



# CẬP NHẬT GINA 2014

*ThS. BS Trần Quỳnh Hương*

*Khoa Hô hấp 2*

*Bệnh viện Nhi đồng 2*

© Global Initiative for Asthma

**G**lobal  
**I**Nitiative for  
**A**sthma



© Global Initiative for Asthma

## GINA chỉnh sửa 2014



- Tập trung trên chứng cứ, sự rõ ràng, tính khả thi cho thực hành lâm sàng, nhất là chăm sóc ban đầu
- Tiếp cận và thiết kế:
  - Tập trung trên thực hành, lấy bệnh nhân làm trọng tâm
  - Nhiều bảng, lưu đồ mới cho các vấn đề lâm sàng
  - Văn bản ngắn gọn
  - Đưa thông tin chi tiết vào phần Phụ lục
- Thêm 2 chương mới:
  - Xử trí hen ở trẻ  $\leq 5$  tuổi (xuất bản riêng năm 2009)
  - Chẩn đoán hội chứng chồng lấp hen - COPD (ACOS), kết hợp GINA và GOLD



© Global Initiative for Asthma

## Những thay đổi chính trong GINA 2014



- Chẩn đoán:
    - Định nghĩa hen mới trong thực hành lâm sàng
    - Nhấn mạnh xác định chẩn đoán, tránh điều trị chưa tới hoặc quá mức
  - Đánh giá kiểm soát:
    - 2 phần: Kiểm soát triệu chứng + giảm yếu tố nguy cơ kết cục xấu
  - Chiến lược xử trí toàn diện và thực tế:
    - Điều trị để kiểm soát triệu chứng + giảm thiểu nguy cơ
    - Chuỗi chăm sóc: Đánh giá, Điều chỉnh điều trị, Xem lại đáp ứng
    - Trước khi tăng bậc, tối đa hóa lợi ích các thuốc đã có = kiểm tra kỹ thuật hít + tuân thủ
    - Điều trị không thuốc, yếu tố nguy cơ thay đổi được, bệnh lý đi kèm
  - Chăm sóc liên tục cho hen trở nặng và đợt kịch phát
    - Lưu đồ mới, khuyến cáo viết kế hoạch hành động
- Chẩn đoán hen, COPD và hen – COPD chồng lấp (ACOS)
- Chính sửa tiếp cận khò khè ở trẻ em



© Global Initiative for Asthma



## HEN NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM ≥6 TUỔI

### 1. Định nghĩa và chẩn đoán

2. Đánh giá
3. Điều trị kiểm soát
4. Đợt kịch phát

## HEN TRẺ EM ≤5 TUỔI

© Global Initiative for Asthma

## Định nghĩa hen



### 2014

Một bệnh lý **đa dạng**, thường có đặc điểm **viêm đường thở mạn tính**.

Định nghĩa:

- **Triệu chứng hô hấp** như khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, **thay đổi** theo thời gian và về cường độ
- **Giới hạn luồng khí thở ra dao động**.

### 2013

*Hen là bệnh lý viêm đường thở mạn tính, có nhiều TB và thành phần TB tham gia. Viêm mãn tính phổi hợp tăng phản ứng đường thở dẫn đến khò khè, khó thở, nặng ngực tái phát, nhất là về đêm và sáng sớm. Các giai đoạn này thường phối hợp với tắc nghẽn đường dẫn khí trong phổi lan tỏa nhưng thay đổi, thường có thể hồi phục tự nhiên hoặc với điều trị.*

NEW!

© Global Initiative for Asthma

## Tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở người lớn và trẻ em $\geq 6$ tuổi



### ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN

### TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN HEN PHẾ QUẢN

#### 1. Bệnh sử các triệu chứng hô hấp có dao động

Khò khè, khó thở, nặng ngực và ho  
Cách diễn tả có thể thay đổi giữa các nền văn hóa và theo tuổi, vd: trẻ em có thể được diễn tả là thờ nặng

- Thường nhiều hơn một triệu chứng hô hấp (ở người lớn, ho đơn độc hiếm khi do hen)
- Các triệu chứng xảy ra thay đổi theo thời gian và về cường độ
- Các triệu chứng thường nặng hơn về đêm hoặc lúc thức giấc
- Các triệu chứng thường bị kích phát bởi vận động, cười, dị nguyên, khí lạnh
- Các triệu chứng thường xuất hiện hoặc trở nặng khi nhiễm vi rút

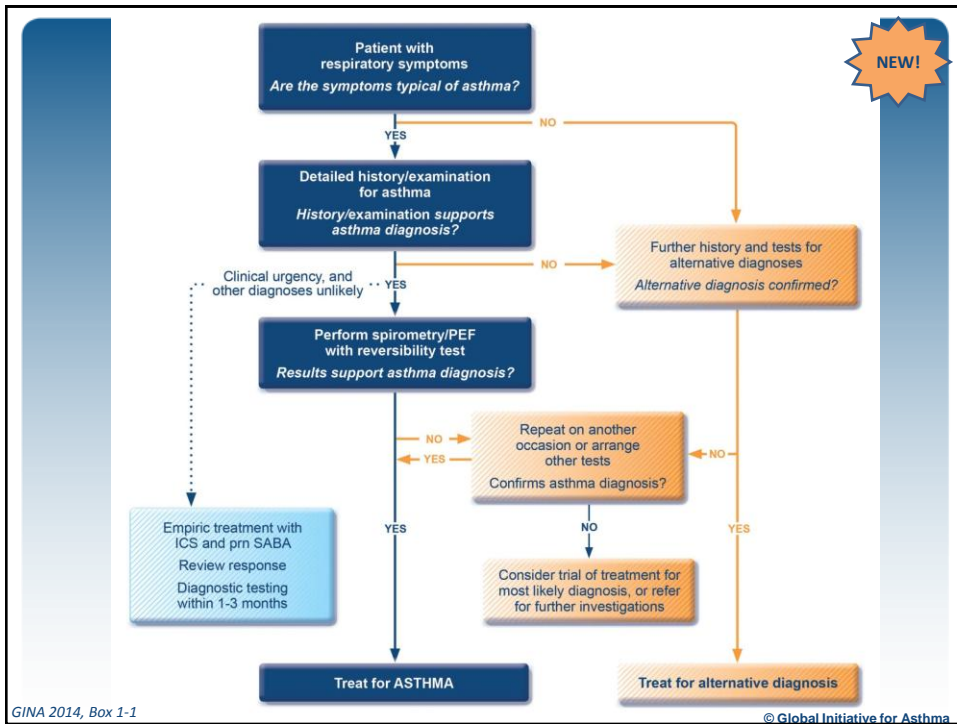
© Global Initiative for Asthma

## Tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở người lớn và trẻ em $\geq 6$ tuổi



#### 2. Giới hạn luồng khí thở ra dao động được xác định

|  |   |
|--|---|
| Dao động quá mức chức năng phổi được ghi nhận* (một hoặc nhiều hơn các test dưới đây)  | Dao động càng lớn, hoặc nhiều lần dao động quá mức, chẩn đoán càng đáng tin cậy   |
| <b>VÀ</b> giới hạn luồng khí được ghi nhận*  | Ít nhất một lần trong qui trình chẩn đoán, khi FEV <sub>1</sub> thấp, xác định rằng FEV <sub>1</sub> /FVC giảm (bình thường >0,75-0,80 ở người lớn, >0,90 ở trẻ em)   |
| Hồi phục sau test dẫn phế quản dương tính* (có khả năng dương tính nhiều hơn nếu ngưng thuốc dẫn phế quản trước khi làm test: SABA $\geq 4$ giờ, LABA $\geq 15$ giờ) | <i>Người lớn:</i> tăng FEV <sub>1</sub> >12% và >200 mL từ trị số cơ bản, 10-15 phút sau 200-400 mcg albuterol hoặc tương đương (tin cậy hơn nếu tăng >15% và >400 mL).<br><i>Trẻ em:</i> tăng FEV <sub>1</sub> >12% dự đoán                      |
| Dao động quá mức trong khi đo PEF hai lần một ngày trong 2 tuần*   | <i>Người lớn:</i> dao động trung bình PEF ban ngày hàng ngày >10%**<br><i>Trẻ em:</i> dao động trung bình PEF ban ngày hàng ngày >13%**   |
| Gia tăng đáng kể chức năng phổi sau 4 tuần điều trị kháng viêm   | <i>Người lớn:</i> tăng FEV <sub>1</sub> >12% và >200 mL (hoặc PEF <sup>†</sup> >20%) từ trị số cơ bản sau 4 tuần điều trị, ngoài lúc nhiễm trùng hô hấp   |
| Test vận động dương tính*  | <i>Người lớn:</i> giảm FEV <sub>1</sub> >10% và >200 mL từ trị số cơ bản<br><i>Trẻ em:</i> giảm FEV <sub>1</sub> >12% dự đoán, hoặc PEF >15%  |
| Test kích thích phế quản dương tính (thường chỉ thực hiện ở người lớn)   | Giảm FEV <sub>1</sub> từ trị số cơ bản $\geq 20\%$ với liều methacholine chuẩn hóa hoặc histamine, hoặc $\geq 15\%$ với thông khí quá mức chuẩn hóa, nước muối ưu trương hoặc mannitol  |
| Chức năng phổi dao động quá mức giữa những lần khám (ít tin cậy hơn)   | <i>Người lớn:</i> dao động FEV <sub>1</sub> >12% và >200 mL giữa những lần khám, ngoài lúc nhiễm trùng hô hấp<br><i>Trẻ em:</i> dao động FEV <sub>1</sub> >12% hoặc >15% PEF <sup>†</sup> giữa những lần khám (có thể bao gồm nhiễm trùng hô hấp) |



## HEN NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM $\geq 6$ TuỔI

1. Định nghĩa và chẩn đoán
2. Đánh giá
3. Điều trị kiểm soát
4. Đợt kịch phát

## HEN TRẺ EM $\leq 5$ TuỔI

## Đánh giá hen ở người lớn và trẻ em $\geq 6$ tuổi



### 1. Đánh giá kiểm soát hen = kiểm soát triệu chứng và nguy cơ tương lai của kết quả xấu

- Đánh giá kiểm soát triệu chứng trong 4 tuần vừa qua (Bảng 2-2A)
- Xác định các yếu tố nguy cơ khác đối với đợt kịch phát, giới hạn luồng khí cố định hoặc tác dụng phụ (Bảng 2-2B)
- Đo chức năng phổi lúc chẩn đoán hoặc lúc bắt đầu điều trị, sau khi điều trị với thuốc kiểm soát 3-6 tháng, và định kỳ sau đó

### 2. Đánh giá các vấn đề điều trị

- Ghi nhận bậc điều trị hiện nay của bệnh nhân (Bảng 3-5, trang 31)
- Xem kỹ thuật hít thuốc, đánh giá sự tuân thủ và phản ứng phụ
- Kiểm tra xem bệnh nhân có bản kế hoạch hành động hen hay không
- Hỏi về thái độ và mục đích của bệnh nhân đối với hen và các thuốc hen

### 3. Đánh giá bệnh lý đi kèm

- Viêm mũi, viêm xoang mũi, trào ngược dạ dày – thực quản, béo phì, ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn, trầm cảm và lo âu có thể góp phần vào triệu chứng, giảm chất lượng cuộc sống và đôi khi kiểm soát hen kém

