HEN PHẾ QUẢN - CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ Ở Y TẾ CƠ SỞ

TS. BS. PHẠM THỊ KIM NHUNG
Phó Giám đốc Trung tâm Nội hô hấp, Bệnh viện Quân y 103
Phó Chủ nhiệm Bộ môn Nội hô hấp, Học viện Quân y

1. ĐỊNH NGHĨA HEN PHẾ QUẢN

Theo GINA (Global Initiative for Asthma - Sáng kiến toàn cầu về hen) cập nhật năm 2024-2025: Hen phế quản là một bệnh lý đa hình thái, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính đường thở. Bệnh được định nghĩa bởi sự hiện diện của các triệu chứng hô hấp như khò khè, khó thở, nặng ngực, ho thay đổi theo thời gian và cường độ, cùng với sự giới hạn lưu lượng khí thở ra dao động.

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em ≥12 tuổi (Quyết định số 1851/QĐ-BYT ngày 24/4/2020): Hen phế quản là một bệnh có đặc điểm là viêm mạn tính niêm mạc phế quản làm tăng phản ứng của phế quản thường xuyên với nhiều tác nhân kích thích, dẫn đến co thắt lan toả cơ trơn phế quản. Sự co thắt phế quản không cố định, thường có thể hồi phục tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc giãn phế quản. Trên lâm sàng, hen phế quản biểu hiện với các triệu chứng như thở khò khè, khó thở, nặng ngực và ho. Bệnh biến đổi theo mùa, nặng khi tiếp xúc với yếu tố nguy cơ hoặc thay đổi thời tiết. Các triệu chứng này có liên quan với sự biến đổi của luồng không khí thở ra do tình trạng tắc nghẽn đường thở (phù nề niêm mạc, co thắt cơ trơn, tăng tiết đờm).

Hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS - American Thoracic Society) định nghĩa: Hen là một bệnh viêm mạn tính của đường hô hấp dưới, đặc trưng bởi sự tăng đáp ứng đường thở với các tác nhân kích thích. Tình trạng này dẫn đến các đợt co thắt phế quản, phù nề niêm mạc và tăng tiết dịch nhầy, gây ra tắc nghẽn đường thở thường có thể hồi phục tự nhiên hoặc do điều trị.

Nhiều định nghĩa về hen phế quản đã được đưa ra, nhưng đều tập trung ở 3 đặc điểm mang tính cốt lõi, đó là: 1- tình trạng viêm mạn tính của đường thở; 2- triệu chứng (ho, khò khè, khó thở) có sự thay đổi theo thời gian và cường độ; 3- tắc nghẽn luồng khí thở ra có khả năng hồi phục.

2. CHẨN ĐOÁN HEN PHẾ QUẢN Ở TUYẾN CƠ SỞ

Việc chẩn đoán hen phế quản tại tuyến y tế cơ sở (primary health care) thường được khuyến cáo kết hợp giữa 3 yếu tố, gồm: khai thác kĩ tiền sử, bệnh sử; thăm khám thực thể trên lâm sàng và các xét nghiệm mang tính chất cơ bản, khách quan xác định tình trạng tắc nghẽn đường thở có hồi phục. Xuất phát từ đặc điểm đa dạng về hình thái lâm sàng và tính không đồng nhất, biểu hiện triệu chứng hen phế quản có thể thay đổi theo thời gian, do vậy việc chẩn đoán cũng có thể cần nhiều lần thăm khám, đánh giá.

2.1. Khai thác triệu chứng lâm sàng: Đây là bước quan trọng tại tuyến y tế cơ sở, cần khai thác kĩ.

- Triệu chứng: Khò khè, khó thở, nặng ngực, ho khan.
- Đặc điểm triệu chứng: Thường có tính chất "chu kì" như thường xuất hiện ban đêm hoặc sáng sớm (chu kì ngày đêm), chu kì mùa trong năm,…; thay đổi về cường độ, tần suất.
- Yếu tố kích ứng (strigger): Triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên khi gắng sức, tiếp xúc yếu tố dị nguyên như phấn hoa, lông thú, bụi hoặc khi có sự thay đổi thời tiết, hay xuất hiện nhiễm trùng đường hô hấp.
- Tiền sử: Bản thân hoặc gia đình có mắc các bệnh lý dị ứng như viêm mũi dị ứng, chàm, hoặc có tiền sử đã được chẩn đoán mắc bệnh hen khi nhỏ.

