huyết	< 0,6	> 0,6
- Hồng cầu	< 10.000/mm ³	> 10.000/mm ³
- Bạch cầu	< 1.000/mm ³	> 1.000/mm ³
- Thành phần	> 50% lympho bào	> 50% lympho bào: lao, u
- pH	> 7,3	< 7,3
- Glucose	Bằng ở mẫu máu	Thấp hơn ở máu
- Amylase		>5000 đv/l (viêm tụy)

Lưu ý: bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết khi có ít nhất 1 tiêu chuẩn phù hợp với dịch tiết.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Dịch thâm (bảng 18.1).
- + Hội chứng thận hư, suy thận mạn.
- + Xơ gan cổ trướng.
- + Suy tim trái không hồi phục.
- + Thâm phân phúc mạc.
- + Suy giáp.
- + Hội chứng Demon-Meigs.
- + Suy dinh dưỡng.
- Dịch tiết (bảng 18.1).
- + Do lao.
- + Do ung thư.
- + Do nhiễm trùng phổi và màng phổi (vi khuẩn, nấm, vi rút, ký sinh trùng như a míp, sán lá phổi, sán lá gan lớn).
- + Do nghẽn tắc động mạch phổi.
- + Do các bệnh hệ thống (lupus, viêm khớp dạng thấp...).
- Tràn dịch màng phổi dịch màu máu: dịch có màu đỏ máu, Hemoglobin dịch màng phổi/hemoglobin máu $< 0,5$.
- + Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.
- + Lao màng phổi.
- Tràn máu màng phổi: tỷ lệ hemoglobin dịch màng phổi/hemoglobin máu $> 0,5$.
- + Do chấn thương lồng ngực.
- + Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.
- + Tai biến của các thủ thuật thăm dò màng phổi: chọc dò màng phổi, sinh thiết màng phổi,
- + Vỡ phình tách động mạch chủ ngực.
- + Bệnh Rendu Osler.
- Tràn dưỡng chấp màng phổi: Dịch màng phổi trắng như sữa, tái phát rất nhanh. Soi vi thể thấy những giọt mỡ. Mỡ toàn phần của dịch màng phổi 1-4 g/100 ml. Triglycerid dịch màng phổi > 110 mg%.

- + Do chấn thương lồng ngực.
- + Phẫu thuật lồng ngực gây lỗ dò ống ngực - màng phổi.
- + Viêm bạch mạch do lao, giun chỉ.
- + Do ung thư hệ lympho hoặc ung thư phế quản di căn.
- Các nguyên nhân TDMP thường gặp trên lâm sàng bao gồm:
 - + Lao màng phổi.
 - + Viêm phổi màng phổi.
 - + Suy tim sung huyết.
 - + Ung thư.
 - + Xơ gan.

3. ĐIỀU TRỊ (tham khảo sơ đồ 1)

3.1. Điều trị nội khoa

3.1.1. Điều trị TDMP dịch thấm

Điều trị bệnh nguyên phát. Chọc tháo dịch MP trong trường hợp TDMP quá nhiều gây khó thở.

3.1.2. Điều trị TDMP dịch tiết

* Điều trị triệu chứng:

TDMP nhiều có suy hô hấp:

- + Thở ôxy
- + Chọc tháo dần chia làm nhiều lần, mỗi lần < 1 lít.
- + Phục hồi chức năng hô hấp sớm và kéo dài.

TDMP nhiều, tái phát nhanh do ung thư:

- + Gây dính màng phổi bằng bột talc, povidon iod...
- + Không gây dính khi tràn dịch màng phổi không nở được hoàn toàn (như trong xẹp phổi), hay có kèm theo tràn dịch màng ngoài tim.

* Điều trị căn nguyên:

- Tràn dịch màng phổi do nhiễm khuẩn phổi màng phổi (đọc thêm bài hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tràn mủ màng phổi):

- + Chọc tháo, mở màng phổi dẫn lưu sớm, kết hợp bơm rửa hàng ngày với natriclorua 0,9%.
- + Trường hợp tràn mủ màng phổi khu trú, đã vách hóa: cần tiến hành mở màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm màng phổi hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.
- + Kháng sinh: dùng trong 4 - 6 tuần.

- Đường tiêm tĩnh mạch, liều cao, thích hợp với các vi khuẩn gây bệnh trong các trường hợp viêm màng phổi do vi khuẩn, dùng ít nhất 2 kháng sinh.

- Đối với cơ sở chưa có kháng sinh đồ nên dùng kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí, phế cầu và các trực khuẩn Gram (-): amoxicilin + acid clavulanic 3-6 g/ngày hoặc cephalosporin thế hệ 3: 3-6 g/ngày; dùng kết hợp với amikacin 15 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần.

.Thay đổi thuốc theo diễn biến lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ(nếu có)

+ Điều trị các bệnh toàn thân, các ổ nhiễm trùng nguyên phát.

- Điều trị tràn dịch màng phổi do lao.

+ Nguyên tắc:

- Chọc tháo hết dịch màng phổi sớm là biện pháp tốt nhất để chống dính màng phổi.

- Dùng thuốc chống lao (tham khảo thêm phác đồ điều trị của chương trình chống lao quốc gia).

+ Liều dùng các thuốc chống lao:

- Streptomycin 15 mg/kg/ngày.

- Rifampicin 10 mg/kg/ ngày.

- INH 5 mg/kg/ngày.

- Pyrazinamid 25 mg/kg/ngày.

- Ethambutol 15 mg/kg/ngày.

+ Phác đồ chống lao:(không kháng R)

- 2 HRZE /4 RHE

- Có một số phác đồ điều trị khác cũng với nguyên tắc kết hợp 3-5 thuốc chống lao. Ngoài ra, còn có một số phác đồ riêng cho các trường hợp có bệnh lý gan, thận.

- Vitamine B6 25 mg/ngày phòng biến chứng thần kinh của INH.

- Kiểm tra mắt (thị lực, thị trường, sắc giác) trước khi điều trị và khi có bất thường trong quá trình điều trị. Kiểm tra chức năng gan, thận 2 lần trong tháng đầu tiên rồi mỗi tháng 1 lần cho đến khi kết thúc điều trị. Lưu ý kiểm tra lại chức năng gan, thận ngay khi có biểu hiện bất thường (vàng da, vàng mắt, mệt mỏi, nôn, chán ăn,).

- Phát hiện các tác dụng phụ khác của thuốc (nhìn mờ, đau khớp, chóng mặt).

+ Phục hồi chức năng: Tập thở, thổi bóng, tập các động tác làm giãn nở lồng ngực

bên bị bệnh sớm và kéo dài.

- Điều trị TDMP do các căn nguyên khác:

• Tuỳ theo căn nguyên.

