SỔ TAY HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN

(cho Người lớn và Trẻ em trên 5 tuổi)

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Sổ tay Hướng dẫn cho Cán bộ y tế

Cập nhật 2022

DỰA TRÊN CHIẾN LƯỢC TOÀN CẦU VỀ
QUẢN LÝ VÀ PHÒNG NGỪA HEN PHẾ QUẢN

(Người dịch: GS.TSKH.BS Dương Quý Sỹ)

© Sáng Kiến Toàn Cầu về Hen 2022

SÁNG KIẾN TOÀN CẦU VỀ HEN

ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG HEN

cho người lớn và trẻ em trên 5 tuổi

SỔ TAY HƯỚNG DẪN CHO CÁN BỘ Y TẾ

Cập nhật tháng 5 năm 2022

COPYRIGHTED MATERIAL. DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Hội đồng khoa học GINA

Chủ tịch: Tiến sĩ Helen Reddel, MBBS

Ban giám đốc GINA

Chủ tịch: Louis-Philippe Boulet, MD

Hội đồng phổ biến và triển khai GINA

Chủ tịch: Mark L. Levy, MD

Chương trình GINA

Rebecca Decker, BS, MSJ

Kristi Rurey, AS

***Tên của các thành viên của Ủy ban GINA được liệt kê ở trang** 50*

(Người dịch: GS.TSKH.BS. Dương Quý Sỹ - Thành viên Hội đồng GINA)

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BDP	Beclometasone dipropionate
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
CXR	Chụp X-quang ngực
DPI	Ống hít bột khô
FeNO	Phân suất oxit nitrít khí thở ra
FEV1	Thể tích khí thở ra gắng sức trong giây đầu
FVC	Dung tích sống gắng sức
GERD	Bệnh trào ngược dạ dày thực quản
ICS	Corticosteroid dạng hít
ICS-LABA	Corticosteroid dạng hít - đồng vận beta$_2$ tác dụng dài
Ig	Immunoglobulin
IL	Interleukin
TTM (IV)	Tiêm tĩnh mạch
LABA	Thuốc đồng vận beta$_2$ tác dụng dài
LAMA	Thuốc đối kháng muscarinic tác dụng dài
LTRA	Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene
n.a.	Không áp dụng
NSAID	Thuốc chống viêm không steroid
O2	Ôxy
OCS	Corticosteroid đường uống
PEF	Lưu lượng đỉnh thở ra
pMDI	Bình xịt định liều
SABA	Thuốc đồng vận beta$_2$ tác dụng ngắn
TDD (SC)	Tiêm dưới da
SLIT	Trị liệu miễn dịch dưới lưỡi
TSLP	Chất đệm tuyến ức tạo lympho bào

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Người đọc cần nhận thức rằng Sổ tay hướng dẫn này là tóm tắt ngắn gọn của báo cáo GINA 2022 dành cho những người chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hướng dẫn này không bao gồm tất cả thông tin cần thiết dành cho quản lý hen, ví dụ, an toàn điều trị, và cần được sử dụng phối hợp với bản toàn văn GINA 2022. Khi đánh giá và điều trị bệnh nhân, các chuyên gia y tế được khuyên nên sử dụng nhận định lâm sàng riêng của mình kết hợp với các quy định và hướng dẫn của địa phương và quốc gia. GINA không chịu trách nhiệm về pháp lý hoặc về quản lý y tế cho việc chăm sóc y tế không phù hợp liên quan đến việc sử dụng các tài liệu này, bao gồm cả việc sử dụng không phù hợp với quy định hoặc khuyến cáo của địa phương hay quốc gia.

MỤC LỤC

Tư vấn về quản lý hen trong đại dịch COVID-19 5
Giới thiệu về hen và GINA 7
Chúng ta biết gì về bệnh hen? 8
Chẩn đoán hen 9
Tiêu chuẩn chẩn đoán hen 10
Cách xác định chẩn đoán ở bệnh nhân đang điều trị 11
Chẩn đoán hen trong các bối cảnh khác 11
Đánh giá một bệnh nhân bị hen 13
Cách đánh giá kiểm soát hen 15
Đánh giá hen không kiểm soát được 16
Điều trị hen 17
Nguyên tắc chung 17
Chu trình xử lý hen để giảm nguy cơ và kiểm soát triệu chứng 17
Khuyến cáo GINA cho bệnh hen nhẹ 19
Bắt đầu điều trị hen 20
Theo dõi điều trị hen cho người lớn / thanh thiếu niên 21
Phương pháp tiếp cận điều chỉnh điều trị theo bậc cho từng bệnh nhân cần 31
Xem xét đáp ứng và điều chỉnh điều trị 36
Kỹ năng hít và tuân thủ 38
Điều trị các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi 39
Các chiến lược và can thiệp không sử dụng thuốc 39
Điều trị cho dân số đặc biệt hoặc bối cảnh cụ thể 40
Cơn kịch phát (bùng phát) 41
Kế hoạch hành động hen 42
Quản lý cơn kịch phát tại tuyến cơ sở hay đơn vị cấp cứu 43
Đánh giá đáp ứng 45
Theo dõi sau đợt cấp tính 45
Thuật ngữ của các loại thuốc hen 46
Lời cảm ơn 50
Ấn phẩm GINA 50

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

DANH SÁCH CÁC HÌNH

Bảng 1. Sơ đồ chẩn đoán hen trong thực hành lâm sàng 9

Bảng 2. Các yếu tố được sử dụng trong chẩn đoán hen……..... 10

Bảng 3. Cách đánh giá bệnh nhân hen…….. ..... …13

Bảng 4. Đánh giá kiểm soát triệu chứng và nguy cơ trong tương lai……..... 14

Bảng 5. Cách xử lý hen không kiểm soát trong chăm sóc ban đầu 16

Bảng 6.Chu trình kiểm soát hen để ngăn chặn các cơn kịch phát và ra quyết định..... 18

Bảng 7A. Chiến lược điều trị hen theo GINA - người lớn và thanh thiếu niên 22

Bảng7B. Điều trị ban đầu: người lớn hoặc thanh thiếu niên với chẩn đoán hen.. 24

Bảng 8A. Chiến lược điều trị hen GINA - trẻ em 6-11 tuổi……. 26

Bảng 8B. Điều trị ban đầu: trẻ em 6-11 tuổi với chẩn đoán hen ……..... ... 28

Bảng 9. Liều corticosteroid hít thấp, trung bình và cao .... …..... …. 30

Bảng 10. Tự kiểm soát với một kế hoạch hành động 42

Bảng 11. Xử trí cơn hen trong chăm sóc ban đầu 44

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

TƯ VẤN VỀ QUẢN LÝ HEN TRONG ĐẠI DỊCH COVID-19

Những người bị hen dường như không có nguy cơ bị nhiễm COVID-19 cao hơn đáng kể hoặc mắc COVID-19 nghiêm trọng

Những người bị hen được kiểm soát tốt dường như không tăng nguy cơ bị COVID-19 nặng hoặc tử vong liên quan đến COVID-19, nhưng nguy cơ tử vong do COVID-19 tăng ở người bị hen cần corticosteroid đường uống (OCS) hoặc nhập viện vì hen nặng. Theo phân tích gộp, nguy cơ tử vong liên quan đến COVID-19 ở người bị hen thấp hơn người không bị hen.

Năm 2020, nhiều quốc gia đã chứng kiến sự giảm các đợt kịch phát của bệnh hen và bệnh liên quan đến cúm, có thể do rửa tay, đeo khẩu trang và giữ khoảng cách làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng đường hô hấp bao gồm cúm.

Khuyên bệnh nhân hen tiếp tục dùng thuốc hen theo quy định, đặc biệt là thuốc corticosteroid hít (ICS)

Thuốc hen nên được tiếp tục sử dụng như bình thường trong đại dịch COVID-19, bao gồm các loại thuốc có chứa ICS (đơn trị hoặc kết hợp) và liệu pháp bổ sung bao gồm liệu pháp sinh học cho bệnh hen nặng. Ngừng ICS thường có tiềm năng bị nguy hiểm do hen trở nặng. Khuyên bệnh nhân nên thảo luận với chuyên gia y tế trước khi ngừng bất kỳ loại thuốc hen nào, kể cả OCS ở một tỷ lệ nhỏ người bệnh hen nặng mà OCS là lựa chọn cần thiết.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Chắc chắn rằng tất cả bệnh nhân đều có kế hoạch hành động hen

Kế hoạch hành động có thể là bản viết tay, bản in, kỹ thuật số hoặc dạng hình ảnh. Một kế hoạch hành động cho bệnh nhân biết cách nhận biết bệnh hen đang diễn biến xấu, cách để tăng thuốc cắt cơn và thuốc kiểm soát cơn hen và khi nào nên tìm kiếm sự giúp đỡ y tế. Một đợt OCS ngắn có thể cần thiết trong thời gian bùng phát hen nặng (đợt kịch phát). Xem báo cáo GINA 2022 Bảng 4-2 để biết thêm thông tin về các tùy chọn cho các kế hoạch hành động hen.

Khi xác định hoặc nghi ngờ COVID-19, hoặc nguy cơ mắc COVID-19 tại địa phương ở mức trung bình đến cao, tránh sử dụng máy phun khí dung do nguy cơ lây nhiễm cho nhân viên y tế và các bệnh nhân khác

Thay vào đó, để cung cấp $beta_2$ tác dụng ngắn cho bệnh hen cấp tính ở người lớn và trẻ em, hãy sử dụng bình hít định liều và buồng đệm, với ống ngậm hoặc mặt nạ vừa khít, nếu cần thiết.

Tránh đo hô hấp kí ở những bệnh nhân được xác nhận / nghi ngờ mắc COVID-19

Tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe, nếu có chỉ định đo hô hấp ký hay lưu lượng đỉnh, tuân thủ các khuyến cáo xét nghiệm COVID-19 và quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn. Sử dụng đầu lọc để giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm khi đo hô hấp ký, nhưng người bệnh có thể ho sau khi đo. Hướng dẫn người bệnh cố gắng giữ kín miệng nếu ho.

Tuân thủ các khuyến nghị kiểm soát nhiễm trùng nếu cần các quy trình tạo khí dung khác

Việc này bao gồm liệu pháp oxy (bao gồm cả ống thông mũi), thủ thuật kích thích khạc đờm, bóp bóng, thông khí không xâm lấn và đặt nội khí quản. Các khuyến nghị của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) được tìm thấy tại đây.

Làm theo khuyến nghị của y tế địa phương về các chiến lược vệ sinh và sử dụng thiết bị bảo vệ cá nhân, vì các thông tin mới luôn có sẵn ở quốc gia hoặc lãnh thổ của bạn.

Hiện tại, dựa trên những lợi ích và rủi ro, GINA khuyến cáo tiêm phòng vắc-xin COVID-19 cho những người bị hen, bao gồm mũi tăng cường

Nhiều loại vắc-xin COVID-19 đang được sử dụng. Người có tiền sử phản vệ nặng với thành phần của vaccine COVID-19&J/Jansen) nên được tiêm vắc-xin loại khác. Tuy nhiên, người có phản vệ với thức ăn, nọc độc côn trùng, hoặc các thuốc khác có thể an toàn với vắc-xin COVID-19.

Các biện pháp phòng ngừa vắc-xin thông thường được áp dụng. Ví dụ, hỏi về tiền sử dị ứng với vắc-xin hoặc các thành phần của vắc-xin và trì hoãn tiêm chủng nếu bệnh nhân bị sốt hoặc nhiễm trùng khác.

GINA gợi ý không nên điều trị thuốc sinh học cho bệnh hen nặng và tiêm vắc-xin COVID-19 trong cùng một ngày.

Nhắc nhở người bị hen tiêm phòng cúm

Hiện tại, CDC khuyến cáo có thể tiêm vắc-xin cúm và vắc-xin COVID-19 cùng ngày.

Tài liệu bổ sung

Trang web của CDC cung cấp thông tin cập nhật về COVID-19 cho các chuyên gia y tế tại đây và cho bệnh nhân tại đây.

Trang web của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cung cấp tư vấn toàn diện cho các chuyên gia y tế và hệ thống y tế về phòng ngừa và quản lý COVID-19 tại đây.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Sáng kiến toàn cầu về hen phế quản, ngày 05 tháng 7 năm 2022

VỀ HEN VÀ GINA

Bệnh hen ảnh hưởng tới khoảng 300 triệu người trên toàn thế giới. Đây là một vấn đề sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng ảnh hưởng đến tất cả các nhóm tuổi, với tỷ lệ tăng cao ở nhiều nước đang phát triển, tăng chi phí điều trị và gia tăng gánh nặng cho người bệnh và cộng đồng. Bệnh hen vẫn áp đặt một gánh nặng không thể chấp nhận được cho hệ thống chăm sóc y tế và xã hội thông qua việc giảm năng suất làm việc; và đặc biệt là bệnh hen ở trẻ em, gây sự xáo trộn cho các gia đình và hen cũng gây ra nhiều ca tử vong trên toàn thế giới, trong đó có cả những người trẻ tuổi. Xấp xỉ 96% tử vong do hen là ở các nước thu nhập trung bình và thấp.

Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xử trí hen đối mặt với các vấn đề khác nhau trên khắp thế giới, tùy thuộc vào hoàn cảnh địa phương, hệ thống y tế và sự tiếp cận với các nguồn lực.

Sáng Kiến Toàn Cầu về Hen (GINA) đã được thành lập để tăng cường nhận thức về bệnh hen giữa các chuyên gia y tế, nhà chức trách y tế công cộng và cộng đồng, để cải thiện việc dự phòng và quản lý hen thông qua một nỗ lực phối hợp trên toàn thế giới. GINA chuẩn bị các báo cáo khoa học về hen, khuyến khích phổ biến và triển khai thực hiện các khuyến cáo và thúc đẩy hợp tác quốc tế nghiên cứu về hen.

Chiến Lược Toàn Cầu về Xử trí và Dự Phòng Hen cung cấp một cách tiếp cận toàn diện và tích hợp để xử trí hen có thể phù hợp với điều kiện địa phương và cho từng bệnh nhân. Chiến lược này không chỉ tập trung vào những chứng cứ vững chắc hiện có, mà còn có sự rõ ràng về ngôn ngữ và việc cung cấp các công cụ để thực hiện một cách khả thi trong thực hành lâm sàng. Bản báo cáo đã được cập nhật hàng năm dựa trên xem xét các chứng cứ, bao gồm nghiên cứu ban đầu và tổng quan hệ thống, mỗi 2 năm. Về phương pháp của GINA, xem ở www.ginaasthma.org/aboutus/methodology/.

Báo cáo GINA 2022 và các ấn phẩm GINA khác được liệt kê tại trang 20 có thể được lấy từ www.ginasthma.org.

COPYRIGHTED MATERIAL – DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

CHÚNG TA BIẾT ĐƯỢC GÌ VỀ HEN PHẾ QUẢN?

Hen là một bệnh mãn tính thường gặp và nghiêm trọng, đặt ra một gánh nặng đáng kể cho bệnh nhân, gia đình và cộng đồng. Bệnh hen gây ra các triệu chứng hô hấp, hạn chế hoạt động và những cơn kịch phát đôi khi cần phải được chăm sóc y tế khẩn cấp và có thể gây tử vong.

May thay, bệnh hen có thể được điều trị hiệu quả và đa số bệnh nhân có thể đạt được việc kiểm soát tốt bệnh hen của mình. Khi hen được kiểm soát tốt, bệnh nhân có thể:

- ✓ Tránh triệu chứng khó chịu trong ngày và đêm
- ✓ Cần tối thiểu hoặc không cần thuốc cắt cơn
- ✓ Hiệu suất làm việc cao, có được cuộc sống thể chất tích cực
- ✓ Có chức năng hô hấp bình thường hoặc gần bình thường
- ✓ Tránh cơn hen nặng kịch phát (bùng phát hoặc cơn cấp)

Hen ảnh hưởng đến mọi tầng lớp xã hội. Vận động viên Olympic, nhà lãnh đạo nổi tiếng, người nổi tiếng, và những người bình thường có bệnh hen vẫn có cuộc sống năng động và thành công.

Hen là gì? Bệnh hen gây ra các triệu chứng như thở khò khè, khó thở, tức ngực và ho, thay đổi theo thời gian bệnh xảy ra, tần suất và cường độ bệnh. Những triệu chứng này có liên quan với sự biến đổi của dòng khí thở ra, nghĩa là khó khăn khi thở không khí từ phổi ra do co thắt phế quản (hẹp đường thở), dày thành đường dẫn khí và tăng chất nhầy. Sự thay đổi dòng khí thở ra cũng có thể xảy ra ở những người không bị hen, nhưng nặng hơn trong bệnh hen trước khi bệnh được điều trị. Có rất nhiều thể loại hen với tiến trình cơ bản của bệnh khác nhau.

Các yếu tố có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng hen bao gồm nhiễm virus, chất gây dị ứng tại nhà hoặc nơi làm việc (vídụ: mạt bụi nhà, phấn hoa, gián), khói thuốc lá, tập thể dục và căng thẳng. Những phản ứng này có nhiều khả năng hơn khi hen không kiểm soát được. Một số loại thuốc có thể gây ra hoặc gây khởi phát hen, ví dụ thuốc chẹn beta và (với một số bệnh nhân) là aspirin hoặc các NSAID khác.

Hen kịch phát (còn gọi là hen trở nặng hoặc cơn hen tấn công) có thể dẫn đến tử vong, ngay cả ở những người bị hen nhẹ. Hen kịch phát thường phổ biến và nghiêm trọng hơn khi bệnh hen không được kiểm soát, hoặc ở một số bệnh nhân có nguy cơ cao. Tất cả bệnh nhân nên có kế hoạch hành động hen, bao gồm bản viết, bản in, kỹ thuật số hoặc hình ảnh chứ không chỉ hướng dẫn bằng lời nói.

Điều trị bằng thuốc chứa corticosteroid dạng hít (ICS) làm giảm rõ rệt tần suất và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng hen và giảm rõ rệt nguy cơ bùng phát hoặc tử vong vì hen.

Điều trị hen nên được tùy chỉnh cho từng bệnh nhân, có tính đến mức độ kiểm soát triệu chứng, các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân cho cơn hen kịch phát, đặc điểm kiểu hình và ý thích, cũng như hiệu quả của các loại thuốc có sẵn, an toàn và chi phí cho người trả tiền hoặc bệnh nhân.

