SỔ TAY HƯỚNG DẪN QUẢN LÝ VÀ DỰ PHÒNG HEN

(cho người lớn, trẻ vị thành niên và trẻ em 6 - 11 tuổi)

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Sổ tay Hướng dẫn cho Cán bộ y tế

Cập nhật 2023

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

(Người dịch: GS.TSKH Dương Quý Sỹ)

© Sáng Kiến Toàn Cầu về Hen 2023

SÁNG KIẾN TOÀN CẦU VỀ HEN

QUẢN LÝ VÀ DỰ PHÒNG HEN

cho người lớn, trẻ vị thành niên và trẻ 6 - 11 tuổi

SỔ TAY HƯỚNG DẪN CHO CÁN BỘ Y TẾ

Cập nhật tháng 7 năm 2023

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: : Arzu Yorgancioğlu, MD

Hội đồng phổ biến và triển khai GINA

Chủ tịch: Mark L. Levy, MBChB

Chương trình GINA

Rebecca Decker, BS, MSJ

Kristi Rurey, AS

***Tên của các thành viên của Ủy ban GINA được liệt kê ở trang** 53.*

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BDP	Beclometasone dipropionate
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
CYP450	Cytochrome P450
DPI	Bình hít bột khô
ED	Khoa Cấp cứu
FeNO	Phân suất oxit nitrít khí thở ra
FEV_1	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
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
NSAID	Thuốc chống viêm không steroid
O2	Ôxy
OCS	Corticosteroid đường uống
PEF	Lưu lượng đỉnh thở ra
pMDI	Bình hít định liều áp lực
SABA	Thuốc đồng vận $beta_2$ tác dụng ngắn
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

Tài liệu tham khảo hỗ trợ cho Sổ Tay Hướng Dẫn có thể tìm thấy trong bản báo cáo GINA 2023 đầy đủ (toàn văn).

Người đọc cần nhận thức rằng **Sổ tay Hướng dẫn này là tóm tắt ngắn gọn của báo cáo GINA 2023** giành 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 2023. 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

Danh sách từ viết tắt 2
Giới thiệu về hen và GINA 6
Chúng ta biết gì về bệnh hen? 7
Chẩn đoán hen 8
Tiêu chuẩn chẩn đoán hen 9
Cách xác định chẩn đoán ở bệnh nhân đang điều trị hen 10
Chẩn đoán hen trong các bối cảnh khác 10
Đánh giá một bệnh nhân bị hen 12
Cách đánh giá kiểm soát hen 14
Đánh giá hen không kiểm soát được 15
Điều trị hen 16
Nguyên tắc chung 16
Chu trình xử lý hen để giảm nguy cơ và kiểm soát triệu chứng 16
SABA đơn trị không được khuyến cáo 18
Bắt đầu điều trị hen 18
Theo dõi điều trị hen cho người lớn / trẻ vị thành niên 20
Phương pháp tiếp cận điều chỉnh điều trị theo bậc cho từng bệnh nhân cần 29
Xem xét đáp ứng và điều chỉnh điều trị 35
Kỹ năng hít và tuân thủ 37
Điều trị các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi 38
Các chiến lược và can thiệp không sử dụng thuốc 39
Điều trị cho dân số đặc biệt hoặc bối cảnh cụ thể 39
Hướng dẫn điều trị hen giai đoạn dịch COVID-19 41
Cơn kịch phát (bùng phát) 43
Kế hoạch hành động hen 43
Quản lý cơn kịch phát tại tuyến cơ sở hay đơn vị cấp cứu 45
Đánh giá đáp ứng 47
Theo dõi sau đợt cấp tính 47
Thuật ngữ của các loại thuốc hen 48
Lời cảm ơn 53
Ấn phẩm khác của GINA 53

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1. Sơ đồ chẩn đoán hen trong thực hành lâm sàng 8
Bảng 2. Các đặc điểm được sử dụng trong chẩn đoán hen…… . 10
Bảng 3. Cách đánh giá bệnh nhân hen…….. .....….12
Bảng 4. Đánh giá kiểm soát triệu chứng và nguy cơ trong tương lai…… ... 13
Bảng 5. Đánh giá hen không kiểm soát thế nào trong chăm sóc ban đầu 15
Bảng 6. Chu trình kiểm soát hen của việc chia sẽ ra quyết định 17
Bảng 7A. Chiến lược điều trị hen theo GINA - người lớn và trẻ vị thành niên.... 21
Bảng7B. Điều trị ban đầu: người lớn hoặc trẻ vị thành niên với chẩn đoán hen. 22
Bảng 8A. Chiến lược điều trị hen GINA - trẻ em 6-11 tuổi..... ..24
Bảng 8B. Điều trị ban đầu: trẻ em 6-11 tuổi với chẩn đoán hen …… 26
Bảng 9. Liều corticosteroid hít thấp, trung bình và cao 28
Bảng 10. Thực hiện việc chia sẽ quyết định về chọn dụng cụ hít 37
Bảng 11. Xử trí cơn hen trong chăm sóc ban đầu ... .46
Bảng 12. Thuốc và liều dùng cho GINA chọn lựa 1 với ICS-formoterol……52

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

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 về kinh tế, 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; đặc biệt là bệnh hen ở trẻ em, gây sự xáo trộn cho các gia đình. Bệnh hen cũng gây ra nhiều ca tử vong trên toàn thế giới, trong đó có cả những người trẻ tuổi. Khoảng 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 tại chỗ, 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 hàng năm các báo cáo dựa trên bằng chứng và các nguồn lực về lâm sàng về bệnh 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 Quản lý và Dự Phòng Hen (“báo cáo GINA”) cung cấp một cách tiếp cận toàn diện và tích hợp để xử trí hen có thể phù hợp với điều kiện tại chỗ và cho từng bệnh nhân. Chiến lược này không chỉ tập trung vào những chứng cứ vững chắc hiện có, mà còn dựa trên sự đề xuất mang tính thực hành cho các thầy thuốc lâm sàng. Bảng báo cáo đã được cập nhật hàng năm dựa trên xem xét các chứng cứ mới mỗi hai lần trong năm, bao gồm nghiên cứu gốc và tổng quan hệ thống. Về phương pháp của GINA, xem tại www.ginaasthma.org/aboutus/methodology.

Báo cáo GINA 2023 phiên bản toàn văn có thể được lấy từ www.ginasthma.org.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

CHÚNG TA BIẾT ĐƯỢC GÌ VỀ BỆNH HEN?

Hen là một bệnh thường gặp và có khuynh hướng là bệnh mãn tính 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 (bùng 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, nghĩa là bệnh nhân có thể:

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

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

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 bao gồm cả tần suất và cường độ. Những triệu chứng này có liên quan với sự biến đổi của dòng khí thở ra; nghĩa là sự khó khăn khi thở dòng khí ra từ phổi là do co thắt phế quản (hẹp đường dẫn khí), 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 ở những người bị hen chưa được điều trị. Có rất nhiều dạng hen (còn gọi là kiểu hình hen) và nhiều 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 vi-rút, dị ứng nguyên tại nhà hoặc nơi làm việc (ví dụ mạt bọ nhà, phấn hoa, gián), khói thuốc lá, vận động và căng thẳng. Những đáp ứng này nhiều khả năng xảy ra hơn khi hen không được kiểm soát. Một số loại thuốc có thể gây ra hoặc gây khởi phát cơn hen, ví dụ thuốc chẹn beta và (với một số bệnh nhân) aspirin hoặc các kháng viêm không steroid (NSAID) khác.

Hen bùng phát (còn gọi là hen kịch phát hoặc cơn hen tấn công) có thể dẫn đến tử vong, ngay cả ở những người dường như bị hen nhẹ. Hen kịch phát thường gặp 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 một kế hoạch hành động hen bằng văn bản, "bản viết" bao gồm bản viết tay, 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 các triệu chứng hen và giảm rõ rệt nguy cơ cơn 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 gây cơn hen kịch phát, đặc điểm kiểu hình và sở thích chọn lựa, cũng như hiệu quả của các loại thuốc có sẵn, an toàn và chi phí cho người chi trả hoặc người bệnh.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

THỰC HIỆN VIỆC CHẨN ĐOÁN HEN

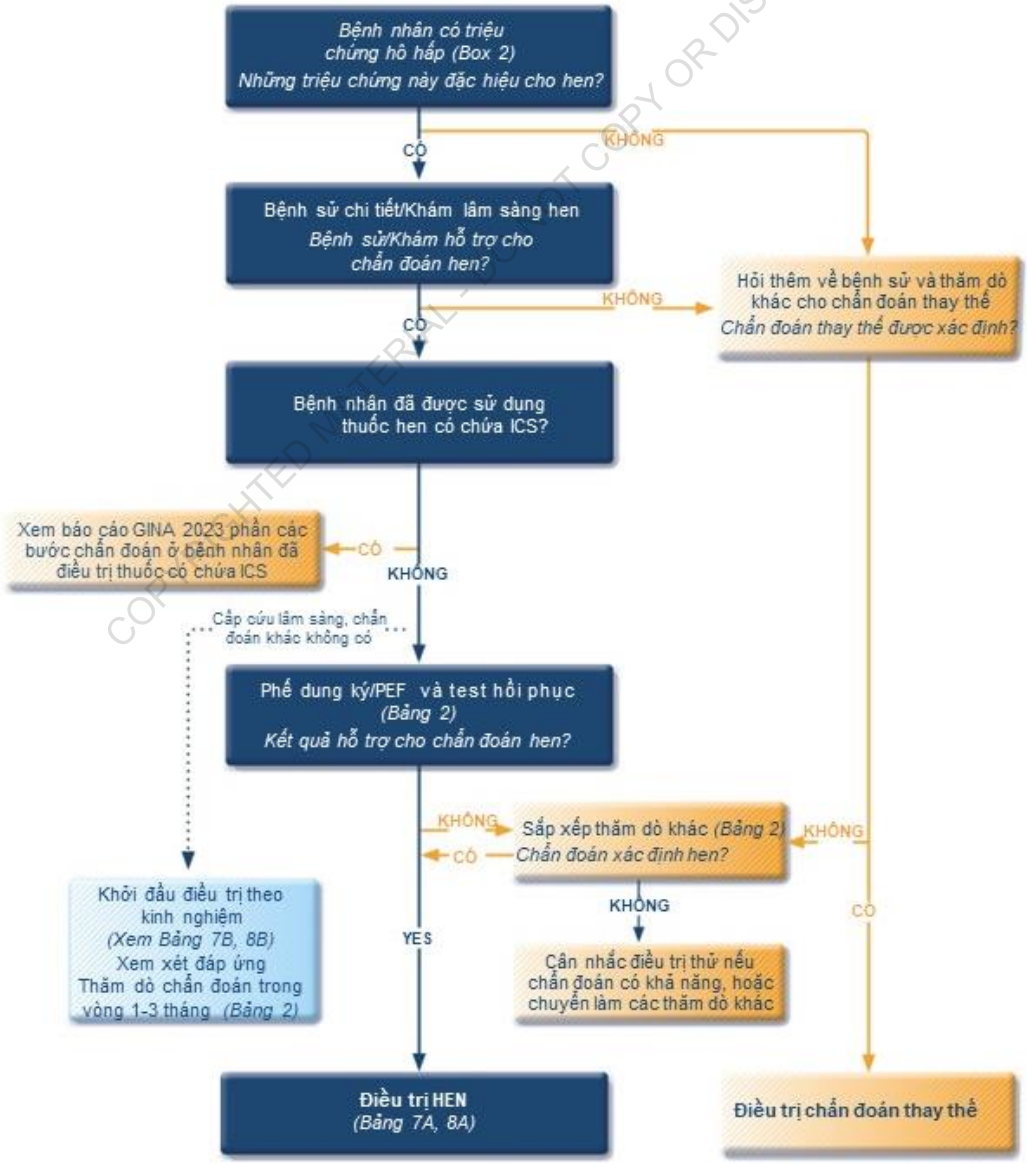
Hen là một bệnh có nhiều biến thể (kiểu hình), thường được đặc trưng bởi tình trạng viêm đường hô hấp mãn tính. Bệnh hen có hai đặc điểm cơ bản:

- bệnh sử có 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 trường diễn (không còn là thay đổi nữa) ở người bệnh hen thời gian dài.

Việc **chẩn đoán hen phải được xác định** (Bảng 1 và Bảng 2) và bằng chứng phải được ghi nhận trong hồ sơ y tế của người bệnh, nên là trước khi bắt đầu điều trị thuốc có chứa ICS. Việc xác định chẩn đoán hen khó hơn sau khi đã khởi đầu điều trị (xem trang 10).

Khám thực thể ở bệnh nhân hen thường là bình thường, nhưng thường tìm thấy thở khò khè khi nghe phổi, đặc biệt là khi thở ra gắng sức.

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



COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN HEN

Bảng 2. Các đặc điểm được sử dụng trong chẩn đoán hen

1. Bệnh sử có 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 vận động, 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 thay đổi
• 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: ○ FEV_1 tăng hơn 200mL và trên 12% giá trị trước khi dùng thuốc giãn phế quản (hoặc ở trẻ em, tăng >12% giá trị dự đoán trước khi dùng thuốc giãn phế quản). Được gọi là đáp ứng giãn phế quản có ý nghĩa hay có hồi phục. ○ Trung bình hằng ngày lưu lượng đỉnh thở ra (PEF)* thay đổi >10% (ở trẻ em >13%). ○ 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 thay đổi 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. • Tối thiểu một lần trong quá trình chẩn đoán, chẳng hạn khi FEV1 thấp, tỷ lệ FEV1/FVC ở mức dưới của giới hạn dưới bình thường. † • Đáp ứng giãn phế quản có hồi phục ý nghĩa có thể không thấy trong cơn hen kịch phát nặng hay nhiễm siêu vi, hoặc bệnh hen đã lâu. Nếu tính đáp ứng giãn phế quản có hồi phục không có, 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 2023.

**Được tính dựa trên kết quả được đọc 2 lần mỗi ngày (giá trị tốt nhất của 3 lần đo) 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, 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 hệ thức tham chiếu của Sáng kiến Phổi Toàn cầu.*

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

LÀM THẾ NÀO KHẲNG ĐỊNH CHẨN ĐOÁN HEN Ở BỆNH NHÂN ĐÃ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ THUỐC 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 việc chẩn đoán hen chưa được ghi nhận, cần khẳng định với các xét nghiệm khách quan.

Nếu không thỏa các tiêu chuẩn cho bệnh hen (Bảng 2, trang 9), 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-LABA dùng ngày hai lần trong >24 giờ và ICS + LABA dùng ngày một lần trong >36 giờ).

Nếu bệnh nhân đã dùng thuốc điều trị duy trì và có các *triệu chứng thường xuyên*, hãy xem xét thử tăng bậc thuốc điều trị có chứa ICS và lặp lại thăm dò chức năng hô hấp sau 3 tháng. Nếu bệnh nhân có *ít triệu chứng*, xem xét hạ bậc thuốc có chứa ICS; bảo đảm bệnh nhân có kế hoạch hành động hen bằng văn bản (trang 43), 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 2023 phiên bản 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 hoặc tại nhà với các dị nguyên hay chất kích ứng và bệnh hen của họ có tốt hơn khi họ tránh xa sự phơi nhiễm này.

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 việc điều trị với thuốc có chứa ICS cho sức khỏe của cả mẹ và bé.

