

HỘI NGHỊ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC



NỘI SAN THÁNG 07/2020

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN
HỘI HÔ HẤP TP HỒ CHÍ
MINH VÀ ĐÀO TẠO Y KHOA
LIÊN TỤC LẦN THỨ 14**

**ĐỊA ĐIỂM: TRUNG TÂM HỘI NGHỊ THÀNH ỦY
272 VÕ THỊ SÁU, QUẬN 3, TP.HCM**

TP.HCM, NGÀY 03-04/07/2020

BAN TỔ CHỨC TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



GlaxoSmithKline



Boehringer
Ingelheim

NHÀ TÀI TRỢ VÀNG



NHÀ TÀI TRỢ BẠC



MSD
INVENTING FOR LIFE



**ZUELLIG
PHARMA**

NHÀ TÀI TRỢ ĐỒNG



IMEXPHARM
Sự cam kết ngay từ đầu



Phuong Dong

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

Ngày 03 07	CME NHI KHOA VÀ THI NHÀ NGHIÊN CỨU TRẺ NHI KHOA: CẤP CỨU HÔ HẤP NHI – TỪ CƠ BẢN ĐẾN CHUYÊN SÂU		
	THỜI GIAN: 8:00-11:30		
ĐỊA ĐIỂM: BV NHI ĐỒNG 2 TPHCM 33 NGUYỄN DU P. BẾN NGHÉ, Q1 TPHCM			
GIẢNG VIÊN:			
PGS TS PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM			
PGS TS PHẠM MINH HỒNG			
TS BS TRẦN ANH TUẤN			
PGS TS PHẠM VĂN QUANG			
PGS TS PHÙNG NGUYỄN THẾ NGUYỄN			
NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH			
STT	Chủ đề	Báo cáo viên	Thời gian
1	Tiếp cận bệnh nhi khó thở	PGS TS Phan Hữu Nguyệt Diễm , GV cao cấp Bộ môn Nhi ĐHYD TPHCM	9:00 - 9:20
2	Cập nhật xử trí cơn hen cấp ở trẻ em	TS BS Trần Anh Tuấn Trưởng khoa Hô hấp BV NĐ 1	9:20-9:40
3	Các kỹ năng cấp cứu hô hấp căn bản ở trẻ em	PGS TS Phạm Văn Quang GV Bộ môn Nhi trường ĐH YK Phạm Ngọc Thạch	9:00-10:00
	Giải lao		10:00- 10:20
4	Khí dung trong cấp cứu hô hấp nhi -	PGS TS Phạm Thị Minh Hồng , Phó Khoa Y- ĐHYDPHCM	10:20 -10:40

5	Cập nhật về hồi sức cấp cứu hô hấp nhi nâng cao	PGS TS Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Bộ môn Nhi ĐHYD TPHCM	10:40 - 11:00
6	Q & A	Ban giảng huấn	11:00 -11:30

Ngày 03 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid white; margin: 5px 0;"/> 07	<p style="text-align: center;">THI NHÀ NGHIÊN CỨU TRẺ NHI KHOA</p> <p style="text-align: center;">THỜI GIAN: 13:30 – 16:00</p>
---	--

Ngày 03 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid white; margin: 5px 0;"/> 07	<p style="text-align: center;">CME, THI POSTER VÀ THI NHÀ NGHIÊN CỨU TRẺ HÔ HẤP NGƯỜI LỚN</p> <p style="text-align: center;">THỜI GIAN: 13:30-16:00</p>									
<p style="text-align: center;">1 - KMDM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ TD ĐIỀU TRỊ SHH CẤP</p> <p style="text-align: center;">ĐỊA ĐIỂM: HỘI TRƯỜNG HOA SEN 1</p> <p style="text-align: center;">GIẢNG VIÊN: TS BS LÊ THƯỢNG VŨ, BS CKII BÙI XUÂN PHÚC</p>										
<p>PHẦN LÝ THUYẾT</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">THỜI GIAN</th> <th style="text-align: left;">NỘI DUNG</th> <th style="text-align: left;">GIẢNG VIÊN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13:30-13:45</td> <td>Pre-test</td> <td>TS BS Lê Thượng Vũ và ban giảng huấn</td> </tr> <tr> <td>13:45-14:15</td> <td>Các khái niệm về thăng bằng kiềm toan, tiếp cận phân tích khí máu động mạch về rối loạn thăng bằng kiềm toan</td> <td>BSCK2 Bùi Xuân Phúc GV BM Nội DHYD TPHCM</td> </tr> </tbody> </table>		THỜI GIAN	NỘI DUNG	GIẢNG VIÊN	13:30-13:45	Pre-test	TS BS Lê Thượng Vũ và ban giảng huấn	13:45-14:15	Các khái niệm về thăng bằng kiềm toan, tiếp cận phân tích khí máu động mạch về rối loạn thăng bằng kiềm toan	BSCK2 Bùi Xuân Phúc GV BM Nội DHYD TPHCM
THỜI GIAN	NỘI DUNG	GIẢNG VIÊN								
13:30-13:45	Pre-test	TS BS Lê Thượng Vũ và ban giảng huấn								
13:45-14:15	Các khái niệm về thăng bằng kiềm toan, tiếp cận phân tích khí máu động mạch về rối loạn thăng bằng kiềm toan	BSCK2 Bùi Xuân Phúc GV BM Nội DHYD TPHCM								

14:15-14:45	Phân tích oxy hóa máu qua khí máu động mạch. Các ca lâm sàng kinh điển.	TS BS Lê Thượng Vũ Phó Khoa HH BVCR
14:45-15:00	Giải lao- Chia nhóm học viên	

PHẦN WORKSHOP

Thời gian	Ca lâm sàng 1	Ca lâm sàng 2	Ca lâm sàng 3
	Bs Trần Ngọc Thái Hoà Bs Lê thị Kim Chi	BSCK2 Bùi Xuân Phúc, Bs Nguyễn Hồ Lam	TS Lê Thượng Vũ, Bs Trần thị Thuý Tường
15:00-15:30	Học viên nhóm 1	Học viên nhóm 3	Học viên nhóm 2
15:30-16:00	Học viên nhóm 2	Học viên nhóm 1	Học viên nhóm 3
16:00-16:30	Học viên nhóm 3	Học viên nhóm 2	Học viên nhóm 1
16:30-17:00	Post-test – Giải đáp thắc mắc - Tổng kết		

2 - THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP NÂNG CAO

ĐỊA ĐIỂM: HỘI TRƯỜNG HOA SEN 2

GIẢNG VIÊN: PGS TS LÊ THỊ TUYẾT LAN, BSCKII ĐẶNG THỊ KIM HUYÊN, THS BS VŨ TRẦN THIÊN QUÂN, BS TRẦN QUỐC TÀI

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

STT	Chủ đề	Báo cáo viên	Thời gian
1	Kỹ thuật và cách phân tích kết quả phế thân ký	BS Trần Quốc Tài Khoa TDCN HH BV ĐHYD	13:30 – 14:00
2	Ứng dụng phế thân ký trong tiếp cận khó thở không rõ nguyên nhân	PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan Chủ tịch Liên chi hội Hen-Dị ứng TPHCM	14:00 – 14:40
	Giải lao		14:40 – 14:55
3	Thăm dò chức năng hô hấp ở bệnh nhi	BSCKII Đặng Thị Kim Huyền Trưởng khoa khám bệnh - BVNĐ2	14:55 – 15:25
4	Phân tích ca lâm sàng phế thân ký	ThS.BS Vũ Trần Thiên Quân GV BM Sinh Lý – SLB MD, ĐHYD TPHCM	15:25 – 16:05

5	Ứng dụng phé thân ký trong lượng giá tiền phẫu	PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan Chủ tịch Hội Liên chi hội Hen-Dị ứng TPHCM	16:05 – 16:30
---	--	---	---------------

3 – X-QUANG & CT SCAN NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH HÔ HẤP

ĐỊA ĐIỂM: HỘI TRƯỜNG HOA SEN 3

GIẢNG VIÊN: PGS TRẦN VĂN NGỌC, TS BS ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH, TS BS NGUYỄN VĂN THỌ

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

STT	Chủ đề	Báo cáo viên	Thời gian
1	Kỹ thuật và nguyên tắc phân tích CT ngực dành cho bác sĩ lâm sàng	TS BS Nguyễn Văn Thọ CN BM Lao & Bệnh phổi ĐHYD TPHCM	13:30-14:15
2	Các tổn thương cơ bản ở phổi	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Liên chi hội HH TPHCM	14:15-15:00
	Giải lao		15:00-15:15
3	Chẩn đoán phân biệt tổn thương phế nang	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Liên chi hội HH TPHCM	15:15-15:45
4	CT scan ngực trong chẩn đoán bệnh hô hấp	TS BS Đỗ Thị Tường Oanh GV ĐHYK Phạm Ngọc Thạch	15:45-17: 00

14:30- 16:00: CHẤM THI POSTER:

BS CKII NGUYỄN ĐÌNH DUY, BS CKII VÕ ĐỨC CHIẾN

ĐỊA ĐIỂM: TẦNG TRỆT

14:30 – 16:30: CHẤM THI NHÀ NGHIÊN CỨU TRẺ HÔ HẤP (TIẾNG ANH VÀ VIỆT):

TS BS LÊ KHẮC BẢO, TS BS NGUYỄN VĂN THỌ, THS BS DƯƠNG DUY KHOA (THƯ KÝ).

ĐỊA ĐIỂM: (HỘI TRƯỜNG HOA SEN 4)

<p>Ngày</p> <p>04</p> <hr/> <p>07</p>	<p>HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN LIÊN CHI HỘI HÔ HẤP TP HỒ CHÍ MINH 2020</p>
<p>8:00- 9:00</p>	<p>Tổng kết 5 năm hoạt động Liên chi hội Hô hấp TP Hồ Chí Minh 2015-2020 và Đại hội Liên chi hội Hô hấp TP Hồ Chí Minh nhiệm kỳ 2020-2025</p>
<p>9:00-9:15:</p>	<p>Văn nghệ chào mừng</p>
<p>9:15-9:45</p>	<p>Khai mạc hội nghị</p>
<p>HỘI NGHỊ PHIÊN TOÀN THỂ</p> <p>Thời gian: 9:15-11:15</p> <p>Địa điểm: Hội trường 3 (lầu 3)</p> <p>Chủ toạ đoàn: GS TS Ngô Quý Châu, PGS TS Đinh Ngọc Sỹ, PGS TS Lê Thị Tuyết Lan, PGS TS Trần Văn Ngọc</p>	
<p>1. Đại dịch Coronavirus: từ cơ chế sinh học phân tử SARS-CoV-2 đến bệnh lý học COVID-19" (Video 25p) <i>GS TS Đinh Xuân Anh Tuấn, Hiệu trưởng ĐH Corse Pháp</i></p>	
<p>2. Cập nhật COVID-19 và xử trí bệnh hô hấp trên BN COVID19 (25p) <i>PGS TS Trần Văn Ngọc . Chủ tịch Liên chi hội Hô hấp TPHCM</i></p>	
<p>3. PMI: Đánh giá tiềm năng giảm thiểu nguy cơ ung thư phổi của các sản phẩm chứa nicotin và thuốc lá thế hệ mới - Vấn đề của việc đáp ứng liều dùng (video 20p). <i>GS. David Khayat, Khoa Ung thư ĐH Pierre & Marie, Pháp</i></p>	
<p>4. GSK: Ho gà: tác nhân thầm lặng gây đợt cấp bệnh hô hấp mạn tính (20p). <i>BS Gaurav Mathur . GĐYK vaccine GSK</i></p>	
<p>11:20-12:20</p>	<p>Lunch Symposium của các công ty:</p>

	Astra-Zeneca (HT Hoa sen) Bayer (HT Hoa sen 1) Sanofi – Aventis (HT Hoa sen 2) Boehringer Ingelheim (HT Hoa sen 3) Novartis (HT Hoa sen 4)
12:20 -13:10	Cơm trưa tại TT Hội nghị - HT HOA SEN
13:15-16:45	Hội thảo chuyên đề tại 5 hội trường
17:00	Tổng kết phát thưởng và tiệc chiêu đãi tại Hội trường chính

SESSION 1: NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

Địa điểm: Hội trường Hoa sen

Thời gian: 13:15 – 16:45

Chủ tọa: PGS TS Đinh Ngọc Sỹ, PGS TS BS Trần Văn Ngọc, PGS TS Lê Tiến Dũng, TS BS Phạm Hùng Vân

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15– 13:35	Tác nhân vi sinh gây VPBV qua KQ nghiên cứu bằng Real time PCR	TS BS Phạm Hùng Vân Chủ tịch Liên chi hội Vi sinh Lâm sàng TP HCM
13:35- 13:55	Ứng dụng tin sinh học dựa trên web để phân tích gen kháng thuốc và cơ chế gây bệnh của vi khuẩn thường gây viêm phổi bệnh viện.	TS BS Nguyễn Sĩ Tuấn. Trưởng khoa Vi sinh, Bệnh viện Thống Nhất tỉnh Đồng Nai
13:55- 14:05	Sanofi: Lợi ích của việc chuyển đổi từ đường tiêm sang đường uống trong thực hành lâm sàng	PGS TS DS Nguyễn Hoàng Anh GD TT DI & ADR quốc gia
14:05- 14:15	Bayer: cập nhật điều trị VPCĐ từ IDSA 2019 và áp dụng vào thực tiễn đề kháng tại VN. Vai trò của Fluoroquinolone ?	PGS TS BS Lê Tiến Dũng TK Hô hấp BV ĐHYD TPHCM
14:15 14:25	MSD: Chiến lược điều trị kháng sinh hiệu quả, giảm gánh nặng chi phí trong nhiễm khuẩn bệnh viện	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Liên chi hội Hô hấp TPHCM

14:25– 14:45	Cập nhật viêm phổi cộng đồng ATS-IDSA 2019	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Liên chi hội Hô hấp TPHCM
14:45– 15:05	VV- ECMO trong ARDS: cập nhật điều trị	TS BS CKII Phan Thị Xuân TK ICU BV Chợ Rẫy
15:05– 15:20	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:20– 15:40	Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn.	PGS TS Vũ Văn Giáp PGĐ TT Hô Hấp BV Bạch Mai
15:40– 16:00	Tình hình sinh men carbanemase và đề kháng kháng sinh, do <i>K. pneumoniae</i> trong viêm phổi bệnh viện	BS CKII Trần Thị Thanh Nga Nguyên TK Vi sinh BVCR
16:00– 16:10	Abbott: những bằng chứng mới về cải thiện tỉ lệ tử vong của Clarithromycin trong VPCĐ	BS. Huỳnh Đan Phương Quản lý Y khoa VPĐD Abbott Dược phẩm
16:10 16:20	Thermofisher: Procalcitonin: từ IDSA và WHO để thực hành lâm sàng	TS BS Cao Xuân Thục Phó Khoa Hô Hấp BVCR
16:20– 16:40	Thách thức và giải pháp điều trị vi khuẩn gram âm đa kháng kháng sinh- Cập nhật ECCMID 2019	PGS TS BS Lê Tiến Dũng TK HH BV ĐHYD TPHCM
16:40– 16:50	Q&A và Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn
17:00	Tổng kết hội nghị, phát thưởng thi poster, nhà nghiên cứu trẻ và tiệc chiều tại hội trường Hoa Sen	Chủ tọa đoàn

SESSION 2: HÔ HẤP NHI

Địa điểm: Hội trường Hoa sen 2.

Thời gian: 13:15 – 16:45, ngày 4/7/2020

Chủ tọa: PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm, PGS TS BS Phạm Thị Minh Hồng, TS BS Trần Anh Tuấn

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:35	Cập nhật về tiếp cận ho ở trẻ em	PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm GV Cao cấp BM Nhi ĐHYD TPHCM
13:35-13:55	Cập Nhật GINA 2020	PGS TS Lê Thị Tuyết Lan Chủ tịch Liên chi hội Hen dị ứng – MDLS TPHCM
13:55-14:05 14:05-14:15		
14:15-14:35	5 ca bệnh phổi hình móng ngựa tại BVNĐ2	BS.CK2 Trần Quỳnh Hương. TK Hô hấp 2, BV Nhi đồng 2
14:35-14:55	Viêm tiểu phế quản tắc nghẽn ở trẻ em	PGS TS Phạm Thị Minh Hồng Phó Khoa Y – ĐHYD TPHCM
14:55-15:10	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:10-15:30	Cập nhật về điều trị hen/khò khè khởi phát do nhiễm virus	TS BS Trần Anh Tuấn TK Hô hấp BV NĐ1
15:30-15:40 15:40-15:50	Giới thiệu chuyên đề của công ty	
15:50-16:10	GERD biểu hiện tại đường hô hấp ở trẻ em	PGS TS BS Nguyễn Anh Tuấn GV BM Nhi ĐHYD TPHCM
16:10-16:30	Hen nhi và bệnh đồng mắc	BS CKII Đặng kim Huyền TK Khám bệnh BV NĐ2 TPHCM
16:30-16:45	Q&A và Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn
17:00	Tổng kết hội nghị, phát thưởng thi poster, nhà nghiên cứu trẻ và tiệc chiều tại hội trường Hoa Sen	Chủ tọa đoàn

SESSION 3: UNG THƯ PHỔI và OSA

Địa điểm: Hội trường 1

Thời gian: 13:15 – 16:45, ngày 4/7/2020

Chủ tọa: GS TS Ngô Quý Châu, PGS TS Đỗ Kim Quế, TS BS Lê Thượng Vũ

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:40	Cập nhật điều trị ung thư phổi không TB nhỏ GD sớm	PGS TS Đỗ Kim Quế PGĐ BV Thống Nhất
13:40-14:05	Miễn dịch trong trị liệu ung thư phổi	TS BS Lê Tuấn Anh GD TTUB BVCR
14:05- 14:15 14:15-14:25	PMI: so sánh hệ quả gây ho của hành vi hút thuốc lá điếu, sử dụng sản phẩm thuốc lá làm nóng, hoặc cai thuốc lá (video)	Dr. Francesco Sergio Medical Director
14:20 -14:45	Hướng dẫn cài đặt chế độ thở áp lực dương và gắn kín mặt nạ trong điều trị OSA	ThS BS Đặng Thị Mai Khuê Khoa Hô hấp BVCR
14:45 -15:00	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:00 -15:25	Hoá trị + liệu pháp nhắm trúng đích: điều cấm kỵ hay cơ hội chữa lành?	TS BS Lê Thượng Vũ Phó Khoa Hô hấp BVCR
15:25 -15:50	Tiếp cận chẩn đoán và điều trị OSA qua ca lâm sàng	TS BS Lê Khắc Bảo Phó Khoa Hô hấp BVND GD
15:50 - 16:00	Giới thiệu chuyên đề của công ty	
16:00 - 16:25	Các cạm bẫy khi phân tích đa ký giấc ngủ trong chẩn đoán OSA.	ThS BS Nguyễn Hữu Hoàng PK Phổi Việt TPHCM
16:25- 16:50	Q&A và Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn
17:00	Tổng kết hội nghị, phát thưởng thi poster, nhà nghiên cứu trẻ và tiệc chiều tại hội trường Hoa Sen	Chủ tọa đoàn

SESSION 4: BỆNH PHỔI MÔ KẼ VÀ BỆNH PHỔI MẠN TÍNH

Địa điểm: HT Hoa sen 3

Thời gian: 13:15 – 16:45

Chủ tọa: BSCKII Nguyễn Đình Duy, BS CKII Võ Đức Chiến, PGS TS Vũ Văn Giáp

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:35	Những thách thức về chẩn đoán và điều trị suy tim kèm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	ThS BS Nguyễn Xuân Tuấn Anh GV chính BM Nội ĐHYD TPHCM
13:35 -14:05	Tiếp cận chẩn đoán và điều trị SSC-ILD và PF-ILD	PGS TS Vũ Văn Giáp PGĐ TT Hô hấp BV Bạch Mai
14:05 -14:25	Phân tích hình ảnh CT scan trong chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ.	BS Lê Hữu Linh TT Y khoa Medic
14:25-14:45	Bệnh phổi mô kẽ - Thách thức và giải pháp	BS Huỳnh Anh Tuấn Khoa Hô Hấp BVĐK Cần Thơ
14:45-15:00	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:00-15:20	Proteinosis: cập nhật điều trị	ThS BS Dương Minh Ngọc GV BM Nội ĐHYD TPHCM
15:20-15:40	Melioidosis phổi	ThS BS Nguyễn Hồ Lam GV BM Nội ĐHYD TPHCM
15:40-15:50	PMI: Tiếp cận Giảm thiểu tác hại cho Người hút thuốc: Làm sao để giảm nguy cơ bệnh hô hấp mạn tính? (video)	Dr. Francesco Sergio GD Y Khoa cty PMI
15:50-16:10	NTM (NonTuberculosis Mycobacteria) trong bệnh lý giãn phế quản	BS CKII Nguyễn Đình Duy PGĐ BV PNT TPHCM
16:10-16:30	Cập nhật chẩn đoán và điều trị lao phổi	TS BS Nguyễn Văn Thọ CN BM Lao & Bệnh phổi ĐHYD TPHCM

16:30-16:45	Q&A và Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn
17:00	Tổng kết hội nghị, phát thưởng thi poster, nhà nghiên cứu trẻ và tiệc chiều tại hội trường Hoa sen	Chủ tọa đoàn

SESSION 5: HEN – COPD

Địa điểm: Hội trường Hoa sen 4

Thời gian: 13:15 – 16:45, ngày 4/7/2020

Chủ tọa: PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan, PGS TS BS Phạm Thị Ngọc Thảo, TS BS Nguyễn Văn Thành.

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:35	Khó thở không rõ nguyên nhân và Test vận động tim mạch hô hấp gắng sức	PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan. Chủ tịch Hội hen-dị ứng TP HCM
13:35 - 13:55	ECCO2R và các ứng dụng (extracorporeal removal of CO2)	PGS TS Phạm Thị Ngọc Thảo PGĐ BVCR, CN BM HSCC ĐHYD TPHCM
13:55- 14:05 14:05 - 14:15 14:15 - 14:25	Boehringer: Cá thể hoá dụng cụ hít trên BN COPD GSK: + Quản lý hiệu quả bệnh nhân COPD nhiều triệu chứng +Tác nhân phổ biến và KS trong điều trị đợt cấp COPD	TS BS Lê Thị Thu Hương TK Hô hấp BVNDGD BS Phan Thị Thanh Vân Phụ trách y khoa GSK ThS BS Trần T. Tố Quyên GV chính BM Nội ĐHYK PNT
14:25-14:40	Đợt cấp COPD: từ định nghĩa đến thực hành	TS BS Nguyễn Văn Thành PCT Hội Phổi VN
14:40-14:55	Hen nặng- nguy kịch: BS đa khoa cần làm gì trước khi chuyển chuyên	TS BS Nguyễn như Vinh TK TDCN BV ĐHYD TPHCM

	khoa	
14:55-15:10	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:10-15:25	COPD và bệnh giãn phế quản: Đồng mắc hay chồng lấp	TS BS Đỗ Thị Tường Oanh Nguyên TK COPD BV PNT
15:25-15:35	Boehringer: Kiểm soát triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN COPD	PGS TS Lê tiên Dũng TK Hô hấp BV ĐHYD TPHCM
15:35-15:45	Genetica: Công Nghệ Giải Mã Gen và Trí Tuệ Nhân Tạo và nguy cơ viêm đường hô hấp cấp do virus	TS. Bùi Thanh Duyên Giám đốc Khoa Học công ty Genetica
15:45 -15:55	Astra: cập nhật khuyến cáo quản lý hen mới	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Liên chi Hội Hô hấp TPHCM
15:55 - 16:10	Số lượng bạch cầu ái toan máu có hữu ích & đáng tin trong điều trị hen và COPD không?	BS Hồ Thanh Nhân UV BCH Liên chi hội Hô hấp TPHCM
16:10- 16:25	Báo cáo ca lâm sàng điều trị hen nặng bằng thuốc sinh học	ThS BS Nguyễn Hồng Đức BS PK Phổi Việt
16:25- 16:40	Đặc điểm vi khuẩn gây đợt cấp COPD tại khoa Hô hấp BV Thống Nhất TPHCM	BS CK II Ngô Thế Hoàng TK Hô hấp BV Thống Nhất TPHCM
16:40-16:50	Q & A và Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn
17:00	Tổng kết hội nghị, phát thưởng thi poster, nhà nghiên cứu trẻ và tiệc chiều tại hội trường Hoa Sen	Chủ tọa đoàn

MỤC LỤC

1. ĐẠI DỊCH CORONAVIRUS 2020 : TỪ CƠ CHẾ SINH HỌC PHÂN TỬ SARS-COV-2 ĐẾN BỆNH LÝ HỌC COVID-19	22
2. ABSTRACT : CORONAVIRUS 2020 : FROM THE BIOMOLECULAR MECHANISM SARS-COV-2 TO THE PATHOLOGY COVID-19.....	22
3. CẬP NHẬT COVID-19 VÀ XỬ TRÍ BỆNH HỒ HẤP TRÊN BN COVID19	23
4. UPDATE OF COVID-19 AND TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES ON PATIENTS INFECTED BY SARS COVI-2	24
5. NHỮNG CON ĐƯỜNG PHÂN TỬ BÊN DƯỚI LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỀN DỊCH VÀ NHỮNG TÁC DỤNG PHỤ CỦA CHÚNG.....	25
6. MOLECULAR PATHWAYS UNDERLYING IMMUNE CHECKPOINT BLOCKADE AND THEIR ADVERSE EVENTS	25
7. VARENICLINE CHO NGƯỜI NGHIỆN THUỐC LÁ: KHI NÀO BẮT ĐẦU SỬ DỤNG VÀ SỬ DỤNG TRONG BAO LÂU	26
8. VARENICLINE FOR TOBACCO DEPENDENCE: WHEN TO START, HOW LONG TO TREAT	26
9. NGỪNG THỞ KHI NGỦ VÀ UNG THƯ PHỔI	29
10. ABSTRACT: SLEEP APNEA AND LUNG CANCER	30
11. TÁC NHÂN VI SINH GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN VÀ TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG CÁC KHÁNG SINH	31
12. THE BACTERIAL PATHOGENS CAUSING HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA AND THE SITUATION OF ITS ANTIBIOTIC RESISTANCES.....	31
13. ỨNG DỤNG TIN SINH HỌC DỰA TRÊN WEB ĐỂ PHÂN TÍCH GEN KHÁNG THUỐC VÀ CƠ CHẾ GÂY BỆNH CỦA VI KHUẨN THƯỜNG GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN	34
14. THE WEB-BASED BIOINFORMATICS TOOLS FOR THE ANALYSIS OF ANTIMICROBIAL RESISTANCE GENES AND PATHOGENIC MECHANISMS OF COMMON HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIAE	35
15. CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG CỦA ATS-IDSA 2019.....	36
16. UPDATE OF TREATMENT OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA – ATS/IDSA 2019.....	37
17. OXY HOÁ MÁU MÀNG NGOÀI CƠ THỂ QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH-TĨNH MẠCH (VV-ECMO)..	39
18. VENOVENOUS EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION THERAPY (VV-ECMO)	39
19. CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NẤM XÂM LẤN	40
20. UPDATE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INVASIVE FUNGAL INFECTION	41
21. KHUYNH HƯỚNG ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA KLEBSIELLA PNEUMONIAE VÀ TÌNH HÌNH SINH CARBANEMASE TRONG VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN HIỆN NAY	46
22. TRENDS IN ANTIBIOTIC RESISTANCE OF KLEBSIELLA PNEUMONIAE AND THE CURRENT SITUATION OF CARBANEMASE IN ACQUIRED PNEUMONIA	47
23. THÁCH THỨC VÀ GIẢI PHÁP ĐIỀU TRỊ VI KHUẨN GRAM ÂM ĐA KHÁNG KHÁNG SINH – CẬP NHẬT ECCMID 2019	50
24. CHALLENGES AND THERAPEUTIC SOLUTIONS FOR MULTIDRUG RESISTANT GRAM NEGATIVE BACTERIA – UP TO DATE ECCMID 2019.....	50

25. CẬP NHẬT TIẾP CẬN HO TRẺ EM	51
26. UPDATE ON APPROACH TO COUGH IN CHILDREN	51
27. ỨNG DỤNG XÉT NGHIỆM NHANH TÌM KHÁNG NGUYÊN LIÊN CẦU TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG CẤP Ở TRẺ EM	54
28. ABSTRACT	54
29. LOẠT CA PHỔI HÌNH MÓNG NGỰA TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2	56
30. CASE SERIES REPORT: HORSESHOE LUNG IN CHILDREN’S HOSPITAL II	56
31. VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN TẮC NGHẼN	57
32. BRONCHIOLITIS OBLITERANS (BO)	57
33. ĐIỀU TRỊ HEN/KHÒ KHÈ DO VIRUS Ở TRẺ EM – THÔNG TIN CẬP NHẬT.....	58
34. ABSTRACT: TREATMENT OF VIRUS-INDUCED ASTHMA/WHEEZING IN CHILDREN- UPDATE	58
35. GERD BIỂU HIỆN TẠI ĐƯỜNG HÔ HẤP Ở TRẺ EM	63
36. GERD WITH RESPIRATORY MANIFESTATIONS IN CHILDREN.....	63
37. HEN VÀ BỆNH ĐỒNG MẮC Ở TRẺ EM	64
38. ABSTRACT: ASTHMA AND COMORBIDITIES IN CHILDREN	64
39. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM.....	66
40. SURGICAL THERAPY FOR EARLY STAGE NON SMALL CELL LUNG CANCER.....	67
41. NHỮNG CON ĐƯỜNG PHÂN TỬ BÊN DƯỚI LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH VÀ NHỮNG TÁC DỤNG PHỤ CỦA CHÚNG.....	71
42. MOLECULAR PATHWAYS UNDERLYING IMMUNE CHECKPOINT BLOCKADE AND THEIR ADVERSE EVENTS	71
43. TÓM TẮT: GIẢI NOBEL Y HỌC NĂM 2019: BẰNG CÁCH NÀO TẾ BÀO CẢM NHẬN VÀ THÍCH NGHI VỚI SỰ HIỆN DIỆN CỦA OXY.....	72
44. ABSTRACT: THE 2019 NOBEL PRIZE IN MEDICINE: HOW CELLS SENSE AND ADAPT TO OXYGEN AVAILABILITY	72
45. CPAP: ĐIỀU CHỈNH ÁP LỰC, CHỌN VÀ GẮN KÍN MẶT NẠ TRONG ĐIỀU TRỊ OSA.....	74
46. ABSTRACT: CPAP: PRESSURE ADJUSTMENT, SELECTION AND FITTING OF MASKS IN THE TREATMENT OF OSA.....	74
47. TÓM TẮT: SỰ KẾT HỢP GIỮA HÓA TRỊ VÀ LIỆU PHÁP NHẪM ĐÍCH: SỰ CẢM KÝ HOẶC CƠ HỘI CHỮA LÀNH?	75
48. ABSTRACT:THE COMBINATION OF CHEMOTHERAPY AND TARGETED THERAPY: DISALLOWANCE OR A CHANCE TO HEAL?.....	76
49. TIẾP CẬN XỬ TRÍ NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ (OSA) QUA CA LÂM SÀNG	79
50. SUMMARY: APPROACH TO MANAGEMENT OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (OSA) THROUGH A CLINICAL CASE.....	80
51. CÁC CẠM BẦY KHI PHÂN TÍCH ĐA KÝ GIÁC NGỦ TRONG CHẨN ĐOÁN OSA	81
52. ABSTRACT: PITFALLS WHEN SCORING POLYSOMNOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF OSA	82
53. NHỮNG THÁCH THỨC VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COPD KÈM SUY TIM	84

54. ABSTRACT: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGES IN PATIENTS WITH COEXISTENT COPD AND HEART FAILURE	84
55. TIẾP CẬN CT ĐỘ PHÂN GIẢI CAO VỚI BỆNH PHỔI LAN TOẢ	88
56. ABSTRACT: APPROACH TO HIGH-RESOLUTION CT OF DIFFUSE LUNG DISEASE.....	88
57. TIẾP CẬN BỆNH PHỔI MÔ KẼ: THÁCH THỨC VÀ GIẢI PHÁP	89
58. APPROACH TO INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN CLINICAL PRACTICE: CHALLENGES AND SOLUTIONS.....	89
59. TÓM TẮT: BỆNH TÍCH PROTEIN PHẾ NANG: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ	90
60. ABSTRACT: PULMONARY ALVEOLAR PROTEINOSIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT	90
61. MELIOIDOSIS PHỔI.....	91
62. ABSTRACT: PULMONARY MELIOIDOSIS	91
63. NTM (NON TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA) TRONG BỆNH LÝ GIẢN PHẾ QUẢN.....	93
64. ABSTRACT: NON TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA IN BRONCHIECTASIS.....	93
65. CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI	95
66. ABSTRACT	95
67. TIẾP CẬN KHÓ THỞ KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN	96
68. APPROACH TO PATIENT WITH UNEXPLAINED DYSPNEA	96
69. LOẠI BỎ CO ₂ QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ (ECCO ₂ R)	100
70. EXTRACORPOREAL CARBON DIOXIDE REMOVAL OR ECCO ₂ R	101
71. ĐỢT CẤP COPD – TỪ BẢN CHẤT TỚI THỰC HÀNH.....	103
72. ABSTRACT: EXACERBATION OF COPD - FROM NATURE TO CLINICAL PRACTICE.....	104
73. HEN NẶNG HAY NGUY KỊCH: BÁC SĨ BAN ĐẦU LÀM GÌ TRƯỚC KHI CHUYỂN CHUYÊN KHOA?	105
74. ABSTRACT: WHAT PRIMARY CARE DOCTORS SHOULD DO FOR PATIENTS WITH A SEVERE OR LIFE-THREATENING ASTHMA EXACERBATION BEFORE REFERRING TO SPECIALISTS?	105
75. COPD VÀ BỆNH GIẢN PHẾ QUẢN- ĐỒNG MẮC HAY CHỒNG LẤP.....	108
76. ABSTRACT: COPD AND BRONCHIECTASIS- COMORBIDITY OR OVERLAP.....	108
77. SỐ LƯỢNG BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG MÁU CÓ HỮU ÍCH ĐÁNG TIN TRONG ĐIỀU TRỊ HEN SUYỄN VÀ COPD KHÔNG?	110
78. ABSTRACT: IS THE BLOOD EOSINOPHIL COUNT RELIABLE USEFUL IN TREATMENT FOR ASTHMA AND COPD?.....	110
79. NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ HEN NẶNG BẰNG THUỐC SINH HỌC.....	112
80. ABSTRACT	113
81. ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN GÂY ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI KHOA NỘI HÔ HẤP BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT.....	116
82. ABSTRACT: CHARACTERISTICS OF BACTERIA CAUSING ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN RESPIRATORY DEPARTMENT, THONG NHAT HOSPITAL	116

83. VAI TRÒ CỦA SOI PHẾ QUẢN ỚNG MỀM TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	118
84. ABSTRACT: ROLES OF FLEXIBLE BRONCHOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF BRONCHIAL CARCINOMA IN THONG NHAT HOSPITAL	118
85. GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI CỦA PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CT SCAN	119
86. COMPUTED TOMOGRAPHY - GUIDED PERCUTANEOUS NEEDLE BIOPSY OF PULMONARY NODULES AND MASSES	120



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG VÀ THAO TÁC VỚI DỤNG CỤ BREEZHALER®

- Tài liệu này giúp nhân viên y tế, khi kê toa cho bệnh nhân thuốc giãn phế quản dạng hít, hướng dẫn cho bệnh nhân sử dụng dụng cụ hít đúng với kỹ thuật để đạt hiệu quả.
- Tài liệu này chỉ được sử dụng cho bệnh nhân đã được bác sĩ kê toa thuốc dùng với dụng cụ này.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG DỤNG CỤ BREEZHALER®

Để sử dụng đúng cách dụng cụ hít Breezhaler®, vui lòng xem các bước thao tác như sau:

Bước 1: Đặt viên nang vào ống hít



1 Kéo nắp ra



2 Mở ống hít



Giữ chặt đáy ống hít và kéo nghiêng đầu hít

3 Chuẩn bị viên nang



Xé một viên nang ra khỏi vỉ thuốc theo đường đục lỗ, xé bỏ lớp bảo vệ bên ngoài để lộ ra viên nang (không ấn viên nang qua lớp giấy bạc)

4 Đặt viên nang vào buồng chứa



5 Đóng chặt ống hít



Nghe thấy một tiếng "click"

Bước 2: Chọn thùng viên thuốc và chuẩn bị hít thuốc

6 Chọn thùng viên thuốc



Giữ ống hít thẳng đứng với đầu ống hít hướng lên trên, nhấn chắc cả hai nút cùng một lúc

7 Nhả nút hoàn toàn



Sau khi nghe thấy tiếng "click", nhả 2 nút hoàn toàn

8 Thở ra



Thở mạnh ra (không thổi vào ống hít)

Bước 3: Hít thuốc

9 Hít thuốc vào



Bạn nghe được tiếng kêu vo vo và cảm nhận được vị ngọt

Giữ ống hít nằm ngang, không ấn vào 2 nút vàng. Ngậm chặt đầu hít, hít vào nhanh nhưng đều đặn, càng sâu càng tốt

10 Nín thở



Bỏ dụng cụ hít ra, ngậm kín miệng và nín thở trong 5-10 giây sau đó thở ra bình thường

11 Kiểm tra



Nếu còn thuốc: đóng ống hít và lặp lại bước **Hít thuốc** và **Nín thở**.
Nếu hết thuốc: Loại bỏ viên nang và đóng ống hít, đóng nắp.