© Global Initiative for Asthma

## Đánh giá kiểm soát hen của GINA ở người lớn và trẻ em $\geq 6$ tuổi



| A. Kiểm soát triệu chứng hen   |  | Mức kiểm soát triệu chứng hen |                    |                 |
|--|--|-------------------------------|--------------------|-----------------|
| Trong 4 tuần vừa qua, bệnh nhân có:  |  | Kiểm soát tốt                 | Kiểm soát một phần | Không kiểm soát |
| • Triệu chứng hen ban ngày hơn 2 lần/tuần?   | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> | Tất cả đều không              | 1-2 điều           | 3-4 điều        |
| • Có thức giấc về đêm do hen?  | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |                               |                    |                 |
| • Cần thuốc cắt cơn hơn 2 lần/tuần?  | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |                               |                    |                 |
| • Có hạn chế hoạt động do hen?   | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |                               |                    |                 |
| B. Yếu tố nguy cơ dẫn đến kết quả hen xấu  |  |                               |                    |                 |
| Đánh giá yếu tố nguy cơ lúc chẩn đoán và định kỳ, đặc biệt đối với bệnh nhân từng bị đợt kịch phát.  |  |                               |                    |                 |
| Đo FEV <sub>1</sub> lúc bắt đầu điều trị, sau khi điều trị với thuốc kiểm soát 3 – 6 tháng để ghi nhận chức năng phổi tốt nhất của bệnh nhân, sau đó định kỳ để đánh giá nguy cơ đang diễn tiến. |  |                               |                    |                 |

#### ASSESS PATIENT'S RISKS FOR:

- Exacerbations
- Fixed airflow limitation
- Medication side-effects

GINA 2014, Box 2-2B

© Global Initiative for Asthma

## Đánh giá yếu tố nguy cơ cho kết cục hen xấu



Yếu tố nguy cơ độc lập thay đổi được đối với đợt kịch phát

- Triệu chứng hen không kiểm soát<sup>68</sup>
- Sử dụng thuốc cắt cơn quá nhiều (>1 x 200 liều bình xịt/tháng)<sup>69</sup>
- Dùng corticosteroid dạng hít không đủ: Không kê toa corticosteroid dạng hít; tuân thủ kém;<sup>70</sup> kỹ thuật hít thuốc không đúng<sup>71</sup>
- FEV<sub>1</sub> thấp, nhất là nếu <60% dự đoán<sup>2,73</sup>
- Có vấn đề lớn về tâm lý hoặc kinh tế - xã hội<sup>77</sup>
- Phơi nhiễm: hút thuốc lá;<sup>73</sup> phơi nhiễm dị nguyên nếu nhạy cảm<sup>73</sup>
- Bệnh lý đi kèm: béo phì;<sup>75</sup> viêm mũi xoang;<sup>76</sup> dị ứng thức ăn đã xác định<sup>77</sup>
- Bạch cầu ái toan trong đàm hoặc trong máu<sup>78,79</sup>
- Mang thai<sup>80</sup>

Có một hay nhiều hơn trong số các yếu tố nguy cơ này làm tăng nguy cơ bị đợt kịch phát cho dù các triệu chứng được kiểm soát tốt.

Các yếu tố nguy cơ độc lập lớn khác đối với đợt kịch phát

- Từng đặt nội khí quản hoặc ở sẵn sóc đặc biệt vì hen<sup>81</sup>
- ≥1 đợt kịch phát nặng trong 12 tháng vừa qua<sup>82</sup>

Yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng giới hạn luồng khí cố định

- Thiếu điều trị corticosteroid dạng hít<sup>83</sup>
- Phơi nhiễm: khói thuốc lá;<sup>84</sup> hóa chất độc; phơi nhiễm nghề nghiệp<sup>28</sup>
- FEV<sub>1</sub> ban đầu thấp;<sup>85</sup> tăng tiết chất nhày mạn tính;<sup>84,85</sup> bạch cầu ái toan trong đàm hoặc trong máu<sup>85</sup>

Yếu tố nguy cơ đối với tác dụng phụ của thuốc

- *Toàn thân*: corticosteroid dạng uống thường xuyên; corticosteroid dạng hít dài hạn, liều cao và/hoặc mạnh; cũng như sử dụng thuốc ức chế P450<sup>86</sup>
- *Tại chỗ*: corticosteroid dạng hít liều cao hoặc mạnh;<sup>86,87</sup> kỹ thuật hít thuốc kém<sup>88</sup>

## Vai trò của chức năng phổi trong hen



- **Chẩn đoán:**
  - Chứng minh giới hạn luồng khí thở ra dao động
  - Không tương quan mạnh, có thể trái ngược với triệu chứng:
    - Triệu chứng thường xuyên, FEV<sub>1</sub> bình thường: Bệnh tim, trào ngược...
    - Ít triệu chứng, FEV<sub>1</sub> thấp: kém cảm nhận, sinh hoạt hạn chế
- **Đánh giá nguy cơ:**
  - FEV<sub>1</sub> thấp: dự báo độc lập mạnh của nguy cơ kịch phát
  - Hồi phục đáng kể sau thuốc giãn PQ khi đang điều trị: Không kiểm soát
- **Theo dõi:**
  - Đo lúc chẩn đoán, 3-6 tháng sau bắt đầu điều trị (tìm chỉ số tốt nhất), và định kỳ sau đó
  - Theo dõi dài hạn PEF cho hen nặng hoặc kém cảm nhận giới hạn thông khí
- **Trẻ em:**
  - Không đáng tin cậy cho đến 5 tuổi hoặc lớn hơn
  - Kém hữu dụng hơn người lớn
  - Hen không kiểm soát vẫn có thể chức năng phổi bình thường

## Đánh giá độ nặng của hen



- How?
  - Đánh giá hồi cứu từ mức điều trị cần để kiểm soát triệu chứng và đợt kịch phát
- When?
  - Sau khi điều trị kiểm soát vài tháng
  - Không cố định, có thể thay đổi theo tháng năm, hay khi có các biện pháp điều trị khác
- Phân độ:
  - *Nhẹ*: Kiểm soát tốt với bước 1, 2
  - *Trung bình*: Kiểm soát tốt với bước 3
  - *Nặng*: Đòi hỏi bước 4, 5 hoặc không kiểm soát

© Global Initiative for Asthma

## Phân biệt giữa hen nặng và không kiểm soát



GINA 2014, Box 2-4

© Global Initiative for Asthma





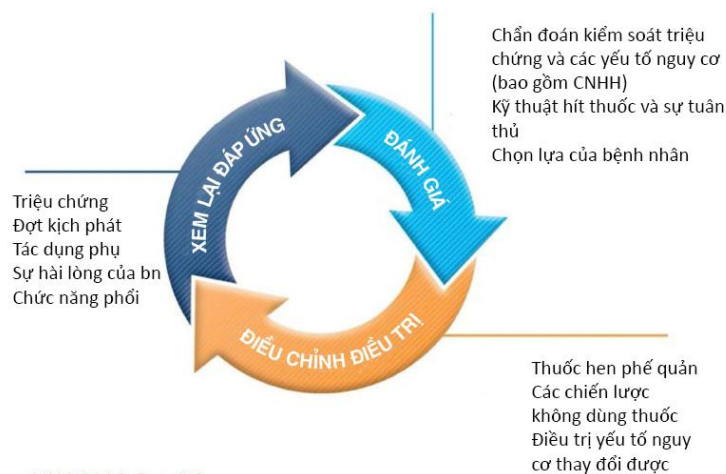
## HEN NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM $\geq 6$ TUỔI

1. Định nghĩa và chẩn đoán
2. Đánh giá
- 3. Điều trị kiểm soát**
4. Đợt kịch phát

## HEN TRẺ EM $\leq 5$ TUỔI

© Global Initiative for Asthma

## Chu kỳ xử trí hen dựa trên kiểm soát



GINA 2014, Box 3-2

GINA 2014, Box 3-2

© Global Initiative for Asthma

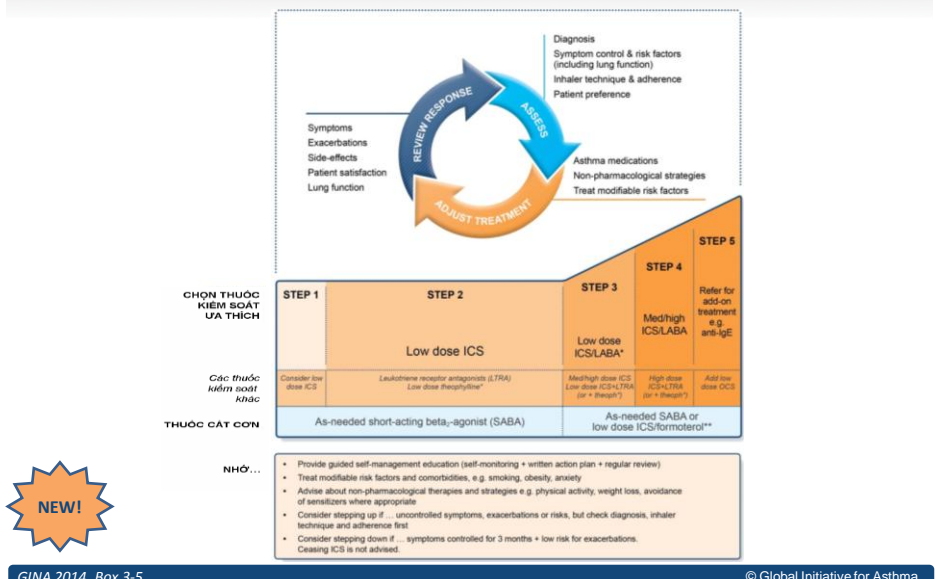
## Điều trị kiểm soát ban đầu cho người lớn và trẻ ≥6 tuổi

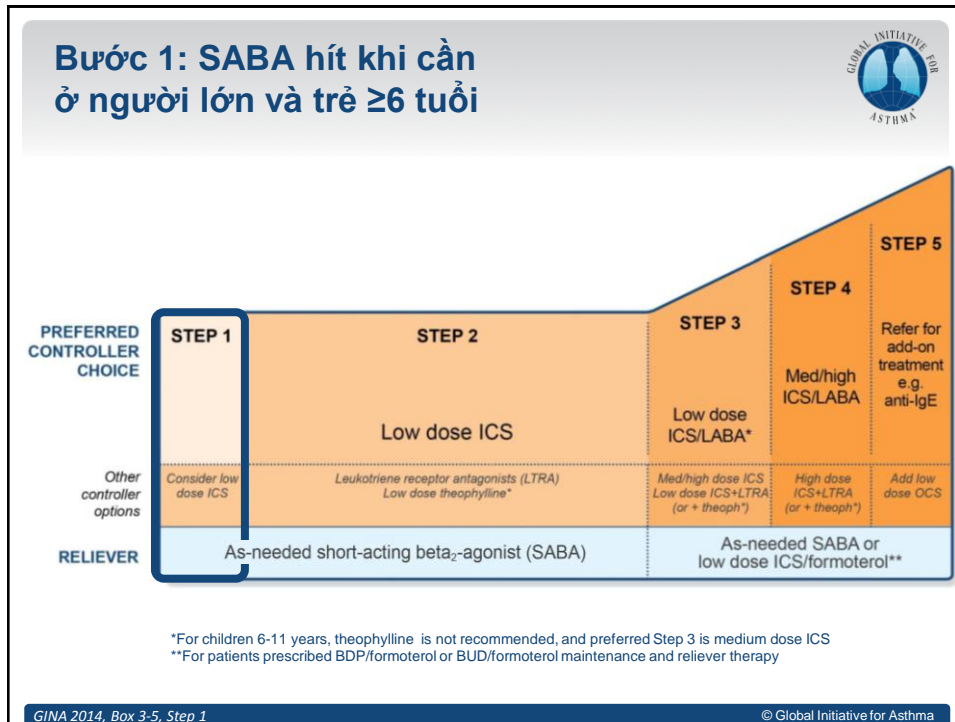


- Bắt đầu điều trị kiểm soát sớm:
  - Để kết quả tốt nhất, bắt đầu sớm nhất có thể, ngay sau chẩn đoán
- Chỉ định ICS liều thấp khi:
  - Triệu chứng hen ≥ 2 lần / tháng
  - Thức giấc do hen ≥ 1 lần / tháng
  - Triệu chứng hen bất kỳ + nguy cơ đợt kịch phát
- Cân nhắc bắt đầu ở bước cao hơn khi:
  - Triệu chứng hen gây khó chịu hầu hết các ngày
  - Thức giấc do hen ≥ 1 lần / tuần, đặc biệt + nguy cơ đợt kịch phát
- Biểu hiện ban đầu với đợt kịch phát:
  - OCS đợt + bắt đầu điều trị kiểm soát kiểm soát (ICS liều cao hoặc ICS liều TB/LABA, sau đó giảm bậc)

