

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN HO KÉO DÀI Ở NGƯỜI LỚN

*Hồ Thanh Nhân**

LỜI MỞ ĐẦU

Ho kéo dài là triệu chứng rất thường gặp, do rất nhiều nguyên nhân. Có khá nhiều hướng dẫn (guidelines) về chẩn đoán và điều trị đã nói lên tầm quan trọng và phức tạp của ho kéo dài. Thực tế khi đọc các guidelines cần diễn giải thêm những chỗ vắn tắt, cần làm rõ ràng những chỗ rối rắm khó hiểu, cần bổ sung những chỗ còn thiếu, cần so sánh những khác biệt giữa các guidelines... Trọng tâm của bài này là chọn lọc những thông tin quan trọng nhất, tổng hợp lại thành tài liệu ngắn gọn, dễ hiểu, kèm theo algorithm để dùng cho những thầy thuốc bận rộn.

ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI^{1,4,6}

Ho ở người lớn (> 15 tuổi) được xếp làm 3 giai đoạn và trong mỗi giai đoạn có riêng những nguyên nhân thường gặp.

- Ho cấp tính: < 3 tuần, chủ yếu nhất là do nhiễm trùng đường hô hấp cấp, kể đến là cơn kịch phát của các bệnh hô hấp mạn tính, viêm phổi, thuyên tắc phổi.

- Ho mạn tính: > 8 tuần, chủ yếu nhất là nhóm 3 nguyên nhân (riêng lẻ hoặc kết hợp nhiều nguyên nhân cùng lúc):

- Hội chứng ho do đường thở trên
- Hen, Hen biến thể ho
- Hội chứng trào ngược dạ dày-thực quản

Ho bán cấp: 3-8 tuần, nguyên nhân chủ yếu nhất giống như ho mạn tính nhưng có thêm hội chứng ho sau nhiễm trùng.

NGUYÊN NHÂN^{1,4,6}

- Thường gặp:

- Hội chứng ho do đường thở trên
- Hen, Hen biến thể ho
- Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản
- Ho sau nhiễm trùng, chỉ có ở nhóm bán cấp
- Thuốc ức chế men chuyển angiotensin
- Hút thuốc hoặc các chất gây kích ứng hô hấp

Ít gặp:

- Viêm phế quản mạn
- Viêm phế quản ái toan không hen
- Ung thư phổi
- Ngoại vật đường thở
- Bệnh phổi mô kẽ
- Nhiễm trùng phổi bị che khuất
- Suy tim bị che khuất
- Hít sặc bị che khuất
- Sarcoidosis
- Hen nghề nghiệp
- Polyps mũi
- Dẫn phế quản
- Lao phổi
- Các rối loạn hoặc dị tật bẩm sinh của ống tai ngoài, họng, thanh quản, cơ hoành, màng phổi, màng ngoài tim, thực quản, dạ dày hoặc tuyến giáp
- Do tâm lý hoặc thói quen

Hội chứng ho do đường thở trên:^{1,4,6} từ năm 2006 các guidelines (hướng dẫn) dùng tên này thay cho thuật ngữ hội chứng nhỏ giọt mũi sau bao hàm tất cả các bệnh lý đường thở trên gây ho. Là nguyên nhân thường gặp nhất của ho kéo dài. Gồm các loại viêm mũi (dị ứng, không dị ứng, vận mạch...) và viêm xoang. Chất tiết ở đường thở trên kích thích các thụ thể ho trong niêm mạc thanh quản. Bệnh nhân (BN) thường chảy mũi khịt khạc, cảm giác chất dịch nhỏ giọt vào thành sau của họng, tăng hắng. Manh mỗi khi khám lâm sàng là hình đá cuội (cobblestone) và chất tiết ở vùng tị hầu (nasopharynx), khẩu hầu (oropharynx). Vì các dấu hiệu và triệu chứng không đặc hiệu nên cuối cùng là dựa vào sự đáp ứng điều trị để củng cố chẩn đoán. Một số ít có thể thăm lặn nên nếu không có triệu chứng cũng không loại trừ. X quang có thể thấy dày niêm mạc (mucosal thickening) nhưng không đặc hiệu, nói chung không chỉ định làm trừ khi thất bại điều trị theo kinh nghiệm với viêm xoang mạn.

