SỬ DỤNG CORTICOID AN TOÀN, HỢP LÝ TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

DS.Đoàn Thị Khánh Linh

Bắc Kạn, ngày 21 tháng 11 năm 2017

NỘI DUNG

1. Dược lý lâm sàng của corticoid.

2. Nguyên tắc chung khi sử dụng corticoid.

3. Sử dụng corticoid trong lâm sàng

4. Giám sát điều trị: tác dụng không mong muốn, tương tác thuốc và cách sử dụng.

NỘI DUNG

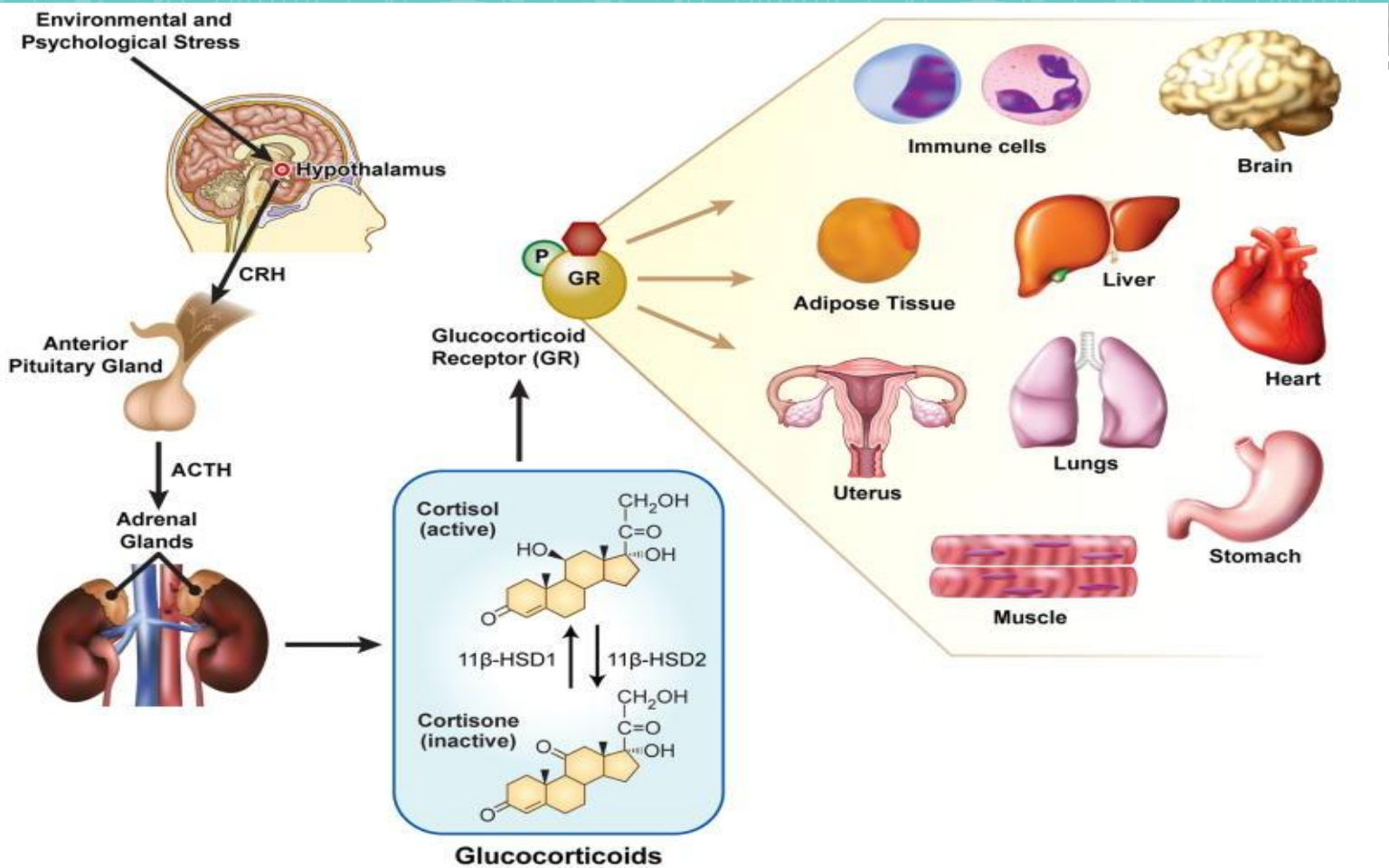
1. Dược lý lâm sàng của corticoid.

2. Nguyên tắc chung khi sử dụng corticoid.

3. Sử dụng corticoid trong lâm sàng

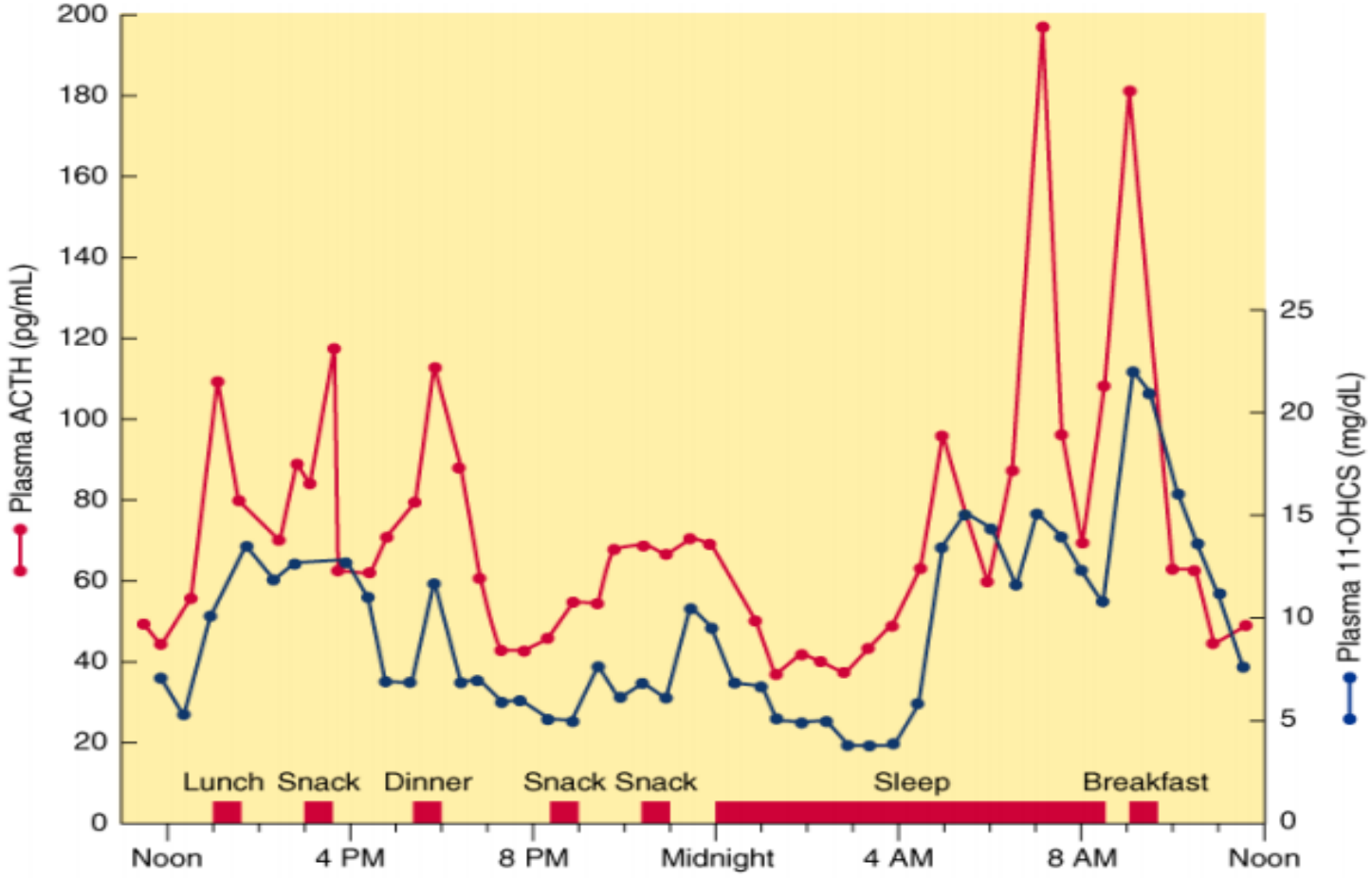
4. Giám sát điều trị: tác dụng không mong muốn, tương tác thuốc và cách sử dụng.

Vai trò của của corticosteroid trong cơ thể



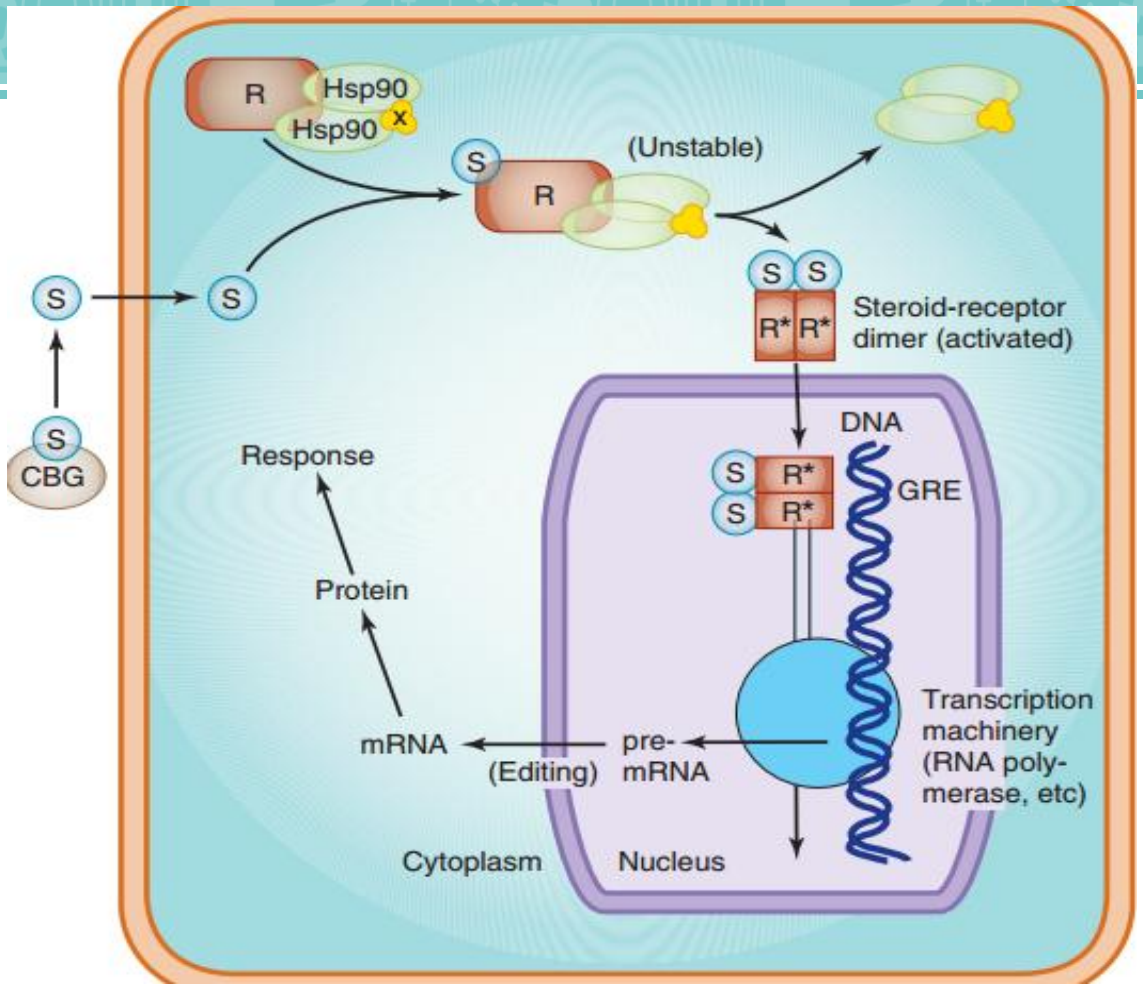
Cruz-Topete, Cidlowski JA. Neuroimmunomodulation 2015; 22: 20-32

Nhịp bài tiết ACTH và cortisol dao động trong ngày



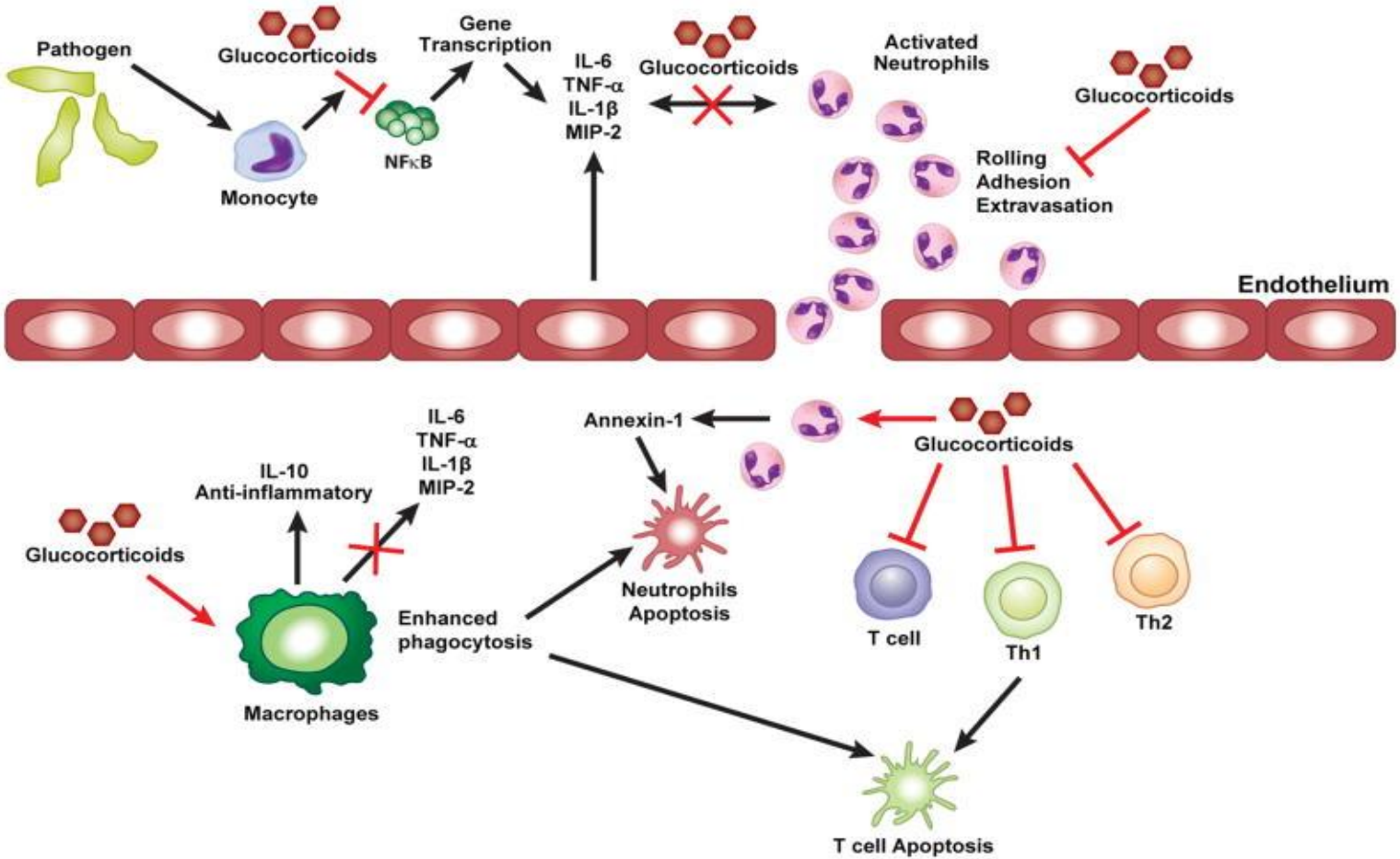
Basic and Clinical Pharmacology 13th edition

