

## Khó thở ở người trưởng thành: Hướng dẫn lâm sàng dành cho bác sĩ chăm sóc ban đầu

### 1. MỤC ĐÍCH BẢNG HƯỚNG DẪN ĐỂ BÀN NÀY

Khoảng 10% dân số có triệu chứng khó thở mạn tính (kéo dài hơn bốn tuần). Đây là triệu chứng gây ảnh hưởng lớn đến bệnh nhân và thường dẫn đến khả năng cần cấp cứu nếu nguyên nhân gây khó thở không được kiểm soát tốt.<sup>1-3</sup> Khó thở cũng liên hệ nhiều đến chất lượng cuộc sống và tiên lượng kém hơn.<sup>4-6</sup> Bảng hướng dẫn để bàn này cung cấp các bước tiếp cận thực hành cho các bác sĩ chăm sóc ban đầu nhằm đánh giá và quản lý người trưởng thành bị khó thở mạn tính và khó thở mức độ nặng. Bảng hướng dẫn nhằm mục đích cải thiện cuộc sống tham vấn giữa bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng cũng như cung cấp các biện pháp thiết thực để đối phó với triệu chứng khó chịu này.

Tỷ lệ hiện mắc khó thở giữa các nguyên nhân gây khó thở rất khác nhau, nhưng mỗi bệnh nhân lại có thể có nhiều nguyên nhân gây khó thở và do đó tiếp cận theo hướng cá thể hóa là điều cần thiết và thường được quản lý bởi bác sĩ chăm sóc ban đầu ở địa phương. Chủ động kiểm soát triệu chứng khó thở, bên cạnh chẩn đoán và điều trị (các) nguyên nhân, giúp tăng cường hiệu quả tham vấn và cải thiện chất lượng cuộc sống. Cần lưu ý đến trải nghiệm, ý kiến, lo lắng và mong chờ của bệnh nhân để việc lên kế hoạch quản lý, bao gồm các hoạt động tự quản lý cá nhân nhằm giúp bệnh nhân thở tốt hơn, hoạt động nhiều hơn và cảm thấy tốt hơn. Do bản chất có quá nhiều nguyên nhân gây khó thở, quá trình chẩn đoán có thể cần nhiều buổi thăm khám và có khả năng không chắc chắn được căn nguyên.<sup>7-9</sup> Tuy nhiên, có những việc có thể thực hiện từ buổi khám đầu tiên, bao gồm cả việc giới thiệu các biện pháp điều trị khó thở không dùng thuốc.<sup>7,10</sup> Những biện pháp này có thể được thực hiện bởi các thành viên của nhóm chăm sóc ban đầu.

### 2. TRIỆU CHỨNG CẤP TÍNH VÀ XỬ TRÍ

Nhiều biểu hiện khó thở có tính chất cấp tính. Đo độ bão hòa oxy là một xét nghiệm đơn giản và giúp phân biệt (nếu có) tổn thương cấp tính đáng kể đến chức năng phổi / tim.

#### HỘP 1: Xem xét chuyển khoa cấp cứu nếu:

Nhịp thở nhanh, nhịp tim nhanh, huyết áp cao hoặc thấp bất thường, rối loạn tri giác, có phù phổi cấp hoặc phù ngoại biên nặng, khó thở nghiêm trọng kèm sốt và ho, sung hoặc đau tứ chi, ho ra máu, đau ngực hoặc đau lan ra cánh tay, lưng, cổ hoặc hàm. Quy tắc ABCDE của WHO cung cấp một quy trình đánh giá lâm sàng để xác định các nguyên nhân cấp tính thường gặp bao gồm suy hô hấp, nhồi máu cơ tim và phản ứng phản vệ.

Phần còn lại của bảng hướng dẫn để bàn này sẽ tập trung vào khó thở mạn tính.

### 3. ĐỊNH NGHĨA, GÁNH NẶNG, NGUYÊN NHÂN CHÍNH

Khó thở là một trải nghiệm chủ quan có sự khác biệt về mức độ ảnh hưởng lên bệnh nhân bởi các yếu tố sinh lý, xã hội và môi trường.<sup>11</sup> Các ảnh hưởng thứ cấp liên quan thể chất, cảm xúc và hành vi thường xảy ra kèm theo. Các khó thở mạn tính liên quan đến hoạt động thể chất có thể kéo dài mặc dù đã điều trị tối ưu các căn nguyên gây khó thở.<sup>12</sup> Bệnh nhân có thể than rằng họ không thể thực hiện việc nhà giống như trước đây hoặc đi bộ nhanh như trước. Theo thời gian, khi tình trạng khó thở dần trở nên tồi tệ hơn và điều này thường dẫn đến suy sụp tinh thần, thể chất và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mặc dù bệnh nhân không để ý đến.<sup>13</sup> Nỗi sợ xuất hiện cơn khó thở thường khiến bệnh nhân tránh hoạt động thể chất một cách vô thức dẫn đến một vòng luẩn quẩn cho lối sống tĩnh tại,<sup>14</sup> với việc khó thở hơn và thể lực xấu đi.

Mỗi bệnh nhân có thể mắc nhiều bệnh với biểu hiện lâm sàng khác nhau,<sup>1,3</sup> mà cách tiếp cận dựa trên triệu chứng có thể giúp giải quyết khó chịu cho bệnh nhân. Do đó, nên tránh tình trạng áp đặt chẩn đoán: bệnh lý tim mạch - hô hấp là nguyên nhân phổ biến gây khó thở nhưng khó thở có thể do nguyên nhân khác hoặc bệnh đồng mắc đóng góp thêm. Nên nhớ rằng bệnh nhân mắc bệnh phổi hoặc tim mạn tính có xảy ra tình trạng mất bù nếu xuất hiện vấn đề mới. Các bệnh lý như thiếu máu hoặc nhiễm trùng có thể gây khó thở nặng hơn và khi được điều trị thích hợp có thể cải thiện tương đối nhanh tình trạng của bệnh nhân.

#### Các nguyên nhân hàng đầu (tỷ lệ có thể khác nhau dựa trên bối cảnh và 60% bệnh nhân có thể mắc nhiều hơn một bệnh)

- Bệnh phổi mạn tính: phổ biến nhất; 40-60% có khó thở mạn tính. Hen và COPD là hai nguyên nhân phổ biến nhất.
- Bệnh tim: bao gồm suy tim, rung nhĩ và bệnh van tim: chiếm khoảng 10% BN khó thở.
- Béo phì: khi chỉ số BMI lớn hơn 30 kg/m<sup>2</sup>. Những người bị béo phì có nguy cơ bị khó thở mạn tính cao gấp ba lần; tỷ lệ BN bị khó thở có thừa cân/béo phì có thể lên tới 60%.
- Rối loạn kiểu thở
- Suy nhược cơ thể
- Lo âu: Hơn 50% những người bị khó thở có thể mắc rối loạn lo âu: đây vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của khó thở.
- Hội chứng COVID kéo dài
- Thiếu máu (chiếm tỷ lệ nhỏ, nhưng dễ điều trị)
- Nghiện thuốc lá

**Khó thở mạn tính thường là triệu chứng đa yếu tố. Cần xem xét tất cả các nguyên nhân thường gặp khi đánh giá bệnh nhân có khó thở:**



#### 4. TẬN DỤNG TỐI ĐA HOÁ BUỔI THAM VẤN

Những BN bị khó thở mạn tính thường bình thường hóa tình trạng của họ hoặc cảm thấy đây là vấn đề cá nhân và do đó họ thường không tự đề cập đến chứng khó thở trong khi tham vấn. Vì vậy, BS phải chủ động tiếp cận và sử dụng kỹ thuật tham vấn có cấu trúc như "Ý kiến, lo lắng, mong chờ" (xem hộp 2) để có thể xác định quan điểm của bệnh nhân giúp cải thiện mối quan hệ và có thể khiến các cuộc tham vấn tập trung và có mục tiêu hơn, tăng độ hài lòng và khả năng tiếp thu đối với các can thiệp.<sup>15,16</sup>

#### HỘP 2: Ý kiến, lo lắng và mong chờ

**Ý kiến:** "Bạn nghĩ vấn đề gì đang xảy ra?" hoặc "Bạn nghĩ điều gì khiến bạn xuất hiện cơn khó thở?"

**Lo Lắng:** "Có điều gì đặc biệt khiến bạn lo lắng về chứng khó thở của mình không?" HOẶC "Khó thở có thể khiến người ta cảm thấy sợ hãi, vậy trải nghiệm của bạn với nó như thế nào?" HOẶC "Hôm nay bạn cảm thấy thế nào?" [[www.ipcrg.org/emotions](http://www.ipcrg.org/emotions)]

**Mong chờ:** "Bạn kỳ vọng tôi có thể làm gì cho bạn ngày hôm nay?" HOẶC "Cơn khó thở có khiến bạn tạm dừng hay có đang ngăn cản bạn làm hay sắp làm điều gì không?"

#### 5. BỆNH SỬ, KHÁM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ SỰ KHÔNG CHẮC CHẴN

Giống như trong thực hành lâm sàng thông thường của bạn, hãy hỏi bệnh sử kỹ lưỡng và thăm khám toàn diện để xác định nguyên nhân và ảnh hưởng của khó thở. Bạn nên nhớ rằng có thể có nhiều hơn một nguyên nhân và hoàn cảnh lâm sàng đóng vai trò quan trọng.<sup>17,18</sup>

##### Bệnh sử:

- Nghỉ ngơi hoặc gắng sức:  
*Bạn cảm thấy khó thở khi nào?*
- Tính chất khó thở  
*Bạn mô tả cảm giác đó như thế nào?*
- Các yếu tố tăng nặng và giảm nhẹ  
*Điều gì làm cho chứng khó thở của bạn tồi tệ hơn / tốt hơn?*
- Thời gian khởi phát và thời lượng:  
*Lần đầu tiên bạn trải nghiệm cảm giác khó thở là khi nào? Các triệu chứng của bạn có biến mất sau một khoảng thời gian không?*
- Triệu chứng liên quan:  
*Bạn có đau ngực, ho, khò khè, sưng mắt cá chân, đánh trống ngực, chóng mặt không?*
- Khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm:  
*Nằm có khiến bạn khó thở không? Bạn có thức dậy thở hổn hển vào ban đêm không?*
- Mức độ tập thể dục và hoạt động hàng ngày  
*Bạn thường làm gì trong ngày?*
- Tác động đến cuộc sống hàng ngày  
*Thang đo khó thở mMRC hoặc MRC*<sup>19</sup>
- Bệnh đồng mắc, thuốc đang dùng và thời gian dùng thuốc
- Tiền sử hút thuốc** bao gồm số gói - năm và loại thuốc hút
- Các yếu tố nguy cơ trong môi trường và nghề nghiệp  
*Các triệu chứng của bạn có tồi tệ hơn hoặc tốt hơn vào những ngày bạn đang làm việc hoặc thực hiện một số hoạt động cụ thể nào không?*

##### Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim và tần số tim khi nghỉ, độ bão hòa O<sub>2</sub>, nhịp thở và huyết áp.
- Quan sát tổng trạng chung: tình trạng tím, vàng da và kiêu thở (dùng cơ hô hấp phụ), kiểm tra tình trạng thiếu máu
- Kiểm tra phù ngoại biên
- Nghe phổi (chú ý rale đáy phổi, tiếng khò khè)
- Nghe tim (nghe tiếng thổi bao gồm cả vùng động mạch cảnh phải để phát hiện hẹp động mạch chủ)
- BMI (cân nặng [kg]/chiều cao<sup>2</sup> [m])

**Điều tra nguyên nhân** Để chẩn đoán xác định hoặc loại trừ các nguyên nhân phổ biến gây khó thở mạn tính, hãy chỉ định các cận lâm sàng thật cần thiết ngay khi có thể:

- Đo SpO<sub>2</sub>: nếu SpO<sub>2</sub> khi nghỉ ≤ 92% khi hít khí trời Xem xét LTOT (liệu pháp oxy dài hạn)
- Hô hấp ký: Nếu FEV<sub>1</sub>/FVC < 0.70 hoặc FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub> < 0,75 cho thấy dấu hiệu tắc nghẽn; thực hiện đo hô hấp ký đầy đủ. Chuyển chuyên khoa đối với những bệnh nhân có thông khí hạn chế hay hỗn hợp bởi hô hấp ký không phải xét nghiệm đáng tin cậy trong thông khí hạn chế như bệnh phổi kẽ (ILD), ung thư phổi
- X-quang ngực
- Điện tâm đồ (ECG)
- Công thức máu (FBC)
- NT-proBNP
- Ure và điện giải/Hormone kích thích tuyến giáp (TSH)
- Sàng lọc lo âu và trầm cảm (ví dụ: PHQ4)
- Sàng lọc mức độ hoạt động thể chất (ví dụ: GPAQ của WHO đã được dịch qua nhiều ngôn ngữ và GPPAQ được thiết kế trong thực hành đa khoa của Vương quốc Anh)

##### Thang đo khó thở mMRC

- 0 – Tôi chỉ khó thở khi gắng sức mạnh
- 1 – Tôi bị khó thở khi đi vội trên đường bằng hay đi lên dốc nhẹ
- 2 – Tôi đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng
- 3 – Tôi phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng
- 4 – Tôi khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo

Hoặc thang đo khó thở MRC

##### Tiền sử hút thuốc:

*Bạn có hút thuốc lá hoặc sử dụng các chế phẩm thuốc lá khác không?* [Có - Không - Đã bỏ]

##### Nếu cai thuốc: Cách đây bao lâu?

[Trên 3 tháng = đã bỏ thuốc, dưới 3 tháng = coi như người đang hút thuốc]

##### Nếu có: Bao nhiêu điếu thuốc mỗi ngày? HOẶC Bạn đã hút thuốc được bao nhiêu năm?

Số gói - năm = số năm hút thuốc x số gói mỗi ngày  
1 gói = 20 điếu thuốc lá  
ví dụ: 1 gói - năm = 20 điếu thuốc hàng ngày trong một năm

[www.brit-thoracic.org.uk/media/70094/appendix-1-patient-record.pdf](http://www.brit-thoracic.org.uk/media/70094/appendix-1-patient-record.pdf)  
[www.smokingpackyears.com](http://www.smokingpackyears.com)

#### Những vấn đề cần chú ý trong quá trình khai thác bệnh sử và khám lâm sàng, kiểm tra thêm và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân

Khó thở từng đợt không liên quan đến gắng sức	Lưu ý bệnh lý như rối loạn nhịp kịch phát bao gồm rung nhĩ (AF), và thuyên tắc phổi tái phát (PE)
Khó thở khi gắng sức/tức ngực và/hoặc đau ngực Hỏi về thời gian khởi phát (gắng sức / sau khi ăn), hướng lan, hoàn cảnh khởi phát, giảm đau bằng cách xịt glyceryl trinitrate (GTN), v.v	Lưu ý đau thắt ngực
Cảm giác đói không khí hoặc ngáp, khó thở khi nói chuyện. Hỏi về dị cảm chân tay hoặc miệng, và chuột rút	Thường liên quan đến rối loạn kiêu thở có kèm theo nhiều triệu chứng khác Sử dụng Bảng câu hỏi Nijmegen hoặc Bảng đánh giá kiêu thở (BPAT)
Mệt mỏi và ngủ li bì (làm rõ liệu mệt mỏi hay buồn ngủ ban ngày)	Kiểm tra Hb, xét nghiệm chức năng tuyến giáp và xét nghiệm ung thư theo khuyến cáo
Khó thở khi nằm và/hoặc khó thở kịch phát về đêm (PND)	Có thể suy tim / tâm phế mạn
Ngất kèm theo triệu chứng tim/tiếng thổi tim	<b>Siêu âm tim cấp cứu và xem xét nhập viện</b>
Sụt cân, biếng ăn, có yếu tố nguy cơ và tiền sử gia đình mắc bệnh ác tính	<b>Dấu hiệu báo động (cờ đỏ) và cần kiểm tra tìm bệnh lý ác tính</b>

## Phát hiện đặc trưng và xét nghiệm thêm cho các nguyên nhân phổ biến gây khó thở mạn tính

### Nghiện thuốc lá

- Bộ câu hỏi Fagerstrom về sự phụ thuộc nicotine (FTND)
- CO thở ra
- "Có thành viên nào trong gia đình hoặc ở nơi làm việc của bạn hút thuốc không?"

Ô nhiễm không khí cũng có thể liên quan:

- "Bạn thường nấu ăn bằng bếp gì?"
- Nghề nghiệp của bạn là gì?" [Lưu ý đến bụi, khói, nấm mốc]

### Bệnh phổi mạn tính

#### COPD

- Quan trọng: Hồ hấp ký FEV<sub>1</sub>/FVC < 70% hoặc giới hạn dưới của bình thường (LLN)
- Tuổi trên 35 tuổi
- Tiền sử hút thuốc/tiếp xúc với khói hoặc nhiên liệu sinh khối đáng kể
- Khó thở và ho diễn tiến tăng dần, không theo đợt
- Nhiễm trùng hô hấp dưới thường xuyên (kể cả giãn phế quản)

#### Bệnh phổi mô kẽ (ILD)

- Tiếng rale nhỏ thì hít vào (nghe qua ống nghe)
- XQ ngực thẳng thấy mờ vùng mô kẽ, CT-scan ngực phát hiện tổn thương nặng hơn.
- Hồ hấp ký có thể bình thường hoặc phổi hạn chế (FEV<sub>1</sub>/FVC > 70% với FEV<sub>1</sub>% tiên đoán giảm và giảm FVC% tiên đoán)

#### Hen

- Đo hồ hấp ký có thể thấy FEV<sub>1</sub>/FVC < 70% khi có triệu chứng
- FEV<sub>1</sub> phục hồi ít nhất 200ml và 12%
- Khò khè và/hoặc ho có thể nặng hơn vào ban đêm và khi tiếp xúc với các chất gây dị ứng hoặc tập thể dục.
- Các triệu chứng xảy ra theo đợt
- Thường có cơ địa nhạy cảm với dị nguyên: dị ứng phấn hoa, viêm mũi, viêm da cơ địa
- Thường có tiền sử gia đình mắc bệnh hen hoặc viêm da cơ địa
- Tăng bạch cầu ái toan trong máu so với khoảng tham chiếu có thể gợi ý chuyển chuyên khoa dị ứng đánh giá nhưng cần xem xét các nguyên nhân khác tùy bối cảnh lâm sàng, ví dụ như nhiễm ký sinh trùng mạn tính không được điều trị, sử dụng thuốc.
- Cải thiện các triệu chứng khi dùng corticosteroid (dạng hít hoặc toàn thân)
- PEF thay đổi

### Bệnh lý tim mạch

#### Suy tim giảm phân suất tống máu (HfrEF)

- Siêu âm tim nhằm xác định loại suy tim và hướng điều trị
- Các dấu hiệu và triệu chứng phù hợp suy tim về bệnh sử và khám lâm sàng (khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, phù)
- Gợi ý nhiều khi có tiền căn nhồi máu cơ tim trước đó và/hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch
- Tăng NT-proBNP

#### Suy tim với phân suất tống máu bảo tồn (HFpEF)

- Siêu âm tim nhằm xác định loại suy tim và hướng điều trị
- Các dấu hiệu và triệu chứng phù hợp suy tim khi hồi bệnh và khám lâm sàng.
- Tăng NT-proBNP

### Béo phì

- Theo phân loại quốc gia như BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> hoặc BMI  $\geq 27.5$  kg/m<sup>2</sup> đối với người châu Á
- Ít tập thể dục, lối sống tĩnh tại – tầm soát qua bảng câu hỏi (WHO GPAQ đã được dịch qua nhiều ngôn ngữ và GPPAQ thiết kế cho thực hành chung của Vương quốc Anh).

- Nếu có ngáy, BMI > 30 và ban ngày buồn ngủ nhiều, hãy sàng lọc ngưng thở khi ngủ bằng bảng câu hỏi STOP-BANG hoặc Epworth Thang đo buồn ngủ

### Rối loạn lo âu

- Có thể nghĩ đến qua bệnh sử bệnh nhân
- Nghĩ nhiều nếu PHQ4/GAD7 dương tính

- Có thể gây rối loạn kiểu thở (nghĩ nhiều nếu điểm Nijmegen dương tính > 23)<sup>20</sup>

### Thiếu máu - sử dụng khoảng giá trị tham chiếu quốc gia

- Công thức máu thấy Hb thấp (ví dụ: nam < 14g/dL, nữ < 12g/dL)
- Dấu hiệu thường gặp thiếu máu – kết mạc mắt nhợt, da nhợt nhạt

- Tiền căn xuất huyết, suy dinh dưỡng, mang thai, bệnh mạn tính như ung thư, nhiễm trùng lâu dài (lao hoặc sốt rét), suy thận

### Hội chứng COVID-19 kéo dài

- Vẫn tiếp diễn hoặc xuất hiện các triệu chứng mới 3 tháng sau khi nhiễm COVID-19
- Các triệu chứng đã kéo dài từ 2 tháng trở lên mà không có nguyên nhân lý giải nào khác

- Các triệu chứng rất đa dạng và thường bao gồm mệt mỏi, suy giảm nhận thức

## 6. QUẢN LÝ

Điều trị (các) nguyên nhân gây khó thở theo hướng dẫn từng quốc gia. Nên nhớ rằng có thể có nhiều hơn một căn nguyên. Ngoài ra, hãy cung cấp thêm các phương pháp tự quản lý hành vi dựa trên y học chứng cứ trong buổi tham vấn khi thích hợp (Hộp 3) do quá trình chẩn đoán xác định có thể rất tốn thời gian. Mong đợi của bệnh nhân khi chẩn đoán có thể khác nhau tùy thuộc vào quốc gia, tuy nhiên, việc truyền giảng triệu chứng có thể xem là ước muốn chung đối với tất cả bệnh nhân. Sau khi chẩn đoán xác định, cần tiếp tục giúp người bệnh kiểm soát khó thở bằng các can thiệp sau đây.

Mô hình Hơi thở, Tinh thức, Chức năng (BTF) là một phương án hữu ích có thể xem xét.<sup>21</sup> Mô hình tiếp cận BTF được áp dụng đồng thời các phương pháp điều trị tối ưu căn nguyên, tập trung vào kiểm soát triệu chứng. Ba yếu tố bao gồm:

- **Hơi thở** - giúp bệnh nhân vượt qua các rối loạn kiểu thở phổ biến và khuyến khích sử dụng các kỹ thuật thở hoặc dùng quạt cầm tay gần mặt hay đắp một miếng vải mát trên mắt

- **Tinh thức** – vượt qua nỗi sợ hãi, đau khổ và lo lắng thường xảy ra khi khó thở bằng cách thư giãn và thiền định
- **Chức năng** - tập trung vào giải quyết vấn đề liên quan suy nhược cơ thể. Ví dụ, chương trình phục hồi chức năng tim mạch và hô hấp là thành phần thiết yếu trong quản lý tình trạng tim mạch-hô hấp. Tăng cường hoạt động thể chất có lợi hơn cho những người bị suy nhược cơ thể, béo phì, lo âu, bệnh phổi và tim mạch và rối loạn khí sắc so với khi dùng SSRIs.<sup>22</sup>

Xem hộp 3 và bảng hướng dẫn để bàn số 3 nhằm tìm kiếm các nguồn lực tại chỗ.

Đối với những BN béo phì, các guidelines khuyến cáo can thiệp đa mô thức để thúc đẩy giảm cân thông qua nhóm liên ngành bao gồm cải thiện chế độ ăn uống (tránh thực phẩm giàu năng lượng và tăng lượng chất xơ, trái cây và rau quả), tăng hoạt động thể chất và trị liệu thay đổi hành vi trong 6-12 tháng. Việc tham vấn có thể được thực hiện trực tiếp hoặc gián tiếp qua ứng dụng, miễn là giải pháp thay thế có thể đề

xuất điều trị đa mô thức thay vì đơn trị liệu và bệnh nhân có thể dễ dàng sử dụng ứng dụng.<sup>23</sup>

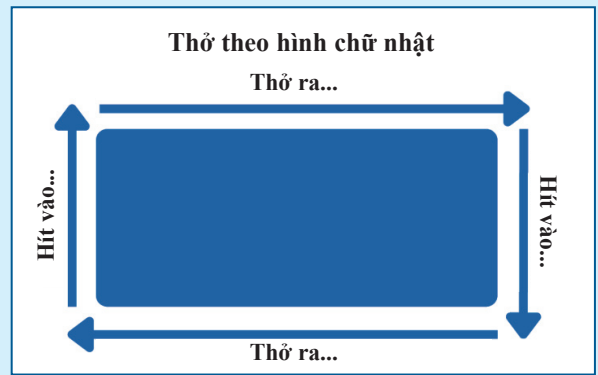
### Điều trị thuốc

Một khi các yếu tố gây khó thở có thể đảo ngược được giải quyết và căn nguyên gây khó thở đã được điều trị tối ưu, các thuốc như morphine liều thấp kéo dài có thể được xem xét để giảm triệu chứng khó thở trong giai đoạn chăm sóc giảm nhẹ. Tuy nhiên, chỉ định này vẫn còn hạn chế và cần thêm các nghiên cứu chứng minh.<sup>24</sup> Thuốc ức chế chọn lọc serotonin (SSRI), có thể được sử dụng để điều trị lo âu hoặc trầm cảm nhưng không có bất kỳ bằng chứng nào trong điều trị khó thở,<sup>25</sup> các thuốc benzodiazepin cũng vậy.<sup>26</sup> Cách hiệu quả nhất để cai thuốc là kết hợp hỗ trợ bên ngoài và dùng thuốc.<sup>27</sup>

Oxy liệu pháp KHÔNG được khuyến cáo để giảm triệu chứng khó thở nhưng lại có vai trò đối với BN có độ bão hòa oxy thấp được chẩn đoán xác định thông qua các xét nghiệm chuyên sâu như khí máu động mạch.<sup>28,29</sup>

### HỘP 3: Các chiến lược tự quản lý có thể giúp giảm cảm giác khó thở<sup>30,31</sup>

- **Quạt cầm tay** – Giữ quạt cách mặt của bạn khoảng 15 cm, ví dụ: <https://youtu.be/y51BCSR8DYs> Hoặc đặt một miếng vải mát lên mặt. Không khí mát mẽ xung quanh mặt của bạn có thể giúp giảm cảm giác khó thở.
- **Tư thế cơ thể** – Cúi người về phía trước trong khi đứng hoặc ngồi. Điều này cho phép bạn thư giãn các cơ hô hấp phụ để phục hồi nhịp thở. Nó cũng đẩy dạ dày của bạn về phía trước và ra xa cơ hoành. <https://indd.adobe.com/view/563254f0-0f56-47c2-94a9-c7f671c2cf92>
- **Dụng cụ hỗ trợ** – sử dụng xe đẩy khung tập đi hoặc gậy giúp bạn ngã người về trước khi đi. Một số khung tập đi có chỗ ngồi để nghỉ ngơi khi cần thiết.
- Bài tập thở:
  - Thở bằng mũi** – Điều này giúp giảm nhịp thở và cho phép không khí vào sâu hơn ở phổi. Nên luyện tập hít vào và thở ra bằng mũi khi bạn không di chuyển.
  - Thở chúm môi** – hãy thử hít vào hoặc 'thở ra' khi chúm môi hoặc hờ môi nhẹ sẽ giúp giữ cho đường thở của bạn mở ra. Không khí có thể ra khỏi phổi của bạn dễ dàng hơn, làm cho nhịp thở tiếp theo dễ dàng hơn. Kỹ thuật này thường hữu ích cho những người bị COPD. <https://youtu.be/Q8GH7iKB7N4>
  - Thở theo hình chữ nhật** – Quan sát một hình chữ nhật bằng mắt. Hãy hít vào khi mắt bạn đang nhìn cạnh ngắn hình chữ nhật và thở ra khi mắt bạn đang nhìn cạnh dài hình chữ nhật. Kỹ thuật này giúp giảm nhịp thở của bạn.



### Tài nguyên tham khảo thêm

[www.ipcr.org/copdmagazine](http://www.ipcr.org/copdmagazine) kèm theo các video đã được Đại học Teesside và IPCRG xem xét độ chính xác

Nhóm chỉ đạo

[www.supporting-breathlessness.org.uk/](http://www.supporting-breathlessness.org.uk/)

Bản hướng dẫn để bàn COPD và sức khỏe tâm thần

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Các tài nguyên và tài liệu tham khảo đầy đủ có thể được truy cập thông qua phiên bản trực tuyến của Bản hướng dẫn để bàn, xem tại [www.ipcr.org/dth17](http://www.ipcr.org/dth17)



# Khó thở ở người trưởng thành: Hướng dẫn lâm sàng dành cho bác sĩ chăm sóc ban đầu


## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Poulos LM, Ampon RD, Currow DC, Marks GB, Toelle BG, Reddel HK. Prevalence and burden of breathlessness in Australian adults: The National Breathlessness Survey-a cross-sectional web-based population survey. *Respirology*. 2021.
- Ekström M, Sundh J, Andersson A, Angeräs O, Blomberg A, Börjesson M, et al. Exertional breathlessness related to medical conditions in middle-aged people: the population-based SCAPIS study of more than 25,000 men and women. *Respiratory Research*. 2024;25(1):127.
- Sandberg J, Ekström M, Börjesson M, Bergström G, Rosengren A, Angeräs O, Toren K. Underlying contributing conditions to breathlessness among middle-aged individuals in the general population: a cross-sectional study. *BMJ Open Respir Res*. 2020;7(1).
- Santos M, Kitzman DW, Matsushita K, Loefer L, Sueta CA, Shah AM. Prognostic Importance of Dyspnea for Cardiovascular Outcomes and Mortality in Persons without Prevalent Cardiopulmonary Disease: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *PLoS one*. 2016;11(10):e0165111.
- Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, Oga T. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. *Chest*. 2002;121(5):1434-40.
- Sandberg J, Engström G, Ekström M. Breathlessness and incidence of COPD, cardiac events and all-cause mortality: A 44-year follow-up from middle age throughout life. *PLoS one*. 2019;14(3):e0214083.
- Sunjaya A, Martin A, Amott C, Jenkins C. Management of chronic breathlessness in primary care: what do GPs, non-GP specialists, and allied health professionals think? *Aust J Prim Health*. 2023;29(4):375-84.
- Doe G, Clanchy J, Wathall S, Chantrell S, Edwards S, Baxter N, et al. Feasibility study of a multicentre cluster randomised control trial to investigate the clinical and cost-effectiveness of a structured diagnostic pathway in primary care for chronic breathlessness: protocol paper. *BMJ Open*. 2021;11(11):e057362.
- Doe G, Clanchy J, Wathall S, Barber S, Edwards SA, Evans H, Jackson D, Armstrong N, Steiner MC, Evans RA. Investigating a structured diagnostic approach for chronic breathlessness in primary care: a mixed-methods feasibility cluster Randomised Controlled Trial *medRxiv* 2024.02.21.24303140
- Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(2):Cd005623.
- Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2012;185(4):435-52.
- Johnson MJ, Yorke J, Hansen-Flaschen J, Lansing R, Ekstrom M, Similowski T, Currow DC. Towards an expert consensus to delineate a clinical syndrome of chronic breathlessness. *The European respiratory journal*. 2017;49(5).
- Currow DC, Dal Grande E, Ferreira D, Johnson MJ, McCaffrey N, Ekstrom M. Chronic breathlessness associated with poorer physical and mental health-related quality of life (SF-12) across all adult age groups. *Thorax*. 2017;72(12):1151-3.
- Ramon MA, Ter Riet G, Carsin AE, Gimeno-Santos E, Agustí A, Antó JM, et al. The dyspnoea-inactivity vicious circle in COPD: development and external validation of a conceptual model. *The European respiratory journal*. 2018;52(3).
- Murtagh GM. A critical look at ideas, concerns and expectations in clinical communication. *Med Educ*. 2023;57(4):331-6.
- Lunn S, Dharmagunawardena R, Lander M, Sweeney J. It's hard to talk about breathlessness: a unique insight from respiratory trainees. *Clin Med (Lond)*. 2019 Jul;19(4):344-347. doi: 10.7861/clinmedicine.19-4-344
- NHS England. Adult breathlessness pathway (pre-diagnosis): diagnostic pathway support tool; <https://www.england.nhs.uk/long-read/adult-breathlessness-pathway-pre-diagnosis-diagnostic-pathway-support-tool/> 2024 Accessed: 2024-04-02.
- Baxter N. Breathlessness in the primary care setting. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*. 2017;11(3):152-8.
- Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest*. 1988;93(3):580-6.
- van Dixhoorn J, Folgering H. The Nijmegen Questionnaire and dysfunctional breathing. *ERJ Open Res*. 2015;1(1).
- Spathis A, Booth S, Moffat C, Hurst R, Ryan R, Chin C, Burkin J. The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017;27(1):27.
- Singh B, Olds T, Curtis R, Dumuid D, Virgara R, Watson A, Szeto K, O'Connor E, Ferguson T, Eglitis E, Miatke A, Simpson CE, Maher C. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med*. 2023 Sep;57(18):1203-1209. doi: 10.1136/bjsports-2022-106195
- Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, Horvath K, Siebenhofer A. Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obes Rev*. 2019;20(9):1218-30.
- Ekström M, Ferreira D, Chang S, Louw S, Johnson MJ, Eckert DJ, et al. Effect of Regular, Low-Dose, Extended-release Morphine on Chronic Breathlessness in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The BEAMS Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2022;328(20):2022-32.
- Currow DC, Ekström M, Louw S, Hill J, Fazekas B, Clark K, et al. Sertraline in symptomatic chronic breathlessness: a double blind, randomised trial. *The European respiratory journal*. 2019;53(1).
- Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Weingartner V, Bausewein C. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10(10):Cd007354.
- Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, Baxter N, Jawad M, Katsaounou PA, Kirenga BJ, Panaitescu C, Tsiligianni IG, Zwar N, Ostrem A. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017 Jun 9;27(1):38. doi: 10.1038/s41533-017-0039-5. Erratum in: *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017 Sep 5;27(1):52.
- Hardinge M, Annandale J, Bourne S, Cooper B, Evans A, Freeman D, et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. *Thorax*. 2015;70 Suppl 1:i1-43.
- Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE, 2nd, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. 2010;376(9743):784-93.
- Holland AE, Hill CJ, Jones AY, McDonald CF. Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:Cd008250.
- Luckett T, Phillips J, Johnson MJ, Farquhar M, Swan F, Assen T, et al. Contributions of a hand-held fan to self-management of chronic breathlessness. *Eur Respir J*. 2017;50(2).

Tác giả: Gillian Doe, Ann Hutchinson, Jacob Sandberg, Anthony Sunjaya, Siân Williams  
Phản biện: Antonio G Caviglia, Anders Östrem, Cláudia Vicente  
Biên tập: Amanda Barnard, Steve Holmes, Ee Ming Khoo

Bộ hướng dẫn để bàn này được tài trợ bởi IPCRG

Hướng dẫn để bàn này có vai trò tham khảo; có mục đích sử dụng tổng quát và không nên áp dụng cho một trường hợp cụ thể.  
Thông tin thêm có tại: <https://www.ipcr.org/dth17>

 Creative Commons Licence Attribution-NonCommercial-ShareAlike

IPCRG đăng ký hoạt động từ thiện [SC No 035056] và là công ty trách nhiệm hữu hạn (Company No 256268).  
Địa chỉ liên hệ: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scotland, United Kingdom