Hen: là nguyên nhân thứ nhì ở người lớn và hàng đầu ở trẻ em.^{1,4,6} Thường kèm theo cơn khò

*BS, Ủy viên Ban chấp hành Hội Hô Hấp TP.HCM. email: nhanthanho@gmail.com

khè và khó thở; tuy nhiên, có thể chỉ có ho thôi được gọi là hen biến thể ho. Một số hen biến thể ho lại có thể tiến triển kèm theo cơn khò khè và khó thở, trở thành hen điển hình. Test tăng mẫn cảm đường thở giúp phân biệt với viêm phế quản ái toan không hen.

Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản: (GERD-Gastroesophageal reflux disease) là nguyên nhân thứ ba hoặc thứ nhì.^{1,4,6} Nhiều BN than nóng rát vùng tim, ợ chua nhưng nhiều nghiên cứu thấy > 40% ca ho do trào ngược lại không có các triệu chứng này. X quang gợi ý sự trào ngược khi có bất thường của nuốt bari-um nhưng đa phần là âm tính giả và nhiều BN có trào ngược nhưng không ho. Monitoring pH thực quản 24h là cách chẩn đoán tốt nhất với độ nhạy >90%. GERD có thể góp phần vào các triệu chứng hen. GERD có thể là biến chứng của ho chứ không phải là nguyên nhân.

Trào ngược thanh hầu (Laryngopharyngeal reflux): trào ngược dịch vị dẫn đến các triệu chứng của thanh quản/hạ họng (larynx/hypopharynx).^{4,6} Chỉ 35% ca có nóng rát vùng tim. Triệu chứng điển hình gồm khàn giọng, ho kéo dài, hơi khó nuốt và tăng hắng không đàm. Soi thanh quản trực tiếp cho thấy: phù nề, arytenoid erythema vùng họng-thanh quản giúp chẩn đoán ho do trào ngược. Điều trị và theo dõi giống như GERD.

Ho sau nhiễm trùng:^{1,4,6} ho sau nhiễm siêu vi hoặc các loại nhiễm trùng đường hô hấp trên khác. Hầu hết chỉ hiện diện trong giai đoạn bán cấp.

Ho do thuốc ức chế men chuyển angiotensin:^{1,4,6} Tỷ lệ 5-20% khi dùng thuốc ACEI (angiotensin converting enzyme inhibitor). Thường bắt đầu ho sau 1 tuần dùng thuốc nhưng có thể trễ đến 6 tháng mới có ho. Thường ho khan, ngứa họng. Khi ngưng thuốc sẽ hết triệu chứng trong vòng 4 ngày nhưng có thể kéo dài đến 4 tuần. Khi dùng lại sẽ tái ho dù là ACEI khác. Thường bị ở nữ hơn nam, và dòng dõi Trung Hoa. Thay bằng angiotensin II receptor antagonists hoặc thuốc thích hợp khác.

Viêm phế quản mạn:^{1,4,6} ho đàm > 3 tháng và liên tục > 2 năm. Hầu hết là người hút thuốc, ngoại trừ số ít do tiếp xúc lâu dài với khói, bụi độc hại. Đàm thường trong, trắng; nếu nhầy mủ thường do nhiễm trùng đường hô hấp trên hoặc dưới.

Dãn phế quản: là hậu quả của viêm đường thở nghiêm trọng, nhiều lần, hoặc kéo dài.^{1,4,6} Vài nghiên cứu thấy tỷ lệ 4% ho mạn tính. Hầu hết khách đàm nhầy mủ, nghe ran ngáy, ran nổ hoặc khò khè.

HR-CT ngực là phương pháp chẩn đoán tốt nhất, có độ nhạy và đặc hiệu cao hơn nhiều so với X quang ngực.