• Trong tràn dưỡng chấp màng phổi ngoài trường hợp can thiệp ngoại khoa được thì việc điều trị chủ yếu là chế độ ăn hạn chế lipid.

- Điều trị dự phòng dính màng phổi và các trường hợp TDMP đã vách hoá:

+ Chọc tháo sớm và chọc tháo hết dịch màng phổi là biện pháp tốt nhất để phòng vách hoá và dính màng phổi.

+ Khi đã xuất hiện TDMP vách hoá, (chuyển tuyến trên)

• Bơm streptokinase 100.000 - 300.000 đơn vị x 1 lần /ngày vào khoang màng phổi, sau đó kẹp ống dẫn lưu 2-4 giờ, rồi mở ống dẫn lưu hút liên tục. *Không bơm streptokinase sau 6 ngày kể từ lần bơm đầu tiên.*

• Sau khi dùng streptokinase phải đưa cho bệnh nhân thẻ có ghi rõ việc đã dùng streptokinase để lần khác nếu có chỉ định dùng lại thuốc tiêu sợi huyết thì không dùng streptokinase nữa mà dùng loại thuốc khác phòng tai biến dị ứng.

• Nội soi khoang màng phổi để phá bỏ các vách ngăn, bóc dính màng phổi.

3.2. *Điều trị ngoại khoa (Chuyển tuyến trên)*

- Phẫu thuật bóc màng phổi, ổ cặn màng phổi trong trường hợp viêm dày màng phổi sau một tháng điều trị nội khoa tích cực không giải quyết được.

- Cắt bỏ u nang buồng trứng trong hội chứng Demon-Meigs.

- Lấy dị vật như mảnh đạn nằm cạnh màng phổi.

- Thất ống ngực trong trường hợp tràn dưỡng chấp màng phổi do vỡ, tắc ống ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 31/10/2012 của bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG CÁC DỤNG CỤ PHUN HÍT TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN VÀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Thuốc dạng phun hít được sử dụng ngày càng nhiều trong điều trị các bệnh lý hô hấp như hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT, COPD), xơ phổi, tăng áp động mạch phổi do ưu điểm tác dụng tại chỗ nhanh, ít tác dụng phụ toàn thân. Bình hít định liều (MDIs), bình hít bột khô (PDIs) và máy khí dung là các thiết bị phổ biến để phân bố" thuốc. Buồng đệm là thiết bị ngoài gắn với bình định liều cho phép phân bố" thuốc tốt hơn.

1. BÌNH HÍT ĐỊNH LIỀU

Bình hít định liều (MDIs) là thiết bị phun hít cầm tay dùng lực đẩy để phân bố" thuốc. MDI có hộp kim loại có áp lực chứa thuốc dạng bột hoặc dung dịch, chất surfactant, propellant, van định liều. Hộp kim loại này được bọc bên ngoài bằng ống nhựa, có ống ngậm.

- Ưu điểm của MDIs: dễ mang theo, khả năng phân bố" đa liều, ít nguy cơ nhiễm khuẩn.
- Nhược điểm: cần sự khởi động chính xác và phối hợp tốt giữa động tác xịt thuốc với hít vào. Có thể đọng thuốc ở miệng, họng sau xịt.