© Global Initiative for Asthma

## Chiến lược từng bước kiểm soát hen cho người lớn và trẻ ≥6 tuổi

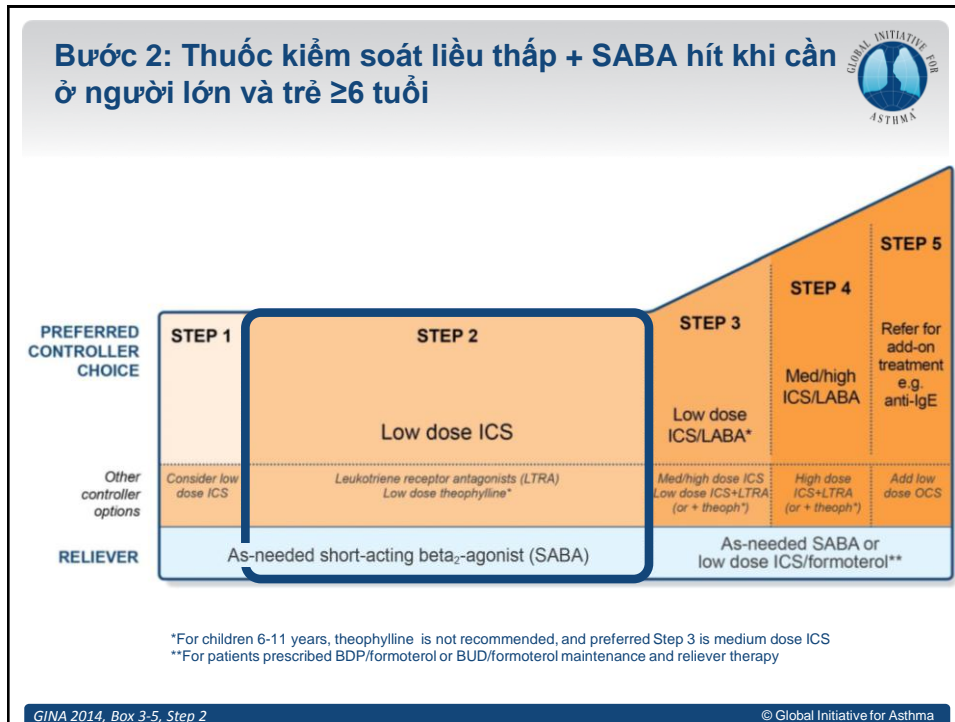




**Bước 1: SABA hít khi cần ở người lớn và trẻ ≥6 tuổi**

- Chọn lựa ưa thích: SABA hít khi cần
  - Giảm triệu chứng nhanh
  - Không đủ chứng cứ điều trị an toàn chỉ với SABA
  - **Khi** triệu chứng <2 lần / tháng, ban ngày, ngắn, không nguy cơ kịch phát
- Chọn lựa khác:
  - **ICS liều thấp** đều đặn khi có nguy cơ kịch phát
- Chọn lựa **không thường quy**:
  - Ipratropium, SABA uống, Theophylline: khởi phát chậm, tác dụng phụ
  - Formoterol riêng: nguy cơ kịch phát

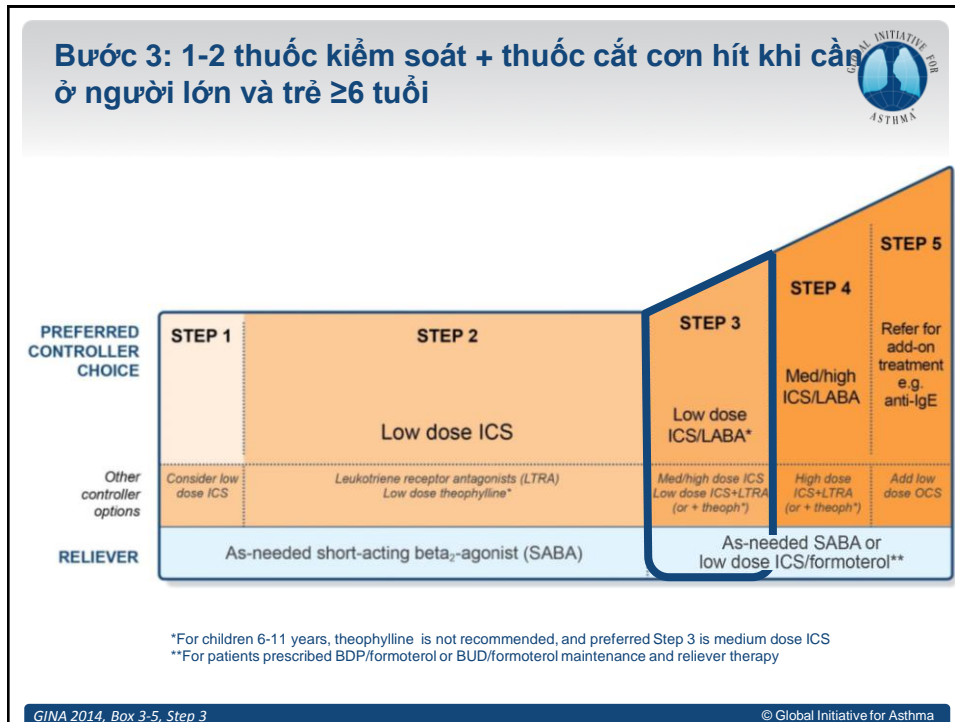
© Global Initiative for Asthma



**Bước 2: Thuốc kiểm soát liều thấp + SABA hít khi cần ở người lớn và trẻ ≥6 tuổi**

- Chọn lựa ưa thích: ICS liều thấp đều đặn + SABA hít khi cần
  - ICS liều thấp giảm triệu chứng, nguy cơ kịch phát, nhập viện, tử vong
- Chọn lựa khác: + SABA hít khi cần
  - Leukotriene receptor antagonists (LTRA)
    - Ít hiệu quả hơn ICS liều thấp
    - Khi kèm viêm mũi dị ứng hoặc không dùng ICS
  - ICS liều thấp/long-acting beta<sub>2</sub>-agonist (LABA)
    - Giảm triệu chứng, tăng chức năng phổi hơn ICS liều thấp đơn thuần
    - Đắt hơn, không giảm thêm nguy cơ kịch phát
  - ICS không liên tục:
    - Khi hen dị ứng theo mùa thuần túy, không triệu chứng giữa các mùa
    - Bắt đầu ngay khi có triệu chứng, tiếp tục 4 tuần sau khi hết mùa
- Chọn lựa không thường quy:
  - Theophylline phóng thích chậm, Chromones: hiệu quả yếu

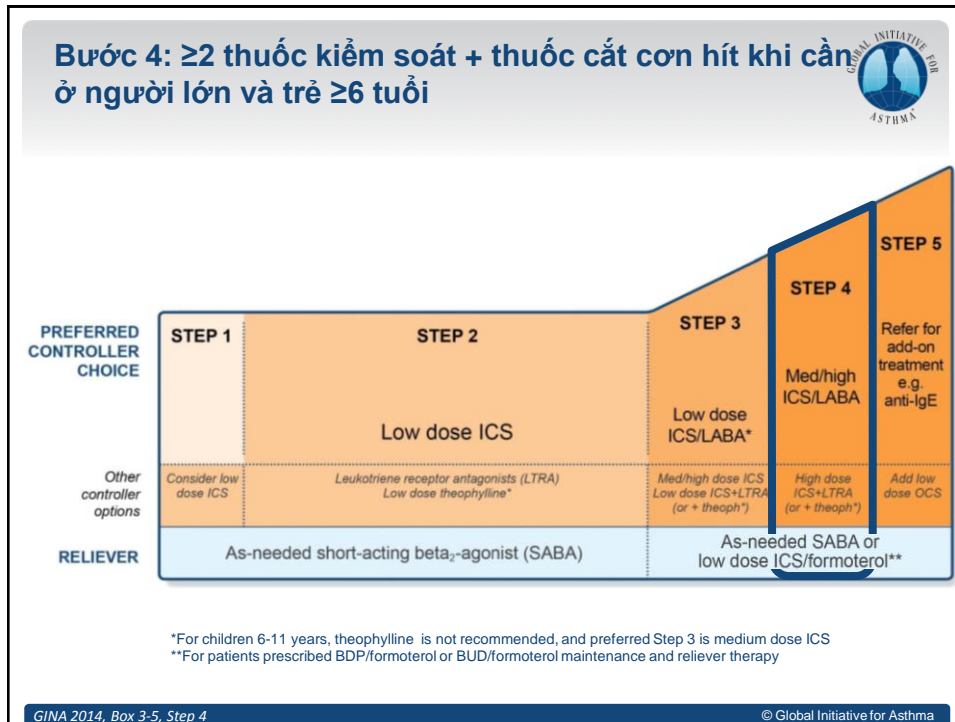
© Global Initiative for Asthma



**Bước 3: 1-2 thuốc kiểm soát + thuốc cắt cơn hít khi cần ở người lớn và trẻ ≥6 tuổi**

- Chọn lựa ưa thích (>12 tuổi):
  - ICS liều thấp/LABA + SABA hít khi cần
  - Budesonide (Beclometasone)/formoterol duy trì + cắt cơn
  - + LABA giảm triệu chứng và nguy cơ, ↑ FEV<sub>1</sub>, với liều ICS thấp
  - ICS liều thấp/formoterol duy trì và cắt cơn: ↓ kích phát, # độ kiểm soát trên BN có nguy cơ
- Chọn lựa ưa thích (6-11 tuổi): ICS liều TB + SABA hít khi cần
- Chọn lựa khác:
  - >12 tuổi: ↑ICS hoặc + LTRA hoặc + theophylline chậm (hiệu quả < ICS/LABA)
  - 6-11 tuổi: + LABA (hiệu quả # tăng liều ICS)

