

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, bao gồm Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định và Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

Điều 3. Bãi bỏ tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định và Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại các khoa nội” đã được ban hành tại Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 31 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 4. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 5. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện, Viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 5;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB, PC.

**KT, BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2966/QĐ-BYT
ngày 08 tháng 7 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

PHẦN 1: HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh lý hô hấp mạn tính có thể dự phòng và điều trị được. Bệnh đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không có khả năng hồi phục hoàn toàn, sự cản trở thông khí này thường tiến triển từ từ và liên quan đến phản ứng viêm bất thường của phổi với các hạt bụi hoặc khí độc hại mà trong đó khói thuốc lá, thuốc lá đóng vai trò hàng đầu.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Phát hiện tại y tế cơ sở: huyện, xã, phường

a) Khai thác kỹ tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây bệnh, thăm khám lâm sàng để tìm các dấu hiệu định hướng chẩn đoán:

- Bệnh hay gặp ở nam giới trên 40 tuổi.
- Tiền sử: hút thuốc lá, thuốc lá (bao gồm cả hút thuốc chủ động và thụ động). Ô nhiễm môi trường trong nhà, ngoài nhà, nghề nghiệp: khói bếp than, bếp củi, bếp rơm rạ, hơi khí độc hóa chất, bụi công nghiệp. Nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn. Tăng tính phản ứng đường thở.
- Ho, khạc đờm kéo dài: là triệu chứng thường gặp và không do các bệnh phổi khác như lao phổi, giãn phế quản... Ho dai dẳng hoặc gián đoạn từng đợt (ho kéo dài ít nhất 3 tháng trong 1 năm và trong 2 năm liên tiếp trở lên), ho khan hoặc ho có đờm, thường ho khạc đờm về buổi sáng. Ho đờm mù là một trong các dấu hiệu của đợt cấp do bội nhiễm.
- Khó thở: tiến triển nặng dần theo thời gian, lúc đầu là khó thở khi gắng sức, sau khó thở cả khi nghỉ ngơi và khó thở liên tục. Bệnh nhân “phải gắng sức để thở”, “thở nặng”, “cảm giác thiếu không khí” hoặc “thở hổn hển”, thở khô khè. Khó thở tăng lên khi gắng sức, nhiễm trùng đường hô hấp.
- Các triệu chứng ho khạc đờm, khó thở dai dẳng và tiến triển nặng dần theo thời gian, thường là ho khạc đờm xuất hiện trước sau đó mới xuất hiện thêm khó thở, khi khó thở mà bệnh nhân cảm nhận được lúc đó bệnh đã ở giai đoạn nặng.

b) Khám lâm sàng:

- Giai đoạn sớm của bệnh khảm phổi có thể bình thường. Cần đo chức năng thông khí ở những đối tượng có yếu tố nguy cơ ngay cả khi thăm khám bình thường để chẩn đoán sớm BPTNMT.
- Giai đoạn nặng hơn khảm phổi thường gặp nhất là rì rào phế nang giảm. Các dấu hiệu khác có thể thấy bao gồm: lồng ngực hình thùng, gõ vang trống, ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ.
- Giai đoạn muộn có thể thấy những biểu hiện của suy hô hấp mạn tính: tím môi, tím đầu chi, thở co kéo cơ hô hấp phụ, những biểu hiện của suy tim phải (tâm phế mạn): tĩnh mạch cổ nổi, phù 2 chân, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính.

Khi phát hiện bệnh nhân có các triệu chứng nghi ngờ BPTNMT cần chuyển bệnh nhân đến các cơ sở y tế có đủ điều kiện (tuyến huyện, tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương) để làm thêm các thăm dò: đo chức năng thông khí, chụp Xquang phổi, điện tim... nhằm chẩn đoán xác định và loại trừ những nguyên nhân khác có triệu chứng lâm sàng giống BPTNMT.

