

# Quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) trong cộng đồng dựa trên GOLD

## Định nghĩa

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính - COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là một bệnh ngừa được và điều trị được với một số hậu quả ngoài phổi có thể góp phần vào độ nặng của từng bệnh nhân.

Tại phổi có đặc trưng là sự tắc nghẽn luồng khí không thể hồi phục hoàn toàn. Sự tắc nghẽn luồng khí thường là tiến triển và có liên quan đến phản ứng viêm bất thường của phổi đối với hạt hay khí độc.

## Mức độ nghiêm trọng của COPD

COPD là nguyên nhân gây tử vong thứ tư trên toàn cầu

Xếp theo gánh nặng bệnh tật thì COPD xếp vào hàng thứ 6 năm 1990 sẽ lên thứ 3 năm 2020

COPD dẫn đầu về tổn hại, tử vong trên toàn cầu và vẫn gia tăng.

## Các yếu tố gây bệnh COPD

COPD tỉ lệ với mức độ hút thuốc lá

Các chất đốt sinh khối, bụi và hóa chất nơi làm việc.

## Bệnh sinh COPD

Viêm trong COPD là một phản ứng viêm bị khuếch đại, chưa rõ cơ chế, nhưng có thể là do di truyền.

Tình trạng viêm này chủ yếu là do bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào và tế bào lympho CD8, bị khuếch đại hơn nữa do stress Oxy hóa và tăng proteinases ở phổi.

Kết quả là bệnh nhân bị tắc nghẽn đường thở, gây bẫy khí, căng phồng phổi, vách phế nang bị tiêu hủy gây khí phế thũng.

Ngoài ra do tăng các chất trung gian gây viêm, TNF $\alpha$ , IL6, các gốc oxy hóa tự do, C-reactive protein, bệnh nhân COPD còn nhiều bệnh lý đi kèm: giảm cân, rối loạn chức năng cơ xương, loãng xương, gãy xương, suy tim mạn tính, nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực, thiếu máu, ung thư phổi, nhiễm trùng hô hấp, tiểu đường, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ và glaucoma.

Vì vậy GOLD yêu cầu các BS phải nhận biết các bệnh lý đi kèm ở bệnh nhân COPD.

### Chẩn đoán COPD

Hô hấp ký là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán COPD

Phải làm với thuốc giãn phế quản. Hình ảnh lõm vào đặc trưng của COPD trên đường cong lưu lượng thể tích của hô hấp ký, đi kèm với hội chứng tắc nghẽn, không phục hồi hoàn toàn với thuốc giãn phế quản giúp chẩn đoán COPD khá chính xác.

Khám lâm sàng ít giúp ích

Hình ảnh học: muộn

Phim phổi

Chỉ giúp chẩn đoán COPD nếu có các túi khí rõ ràng

Giúp chẩn đoán loại trừ các bệnh khác

- Xác định các bệnh đi kèm (vd suy tim)
- Dấu hiệu COPD :
  - o Căng phình phổi: vòm hoành dẹt, tăng khoảng khí sau xương ức
  - o Phổi quá sáng
  - o Các mạch máu giảm nhanh

CT: không thường dùng.

HRCT giúp khi cần chẩn đoán phân biệt

CT cần khi quyết định cắt phổi dựa trên sự phân phối của khí phế thũng

### Chẩn đoán phân biệt

**Bảng Error! No text of specified style in document.-1**

<b>Chẩn đoán</b>	<b>Gợi ý</b>
COPD	Bắt đầu tuổi trung niên, triệu chứng tiến triển từ từ Hút thuốc lá lâu năm - Khó thở khi vận động Nghẽn tắc luồng khí không hồi phục hoàn toàn
Hen	Bắt đầu sớm. Triệu chứng thay đổi mỗi ngày Triệu chứng về đêm hoặc sáng sớm Cơ địa dị ứng, viêm mũi, hay chàm

	<p>Tiền sử gia đình bị hen suyễn</p> <p>Nghẽn tắc luồng khí có hồi phục</p>
Suy tim sung huyết	<p>Ran ẩm đáy phổi, giãn tim, phù phổi trên X-quang</p> <p>Hội chứng hạn chế, không h/c nghẽn tắc</p>
Giãn phế quản	<p>Đàn đặc, nhiều, thường kèm nhiễm trùng</p> <p>X-quang/CT thấy giãn PQ, dày vách PQ</p>
Lao	<p>Mọi lứa tuổi - X-quang cho thấy có thâm nhiễm</p> <p>Xét nghiệm vi sinh xác nhận lao</p> <p>Khu vực có lưu hành độ lao cao</p>
Viêm tiểu phế quản hít tắ	<p>Bắt đầu khi trẻ, không hút thuốc</p> <p>Có thể có bệnh sử viêm khớp mãn, phơi nhiễm với hơi ...</p> <p>Hình CT thì thở ra thấy những vùng mật độ thấp</p>
Viêm tiểu phế quản lan tỏa	<p>Hầu hết là bn nam, không hút thuốc, bị viêm xoang</p> <p>X-quang phổi và HRCT cho thấy khuếch tán các nốt mờ nhỏ giữa thùy và tình trạng căng phình phổi</p>
<p>Các biểu hiện trên không phải luôn có trong mọi trường hợp</p>	