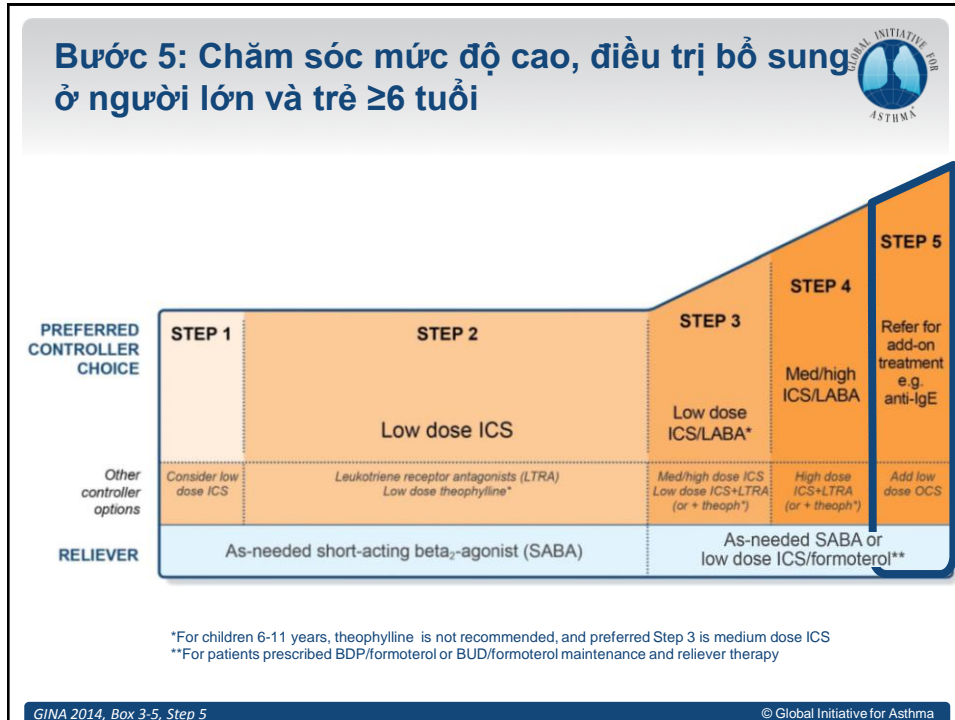
© Global Initiative for Asthma



**Bước 4:  $\geq 2$  thuốc kiểm soát + thuốc cắt cơn hít khi cần ở người lớn và trẻ  $\geq 6$  tuổi**

- Chọn lựa ưa thích (>12 tuổi):  
ICS liều thấp/formoterol duy trì + cắt cơn  
ICS liều TB/LABA + SABA hít khi cần
- Chọn lựa ưa thích (**6-11 tuổi**): Chuyển chuyên gia
- Chọn lựa khác (người lớn, vị thành niên)
  - ICS liều cao/LABA, nhưng lợi ích thêm ít, ↑ tác dụng phụ
  - **Budesonide** liều TB, cao :4 lần / ngày
  - + LTRA, + theophylline liều thấp (không cho trẻ em)

GINA 2014, Box 3-5, Step 4 © Global Initiative for Asthma



**Bước 5: Chăm sóc mức độ cao, điều trị bổ sung ở người lớn và trẻ ≥6 tuổi**

- Chọn lựa ưa thích: chuyển chuyên gia khám và điều trị bổ sung
  - + Omalizumab (**anti-IgE**) : hen dị ứng TB hay nặng không kiểm soát được bằng bước 4
- Điều trị bổ sung:
  - Theo đàm: **Eosinophil >3%**, tại trung tâm chuyên sâu, giảm kịch phát và liều ICS
  - **OCS** # prednisone ≤7.5mg/ngày: có thể có lợi ở một số BN, tăng tác dụng phụ, theo dõi loãng xương
  - **Tạo hình PQ** bằng nhiệt

© Global Initiative for Asthma

## Liều ICS hàng ngày



### Người lớn và thiếu niên (12 tuổi và lớn hơn)

| Thuốc                             | Liều hàng ngày (mcg) |            |       |
|-----------------------------------|----------------------|------------|-------|
|                                   | Thấp                 | Trung bình | Cao   |
| Beclometasone dipropionate (CFC)* | 200–500              | >500–1000  | >1000 |
| Beclometasone dipropionate (HFA)  | 100–200              | >200–400   | >400  |
| Budesonide (DPI)                  | 200–400*             | >400–800   | >800  |
| Ciclesonide (HFA)                 | 80–160               | >160–320   | >320  |
| Fluticasone propionate (DPI)      | 100–250              | >250–500   | >500  |
| Fluticasone propionate (HFA)      | 100–250              | >250–500   | >500  |
| Mometasone furoate                | 110–220              | >220–440   | >440  |
| Triamcinolone acetonide           | 400–1000             | >1000–2000 | >2000 |

### Trẻ em 6-11 tuổi (đối với trẻ em 5 tuổi và nhỏ hơn, xem Bảng 6-6, trang 96)

|                                   |         |           |       |
|-----------------------------------|---------|-----------|-------|
| Beclometasone dipropionate (CFC)* | 100–200 | >200–400  | >400  |
| Beclometasone dipropionate (HFA)  | 50-100  | >100-200  | >200  |
| Budesonide (DPI)                  | 100–200 | >200–400  | >400  |
| Budesonide (nebulas)              | 250–500 | >500–1000 | >1000 |
| Ciclesonide                       | 80      | >80-160   | >160  |
| Fluticasone propionate (DPI)      | 100–200 | >200–400  | >400  |
| Fluticasone propionate (HFA)      | 100–200 | >200–500  | >500  |
| Mometasone furoate                | 110     | ≥220–<440 | ≥440  |
| Triamcinolone acetonide           | 400–800 | >800–1200 | >1200 |

## Xem lại đáp ứng và điều chỉnh điều trị



- Thời điểm tái khám
  - 1-3 tháng sau điều trị khởi đầu, sau đó mỗi 3-12 tháng
  - Mỗi 4-6 tuần trong thai kỳ
  - 1 tuần sau đợt kịch phát
- Nâng bậc điều trị
  - *Dài hạn*: ít nhất 2-3 tháng, khi kém đáp ứng
    - Nếu do hen
  - *Ngắn hạn*: 1-2 tuần, khi nhiễm siêu vi, dị nguyên theo mùa
    - Do BN theo bảng kế hoạch hành động hoặc do BS
  - *Thêm từng ngày*:
    - ICS liều thấp/formoterol duy trì và cắt cơn
- Hạ bậc điều trị



## Nguyên tắc hạ bậc điều trị



- Mục đích
  - Tìm liều thấp nhất có hiệu quả, hạn chế tối thiểu tác dụng phụ
- Thời điểm
  - Kiểm soát tốt triệu chứng, Ổn định chức năng phổi  $\geq 3$  tháng
  - Không nhiễm trùng, du lịch, có thai
- Chuẩn bị
  - Ghi nhận mức kiểm soát triệu chứng, yếu tố nguy cơ
  - Bảng kế hoạch hành động
  - Hẹn tái khám trong 1-3 tháng
- Công thức
  - Giảm liều ICS 25–50% mỗi 3 tháng
- Không khuyến cáo ngưng ICS với hen người lớn



© Global Initiative for Asthma

| Bậc hiện tại | Thuốc và liều hiện tại  | Các chọn lựa trong hạ bậc  |
|--------------|---|--|
| <b>Bậc 5</b> | ICS liều cao/LABA với corticosteroid uống (OCS)<br><br>ICS liều cao/LABA với tác nhân công thêm khác  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiếp tục ICS liều cao/LABA và giảm liều OCS</li> <li>• Sử dụng phương pháp theo đám để giảm OCS</li> <li>• Điều trị OCS cách ngày</li> <li>• Thay thế OCS bằng ICS liều cao</li> <li>• Chuyển chuyên gia tư vấn</li> </ul>  |
| <b>Bậc 4</b> | Điều trị duy trì với ICS liều trung bình đến cao/LABA<br><br>ICS liều trung bình/formoterol* để điều trị cả duy trì lẫn cắt cơn<br><br>ICS liều cao với một thuốc kiểm soát thứ hai | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiếp tục kết hợp ICS/LABA nhưng giảm 50% ICS bằng cách sử dụng các dạng thuốc có sẵn</li> <li>• Ngưng LABA có khả năng làm tình trạng xấu đi<sup>187</sup></li> <li>• Giảm ICS/formoterol duy trì* xuống liều thấp, và tiếp tục dùng ICS/formoterol* liều thấp khi cần</li> <li>• Giảm liều 50% ICS và tiếp tục thuốc kiểm soát thứ hai<sup>186</sup></li> </ul>  |
| <b>Bậc 3</b> | ICS/LABA liều thấp duy trì<br><br>ICS/formoterol liều thấp* để cả duy trì lẫn cắt cơn<br><br>ICS liều trung bình hoặc cao   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Giảm ICS/LABA còn một lần mỗi ngày</li> <li>• Ngưng LABA có khả năng làm tình trạng xấu đi<sup>187</sup></li> <li>• Giảm ICS/formoterol duy trì* còn một lần mỗi ngày và tiếp tục ICS/formoterol liều thấp* cắt cơn khi cần</li> <li>• Giảm liều ICS 50%<sup>186</sup></li> </ul>   |
| <b>Bậc 2</b> | ICS liều thấp<br><br>ICS liều thấp hoặc LTRA  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mỗi ngày một lần (budesonide, ciclesonide, mometasone)<sup>188,189</sup></li> <li>• Chỉ xem xét ngưng điều trị với thuốc kiểm soát nếu không có triệu chứng trong 6-12 tháng, và bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ (Bảng 2-2, trang 17). Cung cấp bản kế hoạch hành động, và theo dõi chặt chẽ.</li> <li>• Ngưng hoàn toàn ICS ở người lớn không được khuyến cáo vì sẽ tăng nguy cơ bị đợt kịch phát<sup>184</sup></li> </ul> |

| <b>Điều trị yếu tố nguy cơ thay đổi được</b>   |   |
|--|---|
| <b>Yếu tố nguy cơ</b>  | <b>Phương pháp điều trị</b>   |
| Bất kỳ bệnh nhân nào có $\geq 1$ yếu tố nguy cơ bị đợt kịch phát (bao gồm kiểm soát triệu chứng kém) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bảo đảm bệnh nhân được kê toa thuốc kiểm soát có ICS đều đặn</li> <li>• Bảo đảm bệnh nhân có bản kế hoạch hành động phù hợp với hiểu biết y tế của họ</li> <li>• Xem xét thường xuyên hơn so với bệnh nhân có nguy cơ thấp</li> <li>• Thường xuyên kiểm tra kỹ thuật hít thuốc và tuân thủ</li> <li>• Xác định bất kỳ yếu tố nguy cơ thay đổi được nào (Bảng 2-2, trang 17)</li> </ul> |
| $\geq 1$ đợt kịch phát nặng trong năm vừa qua  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xem xét cách điều trị với thuốc kiểm soát khác để làm giảm nguy cơ bị đợt kịch phát, vd: ICS/formoterol điều trị cả duy trì lẫn cắt cơn</li> <li>• Xem xét nâng bậc điều trị nếu không có yếu tố nguy cơ thay đổi được</li> <li>• Xác định bất kỳ yếu tố kịch phát đợt kịch phát có thể tránh được</li> </ul>  |
| Phơi nhiễm khói thuốc lá   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khuyến khích bệnh nhân/gia đình ngưng hút thuốc; cung cấp tư vấn và nguồn lực</li> <li>• Xem xét ICS liều cao nếu hen kiểm soát kém</li> </ul>   |
| FEV <sub>1</sub> thấp, đặc biệt khi <60% dự đoán   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xem xét điều trị thử trong 3 tháng với ICS liều cao và/hoặc 2 tuần OCS</li> <li>• Loại trừ bệnh phổi khác, vd: COPD</li> <li>• Chuyển chuyên gia tư vấn nếu không cải thiện</li> </ul>   |
| Béo phì  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các phương pháp giảm cân</li> <li>• Phân biệt triệu chứng hen với triệu chứng do phát phì, hạn chế cơ học, và/hoặc ngưng thở lúc ngủ</li> </ul>  |
| Vấn đề tâm lý  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thu xếp đánh giá sức khỏe tâm thần</li> <li>• Giúp bệnh nhân phân biệt giữa triệu chứng lo âu và hen; tư vấn về xử trí cơn hoảng loạn</li> </ul>   |
| Vấn đề lớn về kinh tế - xã hội   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xác định cách điều trị dựa trên ICS tiết kiệm nhất</li> </ul>  |
| Dị ứng thức ăn đã xác định   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tránh thức ăn một cách phù hợp; epinephrine tiêm</li> </ul>  |
| Phơi nhiễm dị nguyên nếu nhạy cảm  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xem xét thử nghiệm các phương pháp tránh dị nguyên đơn giản; xem xét chi phí</li> <li>• Xem xét nâng bậc điều trị với thuốc kiểm soát</li> <li>• Hiệu quả của liệu pháp miễn dịch dị ứng trong hen còn hạn chế</li> </ul>  |
| Đảm ai toàn (ít trung tâm làm được)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tăng liều ICS độc lập với mức độ kiểm soát triệu chứng</li> </ul>  |

| <b>Can thiệp không dùng thuốc</b>   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tránh khói thuốc lá</li> <li>• Hoạt động thể chất</li> <li>• Tránh thuốc nguy cơ: NSAIDs, Beta-blockers</li> <li>• Giảm cân</li> <li>• Tránh dị nguyên, ô nhiễm không khí</li> <li>• Đối phó với stress</li> <li>• Tiêm ngừa cúm, phế cầu</li> </ul> |  |