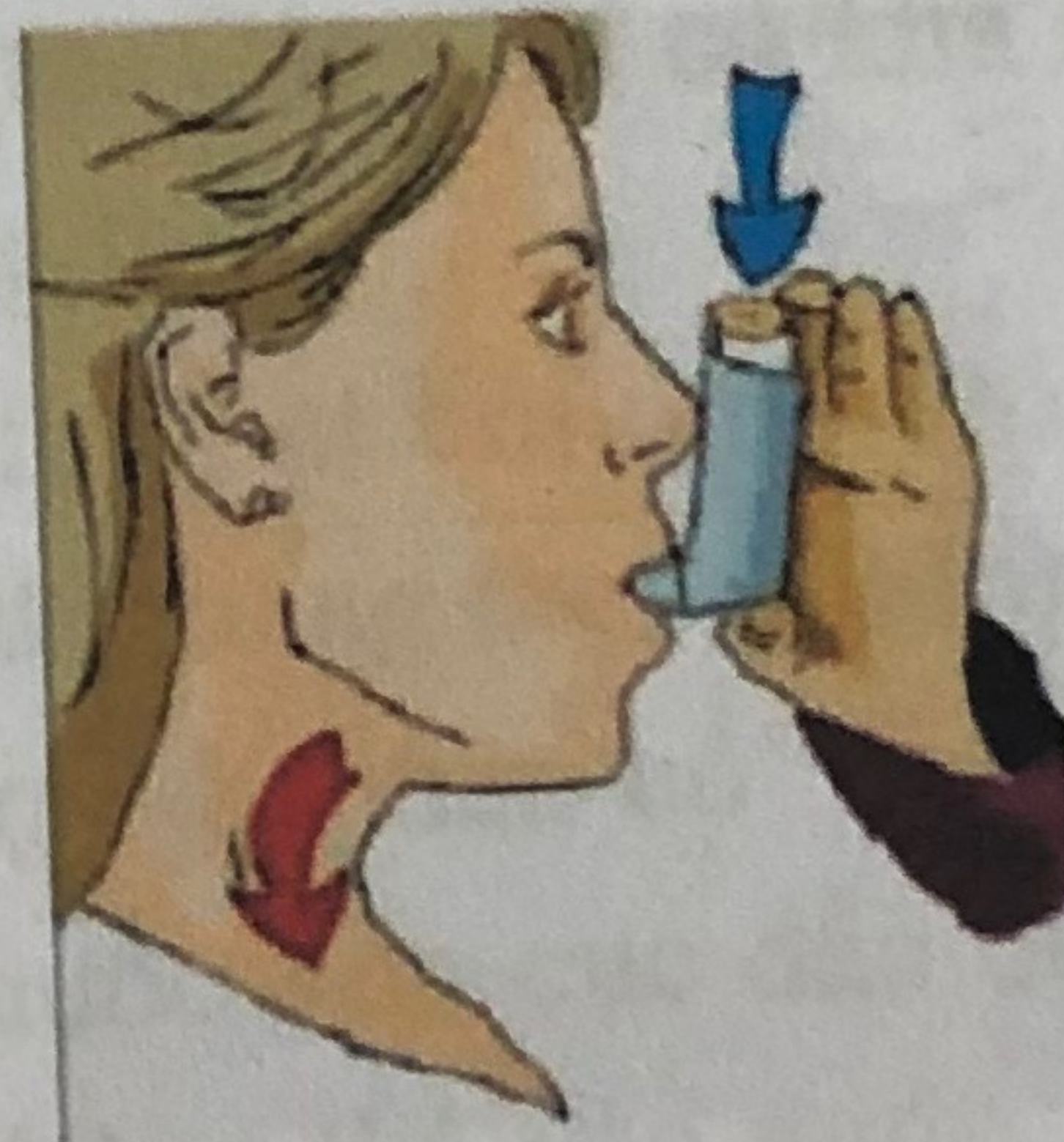
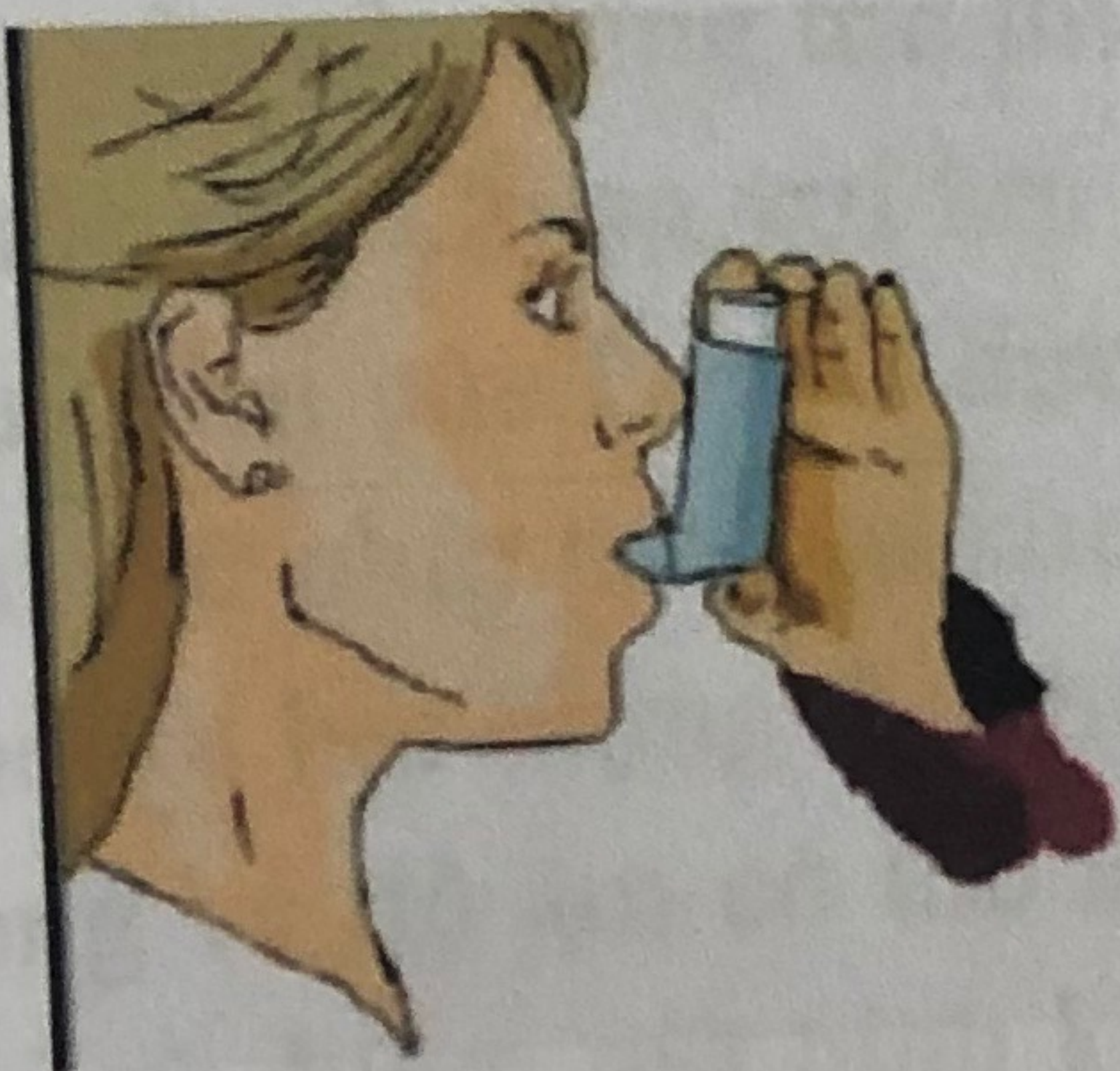