Kiểm tra có còn bột đọng lại trong viên nang hay không

Nếu có thắc mắc, vui lòng xem tờ hướng dẫn sử dụng trong hộp thuốc hoặc hỏi các bác sĩ, dược sĩ để được hướng dẫn thêm.

ULT 116-10-04-2018

Đại Dịch Coronavirus 2020 : từ cơ chế sinh học phân tử SARS-CoV-2 đến bệnh lý học COVID-19

*GSTS ĐINH XUÂN ANH TUẤN
BỆNH VIỆN COCHIN, ĐẠI HỌC PARIS*

Tóm tắt

COVID-19 là một bệnh do virus xuất hiện vào năm 2019 liên quan đến vi-rút SARS-CoV-2 thuộc họ coronavirus. Hầu như tất cả các thể bệnh nặng liên quan đến COVID-19 được đặc trưng bởi viêm phổi lan tỏa gây suy hô hấp có thể dẫn đến hội chứng hô hấp cấp (ARDS). Các di chứng trung và dài hạn của viêm phổi chưa được biết đến. Xem xét các nghiên cứu trước đây về Hội chứng nguy ngập hô hấp cấp (SARS) và những gì chúng ta biết về sinh lý bệnh học của COVID-19, virus mới cũng cùng họ coronavirus ở thế kỷ 21 này, gây lo ngại vì một tỷ lệ lớn (lên đến 25%) bệnh nhân mắc COVID-19 có thể có di chứng hô hấp dài hạn như hội chứng hạn chế liên quan đến rối loạn trao đổi khí.

Abstract : Coronavirus 2020 : From the Biomolecular Mechanism SARS-COV-2 to the Pathology COVID-19

DINH XUAN ANH TUAN

COVID-19 is a life-threatening infectious disease related to the coronavirus SARS-CoV-2. It has triggered an ongoing global pandemic with unprecedented health and economic consequences. High mortality rates of patients with severe COVID-19 mostly result from acute respiratory distress syndrome (ARDS). Data from studies with Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle East Respiratory Syndrome (MERS) consistently showed that a significant number of patients who survived the acute lung infection subsequently developed chronic respiratory disease with lasting impairment of lung function. Given the current exceedingly high number of patients with COVID-19, we fear that post-COVID chronic lung diseases impairing lung gas exchange will likely occur in a large proportion of infected patients, affecting both their health conditions and quality of life in the future.

Cập nhật COVID-19 và xử trí bệnh hô hấp trên BN COVID19

TRẦN VĂN NGỌC(*)

Tóm tắt:

Đại dịch toàn cầu do SARS-COVI-2 đang lan nhanh trên toàn thế giới gây suy sụp kinh tế và xã hội đáng kể . Với hơn 10 triệu người nhiễm và hơn 500 ngàn ca tử vong , hiện đang diễn biến hết sức phức tạp. Bệnh lây từ người sang người qua những giọt bắn hay khí dung khi bệnh nhân ho , nhảy mũi hoặc tiếp xúc bề mặt có virus .

Triệu chứng lâm sàng giống cảm và cúm nên khó phân biệt . Chẩn đoán chủ yếu dựa vào yếu tố dịch tễ . Xác định bằng xét nghiệm real time PCR .

Hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và thuốc chủng ngừa . Một số thuốc kháng virus như Redesivir , Lopinavir,ritonavir ... đang trong quá trình thử nghiệm . Dexamethasone , trong một nghiên cứu RCT của đại học Oxford UK đã chứng minh giảm tỉ lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân suy hô hấp cấp . Biện pháp giãn cách xã hội và đeo khẩu trang , cũng như tăng cường miễn dịch của cơ thể nhất là những người già và người có bệnh đi kèm . Chủng ngừa cúm và phế cầu giúp giảm nguy cơ nhập viện và biến chứng sau nhiễm virus là những biện pháp cần thiết trong mùa dịch.

Quản lý tối ưu các bệnh đồng mắc như hen , COPD và ung thư phổi là điều trị quan trọng trong thời đại COVID19 nhằm tăng cường hệ miễn dịch của cơ thể .

Update of COVID-19 and treatment of respiratory diseases on patients infected by SARS COVI-2

TRAN VAN NGOC

The global pandemic caused by SARS-COVI-2 is spreading rapidly throughout the world, causing significant economic and social collapse . With more than 10 million people infected and more than 500 thousand deaths, it is now very complicated. The disease spreads from person to person through droplets or aerosols when coughing, sneezing or peoples contact with virus contaminated surfaces.

Clinical symptoms are similar to those of colds and flu, making it difficult to clinically different diagnosis. The diagnosis is mainly based on epidemiological factors and confirmed by real time PCR test.

There is currently no specific treatment and vaccine . Some antiviral drugs such as Remdesivir, Lopinavir, ritonavir ... are in the process of testing. Dexamethasone was shown , in a RCT of Oxford University , reducing mortality in patient group with acute respiratory failure . Measures for social distancing and wearing a mask, as well as increasing the body's immunity , especially the elderly poeple and who with comorbidities. Flu and pneumococcal vaccinations help reduce the risk of hospitalization and complications after viral infections are essential measures during the pandemic.

Optimal management of comorbidities as asthma , COPD and lung cancer is the important treatment in COVID19 pandemic to increase the immunity system of the body.

(*) PGS TS BS .

- Chủ tịch Liên chi Hội Hô hấp TPHCM
- Chủ tịch HĐ Y Đức BVCR
- P. chủ tịch Hội Phổi VN, Trưởng VPĐD Hội Phổi tại TPHCM
- Cố vấn y khoa PKĐK Ngọc Minh, 20-22 Lãnh binh Thăng, Q11 TPHCM
- Nguyên Trưởng Khoa Hô Hấp BV. Chợ Rẫy
- Nguyên Phó CN BM Nội & Phó Trưởng Khoa Y - ĐHYD TPHCM

Những con đường phân tử bên dưới liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch và những tác dụng phụ của chúng

ĐINH XUÂN ANH TUẤN()*

Ung thư phổi từ lâu đã được biết như một bệnh lý ác tính có tính sinh miễn dịch kém. Vì liệu pháp miễn dịch tăng cường hệ thống miễn dịch của bệnh nhân chống lại các bệnh tật, trong các chiến lược điều trị miễn dịch, các thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch xuất hiện như những phương pháp điều trị ung thư mới đầy hứa hẹn cho nhiều loại ung thư, kể cả ung thư phổi không tế bào nhỏ. Ức chế điểm kiểm soát miễn dịch sẽ gia tăng khả năng miễn dịch chống u thông qua việc ức chế hệ thống kiểm hãm miễn dịch nội tại. Cho đến nay, con đường phân tử thông qua kháng nguyên liên quan lympho T độc tế bào 4 (CTLA-4) và thông qua PD-1 (protein kiểm soát chết tế bào theo chương trình 1) là những chốt kiểm soát miễn dịch được hiểu tốt nhất và phù hợp cho việc điều trị nhất. Tuy nhiên, bằng cách tăng hoạt động của hệ thống miễn dịch, những chất gây ức chế điểm kiểm soát miễn dịch có thể có tác dụng phụ gây viêm, được gọi là tác dụng phụ liên quan miễn dịch. Bài nói này sẽ thảo luận về con đường phân tử làm nền cho sự ức chế điểm kiểm soát miễn dịch bởi kháng thể đơn dòng và tác dụng phụ liên quan đến miễn dịch của chúng.

Molecular pathways underlying immune checkpoint blockade and their adverse events

ĐINH XUÂN ANH TUẤN()*

Lung cancer was long considered a poorly immunogenic malignancy. As immunotherapy enhances a patient's immune system to fight disease among the many immunotherapeutic strategies, immune checkpoint inhibitors have emerged as promising new cancer treatments of a range of cancer types, including non-small cell lung cancer (NSCLC). Immune checkpoint blockade increases antitumor immunity by blocking intrinsic down-regulators of immunity. To date, the best characterized and most therapeutically relevant immune checkpoints have been cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4 (CTLA-4) and the programmed cell death protein-1 (PD-1) pathway. However, by increasing the activity of the immune system, immune checkpoint blockade can have inflammatory side effects, which are often termed immune-related adverse events. This communication will discuss the molecular pathways underlying immune checkpoint blockade by monoclonal antibodies and their immune-related adverse events.

() GS TS Hiệu trưởng ĐHY khoa Corse CH Pháp*

Varenicline cho người nghiện thuốc lá: Khi nào bắt đầu sử dụng và sử dụng trong bao lâu

PROFESSOR STEPHEN KANTROW()*

Varenicline là lựa chọn điều trị hiệu quả nhất cho người nghiện thuốc lá và những dạng tương đương sinh học của nó sẽ được cấp phép vào năm 2020. Quan tâm ban đầu về tác dụng phụ của varenicline ở bệnh nhân bệnh tâm thần hay tim mạch đã được loại bỏ trong những nghiên cứu cỡ mẫu lớn. Những thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã cho thấy ba ưu điểm của việc sử dụng varenicline. Thứ nhất, người hút thuốc không cần sẵn sàng từ bỏ hút khi thuốc được bắt đầu sử dụng. Thứ hai, varenicline nên được dùng kéo dài trên ba tháng, thường từ sáu đến 12 tháng. Thứ ba, varenicline thì an toàn và hiệu quả cho cả bệnh nhân bị bệnh lý tâm thần như trầm cảm hay tâm thần phân liệt. Tóm lại, varenicline sẽ trở nên phổ biến với dạng thuốc tương đương sinh học từ sau 2020 và việc sử dụng kéo dài (trên 3 tháng) nên dành cho tất cả người hút thuốc muốn từ bỏ thuốc, ngay cả khi họ chưa sẵn sàng bỏ thuốc.

Varenicline for Tobacco Dependence: When to start, how long to treat

PROFESSOR STEPHEN KANTROW()*

Varenicline is the most effective therapy for treatment of tobacco dependence, and generic versions of this drug will be allowed in 2020. Early concerns about adverse effects of varenicline in the setting of psychiatric or cardiovascular disease have been refuted in large studies. Randomized clinical trials support three important advances in the use of varenicline. First, smokers do not need to be ready to quit when varenicline is started. Second, varenicline should be taken for greater than three months, preferably six to twelve months. Third, varenicline is safe and effective in individuals with psychiatric diseases including depression or schizophrenia. In summary, varenicline may be more widely available as a generic drug after 2020, and extended duration therapy (greater than 3 months) should be recommended for all smokers who would prefer not to smoke, even if they are not ready to quit.

()Professor, LSU School of Medicine*



Phối hợp thuốc giãn phế quản trong điều trị duy trì COPD⁽¹⁾

SPIOLTO[®] RESPIMAT[®] được chỉ định như một thuốc điều trị giãn phế quản duy trì để giảm các triệu chứng ở bệnh nhân trưởng thành bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Liều khuyến cáo cho người lớn là 5 microgam tiotropium và 5 microgam olodaterol, tương đương với 2 nhát xịt từ bình xịt hạt mịn Respimat, mỗi ngày dùng một lần vào cùng một thời điểm trong ngày.⁽²⁾



SPIOLTO[®] RESPIMAT[®]

Dung dịch để hít

Thành phần: SPIOLTO[®] RESPIMAT[®] là bình xịt hạt mịn chứa dung dịch tiotropium + olodaterol để hít. Mỗi nhát xịt cung cấp 2,5 microgam tiotropium và 2,5 microgam olodaterol (2 nhát xịt tương ứng với một liều). Lượng thuốc trong mỗi nhát xịt là lượng thuốc cung cấp cho bệnh nhân hít qua ống ngậm của bình xịt. **Chỉ định:** SPIOLTO[®] RESPIMAT[®] được chỉ định như một thuốc điều trị giãn phế quản duy trì để giảm các triệu chứng ở bệnh nhân trưởng thành bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Liều dùng, đường dùng:** Liều khuyến cáo cho người lớn là 5 microgam tiotropium và 5 microgam olodaterol, tương đương với 2 nhát xịt từ bình xịt hạt mịn Respimat, mỗi

ngày dùng một lần và cùng một thời điểm trong ngày. **Người cao tuổi:** Bệnh nhân cao tuổi có thể sử dụng SPIOLTO RESPIMAT với mức liều khuyến cáo như trên. **Suy gan và suy thận:** SPIOLTO RESPIMAT chứa tiotropium, một thuốc được thải trừ chủ yếu bằng bài tiết qua thận và olodaterol, một thuốc được thải trừ chủ yếu bằng chuyển hóa tại gan. **Suy gan:** Các bệnh nhân suy gan nhẹ và trung bình có thể sử dụng SPIOLTO RESPIMAT với liều khuyến cáo. Chưa có dữ liệu về việc sử dụng olodaterol trên bệnh nhân suy gan nặng. **Bệnh nhân suy thận:** Bệnh nhân suy thận có thể sử dụng SPIOLTO RESPIMAT với liều khuyến cáo. SPIOLTO RESPIMAT chứa tiotropium là thuốc được thải trừ chủ yếu bằng bài tiết qua thận. Do đó, cần theo dõi chặt chẽ việc sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân suy thận mức độ

trung bình và nặng. **Trẻ em:** Chưa có dữ liệu liên quan đến sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhi mắc COPD. Độ an toàn và hiệu lực của SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhi chưa được thiết lập. **Hướng dẫn sử dụng:** Bạn chỉ cần sử dụng bình xịt này MỘT LẦN MỖI NGÀY. Mỗi lần dùng, bạn cần xịt 2 NHÁT. **Chống chỉ định:** Chống chỉ định SPIOLTO RESPIMAT cho các bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với tiotropium, olodaterol hoặc bất kỳ tá dược nào của thuốc. Chống chỉ định SPIOLTO RESPIMAT cho các bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với atropine hoặc các dẫn chất của nó như ipratropium hoặc oxitropium. **Thận trọng và cảnh báo đặc biệt.** **Cảnh báo chung:** Không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT nhiều hơn 1 lần mỗi ngày. Không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân hen. Độ an toàn và hiệu

(1) COPD: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; (2) Trích thông tin kê toa, phân chỉ định, liều dùng. Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế 21/2018/XNTT/QLD, ngày 07 tháng 11 năm 2018. Ngày 15 tháng 11 năm 2018 in tài liệu. Tài liệu này có 2 trang. Thông tin kê toa xem trang 1 và 2. PC-VN-100162



Phối hợp thuốc giãn phế quản trong điều trị duy trì COPD⁽¹⁾

SPIOLTO® RESPIMAT® được chỉ định như một thuốc điều trị giãn phế quản duy trì để giảm các triệu chứng ở bệnh nhân trưởng thành bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Liều khuyến cáo cho người lớn là 5 microgram tiotropium và 5 microgram olodaterol, tương đương với 2 nhát xịt từ bình xịt hạt mịn Respimat, mỗi ngày dùng một lần vào cùng một thời điểm trong ngày.⁽²⁾

SPIOLTO®
RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL

Liệu của SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân hen chưa được nghiên cứu. **Có thất phế quản cấp:** SPIOLTO RESPIMAT không được chỉ định để điều trị cơn co thắt phế quản cấp, nghĩa là không được sử dụng làm thuốc cắt cơn. **Quá mẫn:** Tương tự tất cả các thuốc khác, phản ứng quá mẫn có thể xuất hiện ngay sau khi sử dụng SPIOLTO RESPIMAT. **Có thất phế quản nghịch thường:** Tương tự như các thuốc dạng hít khác, SPIOLTO RESPIMAT có thể gây co thắt phế quản nghịch thường đe dọa tính mạng. Nếu xuất hiện co thắt phế quản nghịch thường, nên ngưng thuốc ngay lập tức và sử dụng liệu pháp thay thế. **Tăng nhãn áp góc hẹp, tăng sinh tuyến tiền liệt hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang:** Do đặc tính kháng cholinergic của tiotropium, cần sử dụng thận trọng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân tăng nhãn áp góc đóng, tăng sinh tuyến tiền liệt, hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang. **Bệnh nhân suy thận:** Do nồng độ trong huyết tương của tiotropium tăng lên khi chức năng thận giảm ở bệnh nhân suy thận trung bình đến nặng (độ thanh thải creatinine ≤ 50 ml/phút), chỉ nên dùng Spiolto Respimat khi lợi ích mong đợi vượt trội nguy cơ có thể xảy ra. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc lâu dài trên bệnh nhân suy thận nặng. **Triệu chứng trên mắt:** Phải thận trọng, không được để dung dịch hoặc khí dung hạt mịn bay vào mắt. Đau mắt hoặc cảm giác khó chịu, nhìn mờ, nhìn quầng sáng hoặc hình ảnh có nhiều màu sắc kèm theo mắt đỏ do sung huyết kết mạc và phù nề giác mạc có thể là dấu hiệu của tăng nhãn áp góc hẹp cấp. Nên khám chuyên khoa ngay nếu xuất hiện bất kỳ sự kết hợp nào của các triệu chứng nêu trên. Các thuốc nhỏ mắt gây co đồng tử không được cần nhắc trong điều trị các triệu chứng trên. **Ảnh hưởng trên tim mạch:** SPIOLTO RESPIMAT chứa một chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng kéo dài. Các chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng kéo dài nên được sử dụng thận trọng trên bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, đặc biệt là suy mạch vành, loạn nhịp tim, bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn và tăng huyết áp; trên bệnh nhân mắc chứng co giật hoặc nhiễm QT kéo dài, bệnh nhân có tiền sử hoặc nghi ngờ có khoảng QT kéo dài, bệnh nhân có đáp ứng bất thường với các amin cường giao cảm. Tương tự các chất chủ vận beta2-adrenergic khác, olodaterol có thể ảnh hưởng trên tim mạch có ý nghĩa lâm sàng ở một số bệnh nhân, biểu hiện bằng tăng nhịp tim, tăng huyết áp và/hoặc các triệu chứng lâm sàng. Có thể cần ngừng sử dụng thuốc khi ảnh hưởng này xuất hiện. Hơn nữa, các thuốc chủ vận beta2-adrenergic đã được ghi nhận là nguyên nhân gây ra những thay đổi trên điện tâm đồ (ECG), như làm dẹt sóng T và đoạn ST chênh xuống, mặc dù ý nghĩa lâm sàng của những ghi nhận này chưa rõ ràng. **Ha kali huyết:** Các thuốc chủ vận beta2-adrenergic có thể gây hạ kali huyết đáng kể trên một số bệnh nhân, và có khả năng dẫn đến những tác dụng bất lợi trên tim mạch. Giảm nồng độ kali huyết thành thường thoáng qua và không yêu cầu bổ sung kali. Bệnh nhân COPD nặng có khả năng hạ kali huyết do tình trạng thiếu oxy và các điều trị kèm theo (xem phần Tương tác thuốc), dẫn đến tăng nguy cơ với loạn nhịp tim. **Tăng đường huyết:** Các thuốc chủ vận beta2-adrenergic dạng hít liều cao có thể gây tăng nồng độ đường huyết tương. **Khi dùng cùng các thuốc gây mê:** Cần thận trọng trong trường hợp có kế hoạch phẫu thuật sử dụng thuốc gây mê hydrocarbon halogen hoá do

sự tăng nhạy cảm với các tác dụng phụ trên tim mạch của các thuốc giãn phế quản chủ vận beta. Không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT đồng thời với các thuốc khác chứa chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng kéo dài. Những bệnh nhân đang sử dụng thuốc xuyên các chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng ngắn dạng hít (ví dụ 4 lần/ngày) cần được khuyến cáo chỉ sử dụng các tác nhân này để làm giảm các triệu chứng hô hấp cấp. **Tương tác thuốc:** Mặc dù các nghiên cứu tương tác thuốc chính thức chưa được thực hiện, tiotropium bromide đã được sử dụng đồng thời với các thuốc thường dùng trong điều trị COPD như methylxanthine, steroid đường uống và steroid dạng hít mà không có bằng chứng lâm sàng về việc xảy ra tương tác thuốc. Sử dụng đồng thời lâu dài tiotropium bromide với các thuốc kháng cholinergic khác chưa được nghiên cứu. Do đó, không khuyến cáo dùng đồng thời lâu dài SPIOLTO RESPIMAT với các thuốc kháng cholinergic khác. **Các thuốc tác dụng trên hệ adrenergic:** Sử dụng đồng thời với các thuốc tác dụng trên hệ adrenergic có thể làm tăng tác dụng không mong muốn của SPIOLTO RESPIMAT. **Dẫn chất Xanthine, Steroid hoặc thuốc lợi tiểu:** Sử dụng đồng thời với các dẫn chất xanthine, steroid, hoặc các thuốc lợi tiểu không giữ kali có khả năng chịu ảnh hưởng hạ kali huyết của các thuốc chủ vận adrenergic (xem phần Thận trọng và cảnh báo đặc biệt). **Thuốc chẹn beta:** Các thuốc chẹn beta-adrenergic có thể làm giảm hoặc đối kháng tác dụng của olodaterol. Có thể cần nhắc sử dụng các thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim mạch cần thận trọng. **Thuốc ức chế enzym MAO, chống trầm cảm ba vòng, thuốc gây kéo dài khoảng QTc:** Các thuốc ức chế enzym monoamin oxidase, các thuốc chống trầm cảm ba vòng hoặc các thuốc gây kéo dài khoảng QTc khác có thể làm tăng ảnh hưởng của SPIOLTO RESPIMAT trên hệ tim mạch. **Tương tác thuốc theo được động học:** Trong một nghiên cứu tương tác thuốc của olodaterol sử dụng ketoconazol, một chất ức chế mạnh, đồng thời CYP và P-gp, mức độ phơi nhiễm toàn thân tăng 1,7 lần. Không có nguy cơ nào liên quan đến độ an toàn được ghi nhận trong các nghiên cứu lâm sàng kéo dài đến một năm với mức liều olodaterol lên tới 2 lần liều khuyến cáo. Không cần hiệu chỉnh liều SPIOLTO RESPIMAT. **Khả năng sinh sản, thời kỳ mang thai và cho con bú.** **Thời kỳ mang thai:** Dữ liệu về việc sử dụng tiotropium trên phụ nữ có thai khá hạn chế. Chưa có dữ liệu lâm sàng liên quan đến phơi nhiễm olodaterol trong thai kỳ. Các nghiên cứu tiền lâm sàng của tiotropium không cho thấy bất kỳ ảnh hưởng bất lợi trực tiếp hoặc gián tiếp nào liên quan đến độc tính sinh sản ở mức liều sử dụng lâm sàng. Các nghiên cứu tiền lâm sàng của olodaterol cho thấy thuốc có tác dụng điển hình của các thuốc chủ vận beta2-adrenergic ở mức liều cao gấp nhiều lần liều điều trị. Để đảm bảo an toàn, nên tránh sử dụng SPIOLTO RESPIMAT cho phụ nữ mang thai. Nên chú ý tác dụng ức chế co bóp cơ trơn tự cung của các thuốc chủ vận beta-adrenergic như olodaterol – một thành phần của SPIOLTO RESPIMAT. **Phụ nữ cho con bú:** Chưa có dữ liệu lâm sàng liên quan đến phơi nhiễm tiotropium và/hoặc olodaterol ở phụ nữ cho con bú. Trong các nghiên cứu trên động vật của tiotropium và olodaterol, các dẫn chất và/hoặc chất chuyển hóa của chúng đều được tìm thấy trong sữa của chuột công đang cho con bú, tuy nhiên chưa biết

chắc tiotropium và/hoặc olodaterol có được tiết vào sữa của người đang cho con bú hay không. Do đó, không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên phụ nữ cho con bú trừ khi lợi ích của thuốc vượt trội so với nguy cơ có thể xảy ra đối với trẻ nhũ nhi. **Khả năng sinh sản:** Chưa có dữ liệu lâm sàng về ảnh hưởng của tiotropium, olodaterol hoặc chế phẩm kết hợp hai thành phần này đến khả năng sinh sản. Các nghiên cứu tiền lâm sàng đã được thực hiện với tiotropium hoặc olodaterol đơn độc không cho thấy bất kỳ tác dụng bất lợi nào trên khả năng sinh sản. **Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa có nghiên cứu về ảnh hưởng của thuốc đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Mặc dù vậy, bệnh nhân nên được khuyến cáo rằng có thể xuất hiện chóng mặt và nhìn mờ khi sử dụng SPIOLTO RESPIMAT. Do đó, cần thận trọng khi lái xe hoặc vận hành máy móc. Nếu bệnh nhân có các triệu chứng như trên, nên tránh các công việc nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc. **Tác dụng ngoại ý:** Bất kỳ các tác dụng không mong muốn nào được ghi nhận trước đây đối với một trong hai thành phần của thuốc cũng được coi là tác dụng ngoại ý của SPIOLTO RESPIMAT và được liệt kê trong danh sách dưới đây. Ngoài ra, danh sách này cũng gồm các tác dụng ngoại ý được ghi nhận đối với SPIOLTO RESPIMAT nhưng chưa được ghi nhận khi sử dụng đơn độc từng thành phần. **Nhiễm khuẩn và ký sinh trùng:** Viêm mũi họng. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Mắt nước. **Rối loạn hệ thần kinh:** Chóng mặt, mất ngủ. **Rối loạn trên mắt:** Tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn, nhìn mờ. **Rối loạn trên tim:** rung nhĩ, đánh trống ngực, nhịp nhanh trên thất, nhịp tim nhanh. **Rối loạn hệ mạch:** Tăng huyết áp. **Rối loạn hô hấp:** Lồng ngực và trung thất; ho, chảy máu cam, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, viêm thanh quản, viêm xoang. **Rối loạn tiêu hóa:** khô miệng, thường nhẹ, táo bón, nhiễm nấm candida hầu họng, khó nuốt, trào ngược dạ dày thực quản, viêm lợi, viêm lưỡi, viêm miệng, tắc ruột bao gồm liệt ruột. **Rối loạn trên da và mô dưới da:** phát ban, ngứa, phù mạch thần kinh, mề đay, nhiễm trùng da và loét da, khô da, quá mẫn (gồm các phản ứng quá mẫn tức thì). **Rối loạn cơ xương khớp và mô liên kết:** đau khớp, sưng khớp, đau lưng¹ ('các tác dụng ngoại ý ghi nhận với SPIOLTO RESPIMAT nhưng không được ghi nhận với từng thành phần). **Rối loạn thần và tiết niệu:** bí tiểu (thường gặp ở nam giới có yếu tố nguy cơ), tiểu khó, nhiễm trùng đường niệu. Nhiều tác dụng không mong muốn đã được liệt kê ở trên có thể do hoạt tính kháng cholinergic của tiotropium hoặc do hoạt tính beta-adrenergic của olodaterol – hai thành phần của SPIOLTO RESPIMAT. Ngoài ra, cũng cần lưu ý các tác dụng ngoại ý khác liên quan đến các chất chủ vận beta-adrenergic chưa được liệt kê ở trên như loạn nhịp, thiếu máu cơ tim, đau thắt ngực, hạ huyết áp, run, đau đầu, căng thẳng, buồn nôn, co thắt cơ, mệt mỏi, khó chịu, hạ kali huyết, tăng đường huyết và toan chuyển hóa. **Điều kiện bảo quản:** Bảo quản dưới 30°C. Không đông lạnh. **Hạn dùng:** 24 tháng. Hạn dùng khi sử dụng: 3 tháng kể từ khi lắp ống thuốc vào bình xịt hạt mịn Respimat. **Qui cách:** Hộp gồm 1 ống thuốc chứa 4 ml cho 60 lần xịt và 1 bình xịt hạt mịn Respimat. **Nhà sản xuất:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG; Binger Strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Đức.

Ngưng thở khi ngủ và ung thư phổi

GS RAMON FARRE,

Tóm tắt: Trong những năm gần đây, mối liên hệ giả định giữa ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (NTTNKN) với tỷ lệ mới mắc và kết cục của bệnh ung thư đã có những bước tiến triển xuất phát từ nhiều nghiên cứu chứng minh cho giả thuyết này. Bài nói này sẽ xem xét cẩn thận những bằng chứng hiện có tập trung vào mối liên hệ giữa NTTNKN và ung thư phổi cũng như giá trị của chúng về phương diện tác động của NTTNKN lên các bệnh lý ung thư có độ ác tính cao và tỷ lệ hiện mắc của chúng. Trước tiên chúng tôi sẽ nói về các nghiên cứu liên quan sự sống của tế bào ung thư phổi và mô hình ung thư phổi trên thú vật trong điều kiện thiếu oxy từng lúc hay giấc ngủ bị gián đoạn (đặc điểm chính của bệnh ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ). Thứ hai sẽ thảo luận về các nghiên cứu lâm sàng và dịch tễ học. Cụ thể qua các nghiên cứu về ung thư phổi ghi nhận tỷ lệ của NTTNKN khoảng 42-49%. Một nghiên cứu trên 302 đối tượng kết hợp từ hai đoàn hệ (một đoàn hệ khảo sát về tỷ lệ hiện mắc của NTTNKN trên bệnh nhân ung thư phổi và một đoàn hệ đánh giá NTTNKN trên những đối tượng tham gia chương trình tầm soát ung thư phổi) cho thấy rằng chỉ số ngưng thở-giảm thở và những thông số về oxy có liên quan độc lập với sự hiện diện của ung thư phổi. Tuy nhiên, hai nghiên cứu khác lại cho kết quả trái ngược về tác động của NTTNKN và tiến triển của ung thư. Thêm vào đó, một vài lĩnh vực lớn vẫn còn bị bỏ ngõ sẽ được nhận định ở đây cùng với việc hình thành nên một cách tiếp cận giúp làm sáng tỏ mối liên quan nhân quả giữa NTTNKN và ung thư phổi, cũng như mô tả làm cách nào phát triển nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng trong lĩnh vực này.

Abstract: Sleep Apnea and Lung Cancer

PROF. RAMON FARRÉ()*

In recent years, a putative link between obstructive sleep apnea (OSA) and cancer incidence and outcomes has been advanced, and has resulted in a number of supportive studies suggesting the validity of such assumption as regards of lung cancer. This talk will critically review the available evidence focused on the relationship between OSA and lung cancer and the potential validity of such evidence as far as the effects of OSA on this prevalent and highly malignant cancer. First, data from lung cancer cell culture research and from animal models of lung cancer under intermittent hypoxia and sleep fragmentation -main hallmarks of OSA- will be presented. Second, data from clinical and epidemiological studies will be presented and discussed. Specifically, studies on lung cancer have reported prevalence rates of OSA between 42-49%. A study with 302 subjects that combined two cohorts, one that investigated OSA prevalence in lung cancer patients, and another which assessed OSA in subjects who participated in a lung cancer screening program, showed that the apnea-hypopnea index and oximetric parameters were independently associated with the presence of lung cancer. However, two other studies reported controversial results about the role of OSA on cancer progression. In addition, some of the major areas that remain unexplored will be identified, along with formulation of suggested approaches that should shed light on the putative causality between OSA and lung cancer and how to advance in the research and clinical translation in this field.

() GS. University of Barcelona (Spain)*

Tác nhân vi sinh gây viêm phổi bệnh viện và tình hình đề kháng các kháng sinh

PHẠM HÙNG VÂN(*)

Tóm tắt: Viêm phổi bệnh viện được định nghĩa là viêm phổi xuất hiện 48 giờ sau nhập viện vì một lý do khác. Theo nghiên cứu đa quốc gia tại Châu Á – Thái Bình Dương năm 2011 thì 4 tác nhân vi sinh chủ yếu được ghi nhận là *S. aureus* (24.2%), *A. baumannii* (20.9%), *K. pneumoniae* (11.7%) và *P. aeruginosa* (22.9%). Một tổng kết tại phòng xét nghiệm Nam Khoa năm 2019 trên 158 trường hợp xét nghiệm các mẫu đàm được gửi đến từ các bệnh nhân viêm phổi nằm trong khoa ICU của các bệnh viện Nhân Dân Gia Định, Đại Học Y Dược, Nguyễn Tri Phương, bao gồm đa số là các trường hợp viêm phổi thở máy thì 4 tác nhân trên cũng được ghi nhận là 4 tác nhân chủ yếu: *A. baumannii* (28.5%), *P. aeruginosa* (12.03%), *K. pneumoniae* (27.85%), *S. aureus* (12.66%), ngoài ra có thêm *Enterococci* (13.92%). Đây là những tác nhân thuộc nhóm ESKAPE với các vấn đề đề kháng các kháng sinh rất thách thức hiện nay, đó là kháng methicillin trên *S. aureus* (MRSA), tiết ESBL kháng các thế hệ cephalosporin trên *K. pneumoniae*, kháng carbapenem ngày càng gia tăng trên *P. aeruginosa* và cực kháng chỉ còn nhạy với colistin trên *A. baumannii* và thách thức mới xuất hiện gần đây nhưng ngày càng trầm trọng là sự xuất hiện các CRE (carbapenem resistance enterobacteriaceae) như là các siêu khuẩn kháng thuốc. Các dữ liệu trình bày trong báo cáo đã minh họa các thách thức này trong thực tế được ghi nhận và báo cáo tại Việt Nam. Các giải pháp kháng sinh điều trị cũng được trình bày cụ thể trong báo cáo.

The bacterial pathogens causing Hospital Acquired Pneumonia and the situation of its antibiotic resistances

PHẠM HÙNG VÂN

Summary: Hospital acquired pneumonia is defined as pneumonia that occurs 48 hours after admission for another reason. According to a multinational study in Asia-Pacific in 2011, the four major bacterial pathogens reported were *S. aureus* (24.2%), *A. baumannii* (20.9%), *K. pneumoniae* (11.7%), and *P. aeruginosa* (22.9%). An analysis at NK-biotek laboratory in 2019 of 158 cases of sputa samples collected from pneumonia patients, including the majority of cases of mechanical ventilation pneumonia, in ICU of Gia Dinh People's Hospital, University of Medicine and Pharmacy hospital, Nguyen Tri Phuong hospital, the above four factors were also reported as four major agents: *A. baumannii* (28.5%), *P. aeruginosa* (12.03%), *K. pneumoniae* (27.85 %), *S. aureus* (12.66%), and *Enterococci* (13.92%). These are the agents among the ESKAPE group with the current challenging antibiotic resistance issues, namely methicillin resistance on *S. aureus* (MRSA), ESBL producing *K. pneumoniae* that resistant to all cephalosporin generations, carbapenem resistance increasing in *P. aeruginosa* and extended drug resistant *A. baumannii* that

sensible only colistin, and the recent challenge has been exacerbated by the emergence of CRE (carbapenem resistance eterobacteriaceae).. The data presented in the presentation illustrates these challenges in our existing situation that were being reported Vietnam. Antibiotic treatment solutions are also presented in detail in this presentation.