Test series date/time: 07/10/2008 07:51 AM

ID:

Pre vs. Post FVC & SVC Report

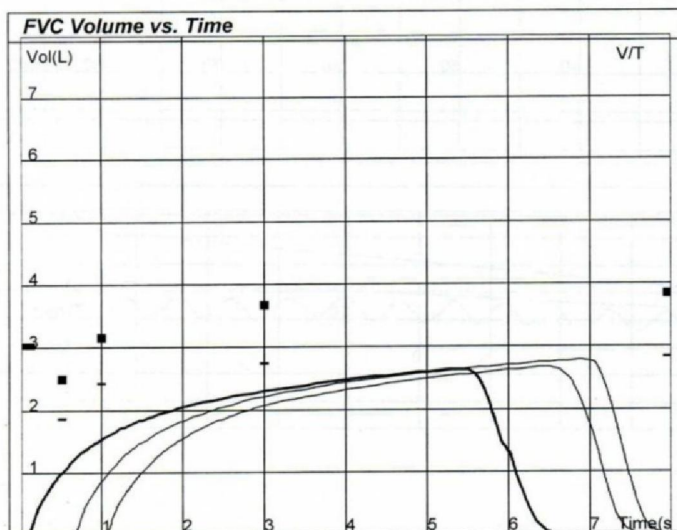
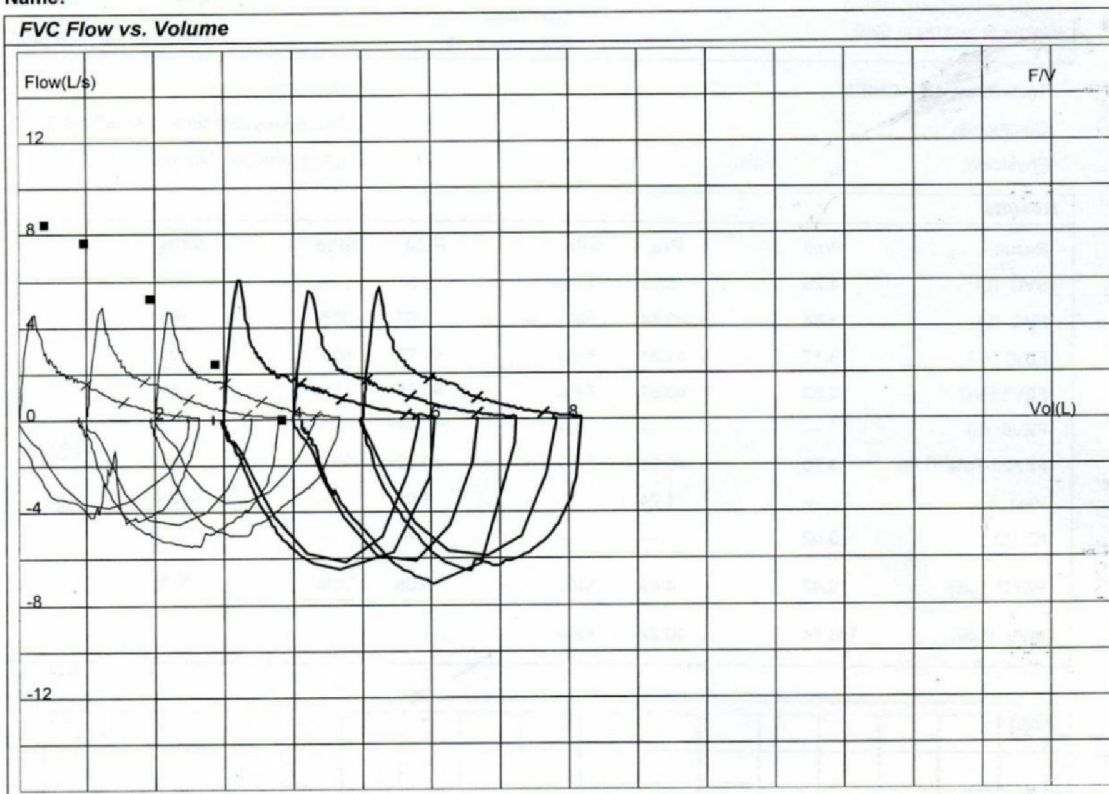
BENH VIEN DAI HOC Y DUOC  
TRUNG TAM CHAM SOC HO HAP

Sex: Male

Age at test: 46

Page 2 of 2

Name:



Hinh Error! No text of specified style in document.-1

## Mục tiêu điều trị COPD

- Giảm nhẹ triệu chứng
- Ngăn ngừa tiến triển của bệnh
- Tăng khả năng vận động
- Tăng sức khỏe
- Ngăn ngừa và điều trị biến chứng
- Ngăn ngừa và điều trị đợt kịch phát
- Giảm tử vong

Với tác dụng phụ của thuốc thấp nhất

## Phân giai đoạn nặng của COPD

Bảng Error! No text of specified style in document.-2

<b>Phân giai đoạn nặng của COPD theo Hồ hấp ký</b>	
<b>Giai đoạn</b>	<b>Đặc điểm (FEV1/FVC &lt; 70%)</b>
I. Nhẹ	FEV1 > 80% giá trị dự đoán
II. Trung bình	50% < FEV1 < 80% giá trị dự đoán
III. Nặng	30% < FEV1 < 50% giá trị dự đoán
IV. Rất nặng	FEV1 < 30% giá trị dự đoán hoặc FEV1 > 30% giá trị dự đoán kết hợp với suy hô hấp, tâm phế mãn