Nếu việc khẳng định khách quan chẩn đoán hen là cần thiết, không khuyến cáo giảm bậc điều trị thuốc có chứa ICS cho mục đích này hoặc việc thực hiện nghiệm pháp gây co thắt phế quản phải chờ đến sau sanh.

Người già

Bệnh 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 nguyên liệu sinh khối, COPD hay hội chứng chồng lấp hen-COPD phải nên được xem xét (xem bên dưới).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bệnh nhân bị giới hạn dòng khí trường diễn

Hen và COPD có thể cùng tồn tại hoặc chồng chéo lên nhau (thường được gọi là hen + COPD hoặc chồng lấp hen - COPD), đặc biệt ở những người hút thuốc và người già. Bệnh sử và dạng triệu chứng cũng như hồ sơ bệnh án trước đây có thể giúp phân biệt bệnh hen với tình trạng giới hạn dòng khí trường diễn do COPD.

Sự không chắc chắn về chẩn đoán hoặc các đặc điểm phù hợp với cả hai chẩn đoán nên được chuyển khám chuyên gia sớm, vì hen + COPD có kết quả xấu hơn hen hoặc COPD đơn thuần. Hen + COPD không phải là một bệnh đơn lẻ mà có thể do nhiều cơ chế khác nhau gây ra. Có rất ít bằng chứng thử nghiệm lâm sàng về cách điều trị những bệnh nhân này vì họ thường bị loại khỏi các thử nghiệm lâm sàng.

Tuy nhiên, những bệnh nhân được chẩn đoán COPD và có tiền sử hoặc chẩn đoán hen nên được điều trị như hen với tối thiểu là ICS liều thấp (xem trang 28), cũng như phải dùng thuốc giãn phế quản, vì tăng nguy cơ nhập viện hoặc tử vong nếu bệnh nhân chỉ được điều trị bằng thuốc giãn phế quản đơn thuần.

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

Đây có thể là 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, ho do thuốc ức chế men chuyển (ACE) gây ra, do bởi tắc vùng thanh quản (thường gọi là 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 tính 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 ở bệnh nhân chỉ có ho là triệu chứng đơn độc, xem Bảng 2 (trang 9) và Chương 1 của báo cáo GINA, hoặc gửi bệnh 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 các quốc gia 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). Lược đồ chi tiết tiếp cận người bệnh có triệu chứng hô hấp là một phần của nhiều chiến lược được phát triển nhằm cải thiện quản lý bệnh hô hấp ở các quốc gia LMIC.

Tiếp cận đo phế dung ký ở các quốc gia thu nhập thấp – trung bình (LMIC) thường rất hạn chế hoặc không có khả năng chi trả. Trong trường hợp này, có thể sử dụng lưu lượng đỉnh (PEF) để xác định sự thay đổi giới hạn luồng khí thở ra nhằm xác định chẩn đoán hen (Bảng 2, trang 9). 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 (hoặc kiểm tra tức thời các chẩn đoán thay thế khác) trước khi bắt đầu điều trị thuốc có chứa ICS dài hạn.

Có một nhu cầu cấp thiết để tiếp cận các công cụ chẩn đoán giá cả phải chăng (lưu lượng đỉnh kế PEF và phế dung ký) và đào tạo cách sử dụng, cần phải được mở rộng quy mô để tránh bỏ sót chẩn đoán hoặc chẩn đoán quá mức ở các nước thu nhập thấp đến trung bình (LMIC).

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 người bệnh yêu cầu kê toa thuốc trở lại. Ngoài ra, phải lập kế hoạch kiểm tra định kỳ tối thiểu mỗi năm một lần.

Bảng 3. Đánh giá 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, trang 13). • Xác định các yếu tố nguy cơ khác cho dự hậu xấu (Bảng 4, trang 13). • 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. Đánh giá bệnh đồng mắc
• Các bệnh đồng mắc 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 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 các tác dụng phụ. • Quan sát bệnh nhân sử dụng thuốc hít và kiểm tra kỹ thuật hít (trang 37). • Thảo luận cởi mở và đồng cảm về tuân thủ điều trị (trang 38). • Kiểm tra xem bệnh nhân có kế hoạch hành động hen bằng văn bản (trang 43). • Hỏi người bệnh về mục tiêu và lực chọn của họ cho điều trị hen.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

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

<table>
<tr><th colspan="2">A. Đánh giá kiểm soát triệu chứng</th><th colspan="3">Mức độ kiểm soát các triệu chứng hen</th></tr>
<tr><th colspan="2">4 tuần qua, bệnh nhân có:</th><th>Kiểm soát tốt</th><th>Kiểm soát một phần</th><th>Không kiểm soát</th></tr>
<tr><td colspan="2">Triệu chứng ban ngày hơn hai lần/tuần?
Có□ Không□

Bất kỳ đêm nào thức giấc do hen?
Có□ Không□

Cần thuốc giảm triệu chứng SABA* >2 lần/tuần?
Có□ Không□

Giới hạn bất kỳ hoạt động nào do hen?
Có□ Không□</td><td>Không có</td><td>Có từ 1-2</td><td>Có từ 3-4</td></tr>
<tr><td colspan="5">B. Các yếu tố nguy cơ làm dự hậu bệnh hen xấu</td></tr>
<tr><td colspan="5">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 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.</td></tr>
<tr><td colspan="4">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: lạm dụng SABA (≥3 lọ-loại 200 liều/năm; tỷ lệ tử vong tăng nếu dùng ≥1 lọ-200 liều/tháng); sử dụng ICS không hiệu quả (không được chỉ định, kém tuân thủ ICS hoặc kỹ thuật hít không đúng).
• Bệnh đồng mắc: béo phì; viêm mũi xoang mãn tính; trào ngược dạ dày thực quản - GERD; dị ứng thức ăn đã xác định; lo lắng; trầm cảm; mang thai.
• Phơi nhiễm: hút thuốc; thuốc lá điện tử; tiếp xúc với dị ứng nguyên nhạy cảm; ô nhiễm không khí.
• Bối cảnh: có 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 đáp ứng giãn phế quản cao.
• Chỉ điểm viêm nhóm 2: bạch cầu ái toan máu cao; FeNO cao mặc dù đang điều trị ICS.

Yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng khác của cơn bùng phát (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.</td><td>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</td></tr>
</table>

*Chỉ có bệnh nhân chọn Phương thức 2 (Track 2) dùng SABA cắt cơn; dùng SABA trước khi vận động không tính đến.

Bảng này tiếp tục ở trang tiếp theo.

COPYRIGHT MITENIA - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 4. Đánh giá kiểm soát triệu chứng và nguy cơ tương lai (tiếp theo)

B. Các yếu tố nguy cơ làm dự hậu bệnh hen xấu (tiếp theo)
Các yếu tố nguy cơ làm hình thành giới hạn dòng khí trường diễn bao gồm: • Bệnh sử: sinh non, sinh thiếu cân, tăng cân nhiều hơn so với trẻ, tăng tiết nhầy mạn tính. • Thuốc: thiếu điều trị bằng ICS ở người bệnh có tiền sử đợt kịch phát nặng. • Phơi nhiễm chất độc hại hoặc kích ứng: khói thuốc lá, hóa chất, phơi nhiễm nghề nghiệp hoặc tại nơi sinh sống. • Đánh giá: 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; dùng kèm thuốc ức chế CYP450 như là ritonavir, ketoconazole, itraconazole. • *Tại chỗ:* ICS liều cao hoặc loạt tính mạnh; kỹ thuật hít kém.

ICS: corticosteroid dạng hít; OCS: corticosteroid đường uống.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

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 bùng phát (cơn kịch phát) (xem Bảng 4, trang 14). Các bảng câu hỏi như là Đánh giá kiểm soát hen (ACT) và Bảng câu hỏi kiểm soát hen (ACQ) 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 đẫn đến các cơn kịch phát (bùng phát), làm suy giảm chức năng hô hấp, hoặc dẫn đến tác dụng phụ của thuốc.

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 nhận 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 mức độ điều trị cần thiết để kiểm soát triệu chứng và các cơn kịch phát (ví dụ nhiều tháng sau điều trị). Hen nặng là bệnh hen vẫn không kiểm soát được mặc dù dùng liều tối ưu ICS-LABA hoặc cần liều cao ICS-LABA để dự phòng hen trở nên không kiểm soát. Hen nhẹ là bệnh hen có thể được kiểm soát bằng ICS-formoterol khi cần, hoặc ICS liều thấp. Cần nhấn mạnh với người bệnh rằng hen nhẹ vẫn cần điều trị ICS.

Chúng tôi đề nghị rằng, trong thực hành lâm sàng, nên tránh dùng thuật ngữ “hen nhẹ” nếu có thể được, vì thường mặc định sai lầm rằng nó tương đương với nguy cơ thấp. Cần phải giải thích rằng những bệnh nhân có triệu chứng hen nhẹ hoặc không thường xuyên vẫn có thể bị cơn hen trầm trọng hoặc gây tử vong nếu chỉ điều trị bằng SABA; nguy cơ này giảm từ một nửa đến hai phần ba khi dùng ICS liều thấp hoặc với ICS-foromterol liều thấp khi cần thiết.

Đối với huấn luyện nhân viên y tế, thuật ngữ “hen có vẻ như nhẹ” có thể hữu ích để làm nổi bật sự khác biệt giữa các triệu chứng và nguy cơ. Tuy nhiên, hãy lưu ý rằng trong một số ngôn ngữ, từ “có vẻ như” có thể dịch sang nghĩa ngược lại với ý nghĩa dự định.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ ĐÁNH GIÁ HEN KHÔNG KIỂM SOÁT

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

Bảng 5 trình bày cách tiếp cận thực hành để đánh giá trong chăm sóc ban đầu bệnh nhân không kiểm soát dù đã được điều trị thuốc có ICS.

Bảng 5. Làm thế nào để đánh giá hen không kiểm soát trong chăm sóc ban đầu

Quan sát sử dụng ống hít. Trao đổi về tuân thủ điều trị và những khó khăn khi dùng	So sánh kỹ thuật hít với bảng kiểm và sửa các lỗi sai; kiểm tra lại thường xuyên. Phải thảo luận một 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 giảm liều ICS một nửa 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 đồng mắc đi kèm	Người lớn/trẻ vị thành niên: chuyển sang GINA Phương thức 1 nếu có thể. Kiểm tra yếu tố nguy cơ hay thúc đẩy như hút thuốc, thuốc chẹn beta, thuốc NSAID, tiếp xúc với dị nguyên. Kiểm tra bệnh đi kèm như viêm mũi, béo phì, 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.
Gửi khám chuyên khoa 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, gửi khám có ý kiến chuyên gia. Gửi khám sớm hơn nếu các triệu chứng hen nặng hay nghi ngờ về việc chẩn đoán.

Sơ đồ này trình bày các vấn đề thông thường trước tiên, nhưng các bước có thể thực hiện theo một trật tự khác nhau, phụ thuộc vào các nguồn lực và hoàn cảnh lâm sàng. Luôn kiểm tra trước tiên kỹ thuật hít và việc tuân thủ.

QUẢN LÝ HEN

CÁC NGUYÊN TẮC CHUNG

Mục tiêu dài hạn của quản lý hen là **kiểm soát triệu chứng và giảm nguy cơ**. 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 riêng của bệnh nhân liên quan đến bệnh hen và cách điều trị cũng nên được xác định.

Các khuyến cáo ở cấp độ dân số chung 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 đặc thù. Ví dụ, có những khuyến cáo khác nhau cho người lớn, trẻ em 6-11 tuổi và trẻ 5 tuổi và nhỏ hơn. Đối với hen nặng, cũng đã có những khuyến cáo ở cấp độ dân số khác nhau dựa trên kiểu hình hình viêm: Loại 2 (Th2) hay không phải Loại 2.

Các quyết định điều trị ở cấp độ bệnh nhân nên tính đến cho bất kì đặc điểm cá thể, yếu tố nguy cơ, các bệnh đa đồng mắc hay kiểu hình giúp dự đoán đáp ứng của người bệnh với điều trị dựa trên cơ sở triệu chứng của họ, nguy cơ cơn kịch phát được giảm thiểu với điều trị chuyên biệt, đi cùng với mục tiêu cá nhân và các vấn đề thực hành như kỹ thuật hít, sự tuân thủ điều trị và khả năng chi trả.

Ở người lớn và trẻ vị thành niên, có hai Phương thức (Track) 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 chi tiết ở trang 20.

COPYRIGHT MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Sự cộng tác giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là 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 cơ bản về sức khỏe để đưa ra các quyết định về sức khỏe thích hợp – nên được tính đến trong giáo dục và quản lý bệnh hen.

CHU TRÌNH QUẢN LÝ HEN ĐỂ GIẢM THIỂU CÁC NGUY CƠ VÀ KIỂM SOÁT CÁC TRIỆU CHỨNG

Quản lý hen bao gồm một chu trình liên tục để **đánh giá**, **điều chỉnh điều trị** và **xem xét đáp ứng** (xem Bảng 6, trang 17).

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. Bệnh nhân (hoặc cha mẹ/người nuôi dưỡng trẻ hen) cũng cần được hỏi về mục tiêu và chọn lựa của họ về điều trị hen, như là một phần của việc ra quyết định chia sẽ về các lựa chọn điều trị hen.

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

- **Thuốc có chứa ICS cho tất cả bệnh nhân hen,** thậm chí cho cả bệnh nhân triệu chứng không thường xuyên để giảm nguy cơ các cơn kịch phát nặng.
- **Thuốc hít cắt cơn** cho tất cả bệnh nhân hen, hoặc ICS-formoterol, ICS-SABA hoặc SABA. Liều thấp ICS-formoterol là thuốc cắt cơn ưu tiên bởi vì 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; ở những bệnh nhân này thuốc cắt cơn thích hợp là SABA hoặc ICS-SABA.
- **Xử trí các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được** và các bệnh đa đồng mắc (Bảng 4, trang 13).
- **Điều trị không dùng thuốc** và các chiến lược phù hợp (trang 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:

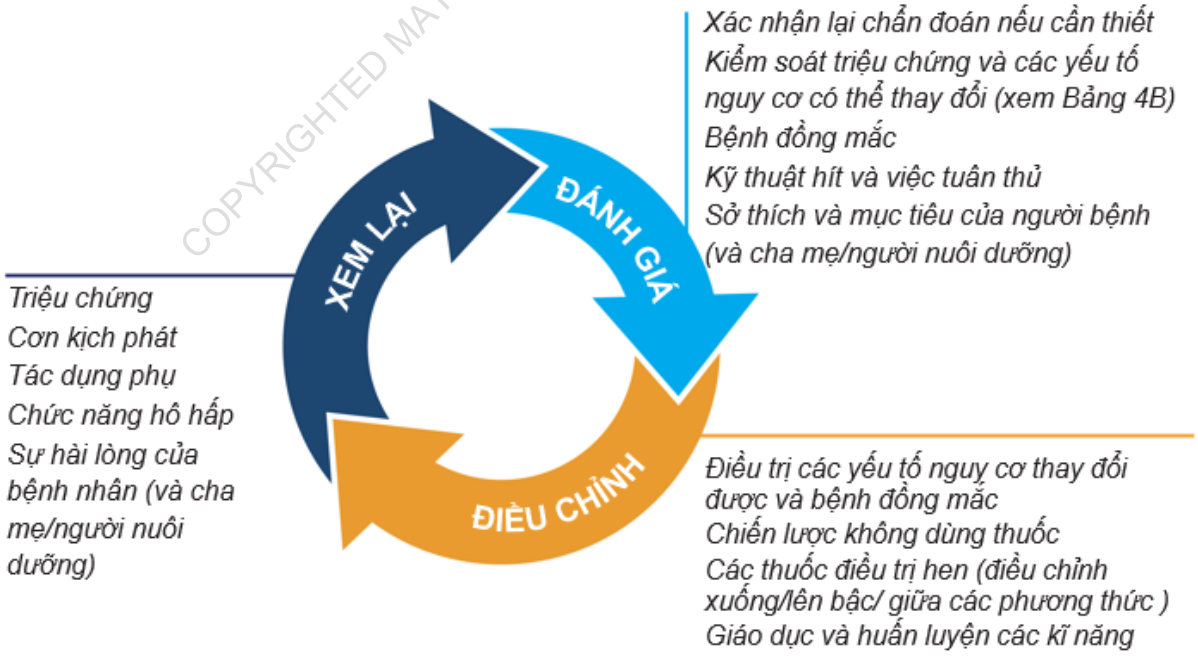
- Thông tin về bệnh hen
- Các kỹ năng sử dụng thuốc hít (trang 37)
- Sự tuân thủ điều trị (trang 38)
- Lập kế hoạch hành động hen bằng văn bản (trang 43)
- Tự giám sát triệu chứng và / hoặc lưu lượng đỉnh
- Khám sức khỏe đều đặn (trang 12).