(*) TS BS. Chủ tịch Hội Vi sinh Lâm sàng TPHCM

ỨNG DỤNG TIN SINH HỌC DỰA TRÊN WEB ĐỂ PHÂN TÍCH GEN KHÁNG THUỐC VÀ CƠ CHẾ GÂY BỆNH CỦA VI KHUẨN THƯỜNG GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN

TS. NGUYỄN SĨ TUẤN^{1*}, TS.BS. PHẠM VĂN DŨNG¹, TS.BS. PHẠM HÙNG VÂN² VÀ PGS. TS. NGUYỄN THÚY HƯƠNG³

1 Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai, 234 quốc lộ 1, P. Tân Biên, Biên Hòa, ĐN.

2 Chủ tịch Hội Vi sinh Lâm sàng Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.

3 Bộ môn Công nghệ Sinh học, Đại học Bách khoa Thành phố Hồ Chí Minh.

* Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: TS. Nguyễn Sĩ Tuấn, Trưởng khoa Vi sinh, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai, Điện thoại: 0919563323, E-mail: nsituan@gmail.com.

TÓM TẮT

Pseudomonas aeruginosa, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* kháng Methicillin (PEAKS) là nhóm 5 tác nhân thường gây viêm phổi bệnh viện (VPBV) trong các cơ sở y tế. Việc xác định các dấu ấn di truyền như các gen kháng thuốc kháng sinh, các vùng tiền thể thực khuẩn, các yếu tố gây độc lực của vi khuẩn bằng việc lắp ráp mới từ dữ liệu giải trình tự toàn bộ hệ gen vi khuẩn và việc so sánh với các hệ gen vi khuẩn tham chiếu để xây dựng mối quan hệ phát sinh loài, các đột biến điểm (SNP), hệ pan-genome giúp hiểu biết về các gen kháng kháng sinh và cơ chế gây bệnh, sự tiến hóa của nhóm vi khuẩn thường gây VPBV này. Hiện nay, các công cụ tin sinh học dựa trên web được phát triển mạnh mẽ. Do đó, việc phân tích đặc điểm cơ bản của hệ gen vi khuẩn không đòi hỏi các kiến thức chuyên sâu về tin sinh học. Bài tổng quan này giúp giới thiệu các quy trình xác định các gen kháng thuốc kháng sinh, các vùng tiền thể thực khuẩn, các yếu tố gây độc lực và xây dựng mối quan hệ phát sinh loài, các đột biến điểm, hệ pan-genome của nhóm vi khuẩn PEAKS thường gây VPBV từ dữ liệu toàn bộ hệ gen vi khuẩn. Việc đánh giá và tiền xử lý dữ liệu hệ gen bằng phần mềm FastQC, tinh sạch dữ liệu bằng Trimmomatics, lắp ráp de-novo hệ gen bằng SPAdes Genome Assembler. PathogenFinder 1.1 và ResFinder 2.1 lần lượt được sử dụng để xác định gen gây độc lực, các SNP và gen kháng kháng sinh. PAST giúp tìm các trình tự tiền thể thực khuẩn có vai trò tăng khả năng bám niêm mạc và khả năng tích lũy gen kháng kháng sinh của vi khuẩn. Progressive Mauve và FigTree giúp xây dựng cây phát sinh loài nhóm PEAKS. Phân tích sự tiến hóa của nhóm PEAKS bằng OrthoVenn, OrthoANI, PanGP và PanSEQ. Các công cụ tin sinh học dựa trên web giúp làm sáng tỏ các gen liên quan đến độc lực của vi khuẩn và những đặc điểm tiến hóa của vi khuẩn thường gây VPBV. Những nghiên cứu thực nghiệm tiếp theo dựa trên trình tự DNA và protein của các yếu tố độc lực này cần được tiến hành để xác nhận giá trị sử dụng lâm sàng của các dự đoán dựa trên tin sinh học.

Từ khóa: PEAKS, VPBV, PathogenFinder, ResFinder, PAST, OrthoVenn/ANI, PanGP/SEQ

THE WEB-BASED BIOINFORMATICS TOOLS FOR THE ANALYSIS OF ANTIMICROBIAL RESISTANCE GENES AND PATHOGENIC MECHANISMS OF COMMON HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIAE

PHD. NGUYEN SI-TUAN^{1*}, PHD. MD. PHAM VAN DUNG¹, PHD. MD. PHAM HUNG VAN² AND ASSOCPROF. PHD. NGUYEN THUY HUONG³

1 Thongnhat General Hospital of Dongnai Province, Vietnam

2 The President of HCM Society of Clinical Microbiologists, Ho Chi Minh City, Vietnam

3 Faculty of Biotechnology, Ho Chi Minh City University of Technology, HCM National University, Vietnam.

ABSTRACT

Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Acinetobacter baumannii, Klebsiella pneumoniae, Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (PEAKS) are a group of five common pathogens caused hospital-acquired pneumoniae (HAP) in medical care settings. Identifying of genetic markers such as antimicrobial resistance genes, prophage regions, bacterial pathogenicity factors based on de-novo assembly from whole genome sequencing data of PEAKS and mapping all the raw reads into the reference genomes for single nucleotide polymorphism (SNP), whole genome phylogenetic and pan-genome analysis to understand antimicrobial resistance genes, pathogenicity of PEAKS and their evolution. Currently, the web-based tools are developed dramatically. Therefore, the key features analysis of bacterial genomes does not require in-depth knowledge in coding bioinformatics. This review provides the protocols to identify the antimicrobial resistance genes, prophage regions, bacterial pathogenicity factors and establish the whole genome phylogeny, analyze the SNPs and pan-genomes of PEAKS. Evaluating and pre-processing by FastQC and Trimmomatic softwares. Assemblies were done with SPAdes Genome Assembler. PathogenFinder 1.1 and ResFinder 2.1 were used to evaluate pathogenicity, SNPs and antimicrobial resistance genes inside its draft genome, respectively. The phage-like sequences, are believed to increase cell adhesion and improve the capacity to achieve antibiotic resistance, were identified by PHAST. Whole-genome phylogenetic analysis was constructed by Progressive Mauve and FigTree. Evolution of PEAKS were analyzed by OrthoVenn, OrthoANI, PanGP và PanSEQ. Web-based bioinformatics tools provide insight into the genes involved in bacterial virulence and the evolutionary characteristics of bacteria that cause HAP. Further empirical studies based on the DNA and protein sequences of these virulence factors need to be conducted to validate the clinical use value of bioinformatics-based predictions.

Keywords: PEAKS, HAP, PathogenFinder, ResFinder, PHAST, OrthoVenn/ANI, PanGP/SEQ

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG CỦA ATS-IDSA 2019

TRẦN VĂN NGỌC(*)

Khuyến cáo bỏ nhóm HCAP và nhấn mạnh vai trò của DTH tại chỗ và nguy cơ nhiễm P.A và MRSA đã được kiểm định để điều trị bao phủ những tác nhân này. Nhấn mạnh điều trị xuống thang nếu cấy âm tính.

- **BN điều trị ngoại trú.**

- Nếu BN không bệnh đi kèm và không có nguy cơ nhiễm P.A và MRSA, sử dụng amoxicillin, doxycyclin hay macrolide (nếu tỉ lệ kháng của phế cầu < 25%)
- Nếu BN có bệnh đồng mắc, sử dụng betalactam/ức chế betalactamase hay cephalosporine kết hợp macrolide hay doxycycline hoặc đơn trị với Fluroquinolone hô hấp

- **BN điều trị nội trú:**

○ **BN không nặng:**

- Chế độ điều trị tiêu chuẩn bao gồm betalactam + macrolide hoặc Fluroquinolone hô hấp.
- Nếu trước đây đã phân lập MRSA hay P.A thì nên bao phủ những tác nhân này. Nên cấy bệnh phẩm (và PCR dịch mũi cho MRSA) để tiếp tục kháng sinh hay xuống thang.
- Nếu BN nhập viện trong thời gian gần đây và dùng kháng sinh tiêm mạch và nguy cơ MRSA có kiểm định, cần cấy bệnh phẩm và làm PCR để điều trị bao phủ kháng MRSA hay không.
- Nếu BN nhập viện trong thời gian gần đây và dùng kháng sinh tiêm mạch và nguy cơ P.aeruginosa có kiểm định, cần cấy bệnh phẩm và khởi đầu điều trị bao phủ *Pseudomonas* chỉ khi cấy (+).

○ **BN nặng:**

- Chế độ KS tiêu chuẩn bao gồm betalactam + macrolide hay betalactam+ fluroquinolone
- Nếu trước đây đã phân lập MRSA hay P.A thì nên bao phủ những tác nhân này. Nên cấy bệnh phẩm (và PCR dịch mũi cho MRSA) để tiếp tục kháng sinh hay xuống thang.
- Nếu BN nhập viện trong thời gian gần đây và dùng kháng sinh tiêm mạch và nguy cơ MRSA/ P.A có kiểm định, cần thêm KS bao phủ MRSA/P.A và cấy bệnh phẩm và làm PCR để cho phép xuống thang hay tiếp tục kháng sinh.

UPDATE OF TREATMENT OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA – ATS/IDSA 2019

TRẦN VĂN NGỌC(*)

Recommend abandoning HCAP categorization and emphasis on the local epidemiology and validated risks factors for P.A and MRSA infection to cover. Emphasis on Antibiotic Deescalation if culture negative.

- Treatment of outpatient CAP:
 - Patients without comorbidities or risk factors for MRSA /P.A should be treated by amoxicillin, doxycyclin or macrolide (if resistant rate < 25%).
 - Patients with comorbidities, using betalactam/betalactamase inhibitors and macrolide / doxycycline or monotherapy with fluroquinolone are suitable indications. The respiratory samples should be cultured (and add nasal PCR for MRSA) to decide to continue or deescalation.
- Treatment of inpatient CAP:
 - Patients with non-severe CAP,
 - The standard therapy includes betalactam + macrolide or respiratory fluroquinolone.
 - If P.A or MRSA was isolated in previous cultures, initial therapy should cover these agents.
 - Patients administrated recently and received IV antibiotics and validated risk factors for MRSA, MRSA therapy is indicated if culture positive. Withhold the empiric therapy against MRSA if nasal PCR for MRSA is negative.
 - Patients administrated recently and received IV antibiotics and validated risk factors for P.A, therapy against P.A is only indicated if culture positive.
 - For severe inpatient CAP:
 - The standard therapy includes betalactam + macrolide or betalactam + respiratory fluroquinolones.
 - If P.A or MRSA was confirmed by previous cultures, initial therapy should cover these agents.
 - Patients administrated recently and received IV antibiotics and validated risk factors for MRSA /P.A, empiric antibiotic treatment for these is indicated and samples cultures should be performed (and add nasal PCR for MRSA) to allow continue antibiotics or desescalation.

(*) PGS TS BS. Chủ tịch Hội Hô Hấp TPHCM, PCT Hội Phổi VN và Trưởng VPDD Hội Phổi tại TPHCM.

Từ viết tắt:

P.A: Pseudomonas aeruginosa

MRSA: Methicillin resistant Staphylococcus aureus

CAP: community acquired pneumonia

HCAP: health care associated pneumonia

Oxy hoá máu màng ngoài cơ thể qua đường tĩnh mạch-tĩnh mạch (VV-ECMO)

PHAN THỊ XUÂN()*

Oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể là một dạng điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân suy hô hấp, suy tim hoặc suy hô hấp tuần hoàn không đáp ứng với điều trị chuẩn. VV-ECMO là dạng ECMO sử dụng cho bệnh nhân suy hô hấp. Theo ELSO (Hội hỗ trợ sự sống ngoài cơ thể) VV-ECMO được chỉ định cho (1) bệnh nhân thở máy do suy hô hấp giảm oxy máu khi nguy cơ tử vong > 80%, (2) bệnh nhân thở máy bị ứ CO₂ dù áp lực bình nguyên đường thở > 30 cmH₂O, (3) Hội chứng dò rỉ khí nặng, (4) thuyên tắc phổi, (5) suy hô hấp có chỉ định đặt nội khí quản ở bệnh nhân chờ ghép phổi. Không có chống chỉ định tuyệt đối của VV-ECMO, mỗi bệnh nhân khi chỉ định cần được cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ. Tỷ lệ sống đến khi xuất viện cao nhất ở trẻ sơ sinh 73%, 58% ở trẻ em và 59% ở người lớn (theo số liệu của ELSO công bố vào tháng 7/2018)

Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation Therapy (VV-ECMO)

PHAN THỊ XUÂN()*

Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) therapy is used as supportive therapy for patients with respiratory failure, cardiac failure, and cardiopulmonary failure that do not respond to conventional treatments. Venovenous extracorporeal membrane oxygenation (VV-ECMO) is one subtype used for respiratory failure. According to ELSO guideline, indications of VV-ECMO include (1) ventilated hypoxic respiratory failure due to any cause when the risk of mortality is 80% or greater, (2) CO₂ retention on mechanical ventilation despite high Pplat (>30 cm H₂O), (3) Severe air leak syndromes, (4) Immediate cardiac or respiratory collapse (PE, blocked airway, unresponsive to optimal care) (5) Need for intubation in a patient on lung transplant list. There are no absolute contraindications to VV-ECMO, as each patient is considered individually with respect to risks and benefits. Survival rates to discharge are highest in neonatal 73%, 58% in pediatric and 59% in adult (Data from ELSO Registry July 2018).

() TS.BSCKII. Trưởng Khoa SSDB BV Chợ Rẫy.*

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NẤM XÂM LẤN

PGS.TS. VŨ VĂN GIÁP(*)

Trên lâm sàng thường gặp nấm xâm lấn do căn nguyên candida và aspergillus. Chẩn đoán nấm xâm lấn thường dựa vào các tiêu chí: Cơ địa bệnh nhân, triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, phương pháp vi sinh (nhuộm soi, nuôi cấy, định danh vi nấm), giải phẫu bệnh học và một số biomarkers (galactomannan, Beta D glucan). Tùy theo từng trường hợp các bác sĩ lâm sàng sẽ thiết lập các cấp độ chẩn đoán:

- **Chắc chắn (Proven) nhiễm nấm xâm lấn:** Có tiêu chuẩn vàng: Bằng chứng nấm trong mô bệnh học hoặc nhuộm soi thấy nấm.
- **Nhiều khả năng (Probable) nhiễm nấm xâm lấn:** Có yếu tố cơ địa, có tiêu chuẩn lâm sàng, có một tiêu chuẩn: galactomannan, 1,3-beta D glucan, hoặc PCR
- **Có thể (Possible) nhiễm nấm xâm lấn:** Có yếu tố cơ địa, có tiêu chuẩn lâm sàng

Lựa chọn thuốc kháng nấm cần dựa vào căn nguyên nấm do candida hay aspergillus. Bên cạnh đó tùy theo cấp độ chẩn đoán, cách tiếp cận điều trị nấm xâm lấn bao gồm:

- **Điều trị dự phòng (Prophylaxis):** áp dụng với đối tượng có yếu tố nguy cơ
- **Điều trị theo kinh nghiệm (Empirical treatment):** áp dụng đối với chẩn đoán có thể nhiễm nấm.
- **Điều trị có định hướng (Pre-Emptive treatment):** áp dụng đối với chẩn đoán nhiều khả năng nhiễm nấm.
- **Điều trị đích (targeted treatment):** nếu chẩn đoán chắc chắn nhiễm nấm xâm lấn.

UPDATE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INVASIVE FUNGAL INFECTION

PGS.TS. VŨ VĂN GIÁP(*)

Aspergillus and Candida species are the most common cause of invasive fungal infection in clinical practice. Diagnosis is usually based on the following criteria: risk factors, clinical signs and symptoms, imaging procedures, microbiological methods (stain, culture, fungal identification), histopathological findings and biomarkers (galactomannan, Beta D glucan). Depending on the circumstance, the clinician will establish diagnostic levels:

- **Proven invasive fungal infection** requires histopathological evidence from tissue biopsies or resection material or detection of the pathogen from normally sterile specimen.
- **Probable invasive fungal infection:** Patients have risk factors, clinical signs and one of the following positive tests: galactomannan, 1,3-beta D glucan or PCR.
- **Possible invasive fungal infection:** Patients just have risk factors and clinical signs.

The choice of an antifungal medication should be based on the pathogens such as: Candida or Aspergillus. In addition, depending on the level of diagnosis, approaches to invasive fungal treatment include:

- **Prophylaxis:** Apply to all patients with risk factors
- **Empirical treatment:** Apply to possible invasive fungal infection
- **Pre-Emptive treatment:** Apply to probable invasive fungal infection
- **Targeted treatment:** Apply to Proven invasive fungal infection

(*) PGS TS BS, *Tổng thư ký VNRS*

M.D, Ph.D. Associate Professor. General Secretary of Vietnam Respiratory Society



ultibro[®] breezhaler[®]

Indacaterol/Glycopyrronium 110/50 mcg



Ngày in tài liệu: Ngày 31 tháng 07 năm 2019

Tài liệu gồm 4 trang. Thông tin chi tiết về sản phẩm, vui lòng xem trang 4.

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế: 184/2019/XN TT/QLD, ngày 04 tháng 07 năm 2019

1. Thông tin kê toa Ultibro[®] Breezhaler[®]



DẠNG BẢO CHẾ: bột hít chứa trong nang cứng kèm dụng cụ hít. **THÀNH PHẦN HOẠT CHẤT:** Mỗi nang chứa indacaterol (dưới dạng indacaterol maleat) 110mcg; Glycopyrronium (dưới dạng Glycopyrronium bromide) 50mcg. Mỗi liều được phồng thích (liều rời khỏi đầu dụng cụ ngậm của dụng cụ hít) tương ứng với 85 microgram indacaterol và 43 microgram glycopyrronium. **CHỈ ĐỊNH:** Ultibro Breezhaler là thuốc giãn phế quản được chỉ định dùng một lần trong ngày trong điều trị duy trì để làm giảm triệu chứng và làm giảm các đợt cấp ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **LIỀU DÙNG:** Liều được khuyến cáo là một lần hít trong ngày với lượng thuốc chứa trong 1 viên nang 110/50 mcg qua dụng cụ hít Ultibro Breezhaler. **Suy giảm chức năng thận:** Có thể sử dụng ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng thận từ nhẹ đến trung bình. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng hoặc bệnh thận giai đoạn cuối cần lọc máu nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ. **Suy giảm chức năng gan:** Có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng gan từ nhẹ đến trung bình. Chưa có dữ liệu trên bệnh nhân suy gan nặng. **Trẻ em (dưới 18 tuổi):** Không sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân dưới 18 tuổi. **Người cao tuổi (trên 75 tuổi):** Có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều được khuyến cáo cho bệnh nhân trên 75 tuổi. **CÁCH DÙNG:** Chỉ dùng viên nang Ultibro Breezhaler theo đường hít qua miệng và chỉ dùng với dụng cụ hít Ultibro Breezhaler. Không được nuốt viên nang Ultibro Breezhaler. Nên dùng vào cùng thời gian mỗi ngày. Nếu quên dùng thuốc, nên dùng lại sớm nhất có thể. Bệnh nhân cần được hướng dẫn để không dùng quá một liều thuốc trong ngày. Viên nang Ultibro Breezhaler nên được bảo quản trong vỉ nhôm để tránh ẩm, và chỉ bỏ thuốc ra khỏi vỉ NGAY TRƯỚC KHI SỬ DỤNG. Khi xuất hiện biểu hiện co thắt phế quản nghịch lý, nên ngừng dùng Ultibro Breezhaler ngay lập tức và có biện pháp điều trị thích hợp. Cần hỏi kỹ có phải bệnh nhân đã nuốt thuốc chứ không phải hít thuốc không nếu bệnh nhân không có sự cải thiện nhịp thở. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Bệnh nhân quá mẫn với indacaterol hoặc glycopyrronium, một thành phần của Ultibro Breezhaler, hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Không dùng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc có chứa chất đồng vận beta-adrenergic tác dụng kéo dài hoặc các thuốc đối kháng thụ thể muscarinic tác dụng kéo dài. **Hen phế quản:** Không dùng Ultibro Breezhaler để điều trị hen phế quản do thiếu các dữ liệu cho chỉ định này. **Không sử dụng trong trường hợp cấp tính:** Ultibro Breezhaler không được chỉ định để điều trị các cơn co thắt phế quản cấp. **Quá mẫn liên quan đến indacaterol:** Nếu xuất hiện các dấu hiệu của phản ứng dị ứng (đặc biệt là khó thở hoặc khó nuốt, sưng lưỡi, môi và mặt, nổi mề đay, phát ban da), nên ngừng dùng thuốc ngay và có biện pháp điều trị thích hợp. **Co thắt phế quản nghịch lý:** Giống như các liệu pháp điều trị dạng hít khác, dùng Ultibro Breezhaler có thể dẫn đến co thắt phế quản nghịch lý, có khi đe dọa đến tính mạng. Nếu xuất hiện biểu hiện co thắt phế quản nghịch lý, nên ngừng dùng Ultibro Breezhaler ngay lập tức và có biện pháp điều trị thích hợp. **Tác dụng kháng cholinergic liên quan đến glycopyrronium:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân bị glaucôm góc đóng hoặc bí tiểu. **Bệnh nhân suy giảm chức năng thận nặng:** Chỉ sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng (tốc độ lọc cầu thận ước tính dưới 30 mL/phút/1,73 m²) bao gồm các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần lọc máu trong trường hợp lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ và nên được theo dõi chặt chẽ phản ứng bất lợi của thuốc. **Tác dụng toàn thân của các chất đồng vận beta:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân có bệnh lý tim mạch (bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim cấp, loạn nhịp tim, tăng huyết áp), bệnh nhân mắc động kinh hoặc nhiễm độc tuyến giáp và các bệnh nhân có đáp ứng bất thường với các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler nhiều lần hơn hoặc ở liều cao hơn khuyến cáo. **Tác dụng trên tim mạch của các chất đồng vận beta:** Ultibro Breezhaler có thể gây ảnh hưởng trên tim mạch có ý nghĩa lâm sàng ở một số bệnh nhân thể hiện qua tăng nhịp tim, huyết áp, có hoặc không có triệu chứng. Trong trường hợp này, cần cần nhắc ngừng dùng thuốc. Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến kéo dài khoảng QTc chưa được ghi nhận trong các thử nghiệm lâm sàng của Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Hạ kali máu của các chất đồng vận beta:** Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến hạ kali máu chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu lâm sàng với Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Tăng glucose máu với các chất đồng vận beta:** Bệnh nhân đái tháo đường nên được theo dõi chặt chẽ hơn khi bắt đầu điều trị bằng Ultibro Breezhaler. Ultibro Breezhaler chưa được nghiên cứu trên bệnh nhân đái tháo đường không được kiểm soát tốt đường huyết. **PHẢN ỨNG BẤT LỢI CỦA THUỐC:** *Rất thường gặp (≥1/10):* nhiễm khuẩn đường hô hấp trên; *thường gặp (≥1/100 đến <1/10):* Viêm mũi họng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm xoang, viêm mũi, quá mẫn, tăng đường huyết và bệnh đái tháo đường, chóng mặt, nhức đầu, ho, đau miệng-họng bao gồm cả kích ứng họng, khó tiêu, sâu răng, tắc nghẽn bàng quang và bí tiểu, sốt, đau ngực; *ít gặp (≥1/1.000 đến <1/100):* Phù mạch, mất ngủ, glaucôm, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rung nhĩ, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, co thắt phế quản nghịch lý, khó phát âm, chảy máu cam, viêm dạ dày ruột, khô miệng, ngứa/phát ban, đau cơ xương, co thắt cơ, đau cơ, đau ở chi, phù ngoại biên, mệt mỏi; *hiếm gặp (≥1/10.000 đến <1/1.000):* Dị cảm. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. **TƯƠNG TÁC, TƯƠNG Kỵ CỦA THUỐC:** Chưa có nghiên cứu tương tác thuốc – thuốc đặc hiệu được thực hiện trên Ultibro Breezhaler. Thông tin về khả năng tương tác của Ultibro Breezhaler dựa trên khả năng gây tương tác của từng thành phần đơn trị liệu của thuốc. Không nên dùng Ultibro Breezhaler cùng các thuốc chẹn beta-adrenergic (bao gồm cả các thuốc nhỏ mắt). Trong trường hợp cần thiết, nên ưu tiên lựa chọn các thuốc chẹn beta-adrenergic chọn lọc trên tim, nhưng nên sử dụng thận trọng. Thận trọng khi sử dụng với các thuốc có khả năng kéo dài khoảng QTc (thuốc ức chế monoamine oxidase, thuốc chống trầm cảm ba vòng...) vì có thể làm tăng nguy cơ gây loạn nhịp thất. Sử dụng đồng thời với các thuốc cường giao cảm khác (đơn độc hoặc ở trong dạng phối hợp) có thể làm tăng tác dụng bất lợi của indacaterol. Sử dụng đồng thời với các dẫn chất methylxanthin, các steroid, các thuốc lợi tiểu không giữ kali có thể làm tăng tác dụng hạ kali máu của các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. Mức độ phơi nhiễm thuốc tăng do tương tác thuốc với các thuốc ức chế mạnh và đặc hiệu CYP3A4 và P-gp (như ketoconazol, erythromycin, verapamil và ritonavir) nhưng không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến độ an toàn của thuốc. **Tương tác liên quan đến glycopyrronium:** Sử dụng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc kháng cholinergic dạng hít không được khuyến cáo. Dự kiến không có tương tác thuốc khi dùng glycopyrronium đồng thời với cimetidin hoặc các thuốc ức chế hệ vận chuyển cation hữu cơ khác. **ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT:** **Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản:** Chưa có các khuyến cáo đặc biệt cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. **Phụ nữ có thai:** Chưa có các dữ liệu trong việc sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ có thai. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler trong thời kỳ mang thai nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên thai nhi. **Phụ nữ cho con bú:** chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ đang cho con bú khi lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên trẻ em. **Khả năng sinh sản:** không cho thấy ảnh hưởng của thuốc trên khả năng sinh sản của cả nam và nữ. **Quá trình chuyển dạ và sinh con:** Tương tự các thuốc đồng vận beta2-adrenergic khác, Ultibro Breezhaler có thể ức chế quá trình chuyển dạ do tác dụng giãn cơ trơn tử cung. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Sản phẩm này có ảnh hưởng không đáng kể đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, chóng mặt có thể xảy ra và ảnh hưởng đến khả năng lái xe và sử dụng máy móc. **QUÁ LIỀU:** Quá liều có thể dẫn đến tác dụng kích thích quá mức beta2-adrenergic điển hình như nhịp nhanh, run, đánh trống ngực, đau đầu, buồn nôn, nôn, buồn ngủ, rối loạn nhịp thất, nhiễm acid chuyển hóa, hạ kali máu và tăng glucose huyết hoặc có thể gây ra tác dụng kháng cholinergic, như tăng nhãn áp (gây đau, rối loạn thị giác hoặc đỏ mắt), táo bón hoặc tiểu khó. Điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng được chỉ định trong trường hợp này. Trong trường hợp nghiêm trọng, nên cho bệnh nhân nhập viện. Sử dụng các thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim có thể được cân nhắc để điều trị các triệu chứng cường beta2-adrenergic nhưng phải dưới sự giám sát của bác sĩ và cần hết sức thận trọng vì sử dụng các thuốc chẹn beta-adrenergic có thể gây co thắt phế quản. **HẠN DÙNG:** 18 tháng kể từ ngày sản xuất. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp gồm 5 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 dụng cụ hít; Hộp gồm 1 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 dụng cụ hít; Hộp gồm 2 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 dụng cụ hít. **ĐIỀU KIỆN BẢO QUẢN:** Không bảo quản thuốc trên 30°C. Tránh ẩm. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler sau ngày "EXP" ghi trên vỏ hộp. Ultibro Breezhaler phải được giữ ngoài tầm quan sát và tầm với của trẻ em. **CƠ SỞ SẢN XUẤT:** Novartis Pharma Stein AG, Schaffhauserstrasse, 4332 Stein, Thụy Sĩ. **NHÀ NHẬP KHẨU:** Công ty cổ phần Dược liệu Trung Ương 2, số 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Mọi thông tin chi tiết vui lòng liên hệ: VPPD Novartis Pharma Services AG

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG, XỬ LÝ VÀ HỦY BỎ

Một bộ Ultibro Breezhaler bao gồm:

- Một dụng cụ hít Ultibro Breezhaler
- Một hoặc nhiều vỉ thuốc chứa viên nang Ultibro Breezhaler được sử dụng trong dụng cụ hít



Chỉ sử dụng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler có trong bộ này.

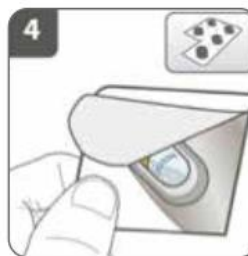
Không ấn viên nang qua lớp giấy bạc để đưa thuốc ra khỏi vỉ.

Xử lý mỗi dụng cụ hít sau 30 ngày sử dụng. Hỏi ý kiến dược sỹ về cách xử lý thuốc và dụng cụ hít không còn sử dụng.

Không nuốt viên nang Ultibro Breezhaler. Bột chứa trong nang được sử dụng để hít.



1 Kéo nắp ra



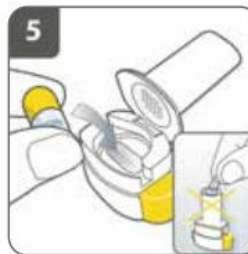
4 Lấy viên nang Ultibro Breezhaler ra:

Viên nang nên luôn được bảo quản trong vỉ và chỉ được lấy ra ngay trước khi sử dụng. Lấy viên nang ra khỏi vỉ bằng tay khô.



2 Mở dụng cụ hít:

Giữ chặt đáy dụng cụ hít và kéo nghiêng đầu hít để mở dụng cụ hít.



5 Đặt viên nang:

Đặt viên nang vào buồng chứa.

Không bao giờ được đặt viên nang trực tiếp vào đầu dụng cụ hít.



3 Chuẩn bị viên nang:

Tách riêng vỉ mang một viên nang ra khỏi vỉ thuốc bằng cách xé vỉ theo đường đục lỗ trên vỉ thuốc.

Xé bỏ lớp bảo vệ bên ngoài để lộ ra viên nang (không ấn viên nang qua lớp giấy bạc).



6 Đóng dụng cụ hít:

Đóng chặt dụng cụ hít. Bạn sẽ nghe thấy một tiếng "click" khi đã đóng chặt hoàn toàn.



Chọc thủng viên nang:

Giữ dụng cụ hít thẳng đứng với đầu dụng cụ hít hướng lên trên. Nhấn chắc cả hai nút cùng một lúc. Bạn sẽ nghe thấy tiếng "clic" khi viên nang đã được chọc thủng.

Không ấn vào nút chọc thủng quá một lần.



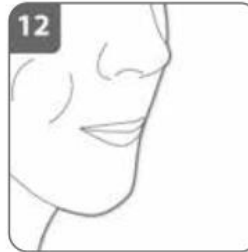
Chú ý:

Khi bạn hít vào qua dụng cụ hít, viên nang quay xung quanh buồng đặt và bạn nghe thấy tiếng kêu vo vo. Bạn sẽ thấy có vị ngọt khi thuốc đi vào phổi.

Nếu bạn không nghe thấy tiếng vo vo, viên nang có thể bị mắc kẹt trong buồng đặt. Nếu điều này xảy ra, mở dụng cụ hít và cẩn thận gỡ viên nang bằng cách gõ vào đáy dụng cụ hít. Không ấn vào nút chọc thủng để gỡ viên nang. Lặp lại bước 9 và 10 nếu cần thiết.

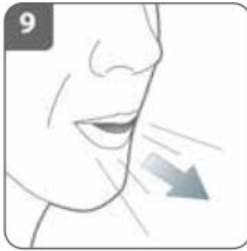


Nhả nút hoàn toàn.



Nín thở:

Tiếp tục nín thở trong vòng ít nhất 5 đến 10 giây và kéo dài thoải mái có thể trong khi bỏ dụng cụ hít ra khỏi miệng. Sau đó thở ra. Mở dụng cụ hít để kiểm tra có còn bột đọng lại trong viên nang hay không. Nếu vẫn còn bột đọng lại trong viên nang, đóng dụng cụ hít và lặp lại bước 9 đến 12. Hầu hết người dùng đều có thể làm rỗng viên nang với một hoặc hai lần hít. Một số người thỉnh thoảng ho một thời gian ngắn ngay sau khi dùng thuốc. Nếu bạn bị như vậy, đừng lo lắng, nếu viên nang trống chúng tỏ bạn đã nhận được đủ liều.



Thở ra:

Thở mạnh ra trước khi đặt dụng cụ hít vào miệng.

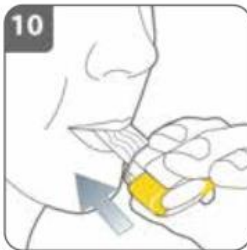
Không bao giờ thổi vào dụng cụ hít.



Bỏ viên nang rỗng:

Sau khi dùng xong liều hàng ngày Ultibro Breezhaler, bạn mở lại dụng cụ hít, loại bỏ viên nang rỗng bằng cách nghiêng nó ra khỏi buồng đặt viên nang và bỏ nang đi. Đóng dụng cụ hít và đóng nắp lại.

Không bảo quản nang thuốc trong dụng cụ hít Ultibro Breezhaler.



Hít thuốc:

- Giữ dụng cụ hít như trong hình vẽ với hai nút về phía trái và phải (không để nút ở phía trên và phía dưới).
- Đặt dụng cụ hít vào mồm, ngậm chặt miệng vào dụng cụ hít.
- Hít vào nhanh nhưng đều đặn, càng sâu càng tốt. Không ấn vào nút chọc thủng.

GHI NHỚ:

- Không nuốt viên nang Ultibro Breezhaler.
- Chỉ sử dụng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler có trong bộ này.
- Luôn bảo quản viên nang Ultibro Breezhaler trong vỉ và chỉ được tháo ra ngay trước khi sử dụng.
- Không bao giờ đặt trực tiếp viên nang Ultibro Breezhaler vào đầu dụng cụ hít Ultibro Breezhaler.
- Không ấn nút chọc thủng vỏ nang quá một lần.
- Không bao giờ thổi vào dụng cụ hít của bộ hít Ultibro Breezhaler.
- Luôn nhả nút ấn vào trước khi hít.
- Không bao giờ rửa bộ hít Ultibro Breezhaler bằng nước. Giữ bộ hít luôn khô ráo. Đọc mục dưới đây "Làm thế nào để làm sạch dụng cụ hít của bạn".
- Không bao giờ dùng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler với mục đích khác.
- Luôn sử dụng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler mới đi kèm với bộ thuốc Ultibro Breezhaler mới của bạn.
- Không bảo quản viên nang trong dụng cụ hít Ultibro Breezhaler.
- Luôn giữ dụng cụ hít Ultibro Breezhaler và viên nang Ultibro Breezhaler ở nơi khô ráo.