## Điều trị COPD

GOLD nhấn mạnh việc điều trị COPD ngay trong giai đoạn ổn định để bệnh nhân tránh được cơn kịch phát và không phải cấp cứu, nhập viện

Việc điều trị COPD được phân theo giai đoạn

Bảng Error! No text of specified style in document.-3

		Giai đoạn III: nặng	Giai đoạn VI: rất nặng
	Giai đoạn II: trung bình	* FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7 * 30% ≤ FEV <sub>1</sub> < 50% dự đoán	* FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7 * FEV <sub>1</sub> ≤ 30% dự đoán hay FEV <sub>1</sub> < 50% dự đoán kèm suy hô hấp mạn tính
Giai đoạn I: nhẹ	FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7		
FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7 FEV <sub>1</sub> ≥ 80% dự đoán	50% ≤ FEV <sub>1</sub> < 80% dự đoán		
Chủ động giảm yếu tố nguy cơ: chích ngừa cúm → Dùng thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn (Khi cần) →			
Thêm: Thường quy với 1 hay nhiều thuốc giãn phế quản tác dụng dài Thêm: Phục hồi chức năng			
Thêm corticoid dạng hít nếu còn cơn kịch phát lập đi lập lại			
Thêm thở oxy dài hạn nếu còn có suy hô hấp mạn Cân nhắc phẫu thuật			

• **Thuốc men trong giai đoạn COPD ổn định**

- Giảm triệu chứng và cơn kịch phát
- Thuốc giãn phế quản là nền tảng : β2 agonist, anti cholinergic, methylxanthine dùng riêng lẻ hay kết hợp dùng khi cần hay liên tục
- Dùng đều đặn thuốc giãn phế quản kéo dài thì tiện lợi và hữu hiệu hơn loại ngắn hạn.
- Tiotropium bromide tác dụng chọn lọc trên M1, M3, và kéo dài hơn 24 giờ
- Điều trị với anticholinergic dạng hít kéo dài làm giảm tần suất cơn kịch phát COPD và tăng hiệu quả chương trình phục hồi chức năng.

• **Thuốc men trong giai đoạn COPD ổn định**

- ICS được chỉ định cho FEV<sub>1</sub> < 50% (nặng và rất nặng) kèm với bị đợt cấp tái đi tái lại (3 lần/3 năm)
  - Nên cải thiện tình trạng sức khỏe
  - Ngừng ICS có thể gây đợt kịch phát ở một số bệnh nhân
  - Vài nghiên cứu cho thấy ICS giảm tử vong do mọi nguyên nhân – cần nghiên cứu thêm
  - Phải thêm LABA nếu dùng ICS đều đặn

• **An toàn của ICS khi dùng lâu : chưa biết**

- Bầm tím da ở 1 số nhỏ bệnh nhân COPD
- Triamcinolone acetonide: giảm mật độ xương

- Budesonide : không ảnh hưởng lên mật độ xương hoặc gãy xương.

- **Các chất chống oxy hóa – N-acetylcysteine**

Chỉ giảm được đợt kịch phát ở người không dùng ICS

- **Thuốc điều hòa miễn dịch :**

Giảm độ nặng và tần suất kịch phát trong 1 số nghiên cứu

Cần khảo sát hiệu quả dài hạn trước khi được khuyến dùng

- **Tiêm chủng**

- **Influenza vaccines**

- Giảm bệnh nặng và tử vong cho 50% bệnh nhân COPD
- Vaccines chứa virus sống, bất hoạt hay chết thì hiệu quả hơn cho bệnh nhân COPD già  
Mỗi năm chích 1 lần tùy theo dòng được điều chỉnh

- **Pneumococcal polysaccharide vaccine**

- Bệnh nhân COPD  $\geq$  65 tuổi
- Bệnh nhân COPD < 65 tuổi nhưng FEV<sub>1</sub> < 40%  
VN : 3 năm chích 1 mũi

### **Lợi ích của phục hồi chức năng trong COPD**

- **Chứng cứ bậc A**

- Tăng khả năng vận động
- Giảm độ khó thở
- Tăng chất lượng cuộc sống
- Giảm số lần và số ngày nằm viện
- Giảm lo lắng và trầm cảm trong COPD

- **Chứng cứ bậc B:**

- Tăng khả năng vận động của tay
- Hiệu quả kéo dài
- Tăng khả năng sống

- **Chứng cứ bậc C:**

- Luyện tập con hô hấp có lợi nhất là khi luyện tập tổng quát
- Can thiệp tâm lý xã hội là có lợi

Thuốc giãn phế quản

- $\beta_2$  agonist, salbutamol nên dùng dạng bình xịt định liều( Ventolin) 100  $\mu$ gr/ nhát.
- Dùng 2 nhát khi khó thở, sau 6 nhát /1 giờ không bớt khó thở thì đến bệnh viện.