Lao phổi:^{1,4,6} ho, sụt cân, mệt mỏi, sốt về chiều, ra mồ hôi đêm, đau ngực và khó thở. Chẩn đoán: X quang ngực, xét nghiệm đàm soi trực tiếp, cấy, PCR

Ung thư phổi:^{1,4,6} Vài nghiên cứu thấy tỷ lệ < 2% ho mạn tính. Hầu hết khi có ho là do khối u ở đường thở lớn trung tâm (nơi có nhiều thụ thể ho). Có thể nghe giảm rì rào phế nang hoặc khò khè khu trú ở một vùng ngực. Ung thư di căn đến phổi cũng có thể ho nhưng thường kèm theo khó thở. Cần chú ý xem xét ở BN hút thuốc, ho ra máu.

Viêm phế quản ái toan không hen:^{1,4,6} được nghĩ đến khi ho khan và không có yếu tố nguy cơ của các nguyên nhân kể trên. Xét nghiệm đàm có bạch cầu ái toan nhưng không tăng mẫn cảm đường thở. Mặc dù sinh thiết niêm mạc phế quản cần cho chẩn đoán xác định nhưng trị thử với ICS có đáp ứng tốt thì không làm sinh thiết. Bạch cầu ái toan ở đường thở, dày lớp màng đáy giống như hen nhưng khác là không thâm nhiễm dưỡng bào (mast cell infiltration), điều này có thể giải thích sự khác biệt trong phản ứng đường thở. Diễn tiến tự nhiên là bất định. Nghiên cứu đoàn hệ sau một năm trên 367 BN viêm phế quản ái toan với chức năng phổi bình thường: 55% vẫn còn triệu chứng như vậy, 32% hết triệu chứng, 13% phát triển thành hen. Những BN bị Viêm phế quản ái toan tái đi tái lại thì tăng nguy cơ thành hen.

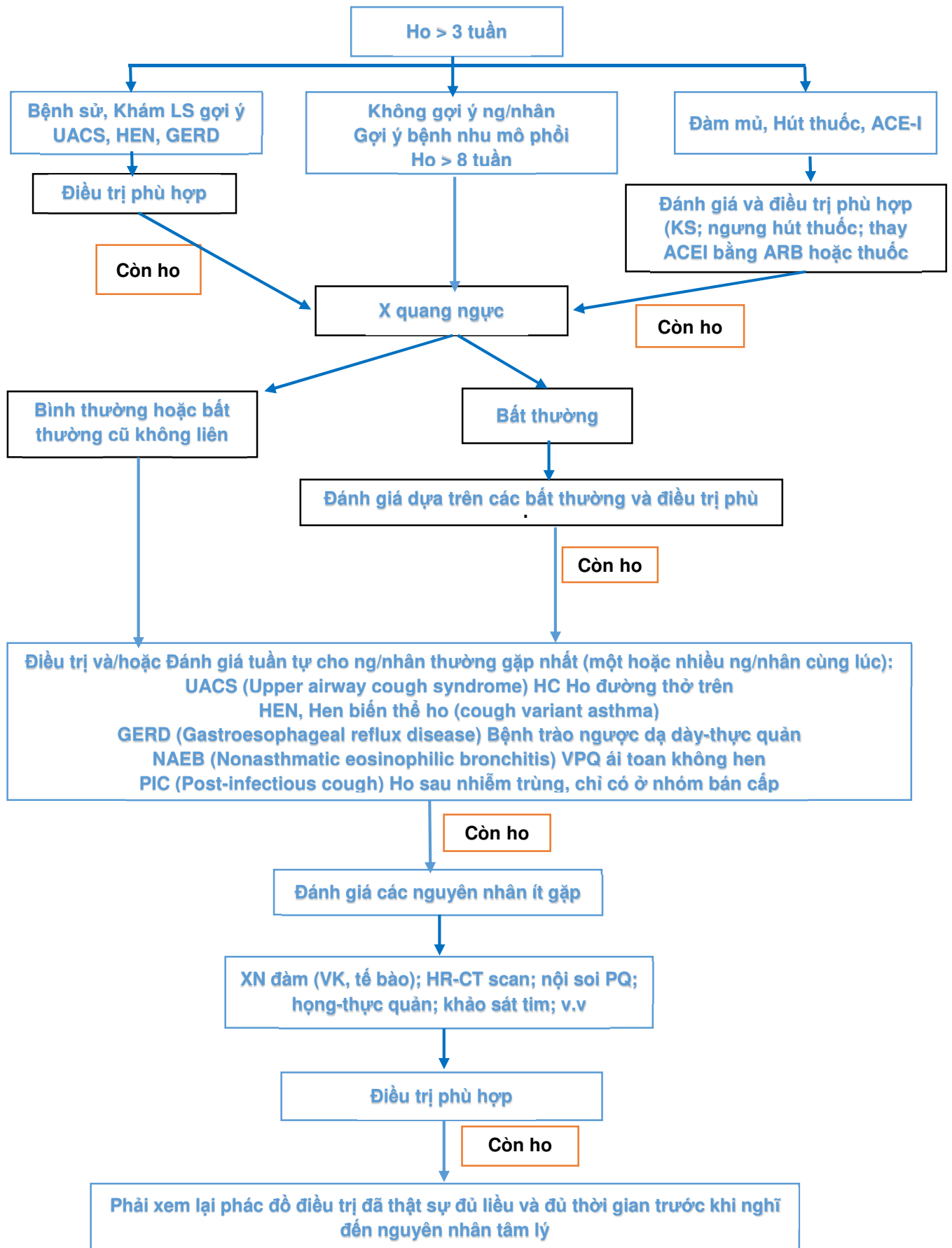
LƯU Ý:

- Ho kéo dài có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân cùng lúc.
- Một số nguyên nhân có thể chồng chéo với nhau
- Khi ho dữ dội có thể gây biến chứng trào ngược dạ dày-thực quản, khàn tiếng do tổn thương thanh quản. Cần phân biệt GERD là nguyên nhân hay hậu quả.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

Xem algorithm đính kèm.^{1,3,6,7}

Algorithm này nhấn mạnh sự tiếp cận tuần tự các đánh giá chẩn đoán đơn giản và trị thử theo kinh nghiệm nếu không có manh mối nguyên nhân nào. Khi chẩn đoán không rõ ràng và trị thử theo kinh nghiệm không thành công thì tiến hành các phương pháp chẩn đoán sâu, rộng hơn.



Algorithm này nhấn mạnh sự tiếp cận tuần tự các đánh giá chẩn đoán đơn giản và trị thử theo kinh nghiệm nếu không có manh mối nguyên nhân nào. Khi chẩn đoán không rõ ràng và trị thử theo kinh nghiệm không thành công thì tiến hành các phương pháp chẩn đoán sâu, rộng hơn.

Bệnh sử thường cung cấp những manh mối quan trọng ban đầu. Tất cả BN nên được hỏi có dùng thuốc ACEI, hút thuốc, nhiễm trùng đường hô hấp trên lúc khởi đầu. Hỏi đặc điểm cơn ho: khan, đờm, mủ... Hỏi những triệu chứng gợi ý và khám lâm sàng, đặc biệt chú ý đến các nguyên nhân thường gặp. Khi không có manh mối nào thì làm X quang ngực.^{1,3,6,7} Guideline BTS 2006 thì bắt buộc làm X quang ngực và đo phế dung ký ngay từ đầu.²

Nếu X quang ngực bình thường, hoặc bất thường cũ không liên can, không dùng thuốc ACEI, không gợi ý nguyên nhân nào thì khởi đầu trị thử hội chứng ho do đường thở trên (UACS) vì là đây nguyên nhân thường gặp nhất bằng antihistamine thế hệ thứ nhất kết hợp thuốc chống nghẹt mũi. Cách điều trị này có tác dụng trên các loại viêm mũi (dị ứng, không dị ứng, vận mạch...). Nếu BN chỉ giảm một phần thì cân nhắc thêm thuốc xịt mũi phù hợp như glucocorticoid, anticholinergic, antihistamine.

Kháng histamin (Antihistamine) thế hệ thứ nhất giảm ho tốt hơn antihistamine thế hệ mới do tác dụng anticholinergic mạnh hơn nhưng tác dụng phụ buồn ngủ nhiều hơn.