Làm sạch dụng cụ hít: Không bao giờ rửa bằng nước. Lau bên trong và bên ngoài dụng cụ hít bằng một miếng vải khô, sạch để loại bỏ phần bột thuốc còn dư. Giữ dụng cụ hít luôn khô

KHUYNH HƯỚNG ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* VÀ TÌNH HÌNH SINH CARBAPENEMASE TRONG VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN HIỆN NAY

TRẦN THỊ THANH NGA * TRƯƠNG THIÊN PHÚ** NGÔ MINH QUÂN**

Mở đầu:

Dịch tễ nhiễm khuẩn gây ra bởi *K.pneumoniae* thay đổi nhanh trong những năm gần đây, *K. pneumoniae* là một trong những tác nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện đặc biệt trong viêm phổi bệnh viện - viêm phổi thở máy và tình trạng *K. pneumoniae* gia tăng kháng carbapenem trở thành thách thức lớn cho điều trị lâm sàng. Theo dõi khuynh hướng đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn này giúp ích cho việc lựa chọn kháng sinh điều trị trong tình hình đa kháng kháng sinh hiện nay.

Mục tiêu: Khảo sát khuynh hướng đề kháng kháng sinh của *K. pneumoniae* trên bệnh phẩm hô hấp tại khoa Hồi sức tích cực của hai bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Tim Tâm Đức trong VPBV-VPTM; Tình hình gen kháng carbapenem của *K. pneumoniae* trên bệnh phẩm hô hấp tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp: Hồi cứu, mô tả, thu thập dữ liệu các kết quả cấy dương tính của các mẫu bệnh phẩm đường hô hấp năm 2018 và 6 tháng đầu năm 2019. Các chủng vi khuẩn được nuôi cấy, định danh, kháng sinh đồ theo tiêu chuẩn CLSI 2018 bằng kỹ thuật MALDI-TOF, VITEK 2 của hãng Bruker và BioMerieux.

Kết quả:

- Bệnh viện Chợ Rẫy: Tổng cộng có 81 kết quả nuôi cấy phân lập dương tính với *Klebsiella pneumoniae* (năm 2018 có 58 và 6 tháng đầu 2019 có 23). Tỷ lệ đề kháng của *Klebsiella pneumoniae* đối với họ Carbapenem ngày càng tăng năm 2018 (60%), 6 tháng đầu năm 2019 (70%). Trong khi tình hình đề kháng chung của bệnh phẩm hô hấp năm 2018 và 6 tháng đầu 2019 (38%).
- Bệnh viện Tim Tâm Đức: Tổng cộng có 88 kết quả nuôi cấy phân lập dương tính *K. pneumoniae* (năm 2018 có 58; 6 tháng đầu năm 2019 có 38) Tỷ lệ đề kháng của *K. pneumoniae* đối với họ Carbapenem năm 2018 (35%), 6 tháng đầu năm 2019 (60%).
- Gen kháng Carbapenem của *K. pneumoniae*: từ tháng 8 /2018 đến tháng 2/2019 tại BV. Chợ Rẫy đã thực hiện phân tích 50 trường hợp Gen kháng Carbapenem của *K. pneumoniae* kết quả như sau: Oxa 48 (44%), NDM (26%), NDM + Oxa 48 (14%), KPC (10%), IMP + Oxa 48 (4%), IMP + NDM (2%).

Kết luận và kiến nghị:

Khuynh hướng gia tăng đề kháng kháng sinh họ Carbapenem của *K. pneumoniae* đáng báo động đối với các khoa Hồi sức cấp cứu. cần lưu ý đến tình trạng gia tăng đề kháng kháng sinh của các tác nhân gây viêm phổi bệnh viện và các loại nhiễm khuẩn trong bệnh viện, dữ liệu đề kháng giúp sử dụng kháng sinh hợp lý, điều trị kịp thời tăng hiệu quả điều trị và hạn chế sự kháng thuốc của vi khuẩn, giảm chi phí và góp phần cứu sống bệnh nhân.

Kiến nghị: Triển khai xác định MIC của *K. pneumoniae* với các kháng sinh carbapenem, amikacin, colistin một cách thường quy tại Khoa HSTC, dựa trên kết quả đó kết hợp với kết quả kháng sinh đồ để lựa chọn kháng sinh và chế độ liều dùng. Có chiến lược phân tầng vai trò của các kháng sinh quan trọng trong điều trị *K. pneumoniae*. Xây dựng phác đồ điều trị *K. pneumoniae* tối ưu dựa trên đặc điểm vi sinh và lâm sàng của người bệnh.

(*) Bệnh viện Tim Tâm Đức (**) Bệnh Viện Chợ Rẫy

Từ khóa: *Klebsiella pneumoniae*

Liên hệ tác giả: Trần Thị Thanh Nga; Điện thoại: 84-908185491 E-mail: ngatranrh@gmail.com

TRENDS IN ANTIBIOTIC RESISTANCE OF KLEBSIELLA PNEUMONIAE AND THE CURRENT SITUATION OF CARBANEMASE IN ACQUIRED PNEUMONIA

TRAN THI THANH NGA * TRUONG THIEN PHU** NGO MINH QUAN**

ABSTRACT

Background:

The epidemiological epidemic caused by *K. pneumoniae* has changed rapidly in recent years, *Klebsiella pneumoniae* is one of the leading agents causing hospital infections especially in HAP and VAP and *K. pneumoniae* with increasing carbapenem resistance becomes a big challenge for clinical treatment. Monitoring these antibiotic resistance trends of these bacteria is helpful in the selection of treatment antibiotics in the current situation of multiple antibiotic resistance. [1,2,3,5,8].

Objective:

Survey on tendency of antibiotic resistance of *K. pneumoniae* in HAV - HPV at ICU Department of Cho Ray Hospital and Tam Duc Heart Hospital. The situation detection of carbapenem resistance gene at Cho Ray hospital.

Method:

Retrospective, descriptive, data collection and positive culture results of samples respiratory 2018 and first six months of 2019. The bacteria were identified, antibiogram susceptibility according CLSI standards 2018 by MALDI-TOF, VITEK 2 of Bruker and BioMerieux.

Results:

- Choray hospital: A total of 81 culture results isolated positive for *Klebsiella pneumoniae* (in 2018 there were 58 and in the first 6 months of 2019 there were 23). The resistance rate of *K. pneumoniae* to the Carbapenem family is increasing in 2018 (60%), in the first 6 months of 2019 (70%). While the general resistance situation of respiratory specimens in 2018 and the first 6 months of 2019 (38%).

- Tam Duc Heart Hospital: A total of 88 positive *K. pneumonia* isolated cultures (58 in 2018; in the first 6 months of 2019, 38 *K. pneumonia* resistance rate for Carbapenem in 2018 (35%), The first 6 months of 2019 (60%).
- Carbapenem resistance gene of *K. pneumonia*: At Choray Hospital from 8/ 2018 to 2/ 2019, Genetic analysis of a total of 50 cases of *K. pneumonia* resistant to Carbapenem, results are as follows:: Oxa 48 (44%), NDM (26%), NDM + Oxa 48 (14%), KPC (10%), IMP + Oxa 48 (4%), IMP + NDM (2%).

Conclusion and suggest:

The tendency of increasing antibiotic resistance of Carbapenem family of Klebsiella pneumonia is alarming for ICU departments. Attention should be paid to the increase in antibiotic resistance of agents causing pneumonia in hospitals and other types of infections in hospitals, resistance data to use antibiotics appropriately, timely treatment to increase the effectiveness of treatment. treat and limit bacterial resistance, reduce costs and help save lives.

Suggest: Deploying MIC identification of *K. pneumoniae* with antibiotics of carbapenem, amikacin, colistin regularly in ICU Departments, based on that result combined with antibiotic results to select antibiotics and dosage regimen.

There is a strategy to stratify the role of important antibiotics in the treatment of *K. pneumoniae*. Develop an optimal *K. pneumoniae* treatment regimen based on the clinical and microbiological characteristics of the patient. [4,6,7,9,10]

(*) Tamducheart Hospital

(**) Choray Hospital

Contact the author: Tran thi Thanh Nga

Mobile:84-908185491; E-mail: ngatranrh@gmail.com

Key word: *Klebsiella pneumoniae*

REFERENCE

1. Phạm Hồng Nhung (2018), Tình hình đề kháng kháng sinh tại khoa ICU năm 2017, Hà Nội.
2. Phạm Hồng Nhung, Đào Xuân Cơ, et al. (2017), "Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các trực khuẩn gram âm phân lập tại Khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 109(4), pp.
3. Nguyễn Thị Tuyền (2017), Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh carbapenem tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sỹ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
4. Nguyễn Bá Cường, Nguyễn Hoàng Anh và các cs. (2017), "Hiệu quả của hai chế độ liều sử dụng colistin truyền tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy", Tạp Chí Y Học Việt Nam, 459, pp. 94 - 97.
5. Logan L. K., Weinstein R. A. (2017), "The Epidemiology of CarbapenemResistant Enterobacteriaceae: The Impact and Evolution of a Global Menace", J Infect Dis, 215(suppl_1), pp. S28-s36.
6. Rodríguez-Baño J., Gutiérrez-Gutiérrez B., et al. (2018), "Treatment of Infections Caused by Extended-Spectrum-Beta-Lactamase-, AmpC-, and Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae", Clin Microbiol Rev, 31(2), pp.

7. Pitout J. D., Nordmann P., et al. (2015), "Carbapenemase-Producing *Klebsiella pneumoniae*, a Key Pathogen Set for Global Nosocomial Dominance", *Antimicrob Agents Chemother*, 59(10), pp. 5873-84.
8. Zhang Y., Wang Q., et al. (2018), "Epidemiology of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections: Report from the China CRE Network", *Antimicrob Agents Chemother*, 62(2), pp.
9. Le N. K., Hf W., et al. (2016), "High prevalence of hospital-acquired infections caused by gram-negative carbapenem resistant strains in Vietnamese pediatric ICUs: A multi-centre point prevalence survey", *Medicine (Baltimore)*, 95(27), pp. e4099.
10. Phu V. D., Wertheim H. F., et al. (2016), "Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units", *PLoS One*, 11(1), pp. e0147544.

Thách thức và giải pháp điều trị vi khuẩn gram âm đa kháng kháng sinh – Cập nhật ECCMID 2019

BS LÊ TIẾN DŨNG(*)

Vi khuẩn gram âm đa kháng kháng sinh hầu như không có mãi đến những năm 1990, nhưng ngày nay là tác nhân gây bệnh thường gặp ở bệnh viện và các cơ sở chăm sóc y tế khác ở nhiều quốc gia. KPC *Klebsiella pneumonia* đầu tiên phát hiện và lan rộng toàn cầu và hiện đang là vùng dịch tễ ở Hoa Kỳ, Hy Lạp, Israel, Italia. NDM *Enterobacteriaceae* và OXA-48 *Klebsiella pneumonia* đang lan tràn từ Nam Á và Bắc Mỹ. CPE đề kháng với hầu như tất cả kháng sinh, cho thấy tiếp cận điều trị hiện nay là không đủ và cần hiệu chỉnh lại. Các CPE hầu như đề kháng với tất cả beta-lactams bao gồm carbapenem và nhiều nhóm kháng sinh khác. Tử suất lên đến 40%. Để đạt được hiệu quả điều trị tối đa với các CPE, liều lượng kháng sinh cần được tối ưu dựa trên dữ liệu dược động/ dược lực học, đặc biệt đối với colistin và carbapenems; và phối hợp kháng sinh tối ưu cần được xem xét.

Challenges and therapeutic solutions for Multidrug resistant gram negative bacteria – up to date ECCMID 2019

LE TIEN DUNG(*)

Multidrug resistant gram negative bacteria were almost nonexistent up to the 1990s, but are today encountered routinely in hospitals and other healthcare facilities in many countries. KPC-producing *Klebsiella pneumonia* was the first to emerge and spread globally and is endemic in the United States, Greece, Israel, Italia. NDM-producing *Enterobacteriaceae* and OXA-48-producing *Klebsiella pneumonia* appear to be disseminating from South Asia and Northern Africa. CPE are resistant to almost all available antibiotics, indicating that the current therapeutic approaches are inadequate and must be revised. CPE almost always resistant to all beta-lactams including carbapenems and many other classes. Mortality reaches up to 40%. To obtain the maximal benefit from the limited options available, dosing of antimicrobial agents should be optimized based on pharmacokinetic/pharmacodynamic data, especially for colistin and carbapenems; and optimal combination antimicrobial therapy must be defined.

Email: dr.ledungcuc@gmail.com

(*) PGS TS BS. Trưởng khoa hô hấp BV Đại học Y Dược TPHCM, Phó chủ tịch Hội hô hấp TPHCM

A/Prof. PhD, MD. Head of Respiratory Department, UMC HCMC, Vice-chairman of HCMC Respiratory Society

CẬP NHẬT TIẾP CẬN HO TRẺ EM

PGS. TS PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM

Ho là lý do phổ biến của trẻ em đến khám ngoại trú. Ho là một biểu hiện của bệnh hô hấp có thể từ nhiễm trùng đường hô hấp trên đến nhiễm trùng hô hấp dưới. Ho cấp tính ở trẻ em chủ yếu là do nhiễm trùng đường hô hấp trên (URTI). Ho mãn tính, được định nghĩa là ho hàng ngày trong thời gian ít nhất 4 tuần, có thể liên quan đến rối loạn nghiêm trọng tiềm ẩn và do đó, cần phải đánh giá lâm sàng toàn diện và có hệ thống. Cần có cách tiếp cận ho mãn tính có hệ thống ở trẻ em giúp cải thiện kết quả lâm sàng. Trong bài này chúng tôi đề cập đến cơ chế ho, cách tiếp cận ho, các dấu hiệu chỉ điểm ho. Điều trị nên dựa trên nguyên nhân. Các bác sĩ lâm sàng cần làm quen với việc tiếp cận ho để có chẩn đoán và điều trị thích hợp.

UPDATE ON APPROACH TO COUGH IN CHILDREN

PGS. TS PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM

Cough is a common reason for pediatric outpatient visits. Cough is a manifestation of respiratory disease that can range from upper respiratory tract infection to lower respiratory infection. Acute cough in children is mostly caused by an upper respiratory infection (URTI). A chronic cough, defined as a daily cough for at least 4 weeks, may be associated with a potentially serious disorder and, therefore, requires a comprehensive and systematic clinical evaluation. A systematic approach to chronic cough in children is needed to improve clinical outcomes. In this article we discuss cough mechanism, cough approach, specific cough pointers. Treatment of cough should be based on the etiology. Clinicians should be familiar with the cough approach for appropriate diagnosis and treatment.

MERONEM

meropenem



Đi bệnh nhân như người thân

Tài liệu tham khảo: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc

Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem ở trang 2.

Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: 0557/2017/XN TT/QLD, ngày 18 tháng 4 năm 2018

Ngày in tài liệu:...../...../.....

ỨNG DỤNG XÉT NGHIỆM NHANH TÌM KHÁNG NGUYÊN LIÊN CẦU TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM HỌNG CẤP Ở TRẺ EM

TRẦN THIÊN NGỌC THẢO¹, TĂNG CHÍ THƯỢNG^{1,2}

Tóm tắt

Mục tiêu: Viêm họng cấp là một trong năm bệnh lý thường gặp nhất ở trẻ em. Tỷ lệ kê toa kháng sinh cao, trong khi chỉ 15 – 30% do liên cầu trùng tán huyết beta nhóm A (GAS). Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ không cần dùng kháng sinh khi ứng dụng xét nghiệm nhanh tìm kháng nguyên liên cầu nhóm A (RADT) tại phòng khám ngoại trú.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang làm phết họng RADT cho trẻ bị viêm họng cấp có sốt tại phòng khám bệnh viện Nhi đồng 1 từ 02 – 05/2019. Tham vấn dùng kháng sinh dựa trên kết quả RADT và dấu hiệu lâm sàng ở ngày 1 và kết quả PCR cùng diễn tiến bệnh ở ngày 3. Kết quả nghiên cứu chính là tỷ lệ kê toa kháng sinh ban đầu trước RADT và tỷ lệ không dùng kháng sinh sau RADT ở ngày 1 và ở ngày 3.

Kết quả: 130 trẻ từ 3 – 14 tuổi (tuổi trung bình $5,4 \pm 2,4$). 93,6% bệnh nhi có McIsaac 2 và 3 điểm. RADT (+) là 5,4% so với 8,5% PCR (+). 79,7% được kê toa kháng sinh trước RADT so với 13,1% cần uống kháng sinh sau RADT ở ngày 1 và 29% sau 2 ngày. Hơn 50% bệnh nhân giảm sử dụng kháng sinh không cần thiết sau RADT.

Kết luận: RADT nên được sử dụng tại phòng khám cho các trẻ viêm họng cấp có điểm McIsaac từ 2 – 3 điểm nhằm giảm sử dụng kháng sinh không cần thiết.

Abstract

TRẦN THIÊN NGỌC THẢO¹, TĂNG CHÍ THƯỢNG^{1,2}

Objectives: Acute pharyngitis is one of the five most common childhood diseases. Antibiotic prescription is frequent, while only 15 - 30% is suffering from Group A beta hemolytic streptococci (GAS). The aim of this study was to determine the percentage of pharyngitis patients without using antibiotics after applying rapid antigen detection test (RADT) in outpatient clinics.

Methods: Cross-sectional study was designed to perform RADT for pharyngitis children with fever at the Children's Hospital No1 from February to May, 2019. Antibiotic treatments were decided based on RADT results and clinical signs on day 1 and back-up PCR and disease progression on day 3. The primary outcomes were the percentage of initial antibiotic prescribing before RADT and the percentage of non-use antibiotics after RADT on day 1 and day 3.

Results: 130 children aged 3-14 years (mean 5.4 ± 2.4). McIsaac score 2 and 3 met 93.6%. RADT positive was 5.4% and 8.5% with PCR. Antibiotic prescription was 79.7% before RADT compared with 13.1% antibiotic indication on day 1 and 29% on day 3. An absolute reduction of unnecessary antibiotics after RADT was over 50%.

Conclusions: RADT should be applied in out-patient clinics to screening for acute pharyngitis child with McIsaac score at 2 - 3 to reduce unnecessary antibiotic use.

Key words: acute pharyngitis, rapid antigen detection test, Group A beta hemolytic streptococci, McIsaac score, Centor score

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barth DD, Mayosi BM, Jabar A, et al (2015). Prevalence of group A streptococcal disease in North and Sub-Saharan Africa: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 5, e008646.
2. Chiappini E, Principi N, Mansi N et al (2012). Management of acute pharyngitis in children: Summary of the Italian National Institute of Health guidelines. *Clinical Therapy*, 34(6):1442–58.
3. Finger R, Ho SH, Ngo TT (1999). Rapid Streptococcal Testing in Vietnamese children with pharyngitis. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 11(1): 26-29.
4. Gerber MA, Shulman ST (2004). Rapid diagnosis of Pharyngitis caused by Group A Streptococci. *Clinical Microbiology Reviews*, 17(3): 571–580.
5. Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R (2014). Bacterial prevalence and antimicrobial prescribing trends for acute respiratory tract infections. *Pediatrics*; 134(4): 956–965.
6. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D et al (1998). A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Canadian Medical Association Journal*, 158(1): 75-83.
7. Ngo Ngoc Quang Minh (2014). Outpatient antibiotic use in acute respiratory infections in Ho Chi Minh City, Vietnam. *PhD thesis The Open University*.
8. Norton LE, Lee BR, Harte L, et al (2018). Improving Guideline-Based Streptococcal Pharyngitis Testing: A Quality Improvement Initiative. *Pediatrics*; 142(1): e20172033.
9. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C et al (2012). ESCMID Guideline for the management of acute sore throat. *Clinical Microbiology and Infection*, 18(1):1–28.
10. Ralph, AP & Carapetis JR (2013). Group a streptococcal diseases and their global burden. *Current topics in microbiology and immunology*, 368:1-27.
11. Rimoin AW, Walker CLF, Hamza HS et al (2010). The utility of rapid antigen detection testing for a diagnosis of streptococcal pharyngitis in low-resource settings. *International Journal of Infectious Diseases*, 14: e.1048-e.1053.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2016). Management of sore throat and indications for tonsillectomy: A national clinical guideline. Available at: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign117.pdf>
13. Shaikh N, Leonard E, Martin JM (2010). Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. *Pediatrics*, 126(3): 557–64.
14. Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG (2012). Accuracy and Precision of the Signs and Symptoms of Streptococcal Pharyngitis in Children: A Systematic Review. *The Journal of Pediatrics*, 160(3): 487–93.
15. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al (2012). Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Disease*, 55(10): 86–102.
16. Tesfaw G, Kibru G, Mekonnen D (2015). Prevalence of group A β -haemolytic Streptococcus among children with pharyngitis in Jimma town, Southwest Ethiopia. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*, 16: 35–40.
17. World Health Organisation (2005). The Current Evidence for the Burden of Group A Streptococcal Diseases. *WHO Rep*; Geneva, Switzerland: WHO.

LOẠT CA PHỔI HÌNH MÓNG NGỰA TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

BS CK2. TRẦN QUỲNH HƯƠNG*, BS CK2. MAI TẤN LIÊN BANG**, BS CK1. TRINH THỊ NGÀ*, BS ĐỒ THƯƠNG HOÀI*

TÓM TẮT:

Chúng tôi báo cáo 5 ca bệnh phổi móng ngựa được phát hiện tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2012 đến nay. Bệnh phổi móng ngựa là một bất thường bẩm sinh phổi hiếm gặp, có phần sau dưới phổi phải và trái nối với nhau. Bệnh phổi móng ngựa thường phối hợp với hội chứng Scimitar, thiếu sản phổi phải, dị dạng khí phế quản. Biểu hiện lâm sàng, phương pháp điều trị và tiên lượng phụ thuộc vào tình trạng cao áp phổi, suy tim, viêm phổi tái phát, và các dị dạng đi kèm.

CASE SERIES REPORT: HORSESHOE LUNG IN CHILDREN'S HOSPITAL II

BS CK2. TRẦN QUỲNH HƯƠNG*, BS CK2. MAI TẤN LIÊN BANG**, BS CK1. TRINH THỊ NGÀ*, BS ĐỒ THƯƠNG HOÀI*

We report the 5 cases of horseshoe lung were found at Children's Hospital 2 from 2012. Horseshoe lung is a rare congenital pulmonary anomaly in which the caudal and basal segments of the left and right lungs are joined together. Almost cases of horseshoe lung are associated with the Scimitar syndrome, right lung hypoplasia, congenital tracheobronchial malformation. Clinical symptoms, therapy methods and prognosis dependent on pulmonary hypertension, heart failure, recurrent pneumoniae and other congenital malformation.

Key word: Horseshoe lung, Scimitar syndrome.

VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN TẮC NGHẼN

PHẠM THỊ MINH HỒNG(*)

Tóm tắt

Viêm tiểu phế quản tắc nghẽn (Bronchiolitis obliterans - BO) là một dạng bệnh phổi lan tỏa, là tổn thương phổi do nguyên nhân nhiễm trùng và không nhiễm trùng. Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng, BO được phân loại trên cơ địa miễn dịch bình thường hoặc suy giảm miễn dịch. Nguyên nhân thường gặp nhất của BO ở trẻ em là nhiễm adenovirus. Những tác nhân gây nhiễm trùng khác gồm virus cúm, virus á cúm, sởi, virus hợp bào hô hấp, thủy đậu và mycoplasma. Những nguyên nhân không nhiễm trùng của BO ở trẻ em gồm bệnh mô liên kết, hít khí độc, viêm phổi quá mẫn mạn tính, hít sặc, phản ứng thuốc và hội chứng Stevens-Johnson. BO cũng là biến chứng của ghép phổi, đó là tình trạng thải ghép mạn tính. BO được xem là một biến chứng của ghép tế bào gốc tạo máu và là một dạng của bệnh ghép chống chủ.

Bronchiolitis obliterans (BO)

PHẠM THỊ MINH HỒNG(*)

Bronchiolitis obliterans (BO) is a DLD phenotype that can result from a large number of both infectious and noninfectious injuries to the lung. The more current classification structure enables bronchiolitis obliterans to be classified in either the 'Immunocompetent host' or the 'Immunocompromised Host' category, depending on the clinical context. The predominant cause of BO in children is adenovirus infection. Other infectious causes of BO that have been reported in children include influenza, parainfluenza, measles, respiratory syncytial virus, varicella, and mycoplasma. Noninfectious etiologies of BO in children include connective tissue disease, toxic fume inhalation, chronic hypersensitivity pneumonitis, aspiration, drug reaction, and Stevens-Johnson syndrome. BO is also a common complication of lung transplantation, in which it is a manifestation of chronic graft rejection. It is also seen as a complication following hematopoietic stem cell transplantation and is a form of chronic graft versus host disease.

(*) PGS TS, phó Khoa Y ĐHYD TPHCM

ĐIỀU TRỊ HEN/KHÒ KHÈ DO VIRUS Ở TRẺ EM – THÔNG TIN CẬP NHẬT

TRẦN ANH TUẤN(*)

Tóm tắt:

Virus được xem là yếu tố khởi phát cơn hen thường gặp nhất ở trẻ em.

Hiện vẫn chưa xác định được điều trị tối ưu cho hen do virus ở trẻ em. Tổng quan này nhằm xem lại và cập nhật các phương pháp điều trị hen/khò khè do virus thúc đẩy hiện nay.

Điều trị đặc hiệu cho mỗi bệnh nhi cần phải được cá nhân hóa tùy theo mức độ nặng của các triệu chứng và đáp ứng với điều trị hiện có.

SABA hít có hiệu quả trong điều trị các triệu chứng hen ở bệnh nhi có cơn hen/ khò khè do virus.

Có nhiều dữ kiện khác nhau về việc sử dụng corticoid uống gián đoạn trong điều trị hen do virus nhưng nói chung biện pháp này không hiệu quả ở hầu hết bệnh nhân.

ICS liều cao ngắt quãng bắt đầu khi trẻ có triệu chứng viêm hô hấp trên và tiếp tục trong 7-10 ngày có thể làm giảm các triệu chứng hen và nhu cầu sử dụng corticoid uống ở trẻ hen/khò khè do virus. Tuy nhiên, điều trị này có thể làm ảnh hưởng nhẹ đến tăng trưởng của trẻ.

Các dữ kiện gần đây cho thấy thuốc đối kháng thụ thể leukotriene như montelukast có thể có ích trong giảm các triệu chứng liên quan đến hen/khò khè do virus.

Vẫn cần có nhiều nghiên cứu để xác định các nhận định này trước khi trở thành biện pháp điều trị được chấp nhận.

Abstract: Treatment of virus-induced asthma/wheezing in children- Update

TRẦN ANH TUẤN(*)

Viruses are widely recognized as common triggers of early childhood wheezing or asthma in children.

The optimal management for acute episodes of virus-induced wheezing in infants and preschool children has yet to be determined. This topic reviews the treatment of children with virus-induced asthma/wheezing.

The specific therapy for each patient needs to be individualized based upon the severity of symptoms and prior responses to available treatments.

Inhaled short-acting beta 2-agonists (SABAs) are effective for rescue treatment of acute asthma symptoms in patients with episodes of virus-induced asthma/ wheezing.

The data are mixed regarding use of intermittent systemic glucocorticoids to treat virus-induced wheezing in preschoolers, although overall this approach does not appear to be effective in most patients.

Intermittent high-dose inhaled glucocorticoids started at the onset of an upper respiratory tract infection and continued for 7 to 10 days may decrease asthma-type symptoms and oral glucocorticoid use in preschool children with viral-associated asthma/wheezing. However, this therapy may result in slight deficits in growth in some children.

Limited data suggest that daily, but not intermittent, treatment with leukotriene-receptor antagonists (LTRAs), such as montelukast, may be helpful in reducing symptoms associated with virus-induced wheezing.

Further studies are needed to confirm these current observations before this becomes an accepted treatment.

Key words: virus-induced wheezing, virus-induced asthma, children, treatment, inhaled corticosteroid, montelukast, corticosteroid, short-acting beta 2-agonists.

Tài liệu tham khảo:

Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH (2008). Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy*; 63:5-34.

Castro-Rodriguez JA, Beckhaus AA, Forno E (2016). Efficacy of oral corticosteroids in the treatment of acute wheezing episodes in asthmatic preschoolers: Systematic review with meta-analysis. *Pediatr Pulmonol*;51(8):868-76

ERS Task Force (2014). Classification and pharmacological treatment of preschool wheezing: changes since 2008. *Eur Respir J*; 43: 1172–1177 | DOI: 10.1183/09031936.00199913.

Global Initiative for Asthma (2019), Global Strategy for Asthma Management and Prevention

Guilbert TW, Denlinger LC (2010). Role of infection in the development and exacerbation of asthma. *Expert Rev Respir Med.*; 4(1): 71–83. doi:10.1586/ers.09.60

Kakumaku S (2019). Role of viruses in wheezing and asthma: An overview – UpToDate Aug 2019

Kakumaku S (2019). Treatment of recurrent virus-induced wheezing in young children. UpToDate. Aug 2019.

Hội Hô hấp Việt Nam và Hội Nhi khoa Việt Nam (2016). Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi. NXB Y học.

Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam (2015). Chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi. In: Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. NXB Y học, 155-184.

Inoue Y, Shimojo N (2013) Epidemiology of virus-induced wheezing/asthma in children. *Front. Microbiol.* 4:391. doi: 10.3389/fmicb.2013.00391

Saraya T, Kurai D, Ishii H (2014) Epidemiology of virus-induced asthma exacerbations: with special reference to the role of human rhinovirus. *Front. Microbiol.* 5:226. doi: 10.3389/fmicb.2014.00226

Wennergren G, Kristjánsson S (2012). Treatment of infant and preschool asthma. In: *Pediatric Asthma. Eur Respir Monogr*; 56: 188-198. Copyright ERS 2012. DOI: 10.1183/1025448x.10017910.

(*TS.BS. Trưởng khoa Hô hấp – Bệnh viện Nhi Đồng 1

PCT Hội Hô hấp TPHCM, PCT CH Miễn dịch – Dịch ứng Nhi khoa Việt Nam

MỘT ỒNG HÍT SÁNG, TỐI VÀ KHI CẦN



Liệu pháp giảm triệu chứng khi cần và điều trị duy trì Hen với

Symbicort Turbuhaler® Budesonide/formoterol 160/4,5 µg⁽¹⁾



THÔNG TIN KẾ TOA SYMBICORT TURBUHALER 160/4,5 µg/liều

THÀNH PHẦN VÀ HÀM LƯỢNG: Mỗi liều phòng thích chứa: budesonide 160 µg và formoterol fumarate dihydrate 4,5 µg. **DANG BẢO CHẾ:** Thuốc bột để hít. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp 1 ống hít 60 liều hoặc 120 liều. **CHỈ ĐỊNH:** Hen suyễn: Điều trị thường xuyên bệnh hen (suyễn) cho người lớn và trẻ vị thành niên (từ 12 tuổi trở lên) khi: Bệnh nhân không được kiểm soát tốt với corticosteroid dạng hít và chất chủ vận beta-2 dạng hít tác dụng ngắn sử dụng 'khi cần thiết' hoặc Bệnh nhân đã được kiểm soát tốt bằng corticosteroid dạng hít và chất chủ vận beta-2 tác dụng kéo dài trong từng ống hít riêng. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD):** Điều trị triệu chứng cho bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) (FEV1 < 70% so với giá trị bình thường ước tính sau khi dùng thuốc giãn phế quản) và tiền sử nhiều lần có cơn kịch phát mặc dù được điều trị thường xuyên bằng các thuốc giãn phế quản. **LIỀU DÙNG & CÁCH DÙNG:** Hen suyễn: Symbicort không dùng để điều trị khởi đầu cho bệnh hen. Nên điều chỉnh đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì hiệu quả kiểm soát triệu chứng. Đối với Symbicort có hai xu hướng điều trị: A. Liệu pháp điều trị duy trì bằng Symbicort: Liều khuyến cáo: Người lớn (>18 tuổi): 1-2 hít, 2 lần/ngày, tối đa 4 hít/lần, 2 lần/ngày. Trẻ vị thành niên (12-17 tuổi): 1-2 hít/lần, 2 lần/ngày. Trẻ em (>6 tuổi): Đã có loại hàm lượng thấp hơn cho trẻ 6-11 tuổi. B. Liệu pháp điều trị duy trì và giảm triệu chứng hen bằng Symbicort (Symbicort SMART): Bệnh nhân dùng liều duy trì Symbicort mỗi ngày và dùng thêm Symbicort khi cần thiết để giảm triệu chứng hen. Liều khuyến cáo: Người lớn và trẻ vị thành niên (>12 tuổi): Liều duy trì khuyến cáo là 2 hít/ngày. Một số bệnh nhân có thể cần dùng liều duy trì 2 hít, 2 lần/ngày. Bệnh nhân nên dùng thêm 1 liều hít khi cần thiết để giảm triệu chứng. Nếu triệu chứng vẫn còn sau vài phút, nên dùng thêm 1 liều hít nữa. Không dùng quá 6 liều hít trong 1 lần. Tổng liều mỗi ngày lên đến 12 hít có thể dùng trong một khoảng thời gian giới hạn. Bệnh nhân dùng hơn 8 hít/ngày phải đi khám lại, tái đánh giá và xem xét lại liệu pháp duy trì. Trẻ em < 12 tuổi: Liệu pháp điều trị duy trì và giảm triệu chứng hen bằng Symbicort không khuyến cáo dùng cho trẻ em. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD):** Người lớn: 2 hít/lần, 2 lần/ngày. Không cần chỉnh liều ở người cao tuổi. Chưa có dữ liệu về việc dùng Symbicort ở bệnh nhân suy gan hay suy thận. Nồng độ thuốc tăng ở bệnh nhân xơ gan nặng. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Quá mẫn (dị ứng) với budesonide, formoterol hay lactose (trong đó có chứa lượng nhỏ protein sữa). **LƯU Ý ĐẶC BIỆT VÀ THẬN TRỌNG KHI SỬ DỤNG:** Giảm dần liều khi ngưng điều trị, không ngưng thuốc đột ngột. Nếu bệnh nhân cảm thấy việc điều trị không đạt hiệu quả hay dùng vượt quá liều thuốc khuyến cáo sử dụng cao nhất của Symbicort, phải có sự theo dõi của bác sĩ. Nếu tình trạng kiểm soát hen hoặc COPD bị suy giảm đột ngột, bệnh có thể tiến triển nặng và đe dọa tính mạng vì vậy bệnh nhân phải được đánh giá về mặt y khoa ngay lập tức. Ở tình huống này, nên xem xét đến nhu cầu tăng liều điều trị với corticosteroid nội dung một đợt corticosteroid uống hoặc điều trị bằng kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn. Bệnh nhân được khuyến nên luôn luôn có sẵn thuốc cắt cơn như Symbicort (đối với bệnh nhân Hen dùng Symbicort như một liệu pháp duy trì và giảm triệu chứng) hoặc thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh riêng lẻ (đối với bệnh nhân dùng Symbicort chỉ để điều trị duy trì). Bệnh nhân nên ghi nhớ dùng liều duy trì Symbicort như đã được kê toa ngay cả khi không có triệu chứng. Các liều hít giảm triệu chứng Symbicort được dùng để đối phó với các triệu chứng hen suyễn nhưng không có chủ định để dự phòng thường xuyên như trước khi gắng sức. Cần tham khảo ý kiến bác sĩ nếu triệu chứng hen vẫn không được kiểm soát hoặc xấu hơn sau khi điều trị bằng Symbicort. Có thể phát triển cơn kịch phát có thể xảy ra với triệu chứng thở khó khăn tăng lên đột ngột và khó thở sau khi hít thuốc. Lúc đó, nên ngưng dùng Symbicort; nên đánh giá lại việc điều trị và thay thế bằng liệu pháp khác nếu cần thiết. Các tác động toàn thân có thể xảy ra khi dùng bất kỳ corticosteroid đường hít nào, đặc biệt khi dùng liều cao trong một thời gian dài. It xảy ra khi dùng corticosteroid đường hít hơn so với khi dùng corticosteroid uống. Các tác động toàn thân có thể xảy ra bao gồm hội chứng Cushing, các đặc điểm Cushing, ức chế tuyến thượng thận, chậm phát triển ở trẻ em và trẻ vị thành niên, giảm mật độ khoáng của xương, đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp, và hiếm hơn, một loạt các tác động tâm lý hoặc hành vi bao gồm chứng tăng động, chứng rối loạn giấc ngủ, lo lắng, trầm cảm hoặc kích động (đặc biệt ở trẻ em). Để giảm thiểu nguy cơ nhiễm Candida hầu họng, bệnh nhân nên được chỉ dẫn sử dụng nước rửa miệng sau mỗi lần hít liều duy trì. Nên tránh điều trị đồng thời với itraconazole, ritonavir hoặc các chất ức chế CYP3A4 mạnh. Nếu không thể tránh được, nên kéo dài khoảng cách giữa các lần dùng các thuốc có tương tác với nhau càng lâu càng tốt. Không khuyến cáo dùng liệu pháp duy trì duy trì và giảm triệu chứng hen bằng Symbicort ở bệnh nhân dùng chất ức chế CYP3A4 mạnh. Thận trọng đối với bệnh nhân nhiễm độc giáp, u tể bào ưa crôm, đái tháo đường, giảm kali máu chưa điều trị, bệnh có tim phì đại tắc nghẽn, hẹp động mạch chủ dưới van eo cần, tăng huyết áp nặng, phình mạch hay các rối loạn tim mạch trầm trọng khác như là bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhịp tim nhanh hoặc suy tim nặng, khoảng thời gian QTc kéo dài. Đánh giá lại nhu cầu và liều corticosteroid đường hít ở bệnh nhân lao phổi tiến triển hoặc tiềm ẩn, nhiễm nấm và virus đường hô hấp. Khả năng hạ kali máu nặng có thể xảy ra khi dùng liều cao