## Chỉ định chuyển chuyên khoa



- Khó xác định chẩn đoán hen
- Không kiểm soát dai dẳng hoặc đợt kịch phát thường xuyên
- Yếu tố nguy cơ tử vong
- Nguy cơ có tác dụng phụ đáng kể do điều trị
- Trẻ **6-11 tuổi**:
  - Nghi ngờ chẩn đoán hen
  - Không kiểm soát triệu chứng và đợt kịch phát với liều ICS TB
  - Nghi tác dụng phụ, chậm phát triển
  - Hen và dị ứng thức ăn đã xác định

© Global Initiative for Asthma



## HEN NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM $\geq 6$ Tuổi

1. Định nghĩa và chẩn đoán
2. Đánh giá
3. Điều trị kiểm soát
- 4. Đợt kịch phát**

HEN TRẺ EM  $\leq 5$  Tuổi

© Global Initiative for Asthma

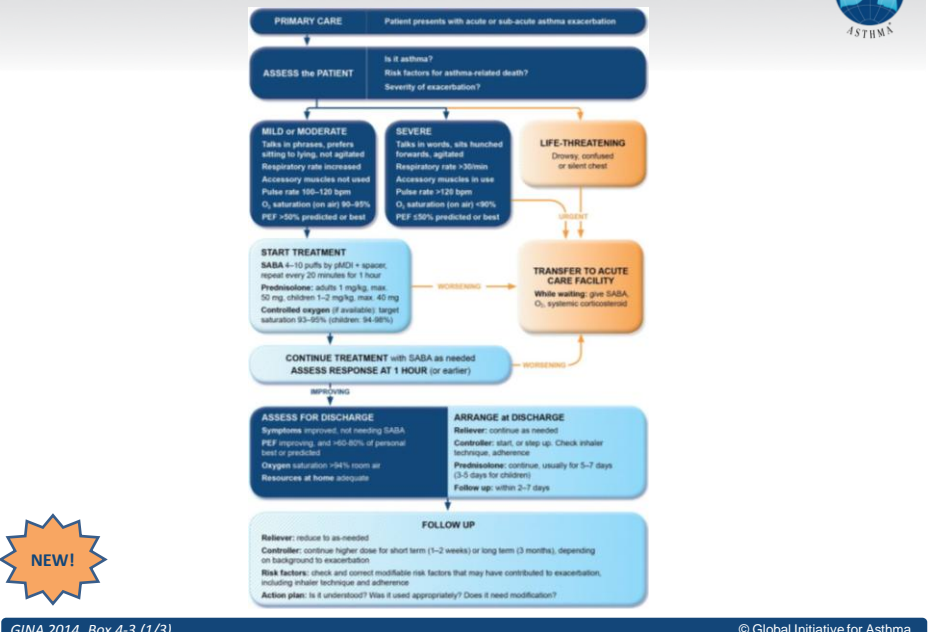


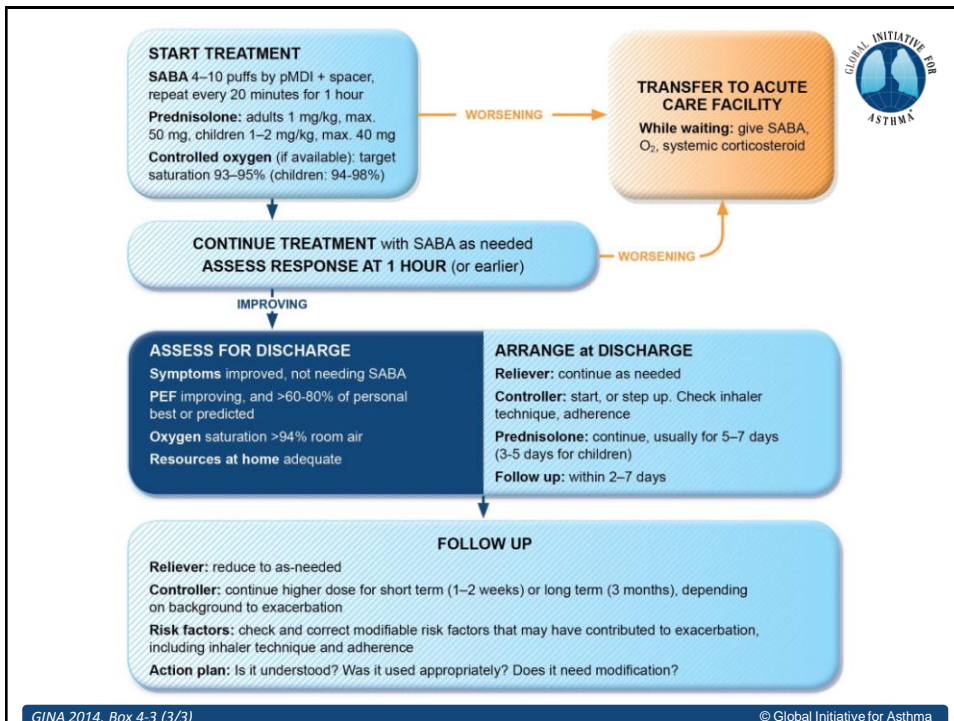
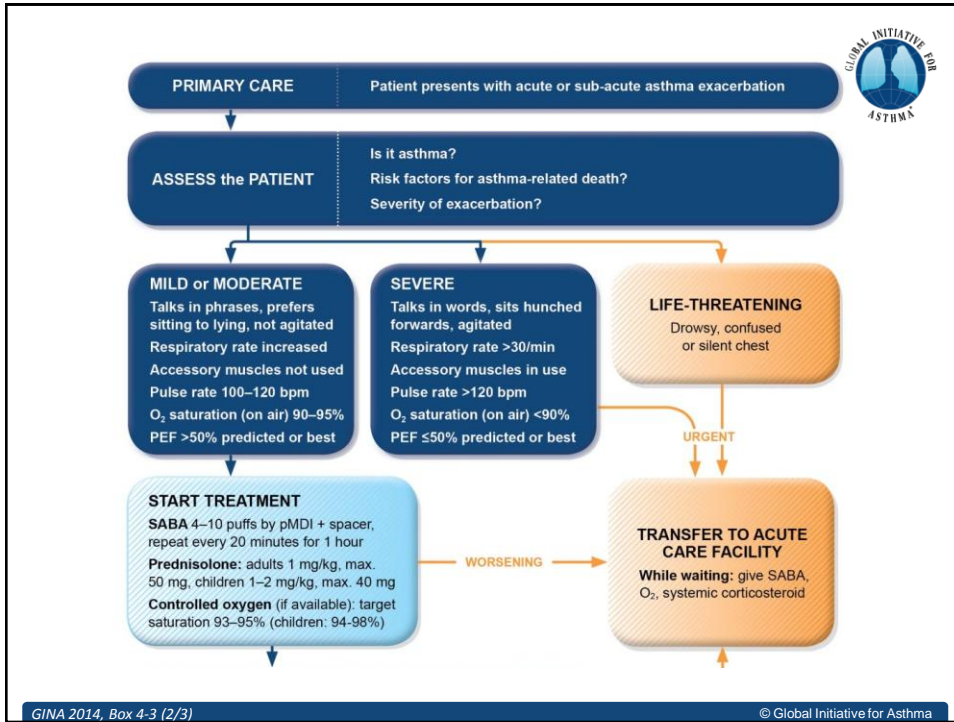
## Bảng kế hoạch hành động



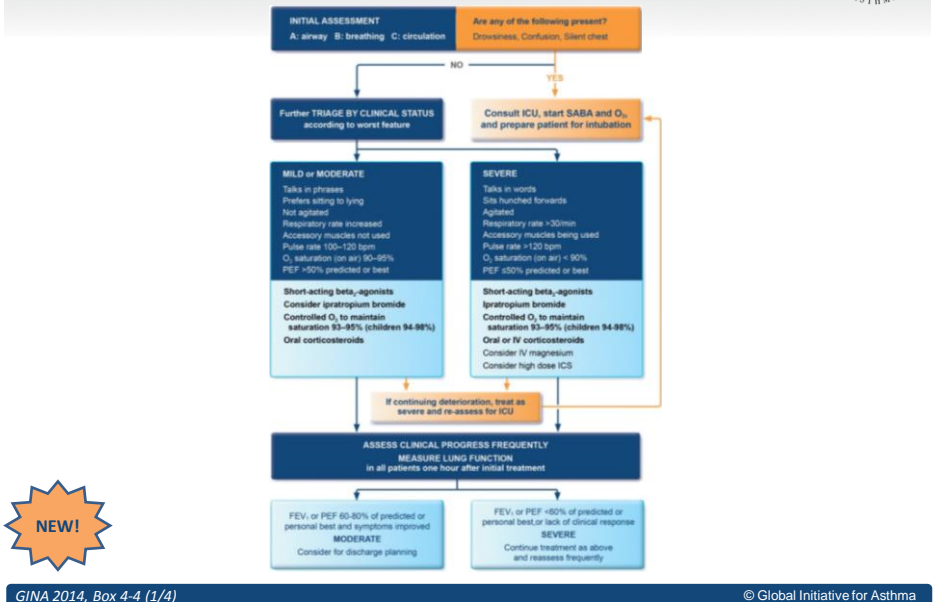
| Thuốc   | Thay đổi ngắn hạn (1-2 tuần) đối với hen trở nặng  |
|---|--|
| <p><b>Tăng thuốc cắt cơn thường ngày:</b></p> <p>Đồng vận beta2 tác dụng ngắn (SABA)</p> <p>ICS liều thấp/formoterol*</p>   | <p>Tăng tần số sử dụng SABA</p> <p>Đổi với ống hít định liều, bổ sung buồng đệm</p> <p>Tăng tần số sử dụng thuốc cắt cơn (tổng liều formoterol tối đa là 72 mcg/ngày)</p>  |
| <p><b>Tăng thuốc kiểm soát thường ngày:</b></p> <p>Thuốc duy trì và thuốc cắt cơn ICS/formoterol*</p> <p>ICS duy trì với SABA là thuốc cắt cơn</p> <p>ICS/formoterol duy trì với SABA là thuốc cắt cơn</p> <p>ICS/salmeterol duy trì với SABA là thuốc cắt cơn</p>  | <p>Tiếp tục ICS/formoterol duy trì và tăng thuốc cắt cơn ICS/formoterol khi cần* (tổng liều tối đa formoterol là 72 mcg/ngày)</p> <p>Ít nhất là nhân đôi liều ICS; xem xét tăng ICS đến liều cao (tối đa 2000 mcg/ngày tương đương với BDP)</p> <p>Nhân bốn liều ICS/formoterol duy trì (liều formoterol tối đa là 72 mcg/ngày)</p> <p>Nâng bậc đến liều ICS/formoterol cao hơn, hoặc xem xét cho thêm một ống hít ICS riêng lẻ (đến tối đa tổng cộng 2000 mcg/ngày tương đương với DBP)</p> |
| <p><b>Cho thêm corticosteroid uống (OCS) và gặp bác sĩ</b></p> <p>OCS (prednisone hoặc prednisolone)</p> <p>Cho thêm OCS đối với đợt kịch phát nặng (vd: PEF hoặc FEV<sub>1</sub> &lt;60% trị số tốt nhất của cá nhân hoặc dự đoán), hoặc bệnh nhân không đáp ứng với điều trị sau 48 giờ</p> <p><i>Người lớn:</i> prednisolone 1 mg/kg/ngày (tối đa 50 mg) thường trong 5-7 ngày. <i>Trẻ em:</i> 1-2 mg/kg/ngày (tối đa 40 mg) thường trong 3-5 ngày</p> <p>Việc giảm dần không cần thiết nếu OCS được kê toa trong &lt;2 tuần</p> |  |