- Anticholinergic:
  - Tác dụng ngắn: pratripium bromide ( Atrovent) dùng 2 nhát mỗi 6 tiếng
  - Tác dụng dài, chọn lọc: titropium bromide ( Spiriva) dùng 1 viên/ ngày với dụng cụ hút
- Loại phối hợp
  - Ipratropium bromide + salbutamol ( Combivent)
  - Ipratropium broide + fenoterol ( Berodual) dung 2 nhát mỗi 6 tiếng
- Xanthines : dùng loại theophylline phóng thích chậm từ 100-600 mgr/ ngày. Nên dung lúc 9 giờ sáng và 3 giờ chiều để giảm tác dụng phụ
- Inhaled corticosteroid (ICS)
  - Nên dùng kết hợp với long acting  $\beta$ 2 agonist (LABA)
    - Fluticasone + salmeterol (Seretide)
    - Budesonide + Formoterol (Symbicort) nên dung liều tối thiểu để tránh tác dụng phụ

### Chỉ định oxy liệu pháp

Dài hạn: cho bệnh nhân COPD giai đoạn rất nặng (4), có PaO<sub>2</sub> < 55mmHg hoặc SaO<sub>2</sub> < 88%; hoặc PaO<sub>2</sub> trong khoảng 55-60mmHg.

Có cao áp phổi, suy tim hoặc Hct > 55%.

Mục đích cần đạt là PaO<sub>2</sub> tối thiểu là 60mmHg hoặc SaO<sub>2</sub> = 90%.

### Điều trị hỗ trợ

- Tiêm ngừa cúm, viêm phổi

Tiêm ngừa cúm hàng năm.

Tiêm ngừa viêm phổi mỗi 5 năm.

- Vật lý trị liệu:

Hợp tác với Khoa Vật Lý Trị Liệu BVĐHYD.

Đánh giá khả năng dung nạp gắng sức – test đi bộ 6 phút.

- Dinh dưỡng:

Hướng dẫn cho bệnh nhân về các khẩu phần ăn.

Gửi Trung Tâm Dinh Dưỡng TPHCM.

- Oxy liệu pháp tại nhà: Chỉ định cho bệnh nhân thở oxy tại nhà.
- Cai thuốc

### Theo dõi điều trị

Nên hẹn tái khám lần đầu sau 2 tuần, kiểm tra cách dùng thuốc

Đánh giá mức khó thở theo MRC



Tái khám mỗi 3 tháng hoặc mỗi năm 1 lần

Lập sổ dữ liệu cơ bản cho bệnh nhân khi bệnh nhân đang ổn định : Hô hấp ký, điện tim, Xquang phổi, khí máu động mạch, Hct, SpO2 và các dấu hiệu sinh tồn

### **Luôn dặn dò người bệnh về xử trí đợt cấp**

Cách nhận biết vào đợt cấp.

Các xử trí tại nhà dành cho đợt cấp.

Nhận biết các triệu chứng nặng để gọi cấp cứu.

Số điện thoại, địa chỉ liên lạc trong trường hợp cấp cứu.

Cho bệnh nhân quyền « Bạn có thể làm gì với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ».

### **Tổ chức một đơn vị quản lý COPD trong cộng đồng, nên lồng ghép với việc quản lý hen**

#### **Kết luận**

Áp dụng GOLD vào quản lý COPD tại cộng đồng là khả thi ở Việt Nam, cần nhân rộng và đưa xuống các tuyến cơ sở

Hô hấp ký là thiết yếu

Nếu được quản lý trong giai đoạn ổn định chi phí cho đợt cấp sẽ giảm rất nhiều

Việc chi trả của BHYT sẽ làm tăng sự tuân thủ của bệnh nhân.