chất chủ vận beta-2. Dùng đồng thời chất chủ vận beta-2 với những thuốc gây hạ hoặc có khả năng gây hạ kali máu như các dẫn xuất của xanthin, steroid và thuốc lợi tiểu có thể làm tăng tác động hạ kali máu do dùng chất chủ vận beta-2. Đặc biệt thận trọng ở bệnh nhân hen không ổn định đang dùng các thuốc giãn phế quản cắt cơn khác nhau. Nên xem xét tăng cường kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Tã được lactose chứa một lượng nhỏ protein sữa có thể gây phản ứng dị ứng). Rối loạn thị giác có thể được báo cáo đối với sử dụng corticosteroid toàn thân hay tại chỗ. Nếu bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như nhìn mờ hoặc các rối loạn thị giác khác, bệnh nhân nên được xem xét chuyển đến bác sĩ nhãn khoa để đánh giá các nguyên nhân có thể bao gồm đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp hoặc các bệnh hiếm gặp như bệnh hồng võng mạc trung tâm thanh dịch (CSCR). Trẻ em: Chiều cao của trẻ em đang điều trị dài hạn với corticosteroid đường hít được khuyến cáo nên được theo dõi thường xuyên. Nếu có tình trạng chậm phát triển, việc điều trị nên được đánh giá lại nhằm mục đích giảm liều corticosteroid đường hít xuống liều thấp nhất mà lại đạt được kết quả duy trì hiệu quả tình trạng kiểm soát hen. Một số ít dữ liệu từ các nghiên cứu dài hạn đã gợi ý rằng hầu hết trẻ em và trẻ vị thành niên điều trị bằng budesonide đường hít có bản sẽ đạt được chiều cao mục tiêu khi trưởng thành. Tuy nhiên, người ta đã ghi nhận có sự giảm phát triển nhẹ và tạm thời lúc đầu (khoảng 1 cm). Điều này thường xảy ra trong năm đầu tiên. Viêm phổi ở bệnh nhân COPD: Sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh viêm phổi, bao gồm viêm phổi nấm viêm, đã được quan sát thấy ở bệnh nhân COPD dùng corticosteroid hít. Có một số bằng chứng về nguy cơ bị viêm phổi tăng lên cùng với việc tăng liều steroid nhưng điều này vẫn chưa được chứng minh rõ ràng trong tất cả các nghiên cứu. **KHA NANG SINH SẢN, SỬ DỤNG THUỐC CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Trong thai kỳ, Symbicort chỉ nên dùng khi cần thiết thấy hiệu quả vượt trội nguy cơ. Nên dùng liều budesonide thấp nhất có hiệu quả để duy trì sự kiểm soát hen (suyễn) tốt. Budesonide được bài tiết qua sữa mẹ. Tuy nhiên, ở liều điều trị, chưa ghi nhận có tác động nào ở trẻ bú mẹ được dự đoán. Chưa biết formoterol có vào sữa mẹ hay không. Việc dùng Symbicort cho phụ nữ đang cho con bú chỉ nên được cân nhắc nếu lợi ích cho người mẹ cao hơn các nguy cơ có thể xảy ra đối với trẻ. **ẢNH HƯỞNG TRÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Symbicort không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng không đáng kể lên khả năng lái xe và vận hành máy. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Phản ứng ngoại ý liên quan đến thuốc thường gặp nhất là những phản ứng phụ có thể dự báo trước về mặt dược lý học khi dùng chất chủ vận beta-2 như run rẩy và hồi hộp. Các phản ứng phụ này thường nhẹ và biến mất sau vài ngày điều trị. Các phản ứng ngoại ý có liên quan đến budesonide hoặc formoterol. **Thường gặp** ($\geq 1/100$, <1/10): hồi hộp, nhiễm Candida hầu họng, viêm phổi ở bệnh nhân COPD, nhức đầu, run rẩy, kích ứng nhẹ tại họng, ho, khan tiếng. **Ít gặp** ($\geq 1/1000$, <1/100): nhịp tim nhanh, buồn nôn, chuột rút, chóng mặt, nhìn mờ, kích động, tăng động, lo lắng, rối loạn giấc ngủ, vết bầm da. **Hiếm gặp** ($\geq 1/10.000$, <1/1000): Loạn nhịp tim rung nhịp nhồi, nhịp nhanh trên thất, ngoại tâm thu, ngoại ban, nổi mề đay, ngứa, viêm da, phù mạch, hạ K máu, phản ứng phản vệ, cơ thắt phế quản. **Rất hiếm gặp** (<1/10.000): cơn đau thắt ngực, kéo dài QT, hội chứng Cushing, ức chế tuyến thượng thận, chậm phát triển, giảm mật độ khoáng hóa xương, tăng đường huyết, rối loạn vị giác, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, trầm cảm, rối loạn hành vi (chủ yếu ở trẻ em), dao động huyết áp. Điều trị bằng chất chủ vận beta-2 có thể làm tăng nồng độ insulin, axit béo tự do, glycerol và các thể cetone trong máu. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Các chất ức chế men CYP3A4 (như ketoconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol, clarithromycin, telithromycin, nefazodon và thuốc ức chế protease HIV) có thể làm tăng đáng kể nồng độ budesonide huyết tương và nên tránh dùng đồng thời các thuốc này. Thuốc chẹn beta có thể làm giảm hoặc ức chế tác động của formoterol. Dùng đồng thời với quinidine, disopyramide, procainamide, phenothiazine, thuốc kháng histamin (terfenadine), và chất chống trầm cảm 3 vòng có thể làm kéo dài khoảng QTc và gia tăng nguy cơ loạn nhịp thất. L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin và rượu có thể ảnh hưởng tinh dung nạp của tim đối với thuốc cường giao cảm beta-2. Dùng đồng thời với IMAO, furazolidon, procarbazin có thể làm tăng huyết áp. Tăng nguy cơ loạn nhịp tim ở bệnh nhân đang gây mê với fluorocarbon halogen hóa. Dùng đồng thời với các thuốc cường giao cảm beta khác hoặc các thuốc kháng cholinergic có thể có tác động giãn phế quản cộng hợp mạnh. Giảm kali máu có thể làm tăng nguy cơ loạn nhịp tim ở bệnh nhân điều trị bằng digitalis glycoside. Giảm kali máu có thể do dùng chất chủ vận beta-2 và có thể do dùng đồng thời với các dẫn xuất xanthin, corticosteroid và lợi tiểu. Budesonide và formoterol không cho thấy có tương tác với các thuốc khác dùng để điều trị hen (suyễn). **Nhà sản xuất:** AstraZeneca AB, SE-151 85 Sodertalje, Thụy Điển

Tài liệu tham khảo

1. Thông tin kế toa Symbicort Turbuhaler đã được Cục Quản lý Dược phê duyệt





HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

- 1 **Điều trị hen phế quản**
- 2 **Liệu pháp thay thế và giảm liều steroid uống**
- 3 **Điều trị viêm thanh khí phế quản cấp (bệnh Croup) ở nhũ nhi và trẻ em**



THÔNG TIN KÊ TOA PULMICORT RESPULES (Budesonid)

THÀNH PHẦN: Mỗi 2 ml chứa budesonid 500 mcg. **DẠNG BẢO CHẾ:** Hỗn dịch khí dung dùng để hít. **DẠNG TRÌNH BÀY:** Hộp 4 gói x 5 ống 2 mL. **CHỈ ĐỊNH:** Điều trị hen phế quản. Sử dụng khi cần thiết phải thay thế hoặc giảm liều steroid đường uống. Điều trị viêm thanh quản - khí quản - phế quản cấp (bệnh Croup) ở nhũ nhi và trẻ em. **LIỀU LƯỢNG:** Nên được sử dụng với máy khí dung thích hợp. Khi có lắng đọng thuốc, sau khi lắc mà thuốc không trở lại dạng hỗn dịch thì nên loại bỏ ống thuốc. **Hen phế quản:** Liều khởi đầu, hoặc trong giai đoạn hen nặng, hoặc trong thời gian giảm liều corticosteroid đường uống; Người lớn: 1-2 mg x 2 lần /ngày. Trẻ em: 0,5-1 mg x 2 lần /ngày. Điều trị duy trì: Nên dùng liều thấp nhất làm mất triệu chứng. Người lớn: 0,5-1 mg x 2 lần /ngày. Trẻ em: 0,25-0,5 mg x 2 lần /ngày. **Viêm thanh quản-khí quản-phế quản cấp (bệnh Croup):** ở trẻ em và nhũ nhi: 2mg 1 lần. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với budesonid hay bất kỳ thành phần nào của thuốc. **THẬN TRỌNG:** Co thắt phế quản: Không thích hợp là đơn liệu pháp điều trị còn hen hay đợt kịch phát hen cấp. Dùng corticosteroid dạng uống: Cần đặc biệt theo dõi những bệnh nhân chuyển từ corticosteroid dạng uống sang PULMICORT vì vẫn còn nguy cơ giảm chức năng tuyến thượng thận. **Tác động toàn thân có thể xảy ra khi dùng corticosteroid dạng hít:** ức chế trục HPA, giảm mật độ xương, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, chậm tăng trưởng ở trẻ. **Ức chế trục HPA và suy tuyến thượng thận:** Sự ức chế trục HPA phụ thuộc vào liều. Rất hiếm trường hợp rối loạn chức năng tuyến thượng thận có biểu hiện lâm sàng. Theo dõi dấu hiệu rối loạn chức năng tuyến thượng thận ở các bệnh nhân: chuyển từ corticosteroid dạng uống sang dùng PULMICORT, điều trị với corticosteroid liều cao trong trường hợp khẩn cấp, điều trị kéo dài với corticosteroid hít ở các liều khuyến cáo cao nhất, dùng đồng thời các thuốc chuyển hóa qua CYP3A4. Các bệnh nhân này có thể có dấu hiệu và triệu chứng suy thượng thận khi bị stress nặng như chấn thương, phẫu thuật, nhiễm khuẩn (đặc biệt là viêm dạ dày-ruột) hoặc các tình trạng do mất chất điện giải trầm trọng. Nên xem xét dùng thêm glucocorticosteroid toàn thân trong giai đoạn stress, cơn hen nặng hoặc phẫu thuật chọn lọc. Mật độ xương: Điều trị budesonid trên người trưởng thành ở các liều khuyến cáo không chứng tỏ tác động bất lợi trên khối lượng xương so với giả dược. Các số đo mật độ khoáng hóa xương ở trẻ em nên được phân tích thận trọng vì có thể phản ánh sự gia tăng thể tích xương. Sự tăng trưởng: Trẻ em điều trị bằng budesonid đường hít cuối cùng cũng đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành, có sự giảm tốc độ tăng trưởng lúc đầu, thường xảy ra trong năm đầu tiên. Thực hiện các phép đo chiều cao để nhận biết các bệnh nhân quá nhạy cảm và xác định liều thuốc thấp nhất có hiệu quả cho từng bệnh nhân. **Bệnh nhân nhiễm khuẩn và bệnh lao:** Liều cao glucocorticosteroids có thể che lấp dấu hiệu nhiễm khuẩn hiện tại và tình trạng nhiễm khuẩn mới, lưu ý trên các bệnh nhân: lao phổi, nhiễm nấm, vi khuẩn hoặc virus đường hô hấp tiềm ẩn hoặc tiềm ẩn. **Chức năng gan:** Giảm chức năng gan có thể ảnh hưởng đến sự thải trừ corticosteroid. **Hệ thống phân phối dưới áp lực dương:** Không nên sử dụng ở các bệnh: tràn khí màng phổi, kén khí, tràn khí trung thất. **Khả năng gây ung thư và gây đột biến:** Không được ghi nhận trên chuột bạch. **PHỤ NỮ CÓ THAI HOẶC CHO CON BÚ:** Phụ nữ có thai: Nhóm A: Lợi ích của việc kiểm soát hen đã được đánh giá là vượt trội hơn so với các tác động ngoài ý có thể xảy ra cho mẹ và thai nhi. **Phụ nữ cho con bú:** Budesonid bài tiết qua sữa mẹ. Do liều dùng tương đối thấp nên thuốc hiện diện trong sữa cũng với một lượng thấp. Xem xét sử dụng Pulmicort trong thời gian cho con bú khi lợi ích cao hơn nguy cơ. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không ảnh hưởng. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Thận trọng khi điều trị lâu dài budesonid với các chất ức chế men CYP 450 như ketoconazol và itraconazole có thể làm tăng nồng độ budesonid toàn thân. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** Thường gặp (> 1%): khàn giọng, đau, kích thích cổ họng, kích thích lưỡi và miệng, khô miệng, nấm Candida miệng, ho. **Ít gặp (< 1%):** kích thích thanh quản, vi giác kềm, tiêu chảy, buồn nôn, các phản ứng quá mẫn tức thời và muộn như phản ứng da (nổi mề đay, ban đỏ, viêm da), co thắt phế quản và phù mạch, phản ứng phản vệ, nhức đầu, choáng váng, cảm giác khát, mệt mỏi, tăng cân. **Các tác động toàn thân có thể gặp khi dùng corticosteroid dạng hít:** Ức chế trục HPA: phụ thuộc liều, có thể xem như sự đáp ứng sinh lý; **Ức chế mật độ xương:** không ghi nhận khi dùng liều khuyến cáo trên người lớn, trên trẻ em sự gia tăng mật độ khoáng ở vùng xương có thể phản ánh sự tăng thể tích xương; **Giảm tốc độ phát triển ở trẻ em:** thường thoáng qua và cuối cùng cũng đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành. Hiếm gặp trường hợp thâm tím da, co thắt phế quản - điều trị bằng thuốc cường giao cảm beta 2 dạng hít, có ghi nhận triệu chứng rối loạn hành vi, kích thích, bồn chồn, trầm cảm. Có thể ngăn ngừa sự kích ứng da mặt khi sử dụng máy xông khí dung với mặt nạ bằng cách rửa mặt sau mỗi lần dùng. Có thể giảm nhiễm nấm candida bằng cách súc miệng sau mỗi lần hít. **HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG:** 1. Xoay nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại. 2. Giữ ống thuốc đơn liều hướng lên trên và mở ống bằng cách xoắn phần đỉnh (cánh). 3. Đặt phần mở của ống thuốc vào bình chứa của máy khí dung và bóp từ từ. Nếu chỉ dùng 1 mL, bóp thành phần bên trong ra cho đến khi mức chất lỏng đạt đến vạch chỉ. Bảo quản tránh ánh sáng đối với ống thuốc đã mở. Sử dụng ống thuốc đã mở trong vòng 12 giờ. Nên lưu ý nếu chỉ dùng 1 mL, phần thể tích còn lại sẽ không bảo đảm vô trùng. Trước khi dùng phần chất lỏng còn lại, xoay (lắc) nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại. **QUẢN LÝ LÂM SÀNG:** 1. Bệnh nhân không phụ thuộc corticosteroid đường uống: Điều trị với PULMICORT ở liều chỉ định cho hiệu quả điều trị trong vòng 10 ngày. Ở bệnh nhân có xuất tiết đàm quá mức, nên cho liệu trình ngăn khởi đầu (khoảng 2 tuần) bằng corticosteroid đường uống, bắt đầu bằng liều cao sau đó giảm từ từ để bổ sung cho PULMICORT. Việc điều trị phải tiếp tục ít nhất 1 tháng trước khi xác định sự đáp ứng tối đa với liều PULMICORT được sử dụng. 2. Bệnh nhân phụ thuộc liều corticosteroid đường uống đã dùng trước đây trong khoảng 2 tuần. Nên giảm liều corticosteroid đường uống từ từ tới liều thấp nhất có hiệu quả. Không nên thay đổi liều PULMICORT trong thời gian bệnh nhân còn sử dụng corticosteroid đường uống. Các triệu chứng dị ứng sớm có thể tái phát (như là viêm mũi, chàm, viêm kết mạc) hoặc bệnh nhân mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp, trầm cảm, mệt mỏi, thỉnh thoảng buồn nôn và nôn. Ở nhũ nhi và trẻ em mắc bệnh Croup, liều thông thường 2 mg PULMICORT RESPULES dùng 1 lần. **NHÀ SẢN XUẤT:** AstraZeneca AB, SE 151-85 Sodertalje, Thụy Điển.

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của cục QLD - Bộ Y Tế: 0352/16/QLD-TT, ngày 27 tháng 12 năm 2016
 Ngày in: ngày 10 tháng 05 năm 2018

Mọi chi tiết xin liên hệ VPDD AstraZeneca

Tòa nhà AB, Lầu 18, 76 Lê Lai Q.1, TP.Hồ Chí Minh, Việt Nam. Tel: 848 - 3827 8088 - Fax: 848 - 3827 8089

Tòa nhà Sao Bắc, Lầu 6, P.601, 4 Đà Tượng, Q.Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam. Tel: 844 - 3822 4443/4 - Fax: 844 - 3822 4445



GERD BIỂU HIỆN TẠI ĐƯỜNG HÔ HẤP Ở TRẺ EM

NGUYỄN ANH TUẤN(*)

Trào ngược dạ dày thực quản bệnh lý (GERD) là một bệnh thường gặp ở trẻ em với biểu hiện khá đa dạng, ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe và sự phát triển của trẻ. Mặc dù căn nguyên của bệnh là tại đường tiêu hoá nhưng biểu hiện của GERD có thể ở các cơ quan khác, đặc biệt tại đường hô hấp. Nhiều nghiên cứu cho thấy GERD hiện diện ở khoảng 21% các trường hợp ho kéo dài và thậm chí nhiều hơn ở những trẻ bị hen. Việc điều trị hiệu quả GERD giúp cho triệu chứng hô hấp cải thiện. Ngoài ra, một số lưu đồ tiếp cận GERD có biểu hiện hô hấp cũng được giới thiệu gần đây.

GERD WITH RESPIRATORY MANIFESTATIONS IN CHILDREN

NGUYEN ANH TUAN(*)

GERD is a common disease in childhood with esophageal and extraesophageal manifestations. GERD affects health and the development of infants and children significantly. Symptoms of GERD could be presented by respiratory manifestation. Several studies showed that GERD could be presented up to 21% among patients with chronic cough or even more in patients with asthma. Effective management of GERD helps to improve respiratory symptoms. Some clinical algorithms were introduced for diagnosis and management of GERD with respiratory manifestations in children.

(*)PGS. TS. GV Bộ môn Nhi – ĐHYD TP.HCM

MD, PhD. Lecturer. Department of Pediatrics, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

HEN VÀ BỆNH ĐỒNG MẮC Ở TRẺ EM

ĐẶNG THỊ KIM HUYÊN()*

Tóm tắt:

Hen là bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi: người lớn 8% và trẻ em 10-15%

Bài đề cập đến các bệnh lý đồng mắc và ảnh hưởng của các tình trạng này lên trẻ hen. Các bệnh đồng mắc gồm: viêm mũi dị ứng, rối loạn thở, ngưng thở khi ngủ, béo phì, chàm và bệnh tâm thần. Viêm mũi dị ứng chiếm 76.2% trẻ hen. Nguyên nhân phổ biến của hen không kiểm soát là viêm mũi dị ứng. Các bệnh nền chiếm 97.2% hen không kiểm soát. Nguyên nhân: kém tuân thủ 37%, phơi nhiễm môi trường 28%, bệnh đồng mắc 20%, viêm mũi dị ứng và rối loạn thở là phổ biến nhất.

Các nghiên cứu thấy các bệnh đồng mắc trên trẻ hen đều ảnh hưởng tần suất cơn hen, diễn tiến cơn hen tệ hơn, chiến lược điều trị, chất lượng cuộc sống, và tử vong

ABSTRACT: ASTHMA AND COMORBIDITIES IN CHILDREN

ĐẶNG THỊ KIM HUYÊN()*

Asthma is one of the most common pulmonary diseases among individuals of any age (prevalence of 8% in adults and 10-15% in children in the population).

This presentation focuses on comorbid conditions and its impact on asthma in children.

Comorbidities in children with asthma are allergic rhinitis(AR), dysfunctional breathing(DB), obstructive sleep apnea (OSA),obesity, eczema and depressive disorders. The prevalence of AR in children with asthma is 76.2%. Uncontrolled asthma was more common in children with AR. An underlying cause of uncontrolled asthma could be identified in 97.2%. The causes were: poor adherence(37%), ongoing exposure to environmental triggers(28%), comorbidities(20%), AR and DB being the most common.

Recent research has indicated that the presence of a comorbid condition with asthma can have an effect on frequency of asthma-related exacerbations, have been shown to worsen the effect of asthmatic exacerbations in certain populations, treatment options the patient's quality of life and mortality rates.

() BS CKII. Trưởng khoa Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Nhi Đồng 2*

Grade 2 M.D. Chief of Outpatient Department- Children's Hospital 2

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM

ĐỖ KIM QUẾ(*) 1

Mở đầu: Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là một ung thư thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư. Phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo hạch được xem là phương pháp điều trị tốt nhất cho UTPKTBN giai đoạn sớm. Phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ là phương pháp ít xâm lấn, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh, tuy nhiên nhiều tác giả vẫn cho rằng phẫu thuật mở là phương pháp điều trị tốt hơn về ung thư học.

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm và so sánh với phẫu thuật mở kinh điển.

Phương pháp: Thu thập toàn bộ hồ sơ của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IA - IIB được phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo hạch qua mổ nội soi lồng ngực có hỗ trợ video hoặc mổ mở tại bệnh viện Thống Nhất. Các đặc điểm của bệnh nhân, thông số phẫu thuật, biến chứng được đánh giá và so sánh. Sống còn được đánh giá theo Kaplan–Meier và phân tích Cox proportional hazards. Thời gian theo dõi từ 11 tới 66 tháng.

Kết quả: Trong thời gian 10 năm từ 2008 - 2018, 72 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IA - IIB đã được thực hiện phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi lồng ngực có hỗ trợ Video và 65 bệnh nhân qua mổ ngực tại bệnh viện Thống Nhất. 85 bệnh nhân nam và 52 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình 58,3 (31-84). Cắt 1 thùy phổi được thực hiện cho 124 bệnh nhân và 13 bệnh nhân cắt 2 thùy phổi. Thời gian mổ trung bình ở nhóm cắt thùy phổi qua nội soi có hỗ trợ Video là 152 phút dài hơn nhóm mổ mở là 124 phút. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm về các đặc điểm lâm sàng và dịch tễ. Có 5 trường hợp trong nhóm mổ nội soi phải chuyển mổ mở. 1 trường hợp tử vong trong nhóm mổ mở, ở mỗi nhóm có 1 trường hợp chảy máu cần mổ cầm máu. Rò khí kéo dài ở 7 bệnh nhân (10,8%) trong nhóm mổ mở và 2 bệnh nhân (2,8%) trong nhóm mổ nội soi. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm mổ mở là 18,4 ngày và 12,8 ngày ở nhóm mổ nội soi. Sống thêm 5 năm toàn bộ là 67,8% ở nhóm mổ nội soi và 71,6% ở nhóm mổ mở ($p=0,156$). Sống thêm 5 năm không

(*)PGĐ Bệnh viện Thống Nhất TP HCM, PCT Hội PT Lồng Ngực VN
Tác giả liên lạc: Đỗ Kim Quế, ĐT: 0913977628, Email: dokimque@gmail.com

bệnh tiến triển là 59,6 % ở nhóm mổ nội soi và 65,9% ở nhóm mổ mở ($p=0,065$). Không có khác biệt về sống thêm giữa 2 nhóm theo mô hình Cox (hazard ratio 0.82; $P = .21$)

Kết luận: Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Video là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm. Phẫu thuật vẫn là lựa chọn ưu tiên trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm. Phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực có hỗ trợ Video có biến chứng ít và thời gian nằm viện ngắn, sống thêm 5 năm tương đương phẫu thuật mở.

Từ khóa: *Phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ Video, Cắt thùy phổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), UTPKTBN giai đoạn sớm.*

SURGICAL THERAPY FOR EARLY STAGE NON SMALL CELL LUNG CANCER

QUE KIM DO, MD PHD(*)

Objectives: Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) is frequently cancer and the leading cause death of cancer. Lobectomy and lymph node dissection is optimal surgical treatment method for early stage NSCLC. Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) approach is less trauma, quickly recovery, whereas those who advocate thoracotomy claim it as an oncologically superior procedure.

The aims of study are evaluation the role of Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for treating the patients who had early stage NSCLC and compare with conventional thoracotomy.

Methods: All of patient with NSCLC in stage IA - IIB underwent lobectomy and lymph node dissection through VATS or thoracotomy are collected. Patient characteristics were compared. Operative datas, complications were assessed and survival rate was assessed by Kaplan–Meier and Cox proportional hazards analysis. Follow-up from 11 to 66 months.

Results: From May 2008 to August 2018, 72 patients with NSCLC stage IA - IIB underwent an attempt at VATS lobectomy and 65 patients underwent thoracotomy. There are 85 male and 52 female, mean age is 58.3 range 31 - 84. Lobectomy was performed in 124 cases and bilobectomy in 13 cases. The mean operating time in VATS group is 152 minutes longer than conventional

thoracotomy was 124 minutes. No statistic difference between 2 groups in characteristics of patients. In 72 cases VATS, 5 cases were converted to thoracotomy. There are one patient death in conventional thoracotomy group. One patient had bleeding need to reoperation for controlling bleeding in each group, Prolonged air-leak were 7 cases (10.8%) in thoracotomy and 2 cases (2.8%) in VATS group. Hospitalization is 18.4 days in thoracotomy group and 12.8 days in VATS group. The 5-year OS rate was 67.8% in the VATS group and 71.6% in the thoracotomy group ($p = 0.156$). The 5-year DFS rate was 59.6% in the VATS group and 65.9% in the thoracotomy group ($p = 0.065$). Survival by Cox model was no different for VATS versus thoracotomy (hazard ratio 0.82; $P = .21$)

Conclusion: Video-assisted thoracoscopic surgery is effective and safe method for surgical treatment of early stage NSCLC. Surgery remains the primary therapy in the treatment of early-stage lung cancer. VATS was associated with less complications and shorter length of hospital stay. The 5 years survival is similar in VATS and conventional thoracotomy approach.

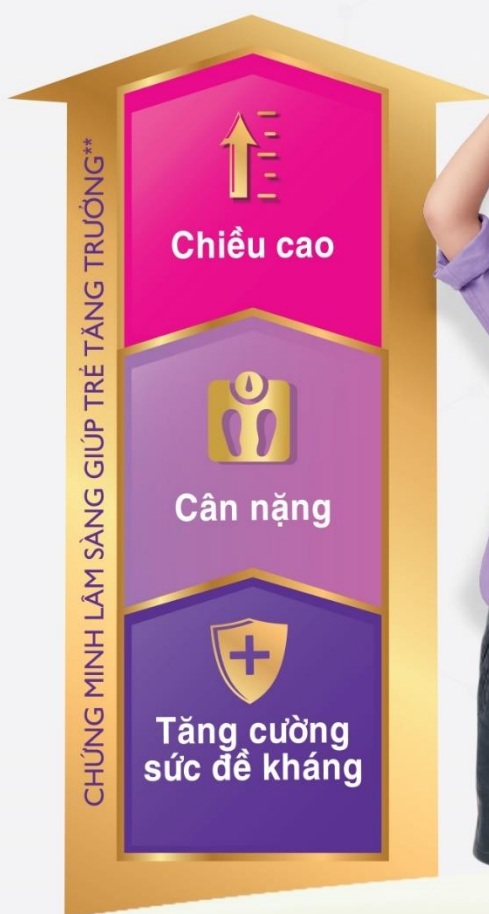
Key words: *VATS, lobectomy, Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC), early staged NSCLC.*

(*)PGS TS BS. PGĐ Bệnh viện Thống Nhất TPHCM, PCT Hội PT Lồng Ngực VN
Tác giả liên lạc: Đỗ Kim Quế, ĐT: 0913977628, Email: dokimque@gmail.com

PediaSure®

GIÚP BÉ TĂNG TRƯỞNG RÕ RỆT CHIỀU CAO, CÂN NẶNG & SỨC ĐỀ KHÁNG CHỈ SAU 9 TUẦN

PediaSure cung cấp năng lượng chuẩn (1kcal/1mL), là dinh dưỡng đầy đủ và cân đối, cung cấp 37 dưỡng chất, giúp trẻ tăng trưởng tốt chiều cao, cân nặng và sức đề kháng





(*) Khảo sát IQVIA từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2019. (**) So với nhóm chứng: Nghiên cứu Mauro Fishberg: Hiệu quả của dinh dưỡng bổ sung đối với trẻ thấp còi. Nghiên cứu Pedro A. Alarcon và cộng sự: Hiệu quả về tăng trưởng và sức khỏe lâu dài của việc can thiệp dinh dưỡng dài hạn trên trẻ có nguy cơ về dinh dưỡng

Chi tiết vui lòng truy cập website: pediasure.com.vn hoặc gọi tổng đài 19001519

VPĐD Abbott Laboratories GmbH:

Số 02 Ngõ Đức Kế, Q.1, Tp.HCM (028) 3825 6551 | 521 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội (024) 37 33 74 86

PED-H-195-20

Những con đường phân tử bên dưới liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch và những tác dụng phụ của chúng

Đinh Xuân Anh Tuấn()*

Ung thư phổi từ lâu đã được biết như một bệnh lý ác tính có tính sinh miễn dịch kém. Vì liệu pháp miễn dịch tăng cường hệ thống miễn dịch của bệnh nhân chống lại các bệnh tật, trong các chiến lược điều trị miễn dịch, các thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch xuất hiện như những phương pháp điều trị ung thư mới đầy hứa hẹn cho nhiều loại ung thư, kể cả ung thư phổi không tế bào nhỏ. Ức chế điểm kiểm soát miễn dịch sẽ gia tăng khả năng miễn dịch chống u thông qua việc ức chế hệ thống kiểm hãm miễn dịch nội tại. Cho đến nay, con đường phân tử thông qua kháng nguyên liên quan lympho T độc tế bào 4 (CTLA-4) và thông qua PD-1 (protein kiểm soát chết tế bào theo chương trình 1) là những chốt kiểm soát miễn dịch được hiểu tốt nhất và phù hợp cho việc điều trị nhất. Tuy nhiên, bằng cách tăng hoạt động của hệ thống miễn dịch, những chất gây ức chế điểm kiểm soát miễn dịch có thể có tác dụng phụ gây viêm, được gọi là tác dụng phụ liên quan miễn dịch. Bài nói này sẽ thảo luận về con đường phân tử làm nền cho sự ức chế điểm kiểm soát miễn dịch bởi kháng thể đơn dòng và tác dụng phụ liên quan đến miễn dịch của chúng.

() GS TS Hiệu trưởng ĐH Y khoa Corse CH Pháp*

Molecular pathways underlying immune checkpoint blockade and their adverse events

Đinh Xuân Anh Tuấn()*

Lung cancer was long considered a poorly immunogenic malignancy. As immunotherapy enhances a patient's immune system to fight disease among the many immunotherapeutic strategies, immune checkpoint inhibitors have emerged as promising new cancer treatments of a range of cancer types, including non-small cell lung cancer (NSCLC). Immune checkpoint blockade increases antitumor immunity by blocking intrinsic down-regulators of immunity. To date, the best characterized and most therapeutically relevant immune checkpoints have been cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4 (CTLA-4) and the programmed cell death protein-1 (PD-1) pathway. However, by increasing the activity of the immune system, immune checkpoint blockade can have inflammatory side effects, which are often termed immune-related adverse events. This communication will discuss the molecular pathways underlying immune checkpoint blockade by monoclonal antibodies and their immune-related adverse events.

Tóm tắt: Giải nobel y học năm 2019: Bằng cách nào tế bào cảm nhận và thích nghi với sự hiện diện của oxy

ĐINH XUÂN ANH TUẤN()*

Khả năng của sinh vật đáp ứng với những thay đổi của oxy có vai trò nền tảng quan trọng đối với sự sống trên trái đất. Sự hiện diện của oxy tác động đến biểu hiện gen thông qua các chỉnh sửa sau dịch mã nhạy cảm với oxy và sự thoái giáng của những yếu tố cảm ứng liên quan giảm oxy (HIF) bởi proteasome. Cho một ví dụ, khi con người ở trên cao, sự thay đổi nồng độ oxy trong máu sẽ được nhận cảm bởi tế bào thận đưa đến việc tổng hợp và giải phóng erythropoietin (EPO). Hormone này sẽ khởi động việc tổng hợp các tế bào hồng cầu từ tủy xương thông qua việc hoạt hóa HIF. Nghiên cứu này đã đặt ra nền tảng để về hiểu cơ chế cho sự đáp ứng của tế bào đối với giảm oxy và xây dựng nên một hướng đi cho việc điều trị đích cho các bệnh lý như ung thư và thiếu máu. Trong phổi, sự giảm oxy cấp tính sẽ dẫn đến sự co mạch phổi trong khi đó, giảm oxy kéo dài sẽ dẫn đến co mạch trường diễn, tái cấu trúc mạch máu phổi và làm tăng áp động mạch phổi. Dữ liệu từ những mô hình nghiên cứu trên người và thú vật đều xác nhận vai trò HIF, những yếu tố phiên mã nhạy cảm oxy, trong đáp ứng mạch máu phổi liên quan giảm oxy cả cấp và mãn tính.