Cơ chế hoạt động glucocorticoid



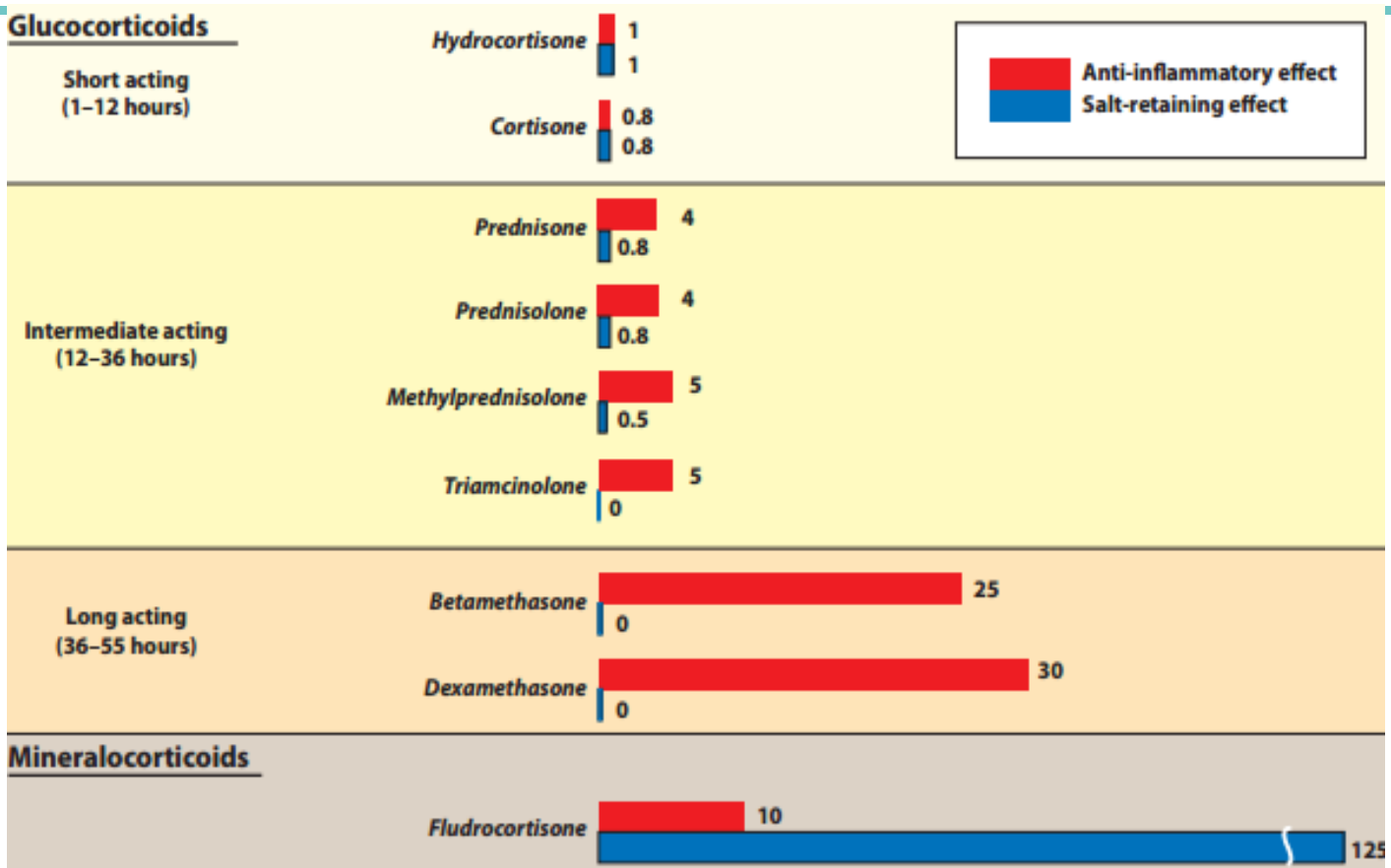
Basic and Clinical Pharmacology 13th edition

Vai trò trung tâm của corticoid trong điều hòa đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào



Cruz-Topete, Cidlowski JA. Neuroimmunomodulation 2015; 22: 20-32

Dược động học/dược lực học 1 số corticoid



Lippincotts Pharmacology 5th ed. (2012)

Dược động học/dược lực học 1 số corticoid

Corticosteroids		Kháng viêm	Giữ muối	Thời gian tác dụng (h)	Chỉ định
Tác dụng ngắn	Hydrocortisone	1	1	8 - 12	Suy thượng thận
	Cortisone	0.8	0.8		
Tác dụng trung bình	Prednisone	4	0.8	12 – 36	Chống viêm
	Prednisolone				
	Methylprednisolone	5	Rất ít		Ức chế miễn dịch
	Triamcinolone		Gần 0		
Tác dụng kéo dài	Dexamethasone	30	Rất ít	36 - 72	Chống viêm/ức chế miễn dịch
	Betamethasone		Gần 0		
Tác dụng giữ muối nước	Fludrocortisone	10 -15	125 – 150	12 – 36	Điều trị thay thế aldosterone

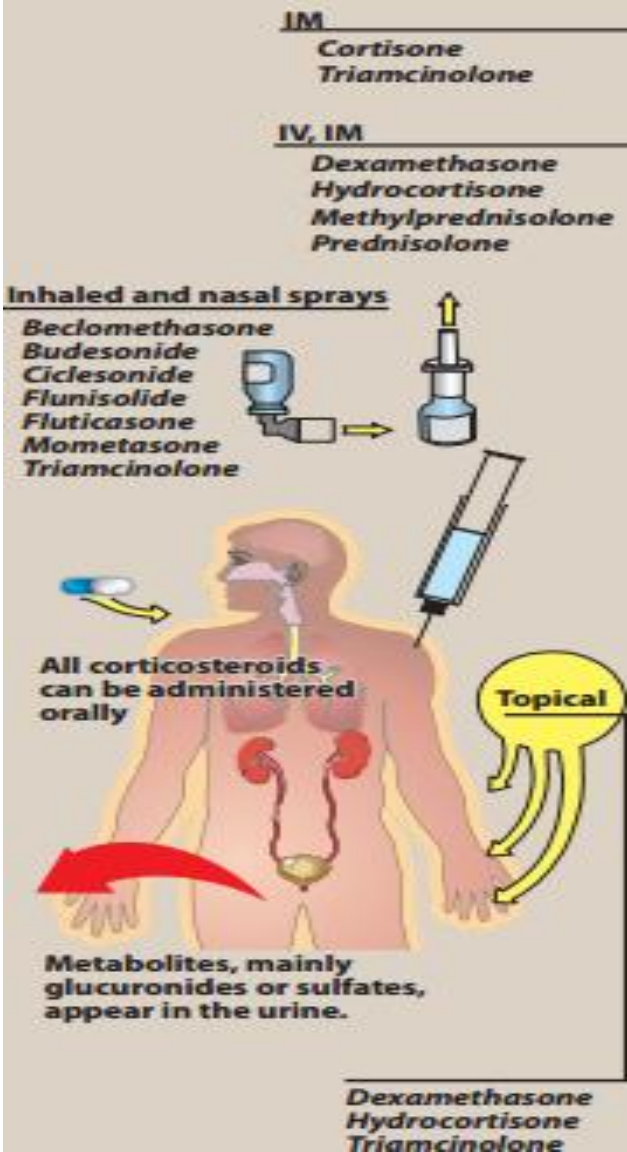
LIỀU KHÁNG VIÊM TƯƠNG ĐƯƠNG CỦA CÁC CORTICOSTEROID

Equivalent anti-inflammatory doses of corticosteroids
This table takes no account of mineralocorticoid effects, nor does it take account of variations in duration of action
Prednisolone 5 mg
≡ Betamethasone 750 micrograms
≡ Deflazacort 6 mg
≡ Dexamethasone 750 micrograms
≡ Hydrocortisone 20 mg
≡ Methylprednisolone 4 mg
≡ Prednisone 5 mg
≡ Triamcinolone 4 mg

Methylprednisolone 40mg = ? Prednisolone = ? Viên

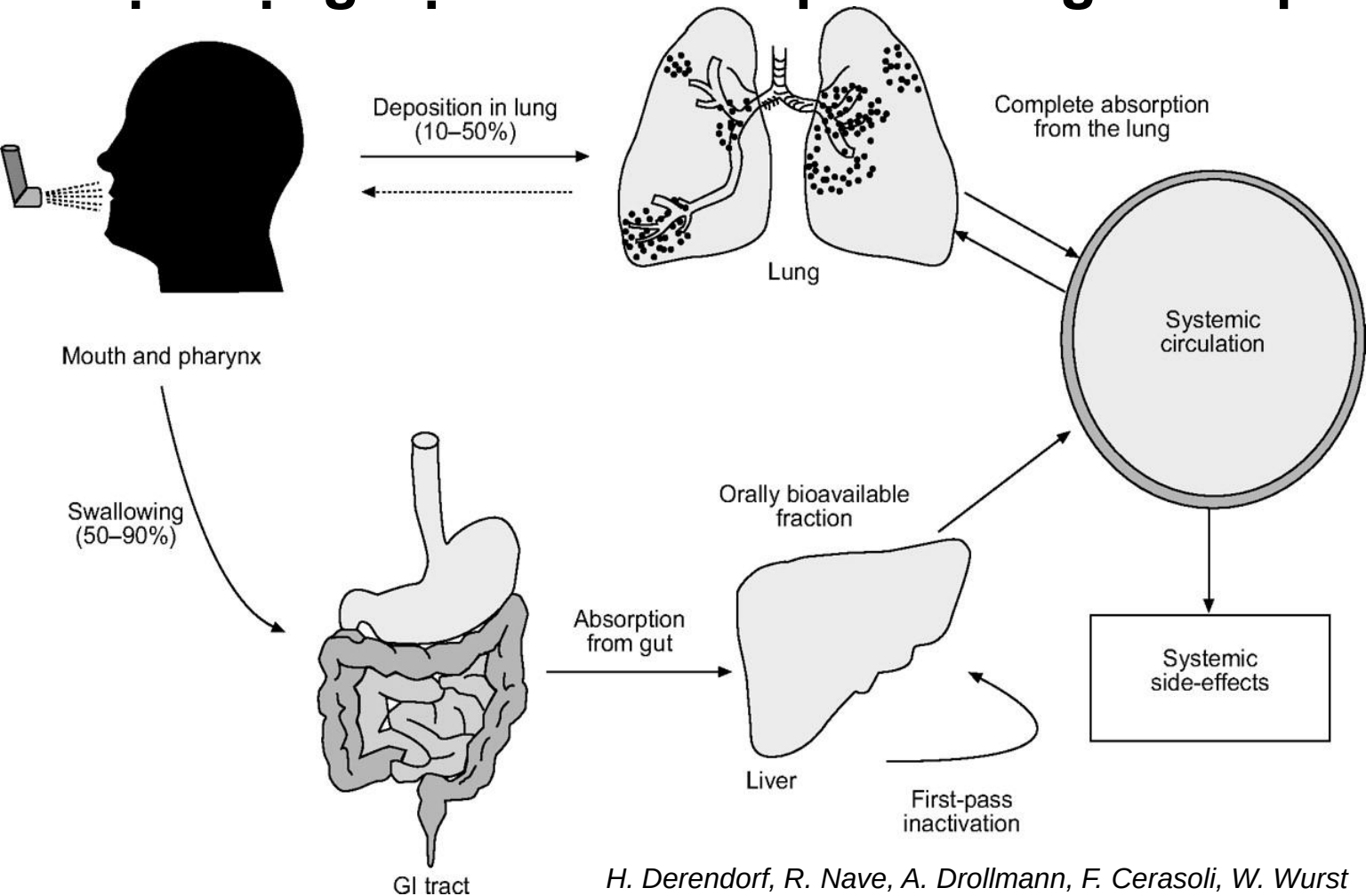
British National Formulary (2017)

Đường dùng của một số corticosteroid



Lippincotts Pharmacology 5th ed. (2012)

Dược động học corticoid qua đường hô hấp



H. Derendorf, R. Nave, A. Drollmann, F. Cerasoli, W. Wurst
European Respiratory Journal 2006 28: 1042-1050

NỘI DUNG

1. Dược lý lâm sàng của corticoid.
2. **Nguyên tắc chung khi sử dụng corticoid**
3. Sử dụng corticoid trong lâm sàng
4. Giám sát điều trị: tác dụng không mong muốn, tương tác thuốc và cách sử dụng.

NGUYÊN TẮC CHUNG KHI SỬ DỤNG CORTICOSTEROID

1. Dùng liều thấp nhất có hiệu quả, tránh dùng kéo dài

2. Chọn GC có $t_{1/2}$ ngắn hoặc vừa (như prednisolone)

3. Để tránh nguy cơ suy thượng thận cấp, tuyệt đối không ngưng thuốc đột ngột sau 1 đợt điều trị dài ngày **(> 2 tuần),** kể cả khi dùng ở liều rất thấp.

4. Chế độ ăn: nhiều protein, calci và kali; hạn chế muối, đường và lipid. Bổ sung thêm vitamin D

5. Tuyệt đối vô khuẩn khi tiêm GC vào ổ khớp.

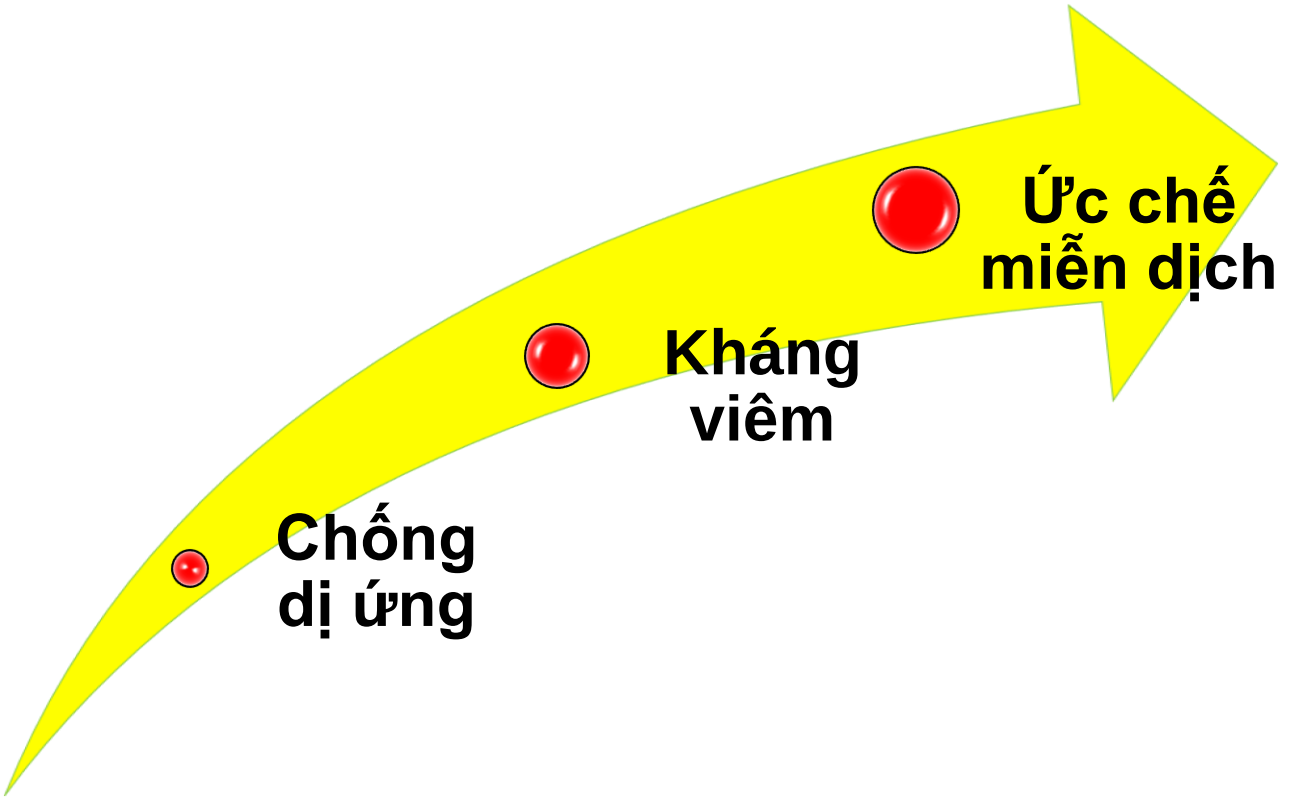
Chú ý: Dùng thuốc kéo dài > 1 tuần gây tăng độc tính và tác dụng không mong muốn. Liều cao (liều trên sinh lý) < 1 tuần thường vô hại và ít độc tính hơn so với dùng liều thấp nhưng điều trị dài ngày.

Khuyến cáo: ***liều duy nhất vào 8h sáng****, nếu dùng liều cao thì có thể dùng 2/3 liều buổi sáng và 1/3 liều vào buổi chiều.*

NỘI DUNG

1. Dược lý lâm sàng của corticoid.
2. Nguyên tắc chung khi sử dụng corticoid.
3. **Sử dụng corticoid trong lâm sàng**
4. Giám sát điều trị: tác dụng không mong muốn, tương tác thuốc và cách sử dụng.

TÁC DỤNG TRÊN LÂM SÀNG



CHỈ ĐỊNH

Thay thế hormon

Suy vỏ thượng thận cấp và mạn tính
Tăng sản vỏ thượng thận bẩm sinh

Khác

Bệnh về da và mắt
Tổn thương cột sống
Chống thải ghép cơ quan

Nhiễm trùng

Viêm phổi do P.carinii trong bệnh AIDS, viêm màng não do H.influenza, viêm gan virus, shock nhiễm trùng, tăng BC đơn nhân do nhiễm khuẩn

Dị ứng

Sốc phản vệ, mày đay

Ác tính

Bệnh Hodgkin, BC cấp dòng lympho, giảm TC
Đa u tủy, u não nguyên phát
Phù não do di căn

Viêm, Miễn dịch

Viêm khớp dạng thấp
Hội chứng thận hư
Lupus ban đỏ
Hen phế quản, COPD

Goodman And Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics 11th edition

1. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG BỆNH LÝ DỊ ỨNG

1.1. CORTICOID TRONG SỐC PHẢN VỆ

Cochrane Library

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Search title, abstract, keyword

Browse

Cochrane Database of Systematic Reviews

Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis

Review | Intervention

Karen Jui Lin Choo, F Estelle R Simons, Aziz Sheikh

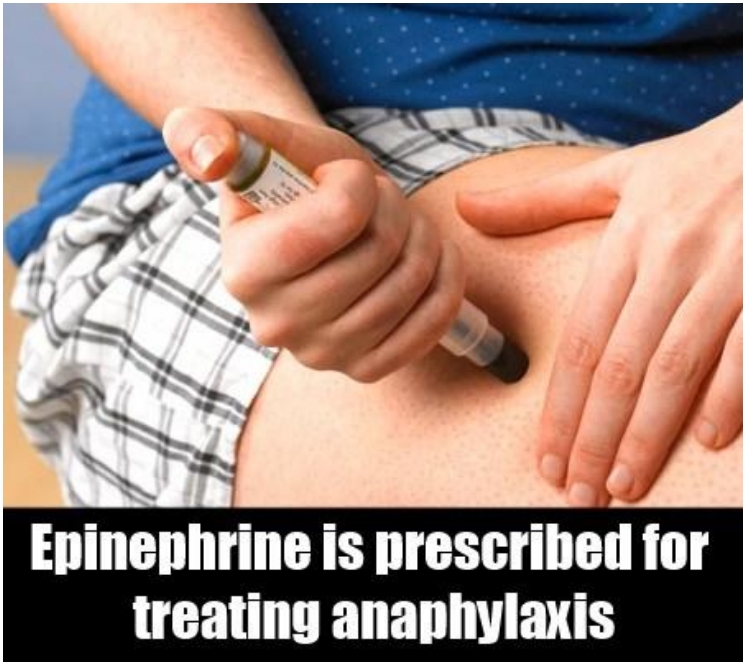
Anaphylaxis is a serious allergic reaction that is rapid in onset and may result in death. It is commonly triggered by a food, insect sting, medication, or natural rubber latex. The reaction typically occurs without warning and can be a frightening experience both for those at risk and their families and friends. Steroids (glucocorticoids) are often recommended for use in the management of people experiencing anaphylaxis. However, the evidence base in support of the use of steroids is unclear. We therefore conducted a systematic review of the literature, searching key databases for high quality published and unpublished material on the use of steroids for the emergency treatment of anaphylaxis. In addition, we contacted experts in this health area and the relevant pharmaceutical companies. We were unable to find any randomized controlled trials on this subject through our searches. **We conclude that there is no evidence from high quality studies for the use of steroids in the emergency management of anaphylaxis. Therefore, we can neither support nor refute the use of these drugs for this purpose.**

Kết luận: không có bằng chứng khoa học chứng minh được lợi ích của việc sử dụng Glucocorticoid trong điều trị cấp cứu sốc phản vệ

KHUYẾN CÁO

GLUCOCORTICOID
KHÔNG PHẢI LÀ LỰA CHỌN ƯU TIÊN
TRONG CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ



KHUYẾN CÁO ƯU TIÊN

ADRENALIN

Không có chống chỉ định tuyệt đối nào của adrenalin trong chống sốc phản vệ.

ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ

• **Giãn phế quản:** Salbutamol: 2,5 – 5 mg khí dung với 3 ml nước muối sinh lý, có thể nhắc lại (nếu co thắt kháng với adrenalin)

• **Corticosteroid: không giải quyết cấp cứu giai đoạn đầu nhưng có tác dụng**

- Phòng tránh sốc 2 pha, sốc kéo dài

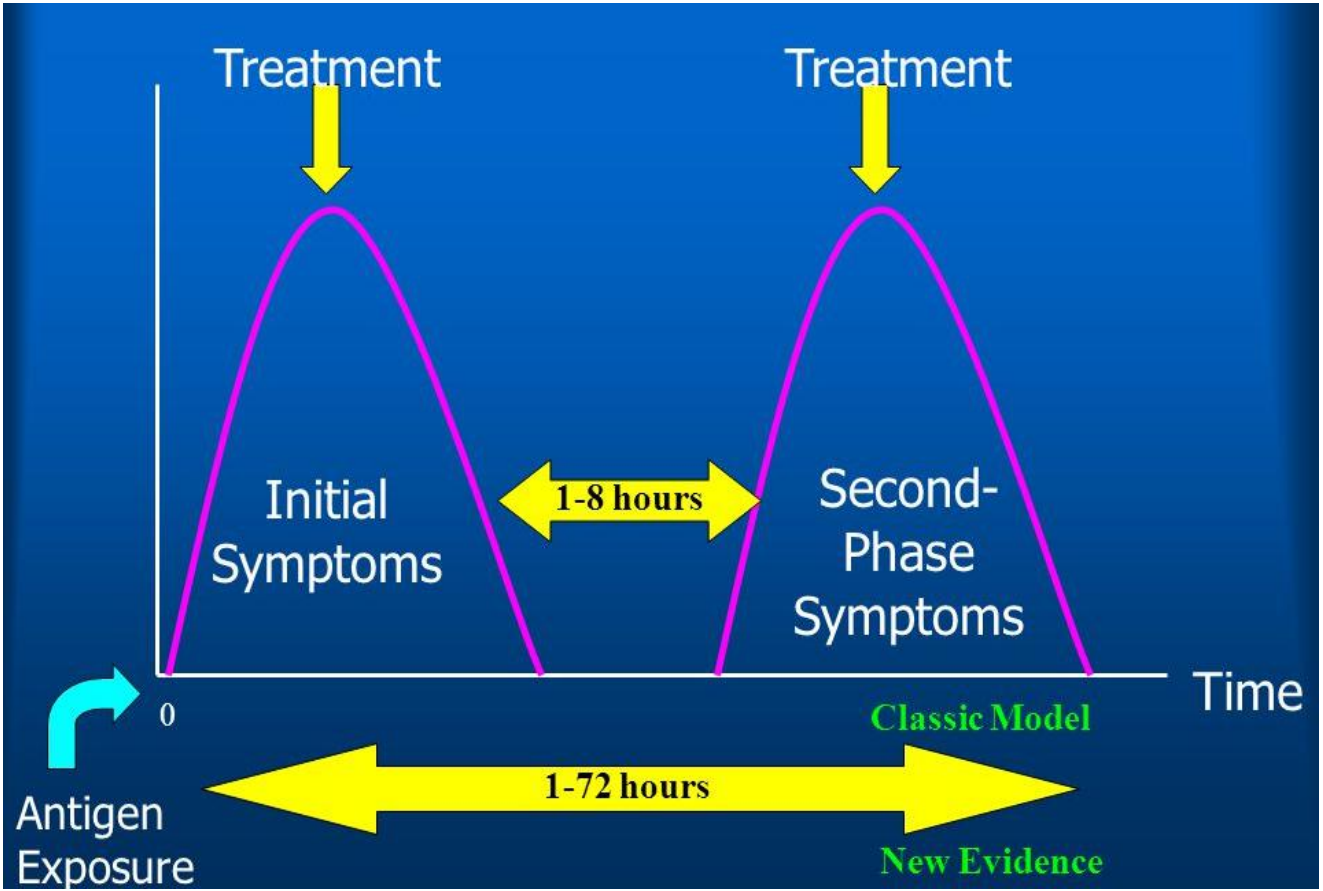
- Methylprednisolon (1-2mg/kg/ngày x 3 ngày, tiêm, truyền TM.

• **Thuốc kháng H1:**

VD: diphenhydramine (Dimedrol) người lớn tiêm bắp 10-20mg, trẻ em 1,25mg/kg cân nặng (chỉ giúp giải quyết ngứa và mày đay)

• **Thuốc kháng H2:** tiêm TM

SỐC PHẢN VỆ HAI PHA



Ellis AK, Day JH, Can Med Ass,2003

Sốc phản vệ hai pha

➢ ***Định nghĩa***: tái phát sau khi hết triệu chứng ban đầu, mà không tiếp xúc lại với chất gây dị ứng

➢ ***Đặc điểm:***

- Tỉ lệ sốc 2 pha phối hợp 1 - 20% (thường < 8h)
- Triệu chứng sốc pha hai có thể sau 1h-8h không có triệu chứng và có thể kéo dài > 24h
- Không có yếu tố tiên lượng cho sốc hai pha
- Những bệnh nhân này cần điều trị thêm bằng adrenalin

Ellis AK, Day JH. Ann Allergy Asthma Immunol 2007;98:64-9.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ CẤP CỨU BAN ĐẦU SỐC PHẢN VỆ

(Dùng trong Bệnh viện Bạch Mai)

Phát hiện nhanh sốc phản vệ. Các dấu hiệu **đột ngột** xuất hiện sau tiếp xúc dị nguyên:

- Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, rối loạn ý thức.
- Mạch nhanh,nhỏ, huyết áp tụt; nghẹt thở, thở rít; đau quặn bụng, nôn mửa, đại tiểu tiện không tự chủ.
- Mày đay, ban đỏ toàn thân, sưng phù môi mắt.

Xử trí sốc phản vệ. Nguyên tắc: Khẩn cấp, tại chỗ, dùng ngay adrenalin

⇩ (1)

Ngừng tiếp xúc dị nguyên ngay

⇩ (2)

- **Adrenalin ống 1mg/ml tiêm bắp ngay**, người lớn ½ -1 ống /lần, trẻ em ≤ 1/3 ống /lần. Tiêm nhắc lại sau mỗi 5-15 phút, có thể <5 phút tới khi huyết áp tâm thu > 90 mmHg ở người lớn, >70 mmHg ở trẻ em.
- **Adrenalin truyền TM** nếu huyết động không cải thiện sau 2-3 lần tiêm bắp. Liều 0,1µg/kg/phút, tăng tốc độ truyền 5 phút /lần, mỗi lần 0,1- 0,15 µg/kg/phút (theo đáp ứng)..

⇩ (3)

- **Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu thấp, chân cao**
- **Thở oxy:** 6-8 lít/phút cho người lớn, 1-5 lit/phút cho trẻ em
- **Thiết lập ngay đường truyền tĩnh mạch riêng**: dung dịch NaCl 0,9% tốc độ nhanh 1-2 lít cho người lớn, 500 ml cho trẻ em trong 1 giờ đầu.
- **Mở khí quản ngay nếu phù nề thanh môn** (da xanh tim, thở rít)
- **Gọi hỗ trợ,** (hội chẩn Khoa Cấp cứu hoặc Hồi sức tích cực nếu cần)

⇩ (4)

- **Dimedrol** ống 10mg tiêm bắp hoặc TM. Người lớn: 2 ống, trẻ em: 1 ống, có thể nhắc lại mỗi 4-6 giờ.
- **Methylprednisolon** lọ 40 mg, tiêm bắp hoặc TM. Người lớn: 2 lọ, trẻ em: 1lọ, có thể nhắc lại mỗi 4-6 giờ.

Chú ý: *- Điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên có thể tiêm bắp adrenalin theo phác đồ khi bác sỹ không có mặt.*
- Tùy theo điều kiện và chuyên khoa mà sử dụng các thuốc và phương tiện cấp cứu hỗ trợ khác

Biên soạn: Trung tâm Dị ứng-MDLS

BỘ Y TẾ	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập- Tự do- Hạnh phúc**
Số: /2016/TT-BYT	*Hà Nội, ngày tháng năm 2016*

Dự thảo

THÔNG TƯ

Hướng dẫn phòng và xử trí phản vệ

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,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư Hướng dẫn phòng và xử trí phản vệ.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

CHẨN ĐOÁN

Sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:
- Mày đay, phù mạch nhanh
- Khó thở, tức ngực, thở rít
- Đau bụng hoặc nôn
- Tụt huyết áp hoặc ngất

↓

NGỪNG NGAY TIẾP XÚC DỊ NGUYÊN + GỌI HỖ TRỢ

↓

ĐÁNH GIÁ: ĐƯỜNG THỞ - HÔ HẤP - TUẦN HOÀN – Ý THỨC
(Có thể diễn biến nặng lên rất nhanh)

PHÂN LOẠI

ĐỘ I
- Triệu chứng da nổi bật: mày đay, ngứa

ĐỘ II
- Mày đay, ngứa, phù mạch xuất hiện nhanh
- Khó thở, tức ngực, thở rít
- Đau bụng quặn, nôn
- HA chưa tụt hoặc tăng

ĐỘ III
- Đường thở: khàn tiếng, tiếng rít thanh quản
- Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở
- Rối loạn ý thức, hôn mê, rối loạn cơ tròn
- Tuần hoàn: da nhợt, lạnh ẩm, tụt HA,.

ĐỘ IV
Ngừng tuần hoàn

↓

Xử trí như cấp cứu ngừng tuần hoàn

XỬ TRÍ CẤP CỨU

ADRENALIN (ống 1mg)
Duy nhất cứu sống BN – Ngay lập tức

Tư thế BN
(đầu thấp, chân cao)

- Diphenynhydramine: tiêm bắp 10 – 20 mg
  + <6 tuổi: 10mg
  + > 6 tuổi: 20mg
- Methylprednisolon: tiêm TM 20 – 80mg
  + < 6 tuổi: 20mg
  + > 6 tuổi: 80mg

TIÊM BẮP
- Liều: 0.01mg/kg
- Người lớn: 1/2 ống
- Trẻ em: 1/3 ống
- Nhắc lại sau 3 – 5 phút cho đến khi ổn định huyết động

ĐƯỜNG TĨNH MẠCH (khi có đường truyền)
- Sau khi tiêm bắp ≥ 2 lần huyết động không ổn định
- Liều TM chậm: pha loãng 1/10 (0.1mg = 1ml), tiêm nhắc lại khi cần.
  - Người lớn: 1mg
  - Trẻ em: 0.01mg/kg
- Liều duy trì: 0.1µg/kg/phút, chỉnh liều theo HA

Duy trì HA tâm thu:
- Người lớn: ≥ 90mmHg
- Trẻ em: ≥ 70mmHg

XỬ TRÍ TIẾP THEO

Tiếp tục theo dõi diễn biến (Mạch, HA, nhịp thở…)

Các biện pháp khác tùy điều kiện *(không thể thay thế được ADRENALIN)*

1. Khai thông đường thở, đảm bảo hô hấp: thở oxy, thông khí
2. Truyền dịch:
   - Bù nhanh 1 – 2l dung dịch natri clorid 0.9%
   - Trẻ em: 10ml/kg trong 5 – 10 phút đầu
3. Diphenynhydramine (tiêm bắp)
   - < 6 tuổi: 10mg
   - > 6 tuổi: 20mg
4. Methylprednisolon (tiêm TM)
   - < 6 tuổi: 20mg
   - > 6 tuổi: 80mg
5. Một số biện pháp điều trị bổ sung
   - Phối hợp salbutamol, terbutalin
   - Chuyển đơn vị cấp cứu hồi sức nếu huyết động và hô hấp không ổn định .

THEO DÕI

THEO DÕI: Mạch, huyết áp 5 – 10 phút/lần – độ bão hòa oxy (nếu có)
Thời gian: 24 – 72 giờ tại cơ sở y tế

KHUYẾN CÁO

1. **Nhân viên y tế được phép tiêm bắp adrenalin theo phác đồ khi xảy ra phản vệ .**
2. **Phải có phác đồ cấp cứu và hộp thuốc cấp cứu phản vệ .**
3. **Phát thẻ theo dõi dị ứng thuốc – Khám lại chuyên khoa dị ứng sau 4 – 6 tuần. .**

** HA tâm thu < 90mmHg hoặc HA tụt > 30mmHg so với HA nền của bệnh nhân*

1.2. CORTICOID TRONG DỰ PHÒNG PHẢN ỨNG QUÁ MẪN

Ví dụ: thuốc cản quang

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

CÁC BỆNH VỀ DỊ ỨNG – MIỄN DỊCH LÂM SÀNG

(ban hành kèm theo Quyết định số 3942/QĐ-BYT ngày 02/10/2014)

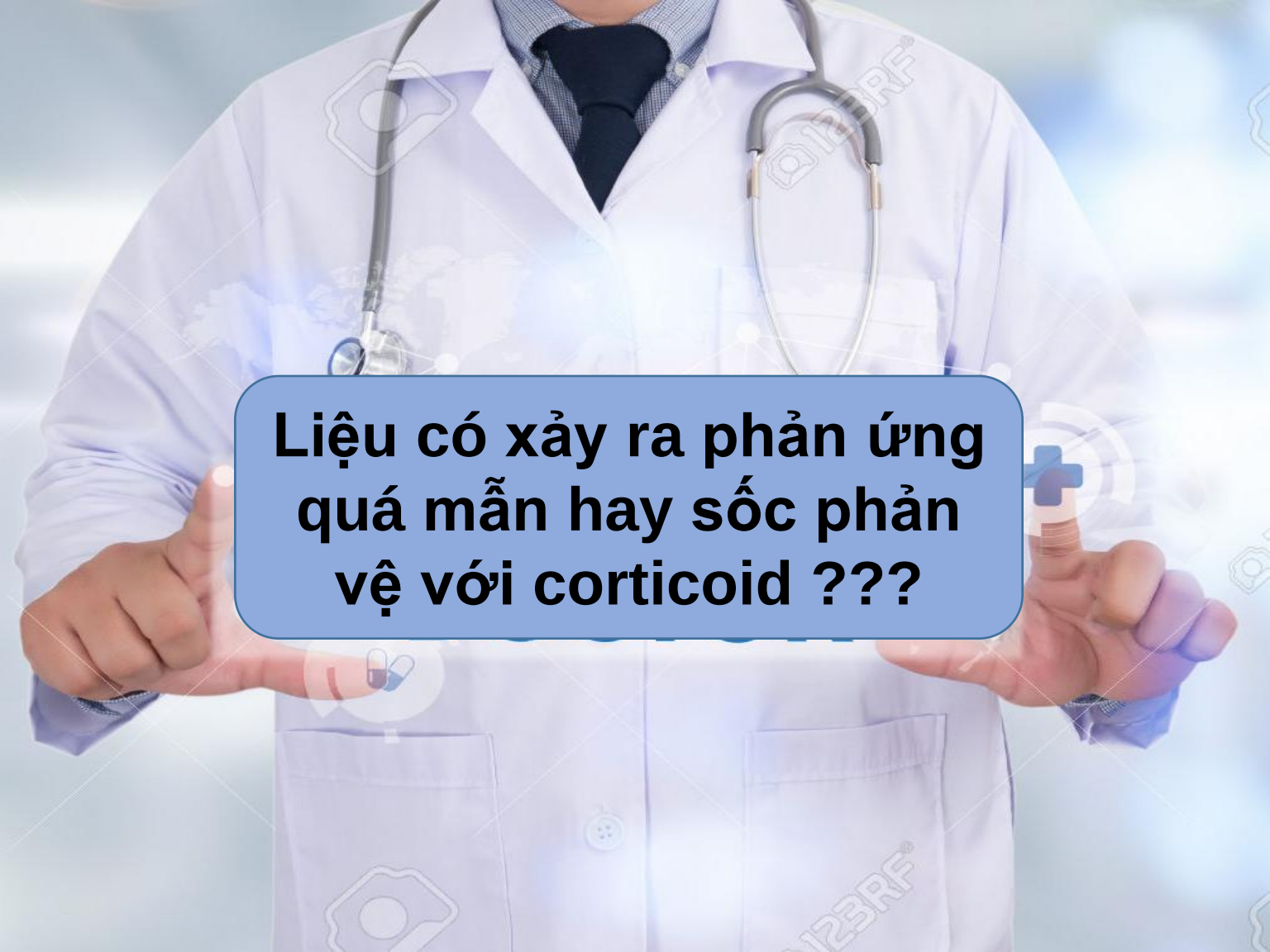
DỰ PHÒNG PHẢN ỨNG QUÁ MẪN THUỐC CẢN QUANG BẰNG GLUCOCORTICOID VÀ KHÁNG HISTAMIN

Cách dùng:

Methylprednisolone 32mg hoặc Prednisolon 30mg uống trước khi tiêm thuốc cản quang 12h và 2h.