2.2. Thăm khám lâm sàng: Nghe phổi là thao tác khám cơ bản, bước đầu. Có thể thấy tiếng ran co thắt phế quản (ran rít, ran ngáy). Tuy nhiên, việc khám nghe không có ran co thắt ở phổi không thể loại trừ chẩn đoán hen, vì có thể ngoài cơn hen cấp.

2.3. Cận lâm sàng: Tại tuyến cơ sở, đo thông khí phổi (spirometry) và đo lưu lượng đỉnh (Peak Flow) được đánh giá là hai xét nghiệm cơ bản, đơn giản, dễ thực hiện, chi phí thấp và có thể áp dụng rộng rãi nhằm mục đích chẩn đoán.

Thông khí phổi: Được đánh giá là xét nghiệm chức năng hô hấp cơ bản, có thể thực hiện tại tuyến y tế cơ sở, hỗ trợ chẩn đoán hen khi kết quả xảy ra một trong các tình huống sau:

- **Đáp ứng giãn phế quản đáng kể:**
  Người lớn: FEV_1 hoặc FVC tăng ≥12% và ≥200 mL so với giá trị trước khi xịt hít thuốc giãn phế quản khi thực hiện test hồi phục phế quản (bronchodilator reversibility) (hoặc PEF tăng ≥20%).
  Trẻ em: FEV_1 tăng ≥12% giá trị dự đoán (hoặc PEF tăng ≥15%).

- **Đáp ứng điều trị corticoid dạng hít (ICS) đáng kể trong 4 tuần:**
  Người lớn: FEV_1 hoặc FVC tăng ≥12% và ≥200 mL (hoặc PEF tăng ≥20%) so với giá trị trước khi điều trị với ICS.
  Trẻ em: FEV_1 tăng ≥12% giá trị dự đoán (hoặc PEF tăng ≥15%).

- **Sự thay đổi quá mức thông khí phổi giữa các lần thăm khám:**
  Người lớn: FEV_1 hoặc FVC tăng ≥12% và ≥200 mL (hoặc PEF tăng ≥20%).
  Trẻ em: FEV_1 tăng ≥12% (hoặc PEF tăng ≥15%).

- **Test kích thích phế quản dương tính (positive bronchial challenge test):** Khi FEV_1 giảm đáng kể sau khi hít methacholine, mannitol hoặc thực hiện nghiệm pháp gắng sức, chứng tỏ tăng tính phản ứng đường thở, tuy nhiên xét nghiệm này không được khuyến cáo thực hiện thường quy tại tuyến cơ sở.

Đo lưu lượng đỉnh: Bệnh nhân thường được yêu cầu theo dõi PEF sáng/chiều tại nhà trong vòng 2 tuần, chẩn đoán hen được gợi ý nếu độ biến thiên của PEF hàng ngày >10% ở người lớn hoặc >13% ở trẻ em.

2.4. Một số lưu ý

Thực tế, trong chăm sóc y tế ban đầu, có đến 25 - 35% bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản nhưng thực tế không mắc bệnh này. Nên khi tiếp cận thăm khám lâm sàng còn nghi ngờ chẩn đoán, nên tiến hành các xét nghiệm khách quan để xác nhận lại chẩn đoán.

Nếu đo thông khí phổi bình thường, có thể thực hiện lặp lại test hồi phục phế quản khi bệnh nhân có triệu chứng, hoặc sau khi ngừng thuốc giãn phế quản trong khoảng thời gian được khuyến cáo như sau:

- Ngừng SABA ≥4 giờ trước khi làm test.
- Ngừng ICS-LABA loại dùng 2 lần/ngày (ví dụ ICS-formoterol, ICS-salmeterol) ≥24 giờ trước khi làm test.
- Ngừng ICS-LABA loại dùng 1 lần/ngày (ví dụ ICS-vilanterol, ICS-indacaterol) ≥36 giờ trước khi làm test.
- Ngừng LAMA 36-48 giờ trước khi làm test.

Nên chuyển bệnh nhân tới tuyến chuyên khoa để thực hiện chẩn đoán đối với bệnh nhân vẫn không thể chẩn đoán rõ ràng sau khi thực hiện các khuyến cáo bước đầu; hoặc nghi ngờ các bệnh lý đồng mắc khác không thể làm chẩn đoán tại tuyến cơ sở.