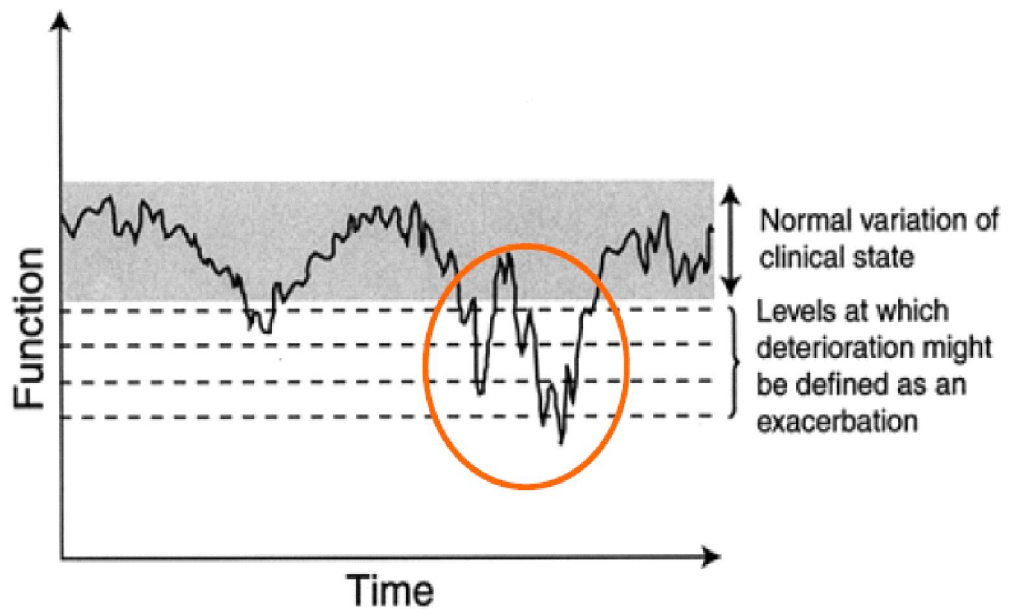
### **Điều trị đợt cấp COPD**

#### **Định nghĩa**

Đợt cấp COPD là tình huống xảy ra trong diễn tiến tự nhiên của bệnh, đặc trưng bởi sự thay đổi các triệu chứng của bệnh nhân như khó thở, ho kèm khạc đàm hay không khác với những diễn tiến thường ngày, khởi phát cấp tính và có thể phải thay đổi thuốc điều trị thường ngày trên bệnh nhân COPD

### **Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp COPD**

- Tiêu chuẩn chính (so với lúc ban đầu)
  - Ho và đàm tăng
  - Tăng đàm mủ
  - Khó thở tăng
- Tiêu chuẩn phụ
  - Thở khò khè
  - Đau họng
  - Ho và các triệu chứng của cảm lạnh thông thường như nghẹt hoặc chảy nước mũi



Hình Error! No text of specified style in document.-2

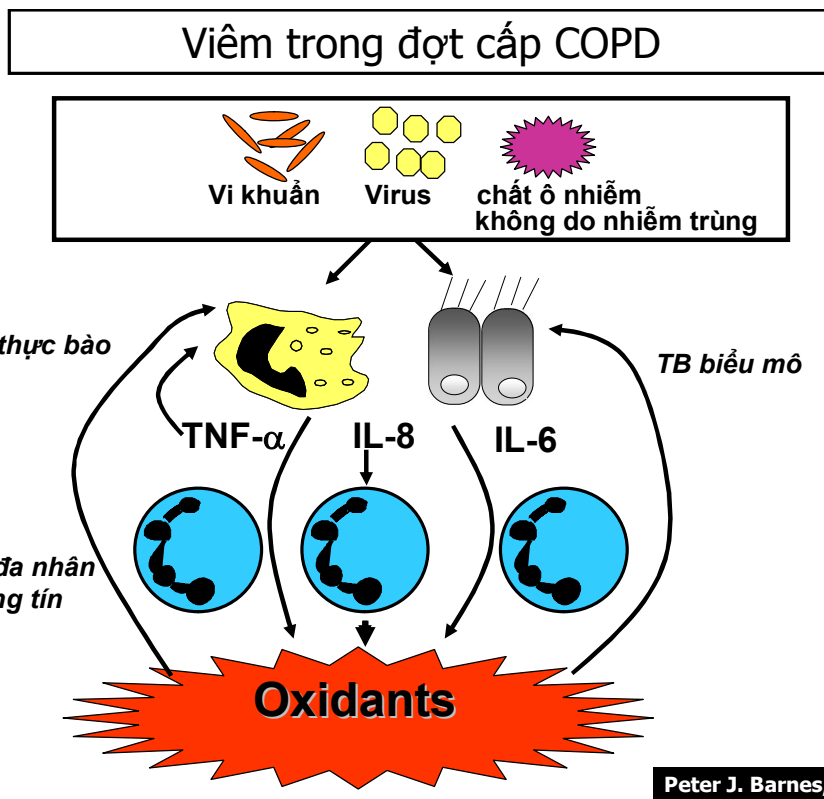
### 3. Phân loại mức độ đợt kịch phát COPD