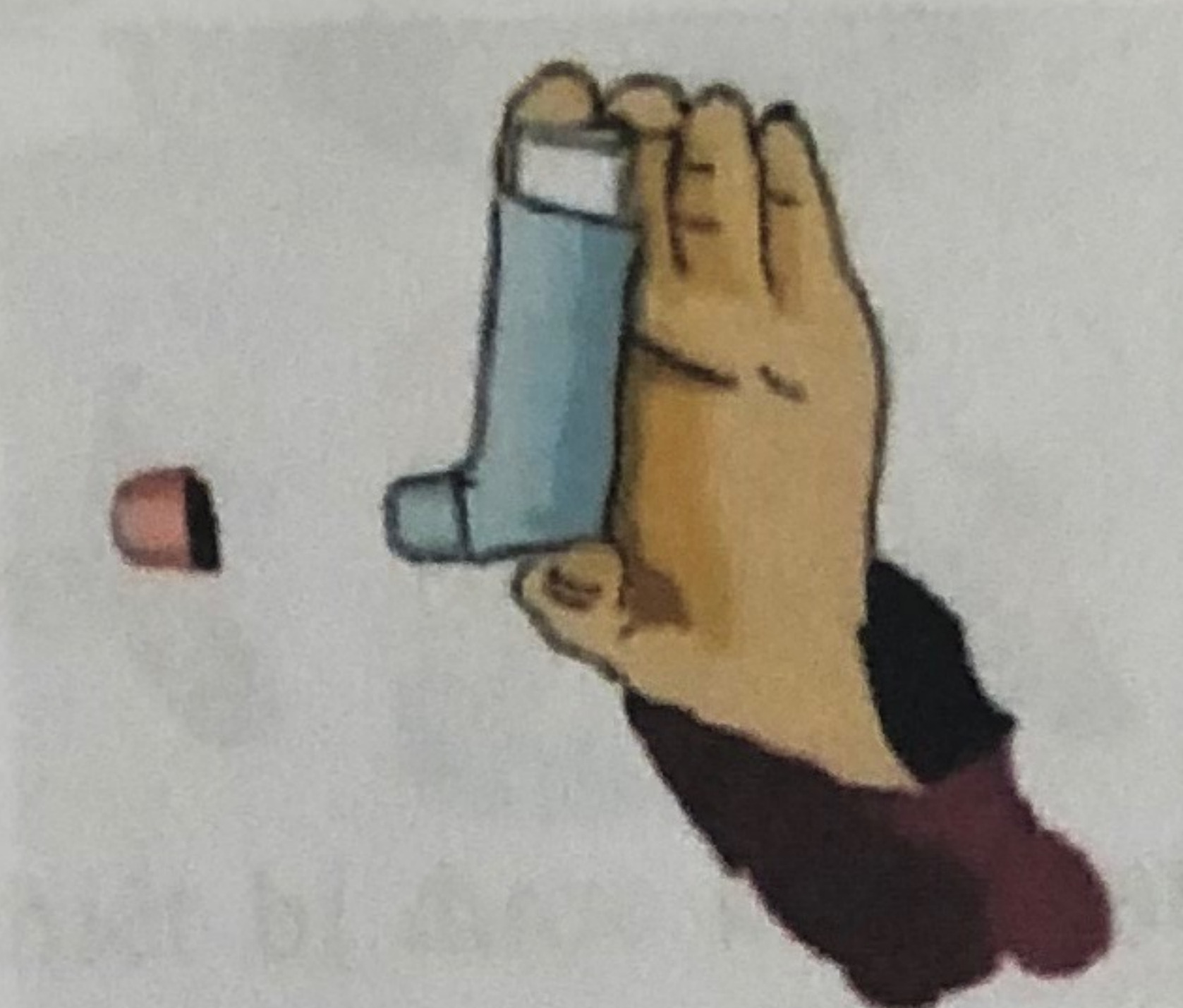
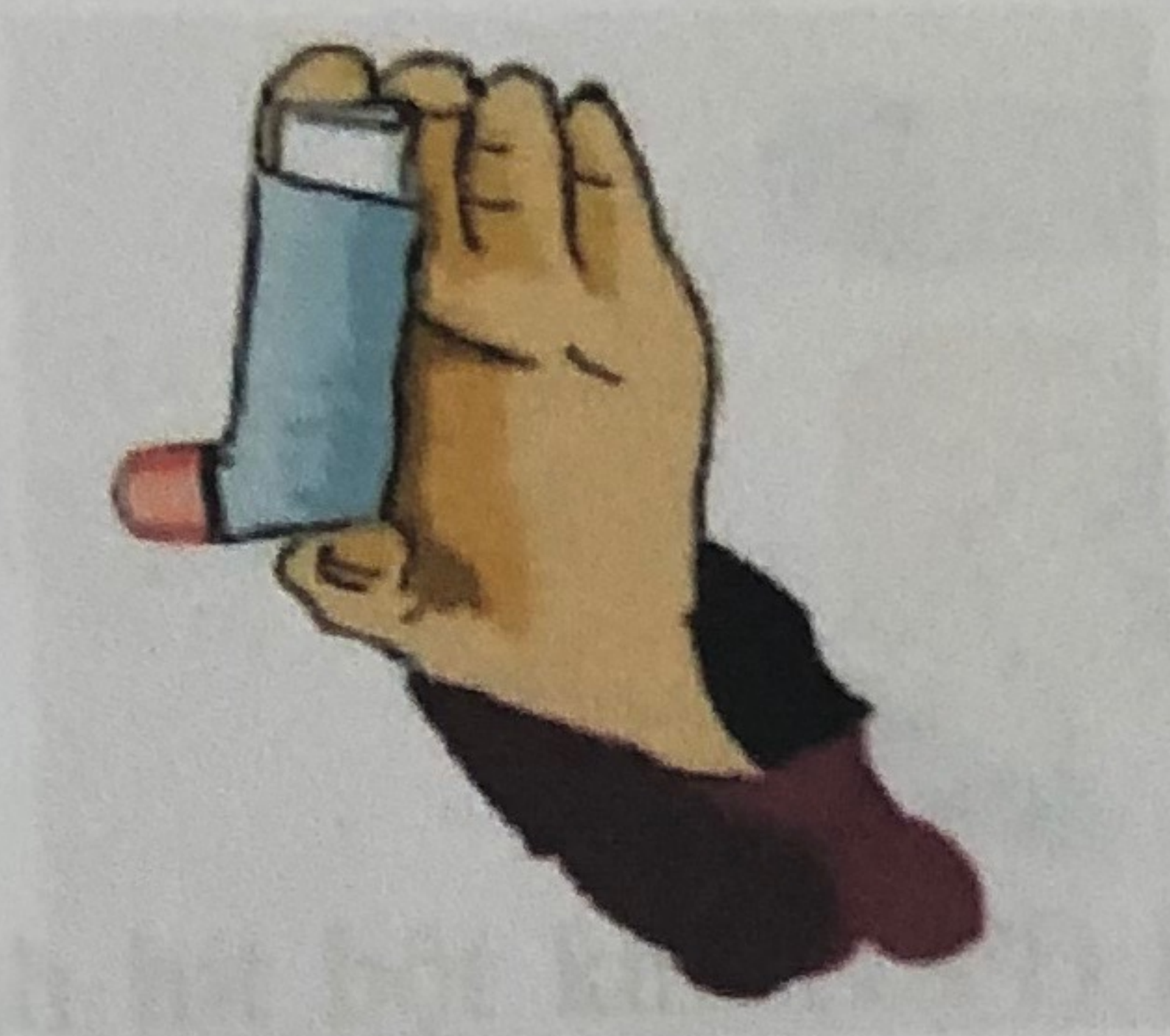
• Kỹ thuật sử dụng MDI