Chụp X quang ngực thường cho kết quả bình thường trong bệnh nhân hen phế quản, mục đích chính là để loại trừ các bệnh lý khác như lao phổi, suy tim, dị vật đường thở,…

3. XỬ TRÍ CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP TÍNH Ở TUYẾN CƠ SỞ

Cơn hen phế quản cấp tính

Cơn hen phế quản cấp tính được dùng với các nhiều thuật ngữ như acute asthma, asthma exacerbation, asthma flare-up, asthma attack được sử dụng để mô tả sự nặng lên mang tính chất cấp tính/bán cấp của các triệu chứng khó thở, thở rít, nặng ngực, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khoẻ và đe doạ tử vong. Cơn hen phế quản cấp tính có thể xuất hiện trên bệnh nhân đã được chẩn đoán hen trước đó, cũng có thể là biểu hiện lần đầu.

Yếu tố khởi phát cơn hen cấp tính thường xuất phát từ bên ngoài, khá đa dạng, phụ thuộc từng cá thể, có thể do nhiễm virus đường hô hấp trên, tiếp xúc với các yếu tố dị nguyên như phấn hoa, khói bụi, thuốc - đồ ăn - thức uống mà bệnh nhân bị dị ứng,… và có liên quan chặt chẽ tới vấn đề tuân thủ điều trị kiểm soát hen. Hầu hết các trường hợp xuất hiện cơn hen cấp tính là tại nhà, ở cộng đồng, do đó vấn đề xử trí cơn hen cấp được khuyến cáo đưa vào kế hoạch hành động hen bằng

văn bản cho tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán hen. Tiếp cận thực hành chẩn đoán và xử trí hen phế quản tại tuyến cơ sở đóng vai trò vô cùng quan trọng.

Cần ghi nhận các yếu tố nguy cơ tử vong liên quan tới hen để quyết định chuyển sớm tới các cơ sở chăm sóc cấp cứu, như: tiền sử hen nguy hiểm tính mạng đã từng đặt nội khí quản/thông khí cơ học, nhập viện điều trị cấp cứu do hen trong năm vừa qua; bệnh đồng mắc (viêm phổi, đái tháo đường, rối loạn nhịp tim,…); không tuân thủ điều trị; lạm dụng quá mức SABA; không có bảng kế hoạch hành động hen.

Nguyên tắc xử trí cấp cứu cơn hen phế quản cấp tính

Nguyên tắc:

- Giãn cơ trơn phế quản tác dụng nhanh.
- Chống viêm toàn thân và tại chỗ.
- Bảo đảm oxy máu.

Xử trí theo mức độ nặng của cơn hen, nếu cơn hen nặng xử trí thuốc trước - thủ thuật sau, nếu hen kịch phát tiến hành thủ thuật trước - xử trí thuốc sau.

Theo dõi chặt chẽ tình trạng đáp ứng.

3.1. Giãn cơ trơn phế quản tác dụng nhanh

Ưu tiên thuốc giãn cơ trơn phế quản nhóm chủ vận beta 2 tác dụng nhanh (SABA - short acting beta 2 agonist), sử dụng đường tại chỗ (khí dung/bình hít bột khô/bình xịt định liều + buồng đệm).

Trường hợp hen nhẹ hoặc trung bình:

Salbutamol 4-10 nhát xịt bằng bình xịt định liều kết hợp buồng đệm, lặp lại mỗi 20 phút nếu cần; đánh giá lại sau giờ đầu tiên, nếu đáp ứng tốt có thể ngừng SABA, nếu triệu chứng tồn tại hoặc xuất hiện lại, liều SABA được chỉ định tiếp 4-10 nhát mỗi 3-4 giờ cho tới 6-10 nhát xịt mỗi 1-2 giờ, hoặc hơn.

Hoặc khí dung salbutamol 2,5-5 mg/lần, lặp lại mỗi 20 phút trong giờ đầu. Sau đó là 2,5-10 mg/mỗi giờ trong 4 giờ. Nếu triệu chứng không giảm sau 4 lần dùng (giờ đầu), cần chuyển bệnh nhân đi cấp cứu ngay vì có thể là dấu hiệu của cơn hen nặng. Trong thời gian chờ vận chuyển, vẫn xử trí bổ sung các thuốc theo khuyến cáo.

