

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN SỨC KHỎE NGHỀ NGHIỆP
Chủ biên: PGS. TS. KHƯƠNG VĂN DUY

ĐIỀU TRỊ HỌC BỆNH NGHỀ NGHIỆP

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Hà Nội - 2017

Chủ biên: PGS. TS. KHƯƠNG VĂN DUY

LỜI NÓI ĐẦU

Để đáp ứng nhu cầu cho các bác sĩ làm công tác điều trị bệnh nghề nghiệp tại các bệnh viện, các bệnh xá, trạm y tế của các Doanh nghiệp cũng như sinh viên, bác sĩ chuyên khoa cấp 1, cấp 2, thạc sĩ Y học dự phòng, bác sĩ định hướng chuyên khoa bệnh nghề nghiệp của Trường đại học Y Hà Nội có sách để tham khảo. Tôi biên soạn cuốn sách “**Điều trị học bệnh nghề nghiệp**” nhằm mục đích phục vụ nhu cầu cho học viên, bác sĩ định hướng bệnh nghề nghiệp, các bác sĩ làm việc trong lĩnh vực y tế dự phòng (bệnh nghề nghiệp), các bác sĩ làm việc tại các bệnh viện đa khoa... có được những kiến thức cơ bản và hiện đại về điều trị các bệnh nghề nghiệp đã được bảo hiểm từ năm 1976 đến nay và những bệnh nghề nghiệp chưa được bảo hiểm bao gồm những bệnh nghề nghiệp đặc hiệu và không đặc hiệu liên quan đến quá trình lao động, nguyên tắc điều trị và điều trị cụ thể nhằm phục hồi lại sức khỏe cho người lao động. Đặc biệt quyển sách này trang bị những kiến thức cơ bản cũng như việc chẩn đoán đúng và xử trí đúng các bệnh liên quan đến nghề nghiệp của người lao động.

Trong quá trình biên soạn, bên cạnh kiến thức cơ bản về điều trị bệnh đã bổ sung những thông tin mới nhất về các thuốc và kỹ thuật điều trị bệnh nghề nghiệp trên thế giới và Việt Nam. Những kinh nghiệm thực tiễn của nhiều năm làm công tác giảng dạy và nghiên cứu khoa học, điều trị về lĩnh vực Sức khỏe nghề nghiệp cũng được chắt lọc đưa vào cuốn sách này.

Với lần xuất bản đầu tiên, cuốn sách chắc chắn không tránh khỏi những thiếu sót.

Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc để lần xuất bản sau được tốt hơn

TÁC GIẢ

PGS. TS. Khương Văn Duy

MỤC LỤC

<i>Lời nói đầu</i>	3
Chương 1. Bệnh phổi - phế quản nghề nghiệp	7
Bệnh bụi phổi Silic	7
Bệnh bụi phổi Amiăng	15
Ung thư trung biểu mô	21
Bệnh bụi phổi bông (Byssinosis)	23
Bệnh bụi phổi talc	25
Bệnh bụi phổi than	29
Bệnh bụi phổi sắt (Siderosis)	38
Bệnh bụi phổi Barit	41
Bệnh bụi phổi Bauxite	44
Bệnh bụi phổi đường	48
Bệnh Berili	50
Hen nghề nghiệp	53
Viêm phế quản mạn tính nghề nghiệp	58
Tai nạn thương tích phổi do hơi khí kích thích	62
Bệnh viêm phổi nghề nghiệp do gia cầm	64
Chương 2. Độc chất học nghề nghiệp	66
Nhiễm độc chì vô cơ nghề nghiệp	66
Nhiễm độc chì hữu cơ nghề nghiệp	73
Nhiễm độc thủy ngân vô cơ nghề nghiệp	75
Nhiễm độc hợp chất thủy ngân hữu cơ nghề nghiệp	78
Nhiễm độc benzen và các đồng đẳng của benzen nghề nghiệp	80
Nhiễm độc mangan nghề nghiệp	85
Nhiễm độc asen nghề nghiệp	89
Nhiễm độc oxyd cacbon nghề nghiệp	93
Nhiễm độc hóa chất bảo vệ thực vật nghề nghiệp	96
Nhiễm độc TNT (Trinitrotoluen) nghề nghiệp	103

