**ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH**

**I. ĐTNH NGHĨA:**

Đợt cấp BPTNMT là một sự kiện xảy ra trong diễn tiến tự nhiên của bệnh được đặc trưng bởi một sự thay đổi của triệu chứng khó thở, ho và khạc đàm vượt qua mức thông thường hàng ngày của người bệnh, xảy ra cấp tính và có thể đưa đến thay đổi của thuốc sử dụng hàng ngày.

**II. CHẨN ĐOÁN:**

**A. Bệnh nhân chưa đươc chẩn đoán BPTNMT:**

Nghĩ nhiều đến đợt cấp BPTNMT khi:

- Tuổi > 40.

- Đã hoặc đang hút thuốc lá.

- Khó thở, khò khè, nặng ngực, ho, khạc đàm nhiều.

- Ran phế quản 2 phế trường.

- Xquang phổi : Có thể có hình ảnh khí phế thủng phổi (Phổi tăng sáng 2 bên, có kén khí, lồng ngực hình thùng, cơ hoành dẹt, bóng tim hình giọt nước...)

**B. Bệnh nhân đã đươc chẩn đoán là BPTNMT**

Có 1 trong 3 triệu chứng chính

1 . Tăng khó thở kèm theo khò khè, nặng ngực.

2. Tăng số lượng đàm.

3. Thay đổi màu sắc và tính chất của đàm.

Các triệu chứng phụ: Khò khè, nặng ngực, đau ngực, ho, thở nhanh, nhịp tim nhanh, mệt lã, sốt, mất ngủ, trầm cảm, lú lẫn.

**III. XỬ TRÍ:**

**A. Tại phòng khám ngoại trú:**

1. Chụp Xquang phổi, đo pulse oxymetry, thử công thức máu, đường huyết , điện giải đồ , chức năng gan ,chức năng thận , đo ECG để phát hiện các bệnh lý đi kèm khác.

2. Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc giãn phế quản.

3. Dùng thêm corticoid uống nếu FEV1 trước đây < 50% P.

Prednisolone 30 - 40 mg/ngày X 7 - 10 ngày.

4. Dùng kháng sinh uống nếu có 2 trong 3 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm, đàm mủ, trong đó đàm mủ là triệu chứng bắt buộc.

♦♦♦ Chỉ định nhập viện:

❖ Tăng độ nặng của các triệu chứng mặc dù đã có xử trí tại phòng khám.

❖ BPTNMT ở phân độ nặng III, IV.

❖ Xuất hiện các triệu chứng mới (tím tái, phù ngoại biên).

❖ Có bệnh lý đi kèm nặng.

❖ Thường xuyên bị đợt cấp BPTNMT.

❖ Rối loạn nhịp tim mới xuất hiện.

❖ Chẩn đoán chưa chắc chắn.

❖ Người già.

❖ Không có người chăm sóc tại nhà.

**B. Tại khoa nội trú:**

1. Đánh giá đô nặng của bệnh căn cứ vào:

❖ Khai thác bệnh sử : Phân đô BPTNMT trước đây, số lần có đợt cấp trước đây.

❖ Nhận định các bệnh lý đi kèm.

❖ Khám lâm sàng: Dấu hiệu sinh tồn, quan sát cơ hô hấp phụ, mức đô đáp ứng điều trị.

❖ Đo SpO2.

❖ Đo khí máu đông mạch

❖ Xquang phổi, đo ECG.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nhẹ | Vừa | Nặng |
| Bệnh đi kèm | + | +++ | +++ |
| Mức đô thường xuyên vào đợt cấp | + | +++ | +++ |
| Phân đô COPD trước đây | Nhẹ/Vừa | Vừa/Nặng | Nặng |
| Huyết đông học | On định | On định | Không ổn định |
| Co kéo cơ hô hấp phụ, nhịp tim nhanh | Không | ++ | +++ |
| Triệu chứng kéo dài sau khi bắt đầu điều trị | Không | ++ | +++ |

**2. Xử trí:**

- Nhẹ: Có thể điều trị ngoại trú hoặc nằm viện ngắn ngày.

- Vừa và Nặng:

❖ Nhập viện theo dõi sát.

❖ Xét nghiệm máu: Công thức máu, điện giải đồ, chức năng gan, chức năng thận.

❖ Cấy đàm tìm tạp trùng.

**MỨC ĐỘ VỪA**:

1. Dùng thuốc giãn phế quản:

❖ Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.

❖ Dùng buồng đệm hoặc máy phun khí dung và nên phối hợp đồng vận P2 và kháng cholinergic.

+ Đồng vận P2: Ventolin 5mg/ml phun khí dung mỗi 6 - 8g.

+ Kháng cholinergic + đồng vận P2: Combivent 1 - 2 ống hoặc Berodual 40 giọt, phun khí dung mỗi 6 - 8 giờ.

2. Thở oxy liều thấp 2 - 3 l/ph nếu SpO2 < 90%.

3. Glucocorticosteroid

❖ Đường uống (Prednisolone 30 - 40 mg/ngày x 7 -14 ngày) hoặc đường tiêm (Solumedrol 40mg - 60mg/ ngày X 7 - 14 ngày).

4. Dùng kháng sinh nếu có đàm mủ và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm. Chọn lựa kháng sinh theo kinh nghiêm trước khi có kết quả cấy đàm:

❖ Đường uống: Amoxicillin/clavulanate; Fluoroquinolones hô hấp (gatiíloxacin, levoíloxacin, moxiíloxacin).