***Trường hợp hen nặng*:**

Nên phối hợp thêm thuốc giãn cơ trơn phế quản tác dụng nhanh nhóm kháng cholinergic (SAMA - short acting muscarinic antagonist) (ipratropium). Liều ipratropium mỗi lần 500 mcg, cách nhau 20 phút trong giờ đầu, sau đó sử dụng theo nhu cầu đến 3 giờ. Ipratropium không nên được lựa chọn

là thuốc hàng đầu, đơn trị cho cơn hen cấp, mà nên phối hợp cùng salbutamol đặc biệt cho cơn hen nặng.

Chế phẩm kết hợp SABA + SAMA Combivent ống khí dung: ipratropium 0,5 mg và salbutamol 2,5 mg; Combivent respimat bình hít định liều: 20 mcg ipratropium và 100 mcg salbutamol.

3.2. Chống viêm toàn thân và tại chỗ

Nên chỉ định corticosteroid đường uống sớm ngay khi có chẩn đoán xác định cho cơn hen cấp mức độ trung bình đến nặng. Liều khuyến cáo:

Người lớn: prednisolon 1 mg/kg/ngày hoặc tương đương, tối đa 50 mg/ngày, mỗi sáng trong 5-7 ngày.

Trẻ em: prednisolon 1-2 mg/kg/ngày, tối đa 40 mg, mỗi sáng trong 3-5 ngày.

Có thể sử dụng đường tĩnh mạch với liều cao hơn đối với những bệnh nhân nặng, đe doạ tử vong: methylprednisolon 60-80 mg.

Với corticosteroid tại chỗ (ICS): Nên điều trị phối hợp chống viêm tại chỗ với ICS. Nếu bệnh nhân đã đang duy trì ICS và SABA khi cần theo GINA track 2 thì nên tăng liều duy trì của ICS hoặc sử dụng ICS-LABA trong 2-4 tuần tiếp theo. Nếu bệnh nhân chưa duy trì ICS thì nên khởi trị trong/sau đợt cấp bằng liệu pháp MART bước 4 (liều trung bình ICS-formoterol duy trì và cắt cơn).

3.3. Bảo đảm oxy máu

Mục tiêu SpO_2 với người lớn 93-95%. Cần theo dõi chặt chẽ độ bão hoà oxy, không nên duy trì cao hơn 96%, tránh nguy cơ tăng CO_2 máu.

Khi có các dấu hiện tụt giảm SpO_2 <90% dù đã thở oxy và dùng thuốc giãn phế quản cần chuyển lên tuyến trên ngay để có những biện pháp can thiệp bảo đảm oxy máu chuyên sâu hơn như thông khí nhân tạo (xâm nhập hoặc không xâm nhập).

3.4. Dấu hiệu cần chuyển tuyến cấp cứu

Rối loạn ý thức: lơ mơ, lú lẫn.

SpO_2 <90% dù đã thở oxy và dùng các thuốc giãn phế quản.

Khó thở mức độ nặng: bệnh nhân không thể nói thành câu, ngồi cúi người để thở, co kéo cơ hô hấp mạnh, tím tái, vã mồ hôi.

Đáp ứng kém với thuốc giãn phế quản sau 1 giờ xử trí đầu tiên.

3.5. Một số vấn đề khác

Adrenalin chỉ nên sử dụng trong cấp cứu những trường hợp hen nguy kịch, khi các thuốc giãn phế quản thông thường không hiệu quả. Liều tiêm dưới da hoặc tiêm bắp 0,3-0,5 mg, có thể nhắc lại sau 20-30 phút, nhưng không nên quá 3 liều.

Cân nhắc Magnesi sulfat đường tĩnh mạch (2g truyền tĩnh mạch trong 20 phút) tại các cơ sở chăm sóc cấp cứu nếu bệnh nhân đáp ứng không đầy đủ với điều trị ban đầu tích cực. Cơ chế chính là ức chế dòng canxi vào tế bào cơ trơn phế quản.

Thuốc giãn cơ trơn phế quản nhóm methylxanthine hiện nay không được khuyến cáo dùng thường quy trong cấp cứu cơn hen phế quản, vì hiệu quả giãn phế quản thấp, nguy cơ ngộ độc.

Thuốc kháng leukotriene; thở hỗn hợp khí heli-oxy (Heliox) qua mặt nạ hoặc máy thở không được khuyến cáo thường quy trong điều trị cơn hen phế quản cấp tính.