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/người nuôi dưỡng trẻ hen).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 6. Chu trình quản lý hen của việc thực hiện chi sẽ quyết định

Mục đích của quản lý hen là để ngăn ngừa cơn kịch phát và tử vong do hen, giảm triệu chứng.



SABA ĐƠN TRỊ LIỆU HEN KHÔNG ĐƯỢC KHUYẾN CÁO

Vì tính an toàn, GINA không còn khuyến cáo điều trị hen ở người lớn và trẻ vị thành niên chỉ dùng beta2 tác dụng ngắn (SABA) một mình. Thay vào đó, tất cả bệnh nhân nên được điều trị bằng corticoid hít (ICS), hoặc thường xuyên, hoặc khi cần ICS-formoterol ở bệnh nhân hen nhẹ để giảm nguy cơ cơn kịch phát nặng và tử vong do hen. Đối với trẻ em từ 6 – 11 tuổi bị hen nhẹ, sử dụng ICS bất cứ lúc nào dùng SABA là an toàn hơn dùng SABA đơn độc.

Tại sao đơn trị liệu SABA không được khuyến cáo?

Việc bắt đầu điều trị hen chỉ với thuốc cắt cơn SABA đơn độc khi cần thiết đã có từ hơn 50 năm trước, khi bệnh hen được coi chủ yếu là một bệnh do co thắt phế quản. Tuy nhiên, viêm đường hô hấp được tìm thấy ở hầu hết bệnh nhân hen, ngay cả ở những người có triệu chứng cách khoảng hoặc không thường xuyên và những bệnh nhân dường như bị hen nhẹ vẫn có thể bị cơn hen nặng, đe dọa tính mạng hoặc gây tử vong. Những rủi ro này được giảm thiểu đáng kể nhờ ICS.

Điều trị SABA đơn độc đi kèm với việc làm tăng nguy cơ cơn kịch phát và chức năng hô hấp thấp hơn và tử vong liên quan đến hen.

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 loại 200 liều trong một năm) có liên quan đến tăng các cơn kịch phát nghiêm trọng. Dùng ≥12 lọ SABA trong một năm (và thậm chí có thể ít hơn mức này) có liên quan đến việc tăng nguy cơ tử vong do hen. Sử dụng phun khí dung tại nhà SABA cũng làm tăng nguy cơ tử vong do hen.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ HEN

Điều trị thuốc có chứa 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 do 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 đưa 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.
- Ở bệnh nhân trước đó dùng SABA đơn độc hoặc liều thấp ICS hoặc kháng leukotriene (LTRA), dùng ICS-formoterol liều thấp khi cần giảm nguy cơ nhập viện cấp cứu hoặc nhập viện trong 2/3 trường hợp so với dùng SABA đơn thuần, giảm hơn 1/3 trường hợp so với dùng liều thấp ICS thêm SABA khi cần.

Đối với người trưởng thành hoặc trẻ vị thành niên bị hen, điều trị có thể bắt đầu từ Bước 2 hoặc với ICS-formoterol khi cần, hoặc dùng ICS liều thấp mỗi ngày kèm với SABA khi cần hoặc ICS-SABA (xem Hình 7B, trang 22).

Đa số bệnh nhân hen không cần liều cao ICS, bởi vì ở cấp độ nhóm, phần lớn hiệu quả (bao gồm cả dự phòng đợt kịch phát) ghi nhận được với liều thấp. Liên quan đến liều ICS, xem tại Bảng 9, trang 28).

Cân nhắc bắt đầu từ Bước 3 (ưu thế hơn với liệu pháp điều trị duy trì và điều trị cắt cơn [MART] với ICS-formoterol liều thấp) nếu ban đầu bệnh nhân có các triệu chứng khó chịu vì hen trong hầu hết các ngày (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 chức năng hô hấp kém hoặc với cơn kịch phát cấp tính là biểu hiện ban đầu, bắt đầu điều trị Bước 4 (ưu tiên 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 vòng tháng. Tuy nhiên, không nên dừng hoàn toàn ICS.

Trước khi bắt đầu điều trị ban đầu (Bảng 7B, trang 22 và Bảng 8B, trang 26)

- 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.
- Hướng dẫn 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, trang 21 và Bảng 8A, trang 24)

- 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.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

CHỌN LỰA ĐIỀU TRỊ HEN CHO NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Các lựa chọn điều trị duy trì cho người lớn và trẻ vị thành niên đã được trình bày như là hai "Phương thức (Track)" điều trị (Bảng 7A, trang 21). Sự khác biệt chính giữa hai Phương thức điều trị là thuốc được sử dụng để giảm triệu chứng: ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết trong Phương thức 1 – Track 1 (ưu thế) và SABA khi cần hoặc ICS-SABA khi cần trong Phương thức 2 – Track 2.

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

Đây là cách tiếp cận ưu tiên được GINA khuyến cáo cho người lớn và trẻ vị thành niên, dựa trên chứng cứ vững chắc trong việc làm giảm nguy cơ cơn kịch phát nặng so với chế độ điều trị với SABA là thuốc cắt cơn, với kiểm soát triệu chứng tương tự và việc điều trị đơn giản. Với cách tiếp cận này:

- Khi một bệnh nhân ở bất kỳ Bậc điều trị nào có triệu chứng hen, bệnh nhân sử dụng phối hợp ICS-formoterol liều thấp để giảm triệu chứng.
- Trong Bậc 3-5, bệnh nhân cũng dùng phối hợp ICS-formoterol làm điều trị duy trì hàng ngày. Điều trị 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 loại thuốc khác (không phải formoterol) ICS-LABA, hoặc ICS-LABA-LAMA.

Phương thức 2: **Thuốc cắt cơn khi cần là SABA hoặc ICS-SABA.** Đây là một cách tiếp cận thay thế khi Phương thức 1 là không thể hoặc không được lựa chọn bởi bệnh nhân hiện hen ổn định và không có cơn hen kịch phát với điều trị hiện tại.

- Trong Bậc 1, bệnh nhân dùng SABA và ICS liều thấp phối hợp để giảm triệu chứng khi triệu chứng xuất hiện, trong ống hít kết hợp hoặc với ICS dùng ngay sau khi dùng SABA.
- Trong Bậc 2-5, bệnh nhân cũng dùng duy trì thuốc có chứa ICS thường xuyên mỗi ngày.

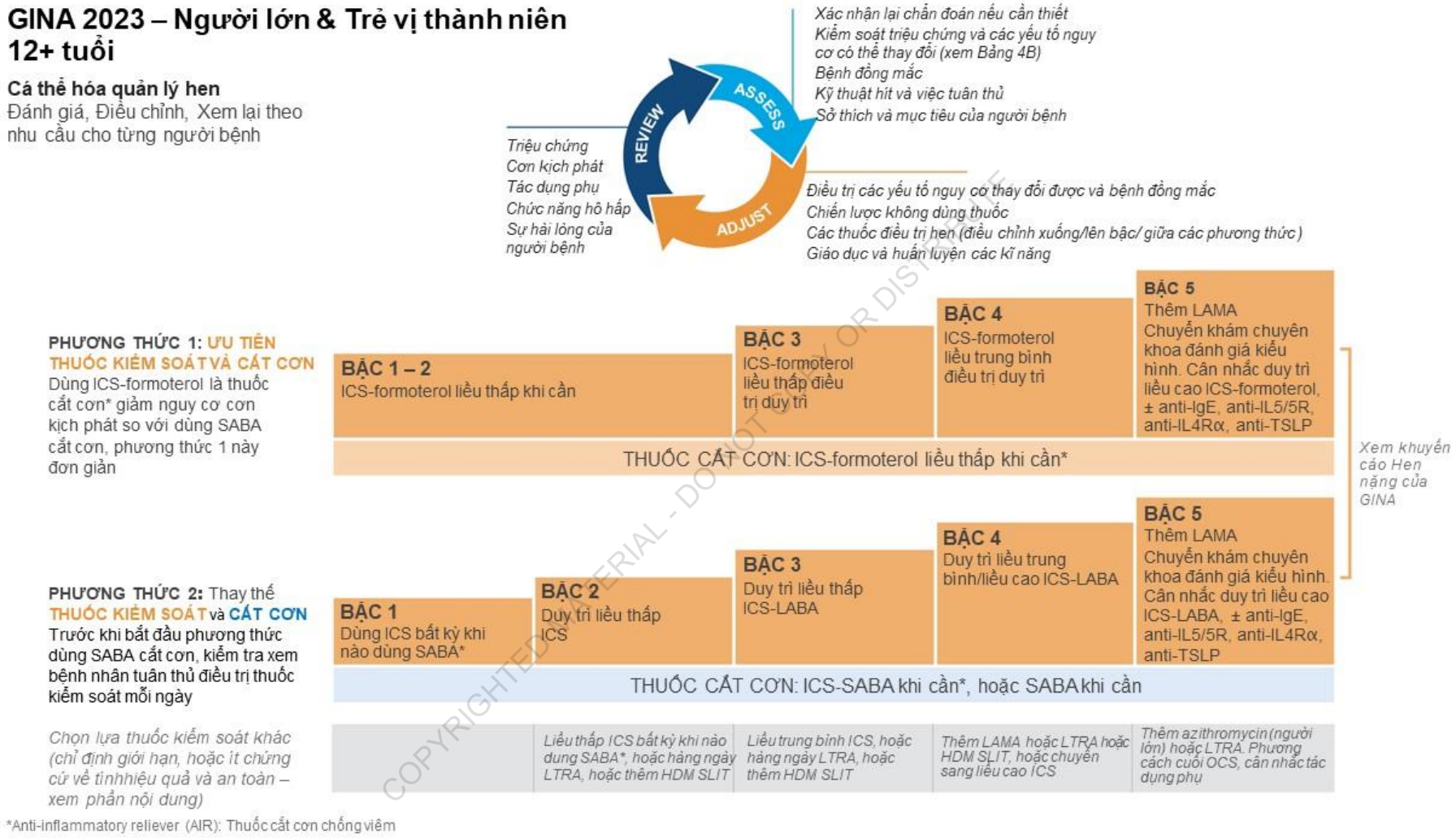
Trước khi kê đơn với thuốc cắt cơn SABA, hãy xem xét liệu bệnh nhân có khả năng tuân thủ liệu pháp kiểm soát chứa ICS hay không, vì nếu không bệnh nhân sẽ chỉ dùng duy nhất SABA trong điều trị và có nguy cơ cao bị những đợt cấp tính.

Trong quá trình điều trị duy trì, điều trị có thể nâng bậc hoặc xuống bậc cho một phương thức điều trị, sử dụng cùng một thuốc cắt cơn ở mỗi bước, hoặc nó có thể được chuyển đổi giữa các phương thức, 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, trang 15).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

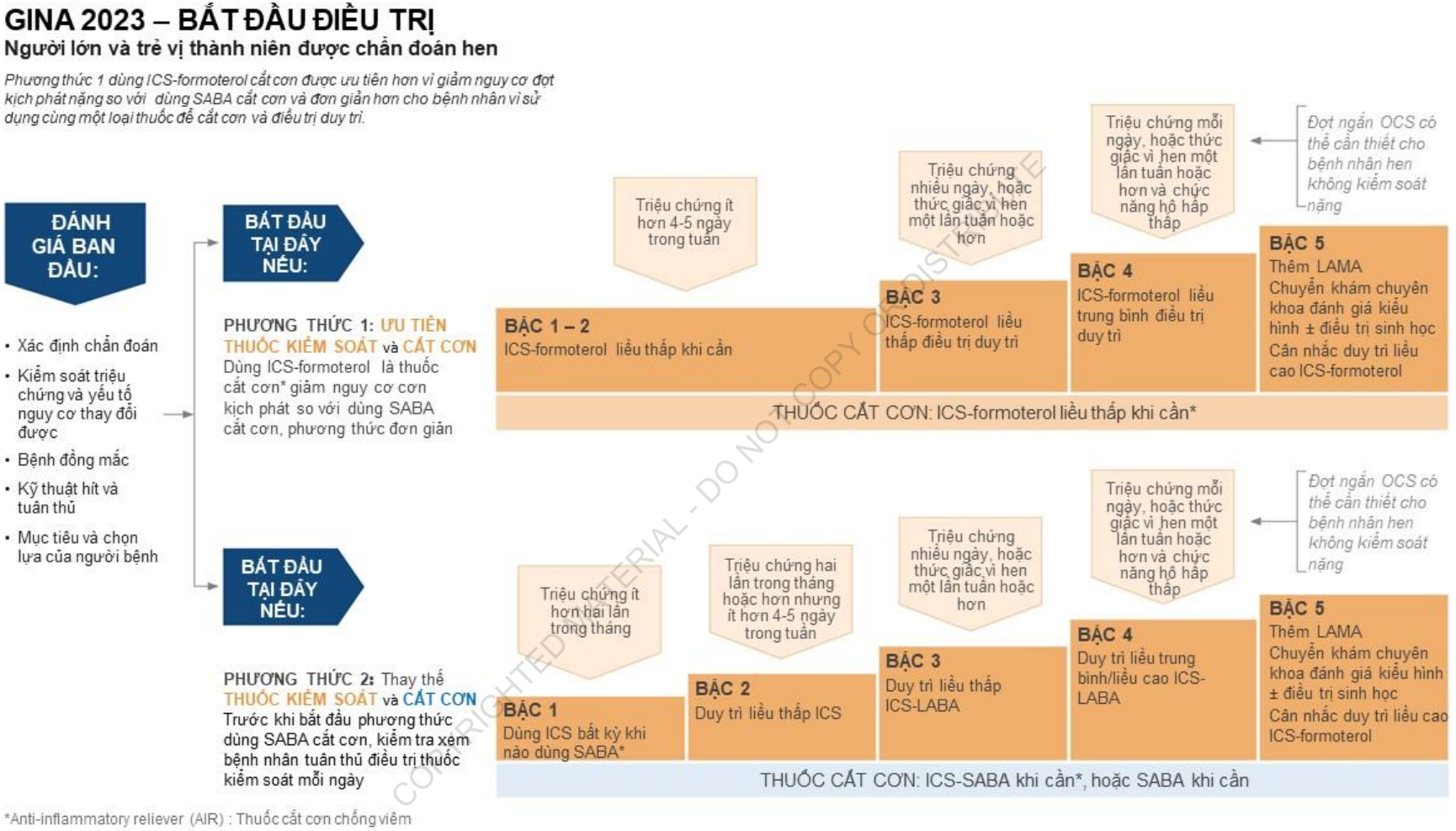
Bảng 7A. Chiến lược điều trị hen phế quản theo GINA – người lớn và trẻ vị thành niên



COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

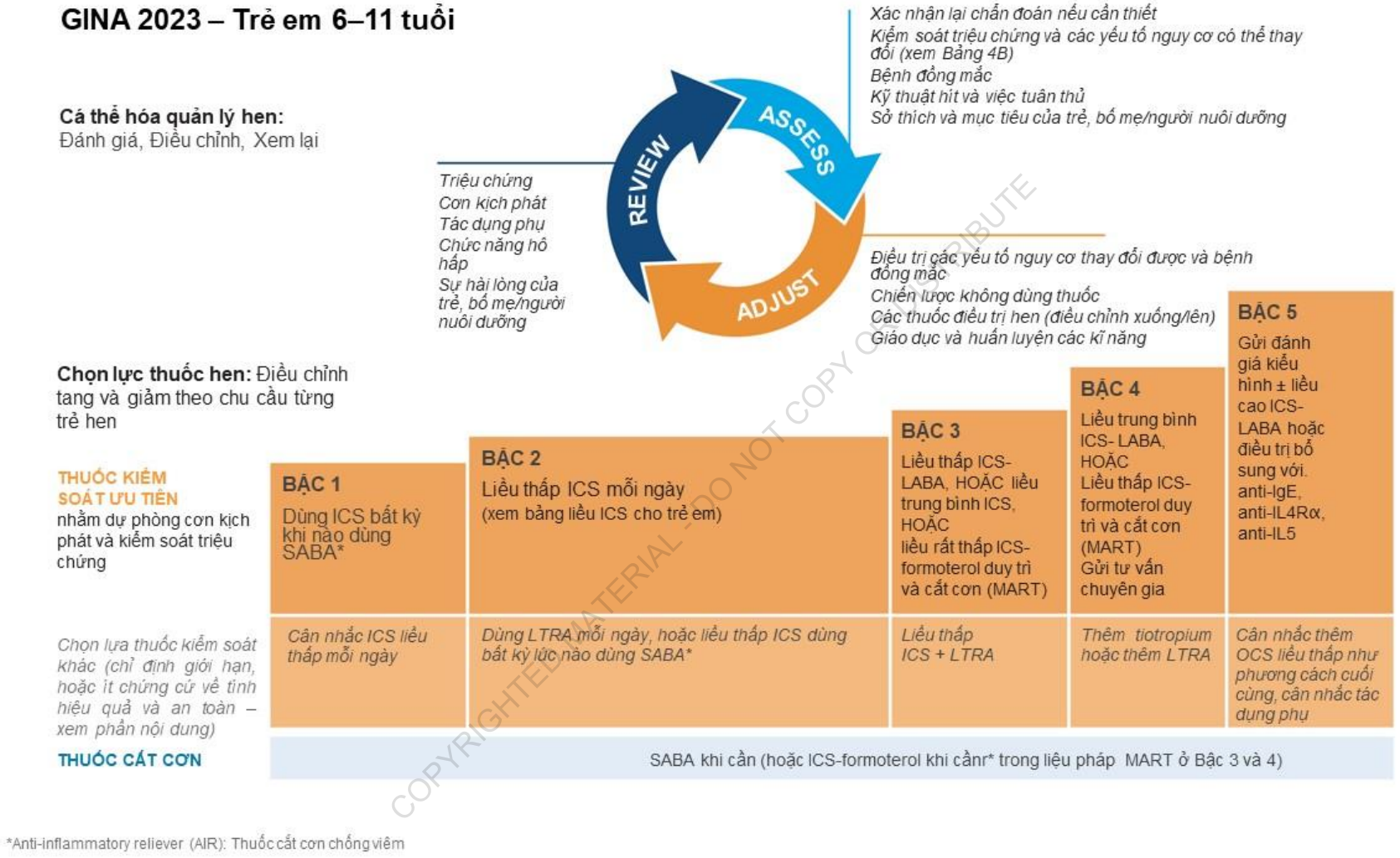
ICS: corticosteroid dạng hít; LABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng dài; LAMA: chất đối kháng muscarinic tác dụng dài; LTRA: chất đối kháng thụ thể leukotriene; OCS: corticosteroid đường uống; SABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng ngắn. Thông tin chi tiết về thuốc và liều dùng cho Phương thức 1 xem Bảng 12 (trang 52). Xem Bảng 8A (trang 24) cho trẻ 6-11 tuổi. Để biết thêm chi tiết về các khuyến cáo điều trị và chứng cứ hỗ trợ, tư vấn lâm sàng về việc thực hiện ở các dân số khác nhau, xem báo cáo đầy đủ GINA 2023 (www.ginasthma.org/reports). Để biết thêm chi tiết về các liệu pháp bổ sung Bậc 5, xem Chương 3.2 của báo cáo GINA hoặc Hướng dẫn tóm tắt GINA 2023 về Hen khó trị và Hen nặng ở trẻ vị thành niên và người lớn; kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện chi trả tại địa phương.

Bảng 7B. Điều trị ban đầu: người lớn và trẻ vị thành niên bị hen



ICS: corticosteroid dạng hít; SABA: đồng vận beta$_2$ tác dụng ngắn. Thông tin chi tiết về thuốc và liều dùng cho Phương thức 1 xem Bảng 12 (trang 52). Điều trị hen ban đầu ở trẻ em 6-11 tuổi, xem Bảng 8B (trang 26). 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, xem báo cáo đầy đủ GINA 2023 (www.ginasthma.org). Để biết thêm chi tiết về các liệu pháp bổ sung Bước 5, xem Chương 3.3 của báo cáo GINA, hoặc Hướng dẫn tóm tắt GINA 2023 về Hen khó trị và Hen nặng ở trẻ vị thành niên và người lớn; kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện chi trả tại địa phương.

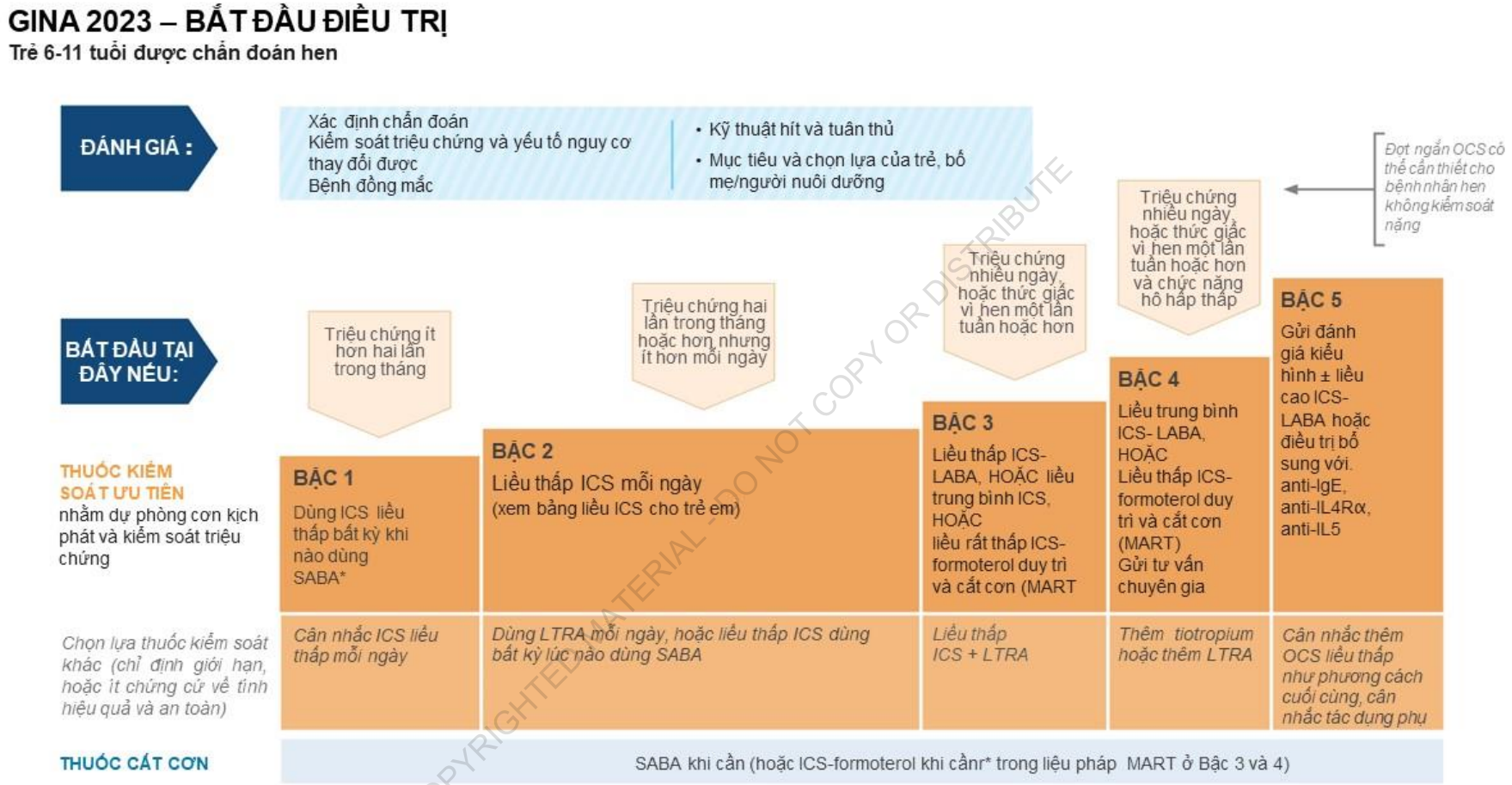
Hình 8A. Chiến lược điều trị hen phế quản của GINA - trẻ em 6-11 tuổi



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. Xem Bảng 7A (trang 21) giành cho người lớn và trẻ vị thành niên. 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, xem báo cáo đầy đủ GINA 2023 (www.ginasthma.org). Kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện chi trả tại địa phương.

Hình 8B. Bắt đầu điều trị: trẻ em 6-11 tuổi với chẩn đoán hen



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. Điều trị hen ban đầu ở người lớn và trẻ vị thành niên, xem Bảng 7B (trang 22). 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, xem báo cáo đầy đủ GINA 2023 (www.ginasthma.org). Kiểm tra các tiêu chí phù hợp với điều kiện chi trả tại 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 tại chỗ (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

Bảng trình bày định liều. Từ viết tắt xem trang 2.
* Hạt tiêu chuẩn (không mịn). ICS dạng hít định liều (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.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

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

Lựa chọn điều trị cho người lớn và trẻ vị thành niên trong Bảng 7A (trang 21) trình bày hai Phương thức (track), dựa trên sự lựa chọn thuốc cắt cơn. Trong Phương thức 1, thuốc cắt cơn là ICS-formoterol liều thấp. Đây là cách tiếp cận ưu tiên được GINA khuyến cáo, bởi vì phương thức này làm giảm nguy cơ các cơn kịch phát nặng so với sử dụng thuốc cắt cơn SABA và cũng bởi vì chế độ điều trị đơn giản.

Một khi điều trị hen đã được bắt đầu (Bảng 7B, trang 22 và Bảng 8B, trang 26), các quyết định tiếp theo dựa trên một chu trình thực hiện việc chia sẽ quyết định 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, trang 17). Điều trị có thể được tăng bậc hoặc giảm bậc trong một phương thức dùng cùng một loại thuốc cắt cơn cho mỗi bậc, hoặc nó có thể được chuyển đổi giữa các phương thức, theo nhu cầu của từng bệnh nhân.

Điều trị ưu tiên ở mỗi bậc cho người lớn và trẻ vị thành niên trình bày ở Bảng 7A (trang 21) và cho trẻ em 6-11 tuổi ở Bảng 8A (trang 24). Xem Bảng 9 (trang 28) cho liều ICS. Để biết thêm chi tiết, bao gồm trẻ em 5 tuổi và nhỏ hơn, xem báo cáo GINA 2021 phiên bản đầy đủ (toàn văn).

Ở mỗi bậc, **các lựa chọn khác** cũng được liệt kê, có những chỉ định chuyên biệt hoặc ít bằng chứng về tính hiệu quả và an toàn.

Đối với những bệnh nhân bị hen không được kiểm soát tốt trong một điều trị chuyên biệt, việc 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 trẻ vị thành niên: ICS-formoterol liều thấp khi cần thiết để giảm triệu chứng (Phương thức 1 – Track 1)

Các khuyến cáo này giành 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 ít khi được nghiên cứu.
- Điều trị xuống bậc cho bệnh nhân hen được kiểm soát tốt với liều thấp ICS-formoterol hoặc liều thấp ICS.

ICS-formoterol liều thấp khi cần là điều trị ưu tiên cho bậc này. Chiến lược này được củng cố dựa trên chứng cứ của hai nghiên cứu so sánh budesonide-formoterol liều thấp khi cần so với điều trị chỉ dùng SABA đơn trị, liều thấp ICS hoặc thuốc kháng leukotriene (xem bên dưới).

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

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

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

- 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 lọ hay nhiều hơn-loại 200 liều/lọ-trong năm) có liên quan đến tăng nguy cơ đợt kịch phát và tử vong.

- Điều quan trọng là tránh các thông điệp mâu thuẫn trong 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) bệnh nhân lại được cho biết rằng họ cần phải điều trị ICS mỗi 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 điều trị hen chính của họ.

Tất cả các bằng chứng về dùng ICS-formoterol khi cần là với budesonide-formoterol liều thấp, tuy nhiên beclometasone-formoterol cũng có thể phù hợp. Cả hai đều làm giảm cơn kịch phát với liệu phát MART ở Bậc 3 đến Bậc 5. ICS-LABA với LABA không phải formoterol không thể dùng khi cần.

Liều thường dùng của budesonide-formoterol khi cần ở Bậc 1-2 là một liều hít 200/6 microgram (mcg) từ bình hít bột khô (liều cung cấp 160/4,5 mcg) được dùng bất cứ lúc nào cần để giảm triệu chứng, hoặc trước khi gắng sức nếu cần. Liều khuyến cáo tối đa trong một ngày tổng cộng là 72 mcg formoterol (liều cung cấp 54 mcg). Tuy nhiên, bệnh nhân hiếm khi cần liều như vậy và việc sử dụng trung bình trong các thử nghiệm lâm sàng chỉ là 3-4 lần hít vào mỗi tuần. Xem Bảng 12 (trang 52) để thêm thông tin chi tiết về bình hít và liều dùng.

COPYRIGHT MATERIAL – CANNOT COPY OR DISTRIBUTE

Các lựa chọn khác ở Bậc 1 cho người lớn và trẻ vị thành niên (Phương thức 2)

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

ICS liều thấp hàng ngày và SABA dùng khi cần không còn được khuyến cáo ở Bậc 1, vì bệnh nhân có triệu chứng ít hơn hai lần một tháng không thích dùng ICS thường xuyên, khiến bệnh nhân phải đối mặt với nguy cơ chỉ 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 trẻ vị thành niên: ICS-formoterol liều thấp dùng khi cần để giảm triệu chứng (Phương thức 1)

ICS-formoterol liều thấp dùng khi cần để giảm triệu chứng: chứng cứ cho đến nay là với budesonide-formoterol liều thấp.