Bảng Error! No text of specified style in document.-4

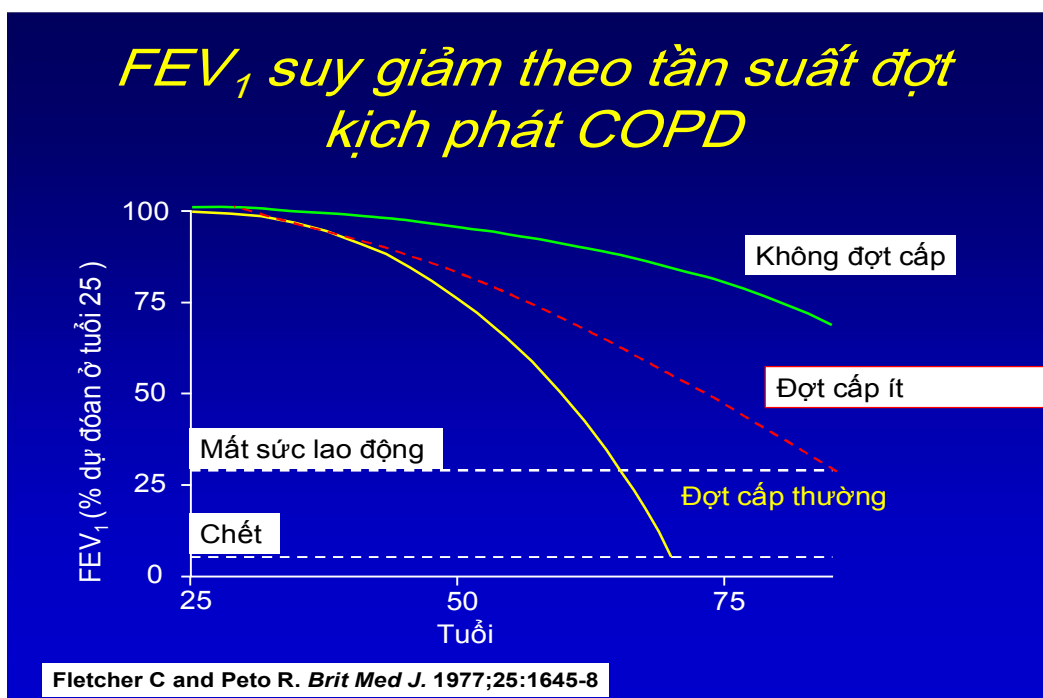
## Phân loại đợt kịch phát COPD

Nhóm	Nhẹ	Vừa phải	Trầm trọng
Triệu chứng quan trọng*	1 trong 3 Loại 3	2 trong 3 Loại 2	Cả 3 Loại 1
Tuổi	Bất kỳ	Bất kỳ	Thường $\geq 65$
Chức năng phổi ban đầu	Bình thường	Giảm nhẹ - trung bình $FEV1 > 50\%$ dự đoán	$FEV1 \leq 50\%$ dự đoán
Cơn kịch phát		$\leq 4$ lần / năm	$> 4$ lần / năm
Bệnh cùng mắc	Không	Không	Rõ ràng
Tác nhân gây bệnh đường hô hấp	Vi rút (tự giới hạn, lành tính)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>H. influenzae</i></li> <li>▪ <i>M. catarrhalis</i></li> <li>▪ <i>S. pneumoniae</i></li> <li>▪ <i>Hemophilus spp.</i></li> <li>▪ Nhiễm vi rút trước nhiễm vi khuẩn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>H. influenzae</i></li> <li>▪ <i>M. catarrhalis</i></li> <li>▪ <i>S. pneumoniae</i></li> <li>▪ <i>H. parainfluenzae</i></li> <li>▪ Gram âm</li> <li>▪ <i>P. aeruginosa</i></li> <li>▪ thường gặp VK tiết b-lactamase</li> </ul>

\* lượng đàm tăng, mù tăng, Khó thở tăng,



Hình Error! No text of specified style in document-3 Viêm trong đợt cấp COPD



Hình Error! No text of specified style in document-4 Sự thay đổi chức năng hô hấp trong đợt cấp COPD

Dưới ảnh hưởng của đợt cấp tình trạng viêm và phá hủy trong phổi xảy ra nhiều hơn và nhanh hơn dẫn đến suy giảm chức năng phổi nhanh hơn bình thường và không thể phục hồi hoàn toàn sau đợt cấp → tàn phế nhanh hơn. BN càng nhiều đợt cấp trong năm càng nhanh chóng suy giảm chức năng phổi, tàn phế và tử vong sớm hơn người ít hay không có đợt cấp

## Điều trị đợt cấp COPD

### a. Thuốc dẫn phế quản

Trong đợt cấp tình trạng viêm, co thắt phế quản nặng hơn → tình trạng ứ khí tăng → phải tăng liều + số lần dùng thuốc dẫn phế quản nhằm đạt hiệu quả giãn phế quản tối ưu. Cần lưu ý những tác dụng phụ hay gặp khi sử dụng liều cao hay nhiều loại giãn phế quản như run tay, hạ ka li máu, rối loạn nhịp tim, nôn và buồn nôn, thậm chí hôn mê.

Thuốc được ưu tiên chọn: Đồng vận beta 2 tác dụng nhanh như Salbutamol, Terbutaline

\* Giãn các đường dẫn khí ngoại biên

\* Khởi phát tác dụng nhanh, sử dụng tốt nhất trong trường hợp khẩn cấp

\* Đạt nồng độ đỉnh sau 10-30 phút

\* Tác dụng duy trì trong 4 giờ

\* Tác dụng phụ: tim đập nhanh, loạn nhịp trên thất

Liều : Salbutamol 2-4 nhát mỗi 20 phút hoặc phun khí dung mỗi 20 phút hay liên tục trong một giờ .

Terbutaline : 0,25-0,5 mg TDD khi bệnh nhân khó thở nặng hay mới vào cấp cứu mà chưa có chuẩn bị thuốc phun khí dung. Không nên dùng quá 3 ống / ngày.

Epinephrine: tác dụng giãn phế quản nhanh nhưng có nhiều tác dụng phụ vì tác dụng không chọn lọc trên thụ thể alpha và beta nên rất hiếm khi được chọn hiện nay trong đợt cấp COPD.