Kháng sinh chỉ được chỉ định khi có bằng chứng nhiễm khuẩn rõ, khi dùng cần khai thác kĩ tiền sử dị ứng thuốc, ưu tiên nhóm ít khả năng gây dị ứng.

4. QUẢN LÝ HEN PHẾ QUẢN Ở TUYẾN CƠ SỞ

Xác định lộ trình điều trị: Thực hiện theo khuyến cáo của GINA, ưu tiên lộ trình 1 (track 1), cụ thể:

- Thuốc cắt cơn: ICS-formoterol liều thấp khi cần.
- Dự phòng bậc 1-2: ICS-formoterol liều thấp khi cần (Liệu pháp AIR - Anti Inflammatory Reliever)
- Dự phòng bậc 3-5: ICS-formoterol liều thấp/trung bình/cao làm liều duy trì hàng ngày và dùng chính nó để cắt cơn (Liệu pháp MART - Maintenance and Reliever Therapy). Riêng với bậc 5, cân nhắc phối hợp LAMA, thuốc sinh học (anti IgE, anti IL5, anti IL4R) - ở tuyến chuyên khoa.

Có thể lựa chọn lộ trình điều trị 2 (Track 2) là lựa chọn thay thế, áp dụng nếu bệnh nhân tuân thủ tốt thuốc dự phòng hàng ngày hoặc không có điều kiện tiếp cận track 1, cụ thể:

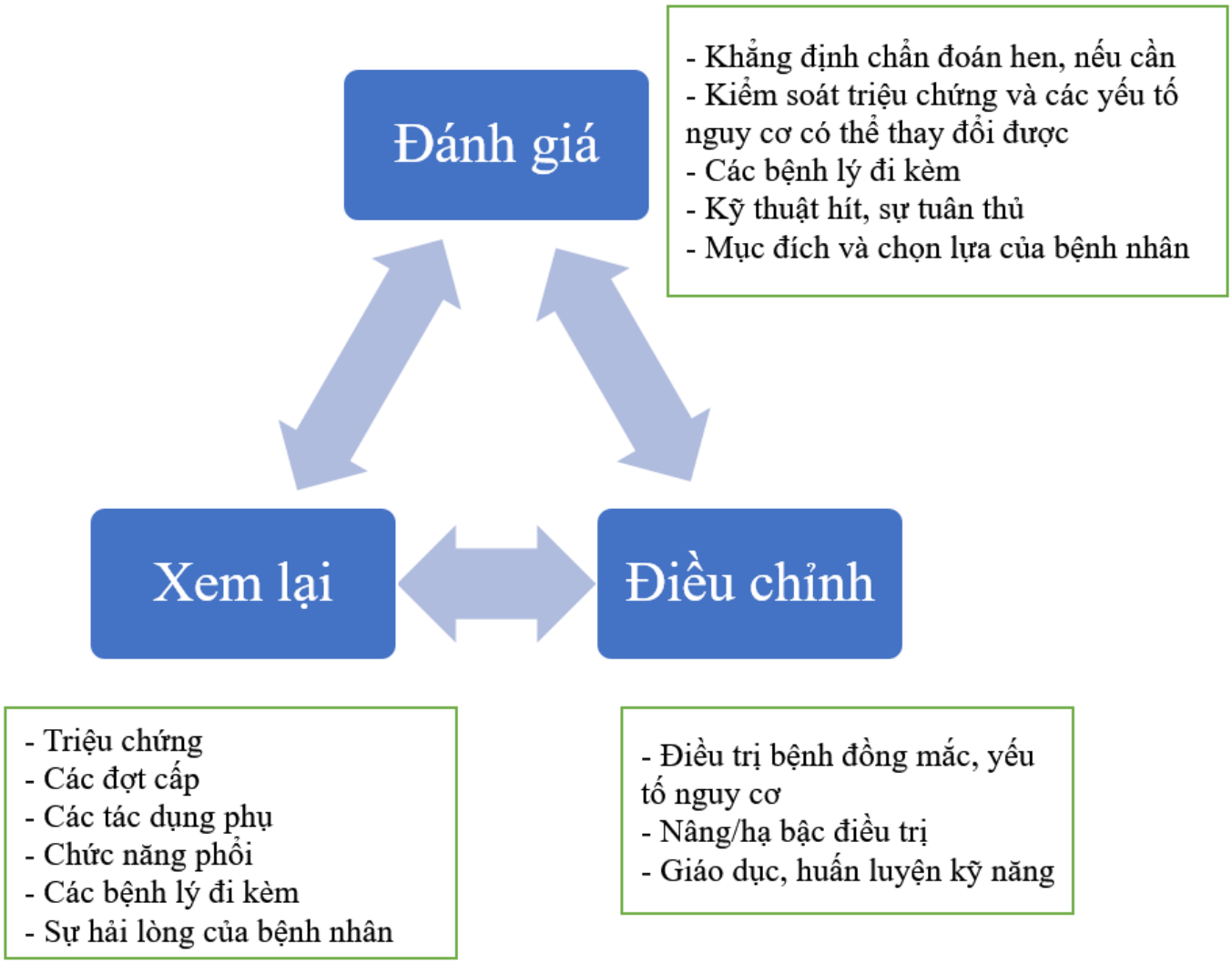
- Cắt cơn bằng SABA khi có triệu chứng.
- Dự phòng bằng ICS hàng ngày: bậc 1-2 ICS liều thấp duy trì và SABA khi cần; bậc 3 ICS-LABA liều thấp duy trì và SABA khi cần; bậc 4 ICS-LABA liều trung bình/cao duy trì và SABA khi cần; bậc 5 như track 1 - điều trị ở tuyến chuyên khoa.