- So với SABA khi cần đơn trị, ICS-formoterol liều thấp dùng khi cần làm giảm đợt kịch phát nặng và giảm nhập cấp cứu/nhập viện khám bệnh khoảng 2/3 trường hợp.
- So sánh với ICS liều thấp hàng ngày kèm với SABA khi cần, liều thấp ICS-formoterol giảm cơn kịch phát nặng với mức độ điều trị tương tự, làm giảm khám bệnh tại khoa cấp cứu/bệnh viện hơn 1/3 trường hợp, với sự khác biệt rất nhỏ trong kiểm soát triệu chứng ưu thế với ICS.
- Thậm chí dùng tăng liều trong một ngày riêng lẽ khi cần với ICS-formoterol làm giảm nguy cơ ngắn hạn của cơn kịch phát nặng so với SABA đơn trị, gợi ý rằng thời gian sử dụng là quan trọng.
- Hiệu quả điều trị với liều thấp ICS-formoterol khi cần so với SABA đơn trị hoặc ICS dùng hàng ngày là tương tự nhau bất kể bạch cầu ái toan trong máu hay FeNO là thấp hay cao so với giá trị nền.

Đối với khuyến cáo Bậc 2, những cân nhắc quan trọng nhất là ngăn ngừa đợt kịch phát nặng và tránh nhu cầu sử dụng ICS hàng ngày.

Sự khác biệt nhỏ trong kiểm soát triệu chứng và chức năng hô hấp, so với dùng ICS hàng ngày được coi là ít quan trọng hơn, vì ít hơn nhiều so với sự khác biệt quan trọng tối thiểu.

Liều thông thường của budesonide-formoterol khi cần thiết là phải hít là 200/6 mcg bột khô (liều cung cấp 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 cung cấp là 48 mcg).

Trong hen nhẹ, sử dụng trung bình chỉ 3-4 lần hít vào mỗi tuần. Dùng liều gấp hai số lần hít với loại dụng cụ định liều áp lực pMDI loại 3mcg (2,25 mcg) formoterol cho mỗi lần hít. Xem Bảng 12 (trang 52) về thông tin chi tiết về bình hít và liều dùng. ICS-LABA thuộc loại LABA không phải formoterol không dùng như khi cần.

ICS-formoterol được sử dụng khi cần và trước khi gắng sức cho thấy lợi ích tương tự như dùng ICS hàng ngày. Bệnh nhân được kê toa ICS-formoterol khi cần, không cần phải được kê toa SABA để sử dụng trước khi vận động thể lực.

Điều trị thay thế Bậc 2 - cho người lớn trẻ vị thành niên: ICS liều thấp dùng hàng ngày kèm với SABA khi cần (Phương thức 2)

Rất nhiều bằng chứng từ thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (RCT) và các nghiên cứu quan sát cho thấy rằng: so với dùng SABA đơn trị liệu, các nguy cơ của đợt kịch phát nặng, nhập viện và tử vong được giảm đáng kể với dùng ICS liều thấp kèm với SABA khi cần. Các triệu chứng hen và tình trạng co thắt phế quản khi gắng sức cũng giảm.

COPYRIGHTED MATERIAL. DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Đợt kịch phát nặng giảm một nửa ngay cả ở những bệnh nhân có triệu chứng từ 0–1 các ngày trong tuần, so với dùng SABA đơn trị liệu. Đối với khuyến cáo này, cân nhắc quan trọng nhất là làm giảm nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát nặng. Tuy nhiên, tuân thủ dùng ICS trong cộng đồng rất kém, làm cho người bệnh có nguy cơ chỉ sử dụng SABA đơn trị liệu.

Các lựa khác ở Bậc 2 với chỉ định giới hạn, hoặc ít bằng chứng về tính hiệu quả và/hoặc tính an toàn

- *ICS liều thấp được dùng bất cứ khi nào SABA được sử dụng*, hoặc dạng bình hít kết hợp hoặc bình hít riêng. Bằng chứng là từ hai nghiên cứu nhỏ ở người lớn và hai nghiên cứu nhỏ ở trẻ em /trẻ vị thành niên, cho thấy không có sự khác biệt về xuất hiện đợt kịch phát so với dùng ICS hàng ngày. Điều quan trọng hơn là để ngăn chặn các cơn kịch phát nặng 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 bình hít nếu dạng bình hít kết hợp ICS-SABA không có.

- *Các thuốc đối kháng thụ thể Leukotriene (LTRA)* kém hiệu quả hơn dùng ICS hàng ngày, đặc biệt là để ngăn ngừa cơn kịch phát. Đã có cảnh báo của FDA-Mỹ 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 đưa đến việc cải thiện nhanh hơn triệu chứng và FEV_1 so với chỉ dùng ICS đơn độc nhưng tốn kém hơn và làm giảm cơn kịch phát khi so sánh với SABA là tương tự như ICS.

- Đối với bệnh hen dị ứng theo mùa đơn thuần, cần phải có thêm bằng chứng. Lời khuyên hiện tại là bắt đầu với dùng ICS hoặc liều thấp ICS-formoterol khi cần vào lúc bắt đầu mùa dị ứng và ngưng 4 tuần sau khi hết tiếp xúc.

- Người lớn viêm mũi có dị ứng với mạt bọ nhà và FEV_1 >70% dự đoán, xem xét trị liệu miễn dịch đường dưới lưỡi (SLIT).

Điều trị Bậc 2 cho trẻ em 6-11 tuổi

Điều trị ưu tiên Bậc 2 cho trẻ em là dùng đều đặn ICS liều thấp với SABA khi cần (xem Bảng 9, trang 28 về liều ICS). Các lựa chọn khác bao gồm dùng ICS liều thấp bất cứ khi nào dùng SABA, khi sử dụng ống hít riêng. Thuốc kháng leukotriene (LTRA) dùng hàng ngày ít hiệu quả hơn để làm giảm cơn kịch phát; nên khuyến cáo cha mẹ về cảnh báo của FDA-Mỹ đối với montelukast.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

BẬC 3. Điều trị ưu tiên cho người lớn và trẻ vị thành niên: ICS-formoterol liều thấp duy trì và điều trị cắt cơn (Phương thức 1)

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

Lựa chọn Bậc 3 được ưu tiên là ICS-formoterol liều thấp cho cả điều trị 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 so với lựa chọn khác (duy trì ICS-LABA, ICS liều cao hơn, hoặc thực hành thông thường tối ưu), so với SABA khi cần, với mức độ kiểm soát triệu chứng tương tự.

Liều thông thường của budesonide-formoterol là 200/6 mcg dạng bột hít khô (liều cung cấp là 160/4,5 mcg) hoặc beclometasone-formoterol 100/6 mcg hít định liều áp lực pMDI (84,5/5,0 mcg) dùng 1 nhát hít x 2 lần/ngày kèm với 1 nhát hít khi cần để làm giảm triệu chứng. Xem Bảng 12 (trang 52) để biết thêm thông tin về liều dùng, bao gồm cả số lần hít tối đa trong một ngày.

Điều trị thay thế ở Bậc 3 cho người lớn và trẻ vị thành niên: duy trì ICS-LABA liều thấp cộng với SABA khi cần (Phương thức 2)

Đối với những bệnh nhân hen không được kiểm soát, khi sử dụng ICS liều thấp, phối hợp ICS-LABA liều thấp và SABA khi cần làm giảm khoảng 20% cơn kịch phát và chức năng hô hấp cải thiện hơn, nhưng ít khác biệt đối với sử dụng cắt cơn.

Lựa chọn điều trị Bậc 3 cho người lớn năm 2023 là duy trì ICS-LABA kết hợp với ICS-SABA khi cần (người ≥18 tuổi). Dùng ICS-SABA là thuốc cắt cơn làm giảm cơn kịch phát nặng so với dùng thuốc cắt cơn là SABA. Đa số các lợi ích được cho thấy ở bệnh nhân điều trị duy trì Bậc 3. Đối với loại budesonide-salbutamol 100/100 mcg dùng qua bình định liều áp lực pMDI (liều cung cấp 80/90 mcg) thì liều tối đa là 2 nhát hít và 6 lần trong ngày.

Các lựa chọn khác điều trị Bậc 3 cho người lớn và trẻ vị thành niên: ICS liều trung bình, hoặc ICS liều thấp kèm với kháng leukotriene - LTRA (xem cảnh báo của FDA ở phần trên). Phương thức điều trị này kém hiệu quả hơn dùng duy trì ICS-LABA. Đối với bệnh nhân là người lớn bị viêm mũi dị ứng với mạt bọ nhà và FEV_1 >70% giá trị tiên đoán, xem xét thêm liệu pháp miễn dịch đường dưới lưỡi (SLIT).

Điều trị ưu tiên Bậc 3 cho trẻ em 6-11 tuổi

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

- Duy trì ICS liều trung bình kèm với SABA khi cần (xem Bảng 9, trang 28, liều ICS).
- Duy trì ICS-LABA liều thấp, kèm với SABA khi cần. Kết hợp ICS-LABA không thua kém so với dùng ICS đơn độc trong việc làm giảm các đợt kịch phát nặng, không có sự khác biệt trong kiểm soát triệu chứng hoặc sử dụng thuốc cắt cơn.
- Duy trì và điều trị cắt cơn với liều budesonide-formoterol rất thấp (100/6 mcg ngày một lần, liều cung cấp là 80/4,5 mcg) 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 tăng bậc điều trị sang Bậc 4.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

BẬC 4. Điều trị ưu tiên cho người lớn và trẻ vị thành niên: ICS-formoterol liều trung bình duy trì và cắt điều trị cơn (Phương thức 1)

Ở cấp độ nhóm, hầu hết lợi ích từ dùng ICS đạt được ở liều thấp, nhưng đáp ứng của ICS ở mỗi cá thể khác nhau và một số bệnh nhân bị hen không kiểm soát được với điều trị Bậc 3 với MART mặc dù tuân thủ tốt và kỹ thuật hít đúng thì có thể có lợi cho việc tăng liều duy trì ICS-formoterol lên mức liều trung bình.

Đối với liều duy trì trong liệu pháp MART có thể tăng gấp hai số lần hít thuốc duy trì. Tuy nhiên dùng thuốc cắt cơn nên vẫn là liều thấp ICS-formoterol. Liều khuyến cáo tối đa sử dụng trong ngày thì tương tự như Bậc 3. Xem Bảng 12 (trang 52) để thêm thông tin về liều ICS-formoterol dùng trong liệu pháp MART, bao gồm cả số lần hít thuốc tối đa trong một ngày.

Điều trị thay thế ở Bậc 4 cho người lớn và trẻ vị thành niên: ICS-LABA liều trung bình hoặc liều cao kèm với SABA khi cần (Phương thức 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 thì có thể có lợi từ việc dùng ICS-LABA liều trung bình, nếu liệu pháp MART không khả dụng.

Lựa chọn mới cho điều trị Bậc 4 ở người lớn năm 2023 là duy trì liều cao hơn ICS-LABA kèm với dạng kết hợp ICS-SABA (người ≥18 tuổi). Đối với budesonide-salbutamol 100/100 mcg dùng qua bình xịt định liều áp lực pMDI (liều cung cấp là 80/90 mcg), liều dùng tối đa là 2 nhát hít, 6 lần trong một ngày).

Các lựa chọn điều trị khác ở Bậc 4 cho người lớn và trẻ vị thành niên bao gồm thêm vào LAMA cho bệnh nhân ≥18 tuổi (≥6 tuổi đối với dùng tiotropium bằng dụng cụ hít hạt mịn) trong ống hít riêng biệt hoặc kết hợp ('bộ ba') trong các bình hít.

So với ICS-LABA, LAMA giúp cải thiện chức năng hô hấp thấp hơn và giảm nhẹ các cơn kịch phát, nhưng không cải thiện đáng kể triệu chứng.

Trước khi xem xét bổ sung LAMA cho bệnh nhân bị đợt kịch phát, phải tăng liều ICS lên ít nhất là liều trung bình, hoặc chuyển sang liệu pháp MART.

Đối với người lớn bị viêm mũi và hen dị ứng với mạt bọ nhà, xem xét thêm liệu pháp miễn dịch đường dưới lưỡi – SLIT khi FEV_1 >70% giá trị tiên đoán.

Điều trị được ưu tiên chọn lựa ở Bậc 4 cho trẻ em (6-11 tuổi): Các lựa chọn bao gồm tăng liều duy trì ICS-LABA lên liều trung bình, để điều trị duy trì và điều trị cắt cơn; liều duy trì có thể tăng lên 100/6 mcg hai lần mỗi ngày (liều cung cấp là 80/4,5 mcg).

Nếu hen không được kiểm soát tốt với điều trị Bậc 4, tiếp tục điều trị với thuốc có chứa ICS và gửi khám để có ý kiến chuyên gia.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

BẬC 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 hen kịch phát mặc dù điều trị Bậc 4 nên được đánh giá các yếu tố góp phần thêm vào, được điều trị tối ưu hóa và được giới thiệu khám chuyên gia để đánh giá bao gồm kiểu hình hen với viêm nặng và các điều trị bổ sung tiềm năng.

Hướng dẫn tóm tắt của GINA về Hen khó trị và Hen nặng 2023 cung cấp một cây ra quyết định và hướng dẫn thực hành để đánh giá và quản lý hen ở người lớn và trẻ vị thành niên.

Hướng dẫn điều trị dựa vào xét nghiệm bạch cầu ái toan trong đàm nếu có thể làm được, giảm đợt kịch phát ở bệnh nhân hen vừa - nặng. Không có bằng chứng cho việc bắt đầu liệu pháp MART ở bệnh nhân điều trị bổ sung ở Bậc 5, nhưng đối với một bệnh nhân dùng MART, việc chuyển trở lại thuốc cắt cơn với SABA có thể làm tăng nguy cơ đợt kịch phát.

Điều trị bổ sung trong Bậc 5 bao gồm:

- LAMA cho bệnh nhân ≥18 tuổi (≥6 tuổi khi dùng với tiotropium) trong ống hít riêng biệt hoặc bình hít kết hợp ("bộ ba")
- Thuốc 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 thụ thể IL5 (TDD benralizumab, ≥12 tuổi) hoặc kháng thụ thể IL4 (TDD dupilumab, ≥6 tuổi) cho bệnh hen tăng bạch cầu ái toan/Thể 2 nặng
- kháng TSLP (TDD tezepelumab, ≥12 tuổi) cho hen nặng
- Thêm azithromycine 3 ngày/tuần làm giảm cơn kịch phát nhưng làm tăng kháng thuốc.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Xem bảng thuật ngữ trang 48 để thêm thông tin chi tiết. Luôn phải kiểm tra các tiêu chí điều kiện cho các điều trị bổ sung chuyên biệt tại chỗ (địa phương).

Các lựa chọn khác: Duy trì corticoid uống (OCS) liều thấp nên chỉ được dùng như phương cách cuối cùng vì tác dụng phụ toàn thân ngắn hạn và dài hạn thường gặp và nặng nề.