Abstract: The 2019 Nobel Prize in Medicine: How cells sense and adapt to oxygen availability

ĐINH XUÂN ANH TUẤN()*

The ability of organisms to respond to changes in oxygen availability is of fundamental importance to life on earth. Oxygen availability affects gene expression through oxygen-sensitive post-translational modification and the degradation of Hypoxia Inducible Factors (HIF) by the proteasome. For example: in humans at high altitude, variations in oxygen levels in the blood are sensed by kidney cells in our kidneys that synthesize and release the hormone erythropoietin (EPO). This hormone activates red blood cell synthesis (erythropoiesis) in the bone marrow through activation of HIF. This research laid the foundation for understanding the mechanistic basis for the cellular response to hypoxia and paved the way for the therapeutic targeting of the response pathway to treat conditions including cancer and anaemia. In the lung, acute reductions in oxygen lead to hypoxic pulmonary vasoconstriction, whereas prolonged exposures to hypoxia result in sustained vasoconstriction, pulmonary vascular remodeling, and the development of pulmonary hypertension. Data from both human subjects and animal models implicate a role for HIFs, oxygen-sensitive transcription factors, in pulmonary vascular responses to both acute and chronic hypoxia.

**(*) GS TS Hiệu trưởng ĐH Y khoa
Corse CH Pháp**

anh-tuan.dinh-xuan@aphp.fr

CPAP: Điều chỉnh áp lực, chọn và gắn kín mặt nạ trong điều trị OSA

TRIPAT DEEP SINGH(*)

Hội chứng ngưng thở khi ngủ là một trong các bệnh lý nguy hiểm và thường gặp trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Một trong những phương pháp điều trị an toàn, không xâm lấn và mang lại hiệu quả đang được áp dụng rộng rãi là thở máy áp lực dương. Cùng với sự gia tăng về số lượng bệnh nhân điều trị, số lượng máy thở cũng không ngừng tăng. Vấn đề đặt ra là làm thế nào để có thể xác định được ngưỡng áp lực điều trị phù hợp, cũng như lựa chọn và gắn kín mặt nạ, đảm bảo hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Xuất phát từ yêu cầu thực tiễn trên chúng tôi tiến hành buổi thảo luận: “Hướng dẫn cài đặt chế độ thở áp lực dương và gắn kín mặt nạ trong điều trị OSA” với mục tiêu:

1. Điều chỉnh áp lực: Áp lực cố định, Áp lực tự động.
2. Lựa chọn và gắn kín mặt nạ: Mặt nạ mũi, mũi miệng, kiểm soát độ rò khí.

Kết luận: Việc xác định, cài đặt áp lực điều trị và mặt nạ là 02 bước quan trọng, giúp bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị, sự thoải mái để tuân thủ điều trị.

ABSTRACT: CPAP: Pressure adjustment, selection and fitting of masks in the treatment of OSA

TRIPAT DEEP SINGH(*)

Sleep apnea syndrome is one of dangerous and common diseases in the world gender in general and Vietnam in particular. One of the most safe, non-invasive, effective treatments that is widely used is positive pressure ventilation. There is the increasing in the number of patients treated, the number of ventilators is also constantly increasing. The question is how to determine the appropriate pressure threshold as well as selecting and fitting the mask to ensure effective treatment for patients. Based on the above practical requirements, we conducted the discussion: "Instructions for installing positive pressure breathing mode and fitting the mask in the treatment of OSA" with the goal:

1. Pressure adjustment: Fixed pressure, Automatic pressure.
2. Selection and fitting of masks: nasal or fullface masks, controlling mask leakage.

Conclusion: Measuring and setting treatment pressure as well as fitting masks are the two most important steps that help patients to be effective and comfortable to adhere to treatment.

(*)BS. Chuyên gia đào tạo Sleep Medicine và Sleep Technology tại khu vực châu Á và Parkistan

TÓM TẮT: Sự kết hợp giữa hóa trị và liệu pháp nhắm đích: sự cấm kỵ hoặc cơ hội chữa lành?

LÊ THƯỢNG VŨ()*

Bối cảnh: Liệu pháp nhắm đích đã được khuyến cáo sử dụng tuân tự với hóa trị liệu ở bệnh nhân bị đột biến gen EGFR (thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu mô) ở tuyến đầu hoặc điều trị tuyến hai trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến triển (NSCLC). Việc sử dụng kết hợp có hợp lý sinh học hợp lý và được hỗ trợ bởi dữ liệu lâm sàng hay không; điều này nên được điều tra.

Phương pháp: Tổng quan y văn các thử nghiệm lâm sàng sử dụng hóa trị và / hoặc liệu pháp nhắm đích ở bệnh nhân có và không có đột biến EGFR.

Kết quả: Liệu pháp nhắm đích trong thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI) đặc biệt đã được nghiên cứu để sử dụng với hóa trị liệu ở hơn 4000 bệnh nhân không được chọn cho thấy không có hiệu quả hơn nhưng có thêm độc tính. Đó là lý do tại sao người ta tin rằng các đột biến trình điều khiển là loại trừ lẫn nhau, việc sử dụng EGFR TKI và hóa trị liệu phải tuân tự hơn là đồng thời. Những phát triển gần đây trong sinh học phân tử cho thấy NSCLC không đồng nhất và có thể có nhiều thay đổi di truyền có thể giải thích sự kháng thuốc tiên phát cũng như thứ phát đối với EGFR TKI. Dữ liệu lâm sàng mới đây cũng cho thấy ở bệnh nhân dương tính với EGFR, sự kết hợp giữa EGFR TKI và hóa trị liệu có thể kéo dài cả sống còn không tiến triển bệnh và sống còn toàn bộ. Việc kết hợp có nên được sử dụng trong tất cả các bệnh nhân có NSCLC đột biến EGFR dương giai đoạn tiên tiến hay không là còn tranh cãi và hiện đang được nghiên cứu trong các thử nghiệm lâm sàng.

Kết luận: Việc sử dụng kết hợp các liệu pháp nhắm đích như EGFR TKI và hóa trị liệu hết sức hứa hẹn nhưng lựa chọn bệnh nhân là chìa khóa để có thể cung cấp cho bệnh nhân NSCLC thời gian sống thêm dài hơn mà có chất lượng cuộc sống tốt.

Abstract: The combination of chemotherapy and targeted therapy: disallowance or a chance to heal?

LE THUONG VU(*)

Background: Targeted therapy has been recommended to use sequentially with chemotherapy in patient with EGFR (epithelial growth factor receptor) mutation either in first line or in second line treatment for advanced stage non-small cell lung cancer (NSCLC). Whether the combination use have a rational biologic plausibility and is supported by clinical data; this should be investigated.

Methods: Systematic review of clinical trials using chemotherapy and/or targeted therapy in patient with and without EGFR mutations.

Results: Targeted therapy in particular EGFR tyrosine kinase inhibitor (TKI) has been investigated to use with chemotherapy in over 4000 unselected patients without any added efficacy but with added toxicity. That's why it was broadly believed that as driver mutations are mutually exclusive, the use of EGFR TKI and chemotherapy should be sequential than concurrent. Recent developments in molecular biology showed that NSCLC were of heterogeneity and could have a lot of genetic alterations that could explain the primary as well as secondary resistance to EGFR TKI. Emergent clinical data also showed that in EGFR positive patient the combination of EGFR TKI and chemotherapy could prolong both progression free survival and overall survival significantly. Whether the combination should be use in all comers with advanced stage EGFR mutant NSCLC or not are controversial and are now being investigated in clinical trials.

Conclusion: The combination of targeted therapy such as EGFR TKI and chemotherapy would be promised but patient selection is the key to be able to provide NSCLC patients longer survival time with good quality of life.

(*) TS BS. Phó Khoa Hô hấp BVCR, Tổng thư ký Hội Hô hấp TPHCM



VIÊM
TAI
GIỮA

BỆNH
CÚM

VIÊM
PHỔI



BẢO VỆ CON BẠN. BẢO VỆ GIA ĐÌNH BẠN. CÙNG TIÊM NGỪA CÚM MÙA!

Bạn có biết: mỗi phút có một người tử vong vì bệnh cúm mùa? ⁽¹⁾

Trẻ dưới 5 tuổi, người cao tuổi, người mắc bệnh mãn tính là đối tượng dễ nhiễm cúm mùa nhất ⁽²⁾ và có thể gặp các biến chứng nghiêm trọng như viêm tai giữa & viêm phổi, thậm chí tử vong ⁽³⁾

TIÊM NGỪA CÚM MÙA MỖI NĂM LÀ CÁCH PHÒNG BỆNH HIỆU QUẢ NHẤT cho con bạn và gia đình giúp nâng ngừa những biến chứng nghiêm trọng do cúm mùa gây ra ⁽⁴⁾

Hãy hỏi bác sĩ để được tư vấn tiêm ngừa cúm mùa ngay hôm nay!

Thêm thông tin hữu ích về bệnh cúm mùa và cách phòng ngừa tại:



www.hieuvietiemchung.com



[hieuvietiemchung.fanpage](https://www.facebook.com/hieuvietiemchung)



(1) Fact_Sheet_seasonal_flu_EN_2012-09 // (2) Vaccines against influenza WHO position paper - November 2012 // (3) Morita A, et al. International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstr. Intersci Antimicrob Agents Chemother Intersci Conf Antimicrob Agents Chemother. 2000 Sep 17-20; 40: 504 // (4) <https://www.cdc.gov/flu/protect/children.htm>

Tài liệu giáo dục này được thực hiện bởi Hội Y Học Dự Phòng Việt Nam với sự tài trợ in ấn từ Sanofi.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ PHÒNG TRÁNH BỆNH CÚM MÙA HIỆU QUẢ?

1

Theo khuyến cáo của WHO & Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ, tiêm ngừa vắc-xin là biện pháp phòng ngừa cúm mùa an toàn và hiệu quả nhất hiện nay^(*)

Tiêm ngừa cúm mùa hàng năm giúp:

GIẢM
36%
nguy cơ viêm tai giữa⁽¹⁾



GIẢM
41%
nguy cơ xảy ra cơn hen
kịch phát ở trẻ bị hen⁽²⁾



GIẢM
33%
nguy cơ viêm đường
hô hấp⁽³⁾

2

Tạo thói quen phòng ngừa mỗi ngày để ngăn chặn sự lây lan vi-rút cúm mùa.⁽⁴⁾



Tránh tiếp xúc
với người bị
bệnh cúm mùa



Khi bị bệnh, nên
đeo khẩu trang hạn chế
tiếp xúc với người khác



Rửa tay với
xà phòng



Tránh dùng tay
chạm vào mắt,
mũi và miệng...

3

Vi-rút cúm mùa luôn biến đổi liên tục hàng năm, nên cần **TIÊM NGỪA CÚM MÙA MỖI NĂM MỘT LẦN** để chủ động phòng bệnh tốt nhất.

Tham khảo thêm thông tin hữu ích về bệnh cúm & cách phòng ngừa tại:



www.hieuvetiemchung.com



[hieuvetiemchung.fanpage](https://www.facebook.com/hieuvetiemchung.fanpage)



(1) Heikkinen T et al. AJDC 1991;45:445-48.

(2) Kramarz et al. Does influenza vaccination prevent asthma exacerbation in children? J Pediatric 2001;138:306-10.

(3) Esposito S et al. Clinical and economic impact of influenza vaccination on healthy children aged 2-5 years. Vaccine 24 (2006) 629-635.

(4) <https://www.cdc.gov/flu/consumer/prevention.htm>

Tiếp cận xử trí ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) qua ca lâm sàng

LÊ KHẮC BẢO(*)

Tóm tắt:

Tiếp cận xử trí ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) không đơn giản là việc áp dụng cứng nhắc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hiện có. Thách thức trên thực hành lâm sàng không chỉ hiện diện trong lĩnh vực y khoa mà còn trong cả trong lĩnh vực xã hội nữa. Ca lâm sàng cụ thể của một bệnh nhân nữ 56 tuổi, cân nặng 94 kg, chiều cao 1,62 m, BMI 35,8 kg/m² đã minh họa một phần các thách thức này.

Thiết lập chẩn đoán xác định OSA trên bệnh nhân béo phì, ngáy ban đêm, buồn ngủ ban ngày, kết quả đa ký giấc ngủ (PSG) cho chỉ số ngưng giảm thở (AHI) 63 lần/giờ, giảm bão hòa oxy trong máu (SpO₂) hơn 90% trong 23% thời gian ngủ không là thách thức y khoa. Nhưng định chuẩn áp lực dương hiệu quả là thách thức y khoa thực sự: áp lực dương cao thì mới mở được đường thở trên bị xẹp lại quá mức khi ngủ trên bệnh nhân béo phì, song lại làm bệnh nhân thức giấc. Định chuẩn áp lực chính xác tại phòng thí nghiệm giấc ngủ kết hợp PSG và máy thở áp lực dương điều chỉnh từ xa OMNILAB cho phép xác định được mức áp lực hiệu quả. Nằm ngủ tại phòng lab trong ba đêm liên tiếp nhằm xác định được loại mặt nạ phù hợp, chế độ thay đổi áp lực phù hợp giúp bệnh nhân làm quen và dung nạp với máy thở.

Điều trị OSA có những thách thức vượt ra ngoài giới hạn y khoa. Điều trị giảm cân nặng đòi hỏi sự thay đổi tận gốc về nhận thức để có thể trang bị đủ dũng khí chấp nhận một thói quen và hành vi mới với chế độ ăn giảm cân nghiêm khắc và tập luyện thể dục đều đặn. Phải sử dụng máy thở hàng đêm là một “ức chế” mạnh đối với nhiều bệnh nhân khi mà hình ảnh máy thở liên quan ít nhiều đến hình ảnh “bệnh tật” và “chết chóc”. Giảm cân nặng thành công làm thay đổi hiệu quả của thở máy. Áp lực điều trị tương đối cao đã cài đặt trước đó trở nên không phù hợp nữa: áp lực cao làm bệnh nhân thức giấc nhiều hơn, áp lực cao cũng làm xuất hiện ngưng thở trung ương trên nền ngưng thở tắc nghẽn (ngưng thở phức tạp). Lúc này, thách thức y khoa là kịp thời nhận ra nhu cầu tái định chuẩn áp lực điều trị.

Tiếp cận xử trí OSA trên từng cá nhân cụ thể đòi hỏi nhận diện kịp thời các thách thức cả về mặt y khoa và xã hội nhằm có giải pháp phù hợp để vượt qua.

Summary: Approach to management of Obstructive Sleep Apnea (OSA) through a clinical case

LE KHAC BAO(*)

Approach to management of Obstructive Sleep Apnea (OSA) is not simply a rigid application of current guidelines on diagnosis and treatment of OSA. Challenges in clinical practice exist both in medical and societal aspects. A specific case of a female patient, 56 years old, 94 kg, 1.62 m, BMI of 35,8 kg/m² lively illustrates parts of these challenges.

To diagnose OSA might not be a medical challenge on an obese patient with nighttime snoring, daytime somnolence, a high apnea hypopnea index (AHI) of 63/h, and an oxygene desaturation less than 90% (SpO₂ < 90%) during 23% of total sleep time in polysomnography (PSG). However, the calibration for an effective positive pressure is a real medical challenge: a high positive pressure is required to open up a severely collapsed upper airway of an obese patient whereas the very high positive pressure wakes up the patient. Manual calibration for positive pressure in sleep lab using the combination of full PSG and remote controlled ventilator OMNILAB allows the determination of effective positive pressure. Adaptation to the recently set ventilator is assured by sleeping in the sleep lab for three consecutive nights when several mask fittings and pressure regimen adjustments are made to gradually increase the patient's tolerance to ventilator.

To treat OSA presents several challenges which surpass medical limits. Management for obesity requires a radical mindset change in patient to provide her with enough courage to adopt a new habit and behavior with a strict nutritional diet and regular physical exercises. The obligation to nightly use ventilator might be a “real depressant” for many patients when the image of ventilator relates more of less to the “disable” and “dead” vision. A successful weight loss changes the effectiveness of ventilator. The relatively high pressure previously set becomes inappropriate: the high pressure wakes patient more frequently, the high pressure also leads to more central apnea in the background of obstructive apnea (complex apnea). At the moment, the medical challenge is to timely identify the demand for re-calibration for effective positive pressure.

Management to OSA in a specific patient requires a timely identification of both medical and social challenges in order to give relevant solutions to overcome.

(*) TS BS. GV BM Nội ĐHYD TPHCM, PGĐ TT Đào Tạo ĐHYD TPHCM, BS PK Phổi Việt

Các cạm bẫy khi phân tích đa ký giấc ngủ trong chẩn đoán OSA

NGUYỄN HỮU HOÀNG(*)

Tóm tắt

Giới thiệu: Đa ký giấc ngủ (Polysomnography – PSG) là xét nghiệm dùng để chẩn đoán các bệnh lý liên quan bệnh lý thức và ngủ của bệnh nhân. Đa ký giấc ngủ là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ngưng thở lúc ngủ và hỗ trợ cho chẩn đoán các bệnh lý thức ngủ khác. Các cạm bẫy khi phân tích đa ký giấc ngủ nếu không được phát hiện và khắc phục sẽ dẫn đến kết luận sai và chẩn đoán sai bệnh cho bệnh nhân. Các cạm bẫy có thể gặp phải ở sóng điện não do lỗi kỹ thuật gắn điện cực, do mồ hôi bệnh nhân quá nhiều... Về hô hấp có thể gặp phải do gắn cảm biến nhiệt và cảm biến áp lực không đúng, bệnh nhân nghẹt mũi thở miệng, rơi SpO₂ trong lúc ngủ. Điện cơ gắn không đúng vị trí, hoặc gắn không chặt làm rơi lúc đo. Điện tim có thể gắn không chặt hoặc gắn sai vị trí.

Các cạm bẫy thường gặp:

Các cạm bẫy gặp phải với điện não: Điện não bị lỗi như bị nhiễu, sai vị trí sẽ không rõ sóng dẫn đến không xác định được giai đoạn giấc ngủ và sẽ đánh giá sai chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân. Điện cực gắn không chặt sẽ khiến sóng điện não không rõ, hoặc bệnh nhân nhiều mồ hôi sẽ làm sóng não di chuyển dễ nhầm với sóng chậm dẫn đến đọc sai. Điện não của người lớn tuổi sẽ thường có biên độ thấp và nhanh, ít sóng chậm hơn, ít các sóng điển hình như phức bộ K, thoi giấc ngủ khiến người đọc rất dễ nhận định sai giai đoạn giấc ngủ.

Các cạm bẫy gặp phải với hô hấp: cảm biến nhiệt bị lỗi vì gắn không đúng vị trí, gắn đầu cảm biến chạm vào da bệnh nhân, cảm biến áp lực không có tín hiệu vì bệnh nhân nghẹt mũi thở miệng. Điều này sẽ khiến việc xác định ngưng thở, giảm thở gặp khó khăn và thiếu chính xác. Đai ngực và bụng gắn không đúng (lỏng quá hoặc chặt quá) sẽ khiến đọc nhầm giữa ngưng thở trung ương và ngưng thở tắc nghẽn. SpO₂ gắn không đúng làm phản ánh không đúng oxy trong đêm của bệnh nhân dẫn đến chẩn đoán sai việc bệnh nhân giảm oxy máu lúc ngủ.

Các cạm bẫy gặp phải với điện cơ: Điện cơ nhiễu do gắn điện cực quá gần dẫn đến đọc sai cử động chân.

Các cạm bẫy gặp phải với điện tim: Đọc nhầm rối loạn nhịp do nhiễu điện tim khi đo ban đêm.

Kết luận: Các chạm bẫy khi phân tích đa ký giấc ngủ thường gặp liên quan tới điện não bị nhiễu, điện cực sai vị trí dẫn đến xác định sai giai đoạn giấc ngủ. Kênh hô hấp bị lỗi cảm biến nhiệt và bệnh nhân nghẹt mũi thở miệng sẽ nhận định sai ngưng thở giảm thở. Điện cơ bị nhiễu đọc nhầm cử động chân có chu kỳ. Điện tim bị đọc sai do gắn sai điện cực hoặc nhiễu. Các chạm bẫy cần phải được xác định và xem xét để không dẫn đến kết quả đọc sai và chẩn đoán sai.

Abstract: Pitfalls when scoring polysomnography in diagnosis of OSA

NGUYỄN HỮU HOÀNG(*)

Introduction: Polysomnography (PSG) is a test used to diagnose the patients' awake and sleep related conditions. PSG is the gold standard in diagnosing sleep apnea and aids in the diagnosis of other sleep disorders. The pitfalls when scoring PSG if not detected and solved will lead to false conclusions and misdiagnosis of patients. Pitfalls can be encountered in the EEG when technicians attach wrong position of electrodes or excessive sweat of patients... Respiratory channels may be encountered due to thermistor touches with patient's skin, patients have blocked noses and breath mouth, fall SpO2 during sleep. The EMG are not attached in the correct position, or are not tightened and dropped during sleeping. The ECG may not attach properly or be in the wrong position.

Common pitfalls:

Pitfalls encountered with EEG: EEG errors such as noise, wrong position will not have clear wave leading to undetectable sleep phase and will misjudge the sleep quality of the patient. Electrodes are not attached tightly will make the brainwaves unclear, or a person with excessive sweat will cause the brainwaves to move easily confused with slow waves leading to false scoring. The elderly's EEG will often be low and fast amplitude, less slow waves, less typical waves such as the K complex, the sleep spindle makes it very easy for the scorer to identify the wrong sleep phase.

Pitfalls encountered with respiratory: thermal sensor faulty due to improper attachment, sensor tip touching the patient's skin, pressure sensor not signaling because the patient has a blocked noses and mouth breathing. This will make it difficult and inaccurate to identify apnea, hypopnea. Incorrectly attached thoracic and abdominal effort (too tight or too loose) will cause wrong scoring

between central apnea and obstructive apnea. Incorrectly attached SpO2 incorrectly reflects the patient's nightly oxygen, resulting in a misdiagnosis of hypoxia during sleep.

Pitfalls encountered with EMG: attaching the electrodes too close lead to false leg movement scoring.

Pitfalls encountered with ECG: wrong scoring the arrhythmia due to ECG disturbance at night.

Conclusion: The common pitfalls when scoring PSG are related EEG interference and mislocated electrodes that lead to incorrect sleep phase identification. The respiratory channel has a thermal sensor error and a patient with nasal congestion will incorrectly identify apnea. EMG interference lead to wrong scoring the leg movement periodically. ECG has been read incorrectly due to an incorrect electrode or interference. Pitfalls need to be identified and considered so as not to lead to false scoring and misdiagnosis.

() BS PK Phôi Việt TPHCM*

Những thách thức về chẩn đoán và điều trị bệnh nhân COPD kèm suy tim

NGUYỄN XUÂN TUẤN ANH(*)

COPD và suy tim có những triệu chứng giống nhau (khó thở) khiến việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn nhất là ở những bệnh nhân mắc một lúc cả hai bệnh. Việc hỏi kỹ bệnh sử, khám lâm sàng kết hợp với XQ lồng ngực, siêu âm tim, định lượng BNP hoặc NT- proBNP, thăm dò chức năng hô hấp sẽ giúp chẩn đoán. Trị số BNP rất thấp hoặc rất cao giúp loại trừ hoặc hướng tới suy tim. Vấn đề điều trị bệnh nhân COPD kèm suy tim cũng có nhiều điểm cần lưu ý. Thuốc chủ lực trong điều trị COPD là thuốc đồng vận β , trong khi thuốc ức chế thụ thể β là nền tảng của điều trị suy tim. Tuy nhiên các khuyến cáo hiện nay cho phép sử dụng nhóm thuốc ức chế β trên bệnh nhân COPD. Thuốc đồng vận β dùng trong COPD cũng có thể gây hại cho bệnh nhân suy tim. COPD cùng với sử dụng thuốc đồng vận β gây nhịp tim nhanh có thể được kiểm soát bằng thuốc ức chế β và nhóm thuốc mới ức chế kênh If là ivabradine. Để tránh chông chéo giữa ho do COPD và ho do thuốc ức chế men chuyển, ta có thể sử dụng thuốc ức chế thụ thể angiotensin. Lợi tiểu trong suy tim cũng có lợi ở bệnh nhân tâm phế mạn.

Abstract: Diagnostic and therapeutic challenges in patients with coexistent COPD and heart failure

NGUYỄN XUÂN TUẤN ANH(*)

COPD and HF have similar symptoms (dyspnea) that cause difficulty in diagnosis, especially in patients with comorbidity. History, physical examination combine with chest XR, echocardiography, BNP or NT-pro BNP dosage and spirometry are useful for an accurate diagnosis. A value of BNP very low or very high help us to rule in or rule out HF. The treatment of COPD and HF has some pitfalls. β agonists are essentials in COPD whereas β blockers are cornerstone in HF therapy. Recent guidelines suggest that β blockers could be used safely in patient with COPD. β agonists in COPD can have unfavourable effect in HF patients. COPD and β agonists at the same time cause harmful tachycardia that could be controlled by β blockers and/or

new If channel blocker ivabradine. To avoid cough caused by ACE- inhibitor, we can use ARB.
Diuretics in HF also can have advantage in cor pulmonale patients.

(*) *ThS BS, GV BM Nội ĐHYD TPHCM*

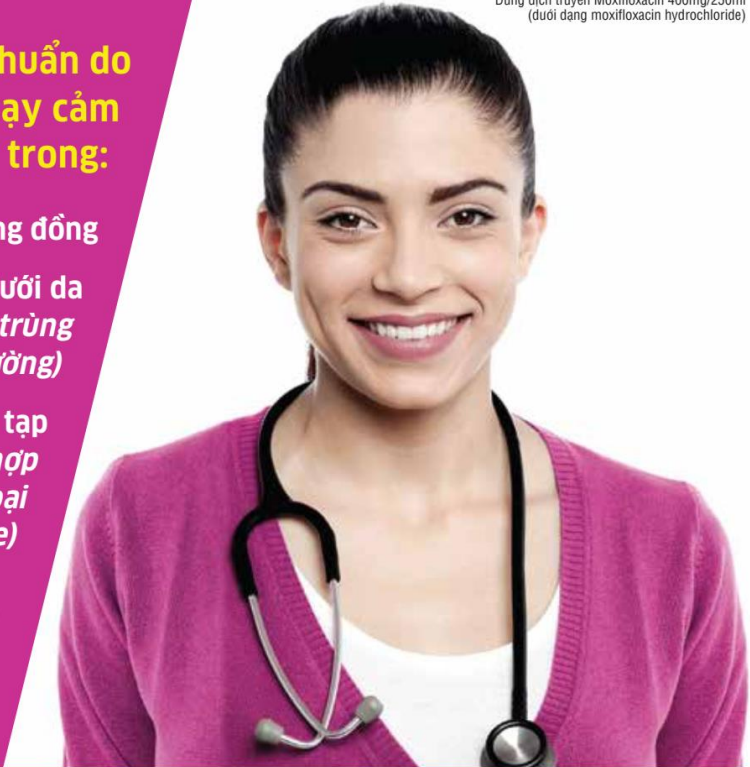
Điều trị bệnh nhiễm khuẩn do những dòng vi khuẩn nhạy cảm gây ra trong:

Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng

Nhiễm trùng da và tổ chức dưới da phức tạp (bao gồm nhiễm trùng bàn chân do bệnh đái tháo đường)

Nhiễm trùng ổ bụng phức tạp (bao gồm cả các trường hợp nhiễm trùng do nhiều loại vi khuẩn như áp xe)

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của BYT:
100/2020/XNNT/QLD, ngày 18 tháng 04 năm 2020
In tài liệu ngày xx tháng xx năm xxxx.
Tài liệu gồm có 2 trang.
Thông tin chi tiết sản phẩm xem ở trang 1 và 2



THÔNG TIN KÊ TOA

THÀNH PHẦN: Chai 250 ml dung dịch tiêm truyền có chứa 400 mg moxifloxacin (dạng moxidifloxacin hydrochloride). **CHỈ ĐỊNH:** Dung dịch Avelox tiêm truyền tĩnh mạch được chỉ định trong điều trị bệnh viêm phổi mắc phải từ cộng đồng do những chủng vi khuẩn nhạy cảm: Nhiễm trùng da và tổ chức dưới da phức tạp (bao gồm nhiễm trùng bàn chân do bệnh đái tháo đường). Nhiễm trùng ổ bụng phức tạp (bao gồm cả các trường hợp nhiễm trùng do nhiều loại vi khuẩn như áp xe). Nên xem xét cẩn thận các chỉ dẫn chính thức về sử dụng thích hợp các kháng sinh. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** **Liều lượng quy định: Liều lượng (người lớn):** Liều khuyến dùng là 400mg Avelox (viên nén hoặc dung dịch tiêm truyền) một lần mỗi ngày cho các chỉ định nêu trên và không dùng quá liều. **Thời gian điều trị:** Liều thường khuyến dùng dưới đây là cho điều trị nhiễm trùng đường hô hấp trên và dưới. Có thể khởi đầu đợt điều trị với tiêm truyền tĩnh mạch sau đó chuyển sang dùng viên uống khi có chỉ định trên lâm sàng. Tổng thời gian điều trị khuyến dùng trong trường hợp điều trị nội tiếp viêm phổi cộng đồng (khởi đầu bằng truyền tĩnh mạch sau đó chuyển sang uống): 7 - 21 ngày. Tổng thời gian điều trị nội tiếp cho nhiễm trùng ổ bụng phức tạp (khởi đầu bằng truyền tĩnh mạch sau đó chuyển sang uống): 5 - 14 ngày. Không nên kéo dài quá thời gian điều trị được khuyến cáo. Dung dịch tiêm truyền Avelox 400mg đã được nghiên cứu trong các thử nghiệm lâm sàng kéo dài đến 21 ngày điều trị (nhiễm trùng da và tổ chức dưới da phức tạp). **Cách sử dụng:** Truyền thuốc theo đường tĩnh mạch với thời gian trên 60 phút. Dòng chữ "thời gian truyền trên 60 phút" phải được lưu ý trên bao bì sản phẩm. Có thể truyền thuốc trực tiếp hoặc qua ống chữ T cùng với các dung dịch tiêm truyền tương thích. Các dung dịch cùng tiêm truyền dưới đây cho thấy khi pha với dung dịch Avelox có thể tạo thành hỗn hợp ổn định trên 24 giờ ở nhiệt độ phòng, do đó có thể coi là tương thích với dung dịch Avelox để tiêm truyền: Nước cất pha tiêm, Natri Clorid 0.9%, Natri Clorid 1 M, Glucose 5%, Glucose 10%, Glucose 40%, Xylit 20%, Dung dịch Ringer, Dung dịch Lactated Ringer. Nếu dung dịch tiêm truyền Avelox được cho cùng với một thuốc khác, thì mỗi thuốc phải được truyền riêng rẽ (xem mục "Tương kỵ"). Chỉ sử dụng dung dịch còn trong suốt. **Thông tin bổ sung cho các dân số đặc biệt:** **Người già:** Không cần chỉnh liều ở người già. **Trẻ em và thanh thiếu niên:** Hiệu quả và độ an toàn của Avelox ở trẻ em và thanh thiếu niên chưa được xác định. **Các chủng tộc khác nhau:** Không cần chỉnh liều. **Suy gan:** Không cần phải chỉnh liều ở bệnh nhân suy chức năng gan (xem thêm phần **Cảnh báo** và **thận trọng khi sử dụng**

cho những bệnh nhân xơ gan). **Suy thận:** Không cần phải chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận ở bất kỳ mức độ nào (kể cả khi độ thanh thải creatinine $\leq 30\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$) và trên bệnh nhân phải lọc máu kéo dài như chạy thận nhân tạo hoặc bệnh nhân ngoại trú thẩm phân phúc mạc liên tục. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với moxifloxacin hoặc các quinolon khác hoặc bất kỳ thành phần tá dược của thuốc. Phụ nữ có thai và cho con bú. Bệnh nhân có khoảng QT kéo dài. Bệnh nhân có hạ kali máu chưa được điều chỉnh. Bệnh nhân đang điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp nhóm IA (như quinidin, procainamid) hoặc nhóm III (như amiodaron, sotalol). Bệnh nhân có bệnh sử bệnh gan cơ. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Các phản ứng có hại nghiêm trọng có khả năng không hồi phục và gây tàn tật, bao gồm viêm gân, đứt gân, bệnh lý thần kinh ngoại biên và các tác dụng bất lợi trên thần kinh trung ương. Các kháng sinh nhóm fluoroquinolon bao gồm Avelox có liên quan đến các phản ứng có hại nghiêm trọng có khả năng gây tàn tật và không hồi phục trên các hệ cơ quan khác nhau của cơ thể. Các phản ứng này có thể xuất hiện đồng thời trên cùng bệnh nhân. Các phản ứng có hại thường được ghi nhận gồm viêm gân, đứt gân, đau khớp, đau cơ, bệnh lý thần kinh ngoại vi và các tác dụng bất lợi trên hệ thống thần kinh trung ương (ảo giác, lo âu, trầm cảm, mất ngủ, đau đầu nặng và lú lẫn). Các phản ứng này có thể xảy ra trong vòng vài giờ đến vài tuần sau khi sử dụng thuốc Avelox. Bệnh nhân ở bất kỳ tuổi nào hoặc không có yếu tố nguy cơ tổn tại từ trước đều có thể gặp những phản ứng có hại trên. Ngừng sử dụng thuốc Avelox ngay khi có dấu hiệu hoặc triệu chứng đầu tiên của bất kỳ phản ứng có hại nghiêm trọng nào. Thêm vào đó, tránh sử dụng các kháng sinh nhóm fluoroquinolon cho các bệnh nhân đã từng gặp các phản ứng nghiêm trọng liên quan đến fluoroquinolon. Trong một vài trường hợp, phản ứng quá mẫn hoặc phản ứng dị ứng thường xảy ra ngay sau lần dùng thuốc đầu tiên và phải thông báo cho bác sĩ biết ngay lập tức. Phản ứng phản vệ trong một số rất hiếm trường hợp có thể dẫn đến tình trạng shock gây nguy hiểm đến tính mạng, có thể xảy ra ngay sau lần dùng thuốc đầu tiên. Trong những trường hợp này, cần ngừng sử dụng Avelox và cần có các biện pháp điều trị khác (ví dụ điều trị shock). Avelox làm kéo dài khoảng QT trên điện tâm đồ ở một vài bệnh nhân. Vì phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt có khoảng QT lúc đầu dài hơn so với nam giới, do đó phụ nữ nhạy cảm hơn với các thuốc gây kéo dài khoảng QT. Những bệnh nhân lớn tuổi cũng nhạy cảm hơn với các thuốc có ảnh hưởng lên khoảng QT. Độ rộng của khoảng QT kéo dài có thể bị tăng lên cùng với sự tăng nồng độ của thuốc. Do đó không nên vượt quá liều sử dụng và tốc độ truyền đã được khuyến cáo (400 mg trong vòng 60 phút). Tuy nhiên đối với những bệnh