## Xử trí đợt kịch phát tại Y tế cơ sở





# Xử trí đợt kịch phát tại cơ sở cấp cứu



**INITIAL ASSESSMENT**  
A: airway B: breathing C: circulation

Are any of the following present?  
Drowsiness, Confusion, Silent chest

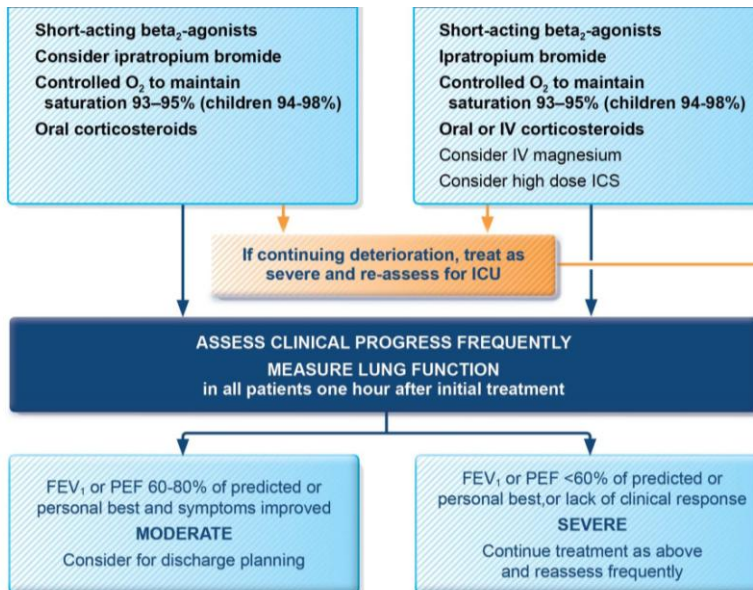
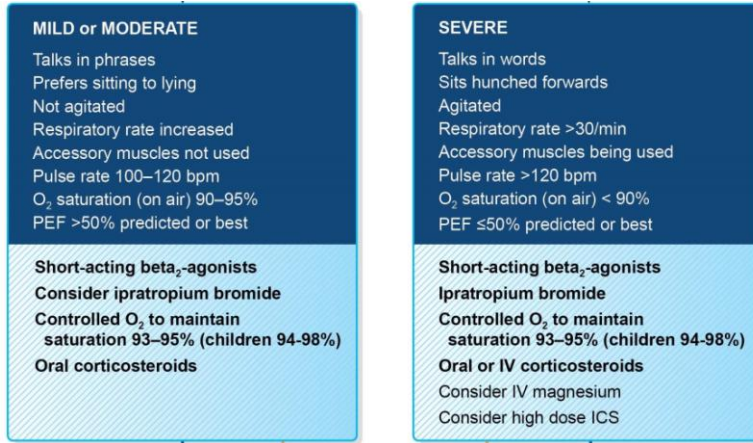


Further TRIAGE BY CLINICAL STATUS  
according to worst feature

Consult ICU, start SABA and O<sub>2</sub>,  
and prepare patient for intubation

**MILD or MODERATE**  
Talks in phrases  
Prefers sitting to lying  
Not agitated  
Respiratory rate increased  
Accessory muscles not used  
Pulse rate 100–120 bpm  
O<sub>2</sub> saturation (on air) 90–95%  
PEF >50% predicted or best

**SEVERE**  
Talks in words  
Sits hunched forwards  
Agitated  
Respiratory rate >30/min  
Accessory muscles being used  
Pulse rate >120 bpm  
O<sub>2</sub> saturation (on air) < 90%  
PEF ≤50% predicted or best







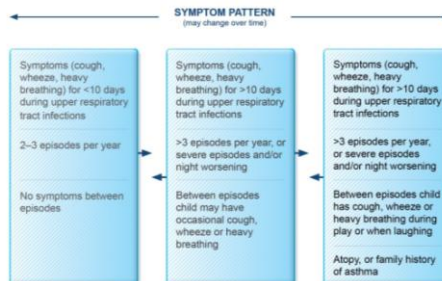
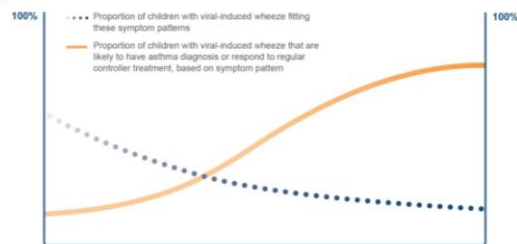
## HEN NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM $\geq 6$ TUỔI

1. Định nghĩa và chẩn đoán
2. Đánh giá
3. Điều trị kiểm soát
4. Đợt kịch phát

## HEN TRẺ EM $\leq 5$ TUỔI

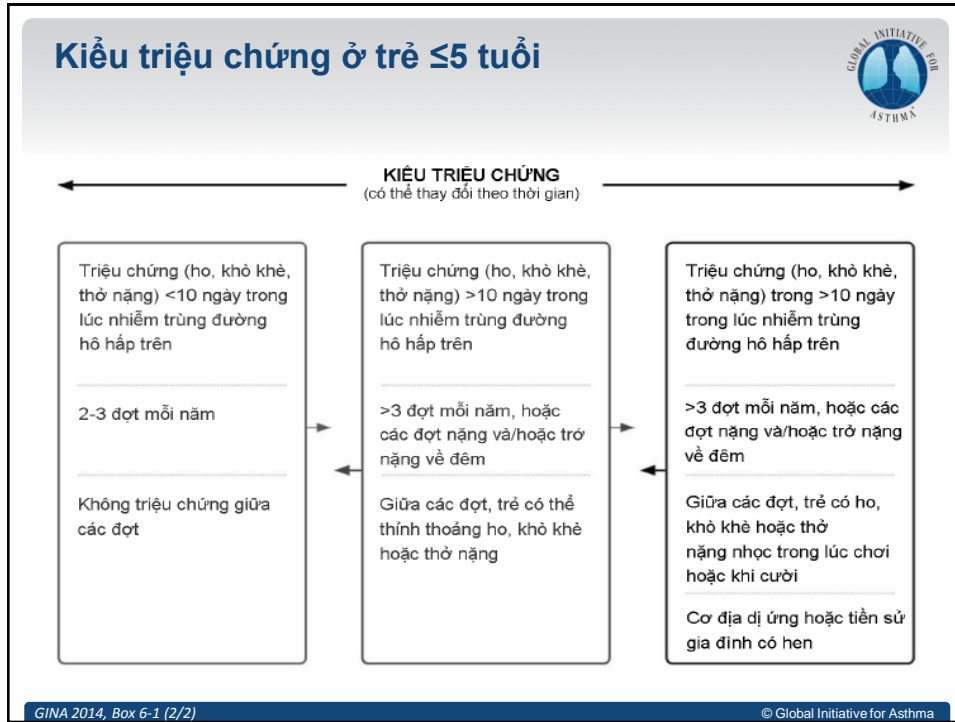
© Global Initiative for Asthma

## Xác suất chẩn đoán hen phế quản hay đáp ứng điều trị hen ở trẻ $\leq 5$ tuổi



GINA 2014, Box 6-1 (1/2)

© Global Initiative for Asthma



## Tính chất gợi ý hen ở trẻ ≤5 tuổi



| Tính chất   | Đặc điểm gợi ý hen   |
|---|--|
| Ho  | Ho khan tái đi tái lại hoặc dai dẳng, có thể trở nặng về đêm hoặc đi cùng với một ít khò khè và khó thở<br>Ho xảy ra với vận động, cười, khóc hoặc phơi nhiễm khói thuốc lá mà không có nhiễm trùng hô hấp rõ ràng |
| Khò khè   | Khò khè tái đi tái lại, bao gồm lúc ngủ hoặc với các yếu tố kích phát như hoạt động, cười, khóc hoặc phơi nhiễm khói thuốc lá hoặc ô nhiễm không khí   |
| Thở khó hoặc thở nặng hoặc thở hụt hơi  | Xảy ra với vận động, cười hoặc khóc  |
| Giảm hoạt động  | Không thể chạy, chơi hoặc cười ở cùng mức độ với trẻ em khác; mệt sớm hơn trong lúc đi bộ (muốn được bồng)   |
| Bệnh sử hoặc tiền sử gia đình   | Có bệnh dị ứng khác (viêm da dị ứng hoặc viêm mũi dị ứng)<br>Hen ở bà con trực hệ  |
| Điều trị thử với corticosteroid dạng hít liều thấp (Bảng 6-5, trang 95) và SABA khi cần | Cải thiện lâm sàng trong 2-3 tháng điều trị với thuốc kiểm soát và trở nặng khi ngưng điều trị   |

GINA 2014, Box 6-2 © Global Initiative for Asthma

| <b>Chẩn đoán phân biệt thường gặp ở trẻ ≤5 tuổi</b> |   |
|---|---|
| Tình trạng  | Tính chất điển hình   |
| Nhiễm vi rút đường hô hấp tái đi tái lại            | Chủ yếu là ho, chảy mũi nghẹt mũi trong <10 ngày; khô khè thường nhẹ; không có triệu chứng giữa các đợt nhiễm trùng   |
| Trào ngược dạ dày – thực quản                       | Ho khi ăn; nhiễm trùng phổi tái đi tái lại; dễ ói nhất là sau khi ăn no; đáp ứng kém với các thuốc hen  |
| Hít dị vật  | Đợt ho đột ngột, nặng và/hoặc co kéo cơ hô hấp trong lúc ăn hoặc chơi; nhiễm trùng phổi tái đi tái lại và ho; dấu hiệu phổi khu trú   |
| Mềm sụn khí quản                                    | Thở ồn ào khi khóc hoặc ăn; hoặc trong lúc nhiễm trùng đường hô hấp trên (hít vào ồn ào nếu ngoài ngực hoặc thở ra ồn ào nếu trong ngực); ho dữ dội; co kéo lúc hít vào hoặc lúc thở ra; triệu chứng thường có từ lúc sinh; đáp ứng kém với thuốc hen |
| Lao   | Hô hấp ồn ào và ho dai dẳng; sốt không đáp ứng với kháng sinh bình thường; hạch bạch huyết to; đáp ứng kém với thuốc dẫn phế quản hoặc corticosteroid dạng hít; có tiếp xúc với người mắc bệnh lao  |
| Bệnh tim bẩm sinh                                   | Tiếng thổi tim; tím tái khi ăn; không phát triển; nhịp tim nhanh; nhịp thở nhanh hoặc gan to; đáp ứng kém với thuốc hen   |
| Xơ nang   | Ho khởi phát sớm sau khi sinh; nhiễm trùng phổi tái đi tái lại; không phát triển (suy dinh dưỡng); phân nhiều lỏng có mỡ  |
| Loạn động lòng chuyển nguyên phát                   | Ho và nhiễm trùng phổi tái đi tái lại; nhiễm trùng tai mạn tính và chảy mũi mù; đáp ứng kém với thuốc hen; đảo ngược nội tạng xảy ra trong khoảng 50% trẻ em mắc bệnh này   |
| Vòng mạch máu                                       | Hô hấp thường ồn ào dai dẳng; đáp ứng kém với thuốc hen   |
| Dị sản phế quản phổi                                | Trẻ sinh non; cân nặng khi sinh rất thấp; cần phải thở máy hoặc thở oxy lâu dài; khó thở từ lúc sinh  |
| Suy giảm miễn dịch                                  | Sốt và nhiễm trùng tái đi tái lại (bao gồm nhiễm trùng không phải hô hấp); không phát triển   |