XEM XÉT LẠI ĐÁP ỨNG VÀ ĐIỀU CHỈNH VIỆC ĐIỀU TRỊ

Bao lâu thì bệnh nhân hen được tái khám?

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 tố nguy cơ, đáp ứng của người bệnh với điều trị ban đầu và khả năng cũng như thiện chí của người bệnh khi tham gia vào việc tự quản lý kèm với kế hoạch hành động.

Tăng bậc điều trị hen

Hen là một tình trạng bệnh có nhiều thay đổi, nên việc điều chỉnh điều trị định kỳ thuốc có chứa ICS bởi bác sĩ lâm sàng và/hoặc bệnh nhân là cần thiết.

- *Điều chỉnh hàng ngày của người bệnh cho việc điều trị theo GINA Phương thức 1* (trang 21), dùng ICS-formoterol liều thấp khi cần ở Bậc 1-2 hoặc ICS-formoterol duy trì và điều trị cắt cơn (MART) cho Bậc 3-5. Người bệnh dùng ICS-formoterol khi cần thiết để làm giảm triệu chứng hàng ngày thay vì dùng SABA (trang 52). Phương thức này đặc biệt hiệu quả trong việc làm giảm các cơn kịch phát nặng. Điều chỉnh hàng ngày cũng có thể thực hiện với dùng ICS-SABA cắt cơn khi cần ở Phương thức 2, được nghiên cứu ở Bậc 3-5. Thông tin về kế hoạch hành động cho bệnh nhân dùng ICS-formoterol hoặc ICS-SABA cắt cơn được trình bày ở trang 43.
- *Tăng bậc ngắn hạn (trong vòng 1-2 tuần)* bởi bác sĩ lâm sàng hoặc bệnh nhân cùng với một kế hoạch hành động hen bằng văn bản (trang 43); ví dụ trong đợt nhiễm siêu vi hoặc tiếp xúc với dị ứng nguyên. Đa phần là chỉ cần thiết cho bệnh nhân điều trị theo Phương thức 2 với việc dùng thuốc cắt cơn là SABA.
- *Duy trì tăng bậc bền vững (ít nhất 2-3 tháng):* nếu các triệu chứng và/hoặc cơn kịch phát vẫn còn mặc dù được điều trị thuốc có chứa ICS, 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, như là hút thuốc
    - các triệu chứng do các bệnh đồng mắc, như viêm mũi dị ứng.

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 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 bệnh sử có các đợt kịch phát trước đó hoặc nhập khoa cấp cứu và chức năng hô hấp thấp.
    - Ghi nhận tình trạng cơ bản của người bệnh (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 dạng thuốc có sẵn để giảm liều ICS 25-50% mỗi 2-3 tháng (xem Bảng 3-7 trong báo cáo GINA 2023 phiên bản đầy đủ cho các chi tiết làm thế nào giảm bậc điều trị khác nhau).
    - Nếu bệnh hen được kiểm soát tốt với ICS liều thấp hoặc kháng leukotriene-LTRA, ICS-formoterol liều thấp khi cần là 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 dùng bất cứ khi nào sử dụng SABA (dạng buồng hít kết hợp hoặc riêng biệt) như một chiến lược giảm bậc điều trị có hiệu quả hơn so với chỉ dùng SABA.
    - Không ngưng hoàn toàn ICS ở người lớn hoặc trẻ vị thành niên đã được chẩn đoán hen trừ khi cần được yêu cầu ngưng tạm thời để xác định chẩn đoán hen.
    - Đảm bảo đợt tái khám tiếp theo đã được sắp xếp.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

KỸ NĂNG DÙNG THUỐC HÍT VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

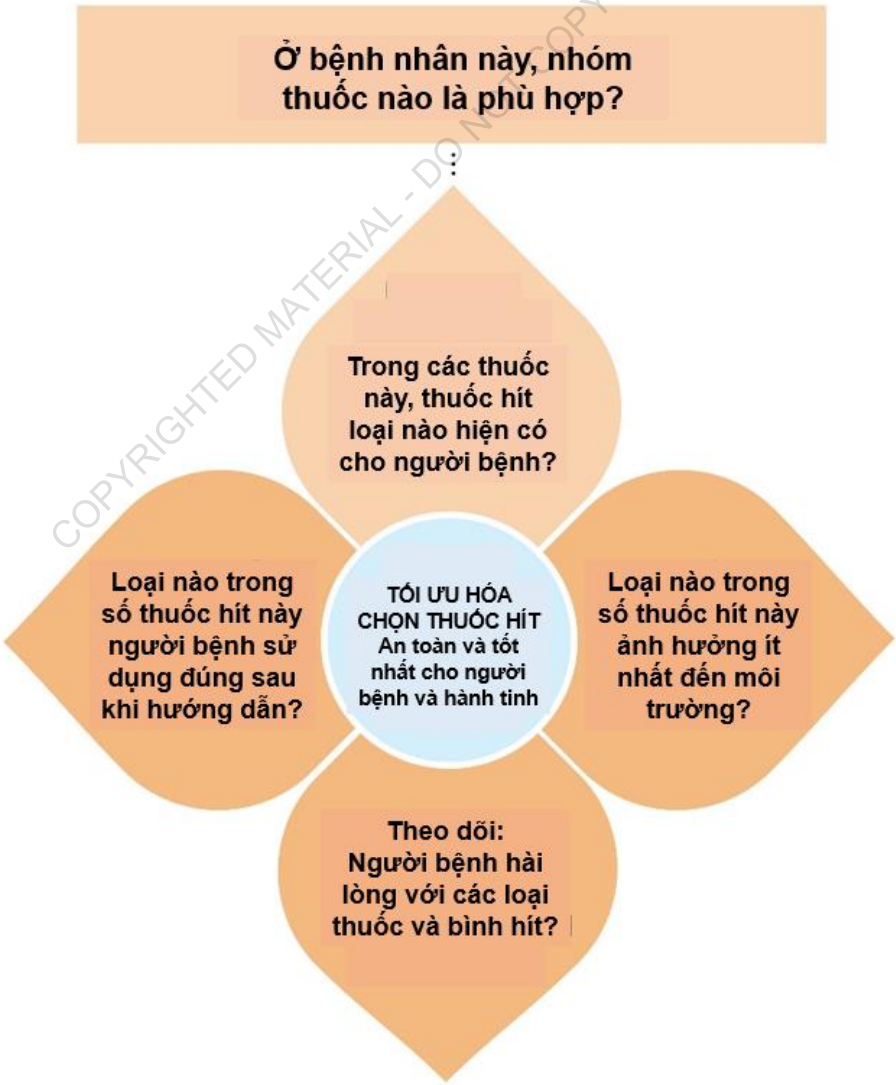
Hướng dẫn kỹ năng sử dụng hiệu quả các bình thuốc hít

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

- **Chọn lựa** thuốc và dụng cụ thích hợp nhất cho bệnh nhân trước khi kê toa: cân nhắc các vấn đề thể chất người bệnh như là có bị viêm khớp không, kỹ năng của người bệnh và chi phí; đối với ICS bình hít định liều áp lực cần phải kê toa buồng đệm kèm; xem xét vấn đề liên quan môi trường của thuốc hít (xem Bảng 10).
- **Kiểm tra** kỹ thuật hít mỗi khi có cơ hội. Yêu cầu bệnh nhân trình bày cách họ sử dụng ống hít. Kiểm tra kỹ thuật dựa vào bảng kiểm chuyên biệt của dụng cụ.
- **Sửa lỗi** bằng cách trình bày 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.
    - **Xác định** đã có bảng kiểm mỗi loại ống thuốc hít khi kê toa và dựa vào đó để có thể minh họa cho bệnh nhân kỹ thuật hít chính xác trên các bình hít này.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 10. Thực hiện việc chia sẽ quyết định về chọn thuốc hít



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

Ít nhất 50% người lớn và trẻ em không dùng thuốc hen của họ được kê toa. Tuân thủ kém với thuốc có chứa ICS và dựa chủ yếu vào SABA, 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 thuốc, do hiểu nhầm) và/hoặc do chủ quan (như là không nhận thấy sự cần thiết phải 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 (ông/bà) đã hít thuốc? 0 ngày nào trong tuần, 1 hoặc 2 ngày […]?”, 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 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 và nhằm cải thiện sự tuân thủ trong các nghiên cứu thực tế:

- Chia sẻ việc ra quyết định lựa chọn thuốc và liều lượng.
- Bình hít điện tử 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 cấp phát thuốc của bệnh nhân.
- Một chương trình nhận dạng giọng nói tự động với tin nhắn qua điện thoại được kích hoạt khi đến hạn hoặc quá hạn kể lại toa thuốc.
- Quan sát trực tiếp điều trị duy trì hen 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 xử lý các yếu tố nguy cơ điều chỉnh được. Một số ví dụ về các nguy cơ điều chỉnh được với các chứng cứ 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 (trang 43) và thăm khám định kì.

- **Sử dụng phương thức điều trị giúp giảm thiểu những đợt kịch phát**: chỉ định thuốc có chứa ICS, ICS-formoterol mỗi ngày hoặc khi cần cho bệnh hen nhẹ. GINA Phương thức 1 (trang 21) với ICS-formoterol dùng làm thuốc cắt cơn (với liệu pháp duy trì ICS-formoterol trong MART, hoặc đơn trị liệu trong hen nhẹ) làm giảm nguy cơ đợt kịch phát nặng so với dùng SABA cắt cơn.
    - **Tránh tiếp xúc với khói thuốc lá.**
    - **Nếu dị ứng thức ăn đã được xác định**: tránh các thức ăn tương ứng; đảm bảo luôn sẵn có thuốc tiêm epinephrine khi có phản ứng phản vệ.
    - **Các chương trình tập huấn tại trường lớp** bao gồm các kỹ năng tự quản lý bệnh hen.
- **Gửi đến khám ở trung tâm chuyên khoa**, nếu có thể thực hiện đối với bệnh nhân hen nặng, nhằm đánh giá chi tiết và xem xét bổ sung các loại thuốc sinh học và/hoặc điều trị theo kết quả xét nghiệm đàm.

CHIẾN LƯỢC KHÔNG DÙNG THUỐC VÀ BIỆN PHÁP CAN THIỆP

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 chi tiết ở báo cáo GINA 2023 Bảng 3-18. Một số ví dụ với các chứng cứ phù hợp có 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; và cũng có thể có một lợi ích nhỏ cho việc kiểm soát hen và chức năng hô hấp. Tư vấn về xử lý co thắt phế quản do vận động.

- **Đánh giá 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 tư vấn chuyên gia nếu có thể thực hiện.

- **Xác định bệnh hô hấp kịch phát do aspirin**, luôn luôn phải hỏi về các phản ứng trước đó trước khi kê toa thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) bao gồm aspirin.

Mặc dù dị ứng nguyên có thể góp phần vào triệu chứng hen ở những bệnh nhân nhạy cảm, tránh các dị ứng nguyên 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 nào được chấp nhận để xác định những bệnh nhân nào có khả năng được hưởng lợi.

Một số yếu tố khởi phát triệu chứng hen thường gặp (ví dụ hoạt động thể chất, cười lớn) **không** nên tránh; và những yếu tố khác (ví dụ nhiễm siêu vi đường hô hấp, căng thẳng) 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 bởi việc rửa tay, đeo 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 ĐẶC BIỆT HOẶC MỘT SỐ TÌNH HUỐNG

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 thuốc điều trị. Bảo đảm rằng tất cả bệnh nhân đều được điều trị thuốc có chứa ICS, vì đợt kịch phát hen có liên quan đến tăng nguy cơ sinh non, nhẹ cân khi sinh và tử vong chu sinh. Điều chỉnh hạ liều là ưu tiên thấp trong thai kỳ và không nên ngưng ICS. Cơn kịch phát cần phải được điều trị tích cực.

Viêm mũi và viêm xoang: thường cùng tồn tại với hen. Viêm mũi xoang mãn tính có hay không có polyp mũi thường kèm hen nặng hơn. Điều trị viêm mũi dị ứng hoặc viêm xoang mũi mãn tính giúp giảm triệu chứng ở mũi nhưng không cải thiện kiểm soát hen. Điều trị sinh học đích viêm Th2 có thể làm cải thiện triệu chứng viêm mũi xoang mãn tính kèm polyp mũi cũng như là giảm triệu chứng hen và đợt kịch phát.

Béo phì: ghi nhận chẩn đoán hen ở người béo phì để tránh điều trị quá mức hoặc dưới mức. 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 bệnh đi kèm 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: thường gặp trong hen. Triệu chứng trào ngược cần được điều trị vì lợi ích sức khỏe chung và có lợi ích nhỏ trong cải thiện chức năng hô hấp; 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, 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; kháng leukotriene - LTRA cũng có thể hữu ích. Giải mẫn cảm đôi khi hiệu quả nhưng phải được thực hiện dưới sự chăm sóc đặc biệt; có sự gia tăng đáng kể nguy cơ biến cố bất lợi như viêm dạ dày, xuất huyết 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. Cần xác định dị ứng thức ăn là một yếu tố nguy cơ tử vong liên quan đến hen. Kiểm soát tốt hen là việc thiết yếu; bệnh nhân (bố mẹ/người nuôi dưỡng trẻ hen) cũng cần phải có một kế hoạch tránh phản ứng 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. Bảo đảm việc dùng thuốc có chứa ICS trong suốt giai đoạn 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.

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 nặng

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 dùng corticosteroid đường uống (OCS) hoặc nhập viện vì hen nặng. Theo một phân tích gộp, nguy cơ tử vong liên quan đến COVID-19 ở người bị hen thấp hơn người không bị hen.

Giai đoạn 2020-2021, 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 đã được kê toa, đặc biệt là thuốc corticosteroid hít (ICS)

Thuốc hen nên được tiếp tục sử dụng như thông lệ trong đại dịch COVID-19, bao gồm các loại thuốc có chứa ICS (đơn trị liệu hoặc kết hợp) và liệu pháp bổ sung bao gồm liệu pháp sinh học cho bệnh hen nặng.

Ngừng ICS thường có nguy cơ bị nguy hiểm do hen trở nặng. Khuyên bệnh nhân nên thảo luận với bác sĩ điều trị trước khi ngừng bất kỳ loại thuốc hen nào, kể cả corticoid uống (OCS) ở một tỷ lệ nhỏ người bệnh hen nặng vì ở những bệnh nhân này dùng OCS là phương cách cuối cùng.

Bảo đảm rằng tất cả bệnh nhân đều có kế hoạch hành động hen bằng văn bản

Bảng kế hoạch hành động có thể là bản viết tay, bản in, kỹ thuật số hoặc dạng hình ảnh. Bảng kế hoạch hành động cho bệnh nhân biết cách nhận biết bệnh hen đang diễn biến xấu, cách để tăng liều thuốc đang dùng và khi nào nên tìm kiếm sự giúp đỡ y tế.

Dùng một đợt ngắn corticoid uống - OCS có thể cần thiết trong thời gian bùng phát hen nặng (đợt kịch phát hoặc cơn tấn công). Xem thêm trang 43 và báo cáo GINA 2023 để biết thêm thông tin về kế hoạch hành động hen.

Khi đã xác định hoặc nghi ngờ COVID-19, hoặc nguy cơ mắc COVID-19 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 beta2 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 bị COVID-19

Tại các cơ sở y tế, 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 giữ nguyên việc ngậm ống lọc nếu cần phải ho.