nhân viêm phổi, người ta không nhận thấy có sự liên quan giữa nồng độ của moxifloxacin trong huyết tương và hiện tượng kéo dài khoảng QT. Sự kéo dài khoảng QT có thể dẫn tới loạn nhịp thất bao gồm cả xoắn đỉnh. Không có trường hợp bệnh hoặc tử vong do tim mạch do sự kéo dài khoảng QT khi điều trị với Avelox trong một nghiên cứu lâm sàng trên 9.000 bệnh nhân, tuy nhiên một số bệnh tiềm tàng có thể làm tăng nguy cơ loạn nhịp thất. **Do đó nên tránh sử dụng Avelox do thiếu kinh nghiệm lâm sàng sử dụng thuốc trên những nhóm bệnh nhân sau:** Trên các bệnh nhân có khoảng QT kéo dài. Các bệnh nhân có hạ kali máu chưa được điều trị. Các bệnh nhân đang điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp nhóm IA (như quinidine, procainamide) hoặc nhóm III (như amiodarone, sotalolol). Nên sử dụng thận trọng Avelox cho những bệnh nhân sau do không lường trước được tác dụng hiệp đồng làm kéo dài khoảng QT của moxifloxacin. Bệnh nhân đang sử dụng đồng thời thuốc làm kéo dài khoảng QT như cisapride, erythromycin, thuốc chống loạn thần hoặc các chống trầm cảm 3 vòng. Bệnh nhân đang có tình trạng loạn nhịp tim như nhịp chậm rõ trên lâm sàng hoặc thiếu máu cục bộ cơ tim cấp tính. Ở những bệnh nhân xơ gan do không thể loại trừ khả năng những bệnh nhân này đã có trước kéo dài khoảng QT. Phụ nữ và người già có thể tăng nhạy cảm với các thuốc kéo dài khoảng QT. Đã có những thông báo về các trường hợp có tổn thương gan cấp tính dẫn đến suy gan (bao gồm cả những ca bị tử vong) với Avelox. Bệnh nhân cần liên hệ và thông báo ngay cho bác sĩ trước khi tiếp tục điều trị nếu xuất hiện các triệu chứng liên quan đến suy gan. Đã có những thông báo về các phản ứng da bong rộp nặng hội chứng Stevens-Johnson hoặc hoại tử biểu bì do nhiễm độc với Avelox. Bệnh nhân cần liên hệ và thông báo ngay cho bác sĩ trước khi tiếp tục điều trị nếu xuất hiện các phản ứng da và niêm mạc. Các cơn động kinh cũng có thể xảy ra khi sử dụng các thuốc thuộc nhóm quinolone. Nên thận trọng trên những bệnh nhân đã có hoặc nghi ngờ có rối loạn ở hệ thần kinh trung ương có thể dẫn tới cơn động kinh hoặc làm giảm ngưỡng của cơn động kinh. Viêm đại tràng do sử dụng thuốc kháng sinh đã được báo cáo khi sử dụng những kháng sinh phổ rộng, bao gồm cả Avelox; do đó, điều quan trọng là phải nghĩ tới chẩn đoán này ở những bệnh nhân bị tiêu chảy trầm trọng đi kèm với sử dụng Avelox. Trong tình huống lâm sàng này, nên tiến hành ngay các biện pháp điều trị phù hợp. Chẩn đoán các thuốc ức chế nhu động ruột với các trường hợp tiêu chảy nghiêm trọng. Cần thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân nhược cơ nặng vì Avelox có thể làm cho các triệu chứng của bệnh trở nên trầm trọng. Viêm và đứt gân có thể xảy ra khi điều trị bằng quinolone bao gồm moxifloxacin, đặc biệt trên bệnh nhân lớn tuổi và những người đang điều trị với corticosteroids, đã có báo cáo về các trường hợp tác dụng phụ này xảy ra sau khi kết thúc điều trị vài tháng. Khi có những dấu hiệu đầu tiên của đau hay viêm, bệnh nhân cần ngưng thuốc và bất động chi bị ảnh hưởng. Quinolone cho thấy nó có thể làm tăng độ nhạy cảm với ánh sáng ở các bệnh nhân. Tuy nhiên, chưa xác định rõ tình trạng nhạy cảm với ánh sáng trong các thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng đối với moxifloxacin. Bên cạnh đó, kể từ khi bắt đầu sử dụng cho đến nay chưa thấy các bằng chứng trên lâm sàng cho thấy moxifloxacin gây tăng mẫn cảm với ánh sáng. Mặc dù vậy, nên khuyến bệnh nhân tránh tiếp xúc với tia cực tím hoặc ánh sáng mặt trời. Đối với những bệnh nhân bị nhiễm trùng hô hấp có phức tạp (như: áp xe vôi trứng hoặc hồ châu) cần phải được điều trị bằng moxifloxacin đường truyền tĩnh mạch, không khuyến cáo sử dụng viên nén bao phim Avelox 400 mg. Không khuyến cáo sử dụng moxifloxacin để điều trị nhiễm khuẩn do MRSA. Trong trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định nhiễm khuẩn gây ra bởi MRSA, nên bắt đầu điều trị bằng kháng sinh phù hợp. Hoạt tính của moxifloxacin in vitro có thể làm ảnh hưởng đến xét nghiệm nuôi cấy *Mycobacterium spp.* do ức chế sự phát triển của vi khuẩn *Mycobacteria*, gây ra kết quả âm tính giả trên mẫu được lấy từ bệnh nhân đang dùng Avelox. Đã có báo cáo về các trường hợp bệnh đa dây thần kinh cảm giác hoặc vận động cảm giác, dẫn đến dị cảm, tăng cảm giác, rối loạn cảm giác hoặc yếu cơ ở bệnh nhân đang dùng kháng sinh nhóm quinolone, bao gồm cả Avelox. Nếu xảy ra các triệu chứng của bệnh thần kinh như đau, nóng bỏng, ngứa ran, tê hoặc tình trạng yếu cơ, bệnh nhân nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi tiếp tục điều trị bằng Avelox. Các phản ứng tâm thần có thể xảy ra thậm chí ngay sau lần đầu tiên sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolone, bao gồm cả moxifloxacin. Rất hiếm gặp các trường hợp trầm cảm hoặc phản ứng loạn thần dẫn đến ý nghĩ tự tử và hành vi tự gây thương tích cho bản thân như có gắng tự tử. Trong trường hợp bệnh nhân mắc phải các phản ứng này, nên ngưng sử dụng Avelox và được thay thế bằng các biện pháp phù hợp. Nên thận trọng khi sử dụng Avelox ở các bệnh nhân loạn thần hoặc bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh tâm thần. Do tần suất mắc *Neisseria gonorrhoeae* để kháng fluoroquinolone lan rộng và đang tăng lên, nên tránh sử dụng moxifloxacin đơn trị liệu ở bệnh nhân mắc bệnh viêm vùng chậu, ngoại trừ trường hợp đã loại trừ được *N. gonorrhoeae* để kháng fluoroquinolone. Nếu không loại trừ được *N. gonorrhoeae* để kháng fluoroquinolone, nên cân nhắc phối hợp thêm một kháng sinh thích hợp thường có tác dụng chống lại *N. gonorrhoeae* (như một kháng sinh cephalosporin) vào phác đồ moxifloxacin theo kinh nghiệm. **Rối loạn đường huyết:** Cũng như tất cả các fluoroquinolone, sự rối loạn đường huyết, bao gồm cả tăng và giảm đường huyết đều được báo cáo khi dùng Avelox. Ở bệnh nhân điều trị bằng Avelox, rối loạn đường huyết xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi đang điều trị đồng thời với một thuốc hạ đường huyết dạng uống hoặc đang sử dụng insulin. Ở bệnh nhân đái tháo đường, cần giám

sát chặt chẽ nồng độ đường huyết. **Thông tin về tá dược:** Đối với những bệnh nhân cần hạn chế lượng natri đưa vào cơ thể (bệnh nhân suy tim xung huyết, suy thận, hội chứng thận hư v.v.) cần tính thêm đến tải lượng natri của dung dịch tiêm truyền. Đối với hàm lượng natri clorid của dịch truyền xem phần "thành phần". **TƯƠNG TÁC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC DẠNG TƯƠNG TÁC KHÁC:** Các thuốc sau đây đã được chứng minh là không có các tương tác trên lâm sàng với Avelox: atenolol, ranitidine, các chế phẩm bổ sung calci, theophylline, cyclosporin, thuốc uống tránh thai, glibenclamide, itraconazole, digoxin, morphine, probenecid. Không cần phải điều chỉnh liều đối với những thuốc này. **Warfarin:** Không ghi nhận có tương tác thuốc khi điều trị đồng thời với warfarin trên được lực học, thời gian prothrombin và các thông số về đông máu khác, tuy nhiên nên tiến hành theo dõi INR và nếu cần thiết, nên điều chỉnh liều lượng của các loại thuốc uống chống đông máu cho phù hợp. **Digoxin:** Được đồng học của digoxin không bị ảnh hưởng đáng kể bởi moxifloxacin và ngược lại. **SỬ DỤNG Ở PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Chống chỉ định sử dụng Avelox cho phụ nữ mang thai và phụ nữ đang cho con bú. **TÁC DỤNG TRÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VĂN HÀNH MÁY MÓC:** Có thể gây ảnh hưởng. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** **Hay gặp ($\geq 1/100$ tới $< 1/10$):** Bội nhiễm nấm; Đau đầu, Chóng váng; Kéo dài khoảng QT ở bệnh nhân hạ kali máu; Buồn nôn, Nôn, Đau dạ dày và đau bụng, Tiêu chảy; Tăng các men transaminase; Phản ứng tại vị trí tiêm và truyền thuốc. **Ít gặp ($\geq 1/1.000$ tới $< 1/100$):** Thiếu máu, Giảm bạch cầu, Giảm bạch cầu trung tính, Giảm tiểu cầu, Tăng tiểu cầu nguyên phát, Kéo dài thời gian prothrombin / Tăng chỉ số INR; Phản ứng dị ứng, Ngứa, Ban da, Mày đay, Tăng bạch cầu ưa eosin; Tăng lipid máu; Các phản ứng lo âu, Tăng hoạt động thần kinh vận động / Lo âu; Di cảm và rối loạn cảm giác, Rối loạn vị giác (kể cả mất vị giác rất hiếm khi xảy ra), Lẫn lộn và rối loạn định hướng, Rối loạn giấc ngủ, Run, Chóng mặt, Tinh trạng lơ mơ; Rối loạn thị giác (đặc biệt trong giai đoạn xảy ra các phản ứng của hệ thần kinh trung ương); Kéo dài khoảng QT, Đỉnh trống ngực, Nhịp tim nhanh, Giãn mạch; Khó thở (kể cả bệnh hen); Giảm cảm giác ngon miệng và ỉa và thèm ăn, Táo bón, Rối loạn vị giác, Đầy hơi, Viêm da dạng ruột (ngoại trừ viêm da dạng ruột do ăn mòn), Tăng amylase; Suy giảm chức năng gan (bao gồm tăng LDH), Tăng bilirubin, Tăng gamma-glutamyl-transferase, Tăng phosphatase kiềm trong máu; Đau khớp, Đau cơ; Mất nước (do tiêu chảy hay giảm lượng dịch đưa vào); Cảm giác không khỏe, Đau không xác định, Toát mồ hôi, Phản ứng tại vị trí truyền (viêm tắc tĩnh mạch). **Hiếm gặp ($\geq 1/10.000$ tới $< 1/1.000$):** Nồng độ thromboplastin bất thường; Phản ứng phản vệ / phản ứng dạng phản vệ, Phù dị ứng / phù mạch (kể cả phù thanh quản, có khả năng đe dọa tính mạng); Tăng đường huyết, Tăng acid uric máu; Cảm xúc không ổn định, Trầm cảm (rất hiếm gặp các trường hợp có khả năng dẫn đến tăng nguy cơ tự tử); Ao giác, Giảm cảm giác, Rối loạn khứu giác (bao gồm cả mất khứu giác hoàn toàn), Giấc mơ bất thường, Rối loạn phối hợp vận động (kể cả rối loạn dáng đi, đặc biệt do chóng váng hay chóng mặt; rất hiếm trường hợp dẫn đến ngã vỡ chân thương, nhất là ở người lớn tuổi), Động kinh với nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau (bao gồm cả động kinh cơn lớn); Mất tập trung, Các rối loạn về giọng nói, Mất trí nhớ, Bệnh lý thần kinh ngoại vi và đa dây thần kinh; Ứ tai, Suy giảm thính lực bao gồm cả điếc (thường có thể hồi phục), Nhịp nhanh thất, Ngất, Tăng huyết áp, Hạ huyết áp, Khó nuốt, Viêm miệng, Viêm ruột kết liên quan đến sử dụng kháng sinh (rất hiếm gặp các trường hợp liên quan đến các phức tạp đe dọa tính mạng), Vàng da, Viêm gan (chủ yếu là ứ mật), Viêm gân, Tăng trương lực cơ và chuột rút, Yếu cơ, Suy giảm chức năng thận, Suy thận (do mất nước, đặc biệt ở người lớn tuổi đã có trước các rối loạn trên thận); Phù. **Rất hiếm gặp ($< 1/10.000$):** Tăng nồng độ prothrombin / giảm INR, Nồng độ prothrombin / INR bất thường; Sốc phản vệ / dạng phản vệ (có khả năng đe dọa tính mạng); Hạ đường huyết; Mất nhân cách, Các phản ứng loạn thần, (nặng nhất có khả năng dẫn đến tự gây thương tích bản thân, như ý định / ý nghĩ tự tử hoặc cố gắng tự tử); Tăng cảm giác, Mất thị lực thoáng qua (đặc biệt trong giai đoạn xảy ra các phản ứng của hệ thần kinh trung ương). Loạn nhịp không xác định, Xoắn đỉnh *, Ngưng tim * (*đặc biệt ở những bệnh nhân đang mắc các bệnh lý nên tiến loạn nhịp nghiêm trọng như nhịp tim chậm có ý nghĩa lâm sàng, thiếu máu cục bộ cơ tim cấp tính); Có khả năng xảy ra viêm gan tối cấp dẫn đến suy gan đe dọa tính mạng (bao gồm cả các trường hợp tử vong); Các phản ứng bong rộp trên da như hội chứng Steven-Johnson hoặc hoại tử biểu bì nhiễm độc (có khả năng đe dọa tính mạng); Đứt gân, Viêm khớp, Rối loạn dáng đi (do các triệu chứng trên cơ, gân hoặc khớp); Trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh nhiễm cơ. **Tác dụng không mong muốn sau thường xảy ra ở tần suất cao hơn khi sử dụng moxifloxacin i.v sau đó chuyển sang uống:** **Thường gặp:** Tăng chỉ số Gamma-Glutamyl-Transferase. **Không thường gặp:** Nhịp nhanh thất, hạ huyết áp, Phù, Viêm ruột liên quan đến kháng sinh (trong một số rất hiếm trường hợp có thể gây phức tạp nguy hiểm đến tính mạng), lên cơn động kinh với các biểu hiện lâm sàng khác nhau (bao gồm những cơn động kinh cơn lớn), ảo giác, suy thận (trong một số trường hợp do mất nước dẫn đến suy thận, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi đã có rối loạn chức năng thận trước đó). **ĐIỀU KIỆN BẢO QUẢN:** Không bảo quản thuốc trên 30°C. Không giữ thuốc trong tủ lạnh và tủ đá. Giữ thuốc nguyên trong hộp. **TRÌNH BAY:** Avelox truyền: Hộp 1 chai thủy tinh 250 ml (400 mg moxifloxacin). **NHÀ SẢN XUẤT:** BAYER PHARMA AG. D-51368, Leverkusen, CHLB Đức. **NHÀ ĐĂNG KÝ:** BAYER (SOUTH EAST ASIA) PTE., LTD., SINGAPORE.



Tiếp cận CT độ phân giải cao với bệnh phổi lan toả.

LÊ HỮU LINH(*)

Tóm tắt:

Hình ảnh CT (độ phân giải cao) của bệnh phổi lan toả rất đa dạng, nó phản ánh tính phức tạp về bệnh học và luôn đưa ra thách thức chẩn đoán cho các bác sĩ X quang. Trong bài trình bày này, chúng tôi mô tả một cách tiếp cận CT (độ phân giải cao) để chẩn đoán của bệnh phổi lan toả, trong đó nhấn mạnh:

- 1) Phân tích về sự phân bố của các bất thường,
- 2) Nhận xét về các hình thái bất thường liên quan đến phân bố của nó,
- 3) Kết hợp các phát hiện về hình ảnh và thông tin lâm sàng,
- 4) Tính mạn tính của những hình ảnh này. Cách tiếp cận thực tế này sẽ giúp các bác sĩ X quang thiết lập trình tự đọc CT, đi dần đến chẩn đoán hoặc thu hẹp phạm vi chẩn đoán phân biệt của bệnh phổi lan toả.

Abstract: Approach to High-Resolution CT of Diffuse Lung Disease

NGUYỄN XUÂN TUẤN ANH(*)

Diffuse lung disease presents a variety of high-resolution CT findings reflecting its complex pathology, and provides diagnostic challenge to radiologists. In this review, we describe an approach to high-resolution CT diagnosis of diffuse lung disease, emphasizing 1) analysis of “distribution” of the abnormalities, 2) interpretation of “pattern” in relation to distribution, 3) utilization of associated imaging findings and clinical information, and 4) chronicity of the findings. This practical approach will help radiologists establish a way to interpret CT, leading to diagnosis or narrower differential diagnoses of diffuse lung diseases.

(*) BS chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh, TT Chẩn đoán Y khoa Medic TPHCM

TIẾP CẬN BỆNH PHỔI MÔ KẼ: THÁCH THỨC VÀ GIẢI PHÁP

THS BS HUỖNH ANH TUẤN

Bệnh phổi mô kẽ là nhóm bệnh lý hô hấp hiếm gặp. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của nhóm bệnh này tương tự nhau nhưng việc ngăn ngừa, điều trị và tiên lượng bệnh rất khác nhau. Việc chẩn đoán bệnh thường gặp khó khăn từ việc thiếu các phương tiện chẩn đoán, giải phẫu bệnh đến các chuyên gia trong lĩnh vực này. Chẩn đoán nhiều khi cần có sự hội chẩn giữa các bác sĩ hô hấp, chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh. Với những hạn chế về các cận lâm sàng chuyên biệt và các thuốc đặc trị, bệnh phổi mô kẽ vẫn còn là những vấn đề nan giải của trong chuyên khoa hô hấp từ khâu tiếp cận chẩn đoán đến điều trị. Trong khuôn khổ bài này, chúng tôi xin trình bày những thách thức trong khâu tiếp cận bệnh và những vấn đề mà các bác sĩ hô hấp cần lưu ý, nhất là nhận dạng được trường hợp bệnh lý điển hình.

Từ khóa: Bệnh phổi mô kẽ, Hội chẩn đa chuyên khoa

APPROACH TO INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN CLINICAL PRACTICE: CHALLENGES AND SOLUTIONS

HUỖNH ANH TUẤN, MD

Interstitial lung disease (ILD) are rare in clinical practice. Although their clinical and radiological manifestations are quite similar, they differ clearly in diagnosis, treatment and prevention. The diagnosis is sometimes very difficult due to lack of specific tests as well as the experts in this field. In many cases, the diagnosis is based on the multidisciplinary (MDD) from pulmonologist, radiologist and pathologist. As the reasons above, in clinical practice, the approach to ILD patients from diagnosis to treatment is very challenging. In this presentation, we would like to consider the challenges and solutions when we see that kinds of ILD patients, especially to recognize the typical cases.

Key words: Interstitial Lung Disease (ILD), Multidisciplinary Discussion (MDD)

TÓM TẮT: BỆNH TÍCH PROTEIN PHẾ NANG: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

DƯƠNG MINH NGỌC()*

Bệnh tích protein phế nang là bệnh hiếm gặp, gây suy hô hấp giảm oxy máu mạn tính. Việc tiếp cận chẩn đoán chủ yếu dựa trên phân tích hình ảnh CT và dịch rửa phế quản phế nang qua nội soi phế quản. Có 3 nhóm nguyên nhân chính gây PAP và 90% các trường hợp PAP là do tự miễn. Điều trị có hiệu quả nhất hiện nay là rửa phổi toàn bộ để làm sạch surfactant trong các phế nang, giúp hồi phục chức năng hô hấp.

ABSTRACT: PULMONARY ALVEOLAR PROTEINOSIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

DƯƠNG MINH NGỌC()*

Pulmonary alveolar proteinosis is a rare disease resulting in chronic hypoxemia respiratory failure. The main mechanism of PAP is accumulation of surfactant in alveoli and terminal airways. The diagnostic approach is mainly based on CT scan images and bronchoscopy with BALF analysis. There are 3 categories of PAP and autoimmune PAP obtains 90% of cases. Whole lung lavage is the most effective treatment to clear surfactant in alveoli to restore respiratory function.

(*) ThS BS. Giảng viên BM Nội-Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh

Lecturer. University of medicine and pharmacy at Hochiminh city

Melioidosis phổi

NGUYỄN HỒ LAM(*)

Bệnh Melioidosis (bệnh Whitmore) gây ra bởi trực khuẩn gram âm *Burkholderia pseudomallei*, có thể tác động nhiều cơ quan trong cơ thể, trong đó biểu hiện tại phổi là thường gặp nhất. Melioidosis phổi có thể có biểu hiện cấp tính, bán cấp hoặc mãn tính với những đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học khó chẩn đoán phân biệt với lao phổi. Bệnh thường xuất hiện trên những bệnh nhân với cơ địa có đái tháo đường (37-60% trường hợp), bệnh lý thận, xơ gan hay nghiện rượu. Tổn thương trên hình ảnh học với tổn thương thùy trên có kèm/không với tạo hang cũng thường gặp bệnh melioidosis phổi. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ của cả lao và melioidosis, đặt ra một thách thức thật sự cho bác sĩ lâm sàng trong việc chẩn đoán bệnh. Nhận thức về bệnh đóng vai trò rất quan trọng trong cả việc chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp giúp cứu sống được bệnh nhân.

Abstract: Pulmonary Melioidosis

NGUYỄN HỒ LAM(*)

Melioidosis (Whitmore's disease), induced by gram negative bacillus *Burkholderia pseudomallei*, could affect many organ systems in which pulmonary involvement is the most common. Pulmonary melioidosis can develop with acute, subacute, or chronic clinical manifestation and difficult to be distinguished with pulmonary tuberculosis. It usually occurs in patients with underlying conditions such as diabetes mellitus (37-60% of cases), renal disease, cirrhosis, and alcoholism. Radiologic manifestation shows commonly abnormality at the upper lobe with or without the cavitation. Vietnam is the country with both the high prevalence of tuberculosis and the endemic area of melioidosis to challenge physician in diagnosing pulmonary melioidosis correctly. The high index of melioidosis suspicion will be an important role in detecting early and treating consistently to save the patient's life.

(*) *ThS BS, Giảng viên BM Nội ĐHYD TPHCM*

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Truyền tinh mạch
(imipenem/cilastatin sodium)
TIENAM
KHÁNG SINH PHỔ RỘNG

THÀNH PHẦN
500mg imipenem và 500mg cilastatin.

CHỈ ĐỊNH
Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy với thuốc trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn trong ổ bụng, Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, Nhiễm khuẩn phụ khoa, Nhiễm khuẩn máu, Nhiễm khuẩn đường niệu dục, Nhiễm khuẩn khớp và xương, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Tổng liều hàng ngày và đường dùng của TIENAM được dựa trên tính chất hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn và được chia thành các liều bằng nhau dựa trên việc đánh giá mức độ nhạy cảm của vi khuẩn gây bệnh, chức năng thận và thể trạng. **DÙNG ĐỂ TIÊM TRUYỀN TINH MẠCH**. Phân bổ các nhiễm khuẩn cấp ứng với liều 1-2g mỗi ngày, chia làm 3-4 lần. Để điều trị nhiễm khuẩn vừa, có thể dùng liều 1g x 2 lần mỗi ngày. Với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn ít nhạy cảm hơn, liều TIENAM tiêm tinh mạch mỗi ngày có thể được tăng lên từ 4 đến ngày hoặc 50mg/kg/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Mỗi liều 500mg TIENAM tiêm tinh mạch phải được truyền tinh mạch trong 20-30 phút. Mỗi liều >500mg phải được truyền ít nhất 30 phút. Ở những người bệnh bị buồn nôn khi truyền thì tốc độ truyền có thể chậm hơn. **Tổng liều tối đa trong ngày không nên vượt quá 500mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.** Tuy nhiên, người bệnh bị xơ hóa nặng với chức năng thận bình thường, đã được điều trị với TIENAM từ lâu (đông y học), chia làm nhiều lần, chúng không quá 4g/ngày. Cần giảm liều TIENAM cho người bệnh có độ thanh lọc creatinine 70ml/phút/1.73m² và hoặc thấp hơn <70kg. Nên dùng liều 125 mg hay 250 mg cho mỗi 12 giờ cho các người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 6-20 ml/phút/1.73 m² để với hầu hết các tác nhân gây bệnh. Khi dùng liều 500 mg cho mỗi 12 giờ có thể làm tăng nguy cơ gây co giật cho những người bệnh này. (Chỉ bắt chính liều, xin đọc thông tin chi tiết sản phẩm). Không được cho người bệnh có nồng độ thanh lọc creatinine 5ml/phút/1.73 m² dùng TIENAM tiêm tinh mạch, trừ khi sẽ được thẩm phân máu. TIENAM chỉ được khuyến cáo sử dụng khi cần nhắc lại chỉ điều trị vượt hơn hẳn ngày cơ sở phải tiêm lần.

LIỀU LƯỢNG Ở TRẺ EM
(a) TRẺ EM cân nặng ≥40kg nên dùng liều của người lớn. (b) TRẺ EM và TRẺ SO SINH cân nặng <40kg: Đối với bệnh nhi từ 3 tháng tuổi trở lên, liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài hệ thần kinh trung ương là 15-25 mg/kg/lần cho mỗi khoảng cách 6 giờ một lần. Đối với bệnh nhi dưới 3 tháng tuổi (thể trọng <1500 g), liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài hệ thần kinh trung ương sau: <1 tuần tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 12 giờ, 1-4 tuần tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 8 giờ, 4 tuần-3 tháng tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 6 giờ. Các liều từ 500mg trở xuống nên được truyền tinh mạch từ 15 đến 30 phút. Liều trên 500mg nên được truyền tinh mạch từ 40 đến 60 phút. Không dùng TIENAM cho bệnh nhi có thể trọng dưới 60 kg tại cơ sở y tế chưa được thiết lập với cơ sở dữ liệu lâm sàng cho các trường hợp này. TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH
Quá mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của sản phẩm.

THẬN TRỌNG
Có một số bằng chứng trên lâm sàng và trong phòng thí nghiệm về dị ứng chéo một phần giữa TIENAM với các kháng sinh khác thuộc nhóm beta-lactam khác: penicillin và cephalosporin. Trước khi điều trị bằng TIENAM, nên tìm hiểu kỹ về các tiền sử phản ứng quá mẫn cảm trước đó với các kháng sinh nhóm beta-lactam. Nếu phản ứng dị ứng với TIENAM xảy ra, phải ngừng thuốc và tiến hành các biện pháp xử trí thích hợp.
Các trường hợp báo cáo trong y văn cho thấy việc sử dụng các carbapenems bao gồm imipenem cho người bệnh đang dùng acid valproic hoặc divalproex sodium đã làm giảm nồng độ acid valproic trong huyết thanh của người bệnh đang dùng loại acid valproic/divalproex sodium. Nếu cần sử dụng TIENAM, nên xem xét bổ sung thuốc chống co giật/dưỡng kinh khác.
Viêm đại tràng có màng giả có thể được ghi nhận với hầu hết các kháng sinh và mức độ có thể tỷ lệ nghịch với liều của từng loại thuốc. Do đó, kháng sinh phải được sử dụng cẩn thận ở người bệnh có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, đặc biệt là viêm đại tràng. Phải nghĩ tới chuẩn đoán đại tràng có màng giả ở người bệnh bị tiêu chảy khi dùng kháng sinh. Dự nhiều khả năng trầm trọng nhất cho tiêu chảy do sản xuất bởi *Clostridium difficile* là nguyên nhân đầu tiên gây viêm đại tràng do dùng kháng sinh, nhưng các nguyên nhân khác cũng phải nghĩ tới: KHÍ MANG THẢI, việc sử dụng TIENAM ở người bệnh được nghiên cứu để điều trị tiêu chảy do màng giả do đó chỉ nên dùng TIENAM trong thời kỳ, nếu lợi ích cho mẹ vượt hơn nguy cơ cho

DIỆU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:
Nhiễm khuẩn trong ổ bụng
Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới
Nhiễm khuẩn phụ khoa
Nhiễm khuẩn máu
Nhiễm khuẩn đường niệu dục
Nhiễm khuẩn khớp và xương
Nhiễm khuẩn da và mô mềm
Viêm nội tâm mạc

Số phiếu tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế: 0298/17/QLD-TT, ngày 22/09/2017.
Bản quyền © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., công ty con của Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All Rights Reserved.

MSD

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

THÔNG TIN SẢN PHẨM
TIENAM
(imipenem and cilastatin sodium)

THÀNH PHẦN
500mg imipenem và 500mg cilastatin.

CHỈ ĐỊNH
Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy với thuốc trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn trong ổ bụng, Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, Nhiễm khuẩn phụ khoa, Nhiễm khuẩn máu, Nhiễm khuẩn đường niệu dục, Nhiễm khuẩn khớp và xương, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Tổng liều hàng ngày và đường dùng của TIENAM được dựa trên tính chất hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn và được chia thành các liều bằng nhau dựa trên việc đánh giá mức độ nhạy cảm của vi khuẩn gây bệnh, chức năng thận và thể trạng. **DÙNG ĐỂ TIÊM TRUYỀN TINH MẠCH**. Phân bổ các nhiễm khuẩn cấp ứng với liều 1-2g mỗi ngày, chia làm 3-4 lần. Để điều trị nhiễm khuẩn vừa, có thể dùng liều 1g x 2 lần mỗi ngày. Với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn ít nhạy cảm hơn, liều TIENAM tiêm tinh mạch mỗi ngày có thể được tăng lên từ 4 đến ngày hoặc 50mg/kg/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Mỗi liều 500mg TIENAM tiêm tinh mạch phải được truyền tinh mạch trong 20-30 phút. Mỗi liều >500mg phải được truyền ít nhất 30 phút. Ở những người bệnh bị buồn nôn khi truyền thì tốc độ truyền có thể chậm hơn. **Tổng liều tối đa trong ngày không nên vượt quá 500mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.** Tuy nhiên, người bệnh bị xơ hóa nặng với chức năng thận bình thường, đã được điều trị với TIENAM từ lâu (đông y học), chia làm nhiều lần, chúng không quá 4g/ngày. Cần giảm liều TIENAM cho người bệnh có độ thanh lọc creatinine 70ml/phút/1.73m² và hoặc thấp hơn <70kg. Nên dùng liều 125 mg hay 250 mg cho mỗi 12 giờ cho các người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 6-20 ml/phút/1.73 m² để với hầu hết các tác nhân gây bệnh. Khi dùng liều 500 mg cho mỗi 12 giờ có thể làm tăng nguy cơ gây co giật cho những người bệnh này. (Chỉ bắt chính liều, xin đọc thông tin chi tiết sản phẩm). Không được cho người bệnh có nồng độ thanh lọc creatinine 5ml/phút/1.73 m² dùng TIENAM tiêm tinh mạch, trừ khi sẽ được thẩm phân máu. TIENAM chỉ được khuyến cáo sử dụng khi cần nhắc lại chỉ điều trị vượt hơn hẳn ngày cơ sở phải tiêm lần.

TUONG TÁC THUỐC
Đồng kinh toán thể đã được ghi nhận ở người bệnh dùng đồng thời ganciclovir và TIENAM. Không được phân phối đồng thời này với nhau trừ khi lợi ích vượt hơn hẳn ngày cơ sở.
Các trường hợp báo cáo trong y văn cho thấy việc sử dụng các carbapenems bao gồm imipenem cho người bệnh đang dùng acid valproic có thể làm giảm nồng độ acid valproic trong huyết thanh của người bệnh đang dùng loại acid valproic/divalproex sodium. Nếu cần sử dụng TIENAM, nên xem xét bổ sung thuốc chống co giật/dưỡng kinh khác.
Viêm đại tràng có màng giả có thể được ghi nhận với hầu hết các kháng sinh và mức độ có thể tỷ lệ nghịch với liều của từng loại thuốc. Do đó, kháng sinh phải được sử dụng cẩn thận ở người bệnh có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, đặc biệt là viêm đại tràng. Phải nghĩ tới chuẩn đoán đại tràng có màng giả ở người bệnh bị tiêu chảy khi dùng kháng sinh. Dự nhiều khả năng trầm trọng nhất cho tiêu chảy do sản xuất bởi *Clostridium difficile* là nguyên nhân đầu tiên gây viêm đại tràng do dùng kháng sinh, nhưng các nguyên nhân khác cũng phải nghĩ tới: KHÍ MANG THẢI, việc sử dụng TIENAM ở người bệnh được nghiên cứu để điều trị tiêu chảy do màng giả do đó chỉ nên dùng TIENAM trong thời kỳ, nếu lợi ích cho mẹ vượt hơn nguy cơ cho

DIỆU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:
Nhiễm khuẩn trong ổ bụng
Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới
Nhiễm khuẩn phụ khoa
Nhiễm khuẩn máu
Nhiễm khuẩn đường niệu dục
Nhiễm khuẩn khớp và xương
Nhiễm khuẩn da và mô mềm
Viêm nội tâm mạc

MSD

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

THÔNG TIN SẢN PHẨM
TIENAM
(imipenem and cilastatin sodium)

THÀNH PHẦN
500mg imipenem và 500mg cilastatin.

CHỈ ĐỊNH
Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy với thuốc trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn trong ổ bụng, Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, Nhiễm khuẩn phụ khoa, Nhiễm khuẩn máu, Nhiễm khuẩn đường niệu dục, Nhiễm khuẩn khớp và xương, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Tổng liều hàng ngày và đường dùng của TIENAM được dựa trên tính chất hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn và được chia thành các liều bằng nhau dựa trên việc đánh giá mức độ nhạy cảm của vi khuẩn gây bệnh, chức năng thận và thể trạng. **DÙNG ĐỂ TIÊM TRUYỀN TINH MẠCH**. Phân bổ các nhiễm khuẩn cấp ứng với liều 1-2g mỗi ngày, chia làm 3-4 lần. Để điều trị nhiễm khuẩn vừa, có thể dùng liều 1g x 2 lần mỗi ngày. Với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn ít nhạy cảm hơn, liều TIENAM tiêm tinh mạch mỗi ngày có thể được tăng lên từ 4 đến ngày hoặc 50mg/kg/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Mỗi liều 500mg TIENAM tiêm tinh mạch phải được truyền tinh mạch trong 20-30 phút. Mỗi liều >500mg phải được truyền ít nhất 30 phút. Ở những người bệnh bị buồn nôn khi truyền thì tốc độ truyền có thể chậm hơn. **Tổng liều tối đa trong ngày không nên vượt quá 500mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.** Tuy nhiên, người bệnh bị xơ hóa nặng với chức năng thận bình thường, đã được điều trị với TIENAM từ lâu (đông y học), chia làm nhiều lần, chúng không quá 4g/ngày. Cần giảm liều TIENAM cho người bệnh có độ thanh lọc creatinine 70ml/phút/1.73m² và hoặc thấp hơn <70kg. Nên dùng liều 125 mg hay 250 mg cho mỗi 12 giờ cho các người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 6-20 ml/phút/1.73 m² để với hầu hết các tác nhân gây bệnh. Khi dùng liều 500 mg cho mỗi 12 giờ có thể làm tăng nguy cơ gây co giật cho những người bệnh này. (Chỉ bắt chính liều, xin đọc thông tin chi tiết sản phẩm). Không được cho người bệnh có nồng độ thanh lọc creatinine 5ml/phút/1.73 m² dùng TIENAM tiêm tinh mạch, trừ khi sẽ được thẩm phân máu. TIENAM chỉ được khuyến cáo sử dụng khi cần nhắc lại chỉ điều trị vượt hơn hẳn ngày cơ sở phải tiêm lần.