*❖* Đường chích: Amoxicillin/davulanate;

Ampicillin/Sulbactam; Cephalosporins thế hệ 2, 3; Fluoroquinolones (levoíloxacin, moxiíloxacin).

❖ Lưu ý dùng kháng sinh sớm và phối hợp trong các trường hợp có 1 hoặc nhiều yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng: Có bệnh lý đi kèm, BPTNMT mức độ nặng, có > 3 đợt cấp/ 1 năm, dùng KS trong 3 tháng gần đây.

5. Thường xuyên theo dõi:

❖ Nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan bằng ion đồ và khí máu động mạch.

❖ Chế độ dinh dưỡng.

❖ Tầm soát và điều trị các bệnh đi kèm (suy tim, rối lọan nhịp tim, đái tháo đường, cao huyết áp).

**MỨC ĐỘ NẶNG**

1. Thở oxy liều thấp, theo dõi bằng khí máu động mạch.

2. Xét chỉ định thông khí không xâm lấn: Có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

❖ Khó thở vừa tới nặng có co kéo cơ hô hấp phụ và thở bụng nghịch thường.

❖ Toàn hô hấp từ trung bình tới nặng (pH < 7,35) và/hoặc tăng thán khí trong máu (paCO2 > 45mmHg).

❖ Nhịp thở > 25 lần/phút.

Chống chỉ định TKKXL

Ngưng thở; Tim mạch không ổn định như tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim; Thay đổi tri giác, bất hợp tác; Nguy cơ hít dịch tiêu hóa cao; Đàm quá đặc; Mới vừa phẫu thuật đường tiêu hóa hoặc vùng mặt; Chấn thương đầu mặt; Bất thường vùng hầu họng; Phỏng; Béo phì quá mức

- Dùng thuốc giãn phế quản:

❖ Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.

❖ Phối hợp đồng vận P2 và kháng cholinergic.

❖ Dùng buồng đệm hoặc máy phun khí dung.

❖ Nếu không cải thiện, có thể dùng Terbutaline 0,25mg tiêm dưới da mỗi 4 giờ hoặc Aminophyllin truyền TM. Lưu ý các tác dụng phụ và chống chỉ định.

3. Glucocorticosteroid

❖ Đường tiêm (Solumedrol 40mg - 60mg/ ngày X 14 ngày).

4. Dùng kháng sinh nếu có đàm mủ và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng: tăng khó thở, tăng lượng đàm. Chọn lựa kháng sinh theo kinh nghiêm trước khi có kết quả cấy đàm:

❖ Lưu ý dùng kháng sinh sớm và phối hợp.

❖ Nếu nghi ngờ nhiễm Pseudomonas (Vừa nhập viện gần đây, dùng KS > 4 lần / năm, BPTNMT nặng, phân lập P. aeruginosa trước đây hoặc trong giai đoạn ổn định). Cần dùng kháng sinh levoíloxacin liều cao +/- carbapenem, cefoperazone/sulbactam liều cao. Sau đó điều trị theo kháng sinh đồ.

5. Thường xuyên theo dõi:

❖ Nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan.

❖ Chế độ dinh dưỡng.

❖ Tầm sóat và điều trị các bệnh đi kèm (suy tim, rối lọan nhịp tim, đái tháo đường, cao huyết áp).

- Xét chỉ định chuyển Khoa Hồi sức Cấp cứu

❖ Chỉ đinh nhậpHSCC:

❖ Khó thở nặng không đáp ứng điều trị tại khoa nội trú.

❖ Thay đổi tri giác (lú lẫn, lơ mơ, hôn mê)

❖ Hạ oxy máu kéo dài hoặc ngày càng nặng (paO2<40mmHg) và/hoặc tăng thán khí trong máu nặng (paCO2>60mmHg) và/hoặc toan hô hấp nặng (pH<7,25) mặc dù đã thở oxy.

❖ Rối loạn huyết động (cần dùng vận mạch).

❖ Có chỉ định thông khí xâm lấn.

❖ Chỉ định thông khí xâm lấn

❖ Không dung nạp được với thông khí không xâm lấn hoặc thông khí không xâm lấn thất bại.

❖ Khó thở nặng, co kéo cơ hô hấp phụ hoặc thở bụng nghịch thường.

❖ Nhịp thở > 35 lần /phút.

❖ Thiếu oxy máu trầm trọng đe dọa tử vong.

❖ Toan máu nặng (pH < 7,25) và/hoặc tăng thán khí trong máu paCO2 > 60mmHg.

❖ Ngưng thở.

❖ Rối loạn tri giác, ngủ gà.

❖ Biến chứng tim mạch (tụt huyết áp, shock)

❖ Các biến chứng khác (rối loạn chuyển hóa, nhiễm trùng, viêm phổi, thuyên tắc phổi, tràn dịch màng phổi lượng nhiều.)

**IV. XUẤT VIỆN & THEO DÕI:**

Bệnh nhân có thể được xuất viện khi :

1. Tình trạng lâm sàng ổn định ít nhất 24g.

2. Chỉ cần dùng thuốc kích thích P2 2 - 4 lần mỗi ngày.

Theo dõi sau xuất viện:

1. Giới thiệu đến khám và theo dõi tại phòng khám chuyên khoa hô hấp (Phòng khám suyễn BVPNT hoặc tại địa phương.

2. 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...

3. Xem xét nhu cầu thở oxy dài hạn tại nhà.