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Tuân thủ các khuyến cáo kiểm soát nhiễm trùng nếu cần các quy trình gây hạt khí dung dạng khác

Việc này bao gồm liệu pháp oxy (bao gồm cả ống thông mũi), thủ thuật kích thích khạc đàm, bóp bóng, thông khí không xâm nhập và đặt nội khí quản. Các khuyến nghị của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh tật Mỹ (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.

Hướng dẫn người bị hen thực hiện việc tiêm cập nhật vắc-xin COVID-19

Nhiều loại vắc-xin COVID-19 đang được sử dụng và phản ứng dị ứng rất hiếm gặp. Người có tiền sử phản ứng nặng với thành phần của vaccine COVID-19 (như là polyethylene glycol của Pfizer/BioNTech hoặc Moderna, hoặc polysorbate 80 của AstraZeneca hoặc J&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 vẫn an toàn với vắc-xin COVID-19.

Các thận trọng thường được áp dụng khi tiêm phòng vắc-xin. 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-Mỹ khuyến cáo (xem: tại đây) có thể tiêm vắc-xin cúm và vắc-xin COVID-19 cùng ngày.

Quản lý bệnh hen nếu bệnh nhân mắc COVID-19

Khuyên bệnh nhân tiếp tục dùng thuốc hen như thường lệ. Tránh sử dụng máy phun khí dung nếu có thể. Theo dõi sát những bệnh nhân bị hen không kiểm soát (ví dụ như nhu cầu sử dụng corticoid uống gần đây) vì có nguy cơ nhập viện cao hơn. Trước khi kê đơn thuốc kháng vi-rút, hãy tham khảo hướng dẫn kê đơn của cơ sở (địa phương) và kiểm tra cẩn thận các tương tác có thể xảy ra thuốc điều trị hen. Hãy thận trọng nếu cân nhắc kê đơn ritonavir-nirmatrelvir tăng cường (NMV/r) cho bệnh nhân dùng ICS-salmeterol hoặc ICS-vilanterol, vì sự tương tác có thể làm tăng độc tính trên tim của LABA. Đối với những bệnh nhân này, hãy cân nhắc kê đơn thuốc điều trị kháng vi-rút thay thế (nếu có), hoặc chuyển sang ICS hoặc ICS-formoterol trong thời gian điều trị bằng thuốc kháng vi-rút; huấn luyện kỹ thuật hít đúng cách nếu thay đổi thuốc.

Tài liệu bổ sung

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

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

CƠN HEN BÙNG PHÁT (KỊCH PHÁT)

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

Trong các cuộc trao đổi với bệnh nhân, từ “bùng phát” thường dùng hơn. Các từ “đợt cấp”, “tấn công” và “hen cấp tính nặng” cũng thường dùng trong văn phong y học, 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 ghi chú và thăm khám thường xuyên hơn. Những đặc điểm này bao gồm:

- *Tiền sử bệnh*: có tiền căn gần như tử vong do hen phải đặt nội khí quản và thở máy; nhập viện và điều trị 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 (chỉ điểm mức độ nghiêm trọng gần đây); sử dụng quá mức 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 bằng văn bản.*

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 người bệnh, để họ biết cách nhận biết và xử trí khi bệnh hen xấu đi.

Bản kế hoạch hành động hen phải bao gồm:

- Các thuốc người bệnh thường sử dụng.
- Khi nào phải tăng thuốc hít và tăng như thế nào; và khởi đầu corticoid uống khi cần.
- Làm thế nào để tiếp cận cơ sở y tế nếu triệu chứng không cải thiện.

Kế hoạch hành động có thể dựa vào triệu chứng và/hoặc lưu lượng đỉnh (người lớn). Bệnh nhân bị xấu đi nhanh chóng cần được hướng dẫn đến ngay cơ sở chăm sóc cấp cứu.

COPYRIGHT © MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Thay đổi thuốc hít trong bảng kế hoạch hành động hen

Hướng dẫn bệnh nhân tăng thuốc cắt cơn như trình bày dưới đây khi triệu chứng hen tăng lên. Bệnh nhân đang sử dụng thuốc cắt cơn SABA cần phải tăng thuốc điều trị duy trì có chứa ICS. Thông tin chi tiết về các lực chọn cho kế hoạch hành động hen, xem tại phiên bản báo cáo đầy đủ GINA 2023, Bảng 4-2.

PHƯƠNG THỨC 1 với ICS-formoterol cắt cơn: Khuyên bệnh nhân dùng thêm liều ICS-formoterol liều thấp bất cứ khi nào cần để giảm triệu chứng và (đối với Bậc 3–5) tiếp tục dùng liều duy trì ICS-formoterol thông thường. Người bệnh nên được chăm sóc y tế nếu tình trạng bệnh xấu đi nhanh chóng hoặc nếu họ cần phải sử dụng tổng cộng hơn 12 lần hít budesonide-formoterol trong một ngày (8 lần hít đối với trẻ em) hoặc nhiều hơn tổng cộng 8 lần hít beclometasone-formoterol trong một ngày. Xem Bảng 12, trang 52 để biết thêm chi tiết về liều dùng ICS-formoterol. Ví dụ về các mẫu kế hoạch hành động cho Phương thức 1 có sẵn tại đây và tại đây.

PHƯƠNG THỨC 2 với ICS-SABA cắt cơn: Khuyên bệnh nhân dùng thêm liều ICS-SABA (2 liều hít budesonide-salbutamol 100/100 mcg [liều cung cấp 80/90 mcg] cho mỗi lần) để giảm triệu chứng và tiếp tục điều trị duy trì thường nhật bằng thuốc có chứa ICS. Người bệnh nên cần chăm sóc y tế nếu tình trạng bệnh xấu đi nhanh chóng hoặc cần phải hít ICS-SABA hơn 6 lần trong bất kỳ ngày nào.

PHƯƠNG THỨC 2 với SABA cắt cơn: Khuyên bệnh nhân dùng SABA khi cần để giảm triệu chứng và tăng liều điều trị duy trì có chứa ICS (nếu được kê đơn) trong ít nhất 1–2 tuần, như sau:

- *ICS:* Ở người lớn và trẻ vị thành niên, hãy cân nhắc tăng liều nhiều (gấp 4). Tuy nhiên, ở những trẻ tuân thủ tốt, mức tăng cao (gấp 5) dường như không hiệu quả.
- *Duy trì ICS-formoterol:* Cân nhắc tăng liều ICS-formoterol duy trì lên gấp 4 lần liều thường dùng. Lưu ý tổng liều tối đa quy định ở trên.
- *Duy trì ICS-LABA với LABA không là formoterol:* Chuyển sang dạng liều cao hơn hoặc xem xét bổ sung thêm ống hít ICS riêng biệt để đạt được mức tăng liều ICS cao hơn (ví dụ tăng gấp 4).

Bệnh nhân nên tiếp cận chăm sóc y tế nếu tình trạng bệnh xấu đi nhanh chóng hoặc cần dùng lại SABA trong vòng 3 giờ.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Corticosteroid uống

Đối với hầu hết bệnh nhân, kế hoạch hành động hen bằng văn bản cũng phải cung cấp hướng dẫn về thời điểm và cách thức bắt đầu dùng corticoid uống (OCS). Thông thường, OCS ngắn hạn được sử dụng khi:

- Các triệu chứng xấu đi không đáp ứng với việc tăng liều thuốc cắt cơn ± thuốc duy trì có chứa ICS trong 2–3 ngày.
- Tình trạng bệnh nhân xấu đi nhanh chóng hoặc có PEF hoặc FEV_1 <60% giá trị tốt nhất hoặc dự đoán của bản thân người bệnh.
- Những bệnh nhân bị hen trở nặng hơn có tiền sử bị cơn hen nặng kịch phát.

Corticoid uống (OCS) tốt nhất nên uống vào buổi sáng:

- Đối với người lớn, prednisolone 40–50 mg, thường trong 5–7 ngày.
- Đối với trẻ em, prednisolone 1–2 mg/kg/ngày cho đến 40 mg/ngày, thường dùng trong 3–5 ngày.

Không cần giảm liều từ từ nếu OCS được sử dụng dưới 2 tuần.

Bệnh nhân nên liên hệ với bác sĩ điều trị nếu bắt đầu dùng OCS. Tư vấn cho bệnh nhân về các tác dụng phụ thường gặp của OCS, bao gồm rối loạn giấc ngủ, tăng cảm giác thèm ăn, trào ngược và thay đổi tâm trạng.

OCS có thể cứu sống bệnh nhân trong những đợt hen nặng, nhưng hiện tại có những lo ngại ngày càng tăng về nguy cơ tích lũy của các đợt điều trị lặp đi lặp lại như vậy.

Có thể giảm nhu cầu sử dụng OCS bằng cách tối ưu hóa liệu pháp hít, bao gồm chú ý đến kỹ thuật hít và tuân thủ điều trị, đồng thời chuyển sang liệu pháp điều trị theo Phương thức 1 bằng ICS-formoterol, nếu khả thi.

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. Kiểm tra phản ứng phản vệ. 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). Lưu ý khả năng việc đánh giá trên mức thực tế oxy đầu ngón ở người có da màu tối.

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

Sắp xếp chuyển bệnh ngay đến một cơ sở cấp cứu nếu có dấu hiệu cơn kịch phát nặng, hoặc chuyển 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 trẻ vị thành niên (94-98% ở trẻ em 6-12 tuổi).

Đối với đợt kịch phát nặng, 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 nếu không đáp ứng với điều trị tích cực ban đầu.

Không cần thực hiện X-quang ngực hoặc làm khí máu thường quy, hoặc chỉ định kháng sinh cho các đợt kịch phát hen. Không sử dụng thuốc an thần.

Bảng 11 (trang 46) tóm tắt cách tiếp cận đánh giá và điều trị các đợt kịch phát hen ở người lớn, trẻ vị thành niên và trẻ em từ 6-11 tuổi tại tuyến y tế cơ sở (chăm sóc ban đầu).

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Hiện nay, albuterol dạng hít (salbutamol) là thuốc giãn phế quản được sử dụng phổ biến nhất để kiểm soát cơn hen cấp, nhưng hiệu quả và độ an toàn tương tự như albuterol dạng hít đã được báo cáo từ các nghiên cứu ở khoa cấp cứu với dùng budesonide-formoterol ở những bệnh nhân có FEV_1 >30% giá trị dự đoán.

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

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 điều trị tại nhà.

Trước khi xuất viện, sắp xếp việc điều trị đang triển khai. Kê toa điều trị duy trì thường lệ thuốc có chứa ICS; ưu tiên GINA Phương thức 1 (Track 1) điều trị với ICS-formoterol (khởi đầu với điều trị Bậc 4) nhằm làm giảm nguy cơ đợt kịch phát. Đối với bệnh nhân điều trị theo Phương thức 2 (Track 2), tăng liều điều trị duy trì trước đó trong 2-4 tuần. Giảm thuốc cắt cơn xuống liều dùng khi cần và chuyển sang dùng 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 (đối với trẻ em là trong 1-2 ngày làm việc) nếu có thể. Xem xét giới thiệu để được tư vấn chuyên khoa sau khi nằm 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 cùng một đơn vị 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, như là hút thuốc lá.
- Lựa chọn phương thức điều trị - Phương thức 1 (trang 21) với việc dùng ICS-formoterol cắt cơn làm giảm nguy cơ đợt kịch phát nặng trong tương lai. Xem Bảng 12, trang 52.
- Hiểu về mục đích của sử dụng thuốc.
- Kỹ thuật hít.
- Ý thức 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 thuốc điều trị, kỹ thuật hít, tự giám sát, kế hoạch hành động hen bằng văn bản và thường xuyên xem xét hiệu quả-chi phí điều trị vì những vấn đề này thường có liên quan đến sự cải thiện đáng kể kết quả điều trị hen.

Giới thiệu khám tư vấn chuyên gia 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 điều trị với ICS-LABA liều trung bình hoặc cao cũng nên được gửi tư vấn chuyên gia (xem Hướng dẫn tóm tắt GINA 2023 về Hen khó 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, xem phiên bản báo cáo đầy đủ GINA 2023 (www.ginasthma.org) và Thông tin sản phẩm từ các nhà sản xuất. Luôn kiểm tra các tiêu chí về điều kiện sử dụng tại chỗ (địa phương).

THUỐC DÙNG CHO ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ
Corticosteroid hít (ICS) *Thuốc*: beclometasone, budesonide, ciclesonide, fluticasone propionate, fluticasone furoate, mometasone, triamcinolone. *Dụng cụ:* bình xịt định liều áp lực pMDI hoặc bình hít dạng bột khô DPI.
Tác dụng và cách dùng: 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 28 cho liều thấp, trung bình và liều cao các ICS khác nhau). Tuân thủ điều trị với ICS đơn trị liệu (nghĩa là không phối hợp với thuốc giãn phế quản) 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; những tác dụng phụ này có thể được hạn chế 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 áp lực pMDI hoặc bình hít dạng bột khô DPI.
Tác dụng và cách dùng: 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 (liệu pháp MART, GINA Phương thức 1); và duy trì ICS-LABA với SABA làm thuốc cắt cơn (Phương thức 2). Liệu pháp MART cắt cơn với liều thấp ICS-formoterol được ưu tiên vì làm giảm cơn kịch phát so với điều trị duy trì thông lệ cắt cơn với SABA và dễ sử dụng. (Xem bên dưới phần thuốc cắt cơn ICS- formoterol khi cần ở hen nhẹ và phần điều trị bổ sung ICS-LABA-LAMA)
Tác dụng phụ: Thành phần LABA có thể liên quan đến nhịp tim nhanh, nhức đầu hoặc vọp bẻ. LABA là an toàn cho bệnh hen khi dùng phối hợp với ICS. Không nên sử dụng LABA mà không phối hợp với ICS trong hen (hoặc bệnh nhân hen + COPD) vì làm tăng nguy cơ kết cục bất lợi nghiêm trọng.
Thuốc thay đổi Leukotriene (kháng thụ thể Leukotriene, LTRA) *Thuốc:* viên: montelukast, pranlukast, zafirlukast, zileuton
Tác dụng và cách dùng: Nhằm vào một phần của con đường viêm trong hen. Đôi khi được dùng như một lựa chọn để điều trị kiểm soát, chủ yếu là ở trẻ em. Sử dụng riêng lẻ: ít hiệu quả hơn so với ICS liều thấp. Khi thêm vào ICS: ít hiệu quả hơn so với ICS-LABA.