- Giữ thẳng bình.
- Lắc bình.
- Mở nắp.
- Nghiêng đầu nhẹ nhàng về sau và thở ra chậm hết trong 3-5 giây.
- Đưa ống ngậm vào miệng và ngậm kín.
- Ấn bình xịt 1 lần để phóng thích thuốc đồng thời hít vào chậm qua miệng.
- Bỏ bình hít ra, tiếp tục giữ nhịp thở, đếm chậm đến 10 để thuốc vào sâu trong phổi.
- Thở ra.
- Lặp lại quá trình trên nếu cần. Giữa các lần xịt nên nghỉ 1 phút giúp thuốc của lần xịt thứ hai vào phổi tốt hơn.



Bình hít định liều

Bình hít định liều có tính liều



• Buồng đệm

- ưu điểm:

+ Giúp cải thiện phân bố" thuốc, giảm lượng thuốc dính ở họng và mất vào không khí

+ Hỗ trợ khi bệnh nhân phối hợp kém hoặc khó sử dụng bình hít đơn thuần.

- Nhược điểm: dụng cụ cồng kềnh, diện tiếp xúc với vi khuẩn nhiều hơn, do lực tĩnh điện có thể giảm phân bố" thuốc vào phổi.

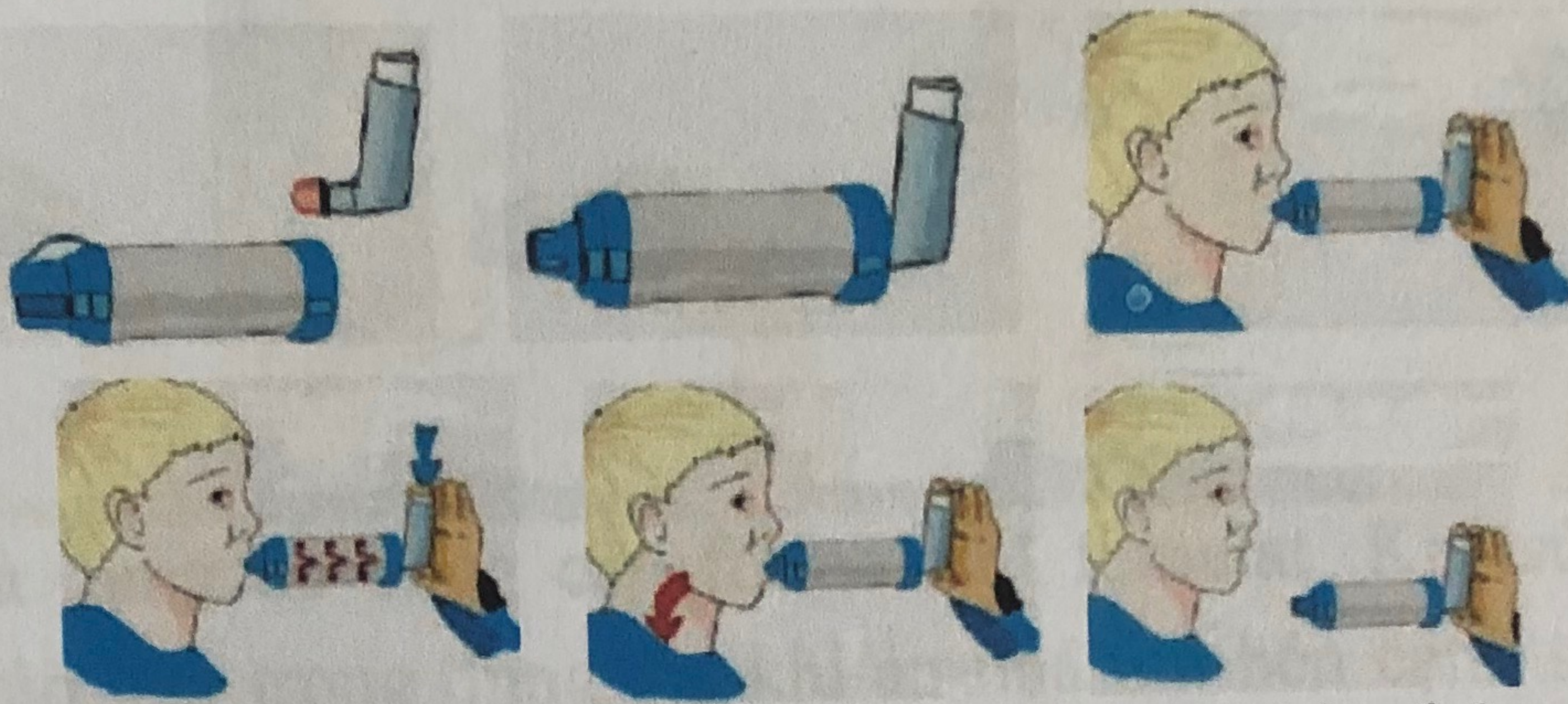
- Buồng đệm có van: cho phép thuốc ở trong buồng đệm tới khi bệnh nhân hít thuốc vào qua van một chiều, ngăn bệnh nhân thở ra vào buồng đệm, cải thiện việc hít thuốc và thời gian khởi động.

- Cách sử dụng buồng đệm.

+ Lắc bình hít định liều (MDI) rồi lắp vào buồng đệm. + Thở ra hết.

- + Ngậm kín đầu ngậm của buồng đệm.
- + Nhấn bình hít định liều một lần để phóng thích liều thuốc.
- + Hít vào chậm và sâu qua miệng trong 3 - 5 giây.
- + Bỏ buồng đệm ra khỏi miệng.
- + Nín thở 10 giây. Nếu khó hít sâu và nín thở, hãy hít thở bình thường với mỗi lần xịt.
- + Thở lại bình thường. Có thể lặp lại lần thứ hai sau khoảng 30 giây - 1 phút.

2. BÌNH HÍT BỘT KHÔ



Bình hít bột khô (DPI) là thiết bị được kích hoạt bởi nhịp thở giúp phân bố" thuốc ở dạng các phân tử chứa trong nang. Do không chứa chất đẩy nên kiểu hít này yêu cầu dòng thở thích hợp. Các DPI có khả năng phun thuốc khác nhau tùy thuộc sức kháng với lưu lượng thở.

Ưu điểm của DPI là được kích hoạt bởi nhịp thở, không cần buồng đệm, không cần giữ nhịp thở sau khi hít, dễ mang theo, không chứa chất đẩy. Nhược điểm là đòi hỏi lưu lượng thở thích hợp để phân bố" thuốc, có thể lắng đọng thuốc ở hầu họng và độ ẩm có thể làm thuốc vón cục dẫn đến giảm phân bố" thuốc. Chú ý khi sử dụng: giữ bình khô, không thả vào nước, lau ống ngậm và làm khô ngay sau hít, không nuốt viên nang dùng để hít.

Liều thuốc được phân bố" của các DPI.

• Các dạng DPI

Diskus/Accuhaler: Hộp chứa 1 cuộn, dải lá kép có 60 nang, mỗi nang chứa 1 liều thuốc bột. Liều thuốc trong dụng cụ này thay đổi từ 50-500 mcg tùy thuộc mỗi sản phẩm. Khi sử dụng, mỗi nang sẽ dịch chuyển vào vị trí và lớp vỏ được xé ra bằng vòng cuộn, khí hít vào đi qua nang đã bị chọc thủng giúp phân bố" thuốc.

- Cách sử dụng:

- Mở dụng cụ, lên nòng đến khi nghe tiếng click.
- Thở ra hết.
- Ngậm kín miệng quanh ống ngậm.
- Giữ Diskus ở tư thế ngang khi hít.
- Hít vào sâu và đều.



giây sau đó thở ra.