Nếu bệnh nhân chưa cải thiện : phối hợp thêm một kháng cholinergic : Berodual ( fenoterol + ipratropium )

Tác dụng chậm hơn nhưng kéo dài hơn

Ít tác dụng phụ hơn

Giãn các đường dẫn khí lớn trung tâm

Liều : PKD 2-4 ml x 4 lần /ngày nhằm duy trì tác dụng giãn phế quản

b. Corticoids:

Có tác dụng kháng viêm ( trong đợt cấp COPD thường có gia tăng tình trạng viêm cây phế quản )

Methylprednisone TM 40- 60 mg mỗi 6 giờ trong 24 giờ x 3 ngày hay khi b/n đáp ứng → chuyển sang uống và giảm liều dần trong thời gian 2 tuần

Chỉ định : \* BN đã sử dụng corticoid trong điều trị COPD ổn định

\* Đợt kịch phát COPD nặng

c. Methylxanthines

Cải thiện chức năng các cơ hô hấp

Giãn phế quản

Tác dụng kháng viêm

- Cần thận liều lượng để tránh ngộ độc theophyllin

Chỉ định :

Kích thích beta 2 không đủ tác dụng

BN đã dùng theophylline điều trị duy trì

BN không thể sử dụng giãn PQ đường phun khí dung ( rối loạn tri giác, PKD làm BN khó thở hơn )

Co thắt phế quản nặng khó có thể có hiệu quả với một mình thuốc kích thích beta 2

Chống chỉ định :

Không dung nạp hay phản ứng dị ứng đối với chế phẩm xanthines, gồm các muối của theophilline.

Rối loạn nhịp nhanh, co giật :

Theophilline có thể làm bệnh nặng hơn

Nếu thật cần thiết phải dùng, cần theo dõi nồng độ theophilline và duy trì liều thấp nhất và chỉ tiếp tục nếu chứng minh có hiệu quả .

Tương tác thuốc :

Các thuốc tăng tác dụng độc của theophilline:

Cimetidine:

Ức chế men ty thể ( men chuyển hóa theophilline)

Theophilline tăng 20- 40%, bắt đầu tương tác từ 24-72 giờ.

Nếu cần sử dụng ức chế H2, nên cho loại không tương tác với theophilline( ranitidine, famotidine).

Ciprofloxacin, Erythromycin:

Tác dụng tương tác như cimetidine

Nồng độ theophilline có thể tăng 100% với Cipro và 20 –40% với Erythromycin sau 3-5% sử dụng đồng thời.

Độc tính do tăng nồng độ theophilline có thể đe dọa mạng sống.

Nên sử dụng kháng sinh khác, nếu cần dùng phối hợp lâu hơn 3 ngày nên đo nồng độ theophilline vào ngày thứ 3, sau đó 2 lần /tuần .

Bệnh nhân bắt đầu điều trị với cipro bắt đầu giảm theophilline 30 –50%.

Thuốc làm giảm tác dụng của Theophilline:

Phenytoin:

Chuyển hoá phenytoin hay Theophilline tăng làm giảm nồng độ huyết thanh của mỗi thuốc .

Cần theo dõi nồng độ huyết thanh cả hai (ít nhất mỗi tuần).

Rifampicin:

Tăng chuyển hóa theophilline, bắt đầu 48 – 72 giờ.

Theo dõi nồng độ theophilline ngày thứ 3 và sau đó 2 lần / tuần .

Thuốc nào gia tăng độc tính hay bị giảm tác dụng bởi theophilline:

Không có.

Liều lượng :

+ Liều tấn công :

5mg/kg trong 20-30phút pha trong 50 –100ml NaCl 0,9% . Nếu bệnh nhân đang dùng theophilline, giảm nửa liều .Mỗi 1mg/kg theophilline làm tăng nồng độ theophilline máu lên 2mg/l.

+ Liều duy trì :

0,4 mg/kg/giờ cho người không hút thuốc lá khỏe mạnh .

0,7 mg/kg/giờ cho người hút thuốc .

0,2 mg/kg/giờ cho bệnh nhân suy tim xung huyết và/ hoặc bệnh gan .

Chuyển sang điều trị uống :

Thực hiện ngay khi bệnh nhân có thể.

Cho tổng liều tiêm trong ngày và chia làm hai, uống mỗi 12 giờ loại tác dụng kéo dài.

Ngưng truyền và bắt đầu cho uống cùng lúc .Theo dõi hiệu quả và độc tính.

*d. Kháng sinh:*

*Kháng sinh chỉ có lợi trên những b/n có ít nhất 2 / 3 triệu chứng : tăng khó thở, tăng số lượng đàm, đàm đục*

*Đa số đợt cấp là do nhiễm trùng nên sử dụng kháng sinh là cần thiết nhưng phải đúng chỉ định:*

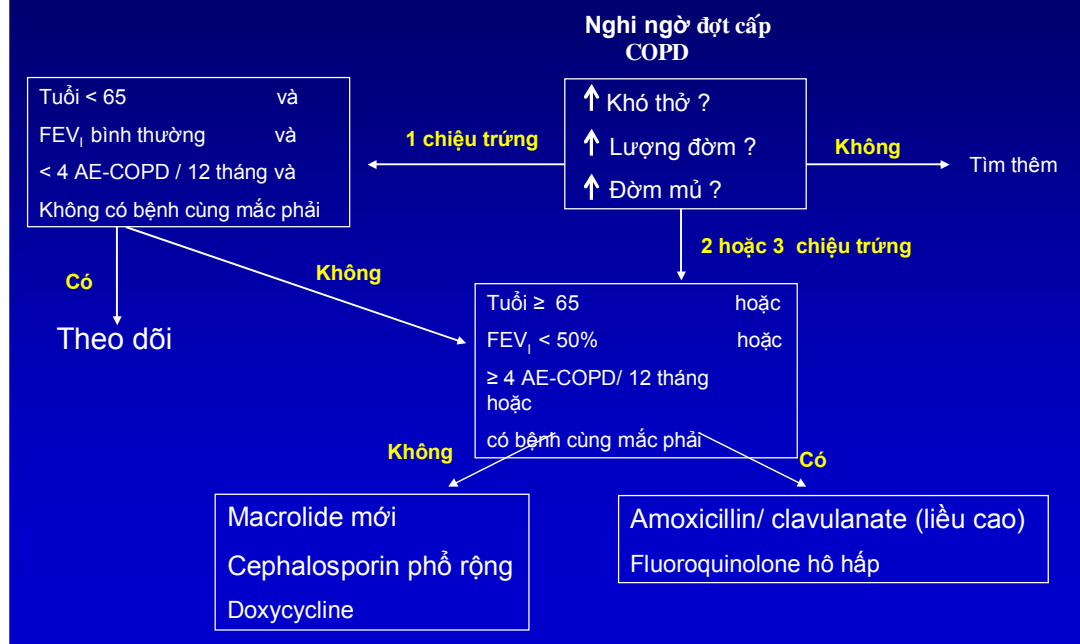
Nên cho KS trong đợt cấp do nhiễm trùng

Thời gian điều trị : 5-7 ngày

Chọn KS dựa vào :

- Phổ VK tại chỗ và tình trạng kháng thuốc

## Xếp loại nguy cơ và điều trị kháng sinh



Hình Error! No text of specified style in document.-5

### Nghiên cứu sử dụng kháng sinh trong đợt cấp COPD

BN COPD nặng có đợt cấp khi dùng KS có kết quả rõ rệt hơn

Cải thiện peak flow nhanh hơn

Ít nhập viện hơn

Rút ngắn thời gian bệnh

Khoảng cách 2 đợt cấp dài hơn

Không phải mọi KS đều như nhau

Amoxicillin ít hiệu quả hơn fluoroquinolones

(thất bại 54% vs 13%)

Beta lactam/ức chế beta lactamase (Amox/clav, ampi/sulb), quinolones > cefuroxime, cefaclor > amoxicillin, tetracycline

BN có thể mắc các vi khuẩn kháng thuốc kể cả Pseudomonas aeruginosa trên những đối tượng COPD giai đoạn cuối, nằm viện nhiều lần, điều trị kháng sinh thường xuyên. Những bệnh nhân này cần điều trị kháng sinh phổ rộng hơn.



e. Magnesium:

Tác dụng đối nghịch với tác dụng co thắt phế quản của calcium

Cải thiện chức năng hô hấp

Tác dụng phụ: nóng bừng mặt, hạ huyết áp thoáng qua

Cẩn thận trên b/n suy thận, rối loạn nhịp tim

Sử dụng khi các thuốc khác không đủ giãn phế quản

f. Oxygen:

- Tình trạng thiếu oxy ở b/n là kết quả của sự mất cân bằng V/Q và có thể đe dọa tính mạng ( do loạn nhịp ) → phải cung cấp ngay oxy cho b/n khi nghi ngờ giảm oxy mô nhưng phải kiểm soát kỹ để tránh tình trạng tăng CO<sub>2</sub>

- Sẽ có ít nguy cơ ứ CO<sub>2</sub> và toan huyết nếu cho O<sub>2</sub> đủ để đạt SaO<sub>2</sub> tối đa từ 90% - 92%.

Liều FiO<sub>2</sub> cần tăng = 60 – PaO<sub>2</sub> đo được : 3

- Phải làm khí máu động mạch trên tất cả các b/n có Sp O<sub>2</sub> < 90% và phải làm lại 30 phút sau khi đã cho O<sub>2</sub>

g. Thở máy không xâm lấn ( NIV)

Chỉ định: bn có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau :

+ pH < 7,35, và PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg

+ Nhịp thở tăng > 30 lần/phút

+ Khó thở trung bình – nặng có sử dụng các cơ hô hấp phụ

Có thể sử dụng sớm, ngắt quãng và không ảnh hưởng đến việc ăn uống, giao tiếp, vật lý trị liệu khác đàm của b/n

Thường dùng BiPAP ( Thông khí 2 mức áp lực dương không xâm lấn)

Thành công 80%, tránh phải đặt nội KQ

Rút ngắn được thời gian điều trị, tránh được khó khăn khi cai máy

Nhưng cần một ekip BS và điều dưỡng thành thạo trong chăm sóc bệnh nhân.

h. Thông khí xâm lấn:

- Chỉ định chính:

Toan hô hấp + thiếu oxy trầm trọng không đáp ứng với NIV

Bn rối loạn tri giác

- Mục đích: hỗ trợ hô hấp trong thời gian chờ đợi các thuốc điều trị có tác dụng

i. Điều trị khác:

- Cân bằng nước-điện giải

- Bổ sung dinh dưỡng

- Vật lý trị liệu hô hấp

7. Phòng ngừa đợt cấp COPD

- Corticosteroids dạng hít

- Phối hợp Đồng vận beta tác dụng kéo dài + kháng cholinergic dạng hít

- Chích ngừa Vaccin cúm

- Tăng cường luyện tập thể dục, dưỡng sinh, vật lý trị liệu để duy trì sức khỏe

- An uống hợp lý tránh táo bón, nhiều dinh dưỡng, vitamin...