Giáo dục bệnh nhân:

- Nhận diện yếu tố khởi phát: Tránh khói thuốc lá, bụi nhà, lông thú, phấn hoa, các yếu tố dị nguyên của từng cá thể.
- Cung cấp kế hoạch hành động hen bằng văn bản cho từng bệnh nhân hen.
- Tái khám định kỳ 1-3 tháng/lần để đánh giá mức độ kiểm soát hen và điều chỉnh thuốc (tăng/giảm bậc điều trị).

- Kiểm tra, tập huấn kỹ thuật sử dụng các dụng cụ hít.
- Kiểm tra và cải thiện tuân thủ điều trị.
- Giáo dục cả bệnh nhân và người nhà/người chăm sóc về bệnh hen.

Áp dụng chu kỳ quản lý hen (The management Cycle): Là một vòng tròn khép kín, bao gồm Đánh giá - Điều chỉnh điều trị - Xem lại đáp ứng.

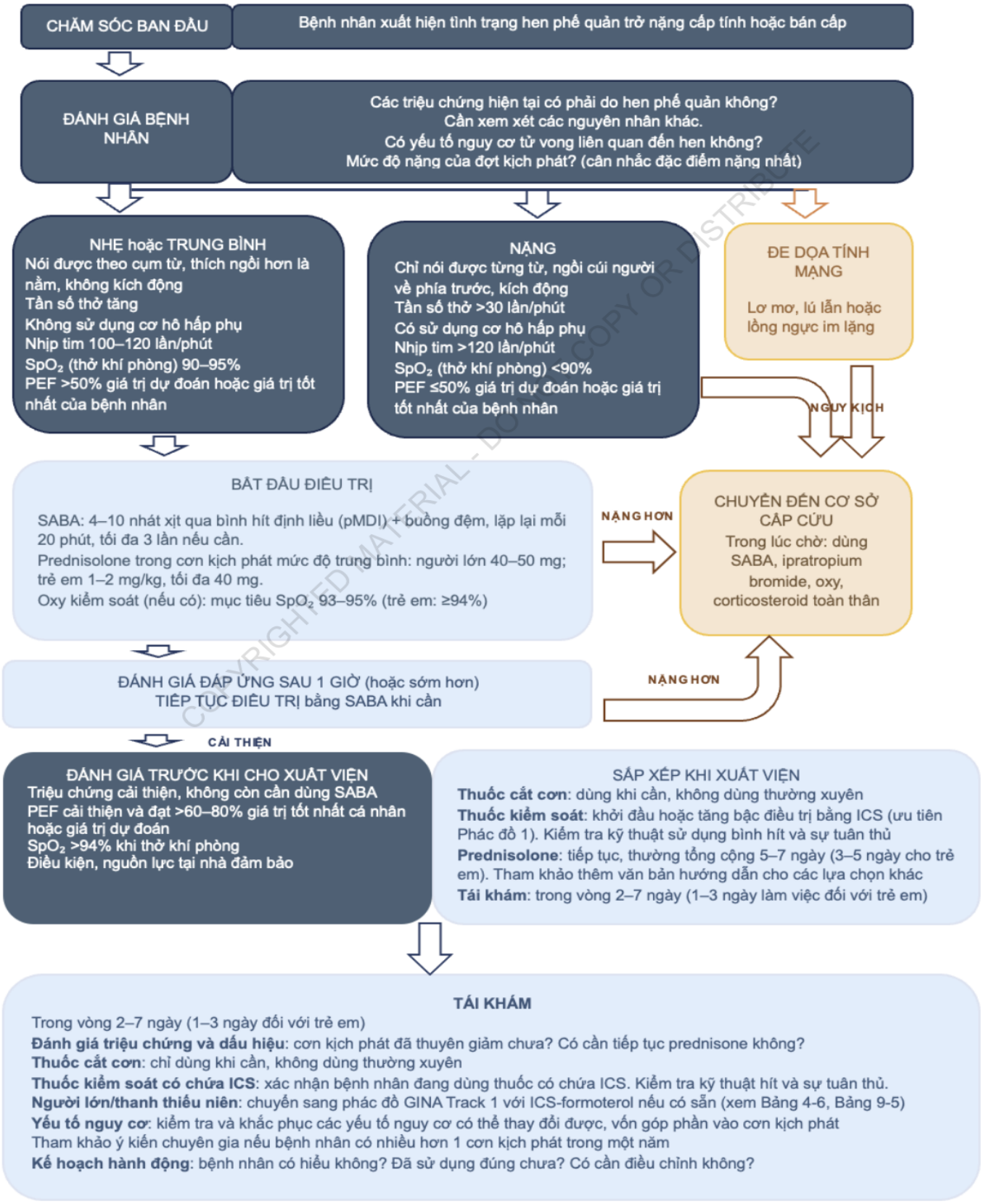


Bảng 1. Phân loại mức độ nặng của cơn hen phế quản

TRIỆU CHỨNG	NHẸ	TRUNG BÌNH	NẶNG	NGUY KỊCH