- Đưa dụng cụ ra khỏi miệng, giữ nhịp thở trong 10

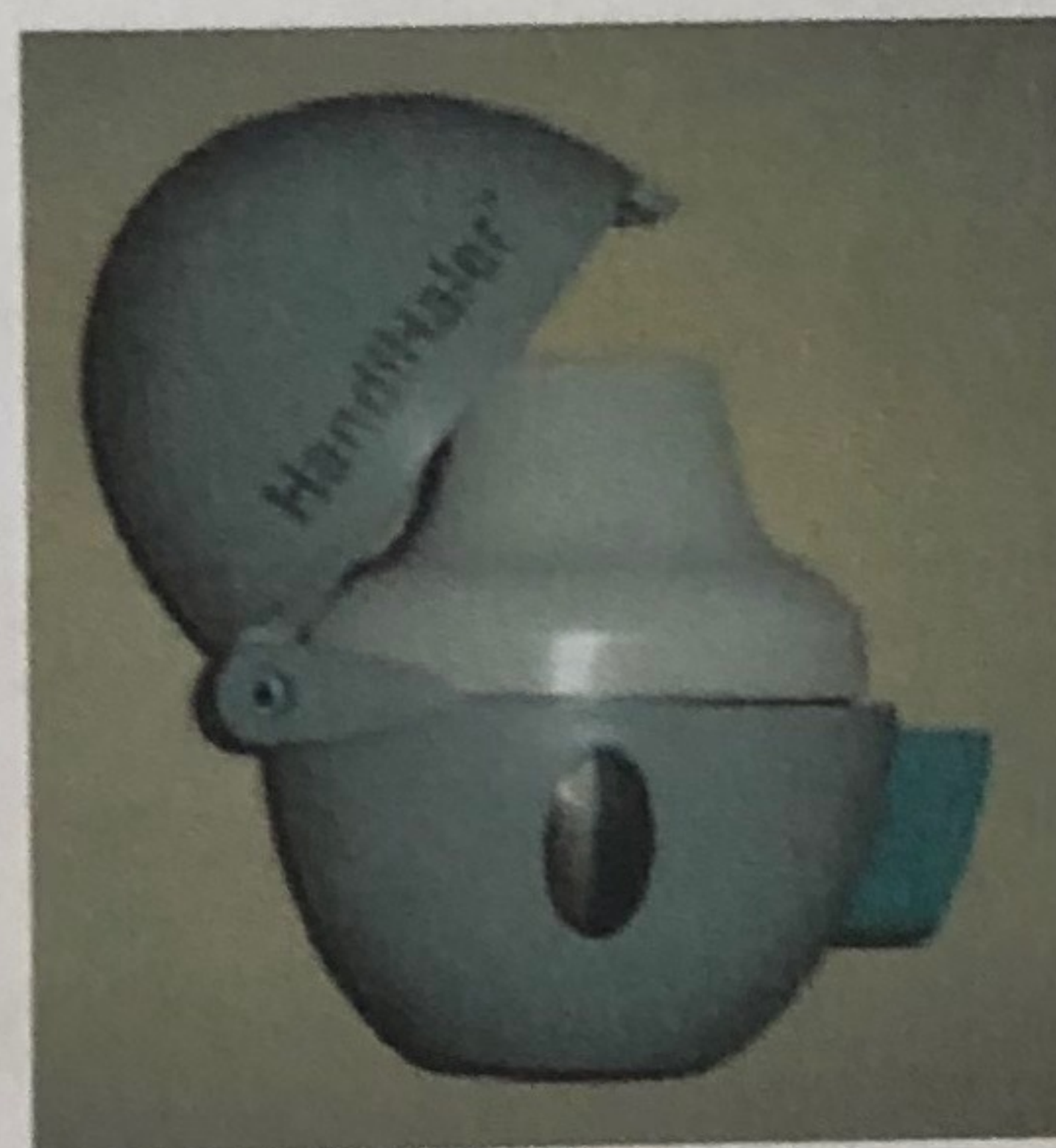


- *Aerolizer*: là dụng cụ cung cấp formoterol fumarat. Khi sử dụng, nang thuốc được đặt vào bên trong dụng cụ, khi ấn nhả nút bên cạnh sẽ chọc thủng nang và thuốc sẽ phân tán vào dòng khí khi bệnh nhân hít nhanh và sâu qua ống ngậm.

- Cách sử dụng:

- Mở nắp và giữ dụng cụ như hình vẽ.
- Xoay ống ngậm ngược chiều kim đồng hồ.
- Đặt nang thuốc vào lỗ ở đáy dụng cụ.

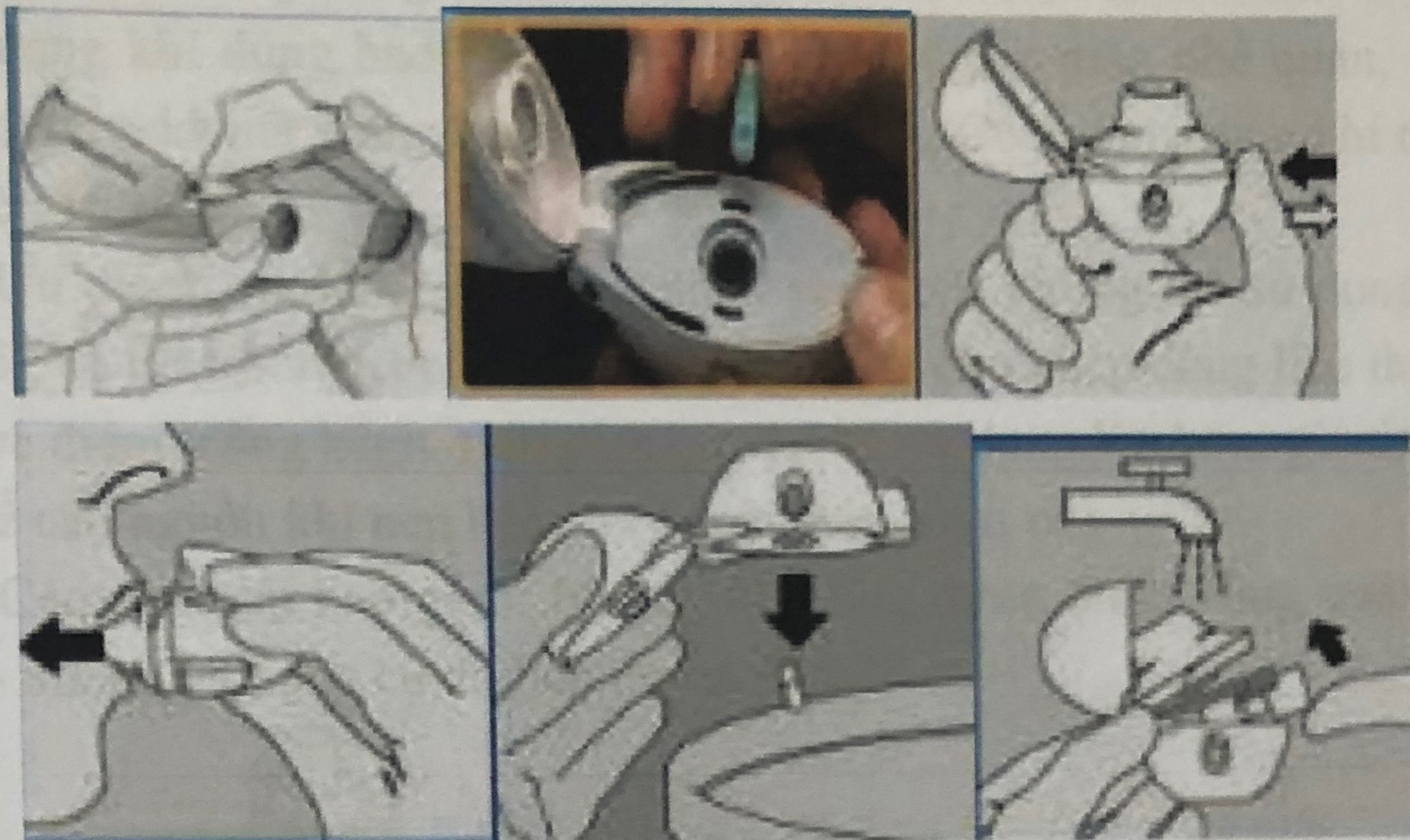
- *HandiHaler* là dụng cụ hít để phân bố" tiotropium bromid (Spiriva) dạng bột khô. Khi sử dụng nang tiotropium được đặt ở giữa buồng của dụng cụ, khi ấn nhả nút xanh, nang thuốc bị chọc thủng, khi hít vào dòng khí phân bố" thuốc qua ống ngậm.