| <b>Đánh giá kiểm soát hen của GINA ở trẻ ≤5 tuổi</b>  |  |                    |                 |            |
|---|--|--------------------|-----------------|------------|
| A. Kiểm soát triệu chứng  | Mức kiểm soát triệu chứng hen                              |                    |                 |            |
|   | Kiểm soát tốt  | Kiểm soát một phần | Không kiểm soát |            |
| <b>Trong 4 tuần vừa qua, trẻ đã:</b>  |  |                    |                 |            |
| • Có các triệu chứng hen ban ngày trong hơn vài phút, hơn một lần một tuần?   | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> | } Không điều nào   | } 1-2 điều      | } 3-4 điều |
| • Có bất kỳ hạn chế hoạt động do hen nào không? (Chạy/ chơi ít hơn trẻ em khác, dễ mệt trong lúc đi bộ/chơi?)   | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |                    |                 |            |
| • Cần thuốc cắt cơn* hơn một lần một tuần?  | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |                    |                 |            |
| • Có lần nào thức giấc ban đêm hoặc ho ban đêm do hen không?  | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> |                    |                 |            |
| <b>B. Nguy cơ tương lai đối với kết cục hen xấu</b>   |  |                    |                 |            |
| <b>ASSESS CHILD'S RISKS FOR:</b>  |  |                    |                 |            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exacerbations within the next few months</li> <li>• Fixed airflow limitation</li> <li>• Medication side-effects</li> </ul> |  |                    |                 |            |

## Nguy cơ tương lai đối với kết cục hen xấu ở trẻ ≤5 tuổi



Các yếu tố nguy cơ đối với đợt kịch phát hen trong vòng vài tháng sắp tới

- Các triệu chứng hen không kiểm soát
- Một hoặc nhiều hơn đợt kịch phát nặng trong năm vừa qua
- Bắt đầu mùa 'kịch phát' thông thường của trẻ (nhất là nếu mùa hạ/thu)
- Phơi nhiễm: khói thuốc lá; ô nhiễm không khí trong nhà hoặc ngoài trời; dị nguyên trong nhà (vd: mạt bụi nhà, con gián, thú nuôi, nấm mốc), nhất là khi kết hợp với nhiễm vi rút<sup>411</sup>
- Các vấn đề tâm lý hoặc xã hội – kinh tế quan trọng đối với trẻ hoặc gia đình
- Tuân thủ kém với thuốc kiểm soát, hoặc kỹ thuật hít thuốc không đúng

Yếu tố nguy cơ đối với giới hạn luồng khí cố định

- Hen nặng với vài lần nhập viện
- Bệnh sử viêm tiểu phế quản

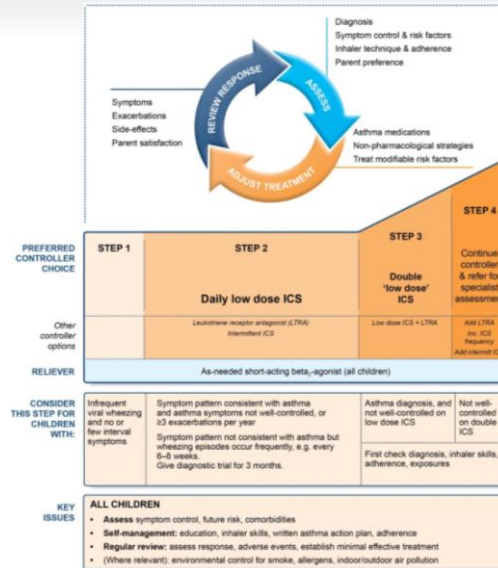
Yếu tố nguy cơ đối với tác dụng phụ của thuốc

- Toàn thân: Các đợt OCS thường xuyên; ICS liều cao và/hoặc mạnh
- Tại chỗ: ICS liều trung bình/cao hoặc mạnh; kỹ thuật hít thuốc không đúng; không bảo vệ da hoặc mắt khi sử dụng ICS phun sương hoặc buồng đệm có mặt nạ

GINA 2014, Box 6-4B

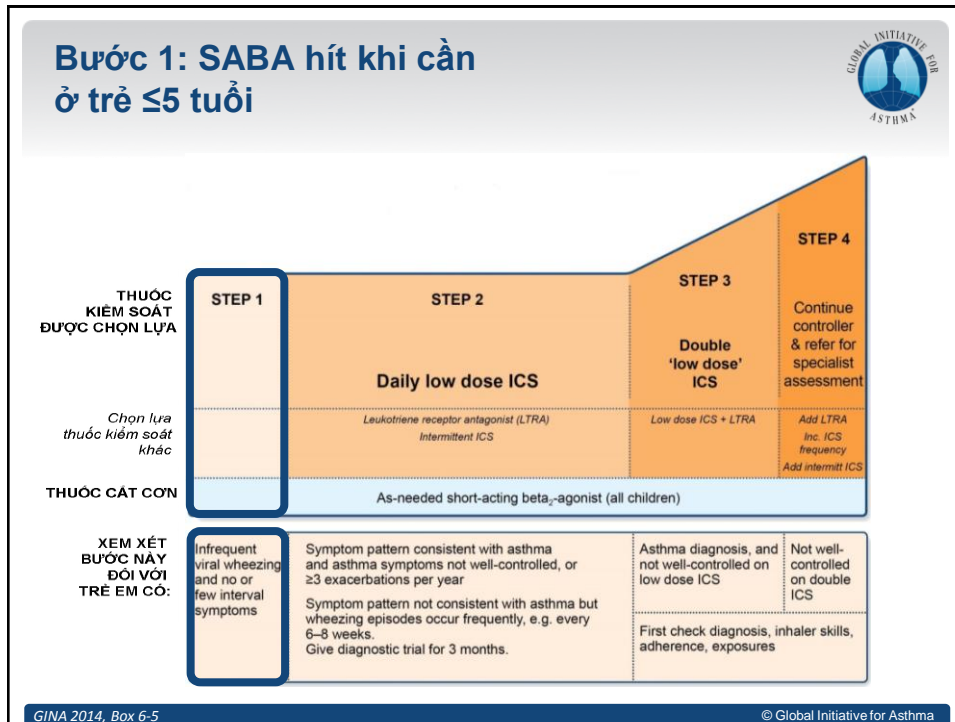
© Global Initiative for Asthma

## Chiến lược từng bước để xử trí hen lâu dài ở trẻ ≤5 tuổi



GINA 2014, Box 6-5

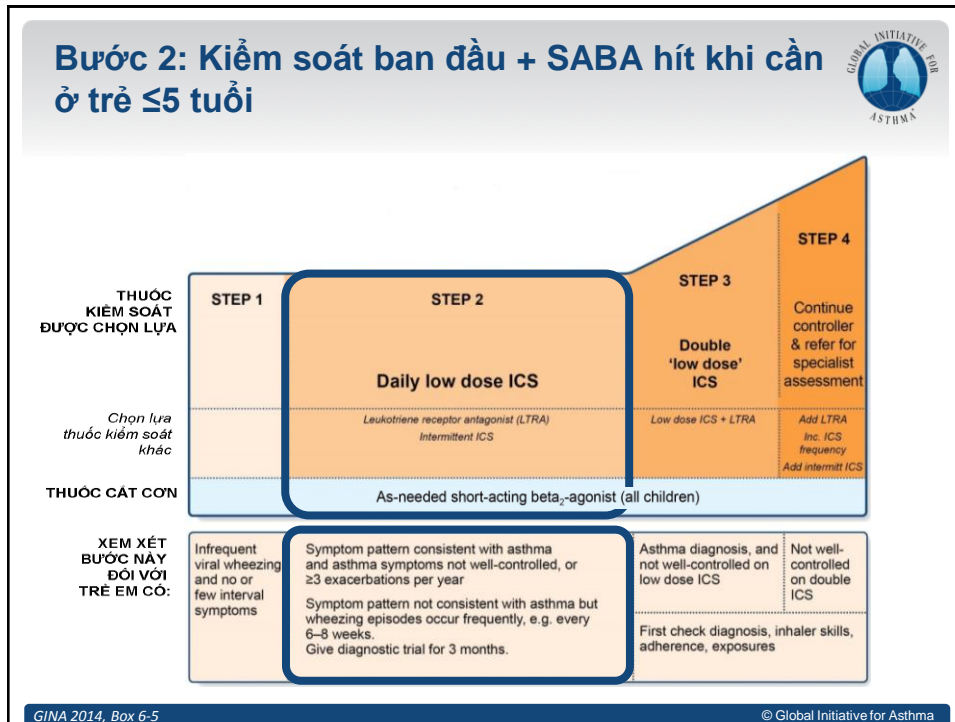
© Global Initiative for Asthma



**Bước 1: SABA hít khi cần ở trẻ ≤5 tuổi**

- Chọn lựa ưa thích: SABA hít khi cần
  - Nên dùng cho trẻ có các đợt khò khè
  - Không phải luôn hiệu quả
- Chọn lựa khác:
  - Không khuyên dùng giãn **PQ uống** (khởi đầu tác dụng chậm, tác dụng phụ)
  - Khi khò khè từng đợt do virus, không triệu chứng giữa các đợt: nếu SABA không đủ -> xem xét **ICS từng đợt**..