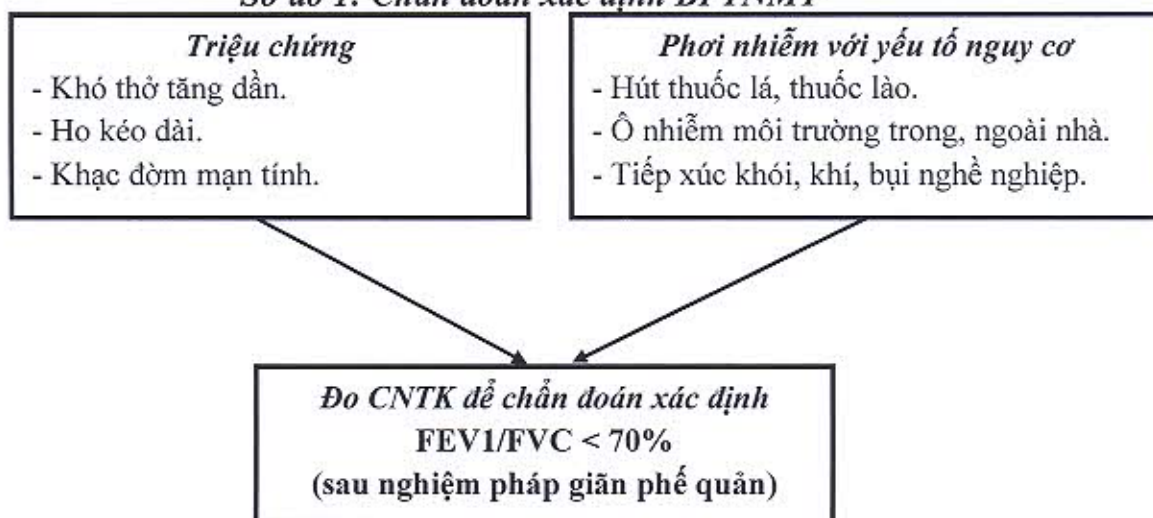
2.2. Chẩn đoán xác định tại cơ sở y tế tuyến huyện, tuyến tỉnh và tuyến trung ương

Những bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, có các dấu hiệu lâm sàng lâm sàng nghi ngờ mắc BPTNMT như đã mô tả ở trên cần được làm các xét nghiệm sau:

- a) Đo chức năng thông khí: bằng máy đo phế dung kế
 - Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ nặng BPTNMT.
 - Biểu hiện rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau nghiệm pháp giãn phế quản (400 µg salbutamol hoặc 80µg ipratropium hoặc 400 µg salbutamol và 80µg ipratropium khí dung hoặc phun hít với buồng đệm): chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) < 70%; FEV1 không tăng hoặc tăng dưới 12% (<200ml) sau test phục hồi phế quản...)
 - Dựa vào chỉ số FEV1 để đánh giá mức độ tắc nghẽn của bệnh nhân.
- b) Xquang phổi:
 - BPTNMT giai đoạn sớm của bệnh hoặc không có giãn phế nang lúc đó có thể có hình ảnh Xquang phổi bình thường.
 - Giai đoạn muộn và điển hình có hội chứng phế quản và hình ảnh khí phế thũng. Xquang phổi có thể gợi ý chẩn đoán BPTNMT với hình ảnh trường phổi 2 bên quá sáng, cơ hoành hạ thấp, có thể thấy cơ hoành hình bậc thang, khoang liên sườn giãn rộng, các bóng khí; hoặc có thể thấy nhánh động mạch thùy dưới phổi phải có đường kính > 16mm.
 - Xquang phổi cho phép loại trừ một số bệnh phổi khác có biểu hiện lâm sàng tương tự BPTNMT như: u phổi, giãn phế quản, lao phổi, xơ phổi... Ngoài ra Xquang phổi có thể phát hiện các bệnh lý đồng mắc với BPTNMT như: tràn dịch, tràn khí màng phổi, suy tim, bất thường khung xương lồng ngực, cột sống...`

- c) Điện tâm đồ: ở giai đoạn muộn có thể thấy các dấu hiệu của tăng áp động mạch phổi và suy tim phải: sóng P cao ($>2,5\text{mm}$) nhọn đối xứng (P phế), trục phải (>1100), dày thất phải (R/S ở V6 <1).

Sơ đồ 1: Chẩn đoán xác định BPTNMT



2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Lao phổi: ho kéo dài, khạc đờm hoặc có thể ho máu. Xquang phổi: tổn thương thâm nhiễm hoặc dạng hang, thường ở đỉnh phổi. Xét nghiệm đờm, dịch phế quản: thấy hình ảnh trực khuẩn kháng cồn, kháng toan, hoặc nuôi cấy môi trường lỏng MGIT Bactec dương tính.
- Giãn phế quản: ho khạc đờm kéo dài, đờm đục hoặc đờm mù nhiều, nghe phổi có ran nổ, ran ẩm. Chụp cắt lớp vi tính ngực lớp mỏng 1mm, độ phân giải cao: thấy hình ảnh giãn phế quản.
- Hen phế quản (Xem chi tiết bảng 1).
- Hội chứng chồng lấp (ACOS – asthma COPD overlap syndrome): những bệnh nhân này vừa có một số triệu chứng lâm sàng của hen phế quản vừa có một số triệu chứng của BPTNMT, có rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục như BPTNMT, có test hồi phục phế quản dương tính mạnh với giá trị FEV1 tăng $>400\text{ml}$ và $>12\%$ (tham khảo phụ lục 1: Hội chứng chồng lấp).

Bảng 1: Chẩn đoán phân biệt BPTNMT với hen phế quản

| Hen phế quản | BPTNMT |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Thường bắt đầu khi còn nhỏ. - Các triệu chứng biến đổi từng ngày. - Tiền sử dị ứng thời tiết, dị ứng thức ăn, viêm khớp, và/hoặc eczema, chàm. - Gia đình có người cùng huyết thống mắc hen. - Các triệu chứng ho, khó thở thường xuất hiện vào ban đêm/sáng sớm. | <ul style="list-style-type: none"> - Xuất hiện thường ở người ≥ 40 tuổi. - Các triệu chứng tiến triển nặng dần. - Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào nhiều năm. - Khó thở lúc đầu khi gắng sức sau khó thở liên tục. - Luôn có triệu chứng khi khám phổi. |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Khám ngoài con hen: có thể hoàn toàn bình thường. - Rối loạn thông khí tắc nghẽn hồi phục hoàn toàn: FEV1/FVC \geq 70% sau nghiệm pháp giãn phế quản. - Hiếm khi có biến chứng tâm phế mạn hoặc suy hô hấp mạn. | <ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn thông khí tắc nghẽn không phục hồi hoàn toàn: FEV1/FVC < 70% sau nghiệm pháp giãn phế quản. - Biến chứng tâm phế mạn hoặc suy hô hấp mạn tính thường xảy ra ở giai đoạn cuối. |
|--|--|

2.4. Chẩn đoán mức độ nặng của BPTNMT

Để có thể cá thể hóa việc điều trị cho bệnh nhân mắc BPTNMT và đạt hiệu quả tối ưu, chẩn đoán mức độ nặng của bệnh dựa vào sự phối hợp của nhiều thành phần: mức độ tắc nghẽn đường thở, mức độ nặng của triệu chứng và sự ảnh hưởng của bệnh đối với sức khỏe và cuộc sống của bệnh nhân, nguy cơ nặng của bệnh (mức độ tắc nghẽn, tiền sử đợt cấp/năm) và các bệnh lý đồng mắc.

2.4.1. Chẩn đoán mức độ tắc nghẽn đường thở

Bảng 2: Mức độ nặng theo chức năng thông khí

| Mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn | Giá trị FEV1 sau test giãn PQ |
|-------------------------------------|--|
| Mức độ I (nhẹ) | FEV1 \geq 80% trị số lý thuyết |
| Mức độ II (trung bình) | 50% \leq FEV1 < 80% trị số lý thuyết |
| Mức độ III (nặng) | 30% \leq FEV1 < 50% trị số lý thuyết |
| Mức độ IV (rất nặng) | FEV1 < 30% trị số lý thuyết |

2.4.2. Chẩn đoán mức độ nặng của bệnh theo chức năng thông khí và triệu chứng lâm sàng

| |
|---|
| <p>Bảng 3: Mức độ nặng BPTNMT theo chức năng thông khí, triệu chứng lâm sàng</p> <p style="text-align: center;">(Phân loại theo GOLD 2014)</p> <p style="text-align: center;">Khi đánh giá nguy cơ chọn nhóm nguy cơ cao nhất theo tiêu chuẩn của GOLD hoặc tiền sử đợt cấp</p> |
|---|

| | | |
|---|----------|-----------------------------------|
| FEV1 | | |
| Mức độ tắc nghẽn đường thở | 4 | Số đợt cấp trong 12 tháng vừa qua |
| | 3 | |
| | 2 | |
| | 1 | |
| | (C) | (D) |
| | (A) | (B) |
| | mMRC 0-1 | mMRC \geq 2 |
| | CAT < 10 | CAT \geq 10 |
| <i>Triệu chứng (khó thở theo mMRC và CAT)</i> | | |

Đánh giá:

- Bệnh nhân thuộc nhóm (A) – Nguy cơ thấp, ít triệu chứng: Mức độ tắc nghẽn đường thở nhẹ, trung bình và/hoặc có 0 – 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng và khó thở giai đoạn 0 hoặc 1 (theo phân loại mMRC) hoặc điểm CAT < 10.
- Bệnh nhân thuộc nhóm (B) – Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng: Mức độ tắc nghẽn đường thở nhẹ, trung bình và/hoặc có 0 – 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng và mức độ khó thở từ giai đoạn 2 trở lên (theo phân loại mMRC) hoặc điểm CAT \geq 10.
- Bệnh nhân thuộc nhóm (C) – Nguy cơ cao, ít triệu chứng: Mức độ tắc nghẽn đường thở nặng, rất nặng và/hoặc có \geq 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng (hoặc 1 đợt cấp nặng phải nhập viện hoặc phải đặt nội khí quản) và mức độ khó thở từ giai đoạn 0 - 1 (theo phân loại mMRC) hoặc điểm CAT < 10.
- Bệnh nhân thuộc nhóm (D) – Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng: Mức độ tắc nghẽn đường thở nặng, rất nặng và/hoặc có \geq 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng (hoặc 1 đợt cấp nặng phải nhập viện hoặc phải đặt nội khí quản) và mức độ khó thở từ giai đoạn 2 trở lên (theo phân loại mMRC) hoặc chỉ số CAT \geq 10.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Các điều trị chung

3.1.1. Ngừng việc tiếp xúc với yếu tố nguy cơ

- Ngừng tiếp xúc với: khói thuốc lá thuốc lào, bụi, khói bếp củi than, khí độc...

3.1.2. *Cai nghiện thuốc lá, thuốc lào*

Ngừng hút thuốc là biện pháp rất quan trọng để không làm nặng thêm BPTNMT. Để cai thuốc, việc tư vấn người bệnh đóng vai trò then chốt và các thuốc hỗ trợ cai giúp người bệnh dễ bỏ thuốc hơn.

a) *Chiến lược tư vấn người bệnh cai thuốc lá*

- Tìm hiểu lý do ảnh hưởng đến việc cai thuốc lá: Sợ cai thuốc lá thất bại, hội chứng cai thuốc lá, mất đi niềm vui hút thuốc, căng thẳng,...
- Sử dụng lời khuyên 5A:
 - + Ask – Hỏi: Xem tình trạng hút thuốc của người bệnh để có kế hoạch phù hợp.
 - + Advise – Khuyên: Đưa ra lời khuyên đủ sức thuyết phục người bệnh bỏ hút thuốc.
 - + Assess – Đánh giá: Xác định nhu cầu cai thuốc thực sự của người bệnh.
 - + Assist – Hỗ trợ: giúp người bệnh xây dựng kế hoạch cai thuốc, tư vấn, hỗ trợ và chỉ định thuốc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá nếu cần.
 - + Arrange – Sắp xếp: Có kế hoạch theo dõi, hỗ trợ trực tiếp hoặc gián tiếp để người bệnh cai được thuốc và tránh tái nghiện.

b) *Thuốc hỗ trợ cai thuốc lá*

Việc dùng thuốc hỗ trợ cai thuốc lá giúp giảm nhẹ hội chứng cai thuốc và làm tăng tỷ lệ cai thuốc thành công. Các thuốc có thể chỉ định: Nicotine thay thế, Bupropion, Varenicline.

- Nicotine thay thế: cung cấp nicotine cho cơ thể không qua điều thuốc
 - + Chống chỉ định tương đối ở bệnh nhân tim mạch có nguy cơ cao (vừa nhồi máu cơ tim cấp).
 - + Các dạng thuốc: dạng xịt mũi, họng, viên ngậm, viên nhai, miếng dán da.
 - + Thời gian dùng thuốc tùy thuộc vào mức độ lệ thuộc nicotine: thông thường từ 2-4 tháng, có thể kéo dài hơn.
 - + Tác dụng phụ: Gây kích ứng da khi dán, khi uống có thể gây khô miệng, nấc cụt, khó tiêu,...
- Bupropion: tác dụng tăng cường phóng thích noradrenergic và dopaminergic ở hệ thần kinh trung ương giúp làm giảm ham muốn hút thuốc.
 - + Không dùng cho bệnh nhân động kinh, rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi ăn uống, dùng thuốc nhóm IMAO, đang điều trị cai nghiện rượu, suy gan nặng.
 - + Thời gian điều trị 7 – 9 tuần, có thể kéo dài 6 tháng.
 - + Liều cố định không vượt quá 300 mg/ngày: Tuần đầu: 150 mg/ngày uống buổi sáng; từ tuần 2 – 9: 300mg/ngày chia 2 lần.
 - + Tác dụng phụ: mất ngủ, khô miệng, nhức đầu, kích động, co giật.
- Varenicilline có tác dụng giảm triệu chứng khi cai thuốc lá và giảm sáng khoái khi hút thuốc.