Khó thở	Khi đi lại Có thể nằm	Khi nói Xu hướng ngồi	Khi nghỉ Ngồi cúi người ra trước	
Nói	Cả câu	Cụm từ	Từng từ	
Ý thức	Có thể kích thích	Thường xuyên kích thích	Thường xuyên kích thích	Chậm chạp, lú lẫn
Tần số thở	Tăng	Tăng	Thường >30 lần/phút	Chậm/thở ngáp
Co rút cơ hô hấp phụ	Thường không	Thường có	Thường có	Di động ngực bụng nghịch thường
Thở rít	Trung bình, thường cuối thì thở ra	Ồn ào	Ồn ào thường xuyên	Không nghe thấy
Tần số mạch	<100	100 - 120	>120	Nhịp chậm
Mạch đảo*	Không có	10 - 25 mmHg	Thường >25 mmHg	Không có
PEF	>80%	60 - 80%	<60%	
PaO_2 (khí trời)	Bình thường	>60 mmHg	<60 mmHg	
$PaCO_2$ (khí trời)	<45 mmHg	<45 mmHg	>45 mmHg	
SpO_2 (khí trời)	>95%	90 - 95%	<90%	

* Mạch đảo (pulse paradoxus): là hiện tượng huyết áp tâm thu giảm một cách bất thường (>10 mmHg) trong khí hít vào.