Cách sử dụng:

- Lấy nang thuốc ra khỏi vỉ (ngay trước khi sử dụng).
- Đặt nang thuốc vào giữa buồng.
- Đóng ống ngậm chặt đến khi nghe tiếng click.
- Giữ dụng cụ tư thế thẳng, ấn mạnh nút chọc và bỏ tay.
- Giữ dụng cụ ở tư thế ngang, thổi ra hết, sau đó hít sâu. Trong khi hít sẽ nghe hoặc cảm nhận thấy nang thuốc rung nhẹ. Bỏ dụng cụ ra khỏi miệng.
- Nín thở trong 10 giây hoặc đến khi muốn thổi ra.
- Thổi ra chậm cho đến hết rồi hít thêm một lần nữa.

- Sau khi sử dụng, mở ống ngậm, lấy vỏ nang ra.

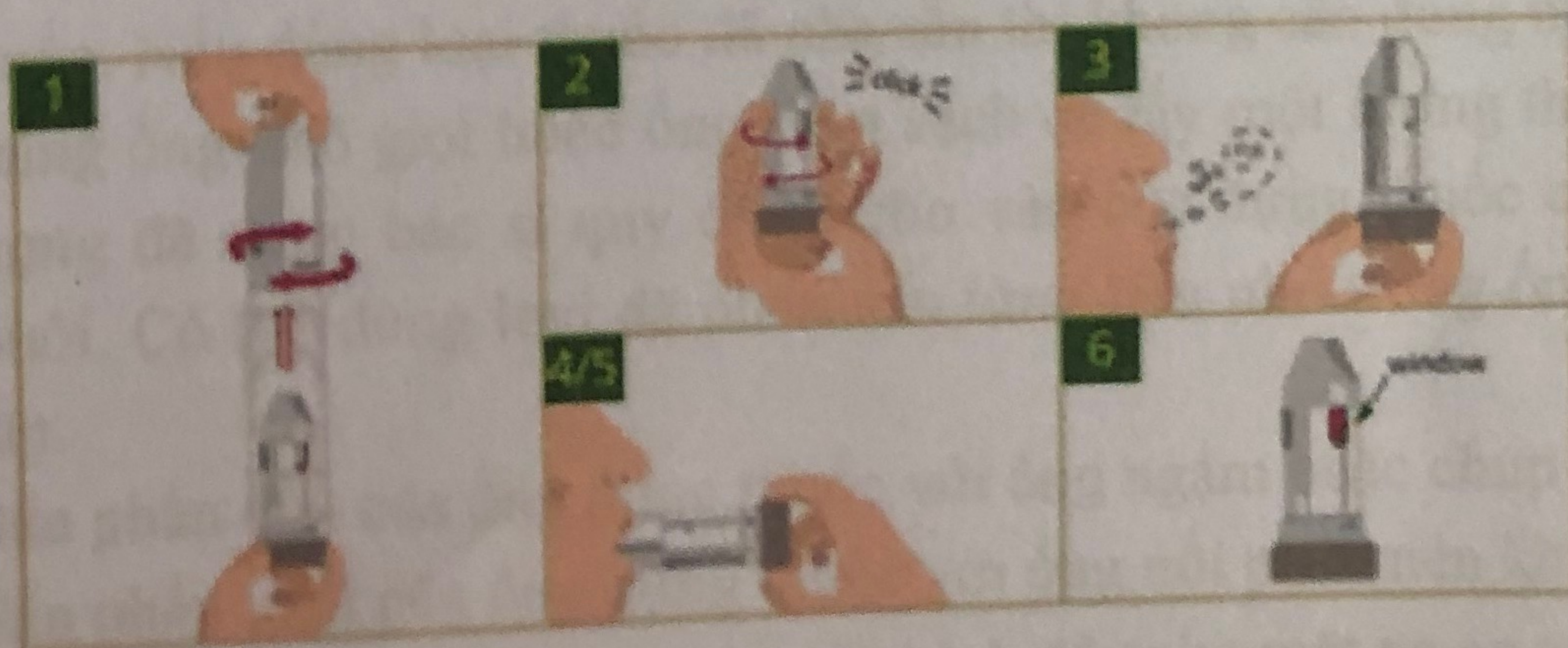


- Đóng ống ngậm và nắp đậy để bảo quản.

- *Turbuhaler*: ống hít có bộ đếm liều hiển thị chính xác lượng thuốc còn lại. Nếu không có bộ đếm liều, kiểm tra chỉ thị đỏ ở cửa sổ bên của thiết bị, khi thấy vạch đỏ là còn khoảng 20 liều.

Cách sử dụng:

- Giữ Turbuhaler ở vị trí thẳng đứng. Vặn và mở nắp đậy ống thuốc
- Vặn phần đế qua bên trái hết mức, sau đó vặn ngược lại đến khi nghe tiếng click.
- Thở ra hết
- Ngậm kín ống thuốc, hít vào bằng miệng mạnh, sâu đến khi không hít thêm được nữa
- Lấy ống thuốc ra, ngậm miệng lại, giữ nhịp thở trong 10 giây sau đó thở ra (nếu cần hít lần nữa thì làm lại các bước trên)
- Đậy nắp ống thuốc lại, súc miệng thật kỹ sau hít thuốc bằng nước để tránh những tác dụng phụ của thuốc có thể gây ra tại họng.