COPYRIGHTED MATERIAL – DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

CHẨN ĐOÁN HEN

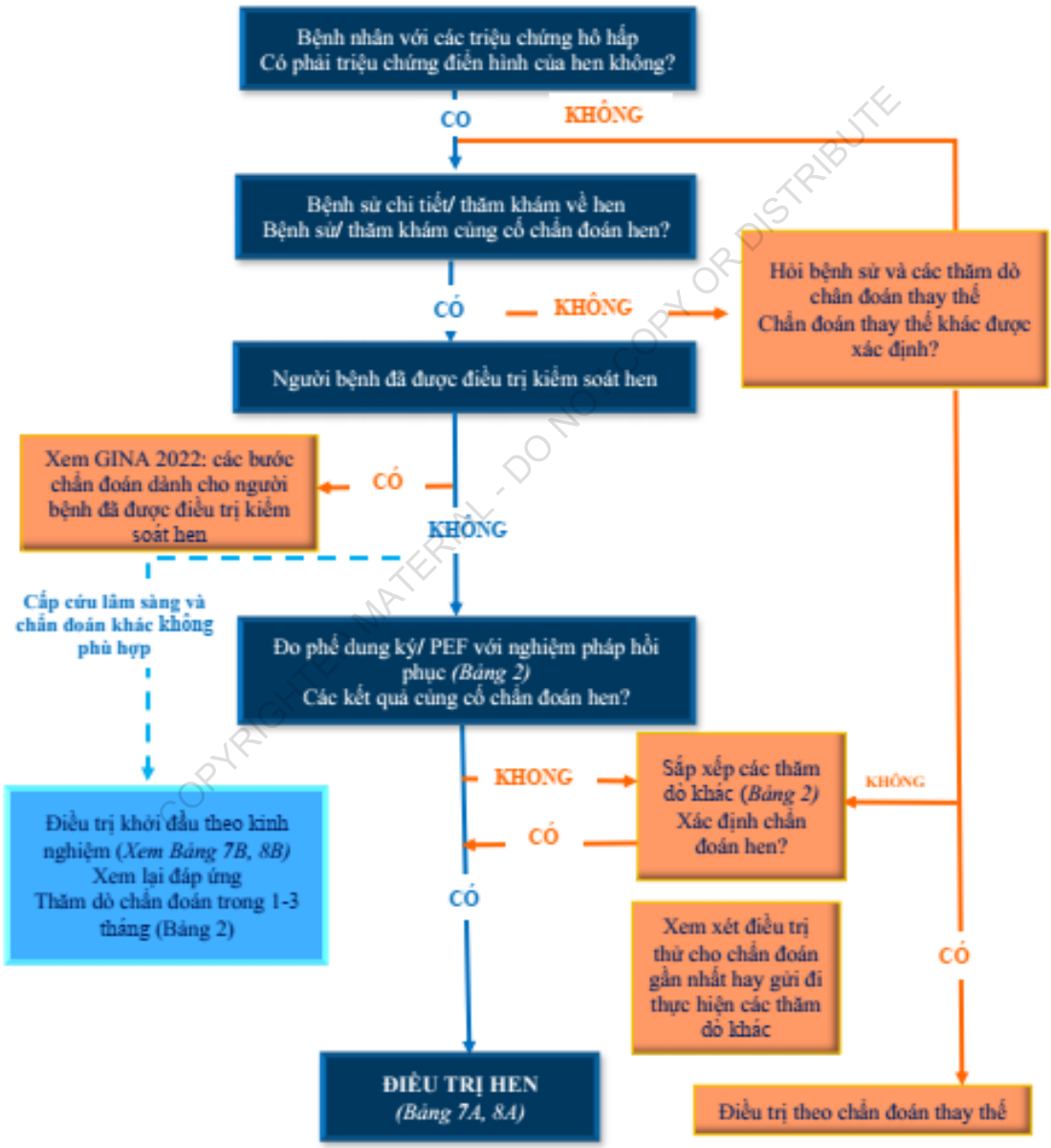
Hen là một bệnh có nhiều biến thể (không đồng nhất), thường được đặc trưng bởi tình trạng viêm đường hô hấp mãn tính. Hen có hai đặc điểm cơ bản:

• Bệnh sử của các triệu chứng hô hấp như thở khò khè, khó thở, tức ngực và ho thay đổi theo thời gian và cường độ, VÀ

• Giới hạn dòng khí thở ra thay đổi, mặc dù việc giới hạn dòng khí thở có thể trở nên dai dẳng ở người bệnh hen thời gian dài.

Lưu đồ chẩn đoán hen trên thực tế lâm sàng được trình bày ở Bảng 1, với các tiêu chí chuyên biệt để chẩn đoán hen được trình bày ở Bảng 2 (tr.10).

Bảng 1. Lưu đồ chẩn đoán hen trong thực hành lâm sàng



Việc **chẩn đoán hen** nên được xác định và để tham khảo trong tương lai, những chứng cứ cần được ghi lại trong hồ sơ của bệnh nhân trước khi bắt đầu điều trị kiểm soát. Xác định chẩn đoán hen khó khăn hơn sau khi việc điều trị đã được bắt đầu (xem tr.13).

TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN HEN PHẾ QUẢN

Bảng 2. Các tiêu chí được sử dụng trong chẩn đoán hen phế quản

1. Tiền sử các triệu chứng hô hấp thay đổi
Các triệu chứng điển hình là thở khò khè, khó thở, tức ngực, ho: • Thông thường người bị hen có nhiều hơn một trong các triệu chứng này. • Các triệu chứng xảy ra thay đổi theo thời gian và cường độ. • Các triệu chứng thường xảy ra hoặc xấu hơn vào ban đêm hay lúc thức giấc. • Các triệu chứng thường khởi phát khi tập thể dục, cười lớn, tiếp xúc các dị nguyên hay không khí lạnh. • Các triệu chứng thường xảy ra hoặc trở nên xấu đi khi nhiễm siêu vi.
2. Bằng chứng giới hạn dòng khí thở ra bị thay đổi
• Ít nhất một lần trong quá trình chẩn đoán có FEV_1 thấp, chứng cứ cho thấy tỉ lệ FEV_1/FVC dưới giới hạn bình thường. • Chứng cứ cho thấy có sự thay đổi chức năng hô hấp cao hơn ở người khỏe mạnh. Ví dụ, sự thay đổi quá mức được ghi nhận, nếu: o FEV_1 tăng hơn 200mL và trên 12% giá trị cơ sở (hoặc ở trẻ em, tăng >12% giá trị dự đoán) sau khi hít thuốc giãn phế quản. Được gọi là đáp ứng giãn phế quản có ý nghĩa hay có hồi phục. o Trung bình hằng ngày lưu lượng đỉnh thở ra (PEF) thay đổi>10% (ở trẻ em >13%). o FEV_1 tăng hơn 12% và 200mL so với giá trị ban đầu (ở trẻ em >12% giá trị dự đoán) sau 4 tuần điều trị kháng viêm (ngoài các đợt nhiễm trùng hô hấp). • Sự thay đổi càng lớn, hoặc số lần vượt mức được phát hiện càng nhiều thì việc chẩn đoán hen càng chắc chắn hơn. • Việc thăm dò nên được lặp lại trong khi xảy ra các triệu chứng, vào sáng sớm hay sau khi ngưng sử dụng các thuốc giãn phế quản. • Tính giãn phế quản hồi phục có ý nghĩa có thể không thấy trong cơn hen kịch phát nặng hay nhiễm siêu vi. Nếu tính giãn phế quản có hồi phục không có ở thăm dò lần đầu, thì bước tiếp theo phụ thuộc vào tính cấp bách lâm sàng và sự sẵn có của các thăm dò khác. • Các thăm dò khác để hỗ trợ chẩn đoán bao gồm thử nghiệm gây co thắt phế quản; xem Chương 1 của báo cáo GINA 2022.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

**Được tính dựa trên kết quả được đọc 2 lần mỗi ngày (tốt nhất là 3 lần) và tính như sau: [PEF cao nhất trong ngày trừ đi PEF thấp nhất trong ngày] chia cho giá trị trung bình giữa PEF cao và thấp nhất trong ngày, và tính trung bình trong 1-2 tuần. Nếu sử dụng PEF ở nhà hay ở nơi làm việc, thì dùng cùng dụng cụ đo PEF cho mỗi lần đo. †Sử dụng các công thức tham chiếu đa sắc tộc của Sáng kiến Phổi Toàn cầu*

Kiểm tra thể chất ở những người bị hen thường là bình thường, nhưng phát hiện thường xuyên nhất là thở khò khè khi nghe phổi, đặc biệt là khi thở ra gắng sức.

CÁCH KHẲNG ĐỊNH CHẨN ĐOÁN BỆNH HEN Ở BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ THUỐC KIỂM SOÁT HEN

Đối với nhiều bệnh nhân (25 - 35%) với chẩn đoán hen trong chăm sóc ban đầu, chẩn đoán không thể được khẳng định. Nếu cơ sở của chẩn đoán chưa được ghi nhận, cần khẳng định với các xét nghiệm khách quan.

Nếu không thỏa các tiêu chuẩn cho bệnh hen (Bảng 2, tr.10), hãy xem xét các thăm dò khác. Ví dụ, nếu chức năng hô hấp bình thường, lặp lại thử nghiệm hồi phục khi bệnh nhân có triệu chứng, hoặc sau khi ngưng SABA trong >4 giờ, ICS-LABAs mỗi ngày hai lần trong >24 giờ và ICS + LABAs mỗi ngày một lần trong >36 giờ).

Nếu bệnh nhân có các triệu chứng thường xuyên, hãy xem xét thử tăng bậc trong điều trị thuốc kiểm soát và lặp lại thăm dò chức năng hô hấp sau 3 tháng. Nếu bệnh nhân có ít triệu chứng, xem xét hạ bậc điều trị kiểm soát; đảm bảo bệnh nhân có kế hoạch hành động hen, theo dõi bệnh nhân cẩn thận và lặp lại thăm dò chức năng hô hấp. Thông tin thêm về xác nhận chẩn đoán hen nằm trong bảng 1-3 và 1-4 của báo cáo GINA 2022 đầy đủ.

CHẨN ĐOÁN HEN TRONG CÁC BỐI CẢNH KHÁC

Bệnh hen nghề nghiệp và hen nặng hơn khi làm việc (đợt kịch phát khi làm việc)

Bệnh nhân với hen khởi phát ở tuổi trưởng thành cần được hỏi về tình trạng phơi nhiễm nghề nghiệp và rằng bệnh hen của họ có tốt hơn khi họ tránh xa công việc không. Điều quan trọng là xác định chẩn đoán một cách khách quan (thường cần tham khảo chuyên gia) và loại trừ phơi nhiễm càng sớm càng tốt.

Phụ nữ mang thai

Cần hỏi tất cả phụ nữ mang thai và dự định mang thai về bệnh hen và cho họ lời khuyên về tầm quan trọng của điều trị kiểm soát hen vì sức khỏe cả mẹ và bé.

Người già

Hen có thể không được chẩn đoán ở người già, do nhận thức kém, do định kiến rằng người già bình thường hay bị khó thở, thiếu tập thể dục, hay giảm hoạt động. Bệnh hen cũng có thể được chẩn đoán quá mức ở người già bởi nhầm lẫn với khó thở do suy tim trái hay bệnh tim do thiếu máu cục bộ. Nếu có tiền sử hút thuốc lá hay phơi nhiễm nhiên liệu sinh khói, COPD hay hội chứng chồng lấp hen-COPD nên được xem xét (xem bên dưới).

Người hút thuốc và người đã từng hút thuốc

Hen phế quản và COPD có thể cùng tồn tại hoặc chồng lấp (hội chứng chồng lấp hen-COPD), đặc biệt ở những người hút thuốc lá và người già. Bệnh sử và các kiểu triệu chứng và các ghi nhận trong tiền căn có thể giúp phân biệt bệnh hen với giới hạn dòng khí cố định trong COPD. Khi không chắc chắn trong chẩn đoán nên nhanh chóng chuyển bệnh sớm, vì chồng lấp hen COPD mang lại hậu quả xấu hơn bệnh hen hoặc COPD riêng lẻ. Chồng lấp hen COPD không phải là một bệnh đơn lẻ, mà thường được gây ra bởi nhiều cơ chế khác nhau. Có ít minh chứng chất lượng tốt về phương pháp điều trị cho các bệnh nhân này, vì những bệnh nhân này thường bị loại khỏi các thử nghiệm lâm sàng. Tuy nhiên, bệnh nhân mắc COPD nên được điều trị với ít nhất ICS liều thấp (xem tr.30) cùng với giãn phế quản, nếu có tiền sử hen hoặc chẩn đoán hen, vì sẽ tăng nguy cơ nhập viện hoặc tử vong nếu chỉ được điều trị thuốc giãn phế quản đơn độc.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bệnh nhân bị ho dai dẳng như là triệu chứng hô hấp duy nhất

Có thể do hội chứng ho mãn tính đường hô hấp trên ("chảy dịch từ mũi sau"), viêm xoang mãn tính, trào ngược dạ dày thực quản (GERD), ho do thuốc ức chế men chuyển, rối loạn chức năng dây thanh âm, viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan, hay hen dạng ho. Hen dạng ho đặc trưng bởi ho và tăng phản ứng đường dẫn khí và có bằng chứng về thay đổi chức năng hô hấp là cần thiết để chẩn đoán. Tuy nhiên, thiếu bằng chứng về sự thay đổi chức năng hô hấp tại thời điểm thăm dò không loại trừ bệnh hen. Các thăm dò chẩn đoán khác, xem Bảng 2 và Chương 1 của báo cáo GINA, hoặc đề nghị bệnh nhân xin ý kiến chuyên gia.

Chẩn đoán hen ở các nước thu nhập thấp đến trung bình (LMIC)

Chẩn đoán phân biệt với hen ở LMIC thường gồm bệnh nhiễm trùng hô hấp đặc hữu (lao, bệnh phổi liên quan đến HIV/AIDS, bệnh phổi ký sinh trùng hoặc nấm). Thuật toán tiếp cận người bệnh có triệu chứng hô hấp là một phần của chiến lược cải thiện quản lý bệnh hô hấp ở LMIC.

Tiếp cận đo chức năng hô hấp ở LMIC thường hạn chế hoặc không đủ khả năng chi trả. Trường hợp này, có thể sử dụng PEF để xác định sự thay đổi giới hạn luồng khí thở nhằm xác định chẩn đoán hen (Bảng 2, tr.10). Ví dụ, cải thiện ≥20% PEF sau 15 phút sử dụng 2 nhát albuterol (salbutamol), hoặc cải thiện triệu chứng và PEF sau 4 tuần điều trị thử bằng ICS, có thể giúp xác định chẩn đoán hen trước khi bắt đầu điều trị kiểm soát dài hạn.

Cần nhấn mạnh việc đánh giá khả năng chi trả cho các công cụ chẩn đoán (PEF và chức năng hô hấp), và đào tạo cách sử dụng, để tránh bỏ sót chẩn đoán hoặc chẩn đoán quá mức ở các nước thu nhập thấp đến trung bình.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN HEN

Tận dụng mọi cơ hội để đánh giá bệnh nhân hen, đặc biệt khi họ có triệu chứng hay sau một đợt kịch phát gần đây, cũng như khi họ yêu cầu kê toa thuốc. Ngoài ra, phải lập kế hoạch kiểm tra định kỳ tối thiểu mỗi năm một lần.

Bảng 3. Đánh giá một bệnh nhân hen như thế nào

1. Kiểm soát hen - đánh giá cả việc kiểm soát triệu chứng và yếu tố nguy cơ
• Đánh giá việc kiểm soát triệu chứng trong vòng 4 tuần qua (Bảng 4, tr.14). • Xác định các yếu tố nguy cơ khác cho kết cục xấu (Bảng 4, tr.14). • Đo chức năng hô hấp trước khi bắt đầu điều trị, sau 3-6 tháng, và định kỳ, ví dụ: ít nhất thực hiện hàng năm ở hầu hết bệnh nhân.
2. Có bệnh đồng mắc không?
• Các bệnh bao gồm viêm mũi, viêm mũi xoang mạn tính, trào ngược dạ dày thực quản (GERD), béo phì, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, trầm cảm và lo âu. • Bệnh đồng mắc nên được xác định vì chúng có thể góp phần làm tăng các triệu chứng hô hấp, cơn kịch phát và làm giảm chất lượng cuộc sống. Điều trị các bệnh này có thể làm việc xử trí hen phức tạp hơn.
3. Các vấn đề điều trị
• Ghi lại điều trị của bệnh nhân. Hỏi về tác dụng phụ. • Quan sát bệnh nhân sử dụng bình hít và kiểm tra kỹ thuật hít (tr.38). • Thảo luận cởi mở và đồng cảm về tuân thủ điều trị (tr.38). • Kiểm tra xem bệnh nhân có bảng kế hoạch hành động hen (tr.42). • Hỏi người bệnh về quan điểm và mục tiêu điều trị của họ đối với bệnh hen.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 4. Đánh giá việc kiểm soát triệu chứng và nguy cơ tương lai

A. Đánh giá kiểm soát triệu chứng		**Mức độ kiểm soát các triệu chứng hen**		
4 tuần qua, bệnh nhân có:		**Kiểm soát tốt**	**Kiểm soát một phần**	**Không kiểm soát**
Triệu chứng ban ngày hơn hai lần/tuần?	Có☐ Không☐	Không có	Có từ 1-2	Có từ 3-4
Bất kỳ đêm nào thức giấc do hen?	Có☐ Không☐			
Cần thuốc giảm triệu chứng >2 lần/tuần?	Có☐ Không☐			
Giới hạn bất kỳ hoạt động nào do hen?	Có☐ Không☐			

B. Các yếu tố nguy cơ làm dự hậu bệnh hen xấu	
Đánh giá các yếu tố nguy cơ ngay lúc chẩn đoán và định kỳ, ít nhất 1 – 2 năm / lần, đặc biệt đối với các bệnh nhân thường có cơn kịch phát. Đo FEV_1 lúc bắt đầu điều trị, sau 3-6 tháng điều trị kiểm soát để ghi lại chức năng hô hấp tốt nhất, sau đó định kỳ để liên tục đánh giá nguy cơ.	
Có các triệu chứng hen không thể kiểm soát là một yếu tố nguy cơ quan trọng của các đợt kịch phát. Các yếu tố nguy cơ đợt kịch phát có thể thay đổi được , kể cả ở bệnh nhân có ít triệu chứng hen, bao gồm: • *Thuốc:* ICS không được chỉ định; kém tuân thủ ICS; kỹ thuật hít không đúng, sử dụng SABA nhiều (kết hợp với nguy cơ đợt kịch phát nếu dùng ≥3x200 liều-lọ/năm và tỷ lệ tử vong tăng nếu dùng ≥1x200 liều-lọ/tháng). • *Bệnh đồng mắc:* béo phì; viêm mũi xoang mãn tính; trào ngược dạ dày thực quản; dị ứng thức ăn đã xác định; lo lắng, trầm cảm, mang thai. • *Phơi nhiễm*: hút thuốc; thuốc lá điện tử; tiếp xúc với chất gây dị ứng nếu nhạy cảm; ô nhiễm môi trường. • *Bối cảnh:* các vấn đề kinh tế xã hội quan trọng. • *Chức năng hô hấp:* FEV_1 thấp, đặc biệt nếu <60% dự đoán; độ hồi phục phế quản cao hơn. • *Dấu ấn viêm nhóm 2:* tăng bạch cầu ái toan máu; FENO tăng mặc dù đang điều trị ICS. Yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng khác của cơn kịch phát gồm: • Đã được đặt nội khí quản hoặc hồi sức tích cực vì hen; có ≥1đợt kịch phát nặng trong 12 tháng qua.	Có một hoặc nhiều các yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ đợt kịch phát **ngay cả khi người bệnh có ít triệu chứng hen**

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

GERD: bệnh trào ngược dạ dày thực quản; FeNO: phân suất oxit nitric trong khí thở ra; ICS: corticosteroid dạng hít; SABA: tác dụng ngắn beta2-agonist. Xem trang tiếp theo để biết phần còn lại của bảng.

Bảng 4. Đánh giá kiểm soát triệu chứng và rủi ro trong tương lai (tiếp tục)

B. Các yếu tố nguy cơ làm dự hậu bệnh hen xấu (tiếp tục)
Các yếu tố nguy cơ làm hình thành giới hạn luồng khí cố định bao gồm: • Tiền sử: sinh non, sinh thiếu cân, sinh thừa cân ở trẻ sơ sinh, tăng tiết nhầy mạn tính. • Thuốc: thiếu điều trị bằng ICS ở người bệnh có tiền sử đợt kịch phát nặng. • Phơi nhiễm: khói thuốc lá, hóa chất độc hại, phơi nhiễm nghề nghiệp. • Xem xét: FEV_1 thấp, tăng bạch cầu ái toan trong đàm hoặc trong máu.
Các yếu tố nguy cơ đối với tác dụng phụ của thuốc bao gồm: • Toàn thân: thường xuyên dùng corticoid uống (OCS); ICS liều cao và/hoặc hoạt tính mạnh trong một thời gian dài; dùng kèm thuốc ức chế P450. • Tại chỗ: ICS liều cao hoặc loạt tính mạnh; kỹ thuật hít kém.

ICS: corticosteroid dạng hít; OCS: corticosteroid đường uống

ĐÁNH GIÁ VIỆC KIỂM SOÁT HEN NHƯ THẾ NÀO

Kiểm soát hen nghĩa là mức độ ảnh hưởng của hen có thể quan sát thấy được trên bệnh nhân, hoặc giảm đi, hoặc mất đi do điều trị. Kiểm soát hen gồm có hai vấn đề: kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ làm dự hậu bệnh xấu hơn trong tương lai, đặc biệt là các cơn kịch phát (đợt cấp) (xem Bảng 4, tr.14). Các bảng câu hỏi như là Đánh giá kiểm soát hen và Bảng câu hỏi kiểm soát hen chỉ đánh giá kiểm soát triệu chứng.

Kiểm soát triệu chứng kém là gánh nặng cho bệnh nhân và là nguy cơ cho cơn kịch phát.

Các yếu tố nguy cơ là những yếu tố làm tăng nguy cơ trong tương lai của bệnh nhân dẫn đến các cơn kịch phát (đợt cấp), làm suy giảm chức năng hô hấp, hoặc dẫn đến tác dụng phụ của thuốc.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Vai trò của đo chức năng hô hấp trong quản lý hen như thế nào?

Một khi đã chẩn đoán hen, đo chức năng hô hấp rất hữu ích như một chỉ số quan trọng để xác định các nguy cơ tương lai. Các chỉ số này cần được ghi lại lúc chẩn đoán, sau 3-6 tháng điều trị và định kỳ sau đó. Hầu hết các bệnh nhân nên đo chức năng hô hấp ít nhất 1 – 2 năm / lần. Trẻ em và những người có nguy cơ kịch phát cao hoặc suy giảm chức năng hô hấp cần phải thực hiện thường xuyên hơn. Những bệnh nhân có ít hoặc nhiều triệu chứng liên quan đến chức năng hô hấp cần phải được thăm dò thêm.

Đánh giá mức độ nặng của hen thế nào?

Hiện tại, mức độ nặng của hen có thể được đánh giá hồi cứu dựa vào các mức độ điều trị, cần thiết phải kiểm soát các triệu chứng và các cơn kịch phát. Hen nhẹ là bệnh hen có thể được kiểm soát bằng ICS-formoterol khi cần, hoặc ICS liều thấp. Cần nhấn mạnh với bệnh nhân rằng hen nhẹ vẫn cần điều trị ICS. Hen nặng là bệnh hen không kiểm soát mặc dù dùng liều tối ưu ICS-LABA hoặc cần liều cao ICS-LABA để kiểm soát.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ ĐÁNH GIÁ HEN KHÔNG KIỂM SOÁT

Hầu hết bệnh nhân có thể đạt được kiểm soát tốt với điều trị có ICS, nhưng một số bệnh nhân thì không, và các thăm dò khác cần được thực hiện.

Bảng 5. Làm thế nào để đánh giá hen không kiểm soát ở tuyến cơ sở

Quan sát bệnh nhân sử dụng ống hít. Trao đổi về tuân thủ điều trị và những khó khăn khi sử dụng	So sánh kỹ thuật hít với bảng kiểm cụ thể dụng cụ hít và sửa các lỗi sai; kiểm tra lại thường xuyên. Phải thảo luận 1 cách đồng cảm với bệnh nhân về những khó khăn để tuân thủ điều trị.
Xác định chẩn đoán hen	Nếu chức năng hô hấp bình thường khi đang có triệu chứng, xem xét liều ICS và kiểm tra lại chức năng hô hấp sau 2-3 tuần.
Loại bỏ các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn. Đánh giá và xử trí các bệnh đi kèm	Kiểm tra các yếu tố nguy cơ hay nguyên nhân như hút thuốc, thuốc chẹn beta, chống viêm không steroid (NSAID), tiếp xúc chất với dị ứng nguyên. Kiểm tra bệnh đi kèm như viêm mũi, béo phì, trào ngược dạ dày-thực quản (GERD), trầm cảm/lo lắng.
Xem xét điều trị tăng bậc	Xem xét tăng bậc điều trị cho mức điều trị kế tiếp. Sử dụng việc chia sẻ quyết định và cân nhắc các lợi ích và nguy cơ tiềm ẩn.
Tham khảo ý kiến chuyên gia hay các trung tâm chuyên về hen nặng	Nếu bệnh hen vẫn không được kiểm soát sau 3-6 tháng điều trị theo Bậc 4, tham khảo ý kiến chuyên gia. Tham khảo sớm hơn nếu các triệu chứng hen nặng hay nghi ngờ về việc chẩn đoán

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Sơ đồ này trình bày các vấn đề thông thường trước nhất, nhưng các bước có thể thực hiện theo một trật tự khác nhau, phụ thuộc vào các nguồn lực và hoàn cảnh lâm sàng.

ĐIỀU TRỊ HEN

CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG

Mục tiêu dài hạn của quản lý hen là **giảm nguy cơ** và **kiểm soát triệu chứng**. Mục tiêu làm giảm gánh nặng cho bệnh nhân và giảm nguy cơ tử vong do hen, cơn kịch phát, tổn thương đường dẫn khí và các tác dụng phụ của thuốc. Các mục tiêu của bệnh nhân liên quan đến bệnh hen và cách điều trị cũng nên được xác định.

Các khuyến nghị ở cấp độ quần thể về các phương pháp điều trị bệnh hen "được ưa chuộng" tiêu biểu cho điều trị tốt nhất cho hầu hết các bệnh nhân trong dân số. Ví dụ, có những khuyến nghị khác nhau cho người lớn, trẻ em 6-11 tuổi và trẻ ≤ 5 tuổi. Trong Bước 5, cũng có các khuyến nghị cấp quần thể khác nhau tùy thuộc vào kiểu hình viêm, Loại 2 hoặc không Loại 2.

Các quyết định điều trị ở cấp độ bệnh nhân nên tính đến bất kì đặc điểm cá thể, yếu tố nguy cơ, các bệnh đồng mắc hay kiểu hình giúp dự đoán đáp ứng của người bệnh với điều trị trên cơ sở triệu chứng của họ, nguy cơ cơn kịch phát,cùng với mục tiêu cá nhân và các vấn đề thực tế như kỹ thuật hít, sự tuân thủ điều trị và khả năng chi trả. Ở người lớn và trẻ lớn, có hai hướng điều trị tùy thuộc vào sự sẵn có của thuốc, yếu tố nguy cơ của người bệnh và sự tuân thủ điều trị. Xem thêm ở tr.21.

Sự cộng tác giữa bệnh nhân và người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe quan trọng trong quản lý bệnh hen hiệu quả. Việc huấn luyện nhân viên y tế về **kỹ năng giao tiếp** có thể sẽ tăng sự hài lòng của bệnh nhân, cho kết quả sức khỏe tốt hơn và giảm được việc sử dụng nguồn lực chăm sóc y tế.

Hiểu biết về sức khỏe - là khả năng bệnh nhân đạt được, thực hiện và hiểu được những thông tin sức khỏe cơ bản để đưa ra các quyết định về sức khỏe thích hợp – nên được tính đến trong giáo dục và quản lý bệnh hen.

COPYRIGHTED MATERIAL – DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

VÒNG ĐIỀU TRỊ HEN ĐỂ GIẢM THIỂU CÁC NGUY CƠ VÀ KIỂM SOÁT CÁC TRIỆU CHỨNG

Quản lý hen bao gồm một chu kỳ liên tục để **đánh giá**, **điều chỉnh điều trị** và **đánh giá đáp ứng** (xem Bảng 6, tr.18).

Đánh giá bệnh nhân hen không chỉ bao gồm kiểm soát **triệu chứng**, mà còn **các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc** của bệnh nhân có thể góp phần vào gánh nặng bệnh tật và nguy cơ dẫn đến kết quả sức khỏe kém, hoặc có thể dự đoán đáp ứng điều trị của bệnh nhân. Các mục tiêu liên quan đến hen của bệnh nhân (và của cha mẹ của trẻ bị hen) cũng cần được gợi mở, như là một phần của việc ra quyết định chung về các lựa chọn điều trị hen.

Điều trị để dự phòng các cơn hen nặng và kiểm soát các triệu chứng bao gồm:

Thuốc: GINA hiện nay khuyến cáo rằng mọi người trưởng thành và thanh thiếu niên mắc bệnh hen nên dùng thuốc kiểm soát có chứa ICS để giảm nguy cơ các cơn kịch phát nặng, ngay cả ở những bệnh nhân có triệu chứng không thường xuyên. Mỗi bệnh nhân hen nên có một loại thuốc hít cắt cơn để sử dụng khi cần, hoặc ICS-formoterol liều thấp hoặc SABA. ICS-formoterol là thuốc cắt cơn ưu tiên, bởi vì nó làm giảm nguy cơ kịch phát nặng so với các lựa chọn điều trị trong đó thuốc cắt cơn là SABA. Tuy nhiên, ICS-formoterol không nên được sử dụng làm thuốc cắt cơn ở những bệnh nhân đang dùng ICS-LABA duy trì khác; những bệnh nhân này thuốc cắt cơn thích hợp là SABA.

- Xử trí các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được và các bệnh đồng mắc (Bảng 4, tr.14)
- Các chiến lược và liệu pháp không dùng thuốc phù hợp (tr.39)

Quan trọng là mỗi bệnh nhân cũng nên được đào tạo những kỹ năng cần thiết và được hướng dẫn tự xử trí bệnh hen, bao gồm:

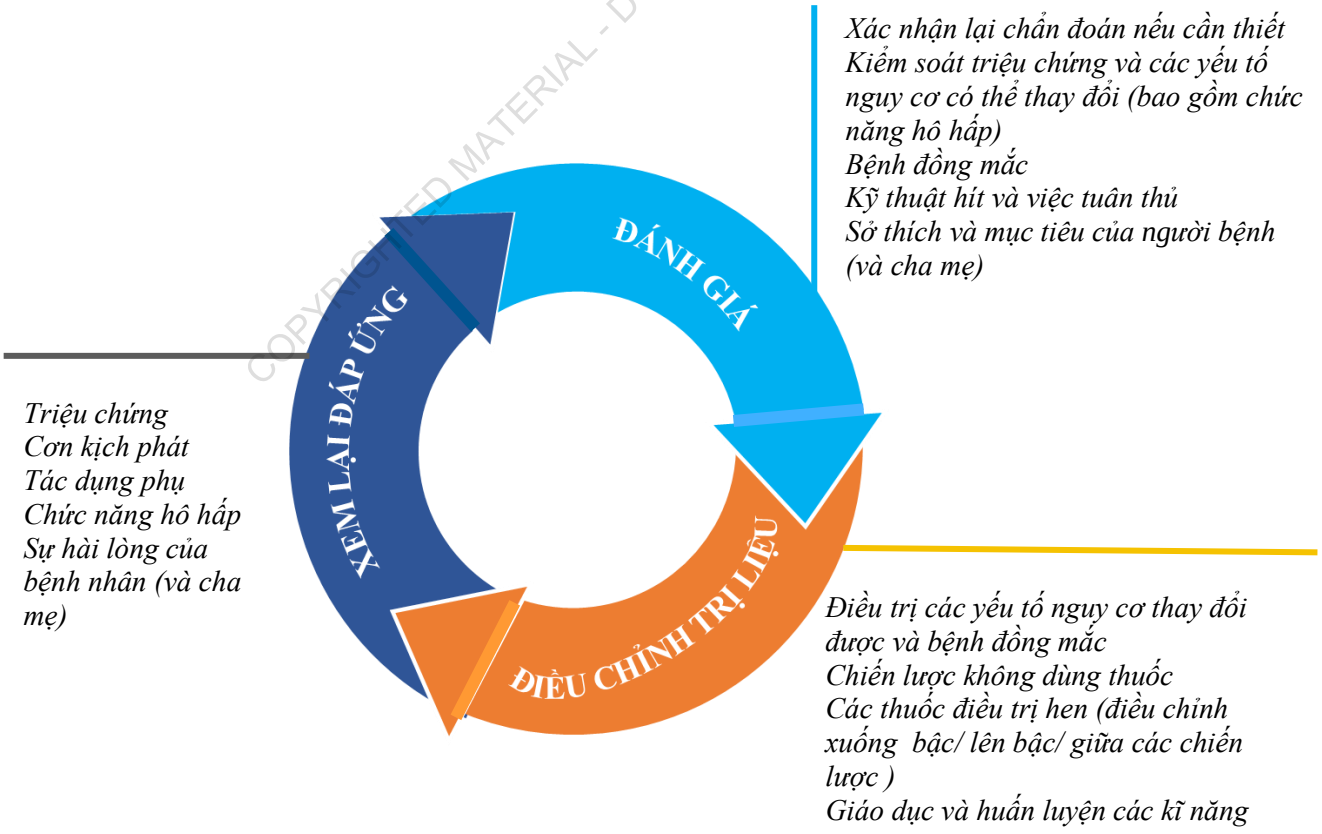
- Thông tin về bệnh hen
- Các kỹ năng sử dụng thuốc hít (tr.38)
- Sự tuân thủ điều trị (tr.38)
- Lập kế hoạch hành động cho hen (tr.42)
- Tự giám sát triệu chứng và / hoặc lưu lượng đỉnh
- Khám sức khỏe đều đặn (tr.13)

Đáp ứng của bệnh nhân nên được đánh giá bất cứ khi nào điều trị được thay đổi. Đánh giá kiểm soát triệu chứng, các cơn kịch phát, tác dụng phụ, chức năng hô hấp và sự hài lòng của bệnh nhân (và cha mẹ, đối với trẻ bị hen).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 6. Vòng xử lý bệnh hen để ngăn chặn cơn kịch phát và kiểm soát triệu chứng

Mục đích của quản lý hen là để ngăn ngừa cơn kịch phát và tử vong do hen, để làm giảm và kiểm soát được các triệu chứng



KHUYẾN NGHỊ GINA CHO HEN NHẸ

Để an toàn, GINA không còn khuyến cáo điều trị hen phế quản ở người lớn và thanh thiếu niên chỉ dùng beta$_2$ tác dụng ngắn **(SABA),** không có corticosteroid đường hít (ICS). Bằng chứng mạnh mẽ cho điều trị chỉ có SABA, mặc dù giúp cấp cứu cắt cơn ngắn hạn các triệu chứng hen, nhưng không bảo vệ bệnh nhân khỏi đợt cấp nặng và việc sử dụng SABA đều đặn hoặc thường xuyên làm tăng nguy cơ đợt cấp.

GINA hiện khuyến cáo rằng tất cả người lớn và thanh thiếu niên mắc bệnh hen nên được điều trị kiểm soát bằng thuốc có chứa ICS, để giảm nguy cơ cơn kịch phát nặng và kiểm soát các triệu chứng.

Đối với người lớn và thanh thiếu niên, các lựa chọn điều trị hen nhẹ là:
- khi cần thiết, ICS-formoterol liều thấp (ưu tiên), hoặc
- ICS liều thấp thường xuyên, cộng với SABA khi cần thiết

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Tại sao GINA thay đổi khuyến nghị vào năm 2019?

Các khuyến nghị mới trong GINA 2019 thể hiện cho đỉnh cao của một chiến dịch kéo dài 12 năm của GINA để có được bằng chứng cho các chiến lược mới để điều trị hen nhẹ. Mục tiêu của chúng tôi là:

- để giảm nguy cơ cơn kịch phát và tử vong liên quan đến hen, kể cả ở những bệnh nhân được coi là hen nhẹ.
- để cung cấp thông điệp nhất quán về mục tiêu điều trị, bao gồm cả việc phòng ngừa cơn kịch phát, trên phạm vi mức độ nặng của bệnh hen
- để tránh thiết lập một mô hình bệnh nhân phụ thuộc vào SABA sớm trong quá trình bệnh.

Thông tin bổ sung được cung cấp ở trang 31 về bằng chứng và lý do cho từng khuyến nghị trong Bước 1 và 2.

Tại sao có những lo ngại về điều trị chỉ có SABA?

Nhiều hướng dẫn khuyến cáo rằng bệnh nhân bị hen nhẹ nên được điều trị bằng thuốc cắt cơn SABA khi cần thiết. Điều này có từ hơn 50 năm trước, khi bệnh hen chủ yếu được coi là một căn bệnh phế quản. Tuy nhiên, viêm đường thở được tìm thấy ở hầu hết bệnh nhân bị hen, ngay cả ở những người có triệu chứng không liên tục hoặc không thường xuyên.

Mặc dù SABA giúp giảm nhanh chóng các triệu chứng, nhưng điều trị chỉ có SABA có liên quan đến tăng nguy cơ cơn kịch phát và chức năng hô hấpthấp hơn.

Sử dụng thường xuyên SABA làm tăng phản ứng dị ứng và viêm đường dẫn khí và làm giảm đáp ứng giãn phế quản với SABA khi cần thiết.

Sử dụng quá mức SABA (vídụ: dùng ≥3 lọ trong một năm) có liên quan đến tăng các cơn kịch phát nghiêm trọng. Dùng ≥12 hộp SABA trong một năm (và thậm chí có thể ít hơn) có liên quan đến việc tăng nguy cơ tử vong do hen.

BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ HEN

Để có kết quả tốt nhất, **nên bắt đầu điều trị bằng ICS** ngay khi có thể sau khi chẩn đoán hen được thực hiện, bởi vì:

- Bệnh nhân bị hen dù nhẹ có thể có cơn kịch phát nghiêm trọng.
- ICS liều thấp làm giảm đáng kể việc nhập viện và tử vong vì hen,
- ICS liều thấp rất hiệu quả trong việc ngăn ngừa các cơn kịch phát nghiêm trọng, giảm triệu chứng, cải thiện chức năng hô hấp và ngăn ngừa co thắt phế quản do vận động thể lực, ngay cả ở những bệnh nhân hen nhẹ.
- Điều trị sớm bằng ICS liều thấp dẫn đến chức năng hô hấp tốt hơn so với khi các triệu chứng đã xuất hiện trong hơn 2-4 năm.
- Bệnh nhân không sử dùng ICS trải qua cơn kịch phát nghiêm trọng nặng có chức năng hô hấp về lâu dài thấp hơn so với những người đã bắt đầu ICS.
- Trong hen nghề nghiệp, loại bỏ sớm phơi nhiễm và điều trị sớm làm tăng khả năng phục hồi.

Đối với hầu hết người lớn hoặc thanh thiếu niên bị hen phế quản, điều trị có thể được bắt đầu ở Bước 2 với ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết (ưa tiên), hoặc ICS liều thấp thường xuyên hàng ngày với SABA khi cần. Xem Bảng 7B, tr.24.

Hầu hết bệnh nhân hen không cần liều ICS cao hơn, bởi vì ở cấp độ nhóm, hầu hết các lợi ích (bao gồm cả phòng ngừa các cơn kịch pháp) đều đạt ở liều thấp. Đối với liều ICS, xem Bảng 9, tr.30.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Cân nhắc bắt đầu từ Bước 3 (ví dụ: duy trì và điều trị cắt cơn với ICS-formoterol liều thấp) nếu trong hầu hết các ngày, bệnh nhân có các triệu chứng khó chịu vì hen (4-5 ngày/ tuần); hoặc thức giấc vì hen một lần hoặc nhiều hơn trong một tuần.
Nếu biểu hiện hen ban đầu là hen nặng không kiểm soát hoặc với cơn kịch phát cấp tính, bắt đầu điều trị kiểm soát thường xuyên tại Bước 4 (ví dụ: duy trì ICS-formoterol liều trung bình và điều trị cắt cơn); một liệu trình ngắn OCS (corticoid uống) cũng có thể cần.
Cân nhắc hạ bậc sau khi hen đã được kiểm soát tốt trong 3 tháng. Tuy nhiên, ở người lớn và thanh thiếu niên, không nên dừng hoàn toàn ICS.

Trước khi bắt đầu điều trị ban đầu (Bảng 7B, tr.24 và 8B, tr.28)

- Ghi lại bằng chứng chẩn đoán hen.
- Ghi lại kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ.
- Đánh giá chức năng hô hấp, khi có thể.
- Tập huấn cho bệnh nhân sử dụng ống hít đúng cách và kiểm tra kỹ thuật của họ.
- Lên lịch tái khám.

Sau khi bắt đầu điều trị ban đầu (Bảng 7A, tr.22 và 8A, tr.26)

- Xem xét đáp ứng sau 2-3 tháng, hoặc theo mức độ khẩn cấp lâm sàng.
- Xem Bảng 7A/8A để biết điều trị duy trì và các vấn đề quản lý quan trọng khác.
- Cân nhắc giảm bậc điều trị khi bệnh hen đã được kiểm soát tốt trong 3 tháng.

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ HEN CHO NGƯỜI LỚN VÀ THANH THIẾU NIÊN

Các lựa chọn điều trị duy trì cho người lớn và thanh thiếu niên đã được làm rõ trong bảng điều trị chính (Bảng 7A, tr.22) bằng cách hiển thị hai 'chiến lược' điều trị. Sự khác biệt chính giữa hai chiến lược là thuốc được sử dụng để giảm triệu chứng: ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết trong chiến lược 1 (ưu tiên) và SABA khi cần trong chiến lược 2.

Chiến lược 1: **Thuốc giảm triệu chứng khi cần là ICS-formoterol liều thấp.**

Đây là cách tiếp cận ưa thích được GINA khuyến nghị cho người lớn và thanh thiếu niên. Sử dụng ICS-formoterol liều thấp làm thuốc cắt cơn làm giảm nguy cơ dẫn đến các cơn kịch phát nặng so với các phác đồ với SABA làm thuốc cắt cơn, với kiểm soát triệu chứng tương tự. Với cách tiếp cận này:

- Khi một bệnh nhân ở bất kỳ bậc điều trị nào có triệu chứng hen, bệnh nhân sử dụng ICS-formoterol liều thấp trong một ống hít duy nhất để giảm triệu chứng.
- Trong bậc 3-5, bệnh nhân cũng dùng ICS-formoterol làm điều trị hàng ngày thường xuyên. Điều này được gọi là "liệu pháp duy trì và cắt cơn" (MART).

ICS-formoterol không nên được sử dụng làm thuốc cắt cơn đối với bệnh nhân dùng bất kỳ ICS-LABA nào khác.

Chiến lược 2: **Thuốc cắt cơn là SABA cần thiết.** Đây là một cách tiếp cận thay thế khi Chiến lược 1 là không thể hoặc không được ưa tiên bởi một bệnh nhân không có cơn kịch phát trong liệu pháp hiện tại.

- Trong Bậc 1, bệnh nhân dùng SABA và ICS liều thấp cùng nhau để cắt cơn khi các triệu chứng xuất hiện, trong ống hít kết hợp hoặc với ICS được thực hiện ngay sau SABA.
- Trong Bậc 2-5, SABA (đơn trị) được sử dụng để giảm triệu chứng và bệnh nhân dùng thuốc kiểm soát có chứa ICS thường xuyên mỗi ngày.

Trước khi kê đơn với thuốc cắt cơn SABA, hãy xem xét liệu bệnh nhân có khả năng tuân thủ liệu pháp kiểm soát chứa ICS hay không, vì nếu không bệnh nhân sẽ có nguy cơ đợt cấp cao hơn nếu chỉ dùng duy nhất SABA trong điều trị.

Trong quá trình điều trị duy trì, điều trị có thể nâng bậc hoặc xuống bậc theo một chiến lược, sử dụng cùng một thuốc cắt cơn ở mỗi bước, hoặc nó có thể được chuyển đổi giữa các chiến lược, theo nhu cầu của từng bệnh nhân.

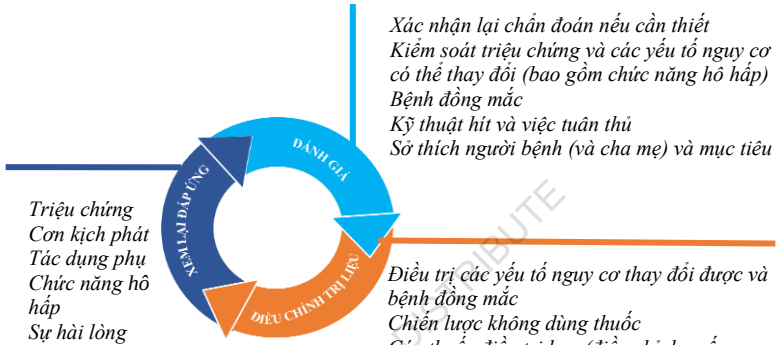
Trước khi nâng bậc điều trị, hãy kiểm tra các vấn đề phổ biến như kỹ thuật hít không chính xác, tuân thủ kém và phơi nhiễm môi trường và xác định rằng các triệu chứng là do hen (xem Bảng 5, tr.16).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 7A. Chiến lược điều trị hen phế quản của GINA – người lớn và thanh thiếu niên

Người lớn và thanh thiếu niên trên 12 tuổi

Cá thể hóa việc quản lý hen phế quản
Đánh giá, điều chỉnh, xem xét cho từng nhu cầu của từng bệnh nhân



KIỂM SOÁT và THUỐC CẮT CƠN ƯU TIÊN (Chiến lược 1). Sử dụng ICS-Formoterol như thuốc cắt cơn làm giảm nguy cơ cơn kịch phát so với sử dụng SABA	**BẬC 1-2** ICS-formoterol liều thấp khi cần	**BẬC 3** ICS-formoterol liều thấp duy trì	**BẬC 4** ICS-formoterol liều trung bình duy trì	**BẬC 5** Them LAMA Đánh giá kiểu hình. Xem xét ICS-Formoterol duy trì liều cao ± kháng IgE, kháng IL5/5R, kháng IL4R, kháng TSLP
	CẮT CƠN: ICS-formoterol liều thấp khi cần			
KIỂM SOÁT và THUỐC CẮT CƠN THAY THẾ (Chiến lược 2). Trước khi xem xét một chế độ với thuốc cắt cơn SABA, hãy kiểm tra xem bệnh nhân có khả năng được tuân thủ với những kiểm soát hàng ngày hay không.	**BẬC 1** Dùng ICS bất cứ khi nào dùng SABA	**BẬC 2** ICS liều thấp duy trì	**BẬC 3** ICS-LABA liều thấp duy trì	**BẬC 4** ICS-LABA liều trung bình/cao duy trì	**BẬC 5** Them LAMA Đánh giá kiểu hình. Xem xét ICS-Formoterol duy trì liều cao ± kháng IgE, kháng IL5/5R, kháng IL4R, kháng TSLP
	CẮT CƠN: Kích thích thụ thể Beta2 khi cần			
Những lựa chọn kiểm soát khác cho từng chiến lược		*ICS liều thấp bất cứ khi nào dùng SABA hoặc LTRA hằng ngày hoặc thêm HDM SLIT*	*ICS liều trung bình hoặc LTRA hoặc thêm HDM SLIT*	*Thêm LAMA hoặc LTRA hoặc thêm HDM SLIT hoặc chuyển đổi ICS liều cao*	*Thêm Azithromycin (người lớn) hoặc thêm LTRA và liều thấp OCS nhưng xem xét tác dụng phụ*

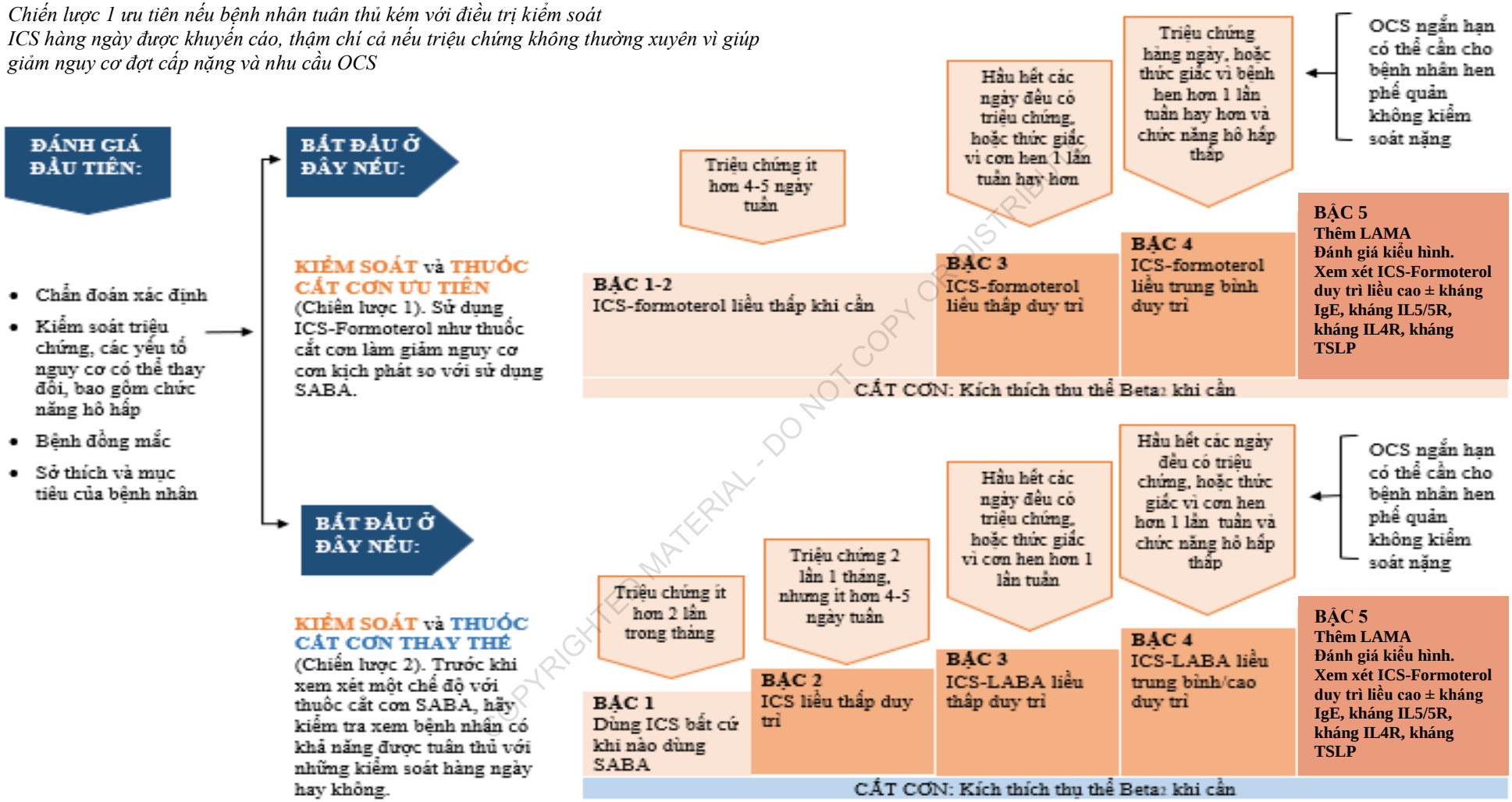
COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

ICS: corticosteroid dạng hít; LABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng dài; LAMA: chất đối kháng muscarinic tác dụng dài; LTRA: chất đối kháng thụ thể leukotriene; OCS: corticosteroid đường uống; SABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng ngắn. Xem Bảng 8A (tr.26) cho trẻ em 6-11 tuổi. Để biết thêm chi tiết về các khuyến nghị điều trị và để hỗ trợ bằng chứng và tư vấn lâm sàng về việc thực hiện ở các dân số khác nhau, xem báo cáo GINA 2022 đầy đủ (www.ginasthma.org). Để biết thêm chi tiết về cáclíệu pháp bổ sung bước 5, xem Chương 3E của báo cáo GINA hoặc Hướng dẫn bỏ túi GINA 2021 về Hen khó trị và Hen nặng, và kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện của y tế địa phương.

Bảng 7B. Điều trị ban đầu: người lớn và thanh thiếu niên bị hen

BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ

Chiến lược 1 ưu tiên nếu bệnh nhân tuân thủ kém với điều trị kiểm soát
ICS hàng ngày được khuyến cáo, thậm chí cả nếu triệu chứng không thường xuyên vì giúp giảm nguy cơ đợt cấp nặng và nhu cầu OCS



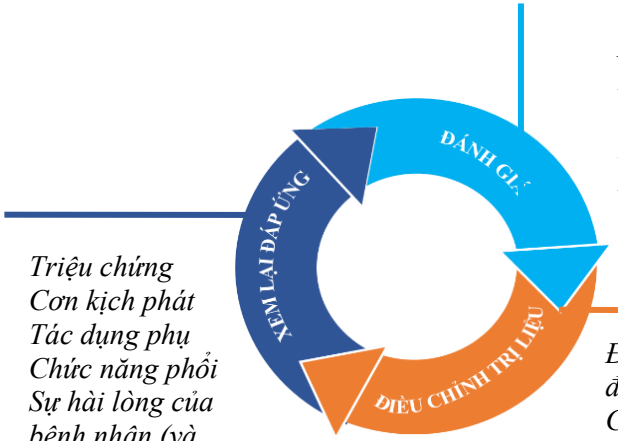
COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

ICS: corticosteroid dạng hít; SABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng ngắn.
Để điều trị hen ban đầu ở trẻ em 6-11 tuổi, xem Bảng 8B (tr.28). Để biết thêm chi tiết về các khuyến nghị điều trị bao gồm bằng chứng hỗ trợ và tư vấn lâm sàng về việc thực hiện ở các dân số khác nhau, hãy xem báo cáo GINA 2021 đầy đủ (www.ginasthma.org). Để biết thêm chi tiết về các liệu pháp bổ sung Bước 5, xem Chương 3E của báo cáo GINA, hoặc Hướng dẫn bỏ túi GINA 2021 về Hen khó trị và Hen nặng, và kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện của y tế địa phương.

Hình 8A. Chiến lược điều trị hen phế quản của GINA - trẻ em 6-11 tuổi

Trẻ em 6-11 tuổi

Cá thể hóa việc quản lý hen phế quản:
Đánh giá, Điều chỉnh, Xem xét



Xác nhận lại chẩn đoán nếu cần thiết
Kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi (bao gồm chức năng hô hấp)
Bệnh đồng mắc
Kỹ thuật hít và việc tuân thủ
Sở thích người bệnh (và cha mẹ) và mục tiêu

Triệu chứng
Cơn kịch phát
Tác dụng phụ
Chức năng phổi
Sự hài lòng của bệnh nhân (và cha mẹ)

Điều trị các yếu tố nguy cơ thay đổi được và bệnh đồng mắc
Chiến lược không dùng thuốc
Các thuốc điều trị hen (điều chỉnh xuống bậc/ lên bậc/ giữa các chiến lược)
Giáo dục và huấn luyện các kĩ năng

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

KIỂM SOÁT ĐƯỢC ƯU TIÊN để dự phòng cơn kịch phát và kiểm soát triệu chứng	**BẬC 1** Dùng ICS bất cứ khi nào dùng SABA	**BẬC 2** Corticosteroid hít liều thấp hằng ngày (ICS) (Xem bảng khoảng liều ICS cho trẻ em)	**BẬC 3** ICS-LABA liều thấp, hoặc ICS liều trung bình hoặc liều rất thấp ICS-formoterol duy trì và cắt cơn (MART)	**BẬC 4** ICS-LABA liều trung bình, hoặc liều thấp ICS-formoterol duy trì và cắt cơn (MART), Tham khảo lời khuyên chuyên gia.	**BẬC 5** Tham khảo đánh giá kiểu hình ± liều cao ICS-LABA hoặc thêm thuốc như kháng-IgE, kháng IL4R
Lựa chọn kiểm soát khác	*Xem xét liều thấp ICS hằng ngày*	*LTRA hằng ngày hoặc ICS liều thấp bất cứ khi nào dùng SABA*	*ICS thấp + LTRA*	*Thêm Tiotropium hoặc LTRA*	*Thêm kháng IL5 hoặc liều thấp OCS nhưng xem xét tác dụng phụ*
CẮT CƠN	*Kích thích thụ thể Beta$_2$ khi cần (hoặc ICS-formoterol cắt cơn cho MART như trên)*				

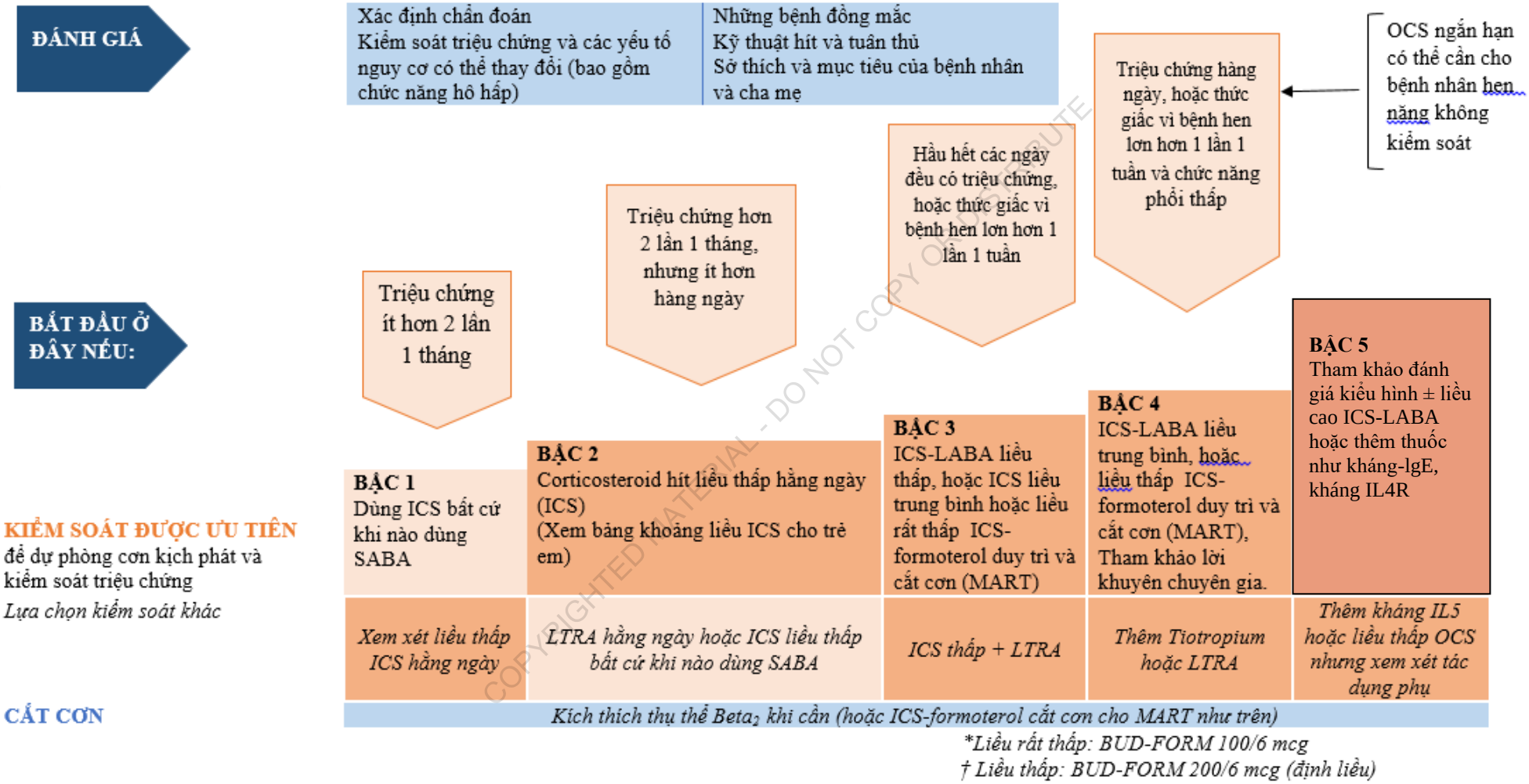
**Liều rất thấp: BUD-FORM 100/6 mcg*
† Liều thấp: BUD-FORM 200/6 mcg (định liều)

ICS: corticosteroid dạng hít; LABA: beta$_2$ tác dụng dài; LTRA: chất đối kháng thụ thể leukotriene; OCS: corticosteroid đường uống; SABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng ngắn. Xem Bảng 7A (tr.22) dành cho người lớn và thanh thiếu niên. Để biết thêm chi tiết về các khuyến nghị điều trị và để hỗ trợ bằng chứng và tư vấn lâm sàng về việc thực hiện trong các dân số khác nhau xem báo cáo GINA 2022 đầy đủ (www.ginasthma.org). Kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện y tế địa phương.

Hình 8B. Chiến lược điều trị hen phế quản của GINA - trẻ em 6-11 tuổi

BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ

Trẻ em 6-11 tuổi được chẩn đoán hen phế quản



COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

ICS: corticosteroid dạng hít; LABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng dài; LTRA: chất đối kháng thụ thể leukotriene; OCS: corticosteroid đường uống; SABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng ngắn. Để điều trị hen ban đầu ở người lớn và thanh thiếu niên, xem Bảng 7B (tr.24). Để biết thêm chi tiết về các khuyến nghị điều trị bao gồm bằng chứng hỗ trợ và tư vấn lâm sàng về việc thực hiện ở các dân số khác nhau, hãy xem báo cáo GINA 2021 đầy đủ (www.ginasthma.org). Kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện y tế địa phương.

Bảng 9. Liều thấp, trung bình và cao hàng ngày của corticosteroid dạng hít

Đây không phải là một bảng tương đương, nhưng đề xuất tổng liều ICS hàng ngày cho các lựa chọn liều 'thấp', 'trung bình' và 'cao' trong Bảng 7 và 8. Bảng này dựa trên các nghiên cứu có sẵn và thông tin sản phẩm. Liều lượng có thể cụ thể theo quốc gia, tùy thuộc vào tình trạng sẵn có của địa phương, quy định ghi nhãn và hướng dẫn lâm sàng, đối với mometasone, việc bổ sung LAMA vào ICS-LABA.

ICS liều thấp cung cấp hầu hết các lợi ích lâm sàng cho hầu hết bệnh nhân. Tuy nhiên, đáp ứng của ICS khác nhau giữa các bệnh nhân, vì vậy một số bệnh nhân có thể cần dùng ICS liều trung bình nếu bệnh hen không được kiểm soát mặc dù có tuân thủ tốt và kỹ thuật hít đúng với ICS liều thấp.

ICS liều cao rất cần thiết cho rất ít bệnh nhân và việc sử dụng lâu dài có liên quan đến việc tăng nguy cơ tác dụng phụ tại chỗ và toàn thân.

Corticosteroid dạng hít cho người lớn và thanh thiếu niên	**Tổng liều ICS hàng ngày (mcg)**		
	Thấp	**Trung bình**	**Cao**
BDP (pMDI*, HFA)	200–500	>500–1000	>1000
BDP (DPI or pMDI, hạt mịn, HFA)	100–200	>200–400	>400
Budesonide (DPI or pMDI*, HFA)	200–400	>400–800	>800
Ciclesonide (pMDI, hạt mịn, HFA)	80–160	>160–320	>320
Fluticasone furoate (DPI)	100		200
Fluticasone propionate(DPI)	100–250	>250–500	>500
Fluticasone propionate (pMDI*,HFA)	100–250	>250–500	>500
Mometasone furoate (DPI)	Phụ thuộc dụng cụ hít		
Mometasone furoate (pMDI*,HFA)	200 - 400		400
Corticosteroid dạng hít cho trẻ từ 6 -11 tuổi	**Tổng liều ICS hàng ngày (mcg)**		
	Thấp	**Trung bình**	**Cao**
BDP (pMDI*, HFA)	100–200	>200–400	>400
BDP (pMDI, hạt mịn, HFA)	50-100	>100-200	>200
Budesonide (DPI)	100–200	>200–400	>400
Budesonide (nebules)	250–500	>500–1000	>1000
Ciclesonide (pMDI, hạt mịn, HFA)	80	>80-160	>160
Fluticasone furoate (DPI)	50		n.a
Fluticasone propionate (DPI)	50–100	>100–200	>200
Fluticasone propionate (pMDI*, HFA)	50 - 100	> 100– 200	> 200
Mometasone furoate (pMDI*, HFA)	100		200

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

BDP: beclometasone dipropionate; DPI: ống hít bột khô; HFA: nhiên liệu đẩy hydrofluoroalkane;
BDP: beclometasone dipropionate; DPI: ống hít bột khô; HFA: hydrofluoroalkane là chất đẩy.
pMDI:ống hít liều đo áp lực. Bảng hiển thị liều đo được.
* Hạt tiêu chuẩn (không mịn). ICS bởi pMDI tốt nhất nên được sử dụng với một buồng đệm.

Đối với các chế phẩm mới, hoặc các sản phẩm có chứa LAMA, thông tin sản phẩm của nhà sản xuất nên được xem xét cẩn thận, vì các sản phẩm có cùng một phân tử có thể không tương đương về mặt lâm sàng.

TIẾP CẬN TỪNG BẬC ĐỂ ĐIỀU CHỈNH ĐIỀU TRỊ THEO NHU CẦU CÁ THỂ HÓA BỆNH NHÂN

Để rõ ràng, các lựa chọn điều trị cho người lớn và thanh thiếu niên trong Bảng 7A (tr.22) được hiển thị dưới dạng hai chiến lược, dựa trên sự lựa chọn thuốc cắt cơn. Trong chiến lược 1, thuốc cắt cơn là ICS-formoterol liều thấp. Đây là cách tiếp cận ưa tiên được GINA khuyến nghị, bởi vì chiến lược này làm giảm nguy cơ các cơn kịch phát nặng so với sử dụng thuốc cắt cơn SABA (các tùy chọn được trình bày trong Chiến lược 2).

Một khi điều trị hen đã được bắt đầu (Bảng 7B, tr.24 và Bảng 8B, tr.28), các quyết định tiếp theo dựa trên một chu trình chung để đánh giá bệnh nhân, điều chỉnh điều trị (bằng thuốc và không dùng thuốc) nếu cần thiết, và xem xét phản hồi của người bệnh (Bảng 6, tr.18). Điều trị có thể được tăng hoặc giảm dựa trên theo dõi bằng cách sử dụng cùng một chiến lược cắt cơn ở mỗi bậc, hoặc nó có thể được chuyển đổi giữa các chiến lược, theo nhu cầu của từng bệnh nhân.

Các **phương pháp điều trị kiểm soát ưu tiên** ở mỗi bậc cho người lớn và thanh thiếu niên được tóm tắt bên dưới và ở Bảng 7A (tr.22) và trong Bảng 8A (tr.26) cho trẻ em 6-11 tuổi. Xem Bảng 9 (tr.30) cho liều ICS. Để biết thêm chi tiết, bao gồm cả trẻ em từ 5 tuổi trở xuống, hãy xem báo cáo GINA 2021 đầy đủ.

Ở mỗi bậc, **các lựa chọn thuốc kiểm soát khác** cũng được liệt kê, không hiệu quả như "thuốc kiểm soát ưu tiên", nhưng có thể được xem xét cho bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ đặc biệt hoặc nếu thuốc kiểm soát ưu tiên không có sẵn.

Đối với những bệnh nhân bị hen không được kiểm soát tốt trong một điều trị đặc thù, tuân thủ, kỹ thuật hít và các bệnh đồng mắc nên được kiểm tra trước khi xem xét một loại thuốc khác trong cùng một bậc, hoặc trước khi tăng bậc điều trị.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

BẬC 1. Điều trị ưu tiên cho người lớn và thanh thiếu niên: ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết để giảm triệu chứng (Chiến lược 1)

Các khuyến nghị bậc 1 dành cho:

- Điều trị hen ban đầu cho bệnh nhân có triệu chứng dưới hai lần một tháng và không có yếu tố nguy cơ kịch phát, nhóm hiếm khi được nghiên cứu.
- Điều trị hạ bậc cho bệnh nhân hen được kiểm soát tốt trong điều trị Bậc 2.

ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết là điều trị ưu tiên cho người lớn và thanh thiếu niên mắc hen nhẹ. ICS-formoterol liều thấp khi cần ở bậc 1 được hỗ trợ bởi bằng chứng gián tiếp từ một nghiên cứu lớn về budesonide-formoterol liều thấp khi cần so với điều trị chỉ dùng SABA ở bệnh nhân đủ điều kiện điều trị bậc 2 (xem bên dưới).

Khi đưa ra khuyến nghị này, những cân nhắc quan trọng nhất là:

- Bệnh nhân có ít triệu chứng hen cách khoảng có thể có cơn kịch phát nghiêm trọng hoặc có thể gây tử vong.
- Sự khác biệt trong tiền sử giữa hen 'cách khoảng' và 'dai dẳng' là tương đối. Với ICS-formoterol cần thiết, giảm đáng kể nguy cơ các cơn kịch phát nặng đã được nhìn nhận so với SABA khi cần thiết, ngay cả ở những bệnh nhân sử dụng SABA hai lần một tuần hoặc ít hơn ở mức cơ bản.

- Tuân thủ ICS hàng ngày, đặc biệt kém ở những bệnh nhân có triệu chứng không thường xuyên, khiến bệnh nhân có nguy cơ điều trị chỉ bằng SABA.

- Không có bằng chứng cho sự an toàn hoặc hiệu quả của điều trị chỉ dùng SABA. Sử dụng thường xuyên SABA trong 1-2 tuần dẫn đến tăng đáp ứng đường thở và giảm giãn phế quản. Lạm dụng SABA (vídụ: sử dụng >3 x 200 liều / năm) có liên quan đến tăng nguy cơ đợt kịch phát và tử vong.

- Điều quan trọng là tránh các thông điệp mâu thuẫn từ quá khứ, trong đó bệnh nhân ban đầu được yêu cầu sử dụng SABA để giảm triệu chứng nhưng sau đó (mặc dù phương pháp điều trị này có hiệu quả từ quan điểm của bệnh nhân) nhưng bệnh nhân nên được cho biết rằng họ cần phải có thuốc kiểm soát hàng ngày để giảm sử dụng SABA và ngăn ngừa cơn kịch phát. Bắt đầu điều trị với SABA riêng lẻ khiến bệnh nhân coi SABA là phương pháp điều trị hen chính của họ.

Tất cả các bằng chứng về ICS-formoterol khi cần thiết cho đến nay là với budesonide-formoterol liều thấp, nhưng beclometasone-formoterol cũng có thể phù hợp. Cả hai thuốc được thiết lập tốt để điều trị duy trì và cắt cơn ở các bậc từ 3 đến 5 và không có tín hiệu an toàn mới nào được thấy trong các nghiên cứu với budesonide-formoterol khi cần thiết trong bệnh hen nhẹ.

Liều thông thường của budesonide-formoterol khi cần thiết trong hen nhẹ là một nhát hít 200/6 mcg (liều 160/4,5) được thực hiện bất cứ khi nào cần thiết để giảm triệu chứng, hoặc trước khi gắng sức nếu cần thiết. Liều khuyến cáo tối đa trong một ngày là tổng cộng 72 mcg formoterol (định liều 54 mcg). Tuy nhiên, trong các nghiên cứu hen nhẹ, bệnh nhân hiếm khi cắt cơn như vậy, và việc sử dụng trung bình chỉ 3-4 lần hít vào mỗi tuần.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác ở Bậc 1 cho người lớn và thanh thiếu niên

ICS liều thấp được dùng bất cứ khi nào sử dụng SABA: Đây có thể là một lựa chọn nếu ICS-formoterol cần thiết không có sẵn hoặc giá không phải chăng, mặc dù có ít bằng chứng hơn về sự an toàn và hiệu quả của nó. Trong Bậc 1, bằng chứng một lần nữa là gián tiếp, từ các nghiên cứu với ống hít ICS và SABA riêng biệt hoặc kết hợp ở những bệnh nhân đủ điều kiện điều trị Bậc 2 (xem bên dưới). Đối với khuyến nghị này, những cân nhắc quan trọng nhất là giảm nguy cơ cơn kịch phát nặng và thực tế việc tuân thủ ICS hàng ngày là kém ở những bệnh nhân có triệu chứng ít hơn hai lần một tháng.

ICS liều thấp hàng ngày không còn được khuyến cáo ở Bậc 1, vì bệnh nhân có triệu chứng ít hơn hai lần một tháng không có khả năng sử dụng ICS thường xuyên, khiến bệnh nhân phải đối mặt với những rủi ro khi điều trị chỉ bằng SABA.

Trẻ em từ 6–11 tuổi

Dùng ICS bất cứ khi nào SABA được sử dụng là một lựa chọn khả thi, với bằng chứng gián tiếp từ hai nghiên cứu bậc 2 với ống hít ICS và SABA riêng biệt.

BẬC 2. Điều trị ưu tiên cho người lớn và thanh thiếu niên: ICS-formoterol liều thấp dùng khi cần để giảm triệu chứng (Chiến lược 1)

ICS-formoterol liều thấp dùng khi cần để giảm triệu chứng: *Bằng chứng cho đến nay trong hen nhẹ là với budesonide-formoterol liều thấp.*

- So với SABA khi cần, ICS-formoterol dùng khi cần làm giảm đợt kịch phát nặng từ 60-64% và giảm nhập viện 65%.
- So sánh với ICS liều thấp hàng ngày, budesonide-formoterol khi cần làm giảm các các cơn kịch phát nặng tương đương hoặc lớn hơn ICS liều thấp hàng ngày, và giảm nhập viện 37%, với sự khác biệt rất nhỏ hoặc không có sự khác biệt trong kiểm soát triệu chứng.
- Liều nhỏ budesonide-formoterol liều trong một ngày làm giảm nguy cơ ngắn hạn của cơn kịch phát nghiêm trọng so với SABA đơn thuần, cho thấy rằng thời gian sử dụng là quan trọng.
- Các hiệu quả điều trị với budesonide-formoterol khi cần so với SABA riêng lẻ hoặc ICS là tương tự nhau bất kể bạch cầu ái toan trong máu hay FeNO là thấp hay cao.

Đối với khuyến nghị này, những cân nhắc quan trọng nhất là ngăn ngừa đợt kịch phát nặng và tránh nhu cầu sử dụng ICS hàng ngày ở những bệnh nhân hen nhẹ. Sự khác biệt nhỏ trong kiểm soát triệu chứng và chức năng hô hấp, so với ICS hàng ngày được coi là ít quan trọng hơn, vì chúng ít hơn nhiều so với sự khác biệt quan trọng tối thiểu.

Liều thông thường của budesonide-formoterol khi cần thiết là phải hít 200/6 mcg (liều phân phối là 160/4,5) được dùng khi cần để giảm triệu chứng. Liều khuyến cáo tối đa trong một ngày là tổng cộng 72 mcg formoterol (liều phân phối là 48 mcg). Trong hen nhẹ, sử dụng trung bình chỉ 3-4 lần hít vào mỗi tuần.

ICS-formoterol được sử dụng khi cần và trước khi gắng sức cho thấy lợi ích tương tự như ICS hàng ngày. Điều này cho thấy rằng bệnh nhân được kê toa ICS-formoterol khi cần, không cần phải được kê đơn SABA để sử dụng trước khi vận động thể chất.

COPYRIGHTED MATERIAL. DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Điều trị Bậc 2 thay thế - cho người lớn và thanh thiếu niên: ICS liều thấp hàng ngày cộng với SABA khi cần thiết (Chiến lược 2)

Rất nhiều bằng chứng từ nghiên cứu RCT và các nghiên cứu quan sát cho thấy các nguy cơ của đợt kịch phát nặng, nhập viện và tử vong được giảm đáng kể với ICS liều thấp thông thường. Các triệu chứng và sự co thắt phế quản do gắng sức gây ra cũng được giảm. Đợt kịch phát nặng giảm một nửa ngay cả ở những bệnh nhân có triệu chứng 0–1 ngày một tuần.
Đối với khuyến nghị này, cân nhắc quan trọng nhất là giảm nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát nặng. Tuy nhiên, các bác sĩ lâm sàng nên lưu ý rằng tuân thủ ICS trong cộng đồng rất kém. Tuân thủ kém với phác đồ này sẽ khiến bệnh nhân gặp rủi ro khi điều trị chỉ bằng SABA.

Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác ở Bậc 2

- *ICS liều thấp được dùng bất cứ khi nào SABA được sử dụng*, hoặc kết hợp hoặc hít riêng (không ghi trên nhãn). Bằng chứng là từ hai nghiên cứu ở người lớn và hai nghiên cứu ở trẻ em và thanh thiếu niên, cho thấy không có sự khác biệt về đợt kịch phát so với ICS hàng ngày. Khi đưa ra khuyến nghị này, quan trọng hơn là để ngăn chặn các cơn kịch phát nghiêm trọng và ít quan trọng hơn dành cho những khác biệt nhỏ trong kiểm soát triệu chứng và sự bất tiện khi phải mang theo hai ống hít.

- *Các thuốc đối kháng thụ thể Leukotriene (LTRA)* kém hiệu quả hơn ICS thông thường, đặc biệt là để ngăn ngừa cơn kịch phát. Có cảnh báo về nguy cơ ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần với montelukast.

- *ICS-LABA liều thấp hàng ngày* như liệu pháp ban đầu dẫn đến cải thiện nhanh hơn triệu chứng và FEV_1 so với chỉ dùng ICS nhưng tốn kém hơn và tỷ lệ cơn kịch phát tương tự như ICS.

- Đối với bệnh hen dị ứng theo mùa, cần phải có thêm bằng chứng. Lời khuyên hiện tại là bắt đầu ICS hoặc ICS-Formoterol khi cần khi bắt đầu mùa dị ứng và ngưng 4 tuần sau khi kết thúc tiếp xúc.

- Người lớn viêm mũi có dị ứng với mạt nhà và FEV1 >70% dự đoán, xem xét trị liệu miễn dịch ngậm dưới lưỡi (SLIT).

Bậc 2 điều trị cho trẻ em 6-11 tuổi

Lựa chọn thuốc kiểm soát ưu tiên cho trẻ em là ICS liều thấp thông thường với SABA khi cần (xem Bảng 9, tr.30 cho biết khoảng liều ICS ở trẻ em). Các lựa chọn khác bao gồm dùng ICS liều thấp bất cứ khi nào dùng SABA, sử dụng ống hít riêng biệt. LTRA hàng ngày ít hiệu quả hơn để giảm kịch phát, khuyên cha mẹ về cảnh báo của FDA.

BẬC 3. Thuốc kiểm soát ưu tiên cho người lớn và thanh thiếu niên: ICS-formoterol liều thấp là liệu pháp duy trì và cắt cơn (Chiến lược 1)

Trước khi xem xét tăng bậc trong điều trị, cần kiểm tra sự tuân thủ, kỹ thuật hít và bệnh đồng mắc.

Lựa chọn Bậc 3 được ưu tiên là ICS-formoterol liều thấp như cả hai biện pháp duy trì và điều trị cắt cơn (MART). Ở những bệnh nhân có hoặc không có tiền sử đợt kịch phát nặng, điều trị này làm giảm nguy cơ đợt kịch phát nặng hơn so với duy trì ICS-LABA hoặc ICS liều cao hơn hoặc thực hành thông thường tốt nhất với SABA khi cần, với mức độ kiểm soát triệu chứng tương tự.
Tổng liều ICS-formoterol được đề nghị tối đa trong một ngày là tổng cộng 48 mcg formoterol đối với BDP-formoterol (36 mcg liều thuốc được phân phối) và 72mcg formoterol đối với budesonide-formoterol (54 mcg liều thuốc được phân phối).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Điều trị Bậc 3 thay thế cho người lớn và thanh thiếu niên: duy trì ICS-LABA liều thấp cộng với SABA khi cần thiết (Chiến lược 2)

Đối với những bệnh nhân mắc hen không được kiểm soát khi sử dụng ICS liều thấp, phối hợp ICS-LABA liều thấp dẫn đến giảm ~ 20% nguy cơ cơn kịch phát và chức năng hô hấp cải thiện hơn, nhưng ít khác biệt khi sử dụng cắt cơn.

Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác cho người lớn và thanh thiếu niên: ICS liều trung bình, hoặc ICS liều thấp cộng với LTRA (xem cảnh báo của FDA ở phần trên). Đối với bệnh nhân trưởng thành bị viêm mũi dị ứng với mạt bọ nhà với FEV_1 > 70% giá trị tiên đoán, hãy xem xét thêm liệu pháp miễn dịch ngậm dưới lưỡi (SLIT).

Ưu tiên điều trị Bậc 3 cho trẻ em 6-11 tuổi

Sau khi kiểm tra kỹ thuật hít và tuân thủ và điều trị các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi, có ba lựa chọn ưu tiên cho trẻ em:

- ICS liều trung bình với SABA khi cần (Bảng 9, tr. 30, liều ICS)
- ICS-LABA liều thấp, với SABA khi cần thiết. Kết hợp ICS-LABA không thua kém ICS riêng lẻ cho các đợt kịch phát nặng, không có sự khác biệt trong kiểm soát triệu chứng hoặc sử dụng cắt cơn.
- Duy trì và điều trị cắt cơn với liều budesonide-formoterol rất thấp (100/6 mcg mỗi ngày một lần, tương ứng với liều 80/4,5 mcg được phân phối) cho thấy giảm đáng kể đợt kịch phát nặng ở trẻ em so với cùng một liều ICS-formoterol hoặc liều ICS cao hơn.

Đáp ứng của từng trẻ em khác nhau, vì vậy mỗi lựa chọn này có thể được thử trước khi xem xét nâng bậc điều trị.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

BẬC 4. Điều trị ưu tiên cho người lớn và thanh thiếu niên: ICS-formoterol liều trung bình như liệu pháp duy trì và cắt cơn (Chiến lược 1)

Ở cấp độ nhóm, hầu hết lợi ích từ ICS thu được ở liều thấp, nhưng đáp ứng của ICS ở mỗi cá nhân khác nhau và một số bệnh nhân bị hen không kiểm soát được trong điều trị Bậc 3 mặc dù tuân thủ tốt và kỹ thuật hít đúng có thể có lợi từ việc tăng liều ICS lên mức trung bình.
Đối với MART, liều duy trì có thể được tăng lên mức trung bình (ví dụ như tăng gấp đôi số lần hít) nhưng thuốc cắt cơn vẫn là ICS-formoterol liều thấp. Liều khuyến cáo tối đa trong một ngày cũng giống như trong Bậc 3.

Điều trị Bậc 4 thay thế cho người lớn và thanh thiếu niên: ICS-LABA liều trung bình hoặc cao với SABA khi cần thiết (Chiến lược 2)

Một số bệnh nhân không kiểm soát được bệnh hen hoặc thường xuyên bị cơn kịch phát khi dùng ICS-LABA liều thấp mặc dù tuân thủ tốt và kỹ thuật hít đúng cách có thể có lợi từ ICS-LABA liều trung bình, nếu không có liệu pháp duy trì và cắt cơn.

Các lựa chọn thuốc kiểm soát khác tại Bậc 4 cho người lớn và thanh thiếu niên bao gồm bổ sung LAMA cho bệnh nhân >18 tuổi (≥6 tuổi đối với tiotropium bằng dụng cụ hít hạt mịn) trong ống hít riêng biệt hoặc kết hợp liệu pháp hít ('bộ ba'). Điều này giúp cải thiện chức năng hô hấp một cách khiêm tốn và đôi khi cơn kịch phát, nhưng không cải thiện triệu chứng. Trước khi xem xét bổ sung LAMA cho bệnh nhân bị đợt kịch phát, phải tăng liều ICS lên ít nhất là trung bình, hoặc chuyển sang điều trị duy trì và cắt cơn. Đối với người lớn bị viêm mũi và hen dị ứng với mạt bụi nhà, xem xét thêm SLIT, khi FEV_1 >70% giá trị tiên đoán.

Điều trị Bậc 4 được ưu tiên lựa chọn cho trẻ em (6-11 tuổi): Các lựa chọn bao gồm tăng liều duy trì ICS-LABA lên trung bình; để duy trì và điều trị cắt cơn, liều duy trì có thể tăng lên 100/6 mcg hai lần mỗi ngày (định liều 80/4,5 mcg). Nếu hen không được kiểm soát tốt với ICS liều trung bình, hãy tiếp tục kiểm soát và tham khảo lời khuyên của chuyên gia.

BƯỚC 5. Tham khảo việc đánh giá kiểu hình ± điều trị bổ sung

Bệnh nhân có các triệu chứng không kiểm soát và / hoặc các cơn kịch phát mặc dù điều trị Bậc 4 nên được đánh giá các yếu tố góp phần thêm vào, các điều trị tối ưu hóa và được giới thiệu chuyên gia đánh giá bao gồm kiểu hình hen nặng và các điều trị bổ sung tiềm năng. **Sổ tay hướng dẫn GINA về Hen khó điều trị và Hen nặng phiên bản 4.0 2012** cung cấp một lưu đồ quyết định và hướng dẫn thực tế để đánh giá và quản lý hen ở người lớn và thanh thiếu niên. Hướng dẫn điều trị thông qua xét nghiệm bạch cầu ái toan trong đàm, nếu có, giảm đợt kịch phát ở hen vừa đến nặng. Không có bằng chứng về việc bắt đầu MART ở bệnh nhân trong điều trị bổ sung Bậc 5, nhưng đối với một bệnh nhân trên MART, việc chuyển trở lại thuốc cắt cơn SABA có thể làm tăng nguy cơ đợt kịch phát.

Các phương pháp điều trị bổ sung trong Bậc 5 bao gồm LAMA cho bệnh nhân ≥18 tuổi (≥6 tuổi đối với tiotropium) trong ống hít riêng biệt hoặc kết hợp liệu pháp hít ('bộ ba'), kháng IgE (tiêm dưới da [TDD] omalizumab, ≥6 tuổi) cho bệnh hen bị dị ứng nặng, kháng IL5 (TDD mepolizumab, ≥6 tuổi, hoặc tiêm tĩnh mạch [TTM] reslizumab, ≥18 tuổi) hoặc kháng IL5R (TDD benralizumab, ≥12 tuổi) hoặc anti-IL4R (TDD dupilumab, ≥12 tuổi) cho hen nặng tăng bạch cầu ái toan hoặc anti-TSLP (TDD tezepelumab, ≥12 tuổi) cho hen nặng. Xem bảng thuật ngữ (tr.46) và kiểm tra các tiêu chí đủ điều kiện của địa phương cho các liệu pháp bổ sung đặc biệt. Bổ sung azithromycin ba ngày / tuần làm giảm đợt kịch phát, nhưng đề kháng kháng sinh tăng lên.

Các lựa chọn khác: Một số bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ OCS liều thấp nhưng nên sử dụng trong thời gian ngắn vì tác dụng phụ toàn thân ngắn hạn và dài hạn thường gặp và nặng nề.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

XEM XÉT LẠI ĐÁP ỨNG VÀ ĐIỀU CHỈNH ĐIỀU TRỊ

Bao lâu thì bệnh nhân hen được tái khám?

Các bệnh nhân tốt nhất nên được tái khám trong 1-3 tháng sau khi bắt đầu điều trị và mỗi 3-12 tháng sau đó, ngoại trừ trường hợp thai nghén nên được xem lại sau mỗi 4-6 tuần. Sau mỗi đợt kịch phát, cần phải có kế hoạch tái khám trong vòng 1 tuần. Tần suất tái khám phụ thuộc vào mức độ kiểm soát triệu chứng hen ban đầu của bệnh nhân, các yếu tốt nguy cơ, đáp ứng của người bệnh với điều trị trước đó và khả năng cũng như thiện chí của họ tham gia vào việc tự quản lý kèm với kế hoạch hành động.

Tăng bậc điều trị hen

Bệnh hen là một bệnh có nhiều thay đổi, nên việc điều chỉnh điều trị kiểm soát định kỳ bởi bác sĩ lâm sàng và/hoặc bệnh nhân là cần thiết.

- *Duy trì tăng bậc (ít nhất 2-3 tháng):* nếu các triệu chứng và/hoặc cơn kịch phát vẫn còn mặc dù điều trị kiểm soát trong 2-3 tháng, đánh giá các vấn đề phổ biến sau đây trước khi xem xét tăng bậc kế tiếp:
    - Kỹ thuật hít không đúng.
    - Tuân thủ kém.
    - Các yếu tố nguy cơ điều chỉnh được, ví dụ: hút thuốc.
    - Các triệu chứng do các bệnh đồng mắc, ví dụ: viêm mũi dị ứng.
- *Tăng bậc ngắn hạn (1-2 tuần)* bởi bác sĩ lâm sàng hoặc bệnh nhân với một bảng kế hoạch hành động hen (tr. 42); ví dụ: trong đợt nhiễm siêu vi hoặc tiếp xúc với chất gây dị ứng.
- *Điều chỉnh hàng ngày của người bệnh ở GINA chiến lược 1 (tr.22):* ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết cho hen nhẹ, hoặc duy trì và điều trị cắt cơn bằng ICS-formoterol. Điều này đặc biệt hiệu quả trong việc giảm các đợt cấp nghiêm trọng.

Giảm bậc điều trị khi hen được kiểm soát tốt

Xem xét giảm bậc điều trị khi kiểm soát tốt hen đã đạt được và duy trì trong 2-3 tháng, nhằm đạt điều trị tối thiểu mà vẫn kiểm soát được cả triệu chứng và cơn kịch phát và giảm thiểu tác dụng phụ:

- Chọn thời gian thích hợp để giảm bậc điều trị (không có nhiễm trùng hô hấp, bệnh nhân không đi du lịch, không mang thai).
- Đánh giá các yếu tố nguy cơ, bao gồm tiền sử của các đợt kịch phát trước đó hoặc nhập khoa cấp cứu và chức năng hô hấp thấp.
- Ghi nhận tình trạng cơ bản (kiểm soát triệu chứng và chức năng hô hấp), cung cấp một kế hoạch hành động hen, giám sát chặt chẽ và sắp xếp đợt tái khám tiếp theo.
- Giảm bậc thông qua các phương thức có sẵn để giảm liều ICS 25-50% cách mỗi 2-3 tháng (xem Bảng 3-7 trong báo cáo GINA 2022 phiên bản đầy đủ cho các chi tiết làm thế nào giảm bậc điều trị kiểm soát khác nhau).
- Nếu bệnh hen được kiểm soát tốt với ICS liều thấp hoặc LTRA, ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết là một lựa chọn giảm bậc, dựa trên ba nghiên cứu lớn về hen nhẹ. Các nghiên cứu nhỏ hơn đã chỉ ra rằng ICS liều thấp được thực hiện bất cứ khi nào sử dụng SABA (thuốc hít kết hợp hoặc riêng biệt) có hiệu quả hơn như một chiến lược giảm bậc điều trị so với chỉ dùng SABA.
- Không hoàn toàn ngưng ICS ở người lớn hoặc thanh thiếu niên đã được chẩn đoán hen trừ khi cần được yêu cầu tạm thời để xác định chẩn đoán hen.
- Đảm bảo việc sắp xếp đợt tái khám tiếp theo.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

KỸ NĂNG DÙNG THUỐC HÍT VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Tập huấn rèn luyện kỹ năng để sử dụng hiệu quả các dụng cụ thuốc dạng hít

Hầu hết bệnh nhân (lên đến 80%) không thể sử dụng thuốc hít đúng cách. Điều này góp phần vào việc kiểm soát triệu chứng kém và tăng số đợt kịch phát. Để đảm bảo sử dụng thuốc hít hiệu quả:

- **Chọn lựa** dụng cụ thích hợp nhất cho bệnh nhân trước khi kê toa: cân nhắc loại thuốc sử dụng, các vấn đề thể chất như là viêm khớp, các kỹ năng của bệnh nhân và chi phí; đối với ICS dạng xịt định liều cần phải kê toa buồng đệm kèm.
- **Kiểm tra** kỹ thuật hít mỗi khi có cơ hội. Yêu cầu bệnh nhân chỉ cho bạn cách họ sử dụng ống hít. Kiểm tra kỹ thuật của họ dựa vào bảng kiểm chuyên biệt của dụng cụ.
- **Sửa lỗi** bằng cách minh họa kỹ thuật, chú ý các bước không đúng. Kiểm tra lại kỹ thuật hít lần nữa, kiểm tra lại 2-3 lần nếu cần thiết.
- **Khẳng định** rằng bạn có bảng kiểm mỗi loại ống hít bạn kê toa và bạn có thể minh họa kỹ thuật chính xác trên các dụng cụ này.

Thông tin về các thiết bị và kỹ thuật ống hít để sử dụng chúng có thể được tìm thấy trên trang web GINA (www.ginasthma.org) và trang web ADMIT (www.inhalers4u.org).

Kiểm tra và cải thiện việc tuân thủ với thuốc điều trị hen

Ít nhất 50% người lớn và trẻ em không dùng thuốc kiểm soát hen được kê toa. Tuân thủ kém góp phần kiểm soát triệu chứng kém và cơn kịch phát. Điều này có thể do không chủ ý (như do tính hay quên, do chi phí, do hiểu nhầm) và/hoặc do chủ quan (như là không nhận thấy sự cần thiết điều trị, sợ các tác dụng phụ, các vấn đề văn hóa, chi phí).

Xác định bệnh nhân với các vấn đề tuân thủ điều trị:

- Hỏi một cách đồng cảm, ví dụ: “Hầu hết các bệnh nhân không hít thuốc như kê theo toa. Trong 4 tuần qua, mấy ngày trong tuần bạn đã hít thuốc? 0 ngày nào trong tuần, 1 hoặc 2 ngày [vâng vâng…]?”, hoặc “Bạn thấy dùng thuốc hít vào buổi sáng hay buổi tối dễ nhớ hơn?”
- Kiểm tra việc sử dụng thuốc, từ ngày kê toa, đếm số ngày hít / số liều, các ghi nhận khác.
- Hỏi thăm xem quan điểm và niềm tin của bệnh nhân về bệnh hen và thuốc điều trị.

Chỉ có một ít can thiệp vào việc tuân thủ điều trị đã được nghiên cứu kỹ trong hen cải thiện sự tuân thủ trong các nghiên cứu thực tế.

- Chia sẻ việc ra quyết định lựa chọn thuốc và liều lượng.
- Nhắc nhở các liều thuốc bị bỏ lỡ.
- Giáo dục toàn diện về hen trong các lần thăm khám tại nhà được thực hiện bởi điều dưỡng chuyên môn về hen.
- Bác sĩ lâm sàng xem xét phản hồi về hồ sơ thuốc của bệnh nhân.
- Một chương trình nhận dạng giọng nói tự động với tin nhắn điện thoại được kích hoạt khi đến hạn hoặc quá hạn chu kỳ thuốc.
- Liệu pháp kiểm soát trực tiếp quan sát tại trường học, với sự hỗ trợ y tế từ xa.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

XỬ LÝ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CÓ THỂ ĐIỀU CHỈNH ĐƯỢC

Nguy cơ đợt kịch phát có thể được giảm thiểu bằng cách tối ưu hóa thuốc điều trị hen và bằng cách xác định và điều trị các yếu tố nguy cơ điều chỉnh được. Một số ví dụ về các nguy cơ điều chỉnh được với các bằng chứng xác đáng có giá trị cao là:

- **Hướng dẫn tự xử trí**: tự giám sát triệu chứng và/hoặc lưu lượng đỉnh (PEF), lập kế hoạch hành động hen bằng văn bản (tr.42) và thăm khám định kì.
- **Sử dụng phương thức điều trị giúp giảm thiểu những đợt kịch phát**: chỉ định thuốc kiểm soát hen có chứa ICS, ICS-formoterol khi cần theo ngày cho bệnh hen nhẹ,. GINA chiến lược 1 (tr.22) với ICS-formoterol liệu pháp duy trì và cắt cơn (MART) làm giảm nguy cơ đợt kịch phát nặng so với thuốc cắt cơn là SABA.
- **Tránh tiếp xúc với khói thuốc lá.**
- **Xác định dị ứng thức ăn**: tránh các thức ăn xác định gây dị ứng; đảm bảo luôn sẵn có thuốc tiêm epinephrine khi phản vệ.
- **Các chương trình tập huấn tại trường lớp** bao gồm các kỹ năng tự quản lý bệnh hen phế quản.
- **Gửi đến một trung tâm chuyên khoa,** đối với bệnh nhân hen nặng, nếu có thể, để đánh giá chi tiết và xem xét bổ sung các loại thuốc sinh học và / hoặc điều trị theo kết quả xét nghiệm đàm.

BIỆN PHÁP CAN THIỆP VÀ CHIẾN LƯỢC KHÔNG DÙNG THUỐC

Ngoài thuốc, các liệu pháp và chiến lược khác có thể được xem xét nếu xác đáng, giúp hỗ trợ kiểm soát triệu chứng và giảm thiểu nguy cơ. Xem thêm thông tin ở GINA 2022 Bảng 3-9. Một số ví dụ với các bằng chứng xác đáng giá trị cao là:

- **Tư vấn cai thuốc lá**: mỗi lần khám bệnh, khuyến khích mạnh mẽ những người hút thuốc bỏ thuốc lá. Cung cấp tiếp cận tư vấn và các nguồn lực. Khuyên các bậc cha mẹ và người chăm sóc loại bỏ việc hút thuốc trong phòng/xe ô tô sử dụng cho trẻ bị hen.

- **Hoạt động thể chất**: khuyến khích những người có bệnh hen tham gia vào các hoạt động thể chất thường xuyên vì lợi ích sức khỏe chung, nó có thể có một lợi ích nhỏ cho kiểm soát hen và chức năng hô hấp. Tư vấn về xử lý co thắt phế quản do luyện tập.

- **Hen nghề nghiệp**: hỏi tất cả các bệnh nhân bị hen khởi phát ở tuổi trưởng thành về bệnh sử công việc. Xác định và loại bỏ các yếu tố nhạy cảm nghề nghiệp càng sớm càng tốt. Gửi bệnh nhân đến chuyên gia tư vấn, nếu có thể.

- **Bệnh hô hấp kịch phát do aspirin, t**huốc kháng viêm không steroid (NSAID) bao gồm aspirin: luôn luôn phải hỏi về bệnh hen trước khi kê toa.

Mặc dù chất gây dị ứng có thể góp phần vào triệu chứng hen ở những bệnh nhân nhạy cảm, tránh chất gây dị ứng không được khuyến cáo như là một chiến lược chung của bệnh hen. Vì những chiến lược này thường rất phức tạp và đắt tiền và không có phương pháp giá trị để xác định những bệnh nhân nào có khả năng được hưởng lợi.

Một số yếu tố khởi phát triệu chứng hen phổ biến (hoạt động thể lực, cười lớn) **không** nên tránh, và những yếu tố khác (ví dụ nhiễm siêu vi đường hô hấp, stress) là khó tránh khỏi và cần được xử trí khi xảy ra. Trong đại dịch COVID-19, nhiều quốc gia đã chứng kiến sự giảm đáng kể đợt kịch phát của bệnh hen và bệnh liên quan đến cúm, có thể do rửa tay, khẩu trang và giãn cách xã hội, điều này cũng làm giảm tỷ lệ mắc của các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp khác, bao gồm cả cúm.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

ĐIỀU TRỊ CHO DÂN SỐ HOẶC TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

Phụ nữ có thai: kiểm soát hen thường thay đổi trong suốt thai kỳ, vì vậy bệnh hen nên được giám sát mỗi 4-6 tuần. Đối với cả mẹ và bé, lợi ích khi bệnh hen được điều trị tích cực sẽ vượt trội so với nguy cơ tiềm tàng của các thuốc kiểm soát hen thường dùng và thuốc cắt cơn.Đảm bảo rằng tất cả bệnh nhân đều được điều trị thuốc có chứa ICS, vì đợt kịch phát hen có liên quan đến việc tăng nguy cơ sinh non, nhẹ cân và tử vong chu sinh. Điều chỉnh hạ liều có ưu tiên thấp trong thai kỳ, và không nên ngưng ICS. Cơn kịch phát cần được điều trị tích cực.

Viêm mũi và viêm xoang: thường cùng tồn tại với hen. Viêm mũi xoang mãn tính thường kèm hen nặng hơn. Điều trị viêm mũi dị ứng hoặc viêm xoang mũi mãn tính giúp giảm triệu chứng ở khoang mũi nhưng không cải thiện kiểm soát hen.

Béo phì: để tránh điều trị quá mức hoặc dưới mức, điều quan trọng là cần phải đề cập đến chẩn đoán hen ở người béo phì. Giảm cân nên được đưa vào kế hoạch điều trị cho bệnh nhân béo phì bị hen; thậm chí giảm cân 5-10% có thể cải thiện kiểm soát hen.

Người lớn tuổi: bệnh đi kèm và điều trị làm xử trí hen có thể trở nên phức tạp hơn. Các yếu tố như viêm khớp, thị lực, lưu lượng hít vào và sự phức tạp của các phương thức điều trị nên được xem xét khi lựa chọn thuốc và dụng cụ hít.

Trào ngược dạ dày thực quản (GERD) thường gặp trong hen. Triệu chứng trào ngược dạ dày cần được điều trị vì lợi ích sức khỏe chung, nhưng không có lợi ích khi điều trị trào ngược không triệu chứng trong hen.

Lo lắng và trầm cảm: thường thấy ở những người bị hen và làm các triệu chứng và chất lượng cuộc sống xấu hơn. Bệnh nhân cần được hỗ trợ để phân biệt giữa các triệu chứng lo âu với triệu chứng hen.

Bệnh hô hấp kịch phát do aspirin (AERD**):** tiền sử cơn kịch phát sau khi uống aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) là gợi ý cao. Bệnh nhân thường có hen nặng và polyp mũi. Khẳng định chẩn đoán AERD đòi hỏi phải được thực hiện ở các trung tâm chuyên ngành có các thiết bị hồi sức tim phổi, nhưng tránh dùng NSAID có thể khuyến cáo dựa trên tiền sử bệnh rõ ràng. ICS là điều trị chính yếu, nhưng corticoid uống (OCS) có thể cần thiết; LTRA cũng có thể hữu ích. Giải mẫn cảm dưới sự chăm sóc đặc biệt đôi khi hiệu quả nhưng phải được thực hiện bởi chuyên gia; có sự gia tăng đáng kể nguy cơ biến cố bất lợi như chảy máu dạ dày ruột.

Dị ứng thức ăn và phản vệ: dị ứng thức ăn rất hiếm khi làm khởi phát các triệu chứng hen. Cần phải được đánh giá bằng các thăm dò chuyên khoa. Xác định dị ứng thức ăn là một yếu tố nguy cơ tử vong liên quan đến hen. Kiểm soát tốt hen là điều cần thiết; bệnh nhân cũng cần phải có một kế hoạch tránh sốc phản vệ và cần được hướng dẫn các chiến lược phòng tránh thích hợp và sử dụng epinephrine tiêm.

Phẫu thuật: bất cứ lúc nào có thể, việc kiểm soát tốt hen cần thực hiện trước khi phẫu thuật. Đảm bảo rằng việc điều trị kiểm soát hen được duy trì trong suốt thời gian phẫu thuật. Bệnh nhân dùng ICS liều cao dài ngày, hoặc dùng corticoid uống (OCS) hơn 2 tuần trong 6 tháng qua, nên thêm hydrocortisone trong lúc mổ để giảm nguy cơ cơn suy vỏ thượng thận cấp.

COPYRIGHT GINA 2024 - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

CƠN HEN KỊCH PHÁT (BÙNG PHÁT)

Cơn hen kịch phát hay bùng phát là đợt cấp hoặc bán cấp xấu đi của triệu chứng và chức năng hô hấp so với tình trạng bình thường của bệnh nhân; đôi khi đây có thể là biểu hiện đầu tiên của hen.

Trong các cuộc trao đổi với bệnh nhân, từ "kịch phát" thường dùng hơn. Các từ "đợt cấp", "tấn công" và "hen cấp tính nặng" cũng thường dùng, nhưng những từ này có nghĩa khác nhau, đặc biệt đối với bệnh nhân.

Xử trí hen xấu đi hay cơn kịch phát nên được xem xét liên tục, từ việc bệnh nhân tự xử trí theo kế hoạch hành động hen, cho đến việc xử trí triệu chứng nặng ở tuyến cơ sở, phòng cấp cứu và tại bệnh viện.

Xác định các bệnh nhân có nguy cơ tử vong do hen

Những bệnh nhân có các đặc điểm cho thấy nguy cơ tử vong vì hen tăng nên được chú ý và thăm khám thường xuyên hơn. Những đặc điểm này bao gồm:

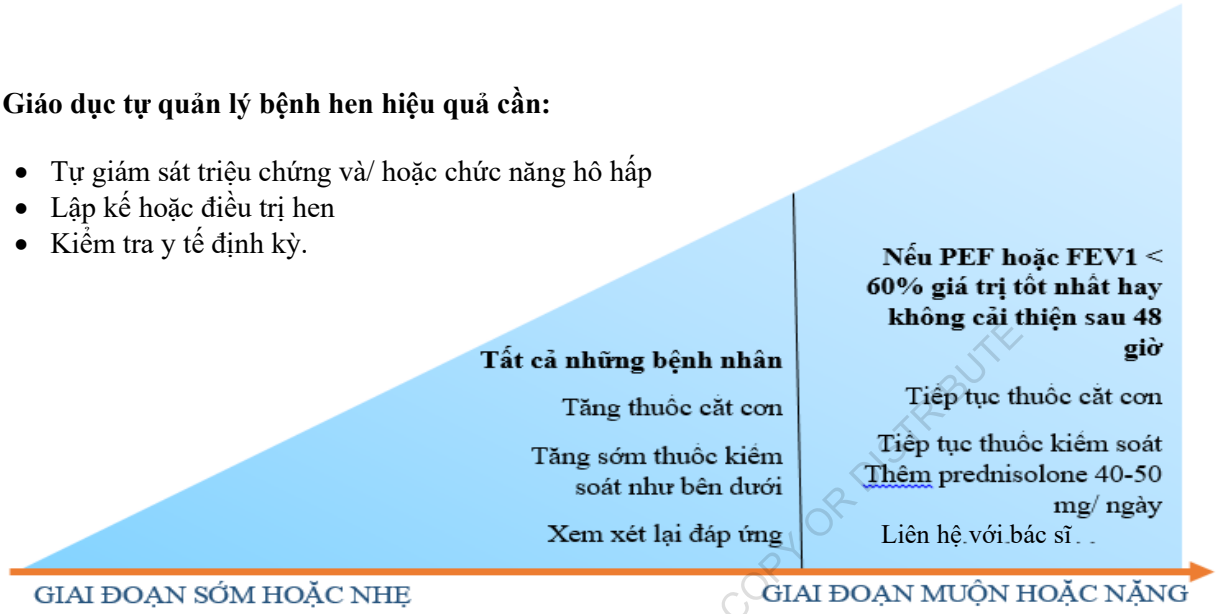
- *Tiền sử bệnh*: Có tiền căn gần như tử vong phải đặt nội khí quản và thở máy, nhập viện và chăm sóc cấp cứu vì hen trong năm qua.
- *Thuốc:* Hiện không sử dụng ICS, hoặc không tuân thủ điều trị với ICS; Hiện đang sử dụng hoặc mới ngừng sử dụng corticoid uống (điều này cho thấy mức độ nghiêm trọng gần đây); Sử dụng quá mức các SABA, đặc biệt là hơn 1 lọ (200 liều)/tháng.
- *Các bệnh đồng mắc:* tiền sử bệnh tâm thần hoặc các vấn đề tâm lý xã hội; dị ứng thức ăn được xác định ở bệnh nhân hen; bệnh đồng mắc ở người lớn tuổi như viêm phổi, đái tháo đường hoặc loạn nhịp tim.
- *Thiếu kế hoạch hành động hen.*

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

LẬP KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG HEN

Tất cả bệnh nhân nên được cung cấp một bản kế hoạch hành động hen phù hợp với mức độ kiểm soát hen và kiến thức về sức khỏe, để bệnh nhân biết cách nhận biết và xử trí khi bệnh hen xấu đi.

Bảng 10. Tự xử trí theo kế hoạch hành động lập ra



Kế hoạch hành động hen nên bao gồm:

- Các thuốc hen thường dùng của bệnh nhân.
- Khi nào và làm thế nào để tăng thuốc và bắt đầu dùng OCS nếu cần.
- Làm thế nào để tiếp cận chăm sóc y tế nếu các triệu chứng không đáp ứng.

Kế hoạch hành động có thể dựa trên các triệu chứng và / hoặc lưu lượng đỉnh PEF (ở người lớn). Bệnh nhân có tình trạng xấu đi nhanh chóng nên được tư vấn tìm kiếm sự chăm sóc khẩn cấp ngay lập tức.

Thay đổi thuốc cho các kế hoạch hành động hen (để biết thêm chi tiết, xem báo cáo đầy đủ GINA 2022, Bảng 4-2)

Tăng tần suất thuốc cắt cơn dạng hít (ICS-formoterol liều thấp, hoặc SABA); thêm buồng đệm cho dụng cụ hít định liều pMDI. Khuyên bệnh nhân tìm kiếm sự chăm sóc y tế nếu tình trạng xấu đi nhanh chóng, cần thuốc cắt cơn SABA một lần nữa trong vòng 3 giờ hoặc cần nhiều hơn 8 lần hít BDP-formoterol hoặc hơn 12 lần hít budesonide-formoterol trong một ngày (tổng cộng 48 mcg và 72 mcg formoterol liều tương ứng). Kiểm tra nhãn ghi cụ thể vì liều tối đa có thể khác nhau.

***Tăng thuốc kiểm soát*:** Tăng nhanh thuốc kiểm soát, tùy thuộc vào thuốc kiểm soát và liệu pháp thường dùng, như sau:

- *ICS:* Ở người lớn và thanh thiếu niên, hãy xem xét liều gấp bốn lần. Tuy nhiên, ở trẻ em tuân thủ tốt, tăng gấp 5 lần không hiệu quả.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

- *Duy trì ICS-formoterol: Đối với người bệnh đang sử dụng liệu pháp MART, tăng liều cắt cơn ICS_formoterol như trên. Đối với người bệnh sử dụng SABA cắt cơn, x*em xét tăng gấp 4 lần liều ICS-formoterol duy trì. Lưu ý liều formoterol tối đa ở trên.

- *Duy trì ICS-LABA khác:* Tăng bậc công thức liều cao hơn, hoặc xem xét thêm thuốc hít ICS riêng lẻ để đạt được liều ICS gấp bốn lần.

- *Duy trì và ICS-formoterol cắt cơn:* Tiếp tục liều duy trì; tăng liều cắt cơn khi cần thiết (lưu ý liều tối đa ở trên).

Corticosteroid đường uống (tốt nhất dùng thuốc vào buổi sáng, xem xét trước khi ngưng sử dụng):

- Người lớn: prednisolone 40 - 50mg, thường là 5-7 ngày.

- Đối với trẻ em: 1-2 mg /kg/ngày, tối đa 40mg, thường là 3-5 ngày.

- Việc giảm từ từ không cần thiết nếu dùng OCS dưới 2 tuần.

XỬ TRÍ CÁC ĐỢT KỊCH PHÁT TẠI Y TẾ CƠ SỞ HOẶC NƠI CẤP CỨU

Đánh giá mức độ nặng của cơn kịch phát trong khi bắt đầu dùng SABA và thở oxy. Đánh giá tình trạng khó thở (bệnh nhân có thể nói thành câu, hoặc chỉ vài từ), nhịp thở, nhịp tim, độ bão hòa oxy và chức năng hô hấp (như là lưu lượng đỉnh kế PEF). Kiểm tra phản ứng phản vệ.

Xem xét các nguyên nhân khác gây khó thở cấp tính (ví dụ: suy tim, rối loạn chức năng đường hô hấp trên, hít dị vật hoặc thuyên tắc phổi).

Sắp xếp chuyển ngay đến một cơ sở cấp cứu nếu có dấu hiệu cơn kịch phát nặng, hoặc đơn vị chăm sóc đặc biệt nếu bệnh nhân lơ mơ, lẫn lộn, hoặc nghe phổi im lặng. Đối với những bệnh nhân này, ngay lập tức cho hít SABA, hít ipratropium bromide, oxy và corticosteroid đường toàn thân.

Bắt đầu điều trị với liều SABA lặp lại (thường là bằng thuốc định liều pMDI và buồng đệm), corticosteroid uống sớm, và kiểm soát lưu lượng oxy sử dụng nếu có thể. Kiểm tra đáp ứng của các triệu chứng và độ bão hòa oxy thường xuyên, đo chức năng hô hấp sau 1 giờ.

Điều chỉnh oxy để duy trì độ bão hòa từ 93-95% ở người lớn và thanh thiếu niên (94-98% ở trẻ em 6-12 tuổi).

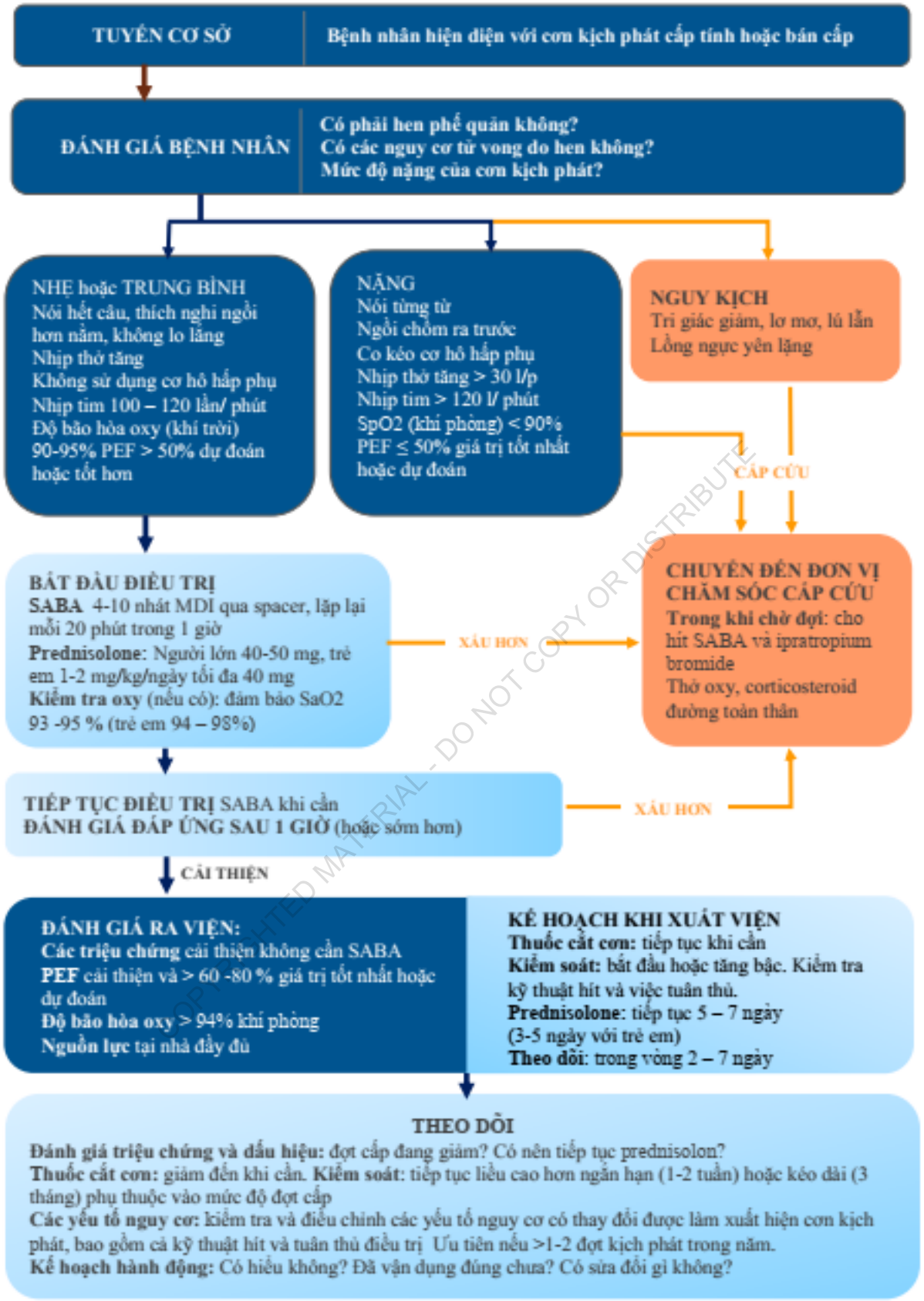
Đối với đợt kịch phát nghiêm trọng, sắp xếp chuyển đến một cơ sở cấp cứu, thêm ipratropium bromide và xem xét cho SABA phun khí dung dung (với các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn). Trong các cơ sở cấp cứu, magiê sulfate tiêm tĩnh mạch có thể được xem xét để đáp ứng với điều trị tích cực ban đầu.

Không cần thực hiện X-quang ngực hoặc làm khí máu thường quy, hoặc kê toa kháng sinh cho các đợt kịch phát hen.

Bảng 11 (tr.44) tóm tắt cách tiếp cận đánh giá và quản lý các đợt kịch phát hen phế quản cho người lớn, thanh thiếu niên và trẻ em từ 6-11 tuổi khi hiện diện trong chăm sóc ban đầu.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 11. Quản lý cơn hen kịch phát tại tuyến cơ sở



COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

O2: oxygen; PEF: lưu lượng đỉnh thở ra; SABA: thuốc đồng vận beta$_2$ giãn phế quản tác dụng ngắn hạn (liều sử dụng cho salbutamol).

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG

Theo dõi sát bệnh nhân và thường xuyên trong quá trình điều trị và điều chỉnh điều trị theo đáp ứng. Chuyển bệnh nhân đến cơ sở chăm sóc mức độ cao hơn nếu tình trạng xấu đi hoặc không đáp ứng. **Quyết định về việc cần thiết phải nhập viện** dựa trên tình trạng lâm sàng, triệu chứng và chức năng hô hấp, đáp ứng điều trị, tiền căn và bệnh sử gần đây có các đợt kịch phát, và khả năng xử trí ở nhà.

Trước khi xuất viện, sắp xếp việc điều trị duy trì. Đối với hầu hết bệnh nhân, kê toa điều trị kiểm soát thông lệ (hoặc tăng liều hiện tại) để giảm nguy cơ các cơn kịch phát khác. Tiếp tục tăng liều kiểm soát trong 2-4 tuần. Giảm thuốc cắt cơn đến chỉ dùng khi cần, và chuyển sang ICS-forrmoterol khi cần nếu người bệnh được kê đơn này trước đợt cấp. Kiểm tra kỹ thuật hít và tuân thủ điều trị. Cung cấp một kế hoạch hành động hen tạm thời.

Sắp xếp việc theo dõi sớm sau đợt kịch phát, trong vòng 2-7 ngày (cho trẻ em, trong 1-2 ngày làm việc). Xem xét giới thiệu để được tư vấn chuyên gia sớm cho các bệnh nhân hen sau khi nhập viện, hoặc bệnh nhân thường xuyên nhập vào khoa cấp cứu.

THEO DÕI SAU ĐỢT KỊCH PHÁT

Đợt kịch phát thường là biểu hiện của sự thất bại trong chăm sóc hen mãn tính và là cơ hội để xem xét việc xử trí hen của bệnh nhân. **Tất cả bệnh nhân phải được theo dõi thường xuyên bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho đến khi các triệu chứng và chức năng hô hấp trở lại bình thường.**

Tận dụng cơ hội để xem xét lại:

- Sự hiểu biết của bệnh nhân về nguyên nhân của đợt kịch phát.
- Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi cho đợt kịch phát, ví dụ như hút thuốc.
- Lựa chọn chiến lược điều trị - Chiến lược 1 (tr.22) với ICS-formoterol cắt cơn giảm nguy cơ đợt kịch phát nặng trong tương lai.
- Hiểu về mục đích của sử dụng thuốc
- Kỹ thuật hít.
- Tuân thủ ICS và OCS vì điều này có thể giảm nhanh chóng sau khi xuất viện.
- Xem lại và điều chỉnh kế hoạch hành động hen nếu cần thiết

Các chương trình toàn diện sau khi xuất viện bao gồm tối ưu hóa việc xử trí kiểm soát, kỹ thuật hít, tự giám sát, bảng kế hoạch hành động hen và thường xuyên xem xét có hiệu quả về chi phí và thường kết hợp với sự cải thiện đáng kể kết quả điều trị hen.

Giới thiệu cho chuyên gia tư vấn cần được xem xét cho những bệnh nhân đã nhập viện vì hen, hoặc những bệnh nhân quay trở lại điều trị vì cơn hen cấp. Bệnh nhân đã có nhiều hơn 1 hoặc 2 đợt kịch phát / năm mặc dù ICS-LABA liều trung bình hoặc cao cũng nên được xem xét (xem Sổ tay hướng dẫn GINA 2022 về Hen khó điều trị và Hen nặng, ww.ginasthma.org/severeasthma /).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

THUẬT NGỮ CỦA CÁC NHÓM THUỐC ĐIỀU TRỊ HEN

Để biết thêm chi tiết, hãy xem báo cáo GINA 2022 đầy đủ và Phụ lục (www.ainasthma.org) và Thông tin sản phẩm từ các nhà sản xuất. Luôn kiểm tra các tiêu chí về tính đủ điều kiện của địa phương.

THUỐC KIỂM SOÁT CHO ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ

Corticosteroid hít (ICS)

Thuốc: beclometasone, budesonide, ciclesonide, fluticasone propionate, fluticasone furoate, mometasone, triamcinolone. *Dụng cụ:* bình xịt định liều pMDIs hoặc bình hít dạng bột DPIs.

Tác động và sử dụng: thuốc có chứa ICS là thuốc chống viêm hiệu quả nhất cho bệnh hen. ICS làm giảm triệu chứng, cải thiện chức năng hô hấp, giảm tăng phản ứng tính phế quản, cải thiện chất lượng cuộc sống, và làm giảm nguy cơ cơn kịch phát và nhập viện hay tử vong do hen. ICS khác nhau về hoạt tính và khả dụng sinh học, nhưng đa số lợi điểm có được ở liều thấp (xem Bảng 9 (trang 30) cho liều thấp, trung bình và liều cao các ICS khác nhau). Tuân thủ điều trị với ICS đơn độc (ví dụ, không cùng dụng cụ hít) thường rất thấp.

Tác dụng phụ: Hầu hết các bệnh nhân sử dụng ICS không gặp tác dụng phụ. Tác dụng phụ tại chỗ bao gồm nhiễm nấm candida hầu họng và khàn tiếng có thể được giảm xuống bằng cách sử dụng buồng đệm với MDI và xúc miệng lại với nước và phun ra sau khi hít thuốc. Liều cao dùng lâu dài làm tăng nguy cơ tác dụng phụ toàn thân như loãng xương, đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp.

Phối hợp ICS và giãn phế quản kích thích Beta$_2$ tác dụng kéo dài (ICS/LABA)

Thuốc: Beclometasone-formoterol, budesonide- formoterol, fluticasone furoate-vilanterol, fluticasone propionate-formoterol, fluticasone propionate-salmeterol, mometasone-formoterol và mometasone-indacaterol. *Dụng cụ:* bình xịt định liều pMDIs hoặc bình hít dạng bột DPIs.

Tác động và sử dụng: Khi chỉ dùng liều thấp ICS không đạt được kiểm soát tốt hen, việc bổ sung LABA vào ICS cải thiện triệu chứng, chức năng hô hấp và làm giảm cơn kịch phát ở nhiều bệnh nhân hơn và nhanh hơn so với tăng gấp đôi liều ICS. Hai chế độ có thể dùng: phối hợp liều thấp beclometasone hoặc budesonide với formoterol liều thấp để duy trì và điều trị cắt cơn (MART, GINA chiến lược 1), và duy trì ICS-LABA với SABA làm thuốc cắt cơn (Chiến lược 2). Điều trị duy trì và cắt cơn với liều thấp ICS-formoterol được ưu tiên vì làm giảm cơn kịch phát so với điều trị duy trì thông thường cắt cơn với SABA. (Xem bên dưới phần thuốc cắt cơn ICS- formoterol khi cần ở hen nhẹ, và kiểm soát bổ sung ICS-LABA-LAMA)

Tác dụng phụ: Thành phần LABA có thể liên quan đến nhịp tim nhanh, nhức đầu hoặc vọp bẻ. Khuyến cáo hiện tại là LABA và ICS là an toàn cho bệnh hen khi dùng phối hợp. Không nên sử dụng LABA mà không phối hợp với ICS trong hen (hoặc bệnh nhân hen phối hợp COPD) vì làm tăng nguy cơ kết cục bất lợi nghiêm trọng.

Kháng Leukotriene (kháng thụ thể Leukotriene, LTRA)

Thuốc: viên, montelukast, pranlukast, zafirlukast, zileuton

Tác động và sử dụng: Nhắm vào một phần của con đường viêm trong hen, thỉnh thoảng được dùng như một lựa chọn để điều trị kiểm soát, đặc biệt là ở trẻ em. Sử dụng riêng lẻ: ít hiệu quả hơn so với ICS liều

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

thấp. Khi thêm vào ICS: ít hiệu quả hơn so với ICS/LABA.

Tác dụng phụ: Ít tác dụng phụ trong nghiên cứu đối chứng với giả dược ngoại trừ tăng men gan do dùng zileuton và zafirlukast. FDA cảnh báo nguy cơ thay đổi hành vi, tâm trạng nghiêm trọng, bao gồm trẻ em, nên được thảo luận với bệnh nhân/ cha mẹ.

THUỐC KIỂM SOÁT THÊM VÀO CHO ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ

Kháng cholinergic tác dụng kéo dài (LAMA)

Thuốc: ≥ 6 tuổi: tiotropium bằng bình hít hạt mịn. ≥ 18 tuổi: beclometasone-formoterol-glycopyrronium; fluticasone furoate-vilanterol-umeclidinium; mometasone-indacaterol-glycopyrronium. bình xịt định liều pMDIs hoặc bình hít dạng bột DPIs.

Tác động và sử dụng: Lựa chọn thêm vào Bậc 5 (hoặc, Bậc 4 không ưu tiên) cho bệnh nhân hen không kiểm soát mặc dù sử dung ICS-LABA. Cải thiện chức năng hô hấp nhưng không cải thiện triệu chứng hoặc chất lượng sống, đảm bảo đã tăng ICS ít nhất đến liều trung bình trước khi xem xét nhu cầu thêm vào LAMA.

Tác dụng phụ: không thường gặp nhưng gây khô miệng, bí tiểu.

Kháng IgE

*Thuốc: O*malizumab, tiêm dưới da [TDD], ≥ 6 tuổi

Tác động và sử dụng: Một lựa chọn bổ sung cho bệnh nhân hen dị ứng nặng không kiểm soát với ICS-LABA liều cao. Cũng có thể chỉ định cho polyp mũi và mày đay mạn tính. Có thể được phép tự quản lý.

Tác dụng phụ: Phản ứng tại chỗ tiêm thường gặp nhưng nhẹ Phản vệ hiếm gặp

Kháng IL5 và Kháng IL5R

Thuốc: kháng IL5 mepolizumab [TDD, ≥12 tuổi] hoặc reslizumab [TTM (tiêm tĩnh mạch), ≥18 tuổi] hoặc kháng thụ thể IL5 benralizumab [TDD, ≥12 tuổi]

Tác động và sử dụng: Lựa chọn bổ sung cho bệnh nhân hen nặng tăng bạch cầu ái toan nặng không kiểm soát được khi dùng ICS-LABA liều cao. Mepolizumab cũng có thể được chỉ định cho bệnh viêm mạch đa u hạt dị ứng (EGPA), hội chứng tăng Eosinophil hoặc viêm mũi xoang mạn tính với polyp mũi. Đối với mepolizumab và benralizumab, có thể được phép tự quản lý.

Tác dụng phụ: Đau đầu và phản ứng tại chổ tiêm thường gặp nhưng nhẹ.

Kháng IL4R

Thuốc: kháng Interleukin 4 thụ thể alpha: dupilumab, ≥6 tuổi, TDD (tiêm dưới da)

Tác động và sử dụng: Một lựa chọn bổ sung cho những bệnh nhân mắc hen nặng tăng bạch cầu ái toan hoặc hen Type 2 không được kiểm soát khi sử dụng ICS-LABA liều cao, hoặc cần duy trì OCS. Không sử dụng cho bệnh nhân có bạch cầu ái toan máu ≥ 1500/mcL. Cũng có thể được chỉ định để điều trị viêm da dị ứng vừa và nặng, viêm mũi xoang mạn tính với polyp mũi. Có thể được phép tự quản lý.

Tác dụng phụ: Phản ứng tại chỗ tiêm là phổ biến nhưng ít gặp. Tăng bạch cầu ái toan máu xuất hiện ở 4-13% bệnh nhân. Hiếm khi, những trường hợp viêm mạch đa u hạt dị ứng (EGPA) xuất hiện.

COPYRIGHTED MATERIAL. DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Kháng TSLP

Thuốc : Tezepelumab, TDD, ≥12 tuổi

Tác động và sử dụng: Lựa chọn thêm vào cho bệnh nhân hen nặng không kiểm soát bằng ICS-LABA liều cao. Ở bệnh nhân sử dụng OCS duy trì, không giảm liều OCS đáng kể.

Tác dụng phụ: Phản ứng tại chỗ tiêm; phản vệ ít gặp; tương tự nhóm placebo.

Corticosteroid đường toàn thân

Thuốc: prednisone, prednisolone, methylprednisolone, hydrocortisone viên, dexamethasone. Viên, viên đặt hoặc tiêm bắp [TB] hoặc tiêm tĩnh mạch [TTM].

Tác động và sử dụng: Điều trị ngắn hạn (thường là 5-7 ngày ở người lớn), quan trọng trong điều trị cơn kịch phát cấp tính nghiêm trọng, với tác dụng rõ nét thấy được sau 4-6 giờ. Corticosteroid đường uống (OCS) là liệu pháp được ưa thích hơn điều trị tiêm bắp (TB) hoặc tiêm tĩnh mạch (TTM) và hiệu quả trong việc dự phòng cơn tái phát. Giảm liều dần là cần thiết nếu điều trị hơn 2 tuần. Điều trị dài hạn với OCS có thể cần cho bệnh nhân hen nặng, nhưng cần xem xét đến các tác dụng phụ.

Tác dụng phụ: Dùng ngắn hạn: một số tác dụng phụ như nhiễm khuẩn huyết, thuyên tắc, rối loạn giấc ngủ, trào ngược dạ dày, thèm ăn, tăng đường huyết, thay đổi tính tình. Sử dụng kéo dài 4-5 đợt tăng nguy cơ tác dụng phụ dài hạn như đái tháo đường, loãng xương, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, suy tim.

Dùng dài hạn: nên giới hạn vì các nguy cơ tác dụng phụ quan trọng như đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, tăng huyết áp, đái tháo đường, loãng xương ức chế tuyến thượng thận. Đánh giá các nguy cơ này và điều trị thích hợp.

THUỐC KHÁNG VIÊM CẮT CƠN

ICS- formoterol liều thấp

Thuốc: beclometason-formoterol hoặc budesonide-formoterol*:* Dạng pMDI, DPI.

Tác động và sử dụng: Đây là thuốc cắt cơn cho bệnh nhân được kê đơn liệu pháp duy trì và cắt cơn (MART), hoặc ICS-formoterol khi cần chỉ ở những bệnh nhân hen nhẹ. Liệu pháp này giảm nguy cơ đợt kịch phát so với sử dụng SABA cắt cơn, với kiểm soát triệu chứng tương tự. Bệnh nhân hen nhẹ, ICS-formoterol khi cần giảm nhập viện/ cấp cứu so với ICS hàng ngày và SABA khi cần. Giảm co thắt phế quản do vận động khi sử dụng trước khi vận động.

Tác dụng phụ: Như ICS-formoterol ở trên. Liều khuyến cáo tối đa trong một ngày cho BDP-formoterol là tổng 48mcg formoterol (36mcg liều được phân phối) và cho budesonide-formoterol, 72 mcg formoterol (54mcg liều được phân phối).

Giãn phế quản kích thích beta$_2$ tác dụng ngắn dạng hít (SABA)

Thuốc: salbutamol (albuterol), terbutaline. Dạng pMDI, DPI và hiếm khi dùng dung dịch phun khí dung hoặc tiêm.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Tác động và sử dụng: SABA dạng hít là thuốc được lựa chọn để giảm nhanh các triệu chứng hen và co thắt phế quản bao gồm trong cơn kịch phát cấp tính, điều trị trước cho cơn co thắt phế quản khi gắng sức. SABAs chỉ nên được sử dụng khi cần ở liều thấp nhất và khi cần thiết. Không khuyến cáo sử dụng SABA đơn độc vì nguy cơ đợt kịch phát nặng và tử vong liên quan đến hen. Hiện tại, SABA hít là thuốc giãn phế quản thường dùng cho đợt kịch phát cấp tính cần hỗ trợ y tế ban đầu khẩn cấp hoặc vào cấp cứu.
Tác dụng phụ: Run tay và nhịp tim nhanh thường được ghi nhận với lần đầu sử dụng SABA. Khả năng dung nạp phát triển nhanh trong 1-2 tuần hoặc khi sử dụng thường xuyên, tăng sự tăng phản ứng đường thở, giảm hiệu quả giãn phế quản, và tăng viêm đường thở. Sử dụng quá mức, hoặc đáp ứng kém cho thấy hen kiểm soát kém và nguy cơ đợt kịch phát. Sử dụng ≥3 chai x liều 200 một năm có liên quan đến tăng nguy cơ đợt kịch phát; ≥12 chai/ năm liên quan đến nguy cơ tử vong.
Kháng cholinergic tác dụng ngắn *Thuốc:* ipratropium bromide, oxitropium bromide. Có thể kết hợp với SABAs. Dạng MDI hoặc DPI
Tác động và sử dụng: Dùng dài hạn: ipratropium là thuốc cắt cơn ít hiệu quả hơn SABA. Dùng ngắn hạn trong cơn hen cấp nặng: ipratropium hít cùng với SABA giúp giảm nguy cơ nhập viện.
Tác dụng phụ: Khô miệng hoặc đắng miệng.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

LỜI CẢM ƠN

Các hoạt động của Sáng kiến Toàn Cầu về Hen được sự ủng hộ bởi hoạt đồng của các thành viên của Ban Giám Đốc và các ban GINA (danh sách bên dưới) và bằng cách bán các sản phẩm GINA. Các thành viên của các Ủy ban GINA hoàn toàn chịu trách nhiệm về các tuyên bố và khuyến nghị được trình bày trong ấn phẩm này và các ấn phẩm GINA khác.

Ủy ban Khoa học GINA (2021-2022)

Helen Reddel,Úc, Chủ *tịch,* Leonard Bacharier, HoaKỳ; Eric Bateman, Nam Phi.; Louis-Philippe Boulet*, Canada; Christopher Brightling,Vương quốc Anh; Guy Brusselle*, Bỉ; Roland Buhl, Đức; Liesbeth Diujts, Hà Lan; Jeffrey Dragen, Hoa Kỳ; J. Mark FitzGerald, Canada; Louise Fleming, Vương quốc Anh; Hiromasa Inoue*, Nhật Bản; Fanny Wai-san Ko, Hồng Kông; Jerry Krishnan*, Hoa Kỳ; Kevin Mortimer, Vương quốc Anh; Paulo Pitrez, Brazil; Aziz Sheikh, Vương quốc Anh.

Hội đồng quản trị GINA (2021-2022)

Louis-Philippe Boulet, Canada,* Chủ tịch; *Eric Bateman, Nam Phi; Guy Brusselle*, Bỉ; Alvaro Cruz*, Brazil; J Mark FitzGerald, Canada; Hiromasa Inoue*, Nhật Bản; Jerry Krishnan*, USA; Mark Levy*, Vương quốc Anh; Jiangtao Lin, Trung Quốc (đến 2021); Helen Reddel,Úc; Arzu Yorgancioglu*, Thổ Nhĩ Kỳ.*

Ủy ban phổ biến và thực hiện GINA (2021-2022)

Mark Levy, Vương quốc Anh, Chủ tịch, các thành viên khác được chỉ định bởi asterisks (*) ở trên.

Hội đồng GINA

Hội đồng GINA bao gồm các thành viên từ nhiều quốc gia. Tên của các thành viên Hội đồng được liệt kê trên trang web GINA, www.ginasthma.org.

Chương trình GINA: Giám đốc điều hành: Rebecca Decker, Hoa Kỳ, Giám đốc chương trình: Kristi Rurey, Hoa Kỳ.
Trợ lý biên tập: Jenni Harman, Ruth Hadfied

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

ẤN PHẨM CỦA GINA

- **Chiến lược toàn cầu Xử trí và dự phòng hen phế quản** (cập nhật 2022). Báo cáo này cung cấp một cách tiếp cận tổng hợp để điều trị hen có thể được điều chỉnh cho các hệ thống y tế. Báo cáo có một định dạng thân thiện với người dùng với nhiều bảng tóm tắt thực tế và biểu đồ lưu lượng để sử dụng trong thực hành lâm sàng. Báo cáo được cập nhật hàng năm.
- **Phụ lục GINA trực tuyến** (cập nhật 2022). Thông tin chi tiết để hỗ trợ báo cáo GINA chính. Được cập nhật hàng năm.
- **Hen phế quản khó điều trị và nặng ở bệnh nhân vị thành niên và người lớn. Chẩn đoán và quản lý. Sổ tay hướng dẫn GINA cho các chuyên gia y tế V4.0, 2022**. Sổ tay hướng dẫn này bao gồm một sơ đồ quyết định về cách đánh giá và quản lý bệnh nhân mắc hen không kiểm soát được mặc dù ICS-LABA liều trung bình hoặc cao. Nội dung hướng dẫn có trong GINA 2022 bản toàn văn.
- **Hỗ trợ thực hành lâm sàng và các công cụ thực hiện**
- **Hướng dẫn tạm thời về COVID-19 và hen**: Bộ slide này cung cấp các tư vấn thiết thực về hen phế quản và COVID-19. Nó được cập nhật khi có thông tin mới.

Các ấn phẩm GINA và các nguồn tài liệu khác có sẵn từ www.ginasthma.org

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Xem website GINA tại
www.ginasthma.org
© 2022 Sáng kiến Toàn cầu về Hen