Nhiễm độc nicotin nghề nghiệp	106
Nhiễm độc cadimi nghề nghiệp	109
Nhiễm độc sunfua dioxyd (SO ₂) nghề nghiệp	113
Chương 3. Bệnh da nghề nghiệp.....	116
Bệnh da nghề nghiệp do crôm.....	116
Bệnh sạm da nghề nghiệp	119
Bệnh nốt dầu nghề nghiệp.....	121
Bệnh viêm loét da, viêm móng và xung quanh móng nghề nghiệp (tiếp xúc môi trường ấm ướt, lạnh kéo dài)	124
Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc với cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su	128
Bệnh viêm da kích thích do tiếp xúc nghề nghiệp	132
Bệnh viêm da tiếp xúc dị ứng nghề nghiệp.....	139
Chương 4. Bệnh nghề nghiệp do các yếu tố vật lý	143
Bệnh điếc nghề nghiệp.....	143
Bệnh rung chuyển nghề nghiệp.....	146
Bệnh giảm áp	149
Bệnh phóng xạ (bức xạ ion hóa) nghề nghiệp	152
Bệnh đục thể thủy tinh nghề nghiệp.....	158
Các tổn thương liên quan đến ergonomics.....	159
Chương 5. Bệnh nghề nghiệp do các yếu tố sinh học.....	169
Bệnh lao nghề nghiệp.....	169
Bệnh viêm gan virus nghề nghiệp.....	174
Nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp	178
Bệnh Leptospira nghề nghiệp	192
Tài liệu tham khảo.....	195

Chương 1

BỆNH PHỔI - PHỄ QUẢN NGHỀ NGHIỆP

BỆNH BỤI PHỔI SILIC

1. ĐỊNH NGHĨA BỆNH BỤI PHỔI SILIC

Bệnh bụi phổi silic là tình trạng bệnh lý ở phổi do thở hít bioxyd silic (SiO_2) hoặc silic tự do.

2. NGHỀ NGHIỆP TIẾP XÚC

- Công nhân khai thác đá.
- Công nhân sản xuất vật liệu xây dựng (xi măng, gạch chịu lửa).
- Sản xuất đá mỹ nghệ.
- Công nhân khai thác than.
- Công nhân khai thác vàng.
- Sản xuất tấm lợp, tiếp xúc với amiăng.
- Luyện kim, cơ khí...

3. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử tiếp xúc.
- Cận lâm sàng:
 - + Chụp phim phổi theo tiêu chuẩn ILO-2000: nốt mờ nhỏ tròn đều, thường tập trung cả 3 vùng phổi, có thể có đám mờ lớn.
 - + Thăm, dò chức năng hô hấp: hội chứng hạn chế, hội chứng tắc nghẽn hoặc hỗn hợp.
- Lâm sàng: khó thở (tùy theo giai đoạn), đau tức ngực, ho khan hoặc có đờm...

4. GIAI ĐOẠN BỆNH

4.1. Thể mạn tính (thể cổ điển)

- Triệu chứng bệnh thường xuất hiện sau 10 - 20 năm tiếp xúc bụi silic trước khi thấy hình ảnh bất thường trên phim Xquang phổi.
- Hình ảnh trên phim Xquang: có bóng mờ nhỏ tròn đều đường kính $\leq 10\text{mm}$, chủ yếu ở vùng trên phổi. Có thể kèm theo các hình lưới mờ.

- Có thể gặp hạt silico ở màng phổi, hạch to ở rốn phổi khoảng 5 - 10%, các hạch này có thể vôi hóa kiểu vỏ trứng (egg-shell).

- Có thể thấy hình ảnh hạt silico bị vôi hoá nhưng rất hiếm gặp và thường thấy ở thợ gốm do thở hít các loại muối calci và silic.

4.2. Thể tiến triển nhanh

- Xảy ra ở người tiếp xúc nhiều với bụi, thời gian ngắn (5 - 10 năm).

- Triệu chứng tương tự như bệnh bụi phổi silic thể mạn tính, nhưng tốc độ phát triển của thể này nhanh hơn nhiều. Thường bị lao phổi kèm theo.

- Có thể có triệu chứng của bệnh tự miễn.

4.3. Thể cấp tính

- Bệnh phát triển nhanh, sau thời gian ngắn hít thở bụi silic có hàm lượng cao.

- Triệu chứng lâm sàng nổi bật là thở yếu, sút cân nhanh, ho nhiều đờm, đau ngực, xanh tím, có sốt, có thể gặp ngón tay dùi trống, ran hầu hết khắp hai phổi, đôi khi còn gặp cả các triệu chứng ngoài phổi như thận, gan.

- Hình ảnh Xquang phổi.

- Bệnh diễn biến nhanh, suy hô hấp, giảm oxy máu. Nặng hơn dẫn đến tử vong.

4.4. Thể xơ hoá khối

- Bệnh bụi phổi silic thể xơ hoá khối tiến triển thường là chậm, xơ hoá ngày càng lan toả, tuy nhiên có thể gặp ở cả thể cấp tính.

- Hình ảnh Xquang: nhiều hạt silico ở đây hai bên phổi, nhiều nốt nhỏ kết hợp với nhau tạo thành những đám mờ lớn có đường kính $\geq 10\text{mm}$.

- Bệnh còn có thể xuất hiện cả sau khi không còn tiếp xúc với bụi nữa.

- Xét nghiệm: giảm khả năng khuếch tán với cacbon monoxyl, giảm phân áp oxy máu động mạch lúc nghỉ và khi gắng sức, rối loạn thông khí hạn chế.

- Thường kèm theo viêm phế quản mạn tính do bụi gây ra triệu chứng ho, khạc đờm, rối loạn thông khí tắc nghẽn.

- Hay gặp kèm theo nhiễm khuẩn tái diễn, lao phổi.

4.5. Các thể khác

- Viêm phế quản mạn tính.

- Khí phế thũng.

- Suy chức năng hô hấp, phần lớn do xơ hóa và khí thũng.

- Hội chứng Caplan - Colinet: là một thể nặng, gặp ở người lao động mỏ than có viêm khớp dạng thấp kèm theo bệnh bụi phổi silic.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Chiến lược điều trị

Hiện nay chưa có thuốc điều trị khỏi bệnh bụi phổi silic, do vậy chiến lược điều trị bao gồm:

- Chống và giảm quá trình xơ hóa.
- Khó thở dùng thuốc giãn phế quản, thở oxy.
- Ho, khạc đờm: dùng thuốc giảm ho, loãng đờm.
- Bội nhiễm: khạc đờm màu vàng hoặc màu xanh; xét nghiệm máu: bạch cầu tăng đặc biệt đa nhân trung tính, CRP tăng sử dụng kháng sinh toàn thân.
- Rửa phổi, thở khí kiềm.
- Phục hồi chức năng hô hấp: tập thở, khí công...
- Tiêm phòng cúm và phế cầu.
- Ghép phổi.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Chống và giảm quá trình xơ hóa

5.2.1.1. Corticoide toàn thân

Giảm và làm chậm quá trình xơ hóa phổi. 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 nặng của bệnh.

- Liều 1mg/kg cân nặng/ngày x 12 tuần đầu, không quá 100mg/ngày.
- Nếu người bệnh dung nạp thuốc tốt: giảm liều còn 0,5mg/kg cân nặng trong vòng 3 tháng.
- 6 tháng sau: giảm liều còn 0,25mg/kg cân nặng.
- Liều duy trì trong thời gian 2 năm hoặc cả cuộc đời: liều 0,25mg/kg cân nặng.

Dùng cortocoid thường có tác dụng phụ không mong muốn như: tăng đường huyết, loãng xương, tăng huyết áp, viêm loét đường tiêu hóa, rối loạn thần kinh cơ... Đề phòng viêm loét đường tiêu hóa sử dụng:

Trong khi sử dụng thuốc corticoid dùng thuốc băng bó, bảo vệ niêm mạc dạ dày như:

- Phosphalugel: 1 - 2 gói/2 - 3 lần/ngày uống ngay sau ăn trước khi uống thuốc corticoid.
- Sucrate gel: đóng gói 5ml, liều lượng 1 - 2 gói/2 lần/ngày, uống trước bữa ăn 1 giờ.
- Pepsan (gaiazulen 4mg, dimeticon 3g) dạng gel dùng cho bệnh nhân tiểu đường.
- Polisilane gel midy 15g dạng gói.

- Gel de midy polysilan. Liều lượng 1 - 2 gói/2 lần ngày/uống trước bữa ăn.
- + Tăng đường huyết: chế độ ăn giảm chất tinh bột, đường.
- + Loãng xương: bổ sung calci.

5.2.1.2. Phối hợp corticoid toàn thân với thuốc giảm miễn dịch

- Corticosteroid dùng kết hợp với các thuốc ức chế hệ thống miễn dịch khác, như: methotrexate hay cyclosporin.

+ Cyclosporin (cyclophosphamid): liều 1,5-2mg/kg/ngày, sau 6 tuần tăng lên 4mg/kg cân nặng/ngày trong 7-14 ngày. Liều được điều chỉnh để duy trì số lượng bạch cầu > 4 G/L, thời gian 3 tháng.

+ Có thể dùng một số thuốc ức chế miễn dịch khác như: Azathioprine (khởi liều 50mg/ngày, sau đó tăng 25mg/ngày trong 7 - 14 ngày để đạt liều 1,5-2mg/kg/ngày);

- Corticosteroid + N-acetylcystein, một dẫn xuất của một acid amin tự nhiên, để prednisone có thể làm giảm bệnh ở một số người.

5.2.1.3. D-penicilamin

- Liều khởi đầu 125 - 250mg/24 giờ trong 4 tuần đầu, sau đó tăng liều thêm một lượng bằng liều ban đầu, cứ 4 tuần một lần cho đến khi các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm và cải thiện chức năng hô hấp.

- Liều duy trì tùy thuộc vào đáp ứng của từng cá thể, thông thường 500 - 700mg/24 giờ chia 3 lần. Trong vài tháng đầu có thể chưa thấy cải thiện được bệnh. Một số ít người bệnh có thể phải dùng tới 2000mg/24 giờ để có tác dụng tốt.

- Nên ngừng điều trị nếu không đạt hiệu quả cải thiện chức năng hô hấp trong vòng 12 tháng. Khi liều dùng đáp ứng thì nên duy trì mức này 6 tháng, sau đó giảm còn 250mg/ngày, duy trì trong vòng 2 - 3 tháng.

Chú ý: người bệnh dùng D-penicilamin cần được theo dõi chặt chẽ:

- Công thức máu và xét nghiệm phân tích nước tiểu phải làm hàng tuần trong hai tháng đầu điều trị và sau mỗi lần thay đổi liều lượng.

- Sau thời gian này, xét nghiệm mỗi tháng một lần.

- Nếu tiểu cầu giảm xuống dưới 120.000/mm³ hoặc bạch cầu dưới 2500/mm³ cần ngừng thuốc. Khi công thức máu trở lại bình thường, có thể dùng lại thuốc với liều thấp.

5.2.1.4. Colchicine

Ức chế đại thực bào sản sinh ra fibronectin và tăng sinh nguyên bào sợi.

Liều điều trị 0,6 - 1,2mg/ngày trong 3 tháng.

5.2.1.5. Pirfenidone (Pirfendione và Nintedanib)

Liều uống: viên hàm lượng 267mg, có thể dùng liều 1197mg/ngày hoặc 2403mg/ngày tùy theo bệnh nhân, thời gian điều trị 52 tuần.

5.2.2. Thuốc giãn 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 β_2 và kháng cholinergic.

+ Đồng vận β_2 : ventolin 5mg/ml phun khí dung mỗi lần cách nhau 6 - 8 giờ.

+ Kháng cholinergic + đồng vận β_2 : combiven 1 - 2 ống hoặc Berodual 40 - 60 giọt, phun khí dung mỗi lần cách nhau 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.

- Thuốc giãn phế quản khác: Maxair, Ventolin, Serevent, Proventil, Primatene, Accu-Hale và Xopenex.

5.2.3. Kháng sinh

Marcolides: clarithromycin, zithromycin hoặc,

Cephalosporin thế hệ II: cefuroxime hoặc,

Doxyciline.

+ Thể cấp tính, hội chứng Caplan - Colinet: sử dụng kháng sinh phổ rộng, dùng liều cao, kéo dài khi ho khạc đờm màu vàng hoặc xanh, xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân tăng, CRP tăng:

Quinolon: levofloxacin, moxifloxacin, ciprofloxacin...

Cephalosporin thế hệ III: cefoperazone (sonesul), ceftazidime, ceftriazone...

Augmentin (amoxicillin + clavulanate).

Hoặc sử dụng cephalosporin thế hệ IV: cefipime.

Kháng sinh họ beta-lactam: imipenem, cilastatin...

5.2.4. Thở oxy

- Thở oxy gọng: liều lượng < 2 lít/phút, không nên cho bệnh nhân thở > 2lít/phút vì nguy cơ tăng PaCO₂ hoặc ức chế hô hấp. Thời gian thở cho đến khi bệnh nhân ra khỏi đợt cấp.

- Thở qua mặt nạ (mask) ventury: ưu điểm hơn thở qua ống thông mũi vì có hệ thống chỉnh nồng độ oxy hít vào. Liều lượng < 28%.

– Theo dõi chặt chẽ khí máu động mạch: pH, PaCO₂, PaO₂- Đo KMĐM (khí máu động mạch) trong vòng 60 phút đầu, mỗi khi thay đổi liều oxy và mỗi khi có thay đổi diễn biến lâm sàng.

Điều chỉnh liều oxy sao cho đạt được PaO₂ > 60mmHg (8kPa) hoặc SaO₂ > 90% mà không làm PaCO₂ tăng quá mức.

5.2.5. Thông khí hỗ trợ

5.2.5.1. Thông khí hỗ trợ không xâm nhập

- Cải thiện triệu chứng.
- Cải thiện công cơ hô hấp.
- Cải thiện thông khí phế nang.
- Giảm tỷ lệ đặt nội khí quản.
- Giảm chi phí và thời gian nằm viện.

Chỉ định:

Khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

1. Tần số thở > 25 lần/phút.
2. Khó thở từ trung bình đến nặng: dùng cơ hô hấp phụ hoặc thở bụng ngực nghịch thường.
3. Toan máu mức độ vừa tới nặng (pH: 7,2-7,35) + tăng PaCO₂ (45-60mmHg).

Chống chỉ định:

- Bệnh nhân ngưng thở.
- Tụt huyết áp.
- Rối loạn nhịp phức tạp.
- Rối loạn tri giác.
- Chấn thương vùng đầu mặt.
- Bệnh nhân không hợp tác.

Tiến hành:

Ngày đầu: 12 - 16 giờ/ngày hoặc liên tục, chỉ ngưng lại để ăn uống, ho khạc đờm hoặc nghỉ ngơi.

Những ngày sau: giảm dần thời gian thở tùy theo trạng thái lâm sàng của người bệnh, có những đợt tạm nghỉ khoảng 2 - 4 giờ.

Các mode thở thường sử dụng trong thông khí không xâm lấn: thông khí qua mặt nạ với áp lực dương liên tục hoặc ngắt quãng: ACV, CPAP, BiPAP.

5.2.5.2. Thông khí hỗ trợ áp lực dương xâm nhập

- Chỉ định:
 - + Tần số thở > 35 lần/phút.
 - + Bệnh nhân phải dùng tất cả cơ hô hấp phụ.
 - + Thở ngực bụng nghịch đảo.
 - + Rối loạn tri giác.
 - + Bệnh nhân ngưng thở.
 - + Toan hô hấp nặng (pH < 7,2).
 - + Giảm oxy máu + truy tuần hoàn.
 - + Thở không xâm nhập thất bại...

5.2.6. Rửa phổi

Chỉ định cho bệnh nhân bị mắc bệnh bụi phổi silic có kích thước p/p hoặc q/q mật độ đám mờ từ 1/0 đến 2/2.

- Chống chỉ định:
 - + Dị dạng khí phế quản nặng.
 - + Bệnh lý phổi: lao phổi tiến triển, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản, bệnh màng phổi, u phổi...
 - + Suy chức năng tim, gan, thận, hô hấp.
 - + U ác tính.
 - + Rối loạn đông máu.

Điều kiện súc rửa phổi thứ nhất: hai phổi cô lập hoàn toàn; áp lực đường thở khi thở 2 phổi dưới 20cmH₂O, áp lực đường thở khi thở một phổi dưới 30cmH₂O, các chỉ số sinh tồn trong giới hạn bình thường.

Lượng dịch súc rửa: lượng dịch súc rửa của mỗi lần súc rửa từ 1000 đến 1200ml dung dịch NaCl 0,9% ở 37⁰C.

Số lần súc rửa không vượt quá 12 lần.

Tổng số lượng dịch súc rửa không vượt quá 12000ml/phổi.

Sau khi rửa xong phổi thứ nhất: cho bệnh nhân thở PEEP, chế độ thở PEEP sau khi rửa phổi nhằm chống phù phổi, chống xẹp phế nang, tăng dung tích khí cần chức năng.

Lượng dịch còn lại trong phổi trên 1000ml hoặc huyết áp thấp thì chống chỉ định thở PEEP cho bệnh nhân.

Súc rửa phổi thứ hai:

- Nghe phổi rì rào phế nang phổi thứ nhất cơ bản được hồi phục,

- Áp lực đường thở bên phổi thứ nhất dưới 30cmH₂O và hai phổi dưới 20cmH₂O; khí máu bình thường.
- Các chỉ số sinh tồn bình thường,
- Kiểm tra ống nội khí quản còn đúng vị trí không.
Tiến hành rửa phổi thứ hai giống như phổi thứ nhất.

5.2.7. Thở khí kiềm

Dung dịch Natri bicarbonat 2% được đun nóng lên từ 38 đến 40⁰C, sau đó cho 15ml dung dịch này vào máy xông họng bình thường.

Mỗi ngày thở từ 5 đến 7 phút.

Mỗi đợt điều trị 10 - 15 ngày.

5.2.8. Ghép phổi

Cho những bệnh nhân xơ hóa nặng, tỷ lệ CV thực tế/CV lý thuyết < 50%.

BỆNH BỤI PHỔI AMIĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA BỆNH BỤI PHỔI AMIĂNG

Là bệnh do tiếp xúc với bụi amiăng trong môi trường lao động một thời gian dài và lặp đi lặp lại với bụi dẫn đến hậu quả làm xơ hóa phổi thậm trí cả ngay sau khi ngừng tiếp xúc.

Phân loại theo ICD-9-CM bệnh bụi phổi amiăng có mã số là 501, và theo ICD-10 mã số là J61.

2. NGHỀ NGHIỆP TIẾP XÚC

- Thợ hàn.
- Xưởng đóng tàu.
- Người lao động sản xuất vật liệu cách điện.
- Người lao động sản xuất tấm lợp.
- Thợ lợp nhà, thay mái nhà.
- Người lao động nhà máy sản xuất ô tô.

3. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử tiếp xúc: tiếp xúc với amiăng từ 7 - 10 năm, ít nhất là 5 năm liên tục tính từ thời điểm bắt đầu tiếp xúc.

- Cận lâm sàng

+ Thăm, dò chức năng hô hấp: hội chứng hạn chế, hội chứng tắc nghẽn hoặc hỗn hợp. Thay đổi chức năng hô hấp có trước tổn thương trên phim Xquang.

+ Chụp phim phổi theo tiêu chuẩn ILO-2000: đám mờ nhỏ không tròn đều, tập trung ở vùng giữa và dưới; có thể có đám mờ lớn; dày màng phổi, calci hóa màng phổi...

+ Xét nghiệm đờm: sợi amiăng, thể asbest.

- Lâm sàng: nghe ran nổ nhỏ hạt tập trung ở đáy phổi, không mất đi khi thay đổi tư thế, ho và tồn tại lâu. Ran nổ có trước cả rối loạn chức năng hô hấp. Ngón tay dùi trống.

4. CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ BỆNH BỤI PHỔI AMIĂNG

4.1. Phân loại theo mức độ tổn thương mô bệnh học

4.1.1. Giai đoạn 0

Xơ hóa tổn thương thành của ít nhất một tiểu phế quản, có hoặc không có lan sang các tổ chức liền kề.

4.1.2. Giai đoạn 1

Tổn thương xơ hóa giống như giai đoạn 0 nhưng tổn thương rộng hơn.

4.1.3. Giai đoạn 2

Xơ hóa nặng hơn ở phế nang và ống dẫn phế nang ở hai hay nhiều phế nang liền kề.

4.1.4. Giai đoạn 3

Tổ chức xơ tiến triển và xơ hóa tất cả ống dẫn phế nang và những phế nang nằm liền kề.

4.1.5. Giai đoạn 4

Xuất hiện tổn thương hình tổ ong và tổn thương nhu mô phổi rộng.

4.2. Phân loại theo mức độ tổn thương

4.2.1. Mức độ A

Chỉ tổn thương một vài tiểu phế quản còn lại hầu hết các tiểu phế quản bình thường.

4.2.2. Mức độ B

Nhiều tiểu phế quản bị tổn thương nhưng chưa quá một nửa số tiểu phế quản.

4.2.3. Mức độ C

Trên một nửa số tiểu phế quản bị tổn thương xơ hóa.

5. Điều trị

5.1. Chiến lược điều trị

Hiện nay chưa có thuốc điều trị khỏi bệnh bụi phổi amiăng, do vậy chiến lược điều trị bao gồm:

- Chống và giảm quá trình xơ hóa.
- Khó thở dùng thuốc giãn phế quản, thở oxy.
- Ho, khạc đờm: dùng thuốc giảm ho, loãng đờm.
- Bội nhiễm: khạc đờm màu vàng hoặc màu xanh; xét nghiệm máu: bạch cầu tăng đặc biệt đa nhân trung tính, CRP tăng sử dụng kháng sinh toàn thân.
- Rửa phổi, thở khí kiềm.
- Phục hồi chức năng hô hấp: tập thở, khí công...
- Ghép phổi.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Chống và giảm quá trình xơ hóa

5.2.1.1. Corticoide toàn thân

- Liều 1mg/kg cân nặng/ngày x 12 tuần đầu, không quá 100mg/ngày.
- Nếu người bệnh dung nạp thuốc tốt: giảm liều còn 0,5mg/kg cân nặng trong vòng 3 tháng.
- 6 tháng sau: giảm liều còn 0,25mg/kg cân nặng.
- Liều duy trì trong thời gian 2 năm hoặc cả cuộc đời: liều 0,25mg/kg cân nặng.

Đề phòng viêm loét đường tiêu hóa sử dụng thuốc băng bó, bảo vệ niêm mạc dạ dày như:

- Phosphalugel: 1 - 2 gói/2 - 3 lần/ngày uống ngay sau ăn trước khi uống thuốc corticoid.
- Sucrate gel: đóng gói 5ml, liều lượng 1 - 2 gói/2 lần/ngày, uống trước bữa ăn 1 giờ.
- Pepsan (gaiazulen 4mg, dimeticon 3g) dạng gel dùng cho bệnh nhân tiểu đường.
- Polysilane gel midy 15g dạng gói,
- Gel de midy polysilan: liều lượng 1 - 2 gói/2 lần ngày/uống trước bữa ăn.
- Tăng đường huyết: chế độ ăn giảm chất tinh bột, đường.
- Loãng xương: bổ sung calci.

5.2.1.2. Phối hợp corticoid toàn thân với thuốc giảm miễn dịch

- Corticosteroid dùng kết hợp với các thuốc ức chế hệ thống miễn dịch khác, như: methotrexate hay cyclosporin.

+ Cyclosporin (cyclophosphamid): liều 1,5-2mg/kg/ngày, sau 6 tuần tăng lên 4mg/kg cân nặng/ngày trong 7-14 ngày. Liều được điều chỉnh để duy trì số lượng bạch cầu > 4 G/L, thời gian 3 tháng.

+ Có thể dùng một số thuốc ức chế miễn dịch khác như: Azathioprine (khởi liều 50mg/ngày, sau đó tăng mỗi 25mg/ngày trong 7 - 14 ngày để đạt liều 1,5-2 mg/kg/ngày).

- Corticosteroid + N-acetylcystein, một dẫn xuất của một acid amin tự nhiên, để prednisone có thể làm giảm bệnh ở một số người.

5.2.1.3. D- penicilamin

Thuốc có tác dụng ức chế sự tổng hợp sợi tạo keo do đó có khả năng ứng dụng vào việc điều trị ngăn chặn xơ hoá phổi.

Điều trị theo phác đồ giống như bệnh viêm khớp dạng thấp:

- Liều khởi đầu 125 - 250mg/24 giờ trong 4 tuần đầu, sau đó tăng liều thêm một lượng bằng liều ban đầu, cứ 4 tuần một lần cho đến khi các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm và cải thiện chức năng hô hấp.

– Liều duy trì tùy thuộc vào đáp ứng của từng cá thể, thông thường 500 - 700mg/24 giờ chia 3 lần. Trong vài tháng đầu có thể chưa thấy cải thiện được bệnh. Một số ít người bệnh có thể phải dùng tới 2000mg/24 giờ để có tác dụng tốt.

– Nên ngừng điều trị nếu không đạt hiệu quả cải thiện chức năng hô hấp trong vòng 12 tháng. Khi liều dùng đáp ứng thì nên duy trì mức này 6 tháng, sau đó giảm còn 250mg/ngày, duy trì trong vòng 2 - 3 tháng.

Chú ý: người bệnh dùng D-penicilamin cần được theo dõi chặt chẽ:

– Công thức máu và xét nghiệm phân tích nước tiểu phải làm hàng tuần trong hai tháng đầu điều trị và sau mỗi lần thay đổi liều lượng.

– Sau thời gian này, xét nghiệm mỗi tháng một lần.

– Nếu tiểu cầu giảm xuống dưới 120.000/mm³ hoặc bạch cầu dưới 2500/mm³ cần ngừng thuốc. Khi công thức máu trở lại bình thường, có thể dùng lại thuốc với liều thấp.

5.2.1.4. Colchicine

Ức chế đại thực bào sản sinh ra fibronectin và tăng sinh nguyên bào sợi.

Liều điều trị 0,6 - 1,2mg/ngày trong 3 tháng.

5.2.1.5. Pirfenidone (Pirfenidone và Nintedanib)

Liều uống: viên hàm lượng 267mg, có thể dùng liều 1197mg/ngày hoặc 2403mg/ngày tùy theo bệnh nhân, thời gian điều trị 52 tuần.

5.2.2. Thuốc giãn 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 β_2 và kháng cholinergic.

– Đồng vận β_2 : ventolin 5mg/ml phun khí dung mỗi lần cách nhau 6 - 8 giờ.

– Kháng cholinergic + đồng vận β_2 : Combivent 1 - 2 ống hoặc Berodual 40 -60 giọt, phun khí dung mỗi lần cách nhau 6 - 8 giờ.

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

5.2.3. Kháng sinh

– Thể mạn tính cổ điển: không có ho, khác đờm đặc màu vàng hoặc xanh, không cần sử dụng kháng sinh.

– Thể xơ hóa khối, viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng... đo chức năng hô hấp tỷ lệ CV thực tế/CV lý thuyết > 50% hoặc có hội chứng tắc nghẽn kèm theo, sử dụng kháng sinh họ:

Macrolides: clarithromycin, zithromycin hoặc,

Cephalosporin thế hệ II: cefuroxime hoặc,

Doxyciline.

– Thể cấp tính, hội chứng Caplan - Colinet: sử dụng kháng sinh phổ rộng, dùng liều cao, kéo dài khi ho khác đờm màu vàng hoặc xanh, xét nghiệm máu bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân tăng, CRP tăng:

Quinolon: levofloxacin, moxifloxacin, ciprofloxacin...

Cephalosporin thế hệ III: cefoperazone (sonesul), ceftazidime, ceftriazone...

Augmentin (amoxicillin + clavulanate),

Hoặc sử dụng cephalosporin thế hệ IV: cefipime.

Kháng sinh họ beta-lactam: imipenem, cilastatin...

5.2.4. Thở oxy

– Thở oxy gong: liều lượng < 2 lít/phút, không nên cho bệnh nhân thở > 2lít/ phút vì nguy cơ tăng PaCO₂ hoặc ức chế hô hấp. Thời gian thở cho đến khi bệnh nhân ra khỏi đợt cấp.

– Thở qua mặt nạ (mask) ventury: ưu điểm hơn thở qua ống thông mũi vì có hệ thống chỉnh nồng độ oxy hít vào. Liều lượng < 28%.

Theo dõi chặt chẽ khí máu động mạch: pH, PaCO₂, PaO₂- Đo KMDM trong vòng 60 phút đầu, mỗi khi thay đổi liều oxy và mỗi khi có thay đổi diễn biến lâm sàng.

Điều chỉnh liều oxy sao cho đạt được PaO₂ > 60mmHg (8kPa) hoặc SaO₂ > 90% mà không làm PaCO₂ tăng quá mức.

5.2.5. Thông khí hỗ trợ

5.2.5.1. Thông khí hỗ trợ không xâm nhập

Chỉ định:

Khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

1. Tần số thở > 25 lần/phút.
 2. Khó thở từ trung bình đến nặng: dùng cơ hô hấp phụ hoặc thở bụng ngực nghịch đảo.
 3. Toan máu mức độ vừa tới nặng (pH: 7,2-7,35) + tăng PaCO₂ (45-60mmHg).
- Chống chỉ định:

- Bệnh nhân ngưng thở.
- Tụt huyết áp.
- Rối loạn nhịp phức tạp.
- Rối loạn tri giác.
- Chấn thương vùng đầu mặt.

- Bệnh nhân không hợp tác.

Tiến hành:

Ngày đầu: 12- 16 giờ/ngày hoặc liên tục, chỉ ngưng lại để ăn uống, ho khạc đờm hoặc nghỉ ngơi.

Những ngày sau: giảm dần thời gian thở tùy theo trạng thái lâm sàng của người bệnh, có những đợt tạm nghỉ khoảng 2 - 4 giờ.

Các mode thở thường sử dụng trong thông khí không xâm lấn: thông khí qua mặt nạ với áp lực dương liên tục hoặc ngắt quãng: ACV, CPAP, BiPAP.

5.2.5.2. Thông khí hỗ trợ áp lực dương xâm nhập

- Chỉ định:

- + Tần số thở > 35 lần/phút.
- + Bệnh nhân phải dùng tất cả cơ hô hấp phụ.
- + Thở ngực bụng nghịch đảo.
- + Rối loạn tri giác.
- + Bệnh nhân ngưng thở.
- + Toan hô hấp nặng ($\text{pH} < 7,2$).
- + Giảm oxy máu + truy tuần hoàn.
- + Thở không xâm nhập thất bại...

5.2.6. Rửa phổi

Chỉ định cho bệnh nhân bị mắc bệnh bụi phổi amiăng có kích thước s/s hoặc t/t mật độ đám mờ từ 1/0 đến 2/2.

- Chống chỉ định:

- + Dị dạng khí phế quản nặng.
- + Bệnh lý phổi: lao phổi tiến triển, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản, bệnh màng phổi, u phổi...
- + Suy chức năng tim, gan, thận, hô hấp.
- + U ác tính.
- + Rối loạn đông máu.

5.2.7. Thở khí kiềm

Dung dịch Natri bicarbonat 2% được đun nóng lên từ 38 đến 40⁰C, sau đó cho 15ml dung dịch này vào máy xông họng bình thường.

Mỗi ngày thở từ 5 đến 7 phút.

Mỗi đợt điều trị 10 - 15 ngày.

5.2.8. Ghép phổi

Cho những bệnh nhân xơ hóa nặng, tỷ lệ CV thực tế/CV lý thuyết < 50%.