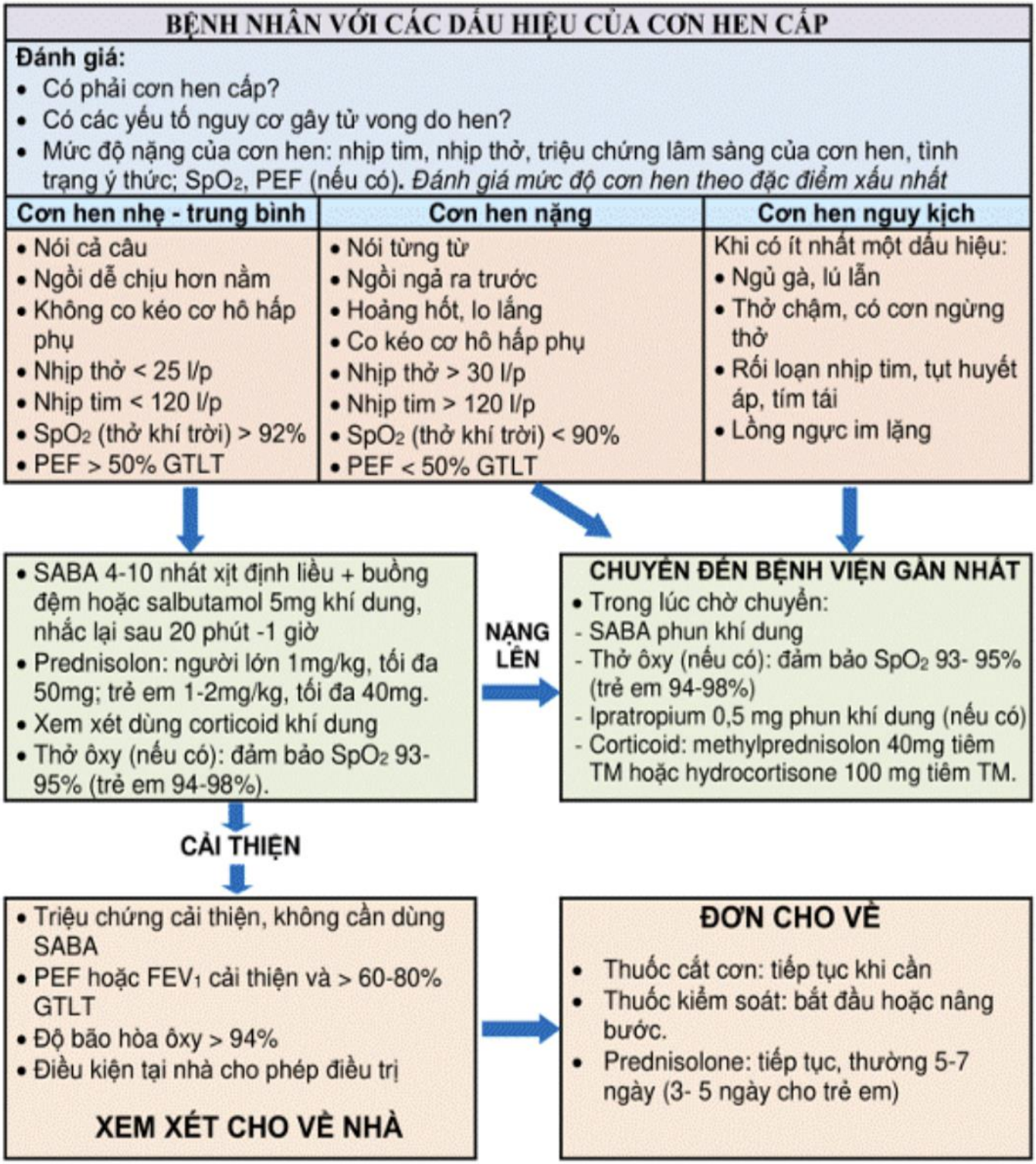
Bảng 2. Quản lý cơn hen kịch phát trong chăm sóc ban đầu
(Nguồn: Sổ tay hướng dẫn quản lý và dự phòng hen)



COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 3. Sơ đồ xử trí cơn hen cấp tại y tế cơ sở

(Nguồn: Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị hen phế quản ở người lớn và trẻ em ≥12 tuổi. Ban hành kèm Quyết định số 5850/QĐ-BYT ngày 24/12/2021)



Tài liệu tham khảo

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2025. GINA. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/11/GINA-2025-Update-25_11_08-WMS.pdf

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em ≥12 tuổi. Ban hành kèm Quyết định số 1851/QĐ-BYT ngày 24/4/2020.

3. Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị hen phế quản ở người lớn và trẻ em ≥12 tuổi. Ban hành kèm Quyết định số 5850/QĐ-BYT ngày 24/12/2021.

4. Asthma pathway (BTS, NICE, SIGN). NICE guideline. Published: 27 November 2024. www.nice.org.uk/guidance/ng244

5. Katherine N Cahill (2026). Acute exacerbation of asthma in adults: Emergency department and inpatient management. https://www.uptodate.com/contents/acute-exacerbations-of-asthma-in-adults-emergency-department-and-inpatient-management?search=asthma%20exacerbation&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1