Nếu UACS nhiều khả năng do dị ứng (ngứa mũi, hắt mũi, cơ địa hoặc gia đình dị ứng...), nên trị đặc hiệu bằng corticoid xịt trong mũi (INGC), hiệu quả giảm ho trong vài ngày đầu nhưng có thể đến 2 tuần mới đạt hiệu quả tối đa. Nếu đáp ứng thì trị tiếp khoảng 3 tháng. Nếu ho trầm trọng thì điều trị thêm gồm antihistamines thế hệ mới dạng uống hoặc xịt mũi, chống nghẹt mũi uống, LTRA uống.

Nếu UACS nghi do không dị ứng (triệu chứng nổi bật là chỉ nghẹt mũi và nhỏ giọt mũi sau) mà không thể dùng antihistamine thế hệ thứ nhất thì tùy chọn các loại xịt mũi như azelastine, INGC, ipratropium bromide.^{1,4,7}

Không cải thiện sau 2 tuần trị thử UACS là bằng chứng UACS không phải nguyên nhân ho. Tuy nhiên nếu có triệu chứng hoặc dấu hiệu ở mũi, nên làm CT scan xoang trước khi loại trừ hoàn toàn

UACS. Khi X quang hoặc CT scan thấy viêm xoang thì điều trị đặc hiệu cho viêm xoang.^{1,4,6,7}

Tiếp theo nên đo phế dung ký trước và sau khi hít thuốc dẫn phế quản.^{1,4,6} Nếu không gợi ý sự tắc nghẽn lưu lượng khí có hồi phục thì cân nhắc làm kích thích methacholine.^{1,2,4,6} Nếu sự tắc nghẽn lưu lượng khí có hồi phục hoặc kích thích methacholine dương tính, nên trị hen bằng corticoids hít (ICS) và thuốc dẫn phế quản khi cần.^{1,2,4,7} Tuy nhiên, một nghiên cứu thấy đo phế dung ký (Spirometry) có dương tính giả là 33%, kích thích methacholine dương tính giả 22%.⁶ Do đó cách tốt nhất để xác định ho do hen là chứng minh sự cải thiện bằng điều trị đặc hiệu hen (ICS 2-4 tuần). Nếu BN ho quá, uống prednisone 1- 2 tuần thường đạt kết quả rất tốt. Ngay khi ho được cải thiện thì chuyển sang ICS để điều trị duy trì. Đối kháng thụ thể Leukotriene (LTRA) là sự thay thế hữu hiệu khi không thể dùng ICS.^{1,2,4,7}

Nếu đo phế dung ký và kích thích methacholine âm tính thì xét nghiệm đàm tìm bạch cầu ái toan cho chẩn đoán viêm phế quản ái toan không hen.^{1,2,4,6} Điều trị bằng ICS nhưng liều lượng và thời gian tối ưu chưa được xác định.^{1,2,4,7} Một nghiên cứu dùng budesonide 400mcg/ngày trong 4 tuần thấy giảm ho và giảm bạch cầu ái toan trong đàm rõ rệt.⁷

Khi không thể làm 2 thăm dò trên, có thể trị thử bằng ICS, xem đáp ứng điều trị để hướng đến chẩn đoán hen và viêm phế quản ái toan không hen.^{6,7}

Nếu vẫn còn ho, nên trị thử GERD bằng PPI kết hợp với thay đổi cách ăn uống và sinh hoạt thích hợp:

- Omeprazole 40mg 1 lần buổi sáng uống trước khi ăn 30-60 phút trong 8 tuần.^{1,2,4,7}
- Tránh các thực phẩm gây trào ngược như mỡ béo, chocolate, thức uống có cồn.
- Tránh các thức uống nhiều acid như nước cam, vang đỏ, cola.
- Bữa ăn cách 2-3 giờ trước khi nằm.
- Giảm cân khi dư cân, ngưng hút thuốc, kê đầu giường cao thêm 10 cm.