3. Khí dung

- Máy khí dung là thiết bị chuyển dung dịch thuốc thành dạng phun sương để tối ưu hóa sự lắng đọng thuốc ở đường hô hấp dưới. Các thuốc có thể sử dụng dưới dạng khí dung bao gồm corticosteroid, thuốc giãn phế quản, thuốc kháng cholinergic, kháng sinh, thuốc làm loãng đờm. Có 2 dạng máy khí dung là dạng khí nén và siêu âm.

- Ưu điểm: sử dụng cho bệnh nhân yếu hoặc không thể sử dụng thuốc dạng xịt, hít; có thể không cần bệnh nhân phối hợp, cho phép dùng liều thuốc lớn hơn. Nhược điểm: cồng kềnh, thời gian cài đặt và sử dụng lâu hơn, giá thành cao hơn, có thể cần nguồn khí nén hoặc oxy (với máy phun tia).

- Các dụng cụ bao gồm: bộ nén khí, ống đựng thuốc, ống ngậm hoặc chụp mũi - miệng và dụng cụ đo liều thuốc.

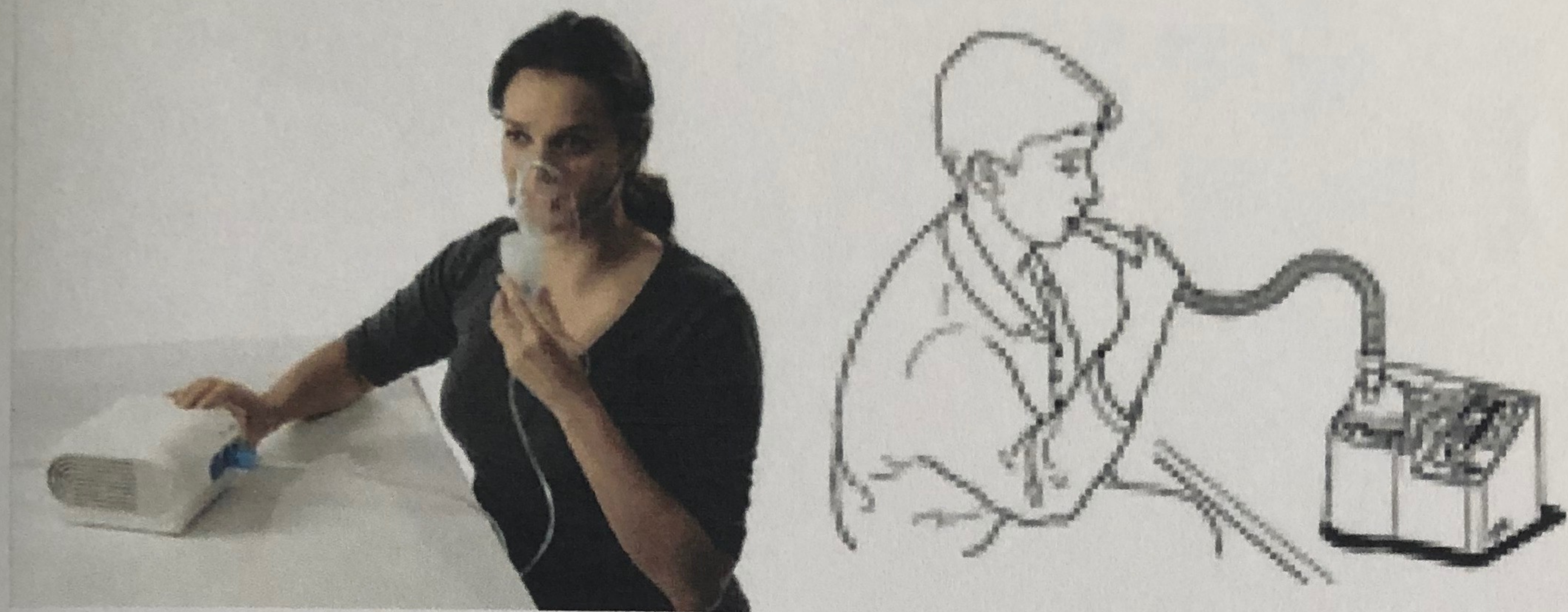


Cách sử dụng:

- Đặt máy khí dung lên bề mặt phẳng
- Lắp các bộ phận của máy và cắm nguồn điện
- Rửa tay
- Dùng ống nhỏ giọt hoặc ống tiêm sạch để lấy một lượng nước muối sinh lý 0,9% (theo liều lượng đã được bác sĩ quy định) cho vào cốc đựng thuốc. Nếu dùng loại thuốc đã pha sẵn thì không cần dùng nước muối.
- Dùng ống nhỏ giọt hoặc ống tiêm sạch để lấy một lượng thuốc (theo liều lượng đã được bác sĩ quy định) cho vào cốc đựng thuốc cùng với nước muối. Có thể dùng loại đã phân sẵn từng liều nhỏ trong ống nhựa. Đóng nắp.
- Gắn phần đầu của ống đựng thuốc với ống ngậm hoặc chụp mũi - miệng.
- Gắn phần cuối của ống đựng thuốc với ống nối phần nén khí.
- Đặt chụp mũi - miệng lên mặt và chỉnh dây cho mặt nạ áp sát vừa khít (hoặc đưa ống ngậm vào miệng).

- Bật máy và kiểm tra xem thuốc có được phun ra không.
- Thở chậm và sâu bằng miệng (hít vào sâu, ngưng lại 1-2 giây rồi thở ra) cho đến khi hết thuốc trong cốc đựng, khoảng 10-20 phút.
- Trong khi khí dung định kỳ theo dõi đáp ứng của bệnh nhân để kịp thời phát hiện các bất thường.

Dừng máy ngay khi không thấy khí phun ra.



- Các tác dụng phụ tại chỗ khi sử dụng máy khí dung: ho, khàn giọng, nhiễm nấm vùng hầu họng, kích thích niêm mạc hầu họng hoặc kích thích da mặt nếu sử dụng chụp mũi - miệng. Do đó, khi sử dụng chụp mũi - miệng cần lắp vừa khít và sau khí dung nên súc miệng sạch.

Sau khi dùng: Tháo chụp mũi - miệng hay ống ngậm, cốc đựng thuốc ra khỏi ống dẫn nhựa. Rửa chụp mũi - miệng ống ngậm, cốc đựng thuốc dưới vòi nước, để khô. Lắp trở lại vào ống dẫn rồi mở công tắc cho máy chạy khoảng 10-20 giây để làm khô phía trong. Bầu khí dung, mặt nạ, ống ngậm, dây nối với máy khí dung là các dụng cụ dùng riêng cho từng bệnh nhân. Không được dùng chung để tránh lây nhiễm từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4235/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 31/10/2012 về việc Ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp”