**I. ĐỊNH NGHĨA**

* Là một tình huống xảy ra trong diễn tiến tự nhiên của bệnh, làm các triệu chứng hô hấp trở nên xấu đi, nặng hơn mức dao động hàng ngày và dẫn tới sự thay đổi về thuốc điều trị thƣờng ngày ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

**II. YẾU TỐ KHỞI PHÁT**

* Viêm nhiễm:
  + Siêu vi đƯờng hô hấp: là nguyên nhân thƯờng gặp nhất, tác nhân gây bệnh nhƯ: Rhinovirus spp, influenza.
  + Vi khuẩn: Haemophilus influenzae, Streptococus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Enterobacteriaceae spp., Pseudomonas spp.
* Ô nhiễm khói bụi môi trƯờng.
* Thiếu tuân thủ điều trị: bỏ thuốc dãn phế quản, thở oxy không đúng cách, dùng thuốc không đúng chỉ định.
* Các yếu tố tăng nguy cơ đợt cấp:
* Lớn tuổi
* Mức độ tắc nghẽn nặng (FEV1) Tăng tiết nhầy kéo dài COPD nhiều năm
* Ho đàm khò khè, gia tăng ho và đàm
* Dùng kháng sinh và corticoid toàn thân trong năm qua
* Vi khuẩn định cƯ ngoài đợt cấp
* Bệnh lý đi kèm (vd bệnh tim mạch).
* Chất lƯợng cuộc sống kém

**III. CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP COPD**

**3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP COPD

|  |  |
| --- | --- |
| TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐỢT CẤP COPD | |
| Tiêu chuẩn chính | Tiêu chuẩn phụ |
| 1. Khó thở nhiều.  2. Tăng tiết đàm.  3. Đàm mủ tăng | 1. Sốt.  2. Ho nhiều.  3. Thở khò khè tăng.  4. Tăng nhịp thở hoặc nhịp tim lên 20%.  5. Nhiễm trùng hô hấp trên trong 5 ngày qua. |

Chẩn đoán : 1 chính + 1 phụ

**3.2. Phân độ đợt cấp COPD:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Phân độ đợt cấp COPD và hƣớng điều trị (theo ATS và ERS 2004) | | | | |
| |  | | --- | | Lâm sàng | | |  | | --- | | Mức độ | | | |
| Nhẹ | Trung bình | Nặng |
| Triệu chứng | 1 chính + 1 phụ | 2 chính | 3 chính |
| Hướng điều trị | Điều trị tại nhà | Nhập viện | Suy hô hấp |

**3.3. Cận lâm sàng**

- SpO2 & KMĐM: Chỉ định và theo dõi điều trị oxy

- Xquang tim phổi: Loại trừ các chẩn đoán phân biệt

- ECG: Đánh giá các bệnh lý tim mạch đi kèm

- CTM: Giúp nhận biết các trƯờng hợp tăng bạch cầu, thiếu máu, tăng Hct

- Cấy vi khuẩn / đàm: Thực hiện sớm trƯớc khi dùng KS, giúp chọn lựa KS phù hợp.

- Các XN sinh hóa khác: ĐƯờng/ máu, điện giải đồ, BUN & Creatinin/ máu...

**3.4. Chẩn đoán phân biệt:**

- Suy tim ứ huyết, bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ, rối loạn nhịp tim.

- Thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi, viêm phổi, ung thƯ phổi

- Gãy xƯơng sƯờn

**IV. ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP COPD**

**4.2 Điều trị cụ thể:**

**4.2.1 Chiến lược điều trị**

****

**4.2.1. Thuốc dãn phế quản:**

Tăng liều hoặc số lần dùng thuốc.

Dùng máy phun khí dung hoặc bình hít định liều kết hợp buồng đệm và nên phối hợp đồng vận β2 và kháng cholinergic.

+ Đồng vận β2: Ventolin 5mg/ml phun khí dung mỗi 6 - 8g.

+ Kháng cholinergic + đồng vận β2: Combivent 1 - 2 ống hoặc Berodual 40 -60 giọt, phun khí dung mỗi 6 - 8 giờ.

Nếu không cải thiện, có thể dùng Terbutaline 0,25mg tiêm dƯới da mỗi 4 giờ hoặc theophylline/ aminophylline truyền TM, tuy nhiên cần lƯu ý độc tính và tác dụng phụ của thuốc.

HƯớng dẫn lại cách sử dụng MDI / MDI+spacer đúng cách hoặc dùng máy phun khí dung

**4.2.2. Corticoitde toàn thân:**

* Giảm tỉ lệ thất bại điều trị trong 30 ngày Cải thiện FEV1 nhanh hơn. Giảm khó thở và cải thiện khí máu Không khác biệt về tỉ lệ tử vong. Tăng nguy cơ bị tác dụng phụ của thuốc -Mức độ năng của bệnh.
* -Tính chất đàm.
* -Độ nhạy của vi khẩn.
* Thời gian dùng 7-10 ngày.
* YTNC nhiễm P. aeruginosa:
* -Vừa nhập viện gần đây.
* -Dùng KS > 4 lần / năm.
* -COPD nặng
* -Phân lập P. aeruginosa trƯớc đây hoặc trong gđ ổn định