Đáp ứng điều trị hiện diện sau 2- 4 tuần đối với BN có triệu chứng điển hình. Với BN “thâm lặng”, đáp ứng bắt đầu sau 1 tháng nhưng có thể cần 3-6 tháng mới đạt kết quả tối đa. Nếu sau 4-8 tuần không cải thiện, cần làm Monitoring pH thực quản 24h.^{1,2,4,7}

Riêng ở giai đoạn bán cấp (3-8 tuần), ho sau nhiễm trùng cũng là nguyên nhân thường gặp, thường do nhiễm siêu vi. Sau nhiễm trùng hô hấp trên, nếu ho kéo dài với bệnh cảnh như UACS thì trị như UACS không dị ứng bằng antihistamine thế hệ thứ nhất.^{1,7} Nếu không có bệnh cảnh như UACS mà test kích thích methacholine dương thì trị như hen biến thể ho.^{1,7} Test kích thích methacholine âm tính thì trị bằng inhaled ipratropium bromide.^{1,7}

Nếu vẫn còn ho, làm các khảo sát chẩn đoán sâu rộng hơn để tìm các nguyên nhân khác.

Dấu hiệu và triệu chứng báo động bệnh nặng:⁵

- Ho ra máu
- Hút thuốc > 20 gói-năm
- Khó thở nổi bật, đặc biệt khi nằm hoặc về đêm
- Khàn tiếng
- Triệu chứng toàn thân: sốt, sụt cân
- GERD kèm biến chứng: thiếu máu, sụt cân,
- Xuất huyết tiêu hóa
- Nuốt nghẹn hoặc ói
- Viêm phổi tái đi tái lại

Tóm lại, UACS, HEN, GERD là 3 nguyên nhân thường gặp nhất (riêng lẻ hoặc kết hợp 2-3 nguyên nhân cùng lúc), chiếm khoảng 80% số ca ho kéo dài (bán cấp và mạn), 90% số ca ho mạn tính. Nếu BN không hút thuốc, không dùng ACEI và X quang ngực bình thường, hoặc bất thường cũ không liên can thì tỉ lệ lên đến 99.4%. Ho sau nhiễm trùng cũng là nguyên nhân thường gặp riêng của ho bán cấp, không có ở ho mạn tính.

Kết hợp hỏi bệnh sử kỹ lưỡng, khám lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán và thử trị theo kinh

NGHIỆM. Điều trị thất bại hầu hết do không đánh giá đúng nguyên nhân, trị không đủ liều hoặc chưa đủ thời gian. Một số ít vẫn còn ho, bất chấp đã làm hết mọi cách.

CÁC CHỮ VIẾT TẮT:

ACEI = angiotensin converting enzyme inhibitors: Thuốc ức chế men chuyển angiotensin

ARB = angiotensin receptor blockers: Thuốc chặn thụ thể angiotensin

CVA = cough variant asthma: Hen biến thể ho

GERD = gastroesophageal reflux disease: Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản

H2RA = H2-receptor antagonists: đối kháng thụ thể H2

HR-CT = high resolution computed tomography: chụp cắt lớp độ phân giải cao

ICS = inhaled corticosteroid: corticoids hít

INGC = intranasal glucocorticoids: corticoids xịt trong mũi

LTRA = Leukotriene receptor antagonists: đối kháng thụ thể Leukotriene

NAEB = nonasthmatic eosinophilic bronchitis: Viêm phế quản ái toan không hen

PIC = post-infectious cough: Ho sau nhiễm trùng

PNDS = postnasal drip syndrome: hội chứng nhỏ giọt mũi sau

PPI = Proton Pump Inhibitor: Thuốc ức chế bơm proton

UACS = upper airway cough syndrome: Hội chứng ho do đường thở trên

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. CHEST 2006 - ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines - Diagnosis and Management of Cough.
2. BTS Guidelines 2006 - Recommendations for the management of cough in adults.
3. Chronic Respiratory Disease 2007; 4: 215-223 - Common causes and current guidelines.
4. NGC (National Guideline Clearinghouse) 2009 Cough. In: Pulmonary (acute & chronic) p. 28-43.
5. Australian Cough Guidelines 2010 - CICADA: Cough in Children and Adults: Diagnosis and Assessment MJA 2010; 192: 265-271.
6. UpToDate 2013 - Evaluation of subacute and chronic cough in adults.
7. UpToDate 2013 - Treatment of subacute and chronic cough in adults