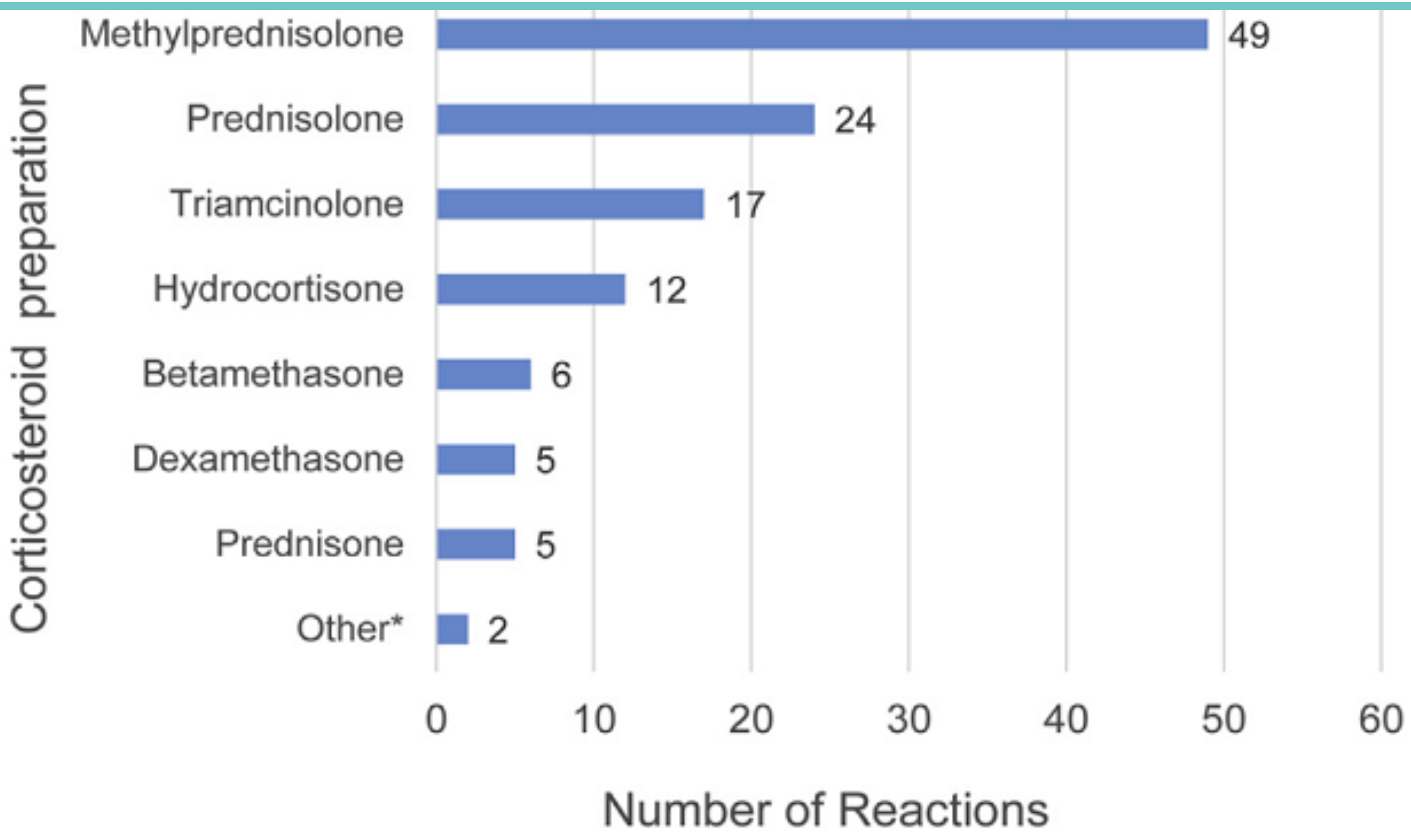
Trường hợp không uống được, dùng hydrocortisone 200 mg tiêm TM 4-6h trước khi tiêm thuốc cản quang

Contrast Media Pre-Medication Guidelines (2014)



Liệu có xảy ra phản ứng quá mẫn hay sốc phản vệ với corticoid ???

SỐ CA QUÁ MẪN LIÊN QUAN ĐẾN CÁC THUỐC NHÓM CORTICOD



Giai đoạn từ 2004 – 2014)

Patel A et al. Ann. Allergy asthma immunol 2015

QUÁ MẪN VỚI TÁ DƯỢC TRONG THÀNH PHẦN CORTICOID

DI ADR TRUNG TÂM DI & ADR QUỐC GIA

EMA: Thông báo về việc rà soát độ an toàn của các thuốc chứa methylprednisolon dùng đường tiêm để điều trị phản ứng dị ứng

15/12/2016 12:00:00 SA

Ngày 2/12/2016, Ủy ban đánh giá nguy cơ cảnh giác dược (PRAC) của Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu (EMA) thông báo bắt đầu rà soát các thuốc chứa methylprednisolon dùng đường tiêm để điều trị phản ứng dị ứng, đặc biệt là các phản ứng dị ứng nhanh.

Các thuốc này có chứa lactose, có khả năng chứa vết protein sữa bò, có khả năng gây ra các phản ứng dị ứng cấp tính ở một số đối tượng có khả năng nhạy cảm hơn với các protein này. Cuộc rà soát này khởi phát sau các báo cáo về thuốc này ở bệnh nhân dị ứng với protein sữa bò có dùng các thuốc tiêm methylprednisolon để điều trị dị ứng.

Trong các trường hợp này, phản ứng với methylprednison có thể bị hiểu nhầm là do diễn biến xấu đi của tình trạng dị ứng đang được điều trị. EMA sẽ tiến hành đánh giá các dữ liệu hiện có về nguy cơ xuất hiện phản ứng dị ứng với chính các thuốc này và cân nhắc tiến hành các biện pháp nhằm giảm thiểu nguy cơ. Mục tiêu của cuộc rà soát này được giới hạn với các thuốc điều trị dị ứng này khi bệnh nhân nhạy cảm hơn và lẫn lộn giữa tình trạng bệnh và phản ứng với thuốc dẫn đến điều trị không phù hợp. Tuy nhiên, kết quả của cuộc rà soát cũng đóng góp thêm thông tin về độ an toàn của các thuốc có chứa lactose cho cán bộ y tế và bệnh nhân. Dị ứng với protein sữa bò ảnh hưởng đến một tỷ lệ nhỏ dân số (khoảng 2 - 50/1000 người) và không nên lẫn lộn với tình trạng không dung nạp lactose ở một số người.

QUÁ MẪN CHÉO TRONG NHÓM CORTICOID LỰA CHỌN THUỐC THAY THẾ

TABLE 7: Corticosteroid classes

Group A	Group B	Group C	Group D1	Group D2
Hydrocortisone type	Triamcinolone Acetonide type	Betamethasone type	Betamethasone dipropionate type	Methylprednisolone aceponate type
Hydrocortisone	Budesonide	Betamethasone	Beclomethasone dipropionate	Methylprednisolone aceponate
Hydrocortisone acetate	Triamcinolone	Desoxymethasone	Betamethasone dipropionate	Hydrocortisone valerate
Methylprednisolone	Triamcinolone acetonide	Dexamethasone	Betamethasone-17-valerate	Hydrocortisone-17-butyrate
Prednisone	Triamcinolone acetonide	Desoximetasone	Clobetasol propionate	Hydrocortisone-17-buteprate
Prednisolone	Triamcinolone diacetate	Fluocortolone	Clobetasone butyrate	Hydrocortisone-17-aceponate
Prednisolone caproate	Desonide	Halomethasone	Clobetasone propionate	Prednicarbate
Prednisolone acetate	Fluocinonide	Fluprednidene acetate	Diflorasone diacetate	
Fludrocortisone acetate	Fluocinolone acetonide	Clocortolone	Mometasone furoate	
Tixocortol pivalate	Amcinonide		Fluticasone Propionate	
	Flunisolide		Diflucortolone valerate	
	Halcinonide		Alclometasone-17,21-dipropionate	

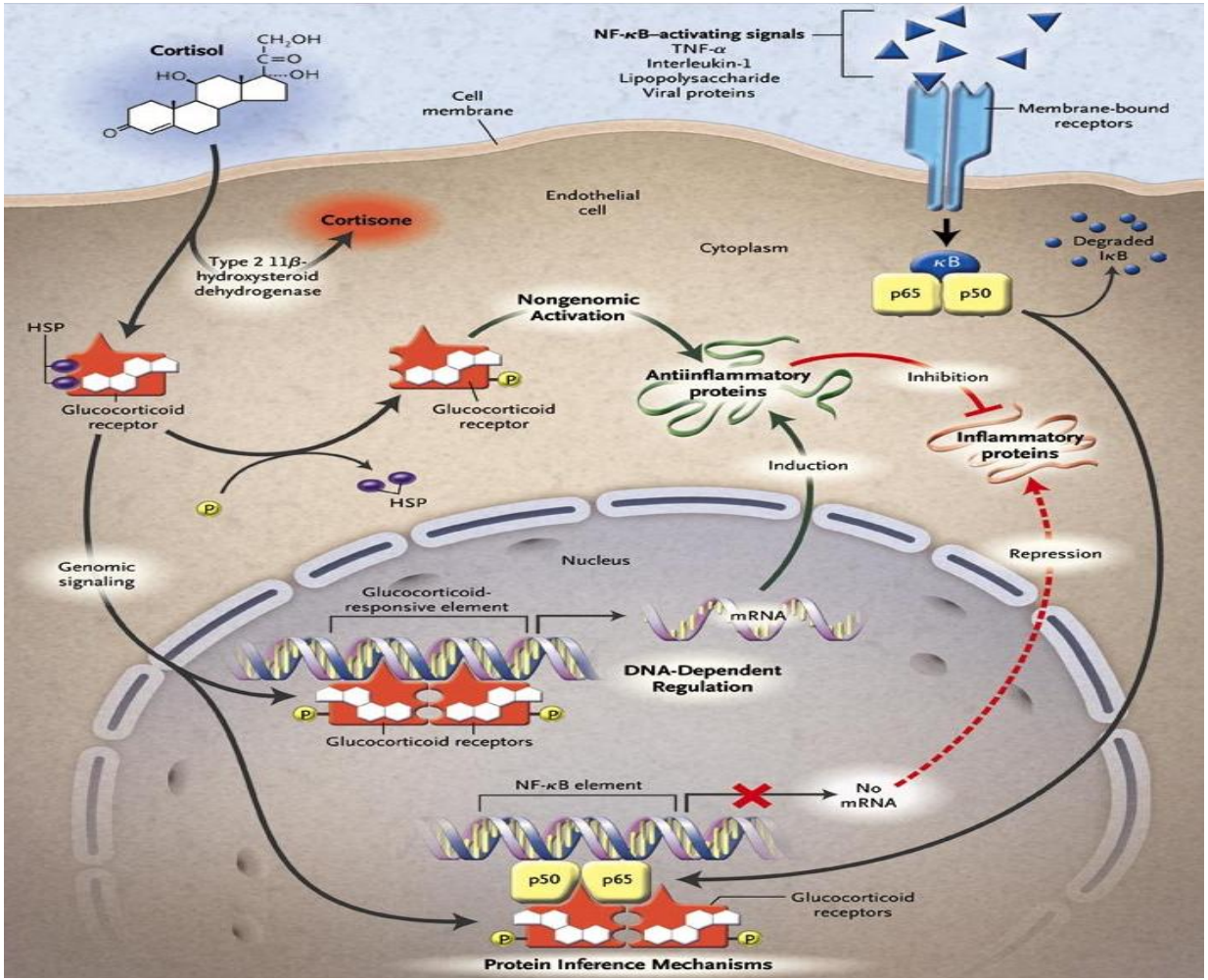
2. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG MỘT SỐ BỆNH LÝ VIÊM

Corticoid có cơ chế chống viêm kép

Tác động trực tiếp đến gen

Tác động không thông qua gen

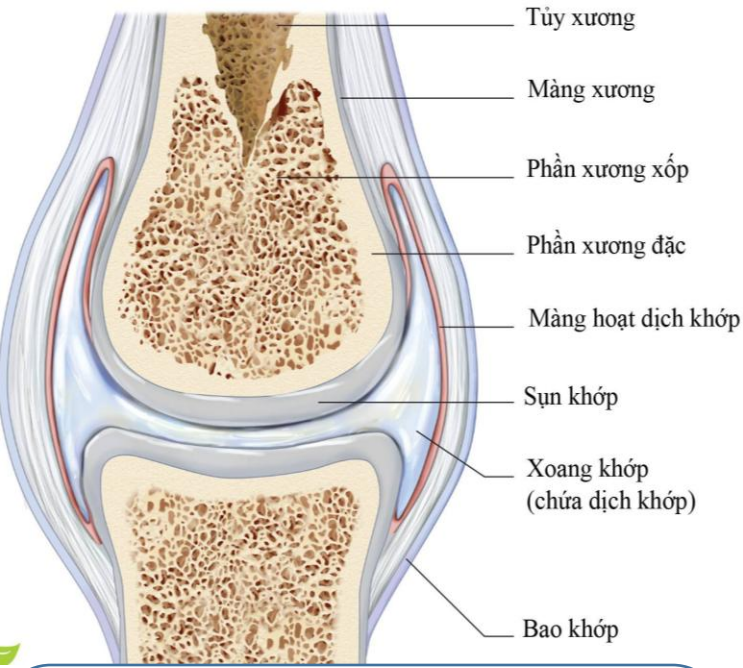
CƠ CHẾ CHỐNG VIÊM

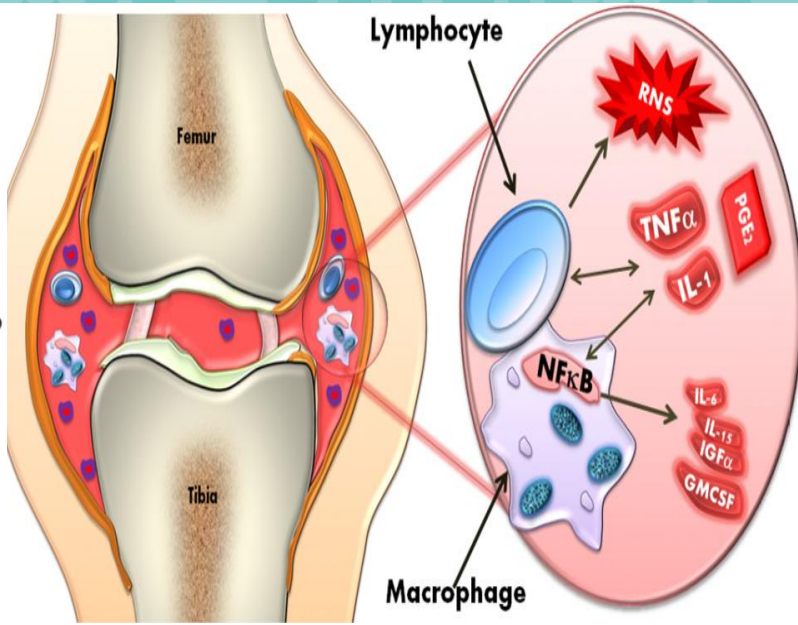


N Engl J Med 2005; 353:1711-1723

2.1. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

BỆNH LÝ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP



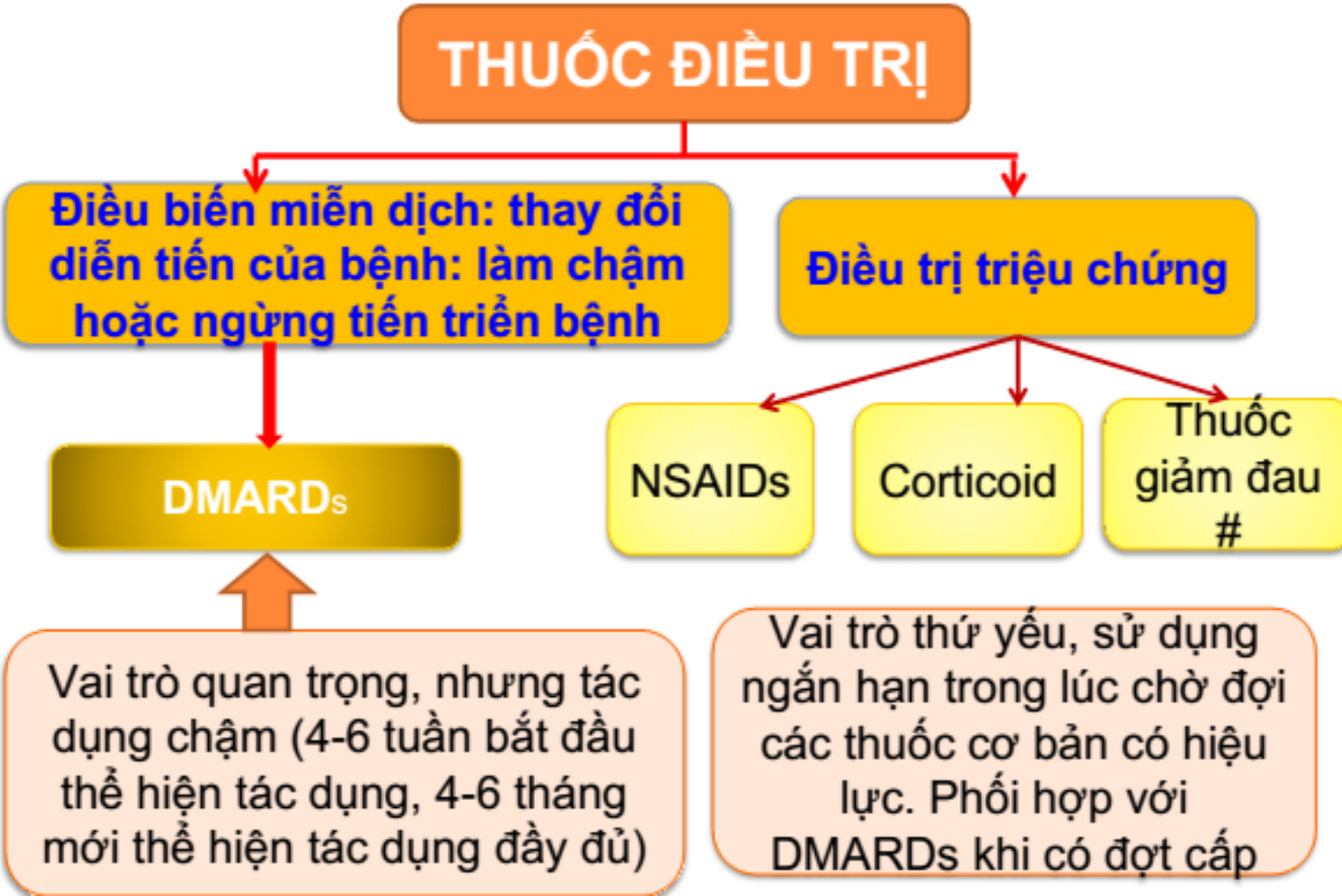


Trong khớp bình thường, sụn và hoạt dịch tạo thành lớp nệm giúp xương không cọ sát vào nhau dễ dàng và thoải mái khi cử động