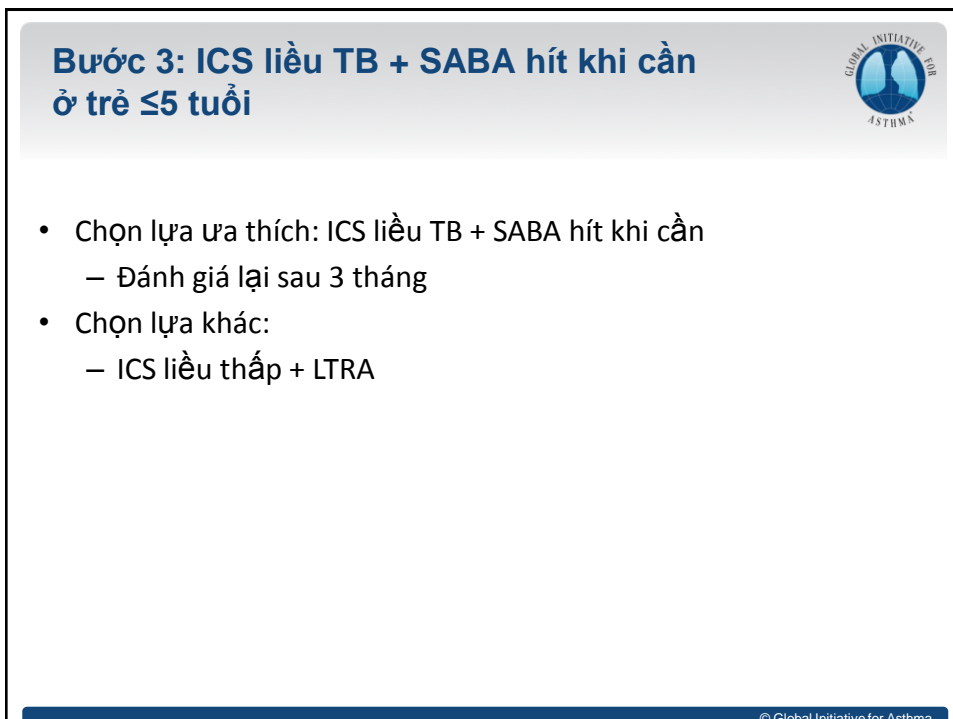
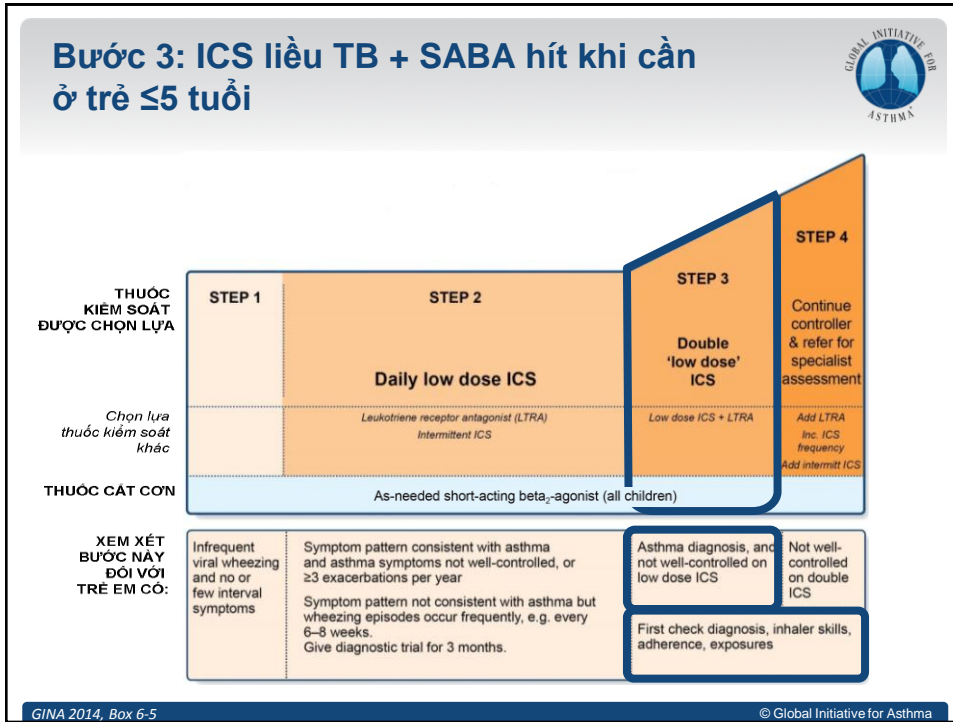
© Global Initiative for Asthma

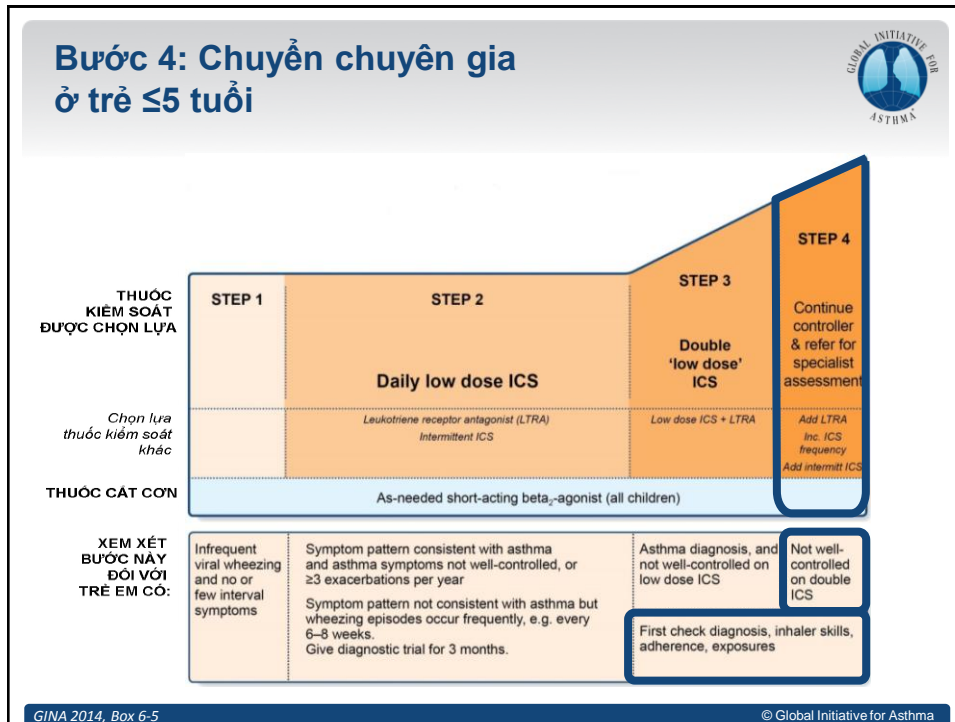


**Bước 2: Kiểm soát ban đầu + SABA hít khi cần ở trẻ ≤5 tuổi**

- Chọn lựa ưa thích: ICS liều thấp + SABA hít khi cần
  - ≥3 tháng
- Chọn lựa khác:
  - Hen dai dẳng: LTRA, giảm triệu chứng, giảm nhu cầu corticoid
  - Khò khè do virus tái phát: LTRA, cải thiện kết cục hen, không giảm nhập viện
  - Khò khè do virus tái phát, triệu chứng hen từng đợt: ICS đều đặn, sau đó có thể khi cần

© Global Initiative for Asthma





## Bước 4: Chuyển chuyên gia ở trẻ ≤5 tuổi

- Chọn lựa ưa thích: tiếp tục điều trị kiểm soát và chuyển chuyên gia đánh giá
- Chọn lựa khác:
  - ICS liều cao hơn, trong vài tuần
  - + LTRA, + theophylline, + OCS liều thấp, chỉ ít tuần
  - + ICS từng đợt vào ICS hàng ngày nếu đợt kịch phát là vấn đề chính
  - ICS/LABA không khuyến cáo

© Global Initiative for Asthma



## ICS liều hàng ngày thấp cho trẻ ≤5 tuổi



| Thuốc                             | Liều thấp hàng ngày (mcg)        |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Beclomethasone dipropionate (HFA) | 100                              |
| Budesonide pMDI + buồng đệm       | 200                              |
| Budesonide phun sương             | 500                              |
| Fluticasone propionate (HFA)      | 100                              |
| Ciclesonide                       | 160                              |
| Mometasone furoate                | Không nghiên cứu dưới 4 tuổi     |
| Triamcinolone acetonide           | Không nghiên cứu ở nhóm tuổi này |

GINA 2014, Box 6-7

© Global Initiative for Asthma

## Chọn dụng cụ hít cho trẻ ≤5 tuổi



| Tuổi     | Thiết bị ưa thích                                | Thiết bị khác  |
|----------|--|--|
| 0-3 tuổi | Ống hít định liều cộng với buồng đệm có mặt nạ   | Phun sương với mặt nạ  |
| 4-5 tuổi | Ống hít định liều cộng với buồng đệm có ống ngậm | Ống hít định liều cộng với buồng đệm với mặt nạ hoặc máy phun sương với ống ngậm hoặc mặt nạ |

GINA 2014, Box 6-7

© Global Initiative for Asthma

## Đánh giá ban đầu đợt kịch phát hen ở trẻ ≤5 tuổi



| Triệu chứng                                  | Nhẹ            | Nặng*  |
|--|----------------|--|
| Rối loạn tri giác                            | Không          | Kích động, lú lẫn hoặc lơ mơ                           |
| Độ bão hòa oxy lúc đến (SaO <sub>2</sub> )** | >95%           | <92%   |
| Lời nói†                                     | Từng câu       | Từng chữ   |
| Nhịp tim                                     | <100 nhịp/phút | >200 nhịp/phút (0–3 tuổi)<br>>180 nhịp/phút (4–5 tuổi) |
| Tím tái trung ương                           | Không          | Có thể có  |
| Độ nặng của khô khè                          | Dao động       | Ngực có thể im lặng                                    |

\*Any of these features indicates a severe exacerbation

\*\*Oximetry before treatment with oxygen or bronchodilator

† Take into account the child's normal developmental capability

GINA 2014, Box 6-8

© Global Initiative for Asthma

## Chỉ định chuyển viện ngay ở trẻ ≤5 tuổi



Chuyển viện ngay nếu trẻ bị hen ≤5 tuổi có **BẤT KỲ** điểm nào sau đây:

- Lúc đánh giá ban đầu hoặc sau đó
  - Trẻ không thể nói hoặc uống được
  - Tím tái
  - Co kéo liên sườn
  - Độ bão hòa oxy <92% khi hít thở không khí trong phòng
  - Ngực im lặng khi nghe
- Thiếu đáp ứng với điều trị thuốc dẫn phế quản ban đầu
  - Thiếu đáp ứng với 6 nhát SABA hít (2 nhát một lần, lặp lại 3 lần) trong vòng 1-2 giờ
  - Thở nhanh dai dẳng\* dù đã cho 3 lần SABA hít, dù trẻ có các dấu hiệu lâm sàng khác cải thiện
- Môi trường xã hội gây khó khăn cho việc điều trị cấp, hoặc cha mẹ/người chăm sóc không thể xử trí hen cấp tại nhà

\*Normal respiratory rates (breaths/minute): 0-2 months: <60; 2-12 months: <50; 1-5 yrs: <40

GINA 2014, Box 6-9

© Global Initiative for Asthma

| <b>Xử trí ban đầu đợt kịch phát hen ở trẻ ≤5 tuổi</b>  |   |
|---|---|
| Liệu pháp   | Liều dùng và cách cho thuốc   |
| Oxy bổ sung   | 24% được cung cấp qua mặt nạ (thường 1 L/phút) để duy trì độ bão hòa oxy 94-98%   |
| Đồng vận beta <sub>2</sub> tác dụng ngắn (SABA)   | 2-4 nhát salbutamol qua buồng đệm, hoặc 2,5 mg salbutamol qua phun sương, mỗi 20 phút trong giờ đầu tiên*, sau đó đánh giá lại độ nặng. Nếu các triệu chứng dai dẳng hoặc tái phát, cho 2-3 nhát bổ sung mỗi giờ. Nhập viện nếu cần >10 nhát trong 3-4 giờ. |
| Corticosteroid toàn thân  | Cho liều ban đầu prednisolone uống (1-2 mg/kg đến tối đa 20 mg đối với trẻ em <2 tuổi; 30 mg đối với trẻ em 2-5 tuổi)<br>HOẶC, methylprednisolone tiêm tĩnh mạch 1 mg/kg mỗi 6 giờ trong ngày đầu   |
| Chọn lựa bổ sung trong giờ điều trị đầu tiên  |   |
| Ipratropium bromide   | Đối với trẻ em có đợt kịch phát trung bình – nặng, 2 nhát ipratropium bromide 80 mcg (hoặc 250 mcg qua phun sương) mỗi 20 phút chỉ trong 1 giờ mà thôi  |
| Magnesium sulfate   | Xem xét magnesium sulfate phun sương (150 mg) 3 liều trong giờ đầu tiên điều trị, đối với trẻ em ≥2 tuổi có đợt kịch phát nặng (Bảng 6-8, trang 100)  |

GINA 2014, Box 6-10

© Global Initiative for Asthma



# ***Xin cảm ơn sự chú ý lắng nghe!***



GINA 2014, Box 6-10

© Global Initiative for Asthma