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

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 montelukast làm thay đổi hành vi nghiêm trọng, tâm trạng kể cả ở trẻ em; nên thảo luận với bệnh nhân/cha mẹ trẻ hen.
THUỐC THÊM VÀO CHO ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ
Kháng cholinergic tác dụng kéo dài (LAMA) (kiểm tra tiêu chí điều kiện sử dụng tại chỗ) *Thuốc:* ≥ 6 tuổi: tiotropium bằng bình hít hạt mịn, thêm vào với ICS-LABA. Bình hít kết hợp ICS-LABA-LAMA cho người ≥18 tuổi: beclometasone-formoterol-glycopyrronium; fluticasone furoate-vilanterol-umeclidinium; mometasone-indacaterol-glycopyrronium. Bình xịt định liều áp lực pMDI hoặc bình hít dạng bột khô DPI.
Tác dụng và cách dùng: Lựa chọn thêm vào điều trị Bậc 5 (hoặc cho Bậc 4, không ưu tiên) với bình hít phối hợp hoặc bình hít riêng cho bệnh nhân hen không kiểm soát mặc dù sử dụng ICS-LABA. Cải thiện rất thấp chức năng hô hấp nhưng không cải thiện triệu chứng hoặc chất lượng sống; bảo đảm là đã tăng ICS ít nhất đến liều trung bình trước khi xem xét nhu cầu thêm LAMA.
Tác dụng phụ: không thường gặp nhưng gây khô miệng, bí tiểu.
Kháng IgE (kiểm tra tiêu chí điều kiện sử dụng tại chỗ) *Thuốc: O*malizumab, tiêm dưới da (TDD), ≥6 tuổi
Tác dụng và cách dùng: 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 tự tiêm.
Tác dụng phụ: Phản ứng tại chỗ tiêm thường gặp nhưng nhẹ. Phản ứng phản vệ hiếm gặp.
Kháng IL5 và Kháng thụ thể IL5 (kiểm tra tiêu chí điều kiện sử dụng tại chỗ) *Thuốc:* kháng IL5: mepolizumab (TDD, ≥6 tuổi) hoặc reslizumab [TrTM (truyền tĩnh mạch), ≥18 tuổi]. Kháng thụ thể IL5: benralizumab (TDD, ≥12 tuổi).
Tác dụng và cách dùng: Lựa chọn bổ sung cho bệnh nhân hen nặng có tăng bạch cầu ái toan nặng không kiểm soát được khi dùng ICS-LABA liều cao. Liều duy trì corticoid uống (OCS) giảm có ý nghĩa khi điều trị với benralizumab và mepolizumab. Mepolizumab cũng có thể được chỉ định cho bệnh viêm mạch đa u hạt dị ứng (EGPA), hội chứng tăng bạch cầu ái toan hoặc viêm mũi xoang mạn tính với polyp mũi. Đối với mepolizumab và benralizumab, có thể được phép tự tiêm.
Tác dụng phụ: Đau đầu và phản ứng tại chỗ tiêm thường gặp nhưng nhẹ.
Kháng thụ thể IL4α (kiểm tra tiêu chí điều kiện sử dụng tại chỗ) *Thuốc:* kháng Interleukin 4 thụ thể alpha: dupilumab, ≥6 tuổi, TDD (tiêm dưới da)
Tác dụng và cách dùng: Một lựa chọn bổ sung cho những bệnh nhân mắc hen nặng tăng bạch cầu ái toan hoặc hen Th2 không kiểm soát khi sử dụng ICS-LABA liều cao, hoặc đang duy trì bằng OCS. Không sử dụng cho bệnh nhân có hoặc bệnh sử 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. Bệnh nhân tự tiêm có thể là một lựa chọn.
Tác dụng phụ: Phản ứng tại chỗ tiêm là phổ biến nhưng nhẹ. Tăng bạch cầu ái toan máu xuất hiện ở 4-13% bệnh nhân. Hiếm gặp hơn là những trường hợp viêm mạch đa u hạt dị ứng (EGPA) có thể xuất hiện.

COPYRIGHTED MATERIAL – DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Kháng TSLP (kiểm tra tiêu chí điều kiện sử dụng tại chỗ)

Thuốc : Tezepelumab, TDD, ≥12 tuổi

Tác dụng và cách dùng: 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 so với placebo.

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

Corticosteroid đường toàn thân

Thuốc: prednisone, prednisolone, methylprednisolone, hydrocortisone viên, dexamethasone. Viên uống, hỗn dịch uống hoặc tiêm bắp (TB), tiêm tĩnh mạch (TTM).

Tác dụng và cách dùng: 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. Đối với cơn hen kịch phát nặng, 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. Bệnh nhân cần phải được đánh giá lại sau những đợt kịch phát để tối ưu hóa điều trị thuốc hít nhằm giảm nguy cơ cơn kịch phát trong tương lai. Điều trị dài hạn với OCS có thể cần cho bệnh nhân hen nặng nh7 là phương cách cứu cánh cuối cùng, nhưng tác dụng phụ là vấn đề. Bệnh nhân cần phải được gửi khám chuyên khoa nếu có thể nhằm tối ưu hóa điều trị và đánh giá kiểu hình.

Tác dụng phụ: Dùng ngắn hạn: một số tác dụng phụ như nhiễm khuẩn huyết, thuyên tắc huyết khối, rối loạn giấc ngủ, trào ngược, 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 duy trì: cân nhắc như là phương cách điều trị cuối cùng 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 nguy cơ và điều trị thích hợp.

THUỐC CHỐNG VIÊM CẮT CƠN

Phối hợp ICS- formoterol liều thấp

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

Tác dụng và cách dùng: Đây là thuốc cắt cơn cho bệnh nhân GINA Phương thức 1, được kê đơn liệu pháp duy trì và cắt cơn (MART) Bậc 3-5, hoặc cho bệnh nhân được chỉ định ICS-formoterol chỉ dùng khi cần ở Bậc 1-2 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. Ở cả hai trường hợp, giúp làm giảm nguy cơ xảy ra các đợt kịch phát nặng so với việc sử dụng SABA làm thuốc cắt cơn, với khả năng kiểm soát triệu chứng tương tự. Ở những bệnh nhân hen nhẹ, ICS-formoterol chỉ dùng khi cần làm giảm số lần nhập viện cấp cứu/nằm viện, so với dùng ICS hàng ngày kèm với SABA khi cần. Có thể dùng ICS-formoterol liều thấp trước khi vận động để giảm co thắt phế quản do vận động và có thể dùng trước hoặc trong khi tiếp xúc với dị nguyên để giảm phản ứng dị ứng.

Liều tối đa khuyến cáo trong một ngày: Tổng liều tối đa được khuyến cáo trong một ngày (liều duy trì cộng với liều cắt cơn) đối với beclometasone-formoterol là 48 mcg formoterol (liều cung cấp là 36 mcg) và đối với budesonide-formoterol là 72 mcg formoterol (liều cung cấp là 54 mcg) ở trẻ vị thành niên và người lớn, 48 mcg (liều cung cấp là 36 mcg) ở trẻ em từ 6–11 tuổi được kê đơn liệu pháp MART.

COPYRIGHTED MATERIAL-DO NOT COPY (GINA 2025)

Tác dụng phụ: Như ICS-formoterol ở trên.
Phối hợp ICS- SABA liều thấp
Thuốc: Budesonide-salbutamol (hoặc được ghi là albuterol-budesonide); beclometasone-salbutamol. Bình hít định liều: pMDI.
Tác dụng và cách dùng: Lựa chọn liệu pháp chống viêm cắt cơn cho GINA Phương thức 2. Budesonide-salbutamol 100/100 mcg (liều cung cấp 80/90 mcg) hít 2 lần khi cần thiết để giảm triệu chứng sau khi duy trì ICS hoặc ICS LABA làm giảm nguy cơ đợt cấp nặng ở người lớn so với thuốc cắt cơn SABA; lợi ích lớn nhất được thấy ở Bậc 3. Không thể sử dụng để điều trị duy trì và cắt cơn. Không có bằng chứng cho thấy sử dụng budesonide-salbutamol chỉ khi cần ở Bậc 1–2.
Liều tối đa khuyến cáo trong một ngày: tối đa 6 liều hít cho mỗi lần với 2 lần hít trong một ngày đối với budesonide-salbutamol 100/100 mcg.
Tác dụng phụ: Tương tự như ICS và SABA.
THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN TÁC DỤNG NGẮN CẮT CƠN
Thuốc giãn phế quản kích thích beta2 tác dụng ngắn hạn
Thuốc: salbutamol (albuterol), terbutaline. Dạng thuốc sử dụng pMDI, DPI; hiếm khi dùng là phun khí dung hoặc tiêm.
Tác dụng và cách dùng: SABA dạng hít giúp giảm nhanh các triệu chứng hen và co thắt phế quản, đồng thời dùng để điều trị trước khi vận động. SABA chỉ nên được sử dụng khi cần (không thường xuyên) và ở liều lượng và tần suất thấp nhất cần thiết. Không nên chỉ điều trị bằng SABA đơn trị vì nguy cơ bị cơn kịch phát nặng và tử vong do hen. Hiện nay, SABA dạng hít là thuốc giãn phế quản được sử dụng phổ biến nhất cho các đợt cấp phải nhập vào các cơ sở chăm sóc ban đầu cấp cứu hoặc tại khoa cấp cứu.
Tác dụng phụ: Run và nhịp tim nhanh thường được báo cáo khi sử dụng SABA lần đầu. Khả năng dung nạp nhanh sau 1–2 tuần sử dụng thường xuyên, với tình trạng tăng phản ứng đường dẫn khí, giảm tác dụng giãn phế quản và tăng viêm đường thở. Lạm dụng hoặc đáp ứng kém cho thấy khả năng kiểm soát hen kém và nguy cơ bị cơn kịch phát. Dùng 3 bình hít-loại 200 liều- trở lên mỗi năm có liên quan đến việc tăng nguy cơ đợt kịch phát; dùng 12 bình trở lên mỗi năm có liên quan ý nghĩa đến nguy cơ tử vong tăng.
Thuốc kháng cholinergic tác dụng ngắn hạn
Thuốc: ipratropium bromide, oxitropium bromide. Có thể kết hợp với SABA. Dạng sử dụng pMDI, DPI.
Tác dụng và cách dùng: Dùng khi cần ipratropium là thuốc cắt cơn ít hiệu quả hơn SABA, tác động điều trị chậm hơn. 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.

COPYRIGHT GINA MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Bảng 12: Thuốc dùng và liều lượng cho GINA Phương thức (Track) 1 với ICS-formoterol

Tuổi (năm)	Thuốc và bình hít	Định liều (mcg)	Liều cung cấp (mcg)	Liều đề xuất
BẬC 1–2 (AIR)				
6–11	(Không có chứng cứ)	-	-	(Không có chứng cứ)
12–17 ≥18	BUD-formoterol DPI	200/6	160/4,5	1 liều hít khi cần*
BẬC 3 (MART)				
6–11	BUD-formoterol DPI	100/6	80/4,5	1 liều hít mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần*
12–17 ≥18	BUD-formoterol DPI	200/6	160/4,5	1 liều hít hoặc 2 lần mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần*
≥18	BDP-formoterol pMDI	100/6	84,5/5,0	1 liều hít hoặc 2 lần mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần*
BẬC 4 (MART)				
6–11	BUD-formoterol DPI	100/6	80/4,5	1 liều hít 2 lần mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần*
12–17 ≥18	BUD-formoterol DPI	200/6	160/4,5	2 liều hít 2 lần mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần*
≥18	BDP-formoterol pMDI	100/6	84,5/5,0	2 liều hít 2 lần mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần
BẬC 5 (MART)				
6–11	(Không có chứng cứ)	-	-	(Không có chứng cứ)
12–17 ≥18	BUD-formoterol DPI	200/6	160/4,5	2 liều hít 2 lần mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần*
≥18	BDP-formoterol pMDI	100/6	84,5/5,0	2 liều hít 2 lần mỗi ngày, THÊM 1 liều hít khi cần

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Luôn kiểm tra bệnh nhân dùng bình thuốc hít đúng cách.
BDP: beclomethasone dipropionate; BUD: budesonide; DPI: bột khô hít; pMDI: bình xịt định liều áp lực. *Đối với budesonide-formoterol pMDI với 3 mcg formoterol (liều cung cấp 2,25 mcg), dùng với số lần hít gấp đôi.

Liều ICS-formoterol có thể dùng trong một ngày nếu cần thế nào?

Số lần tối đa **tổng cộng** hít ICS-formoterol có thể dùng trong một ngày bất kỳ (tổng liều dùng khi cần cộng với liều duy trì):

Budesonide-formoterol

- Người lớn và trẻ vị thành niên: 12 lần hít loại liều 200/6 mcg (160/4,5)
- Trẻ em 6-11 tuổi: 8 lần hít loại 100/6 mcg (80/4,5)

Đối với budesonide-formoterol pMDI với dạng 3 mcg formoterol (cung cấp liều 2,25 mcg), dùng gấp đôi số lần hít bên trên.

Beclometasone-formoterol

- Người lớn: 8 lần hít loại 100/6 mcg (liều cung cấp 84,5/5,0)

Đa số bệnh nhân dùng không đến liều này.

LỜI CẢM ƠN

Các hoạt động của Sáng kiến Toàn Cầu về Hen được sự ủng hộ bởi hoạt động 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 (2022-2023)

Helen Reddel, Úc, *Chủ* tịch; Leonard Bacharier, Mỹ; Eric Bateman, Nam Phi; Matteo Bonini, Ý; Louis-Philippe Boulet*, Canada; Christopher Brightling, Anh; Guy Brusselle, Bỉ; Roland Buhl, Đức; Jeffrey Dragen, Mỹ; Francine Ducharme, Canada; Liesbeth Duijts, Hà Lan; Louise Fleming, Anh; Hiromasa Inoue*, Nhật Bản; Fanny Wai-san Ko, Hồng Kong; Refiloe Masekela, Nam Phi; Kevin Mortimer, Anh; Paulo Pitrez, Brazil; Sundeep Salvi, Ấn Độ; Aziz Sheikh, Anh.

Ban Giám Đốc GINA (2022-2023)

Louis-Philippe Boulet, Canada,* Chủ tịch (2022*);* Arzu Yorgancioglu*, Thổ Nhĩ Kỳ, Chủ tịch (2023); Keith Allan*, Anh; Eric Bateman, Nam Phi; Guy Brusselle, Bỉ; Muhwa Jeremiah Chakaya, Kenya; Alvaro Cruz*, Brazil; Hiromasa Inoue*, Nhật Bản; Jerry Krishnan, Mỹ; Mark Levy*, Anh; Helen Reddel, Úc.

Ủy ban phổ biến và thực hiện GINA (2022-2023)

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

Hội đồng GINA

Hội đồng GINA bao gồm các thành viên từ nhiều quốc gia. Xem trên trang web GINA.

Chương trình GINA: Giám đốc điều hành: Rebecca Decker, Mỹ; Giám đốc chương trình: Kristi Rurey, Mỹ.

Trợ lý biên tập và nghiên cứu: Charu Grover, Jenni Harman.

COPYRIGHTED MATERIAL. DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

ẤN PHẨM KHÁC CỦA GINA

- **Chiến lược Toàn cầu Quản lý và Dự phòng Hen** (cập nhật 2023). Báo cáo này cung cấp một cách tiếp cận tổng hợp về hen và 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 thực hành tóm tắt và lưu đồ để sử dụng trong thực hành lâm sàng. Báo cáo được cập nhật hàng năm.
- **Hen khó trị và Hen nặng ở trẻ vị thành niên và người lớn.**
- **Chẩn đoán và Điều trị. Hướng dẫn tóm tắt GINA cho Cán bộ Y tế phiên bản 4.0, 2023**. Hướng dẫn tóm tắt này bao gồm một cây quyết định về cách đánh giá và xử lý bệnh nhân hen không kiểm soát dù đã dùng ICS-LABA liều trung bình hoặc liều cao. Nội dung hướng dẫn này có trong báo cáo GINA 2023 bản toàn văn.
- **COVID-19 và hen**: Bộ slide này cung cấp các tư vấn thiết thực về hen và COVID-19. Được cập nhật khi có thông tin mới khả dụng.

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

COPYRIGHTED MATERIAL - DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

Xem website GINA tại
www.ginasthma.org
© 2023 Sáng kiến Toàn cầu về Hen