Trong viêm khớp dạng thấp, các khớp bị viêm tại chỗ trong màng hoạt dịch gây sưng, nóng, đỏ, đau, cứng khớp, phá hủy và biến dạng khớp

CÁC VỊ TRÍ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

CORTICOID TRONG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP



LỰA CHỌN CORTICOID TRONG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Tiêu chí lựa chọn:
thuốc corticoid có tác dụng trong thời gian ngắn, tác dụng chống viêm mạnh và ít tác dụng không mong muốn

Lựa chọn corticoid nào???

Tác dụng chống viêm

Dexamethason = Betamethason > Methylprednisolon = Triamcinolon > Prednisone = Prednisolone > Hydrocortison > Cortisone

Tác dụng giữ muối, nước tỉ lệ nghịch với tác dụng chống viêm
Thời gian tác dụng tỉ lệ thuận với tác dụng chống viêm

Methylprednisolon, Triamcinolon, Prednisolone

ĐƯỜNG DÙNG CORTICOID TRONG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

- Đường tại chỗ (tiêm trong hay cạnh khớp, tiêm ngoài màng cứng) phải được bác sĩ chuyên khoa chỉ định và tuân thủ quy định vô trùng chặt chẽ

- Đường tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch: đường tiêm bắp hiện nay hầu như không được sử dụng trong điều trị các bệnh viêm khớp vì các tác dụng tại chỗ khá nghiêm trọng (teo cơ, nguy cơ nhiễm khuẩn)

Đường uống (ưu tiên bệnh thể nhẹ và vừa)
Đường tiêm tĩnh mạch (sử dụng trường hợp nặng)
Tiêm trong khớp (hạn chế, thận trọng): không nên tiêm > 2-3 lần/năm do nguy cơ phá hủy khớp và teo gân

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ xương khớp. Ban hành kèm theo quyết định 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014

+ ***Corticosteroids (Prednisolone, Prednisone, Methylprednisolone)***

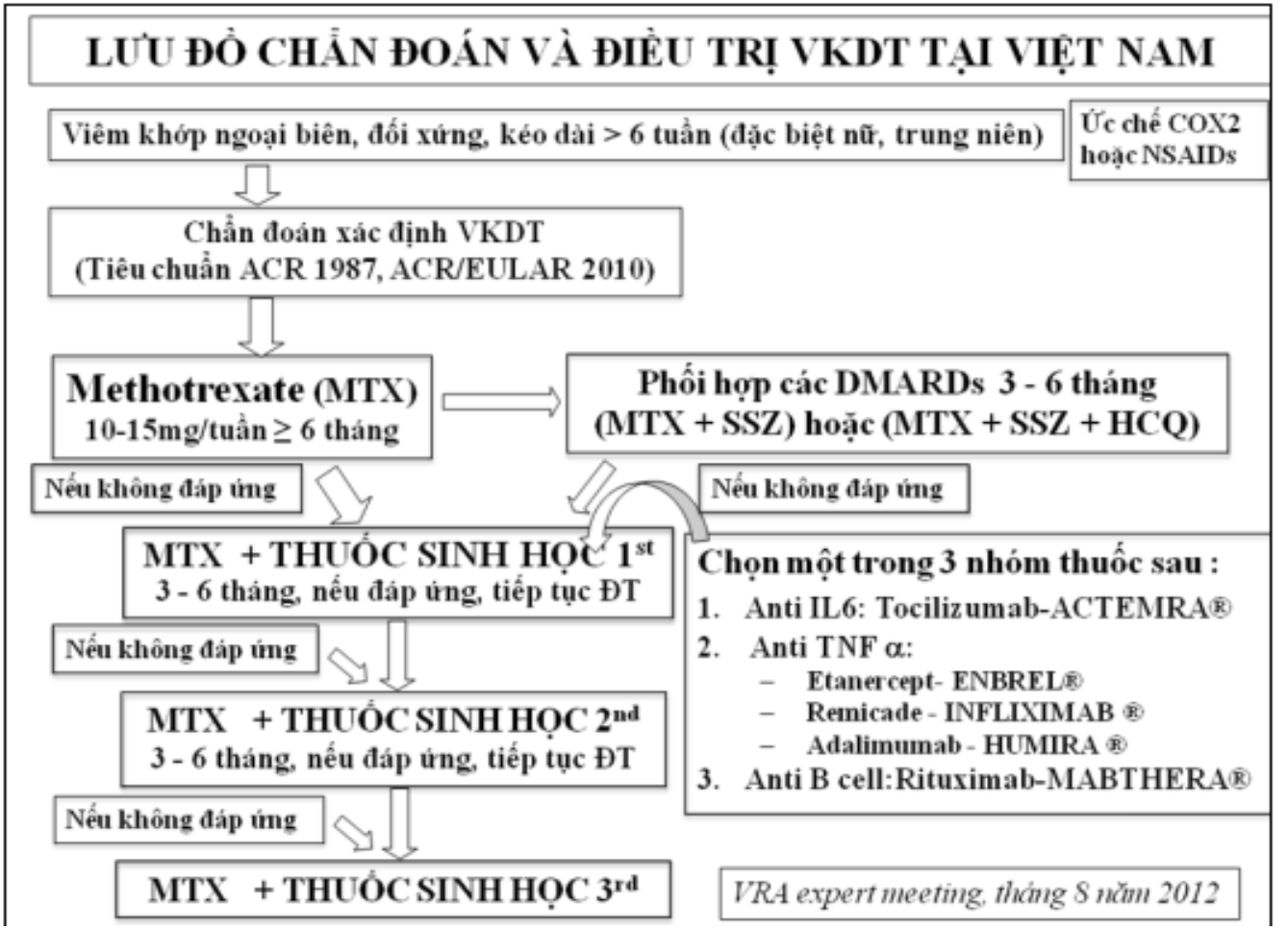
Thường sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi các thuốc điều trị cơ bản có hiệu lực. Chỉ định khi có đợt tiến triển (tiêu chuẩn đợt tiến triển xem ở phần Phụ lục)

Thể vừa: 16-32 mg methylprednisolon (hoặc tương đương), uống hàng ngày vào 8 giờ sáng, sau ăn.

Thể nặng: 40 mg methylprednison TM mỗi ngày.

Thể tiến triển cấp, nặng, đe doạ tính mạng (viêm mạch máu, biểu hiện ngoài khớp nặng): bắt đầu từ 500-1.000mg methylprednisolone truyền TM trong 30-45 phút/ngày, điều trị 3 ngày liên tục. Sau đó chuyển về liều thông thường. Liệu trình này có thể lặp lại mỗi tháng nếu cần.

Sử dụng dài hạn (thường ở những bệnh nhân nặng, phụ thuộc corticoid hoặc có suy thượng thận do dùng corticoid kéo dài): bắt đầu ở liều uống: 20mg hàng ngày, vào 8 giờ sáng. Khi đạt đáp ứng lâm sàng và xét nghiệm, giảm dần liều, duy trì liều thấp nhất (5 - 8mg hàng ngày hoặc cách ngày) hoặc ngưng (nếu có thể) khi điều trị cơ bản có hiệu lực (sau 6-8 tuần).



MTX : methotrexate; SSZ : sulfasalazine; HCQ : hydroxychloroquine

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ xương khớp. Ban hành kèm theo quyết định 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014

2.2. SỬ DỤNG CORTICOID DỰ PHÒNG STRESS Ở BỆNH NHÂN NẶNG

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NẶNG

Xét nghiệm
Hạ natri, kali máu
Hạ đường huyết
Tăng bạch cầu ưa eosin, tăng thyrotropin

Triệu chứng
Yếu, mệt mỏi
Chán ăn, buồn nôn, Nôn, đau bụng
Đau cơ, đau khớp
Chóng mặt tư thế
Thèm muối
Đau đầu, Trầm cảm
Suy giảm trí nhớ

Suy giảm corticoid ở bệnh nhân nặng

Thăm khám
Tăng sắc tố, Bạch biến
Hạ huyết áp tư thế
Nhịp nhanh, Sốt
Rụng lông/tóc
Dấu hiệu suy tuyến yên: vô kinh, không chịu được cảm giác lạnh

Lâm sàng
Huyết động không ổn định, Viêm không rõ nguồn gốc, Suy đa phủ tạng, Hạ đường huyết

Dự phòng stress ở bệnh nhân nặng

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỒI SỨC TÍCH CỰC

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Xử trí ban đầu

Nhanh chóng đảm bảo hô hấp và tuần hoàn để vận chuyển người bệnh tới bệnh viện gần nhất.

Liệu pháp oxy hoặc đặt ống NKQ bóp bóng oxy nếu có điều kiện. Truyền dịch nhanh 1000-2000ml trong 1-2 giờ đầu nếu nghi ngờ tụt huyết áp do nhiễm khuẩn và có thể dùng vận mạch (noradrenalin hoặc adrenalin) nếu đánh giá người bệnh không có thiếu dịch để duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg.

Xử trí tại bệnh viện

Trong 06 giờ đầu

- Tiếp tục đảm bảo hô hấp bằng liệu pháp oxy hoặc thông khí không xâm nhập hoặc thở máy xâm nhập.
- Tiếp tục các biện pháp đảm bảo tuần hoàn như đặt đường tuyền tĩnh mạch trung tâm, bù dịch, truyền khối hồng cầu, dùng thuốc vận mạch khi ALTMTT đã duy trì 11-16 cmH2O (cao hơn ở BN có thở máy), dùng thuốc tăng co bóp cơ tim nếu có rối loạn chức năng thất trái.

Mục tiêu cần đạt: ALTMTT đạt 11 – 16 cmH2O,HATB > 65 mmHg, ScvO2 ≥ 70% hoặc SvO2 ≥ 65%. Thể tích nước tiểu ≥ 0,5 ml/kg/giờ.

Trong các giờ tiếp theo

- Tiến hành các biện pháp xác định nguồn nhiễm khuẩn, cấy máu và các các dịch nghi ngờ để xác định tác nhân gây bệnh, đồng thời dùng kháng sinh sớm ngay giờ đầu tại bệnh viện. Dùng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm và xuống thang. Dùng kháng sinh cho nhiễm khuẩn bệnh viện đa kháng nếu nghi ngờ do tác nhân vi khuẩn bệnh viện đa kháng.
- Tiếp tục các biện pháp đảm bảo tuần hoàn: duy trì được áp lực tĩnh mạch trung tâm 11-16 cmH2O, thuốc vận mạch, thuốc tăng co bóp cơ tim nếu có rối loạn chức năng thất trái.
- Tiếp tục các biện pháp đảm bảo hô hấp bằng các biện pháp thông khí không xâm nhập hoặc thở máy xâm nhập cho người bệnh ARDS theo chiến lược thông khí bảo vệ phổi mục tiêu SpO2 > 92% hoặc PaO2 > 60 mmHg và pH > 7,15, áp lực cao nguyên dưới 30 cmH2O.
- Dùng hydrocortison 200 đến 300mg/ngày chia 3-4 lần cho người bệnh nghi ngờ có suy thượng thận hoặc sốc kéo dài.
- Lọc máu liên tục cho người bệnh sốc nhiễm khuẩn hoặc lọc máu ngắt quãng kéo dài (≥ 6 giờ /24 giờ) nếu không có điều kiện với thể tích dịch thay thế ≥ 45ml/kg/giờ.
- Kiểm soát đường máu bằng Insulin tiêm ngắt quãng hoặc truyền TM duy trì đường máu mao mạch 7-9 mmol/L
- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu bằng heparin trọng lượng phân tử thấp hoặc quấn bao áp lực.
- Dự phòng xuất huyết tiêu hóa do stress.

Sơ đồ xử trí sốc nhiễm khuẩn

3. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG MỘT SỐ BỆNH LÝ NHIỄM TRÙNG

3.1. CORTICOID TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO MỦ

Corticosteroids for bacterial meningitis

Authors' conclusions:

Corticosteroids significantly reduced hearing loss and neurological sequelae, but did not reduce overall mortality. Data support the use of corticosteroids in patients with bacterial meningitis in high-income countries. We found no beneficial effect in low-income countries.

CORTICOSTEROIDS TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO MỦ GIÚP CẢI THIỆN ĐƯỢC CÁC BIẾN CHỨNG THÍNH GIÁC VÀ DI CHỨNG THẦN KINH NHƯNG KHÔNG GIÚP CẢI THIỆN ĐƯỢC TỈ LỆ TỬ VONG

CORTICOID TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO MỦ

4.2. Điều trị ban đầu

– Kháng sinh: Dùng theo phác đồ kinh nghiệm khi chưa có kết quả vi sinh (xem Bảng II.19).

– Liều kháng sinh: Khuyến cáo trên người bệnh viêm màng não có chức năng gan thận bình thường (xem Bảng II.20).

Chú ý:

+ Hạ nhiệt: Bằng paracetamol 15 mg/kg/lần, không quá 60 mg/kg/ngày.

+ Dexamethason 0,6 mg/kg/ngày, tiêm 4 ngày (cùng hoặc trước kháng sinh 15 phút).

+ Chống phù não (Manitol 1g/kg/6giờ, nằm đầu cao 30°), bù nước và điện giải.

+ Phòng co giật bằng Barbituric 5 - 20 mg/kg/ngày (uống). Cắt cơn giật bằng diazepam 0,1 mg/kg (pha với 2ml NaCl 0,9%) tiêm tĩnh mạch đến khi ngừng giật.

+ Không khuyến cáo dùng meropenem cho trẻ dưới 3 tháng tuổi.

Hướng dẫn sử dụng kháng sinh – Bộ Y tế 2015

Lựa chọn CORTICOID nào thay thế khi không có DEXAMETHASON ??

ƯU TIÊN METHYL PREDNISOLON

3.2. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG VIÊM PHẾ QUẢN CẤP Ở NGƯỜI LỚN

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp

Ban hành kèm theo quyết định 4235/QĐ-BYT ngày 31/10/2012

3. ĐIỀU TRỊ

– Ở người lớn viêm phế quản cấp đơn thuần có thể tự khỏi không cần điều trị.

– Điều trị triệu chứng:

+ [illegible] ngồi, bỏ thuốc lá, gi[illegible]

+ Giảm [illegible] ho [illegible] thuốc giảm ho như:

• Nếu [illegible]

+ N[illegible] phun hít (salbutamol, terbutanyl) [illegible] giờ hoặc uống salbutamol 4 mg x [illegible]

+ Bảo đảm đủ [illegible] uống, [illegible] ng.

– Không cần dùng kháng si[illegible] viêm phế q[illegible] cấp đơn thuần ở người bình thường.

– Chỉ định dùng kháng sinh khi:

+ Ho kéo dài trên 7 ngày.

+ Ho, khạc đờm mủ rõ.

+ Viêm phế quản cấp ở người có bệnh mạn tính nặng như suy tim, ung thư.

– Chọn kháng sinh tùy thuộc mô hình vi khuẩn và tình hình kháng thuốc

KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH CORTICOID TRONG VIÊM PHẾ QUẢN CẤP Ở NGƯỜI LỚN

CORTICOID TRONG VIÊM PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE OCTOBER 2014

Systematic Review Snapshot

TAKE-HOME MESSAGE

The use of systemic or inhaled glucocorticoids in children aged 2 years or younger with acute bronchiolitis does not decrease admission rate or length of hospitalization.

METHODS

DATA SOURCES

A literature search with Cochrane Central Register of Controlled

Do Glucocorticoids Provide Benefit to Children With Bronchiolitis?

EBEM Commentators
Carrie Ng, MD
Mark Foran, MD
Department of Emergency Medicine
New York University School of Medicine

Trong viêm tiểu phế cấp việc sử dụng glucocorticoid ở trẻ em ≤ 2 tuổi không làm giảm nguy cơ phải nhập viện, không làm giảm thời gian nằm viện.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

5. XỬ TRÍ

5.1. Xử trí cấp cứu thể nặng (Có suy hô hấp cấp)

- Liệu pháp Oxygen (FiO_2 100% sau đó giảm dần)
- Hút thông đường hô hấp trên, tư thế fowler
- Thuốc giãn phế quản đường khí dung ẩm (thuốc nhóm kích thích β2 Adrenergic như Salbutamol. Liều 150µg/kg/lần) hoặc Adrenalin 0,4-0,5 ml/kg/lần.
- Truyền nước, điện giải, cung cấp đủ theo nhu cầu bù lượng bị thiếu hụt.
- Khi suy thở không cải thiện: thở NCPAP, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ - theo dõi ở trung tâm hồi sức.
- Phối hợp vật lý trị liệu hô hấp, vỗ rung giải thoát đờm khi không có suy thở.
- Chỉ sử dụng kháng sinh trường hợp có biểu hiện nhiễm vi khuẩn thứ phát.
- Điều trị đặc hiệu antivirus bằng Ribavirin (nếu có).
- Cân nhắc khi sử dụng Corticoid nếu cần thiết có thể dùng Methylprenisolon 2 mg/kg/24h.

5.2. Điều trị các thể thông thường: (Không có suy hô hấp)

3.3. CORTICOID TRONG VIÊM THANH KHÍ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

Cochrane

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Search...

Our evidence | About us | Join Cochrane | News and events | Cochrane Library

Glucocorticoids for croup

Authors' conclusions:

Dexamethasone and budesonide are effective in relieving the symptoms of croup as early as six hours after treatment. Fewer return visits and/or (re)admissions are required and the length of time spent in hospital is decreased. Research is required to examine the most beneficial method for disseminating croup practice guidelines and to increase the uptake of evidence.

Kết luận: Dexamethasone và budesonid có hiệu quả trong việc làm giảm các triệu chứng viêm thanh khí quản cấp trong vòng 6 giờ sau khi điều trị. Corticoid cũng giúp giảm nguy cơ tái khám và nhập viện lại, thời gian nằm viện

CORTICOID TRONG VIÊM THANH KHÍ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

- Khó thở thanh quản độ 1: Điều trị ngoại trú, Dexamethason 0,15mg/ kg/ liều duy nhất hoặc Prednisone 2mg/kg trong 2-3 ngày, cần tái khám mỗi ngày.

- Khó thở thanh quản độ 2: nhập viện, Dexamethason 0,6mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch một lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; hoặc cho uống với liều như trên, hoặc khí dung Budenoside 1-2 mg/liều duy nhất nếu có chống chỉ định dùng Corticoide toàn thân ví dụ như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày, nôn ói nhiều. Sau 2 giờ nếu không cải thiện xem xét khí dung Adrenalin, kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.

- Khó thở thanh quản độ 3: nằm cấp cứu, thở ôxy đảm bảo SpO2 > 95%, khí dung Adrenalin 1/1000 2-5ml hoặc 0,4-0,5ml/kg (tối đa 5ml), có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút nếu còn khó thở nhiều và sau đó 1-2 giờ nếu cần, tối đa 3 liều; Dexamethason 0,6 mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; kháng sinh Cefotaxim hay Ceftriaxone trong 3-5 ngày.

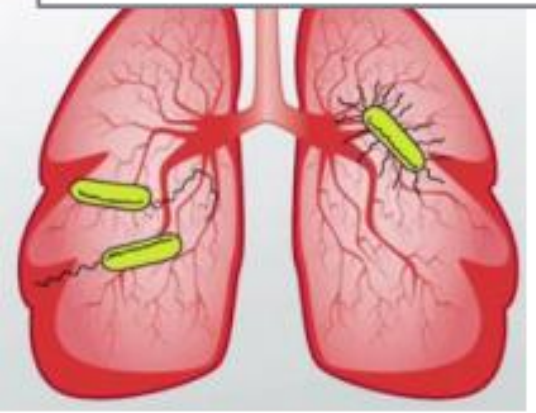
- Chỉ định đặt nội khí quản khi thất bại với Adrenalin và Dexamethason, vẫn còn tím tái, lơ mơ kiệt sức, cơn ngừng thở.

- Không khuyến cáo mở khí quản.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em.
Ban hành kèm theo QĐ 3312/QĐ-BYT ngày 7/8/2015

3.4. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

Vi khuẩn: *S.pneumoniae, H.influenzae, VK không điển hình*



ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN BẰNG KHÁNG SINH: amoxicillin, amoxicillin/clavulanat, azithromycin, ceftriaxon, quinolon hô hấp

Thuốc điều trị triệu chứng: giảm triệu chứng do viêm NSAIDs, corticoid, thuốc chống nghẹt mũi, thuốc giảm ho, long đờm

CORTICOID TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

The JAMA Network

JAMA® Journals Enter Search Term

Original Investigation | Caring for the Critically Ill Patient

February 17, 2015

Effect of Corticosteroids on Treatment Failure Among Hospitalized Patients With Severe Community-Acquired Pneumonia and High Inflammatory Response

Bệnh nhân VPCĐ nặng, có phản ứng viêm ở mức độ cao (PCR > 150mg/L tại thời điểm nhập viện) dùng prednisolone tuyền tĩnh mạch 0,5g/kg/12h hoặc placebo x 5 ngày, bắt đầu trong vòng 36h sau khi nhập viện

Kết quả: Corticoid làm giảm tỉ lệ thất bại điều trị (tiến triển sốc, chỉ định thở máy, tử vong trong vòng 72h): 13% và 31%. Tỉ lệ tử vong không khác biệt giữa 2 nhóm

REVIEWS | 6 OCTOBER 2015

Corticosteroid Therapy for Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-analysis

PDF CITATIONS

Published: *Ann Intern Med.* 2015;163(7):
DOI: 10.7326/M15-0715

72 Citations

2015: Tổng kết từ 12 thực nghiệm lâm sàng trên 1974 bệnh nhân VPCĐ nhập viện:

- Điều trị bổ sung corticoid chưa làm giảm có ý nghĩa nguy cơ tử vong nhưng làm giảm nguy cơ thở máy 55%, giảm nguy cơ suy hô hấp và rút ngắn thời gian điều trị.
- Nhóm dùng corticoid làm tăng rõ rệt nguy cơ tăng đường huyết cần điều trị nhưng không làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA

MJA

Controversies in diagnosis and management of community-acquired pneumonia

Summary

- Community-acquired pneumonia (CAP) is a common condition; however, it appears to be overdiagnosed.
- Diagnosing CAP too frequently may be adding to the problems of overuse

eater

d for 3–

QT

appear

ons,

most notably infarctions and worsening cardiac failure, so clinicians should be vigilant for signs and symptoms of these complications, particularly in patients with a history of ischaemic cardiac disease or the presence of cardiac risk factors.
- Cardiac risk factors should be assessed and managed in patients with CAP over 40 years of age, although there are yet to be data to show that this approach reduces deaths.
- Corticosteroids may have a slight effect on reducing deaths in patients with severe CAP, but this must be balanced against the significant potential for side effects.

Corticosteroid có thể có tác động nhẹ làm giảm tử vong ở những bệnh nhân bị CAP nặng, nhưng cần cân nhắc với nguy cơ gây ra các phản ứng phụ đáng kể.

Sarah Sparham and Patrick GP Charles
Med J Aust 2017; 206 (7): 316-319

CORTICOID TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG
Cần đánh giá thêm

BÁC SĨ CÂN NHẮC KẾT HỢP CORTICOID VÀO TRONG ĐIỀU TRỊ

VẤN ĐỀ SỬ DỤNG CORTICOSTEROID Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

VẤN ĐỀ SỬ DỤNG CORTICOSTEROID Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

- Xác định sử dụng Corticosteroid để điều trị cho **mẹ** hay **thai nhi**?
- Loại Corticosteroid nào được sử dụng?
- Liều dùng, thời gian sử dụng (một đợt hay lặp lại)
- Đường dùng
- Thời điểm sử dụng
- Hiệu quả, tính an toàn, tác dụng phụ tức thời và lâu dài

VẤN ĐỀ SỬ DỤNG CORTICOSTEROID Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

- Điều trị trước sinh cho trường hợp nguy cơ sinh non có hiệu quả làm giảm các nguy cơ suy hô hấp, xuất huyết não thất và tử vong sơ sinh cho trẻ sinh non tháng.
- Sử dụng Corticosteroids trước sinh không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ối hay nhiễm trùng hậu sản cho mẹ. Ngoài ra, có hiệu quả trong ối vỡ non và tiền sản giật.
- Cần nghiên cứu thêm ảnh hưởng lâu dài của Corticosteroids trước sinh trên sự phát triển tâm thần vận động của trẻ đến tuổi trưởng thành.

GS.BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Sản Phụ khoa – từ bằng chứng đến thực hành, NXB y học 2016

VẤN ĐỀ SỬ DỤNG CORTICOSTEROID Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

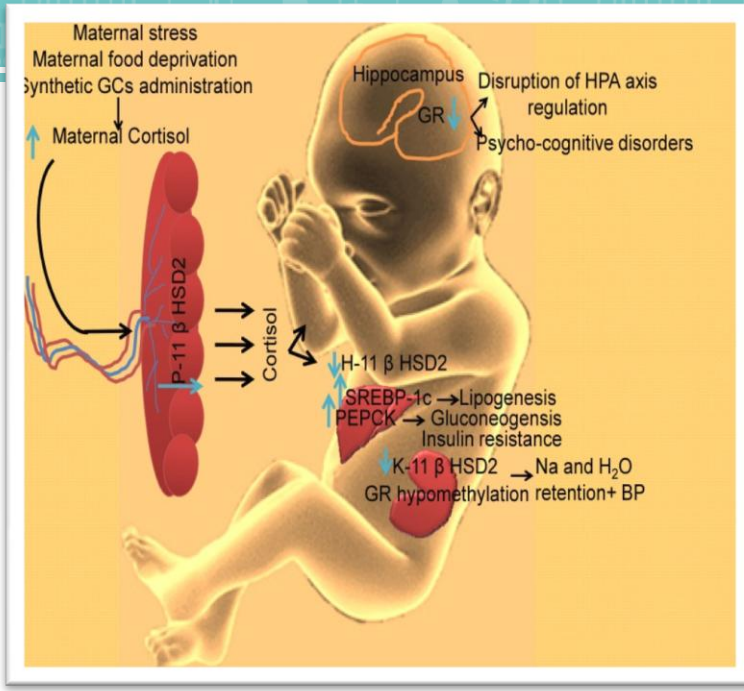
Corticosteroids

Betamethasone
Liều dùng:
12mg/ngày x 2 ngày, tiêm bắp
Có thể tiêm tĩnh mạch hay trong khoang ối

Dexamethasone
Liều dùng:
6mg/lần/12 giờ x 4 lần, tiêm bắp. Có thể dùng đường uống, tuy nhiên đường dùng này ít phổ biến

GS.BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Sản Phụ khoa – từ bằng chứng đến thực hành, NXB y học 2016

Ảnh hưởng đến phát triển não bộ



Thai nhi tiếp xúc nhiều với corticosteroid trong giai đoạn phát triển quan trọng của não có thể làm thay đổi hệ viền (chủ yếu là vùng hải mã - hippocampus), dẫn đến ảnh hưởng lâu dài đối với nhận thức, hành vi, bộ nhớ, sự phối hợp của hệ thống thần kinh thực vật.

Korean J Pediatr. Mar 2014; 57(3): 101–109.

Ảnh hưởng đến phát triển não bộ

- Điều trị corticosteroid sau sinh cho bệnh phổi mãn tính ở trẻ đẻ non, đặc biệt là dexamethasone, đã được chứng minh là gây ra sự suy giảm phát triển thần kinh và làm tăng nguy cơ mắc bệnh bại não.*
- Ngược lại, các nghiên cứu theo dõi dài hạn cho điều trị hydrocortisone đã không tiết lộ ảnh hưởng xấu đến kết quả phát triển thần kinh.**
- Như vậy, dựa trên các nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm, có đủ bằng chứng để khuyên thận trọng việc sử dụng corticosteroid trong giai đoạn chu sinh.

*Neonatology. 2010;98(4):289-96. **J Pediatr. 2007 Apr;150(4):351-7. Korean J Pediatr. Mar 2014; 57(3): 101–109.

4. GIÁM SÁT
ĐIỀU TRỊ CORTICOSTEROID

4.1. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Tác dụng không mong muốn nghiêm trọng (trong viêm khớp dạng thấp) của corticoid phụ thuộc liều và thời gian sử dụng

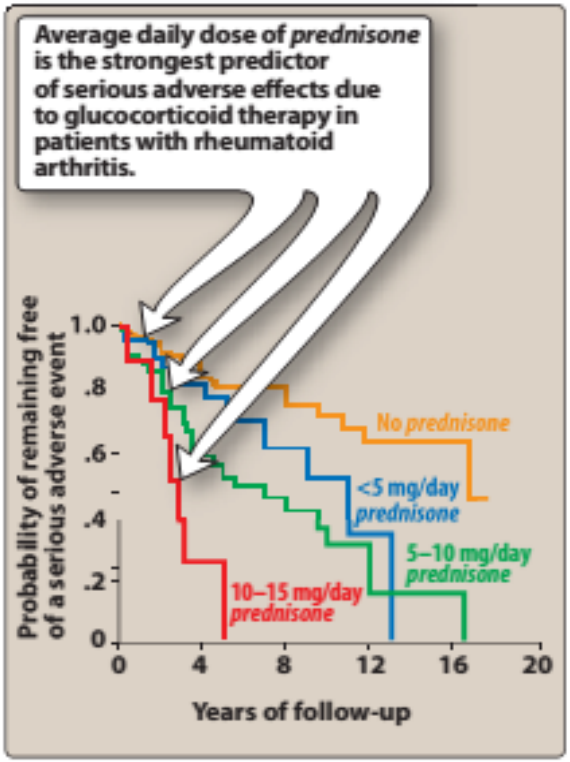


Figure 26.7
Probability of remaining free of a serious adverse event in patients with rheumatoid arthritis treated with no or different doses of *prednisone*.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN PHỤ THUỘC

1. Thời gian điều trị: dài ngày > ngắn ngày
2. Đường dùng: tiêm > uống > hít
3. Thời gian tác dụng:

prednisolone (ngắn) < dexamethasone (dài)

4. Cách dùng trong ngày:chia nhỏ liều > liều duy nhất
5. Thời điểm dùng: sáng < tối

LIỀU CAO KHÔNG HIỆU QUẢ HƠN:
Ví dụ: cơn hen phế quản cấp ở người lớn

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

2008 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Corticosteroids for acute severe asthma in hospitalised patients (Review)

9 thử nghiệm lâm sàng với 344 bệnh nhân có cơn hen cấp nhập viện:

- Không có sự khác biệt về chức năng hô hấp FEV1 sau 24h, 48h và 72h ở các nhóm bệnh nhân dùng các liều corticoid khác nhau (thấp, trung bình và cao)
- Liều thấp (≤ 80 mg/ngày với methylprednisolon hoặc ≤ 400 mg/ngày với hydrocortison) là phù hợp để kiểm soát ban đầu cơn hen cấp ở bệnh nhân người lớn

THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ KÉO DÀI KHÔNG ĐEM LẠI HIỆU QUẢ HƠN: Ví dụ đợt cấp COPD

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Different durations of corticosteroid therapy for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Review)

Walters JAE, Tan DJ, White CJ, Wood-Baker R

AUTHORS' CONCLUSIONS:

Information from a new large study has increased our confidence that five days of oral corticosteroids is likely to be sufficient for treatment of adults with acute exacerbations of COPD, and this review suggests that the likelihood is low that shorter courses of systemic corticosteroids (of around five days) lead to worse outcomes than are seen with longer (10 to 14 days) courses. We graded most available evidence as moderate in quality because of imprecision; further research may have an important impact on our confidence in the estimates of effect or may change the estimates. The studies in this review did not include people with mild or moderate COPD; further studies comparing short-duration systemic corticosteroid versus conventional longer-duration systemic corticosteroid for treatment of adults with acute exacerbations of COPD are required

ĐƯỜNG TĨNH MẠCH VÀ ĐƯỜNG UỐNG HIỆU QUẢ TƯƠNG ĐƯƠNG: Ví dụ đợt cấp COPD

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Review)

Walters JAE, Tan DJ, White CJ, Gibson PG, Wood-Baker R, Walters EH

16 TNLS với 1787 BN bệnh nhân có đợt cấp COPD nhập viện

- Không có sự khác biệt về tỷ lệ thất bại, tái phát và tử vong giữa đường tiêm và đường uống.

Đường tiêm có nguy cơ tăng đường huyết cao hơn

TDKMM TOÀN THÂN CỦA CORTICOID

Figure 26.6
Some commonly observed effects of long-term corticosteroid therapy. BP = blood pressure.

BÁC SĨ VÀ BỆNH NHÂN LO NGẠI GÌ NHẤT ???

Rối loạn phân bố mỡ
Tăng huyết áp
Nguy cơ tim mạch
Loãng xương
Bệnh cơ
Loét tiêu hóa
Suy thượng thận
Nhiễm trùng
Rối loạn tâm thần
Glaucom

Rối loạn kinh nguyệt
Hoại tử vô khuẩn
Viêm tụy
Rối loạn điện giải:
hạ kali máu
Tăng đường huyết,
đái tháo đương
Rối loạn chuyển hóa
lipid: tăng cholesterol,
triglycerid

Fardet L et al. Drug Saf. 2007; 30: 861-881

CORTICOID CÓ THỰC SỰ GÂY LOÉT TIÊU HÓA

???

Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2010; 45: 1156–1161

informa
healthcare

ORIGINAL ARTICLE

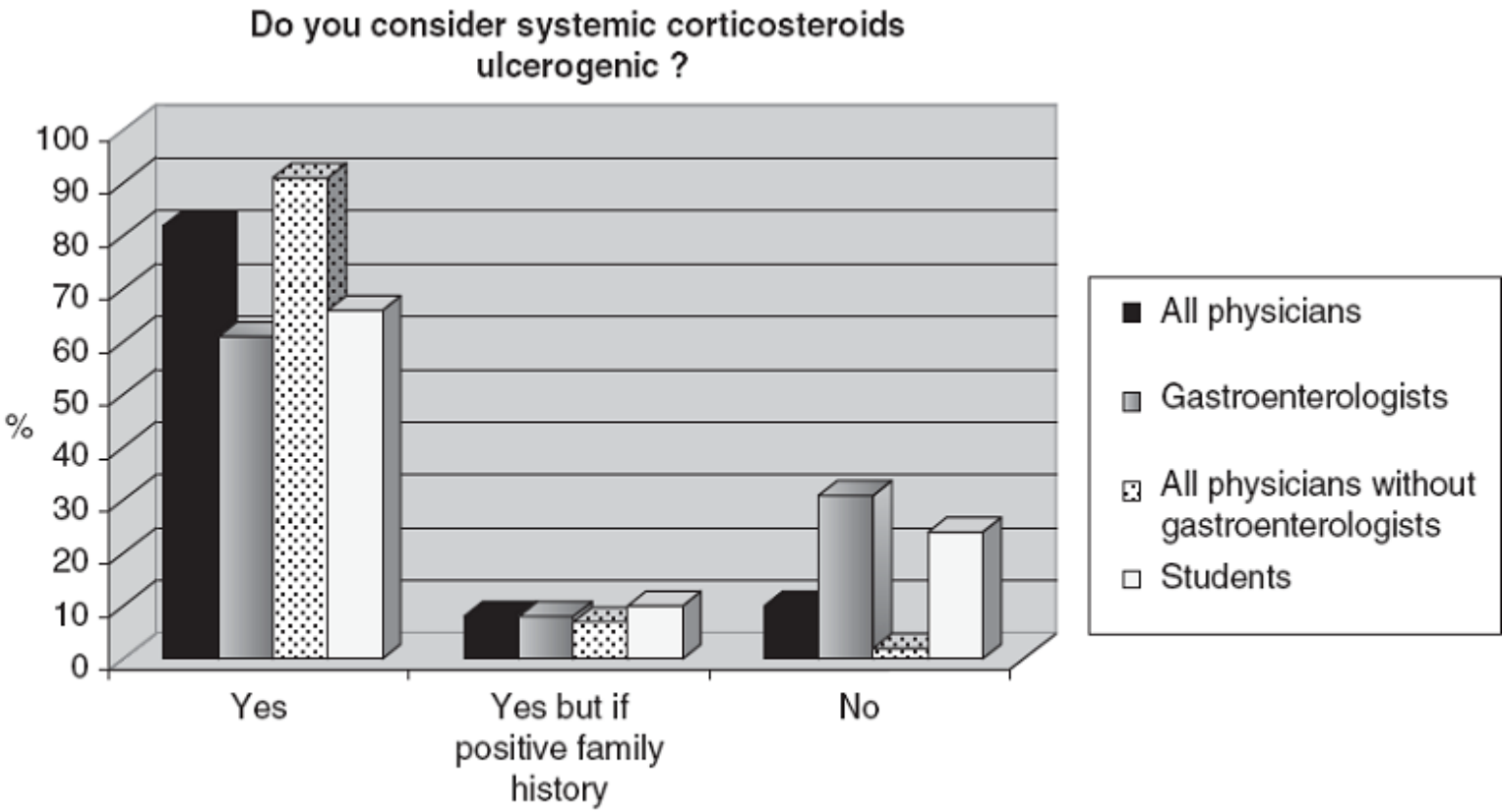
"A surviving myth" – corticosteroids are still considered ulcerogenic by a majority of physicians*

JAN MARTÍNEK[1], KRISTYNA HLAVOVA[1], FILIP ZAVADA[1], BOHUMIL SEIFERT[2], STANISLAV REJCHRT[3], ONDREJ URBAN[4] & MIROSLAV ZAVORAL[1]

[1]*Department of Internal Medicine of the First Medical Faculty and Central Military Hospital, Charles University, Prague, Czech Republic,* [2]*First Medical Faculty, Institute of General Practice, Charles University, Prague, Czech Republic,* [3]*Second Department of Internal Medicine of the Medical Faculty, Charles University, Hradec Králové, Czech Republic, and* [4]*Gastroenterology Department, Hospital Vítkovice, Ostrava, Czech Republic*

Khảo sát 360 bác sĩ (100 BS chuyên khoa Tiêu hóa, 100 BS đa khoa, 80 BS chuyên khoa Hô hấp/Miễn dịch, 80 BS chuyên khoa Thần kinh)

Corticoid có phải là tác nhân gây loét?



Gastroenterologists vs.all other physicians: $P < 0.05$
Students vs. all other physicians: $P < 0.05$

Xu hướng kê đơn thuốc bảo vệ khi dùng prednison

Table II. A strategy of concomitant gastroprotective therapy in patients with a higher or lower dose of prednisone.

	High dose of steroids			Low dose of steroids		
		N	%		*N*	%
All physicians	No concomitant TTT	30	10.4*	No concomitant TTT	112	38.6*
	PPI standard dose	165	57.1	PPI standard dose	136	46.9
	PPI higher dose	76	26.3*	PPI higher dose	8	2.8*
	H2-Blocker	18	6.2*	H2-Blocker	34	11.7*
Gastroenterologists	No concomitant TTT	21	25.3*[&]	No concomitant TTT	50	59.5*[#]
	PPI standard dose	48	57.8*	PPI standard dose	31	36.9*[#]
	PPI higher dose	14	16.9*[&]	PPI higher dose	2	2.4*
	H2-Blocker	0	0[&]	H2-Blocker	1	1.2[#]
All physicians without gastroenterologists	No concomitant TTT	9	4.4*[&]	No concomitant TTT	62	30.1*[#]
	PPI standard dose	117	56.8	PPI standard dose	105	51[#]
	PPI higher dose	62	30.1*[&]	PPI higher dose	6	2.9*
	H2-Blocker	18	8.7*[&]	H2-Blocker	33	16*[#]

Higher dose = prednisone 1 mg/kg; lower dose = overall dose of prednisone 10 mg.
*High versus low dose $p < 0.05$.
[&]GE versus all others physicians – high dose $p < 0.05$.
[#]GE versus all others physicians – low dose $p < 0.05$.

Corticosteroid Use and Peptic Ulcer Disease: Role of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs

Joyce M. Piper, DrPH; Wayne A. Ray, PhD; James R. Daugherty, MS; and Marie R. Griffin, MD, MPH

7063) were randomly selected from Medicaid enrollees not meeting the study criteria for inclusion as case patients.

Measurements and Main Results: The estimated relative risk for the development of peptic ulcer disease among current users of oral corticosteroids was 2.0 (95% CI, 1.3 to 3.0). However, the risk was increased only in those who concurrently received nonsteroidal

Nguy cơ loét tăng 4.4 lần khi phối hợp corticoid với NSAIDs

nonusers of either drug.

Conclusion: Discrepant findings among earlier studies regarding steroids and the risk for peptic ulcer disease could in part be due to differences in the use of NSAIDs among study participants. The high risk for peptic ulcer disease associated with combined use of NSAIDs and corticosteroids indicates the need to prescribe this drug combination cautiously.

KẾT LUẬN

Không khuyến cáo: dự phòng hệ thống loét tiêu hóa khi kê đơn liều thấp corticoid.

PPI (omeprazol) là dự phòng phù hợp nếu dung liều cao/dài ngày corticoid phối hợp với NSAIDs, aspirin, tuổi > 65, có tiền sử loét, nghiện rượu/thuốc lá nặng

Lưu ý: khi phối hợp corticoid với các thuốc như NSAIDs tác dụng nguy cơ hiệp đồng gây loét tiêu hóa tăng gấp 4 – 5 lần

LOÃNG XƯƠNG DO CORTICOID

Risk of fractures with inhaled corticosteroids in COPD: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies

Yoon K Loke,[1] Rodrigo Cavallazzi,[2] Sonal Singh[3]

Thorax 2011;**66**:699—708.

Cần lưu ý nguy cơ với cả đường xông hít

- Tổng kết 16 TNLS với 17513 bệnh nhân và 7 nghiên cứu quan sát với 69000 bệnh nhân COPD
- ICS làm tăng nguy cơ gãy xương 27% (CI95%: 1,01-1,58) trong các TNLS ngẫu nhiên, đối chứng và 21% (CI95%: 1,12-1,32) trong các nghiên cứu quan sát.
- Tăng liều 500 µg beclomethason làm tăng 9% nguy cơ gãy xương

LOÃNG XƯƠNG DO CORTICOID

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH VỀ CƠ XƯƠNG KHỚP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

4. Chế độ điều trị bổ sung khi sử dụng glucocorticoid

Cần lưu ý chế độ điều trị bổ sung, đặc biệt khi sử dụng với liều prednisolone trên 10mg mỗi ngày, càng phải được thực hiện nghiêm ngặt khi liều càng cao hoặc kéo dài trên 1 tháng.

- Kali: 1-2 gam kali chlorua mỗi ngày.
- Vitamin D: 800 UI kết hợp 1000 mg calci mỗi ngày.
- Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày: Nhóm ức chế bơm proton uống trƣớc khi đi ngủ (omeprazol 20mg…)
- Benzodiazepin trong trƣờng hợp mất ngủ.
- Bisphosphonat (alendronat 70mg/tuần; risedronat 35mg/tuần; ibandronat 150mg/ tháng). **Chỉ định khi sử dụng glucocorticoid kéo dài trên 1 tháng (bất kể liều nào).**

CHẾ ĐỘ LIỀU CORTICOID TRÁNH SUY THƯỢNG THẬN

CHẾ ĐỘ LIỀU ĐIỀU TRỊ CÁCH NGÀY

Giả sử liều ban đầu prednisolone là 60mg/ngày

Giảm 5mg/lần, chu kì 3 ngày cho tới khi đạt liều 20mg/ngày

Ngày	Liều (mg)	Ngày	Liều (mg)
1	55	13	40
2	55	14	35
3	55	15	35
4	50	16	35
5	50	17	30
6	50	18	30
7	45	19	30
8	45	20	25
9	45	21	25
10	45	22	25
11	40	23	20
12	40	24	20

CHẾ ĐỘ LIỀU CORTICOID TRÁNH SUY THƯỢNG THẬN

CHẾ ĐỘ LIỀU ĐIỀU TRỊ CÁCH NGÀY

Giảm 2,5mg/lần, chu kì 3 ngày cho tới khi đạt 0 mg ở ngày định cắt thuốc

Ngày	Liều (mg)	Ngày	Liều (mg)	Ngày	Liều (mg)
25	20	41	20	57	20
26	17,5	42	12,5	58	5
27	20	43	20	59	20
28	17,5	44	10	60	5
29	20	45	20	61	20
30	17,5	46	10	62	2,5
31	20	47	20	63	20
32	15	48	10	64	2,5
33	20	49	20	65	20
34	15	50	7,5	66	2,5
35	20	51	20	67	20
36	15	52	7,5	68	0
37	20	53	20	69	20
38	12,5	54	7,5	70	0
39	20	55	20	71	20
40	12,5	56	5	72	0

KẾT LUẬN

1.Thời gian dùng < 2-3 tuần có thể ngừng thuốc không cần giảm liều.

2.Dùng thuốc cách ngày: trẻ em (giảm nguy cơ chậm phát triển), lupus, hen phế quản, không phù hợp với bệnh nặng cần phác đồ corticoid tích cực.

3.Giảm liều khi thời gian dùng > 3 tuần với liều tương đương prednisolone > 7,5 mg/ngày. Giảm liều quá nhanh: tái phát, quá chậm: tăng tai biến.
Theo dõi trong vòng 1 năm để bổ sung hydrocortisone dự phòng stress.

TƯƠNG TÁC THUỐC

1.Tăng tác dụng KMM

- Ức chế chuyển hóa GC qua CYP3A4: kháng sinh có đuôi “mycin” hay “azol” như:

nhóm macrolid (erythromycin, clarithromycin),
kháng nấm (ketoconazol, itraconazol),
ARV (ritonavir), chẹn canxi (diltiazem), isoniazid

- Hiệp đồng tăng độc tính: hạ kali máu (lợi tiểu thiazid), giãn cơ qua mức (kháng cholinesterase, thuốc giãn cơ), viêm gân/đứt gân (kháng sinh nhóm quinolon)

TƯƠNG TÁC THUỐC

2. Giảm hiệu quả corticoid

- Cảm ứng chuyển hóa GC: chống động kinh (phenytoin, phenobarbital), rifampicin
- Giảm hấp thu corticoid qua đường uống: antacid

**Tương tác thông qua ức chế chuyển hóa áp dụng với cả corticoid đường xông hít hấp thu nhiều vào tuần hoàn chung*

Thank
you!

2.1. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG HEN PHẾ QUẢN

Bộ y tế

Cộng hoà xã hội chủ nghĩa việt nam
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hướng dẫn
Chẩn đoán và điều trị hen người lớn
(Ban hành kèm theo Quyết định số 4776 /QĐ-BYT ngày 04tháng 12 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mức độ kiểm soát		Điều trị
Kiểm soát tốt	Giảm	Duy trì, tìm bậc kiểm soát thấp nhất
Kiểm soát một phần		Tăng bậc để đạt mức kiểm soát
Chưa được kiểm soát	Tăng	Tăng bậc đến khi kiểm soát được
Đợt kịch phát		Điều trị đợt kịch phát

Giảm bậc — **Bậc điều trị** — Tăng bậc

Bước 1	Bước 2	Bước 3	Bước 4	Bước 5
Giáo dục sức khoẻ về Hen				
Kiểm soát môi trường				
Cường β_2 tác dụng nhanh (khi có cơn)	*Cường β_2 tác dụng nhanh (theo nhu cầu)*			
	Chọn một	***Chọn một***	***Thêm một hoặc hơn***	***Thêm một hoặc cả hai***
	ICS * liều thấp	ICS liều thấp cùng với cường β_2 tác dụng dài	ICS liều trung bình hoặc cao cùng với cường β_2 tác dụng dài	Glucocorticoid dạng uống (liều thấp nhất)
	Kháng Leucotrien **	ICS liều trung bình hoặc cao	Kháng Leucotrien	Liệu pháp kháng IgE
		ICS liều thấp cùng kháng Leucotrien	Theophyllin phóng thích chậm	
		ICS liều thấp cùng Theophylin phóng thích chậm		

* ICS - glucocorticosteroid hít; ** Kháng thụ thể hoặc ức chế tổng hợp

CẬP NHẬT XỬ TRÍ VÀ DỰ PHÒNG HEN

ĐIỀU TRỊ THEO BẬC THANG

GINA 2016

	Bước 1	Bước 2	Bước 3	Bước 4	Bước 5
Lựa chọn ưu tiên		Liều thấp ICS	Liều thấp ICS/LABA**	Liều TB/cao ICS/LABA	Xem xét điều trị với - Tiotropium* + - Omalizumab - Mepolizumab*
Lựa chọn khác	Liều thấp ICS	- LTRA - Liều thấp theophylline*	- Liều TB/Cao ICS - Liều thấp ICS + LTRA (hoặc+ theophylline*)	Thêm tiotropium Liều cao ICS+LTRA (or+theophylline*)	Thêm liều thấp OCS
Cắt cơn hen	SABA		SABA hoặc Liều thấp ICS/formoterol #		

* : Không sử dụng cho trẻ em < 12 tuổi

**: Đối với trẻ em 6-10 tuổi: ICS liều trung bình + SABA khi cần

: Liều thấp ICS/formoterol + SABA khi cần hoặc kết hợp ICS liều thấp/formoterol (budesonide or beclnmetasone) để điều trị cả cắt cơn lẫn duy trì

\+ : Tiotropium dạng xịt phun sương là 1 lựa chọn cho bệnh nhân có tiền sử hen nặng (không sử dụng cho trẻ em < 12 tuổi

- SABA: chủ vận β_2 tác dụng nhanh_ngắn
- LABA: chủ vận β_2 tác dụng chậm_kéo dài
- ICS: corticoid đường hít
- OCS: corticoid đường uống
- LTRA: kháng leucotrien

Liều corticosteroid dạng hít

LIỀU CORTICOSTEROID DẠNG HÍT HÀNG NGÀY Ở NGƯỜI LỚN VÀ THIẾU NIÊN > 11 TUỔI

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 furoate (DPI)	100	n.a.	200
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

LIỀU CORTICOSTEROID DẠNG HÍT HÀNG NGÀY Ở TRẺ EM 6 - 11 TUỔI

Beclometasone dipropionate (CFC)*	100–200	>200–400	>400
Beclometasone dipropionate (HFA)	50-100	>100-200	>200
Budesonide (DPI)	100–200	>200–400	>400
Budesonide (nebules)	250–500	>500–1000	>1000
Ciclesonide	80	>80-160	>160
Fluticasone furoate (DPI)	n.a.	n.a.	n.a.
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

CFC: chlorofluorocarbon propellant; DPI: dry powder inhaler; HFA: hydrofluoroalkane propellant; n.a. not applicable
*Beclometasone dipropionate CFC is included for comparison with older literature.

LIỀU CORTICOSTEROID DẠNG HÍT HÀNG NGÀY Ở TRẺ EM < 5 TUỔI

Box 6-6. Low daily doses of inhaled corticosteroids for children 5 years and younger

Drug	Low daily dose (mcg)
Beclomethasone dipropionate (HFA)	100
Budesonide pMDI + spacer	200
Budesonide nebulized	500
Fluticasone propionate (HFA)	100
Ciclesonide	160
Mometasone furoate	Not studied below age 4 years
Triamcinolone acetonide	Not studied in this age group

HFA: hydrofluoralkane propellant; pMDI: pressurized metered dose inhaler

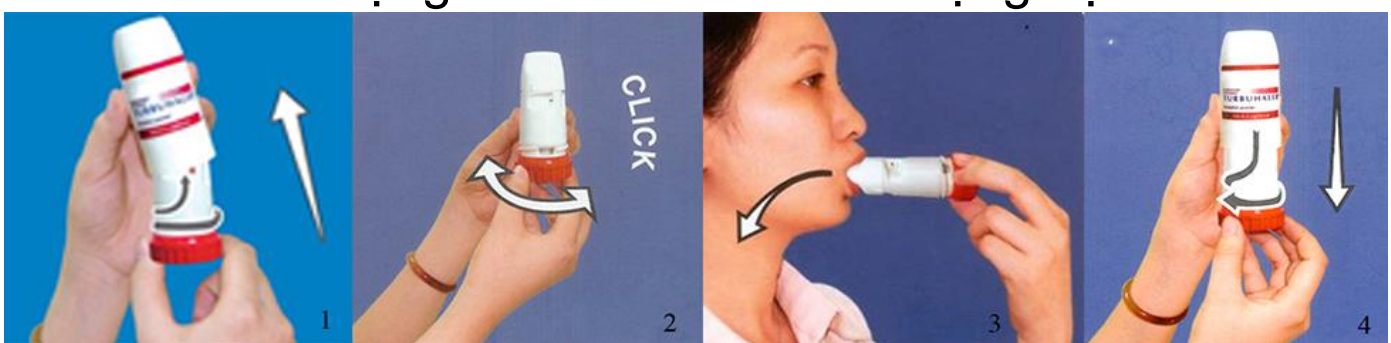
This is not a table of clinical equivalence. A low daily dose is defined as the dose that has not been associated with clinically adverse effects in trials that included measures of safety.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2016 update)

CẦN HƯỚNG DẪN THAO TÁC, GIÁM SÁT TRONG QUÁ TRÌNH SỬ DỤNG CÁC DỤNG CỤ XÔNG HÍT ĐỂ ĐẢM BẢO HIỆU QUẢ TỐI ƯU VÀ TÍNH AN TOÀN

Cách sử dụng bình xịt định liều

Cách sử dụng bình hít turbuhaler dạng bột khô



Quay theo chiều kim đồng hồ | **Quay ngược lại khi nghe "click"** | **Ngậm và hít sâu** | **Đóng nắp**

2.2. SỬ DỤNG CORTICOID TRONG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD)

CÁC THUỐC SỬ DỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ COPD

Đồng vận β_2 tác dụng ngắn

- Fenoterol
- Levalbuterol
- Salbutamol (albuterol)
- Terbutaline

Long-acting

tác dụng kéo dài

- Formoterol
- Indacaterol
- Olodaterol
- Salmeterol

Corticosteroids dạng hít

- Beclomethasone
- Budesonide
- Fluticasone

Corticosteroids hệ thống

- Methy – prednisolone
- Prednisolone

Kết hợp corticosteroid dạng hít và đồng vận β_2 tác dụng kéo dài

- Formoterol/ beclomethasone
- Formoterol/budesonide
- Formoterol/mometasone
- Salmeterol/fluticasone

Kháng cholinergic (tác dụng ngắn)

Short-acting

- Ipratropium bromide
- Oxitropium bromide

tác dụng ngắn kéo dài

- Tiotropium

Đồng vận β_2 tác dụng ngắn kết hợp kháng cholinergic dạng hít

- Fenoterol/ipratropium
- Salbutamol/ipratropium

Methylxanthines

- Aminophylline
- Theophylline (SR)

Phosphodiesterase-4 inhibitors

- Roflumilast

GOLD guideline 2017

CORTICOSTEROID TRONG ĐIỀU TRỊ COPD

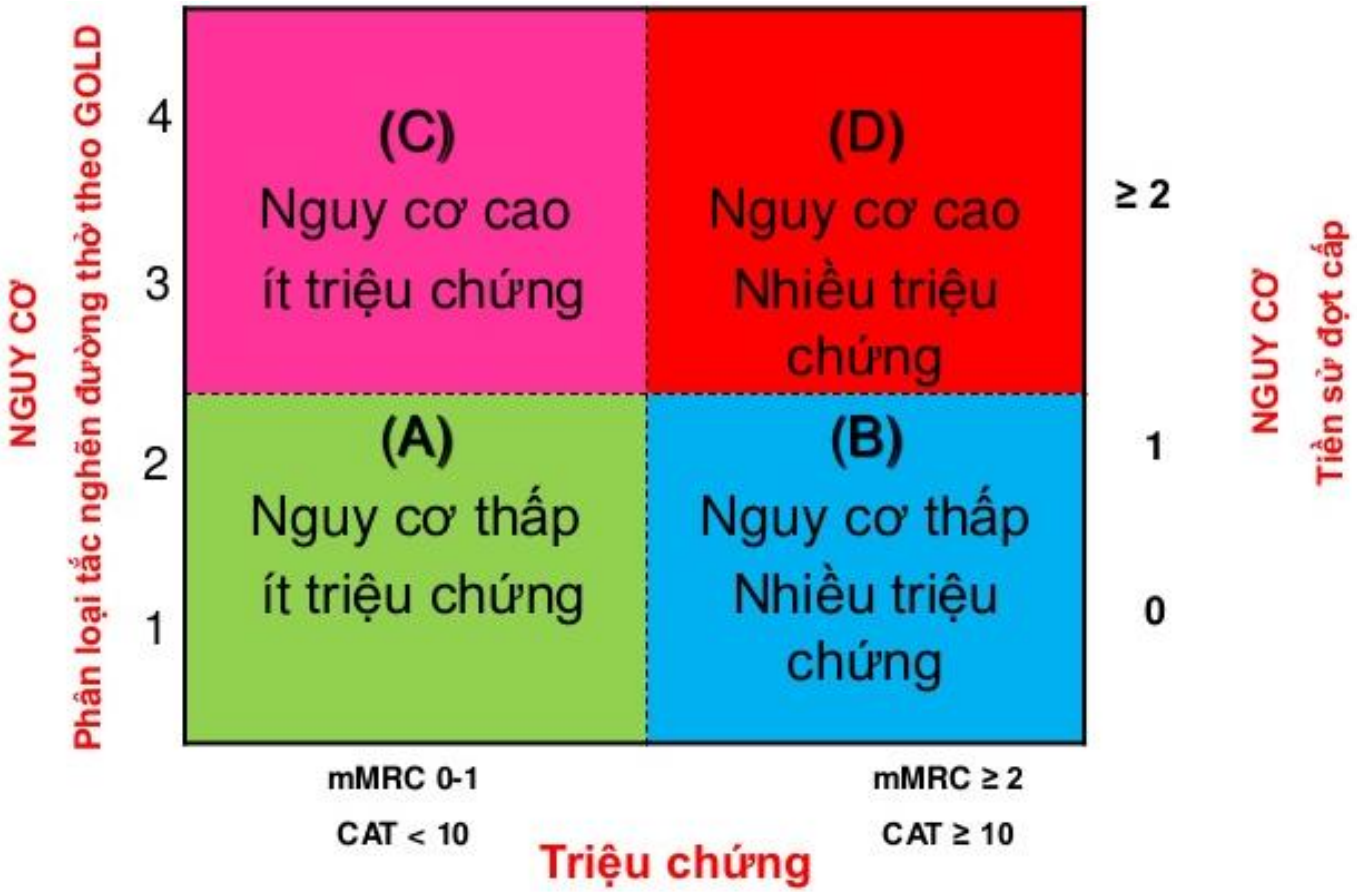
Corticosteroid dạng hít là liệu pháp thứ 2 trong điều trị COPD ổn định

1. Corticosteroid dạng hít điều trị thường xuyên cải thiện triệu chứng, chức năng hô hấp và chất lượng cuộc sống, làm giảm tần suất các đợt cấp ở bệnh nhân COPD có FEV1 < 60%

2. Liệu pháp kết hợp:

Corticosteroid dạng hít kết hợp với một đồng vận β_2 tác dụng dài hiệu quả hơn các thành phần riêng lẻ trong việc cải thiện chức năng hô hấp, tình trạng sức khỏe và giảm các đợt cấp ở bệnh nhân COPD trung bình đến rất nặng

PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG COPD THEO GOLD 2017



ĐIỀU TRỊ GOLD 2017

Nhóm A

Thuốc giãn phế quản

Đánh giá hiệu quả

Tiếp tục, ngưng hoặc thử thuốc giãn PQ nhóm khác

Nhóm B

Thuốc GPQ tác dụng dài (LABA hoặc LAMA)

Triệu chứng vẫn còn

LAMA + LABA

Nhóm C

LAMA

Vẫn còn đợt kịch phát

LAMA + LABA

LABA + ICS

Nhóm D

LAMA

LAMA + LABA

LABA + ICS

Vẫn còn đợt kịch phát

LAMA + LABA + ICS

Vẫn còn đợt kịch phát

Vẫn còn Triệu chứng/ đợt kịch phát

Xem xét Roflumilast Nếu FEV1<50% và có VPQ mãn

Xem xét macrolide (tiền căn hút thuốc lá)

CORTICOID TRONG ĐIỀU TRỊ COPD

Giai đoạn I: BPTNMT nhẹ	Giai đoạn II: BPTNMT trung bình	Giai đoạn III: BPTNMT nặng	Giai đoạn IV: BPTNMT rất nặng
FEV1/FVC < 70%, FEV1 ≥ 80% trị số lý thuyết. Có hoặc không có triệu chứng mạn tính (ho, khạc đờm, khó thở).	FEV1/FVC <70% 50% ≤ FEV1 < 80% trị số lý thuyết. Có hoặc không có các triệu chứng mạn tính (ho, khạc đờm, khó thở).	FEV1/FVC <70% 30% ≤ FEV1 < 50% trị số lý thuyết. Thường có các triệu chứng mạn tính (ho, khạc đờm, khó thở).	FEV1/FVC < 70% FEV1 < 30% trị số lý thuyết hoặc có dấu hiệu lâm sàng của suy hô hấp mạn tính.
Tránh các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, bụi, hoá chất. Giáo dục về bệnh và cách theo dõi điều trị, tiêm phòng vaccin cúm 1 lần/năm.			
Dùng các thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn khi cần thiết (salbutamol, terbutalin, ipratropium hoặc theophyllin).			
	Dùng thường xuyên thuốc GPQ tác dụng kéo dài. Phục hồi chức năng hô hấp.		
		Hít corticoid nếu các triệu chứng và chức năng hô hấp cải thiện đáng kể khi dùng thuốc này hoặc có các đợt cấp tái phát ≥ 3 lần/3 năm.	
			Điều trị oxy dài hạn tại nhà nếu có suy hô hấp mạn tính nặng. Xét điều trị phẫu thuật.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp
Ban hành kèm theo quyết định 4235/QĐ-BYT ngày 31/10/2012

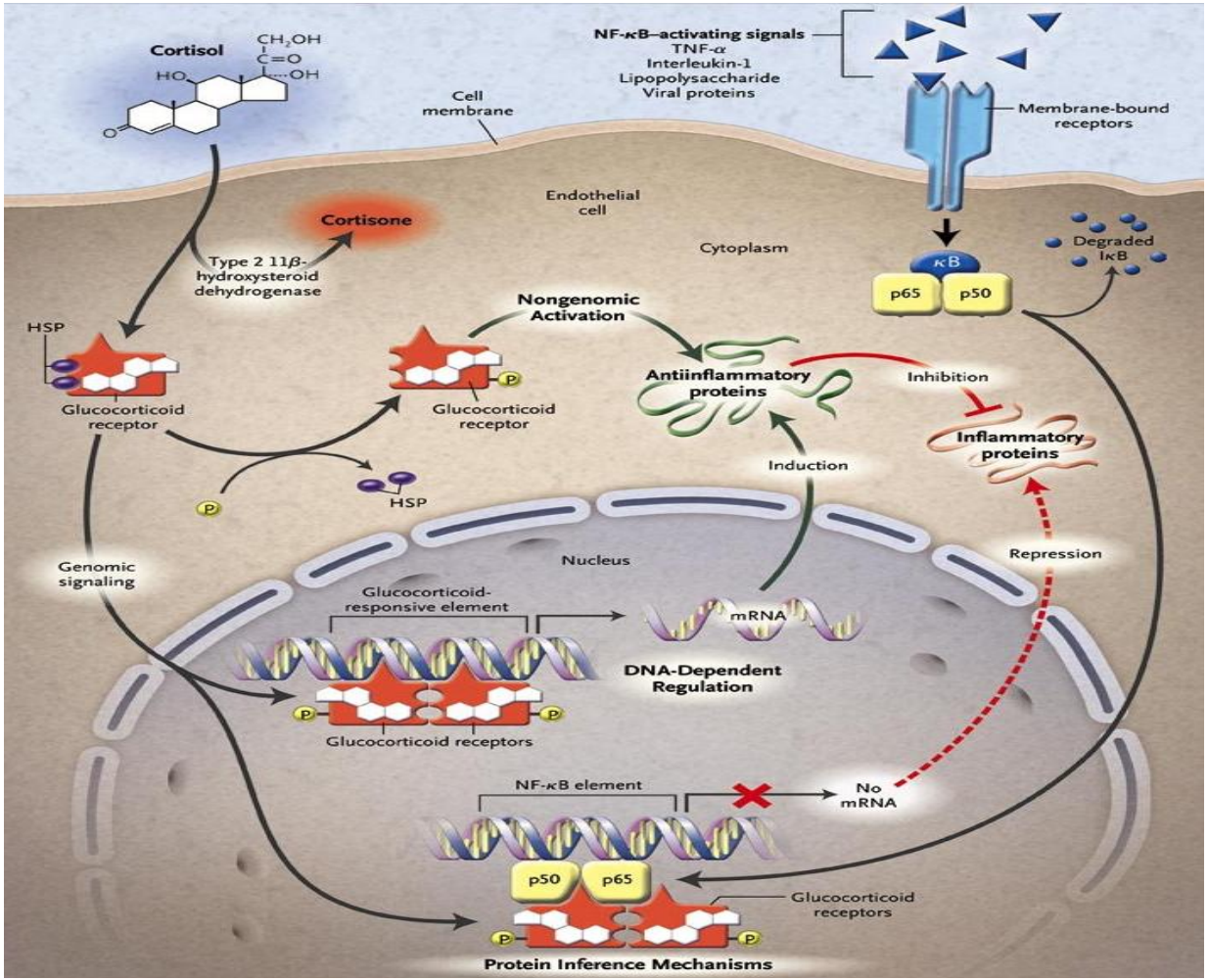
Liệu corticoid có vai trò trong cấp cứu cơn hen phế quản và đợt cấp COPD??

Corticoid có cơ chế chống viêm kép

Tác động trực tiếp đến gen

Tác động không thông qua gen

CƠ CHẾ CHỐNG VIÊM



N Engl J Med 2005; 353:1711-1723

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG Ở NGƯỜI LỚN

- Thuốc giãn phế quản:

– **Salbutamol** hoặc **terbutalin** dung dịch khí dung 5 mg: Khí dung qua mặt nạ 20 phút/lần, có thể khí dung đến 3 lần liên tiếp nếu sau khi khí dung 1 lần chưa có hiệu quả.

- Corticoid:

+ Methylprednisolon (ống 40 mg) tiêm tĩnh mạch + Hoặc prednisolon 40-60 mg uống + Hoặc hydrocortison 100 mg tiêm tĩnh mạch.	Dùng 6- 8 giờ 1 lần

Khi bệnh nhân đã ra khỏi cơn hen nặng: giảm liều dần trước khi dừng thuốc. Kết hợp với corticoid tại chỗ (xịt hoặc khí dung qua máy).

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp (Bộ Y tế - 2012)

Corticoid trong xử trí đợt cấp COPD

PHẦN 2: HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐỢT CẤP

4.5.3. Điều trị đợt cấp mức độ nặng (điều trị tại tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương)

- Tiếp tục các biện pháp điều trị đã nêu ở trên. Theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, SpO2.
- Thở oxy 1-2 lít/phút sao cho SpO2 > 90% và thử lại khí máu sau 30 phút nếu có điều kiện.
- Tăng số lần xịt hoặc khí dung các thuốc giãn phế quản lên 6 - 8 lần với các thuốc giãn phế quản cường β2- adrenergic phối hợp với kháng chollinergic (Berodual, Combivent).
- Nếu không đáp ứng với các thuốc khí dung thì dùng salbutamol, terbutalin truyền tĩnh mạch với liều 0,5 – 2mg/giờ, điều chỉnh liều thuốc theo đáp ứng của bệnh nhân. Truyền bằng bơm tiêm điện hoặc bầu đếm giọt.
- Methylprednisolon (Solumedrol, Methylnol...): 2 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia làm 2 lần.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Bộ Y tế - 2012)

CORTICOID TRONG ĐỢT CẤP COPD – KHUYẾN CÁO GOLD

1. Điều trị bằng thuốc:

- Kháng sinh (mức độ bằng chứng B)
- Thuốc giãn phế quản (mức độ bằng chứng A)
- Corticosteroid (mức độ bằng chứng A)

2. Có bằng chứng cho thấy sử dụng corticosteroid toàn thân trong đợt cấp COPD cải thiện chức năng hô hấp và khí máu, tăng hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ tái phát

3. Prednisolon hoặc methylprednisolone 40mg/ngày x 5 – 7 ngày được khuyến cáo

4. Khí dung budesonide có thể là lựa chịn thay thế cho corticosteroid đường uống

5. Lưu ý các tác dụng phụ của corticosteroid toàn thân