TUONG TÁC THUỐC
Đồng kinh toán thể đã được ghi nhận ở người bệnh dùng đồng thời ganciclovir và TIENAM. Không được phân phối đồng thời này với nhau trừ khi lợi ích vượt hơn hẳn ngày cơ sở.
Các trường hợp báo cáo trong y văn cho thấy việc sử dụng các carbapenems bao gồm imipenem cho người bệnh đang dùng acid valproic có thể làm giảm nồng độ acid valproic trong huyết thanh của người bệnh đang dùng loại acid valproic/divalproex sodium. Nếu cần sử dụng TIENAM, nên xem xét bổ sung thuốc chống co giật/dưỡng kinh khác.
Viêm đại tràng có màng giả có thể được ghi nhận với hầu hết các kháng sinh và mức độ có thể tỷ lệ nghịch với liều của từng loại thuốc. Do đó, kháng sinh phải được sử dụng cẩn thận ở người bệnh có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, đặc biệt là viêm đại tràng. Phải nghĩ tới chuẩn đoán đại tràng có màng giả ở người bệnh bị tiêu chảy khi dùng kháng sinh. Dự nhiều khả năng trầm trọng nhất cho tiêu chảy do sản xuất bởi *Clostridium difficile* là nguyên nhân đầu tiên gây viêm đại tràng do dùng kháng sinh, nhưng các nguyên nhân khác cũng phải nghĩ tới: KHÍ MANG THẢI, việc sử dụng TIENAM ở người bệnh được nghiên cứu để điều trị tiêu chảy do màng giả do đó chỉ nên dùng TIENAM trong thời kỳ, nếu lợi ích cho mẹ vượt hơn nguy cơ cho

DIỆU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:
Nhiễm khuẩn trong ổ bụng
Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới
Nhiễm khuẩn phụ khoa
Nhiễm khuẩn máu
Nhiễm khuẩn đường niệu dục
Nhiễm khuẩn khớp và xương
Nhiễm khuẩn da và mô mềm
Viêm nội tâm mạc

MSD

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN CÓ CHỨC NĂNG THẬN BÌNH THƯỜNG VÀ TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ ≥70KG*

Mức độ nhiễm khuẩn	Liều (mg imipenem)	Khoảng cách liều dùng	Tổng liều hàng ngày
Nhẹ	250 mg	6 giờ	1 g
Vừa	500 mg	8 giờ	1.5 g
	1000 mg	12 giờ	2 g
Nặng - Vi khuẩn nhạy cảm hoàn toàn	500 mg	6 giờ	2 g
Nặng và/hoặc đe dọa tính mạng do các vi khuẩn kém nhạy cảm (chủ yếu là do các chủng <i>P. aeruginosa</i>)	1000 mg	8 giờ	3 g
	1000 mg	6 giờ	4 g

LƯU Ý: Tổng liều TIENAM trong ngày được cân nhắc dựa trên:
* **Loại nhiễm khuẩn hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn.**
* **Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn.**
* **Chức năng thận.**
* **Trong lòng cơ thể.**
+ Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine ≤5ml/phút/1.73 m² không nên dùng TIENAM trừ khi được thẩm phân máu trong vòng 48 giờ.
+ Do hoạt tính kháng khuẩn của TIENAM cao, nên tổng liều/ngày của TIENAM được khuyến cáo không vượt quá 50mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.
+ Cần giảm liều cho bệnh nhân có trọng lượng <70kg.

LIỀU DÙNG TIENAM CHO TRẺ EM VÀ TRẺ SO SINH*

Cân nặng	Liều dùng
>40kg	Như người lớn
<40kg	Liều dùng theo tháng tuổi
	>3 tháng <3 tháng (cân nặng >1500g)
15-25mg/kg/liều mỗi 6g*	1 tuần tuổi - 1-4 tuần tuổi - 4 tuần - 3 tháng tuổi
25mg/kg mỗi 12g*	25mg/kg mỗi 8h*
25mg/kg mỗi 12g*	25mg/kg mỗi 8h*

*. Liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài thần kinh trung ương
+ Không dùng TIENAM cho các bệnh nhi có thể trọng dưới 30 kg tại cơ sở y tế chưa được thiết lập với cơ sở dữ liệu lâm sàng cho các trường hợp này.
+ TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não. Nếu nghi ngờ viêm màng não, nên sử dụng kháng sinh thích hợp.
+ TIENAM có thể dùng ở trẻ em bị nhiễm khuẩn nặng nếu không có nghi ngờ viêm màng não

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN SỤY THẬN VÀ/ HOẶC TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ <70KG*

NEU TONG LIỀU HÀNG NGÀY LÀ:	1.0 g/ngày	1.5 g/ngày	2 g/ngày	3 g/ngày	4 g/ngày
VA	250 mg	250 mg	250 mg	500 mg	500 mg
TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70
TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ	60	50	40	30	30
TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ	50	40	30	30	30
TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ	40	30	30	30	30
TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ	30	30	30	30	30

LƯU Ý: Tổng liều TIENAM trong ngày được cân nhắc dựa trên:
* **Loại nhiễm khuẩn hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn.**
* **Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn.**
* **Chức năng thận.**
* **Trong lòng cơ thể.**
+ Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine ≤5ml/phút/1.73 m² không nên dùng TIENAM trừ khi được thẩm phân máu trong vòng 48 giờ.
+ Do hoạt tính kháng khuẩn của TIENAM cao, nên tổng liều/ngày của TIENAM được khuyến cáo không vượt quá 50mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.
+ Cần giảm liều cho bệnh nhân có trọng lượng <70kg.
+ TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não. Nếu nghi ngờ viêm màng não, nên sử dụng kháng sinh thích hợp.
+ TIENAM có thể dùng ở trẻ em bị nhiễm khuẩn nặng nếu không có nghi ngờ viêm màng não

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

MSD ANTIBIOTIC

Merck Sharp & Dohme (Asia) Ltd.,
Flu/RI 1401A8B 14/F & 27/F, Lee Garden Two,
28 Yun Ping Road, Causeway Bay, Hong Kong.

VPDD MERCK SHARP & DOHME (ASIA) LTD. - VIỆT NAM

TP Hồ Chí Minh:
Lầu 16 Tòa nhà M Plaza Saigon
39 Lê Duẩn, Quận 1
ĐT: 84-28-3915800 / Fax: 84-28-3827811
Số đăng ký VN: 10190-16
LPC code: MK0787-IV-2015-01982
S-PC-MK0787-IV-4M-102014

Hà Nội:
Tầng 16 Khu phố M Plaza
Số 16 Khu phố M Cầu Giấy, Phường M Trì
quận Nam Từ Liêm
ĐT: 84-24-3782360 / Fax: 84-24-36378415

NTM (Non Tuberculosis Mycobacteria) TRONG BỆNH LÝ GIÃN PHẾ QUẢN

NGUYỄN ĐÌNH DUY (*)

Tỷ lệ mới mắc bệnh nhân giãn phế quản bị tác động bởi nhiễm trùng Mycobacteria không Lao (NTM) trên toàn thế giới ngày càng tăng. Hai chủng NTM chiếm tới 95% các trường hợp nhiễm NTM ở phổi: Mycobacterium avium Complex (MAC) và Mycobacterium abscessus (MABSC).. Macrolides vẫn là tác nhân hiệu quả nhất để điều trị MAC và MABSC. Tuy nhiên gần đây nhiễm trùng với MABSC có kết quả lâm sàng không khả quan, vì hơn một nửa các chủng MABSC có kháng macrolide được tạo ra bởi một gen Erm (41) hoạt động. Tỷ lệ tái phát của NTM sau khi điều trị thành công ban đầu vẫn cao, có thể do các yếu tố nguy cơ không được xử lý do đó đặt ra câu hỏi liệu điều trị dự phòng thứ phát có khả thi hay không. Các phương pháp nhanh hơn và sẵn có để phát hiện kháng macrolide và các phương pháp xét nghiệm độ nhạy cảm in vitro tốt hơn đối với các thuốc khác có liên quan đến đáp ứng lâm sàng là cần thiết. Điều này là rất quan trọng để xác định phác đồ hiệu quả hơn của các loại thuốc hiện có và để phát triển các loại thuốc mới cho nhiễm trùng NTM.

ABSTRACT: Non Tuberculosis Mycobacteria in Bronchiectasis

NGUYỄN ĐÌNH DUY (*)

The incidence of bronchodilator patients affected by non-TB mycobacteria (NTM) infection worldwide is increasing. Two NTM strains account for 95% of NTM infections in the lungs: Mycobacterium avium Complex (MAC) and Mycobacterium abscessus (MABSC). Macrolides are still the most effective agents to treat MAC and MABSC. However, recent infections with MABSC have shown poor clinical results, as more than half of the MABSC strains have induced macrolide resistance induced by an active erm (41) gene. The rate of recurrence of NTM after the initial treatment success is still high, it may be because of the non-treatable risk factors that raise the question whether secondary prophylaxis is feasible. Faster and more readily available methods for detecting macrolide resistance and better in vitro susceptibility testing methods for other drugs

related to clinical response are needed. This is important to identify a more effective regimen of existing drugs and to develop new drugs for NTM infections.

(*) BS CKII, PGĐ BV PHẠM NGỌC THẠCH

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI

TS. BS. NGUYỄN VĂN THỌ²

Tóm tắt

Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới (WHO), trong năm 2018, cả thế giới có khoảng 10 triệu ca lao mới, nhưng chỉ có 7 triệu ca được báo cáo và 1,5 triệu người tử vong vì bệnh lao. Trong số các thể lao, lao phổi chiếm 70-80% nhưng chỉ 55% được chẩn đoán dựa vào bằng chứng vi khuẩn. Với sự tiến bộ của các phương pháp sinh học phân tử như X-pert MTB/RIF hoặc line probe assay, lao phổi được chẩn đoán dựa vào bằng chứng vi khuẩn ngày càng tăng và tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn lao được xác định sớm. Để chẩn đoán sớm bệnh lao phổi, bệnh phẩm để phát hiện vi khuẩn lao không chỉ lấy bằng phương pháp khạc đàm mà còn lấy bằng cách rửa phế quản qua nội soi phế quản. Lao phổi có thể biểu hiện giống bất kỳ bệnh phổi nào trên X-quang ngực, trong vài trường hợp CT ngực được chỉ định để giúp bác sĩ chẩn đoán lao phổi. Theo khuyến cáo của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ và WHO, việc điều trị lao phổi không chỉ dựa vào một công thức cho tất cả mọi người mà còn phải xem xét cá thể hóa điều trị dựa vào phương pháp sinh học phân tử, độ rộng tổn thương trên X-quang ngực và bệnh lý đi kèm.

Abstract

TS. BS. NGUYỄN VĂN THỌ³

According to estimate from World Health Organization (WHO), in 2018, there were 10 million new cases of tuberculosis worldwide, but only 7 million were reported to WHO and 1.5 million people died due to tuberculosis (TB). Pulmonary TB accounts for 70-80% of all TB cases but only 55% of them were bacteriologically confirmed. With the advance of molecular tests such as X-pert MTB/RIF or line probe assay, the proportion of pulmonary TB with bacteriological confirmation increases over time and drug-resistant status is determined earlier. To diagnose pulmonary TB early, specimen for *Mycobacterium tuberculosis* detection is not only collected by spontaneous sputum production but also by bronchial washing during bronchoscopy. Pulmonary TB can mimic any lung diseases on chest X-ray, chest CT may be indicated in some cases to help doctor diagnose pulmonary TB. According to recommendations from American Thoracic Society and WHO, treatment of pulmonary TB is not only based on one regimen for all patients but also needs to consider individualization on the basis of molecular tests, the extent of abnormalities on chest X-ray, and comorbidities.

² Phụ trách Bộ môn Lao và Bệnh Phổi, Đại Học Y Dược TP.HCM

³ Phụ trách Bộ môn Lao và Bệnh Phổi, Đại Học Y Dược TP.HCM

Tiếp cận khó thở không rõ nguyên nhân

LÊ THỊ TUYẾT LAN(*)

Khó thở là 1 trong 3 triệu chứng được than phiền nhiều nhất ở bệnh nhân ngoại trú. Khó thở là cảm giác chủ quan, có các cường độ khác nhau và là kết quả của sự tương tác nhiều yếu tố, với nhiều cơ chế gây ra các cảm nhận khác nhau: cảm giác phải cố gắng để thở, thiếu hơi, nặng ngực... Khó thở được chia ra nhóm cấp tính và mạn tính (ít nhất 1 tháng). Khó thở mạn tính là một thách thức lâm sàng thường gặp.

Ba bước cơ bản: (1) hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, (2) chụp X-Quang ngực và (3) đo hô hấp ký có thử thuốc giúp xác định được nguyên nhân trong 2/3 các trường hợp khó thở mạn tính. Với các trường hợp X-Quang ngực và hô hấp ký bình thường, một số xét nghiệm sinh hóa hay tim mạch bổ sung hỗ trợ tìm nguyên nhân. Đo phế thân ký, kháng lực đường dẫn khí (RAW), khả năng khuếch tán CO qua màng phế nang mao mạch (DLCO) và sức cơ hô hấp (MIP/MEP/SNIP) có thể cung cấp thêm thông tin về hệ hô hấp lúc nghỉ.

Các trường hợp khó hơn như khó thở do tâm lý, suy giảm thể lực, thiếu máu cơ tim, chiến lược thở bất thường cần được phát hiện qua đo gắng sức tim mạch hô hấp (cardiopulmonary exercise testing – CPET). CPET giúp phát hiện các bệnh lý chỉ xuất hiện khi gắng sức, giúp phân biệt khó thở do tim mạch hay hô hấp. Khó thở do tâm lý chỉ được kết luận sau khi có kết quả CPET bình thường.

Approach to patient with unexplained dyspnea

LE THI TUYET LAN, MD, PHD(*)

Dyspnea is one of 3 symptoms which have been complained mostly by outpatients. Dyspnea is a subjective experience of breathing discomfort that vary in intensity, and is a result of integration of multiple factors, distinct mechanisms associated with different sensations: notably effort, air hunger, tightness... It is divided into 2 categories: acute dyspnea and chronic dyspnea (at least 1 month). Chronic dyspnea is a common clinical challenge.

3 basic steps: (1) history and clinical examination, (2) chest X-ray and (3) spirometry with bronchodilator test help to differentiate 2/3 cases with chronic dyspnea. In case with normal chest X-ray and spirometry results, additional blood tests and cardiac tests are required. Plethysmography, airway resistance (RAW), diffusion with CO (DLCO) and respiratory muscle testing (MIP/MEP/SNIP) can provide further information regarding resting respiratory system.

More complicated cases such as psychological dyspnea, deconditioning, cardiac ischemia, abnormal breathing strategy are determined by cardiopulmonary exercise testing – CPET. CPET uncover diseases which only manifest with exercise. CPET also differentiate dyspnea with cardiac or respiratory etiology. Psychological dyspnea is only diagnosed after a normal CPET result.

(*) PGS TS BS. Chủ Tịch Hen và Hội Miễn dịch Dự ứng LS TPHCM

MERONEM

meropenem



Đi bệnh nhân như người thân

Tài liệu tham khảo: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc

Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem ở trang 2.

Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: 0557/2017/XN TT/QLD, ngày 18 tháng 4 năm 2018

Ngày in tài liệu: .../.../...

THÔNG TIN SẢN PHẨM



MERONEM 500mg, 1g Meropenem.

THÀNH PHẦN: Chứa 500 mg hoặc 1 g meropenem trihydrate với carbonate natri khan. **DẠNG BẢO CHẾ:** Bột pha dung dịch tiêm/truyền tĩnh mạch. **CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ:** MERONEM IV dùng đường tĩnh mạch (IV) được chỉ định ở người lớn và trẻ em hơn 3 tháng tuổi trong điều trị nhiễm khuẩn gây ra bởi một hay nhiều vi khuẩn nhạy cảm với meropenem trong trường hợp như sau: Viêm phổi và viêm phổi bệnh viện; nhiễm khuẩn đường niệu có biến chứng; nhiễm khuẩn trong ổ bụng có biến chứng; nhiễm khuẩn phụ khoa, như viêm nội mạc tử cung và các bệnh lý viêm vùng chậu; nhiễm khuẩn da và cấu trúc da có biến chứng; viêm màng não; nhiễm khuẩn huyết. Điều trị theo kinh nghiệm các trường hợp nghi ngờ nhiễm khuẩn ở người lớn bị sốt giảm bạch cầu theo điều trị liệu hay phối hợp với các thuốc kháng virus hoặc thuốc kháng nấm. MERONEM IV đơn trị liệu hay phối hợp với các thuốc kháng khuẩn khác đã được chứng minh là hiệu quả trong điều trị nhiễm khuẩn hỗn hợp. Meropenem dùng đường tĩnh mạch đã cho thấy hiệu quả trên bệnh nhân xơ hóa nang và nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới mạn tính khi sử dụng như đơn trị liệu hoặc phối hợp với các thuốc kháng khuẩn khác. Vi khuẩn không phải luôn luôn được tiết trừ hoàn toàn. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc ở trẻ em giảm bạch cầu hay suy giảm miễn dịch nguyên phát hoặc thứ phát. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH SỬ DỤNG:** Người lớn: Liều lượng và thời gian điều trị tùy thuộc mức độ và loại nhiễm khuẩn cũng như tình trạng bệnh nhân. Liều khuyến cáo mỗi ngày như sau: 500 mg Meronem dùng đường tĩnh mạch (IV) mỗi 8 giờ trong điều trị viêm phổi, nhiễm khuẩn đường niệu, các nhiễm khuẩn phụ khoa như viêm nội mạc tử cung, nhiễm khuẩn da và cấu trúc da. 1 g Meronem dùng đường tĩnh mạch (IV) mỗi 8 giờ trong điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phúc mạc, các nghi ngờ nhiễm khuẩn ở bệnh nhân giảm bạch cầu, nhiễm khuẩn huyết. Trong bệnh xơ hóa nang, liều lên đến 2g mỗi 8 giờ đã được sử dụng; đa số bệnh nhân được điều trị với liều 2g mỗi 8 giờ. Trong viêm màng não, liều khuyến cáo là 2g mỗi 8 giờ. Khi điều trị nhiễm khuẩn hay nghi ngờ nhiễm khuẩn *Pseudomonas aeruginosa*, liều khuyến cáo ở người trưởng thành là ít nhất 1g mỗi 8 giờ (liều tối đa cho phép là 6g mỗi ngày chia làm 3 lần) và liều khuyến cáo ở trẻ em là ít nhất 20 mg/kg mỗi 8 giờ (liều tối đa cho phép là 120 mg/kg mỗi ngày chia làm 3 lần). Cũng như các thuốc kháng sinh khác, cần đặc biệt thận trọng khi sử dụng meropenem đơn trị liệu trong trường hợp nhiễm khuẩn hay nghi ngờ nhiễm khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* đường hô hấp dưới trầm trọng. Khuyến cáo nên thường xuyên thử nghiệm độ nhạy cảm của thuốc khi điều trị nhiễm khuẩn do *Pseudomonas aeruginosa*. Dữ liệu an toàn sử dụng khi dùng liều tiêm tĩnh mạch 2g còn hạn chế. **Liều dùng cho bệnh nhân người lớn suy chức năng thận.** Nên giảm liều cho bệnh nhân có độ thanh thải creatinine <51 ml/phút theo hướng dẫn dưới đây.

Độ thanh thải creatinine (ml/phút)	Liều dùng (tính theo đơn vị liều 500 mg, 1 g, 2 g)	Tần suất sử dụng thuốc
26 - 50	một đơn vị liều	mỗi 12 giờ
10 - 25	nửa đơn vị liều	mỗi 12 giờ
<10	nửa đơn vị liều	mỗi 24 giờ

Meropenem thải trừ qua thẩm phân máu và lọc máu; nếu cần tiếp tục điều trị với MERONEM IV, sau khi hoàn tất thẩm phân máu, khuyến cáo sử dụng một đơn vị liều (500mg, 1g, 2g) (tùy theo loại và mức độ nhiễm khuẩn) để đảm bảo nồng độ điều trị hiệu quả trong huyết tương. Chưa có kinh nghiệm sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân đang thẩm phân phúc mạc. **Liều dùng cho bệnh nhân người lớn suy gan.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân suy gan (Xem Lưu Ý và Thận Trọng Đặc Biệt Khi Dùng). **Bệnh nhân cao tuổi.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân cao tuổi có chức năng thận bình thường hay độ thanh thải creatinine > 50 ml/phút. **Trẻ em.** Trẻ em từ 3 tháng đến 12 tuổi: liều khuyến cáo là 10-20 mg/kg mỗi 8 giờ tùy thuộc mức độ và loại nhiễm khuẩn, độ nhạy cảm của tác nhân gây bệnh và tình trạng bệnh nhân. Trẻ em cân nặng trên 50 kg: khuyến cáo sử dụng liều như ở người lớn. Liều khuyến cáo cho viêm màng não là 40 mg/kg mỗi 8 giờ. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em suy thận. **Cách sử dụng.** Nên tiêm tĩnh mạch MERONEM IV trong khoảng 5 phút hay tiêm truyền tĩnh mạch từ 15 đến 30 phút. Dữ liệu an toàn sử dụng khi dùng liều tiêm tĩnh mạch 40 mg/kg và liều tiêm tĩnh mạch 2 g còn hạn chế. MERONEM IV với các dạng trình bày có sẵn có thể dùng tiêm tĩnh mạch trong khoảng 5 phút hay truyền tĩnh mạch trong khoảng 15-30 phút. MERONEM IV dùng tiêm tĩnh mạch nên được pha với nước vô khuẩn để tiêm (5ml cho mỗi 250 mg Meropenem) cho dung dịch có nồng độ khoảng 50 mg/ml. Dung dịch sau khi pha trong suốt, không màu hoặc màu vàng nhạt. MERONEM IV dùng truyền tĩnh mạch có

thể pha với các dịch truyền tương thích (50 đến 200 ml) (xem Tương Kỳ và Thận Trọng Đặc Biệt Trong Bảo Quản). **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với hoạt chất hay bất kỳ thành phần tá dược. Mẫn cảm với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm carbapenem khác. Mẫn cảm trầm trọng (như là phản ứng phản vệ, phản ứng da nghiêm trọng) với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm beta-lactam khác (như là nhóm penicillin hay cephalosporin). **THẬN TRỌNG:** Có một số bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng về dị ứng chéo một phần giữa các kháng sinh carbapenem khác với các kháng sinh họ beta-lactam, penicillin và cephalosporin. Cũng như tất cả các kháng sinh họ beta-lactam, các phản ứng quá mẫn (nghiêm trọng và đôi khi tử vong) hiếm xảy ra. Trước khi bắt đầu điều trị với meropenem, nên hỏi kỹ bệnh nhân về tiền sử các phản ứng quá mẫn với các kháng sinh họ beta-lactam. Nên sử dụng thận trọng MERONEM IV cho bệnh nhân có tiền sử quá mẫn này. Nếu phản ứng dị ứng với meropenem xảy ra, nên ngưng thuốc và có biện pháp xử lý thích hợp. Khi sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân bị bệnh gan cần theo dõi kỹ nồng độ transaminase và bilirubin. Cũng như các kháng sinh khác, tăng sinh các vi khuẩn không nhạy cảm với thuốc có thể xảy ra, cần phải theo dõi bệnh nhân liên tục. Không khuyến cáo sử dụng thuốc trong trường hợp nhiễm trùng do các *Staphylococcus* đề kháng với methicillin. Trên thực hành lâm sàng, cũng như tất cả các kháng sinh khác, viêm đại tràng giả mạc hiếm khi xảy ra khi sử dụng MERONEM IV và có thể ở mức độ từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Vì vậy, cần thận trọng khi kê toa các thuốc kháng sinh cho bệnh nhân có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, đặc biệt viêm đại tràng. Điều quan trọng là cần xem xét chẩn đoán viêm đại tràng giả mạc khi bệnh nhân bị tiêu chảy liên quan đến sử dụng thuốc MERONEM IV. Mặc dù các nghiên cứu cho thấy độc tố do *Clostridium difficile* sinh ra là một trong những nguyên nhân chính gây viêm đại tràng liên quan đến sử dụng các kháng sinh, cũng cần xem xét đến các nguyên nhân khác. Hiếm gặp báo cáo co giật trong quá trình điều trị với carbapenem, bao gồm meropenem. Nên thận trọng khi sử dụng đồng thời MERONEM IV với các thuốc có khả năng gây độc trên thận (Xem Liều Lượng và Cách Sử Dụng để biết liều dùng). Không khuyến cáo sử dụng đồng thời acid valproic/natri valproate với MERONEM IV. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh ở một số bệnh nhân. Nồng độ acid valproic huyết thanh có thể thấp hơn nồng độ điều trị (xem phần Tương tác thuốc). **Sử dụng cho trẻ em:** Hiệu quả và sự dung nạp đối với trẻ em dưới 3 tháng tuổi chưa được xác lập; do đó, không khuyến cáo sử dụng MERONEM IV cho trẻ em dưới 3 tháng tuổi. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em bị rối loạn chức năng gan hay thận. Để thuốc ngoài tầm tay trẻ em. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ HỢP CON BÚ:** Nên có bác sĩ giám sát trực tiếp cho mọi trường hợp sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai. Không nên sử dụng ở phụ nữ có thai và cho con bú trừ phi lợi ích vượt trội các rủi ro có thể xảy ra. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẤN HÀNH MÀY:** Chưa có nghiên cứu. Lưu ý các triệu chứng nhức đầu, dị cảm, co giật đã được ghi nhận khi dùng thuốc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Probenecid ức chế sự bài tiết meropenem qua thận, gây tăng thời gian bán thải và nồng độ meropenem trong huyết tương. Không khuyến cáo sử dụng đồng thời probenecid và MERONEM IV. Thuốc gắn kết với protein thấp (khoảng 2%), do đó tương tác với những hợp chất khác do sự phân tách khỏi protein trong huyết tương không dự kiến xảy ra. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh, có thể thấp hơn nồng độ điều trị và vì thế nên tránh phối hợp. MERONEM IV đã được sử dụng đồng thời với các thuốc khác mà không có các tương tác bất lợi về dược lý. Sử dụng đồng thời kháng sinh với warfarin có thể làm tăng tác động chống đông của thuốc. Nên theo dõi thường xuyên chỉ số INR trong suốt quá trình sử dụng đồng thời kháng sinh với thuốc chống đông dạng uống và một khoảng thời gian ngắn sau khi sử dụng. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** Hiếm có các phản ứng ngoại ý trầm trọng. Phân nhóm theo tần suất: *Thường gặp* ($\geq 1/100$ đến $<1/10$): tăng tiểu cầu, nhức đầu, tiêu chảy, ó mửa, buồn nôn, đau bụng, tăng men ALT, AST, GGT, alkaline phosphatase, lactat dehydrogenase trong máu, phát ban, ngứa, viêm, đau; *Ít gặp* ($\geq 1/1.000$ đến $<1/100$): nhiễm nấm Candida miệng và âm đạo, tăng bạch cầu ái toan, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, dị cảm, tăng bilirubin trong máu, mê đay, viêm tĩnh mạch huyết khối; *Hiếm gặp* ($\geq 1/10.000$ đến $<1/1.000$): co giật, mất bạch cầu hạt; *Rất hiếm gặp* ($<1/10.000$): thiếu máu tán huyết, phù mạch, biểu hiện của sốc phản vệ, viêm đại tràng giả mạc, hoại tử biểu bì gây nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson, hồng ban đa dạng. **Sản xuất tại ACS Dobfar SpA Viale Addetta 4/12, Tribiano (MI), Milan, 20067, Ý. **Đóng gói cấp 1 tại Zambon Switzerland Ltd, Via Industria N.13, Cadempino, 6814, Thụy Sĩ. **Đóng gói cấp 2 tại AstraZeneca UK Limited, Silk Road Business Park, Macclesfield, Cheshire, SK10 2 NA, Anh. **Nhà nhập khẩu và phân phối:** Công ty Cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q. 1, TP. Hồ Chí Minh.******

Văn Phòng Đại Diện Zuellig Pharma Pte. Ltd tại Thành Phố Hồ Chí Minh

Tầng 4, 180 – 192 Nguyễn Công Trứ, Quận 1, TP.HCM, Việt Nam | Tel: 84- 28- 39102650 | Fax: 84- 28- 39102651

Loại bỏ CO₂ qua màng ngoài cơ thể (ECCO₂R)

PHẠM THỊ NGỌC THẢO(*)

Loại bỏ CO₂ qua màng ngoài cơ thể (ECCO₂R) là phương tiện điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân suy hô hấp cấp nặng kèm toan hô hấp và tăng CO₂ máu. Phương tiện này được dùng giúp hỗ trợ chiến lược thông khí cơ học tối thiểu bằng cách loại bỏ CO₂. Nguyên lý chính trong ECCO₂R là trao đổi CO₂ qua màng khuếch tán (trong khi duy trì khí lưu thông) chỉ cần lưu lượng máu tương đối thấp trong hệ thống dẫn. Số lượng CO₂ được trao đổi ít nhất cũng bằng CO₂ sinh ra trong quá trình chuyển hoá. Với việc chỉ cần lưu lượng máu thấp hơn, điều này cho phép sử dụng cannula có kích thước nhỏ hơn và giúp giảm nguy cơ chung cho người bệnh [1],[2].

Trong quá trình thải bỏ CO₂, O₂ cũng được trao đổi nếu oxygen được trộn thêm vào khí lưu thông. Oxygen sẽ khuếch tán qua màng và máu ra khỏi hệ thống ECCO₂R đã được oxy hoá. Quá trình oxy hoá máu này thường không đủ cho người bệnh vì máu ra khỏi hệ thống sẽ nhanh chóng hoà loãng với một lượng lớn máu chưa được oxy hoá. Nếu bệnh nhân cần oxy hoá máu, đòi hỏi thiết lập hệ thống với lưu lượng máu cao hơn, trong trường hợp này chính là ECMO (trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể)

Thải bỏ CO₂ giúp giảm nhu cầu thông khí, vì vậy giúp giảm tổn thương phổi do máy thở ở bệnh nhân thông khí cơ học. Sử dụng thiết bị thải CO₂ có thể phòng ngừa đặt nội khí quản hoặc hỗ trợ cai máy thở. ECCO₂R có thể được dùng như bắc cầu trong chuẩn bị bệnh nhân ghép phổi hoặc có thể hỗ trợ bệnh nhân đợt cấp của bệnh phổi mạn tính (như viêm phổi xuất hiện trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) [3],[4].

Lưu lượng máu thấp trong ECCO₂R đòi hỏi phải dùng kháng đông liên tục. Một điểm đáng lưu ý là huyết khối hình thành nhanh hơn trong hệ thống này so với ECMO vì lưu lượng máu thấp. Lưu lượng máu qua hệ thống dẫn có thể được theo dõi liên tục bằng cách sử dụng đầu dò cảm biến lưu lượng. Lưu lượng máu thấp thường kèm theo tăng nguy cơ đông màng khuếch tán và thải CO₂ không hiệu quả. Lưu lượng máu thấp cũng có thể xảy ra do gập ống hoặc huyết khối xuất hiện trong hệ thống [5],[6].

Từ khoá: Loại bỏ CO₂ qua màng ngoài cơ thể (ECCO₂R); Oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể (ECMO); Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS); Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

Extracorporeal carbon dioxide removal or ECCO2R

PHAM THI NGOC THAO(*)

Extracorporeal CO₂ removal (ECCO₂R) provides support for patients with severe acute respiratory failure characterized by hypercapnia with subsequent respiratory acidosis. It can be used to support a low mechanical ventilation strategy by supporting CO₂ clearance.

The principle of ECCO₂R is based on the fact that lower blood flows are required to exchange CO₂ across a diffusion membrane (while maintaining sweep gas flow). The quantity of CO₂ that can be exchanged is at least as high as that produced by the metabolism. Using lower blood flows allows the use of smaller cannulas and decreases the overall risk [1],[2].

During ECCO₂R, O₂ will be exchanged if O₂ is added in the sweep gas. Oxygen will diffuse across the membrane, with the blood exiting the ECCO₂R circuit being oxygenated. This will usually be insignificant to the patient, as this oxygenated blood will immediately be diluted with a higher volume of deoxygenated blood. If oxygenation is sought, higher blood flows are required and this is then ECMO.

Clearing CO₂ reduces the ventilation required and therefore decreases ventilator-induced lung injury in the mechanically ventilated patient. The use of ECCO₂R can prevent intubation or support liberation from a ventilator. Using ECCO₂R can be a bridge to lung transplantation and can support patients presenting with acute or chronic lung conditions (e.g. pneumonia in the patient with chronic obstructive pulmonary disease) [3],[4].

The low flow used during ECCO₂R requires continuous anticoagulation. It is noteworthy that thrombi will develop more rapidly in these systems than in ECMO, due to the lower blood flow. Blood flow across the circuit can be monitored continuously using an ultrasonic flow probe. Low flows are associated with increased risk of clotting in the circuit and oxygenator and with inefficient removal of CO₂. Low flows may be caused by kinked tubing or thrombi developing in the system [5],[6].

Key words: extracorporeal carbon dioxide removal (ECCO₂R); acute respiratory disease syndrome (ARDS), chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

(*)Tác giả: PGS.TS.BS. Phó Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy,
Trưởng Bộ môn Hồi sức Cấp cứu – Chống độc, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh
ĐT:0903628016, email:thaocrh10@yahoo.com

Tài liệu tham khảo

1. Health Quality Ontario. (2010). Extracorporeal lung support technologies – bridge to recovery and bridge to lung transplantation in adult patients: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series, 10, 1–47.
2. Moerer O, Quintel M. (2011). Protective and ultra-protective ventilation: using pumpless interventional lung assist (iLA). *Minerva Anestesiologica*, 77, 537–44.
3. Abrams D, Roncon- Albuquerque R, Jr., Brodie D. What's new in extracorporeal carbon dioxide removal for COPD?. *Intensive Care Med.* May 2015;41 (5): 906-908.

4. Terragni P, Maiolo G, Ranieri VM. (2012). Role and potentials of low-flow CO₂ removal system in mechanical ventilation. *Current Opinion in Critical Care*, 18, 93–8.
5. Extracorporeal carbon dioxide removal or ECCO₂R (2016). <https://doi.org/10.1017/9781139088251.014> Chapter 13; pp 203- 217. <https://www.cambridge.org/core/terms>. Downloaded
6. F. Sangalli et al. (eds.) (2014) ECMO-Extracorporeal Life Support in Adults, 303. DOI 10.1007/978-88-470-5427-1_26, © Springer-Verlag Italia 2014

ĐỢT CẤP COPD – TỪ BẢN CHẤT TỚI THỰC HÀNH

NGUYỄN VĂN THÀNH(*)

Tóm tắt

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (acute exacerbation of COPD, EACOPD) là một trong những nguyên nhân hàng đầu về bệnh tật, nhập viện và tử vong hiện nay. Trong COPD, một phân nhóm bệnh nhân có khuynh hướng nhiều đợt cấp làm cho tốc độ giảm chức năng hô hấp và chất lượng sống của bệnh nhân xấu đi nhanh. Mặc dù các tài liệu hướng dẫn đều nhấn mạnh số lần đợt cấp/năm là thông số đánh giá mức độ nặng và tiên lượng xấu nhưng hầu hết đợt cấp không nhập viện không được ghi nhận. Bệnh COPD càng ở giai đoạn nặng càng kết hợp với nhiều đợt cấp. Các nghiên cứu trước đây trên tử vong sau đợt cấp nhập viện cho thấy tỷ lệ tử vong trong ngắn hạn rất cao, trong thời gian 3 năm lên tới 54%. Các nghiên cứu theo dõi sau đợt cấp 5 năm ghi nhận tử vong có thể tới 73-76%. Với hình ảnh tiên lượng bệnh và tử vong xấu như vậy, đợt cấp COPD rất cần được phân tích kỹ lưỡng bản chất bệnh học, xác định các yếu tố nguy cơ để từ đó có các tác động tích cực không chỉ nhằm cải thiện hiệu quả điều trị đợt cấp mà còn làm giảm tử vong sau đợt cấp. Một định nghĩa đợt cấp rõ ràng và xác định cho đến nay vẫn chưa có và còn nhiều ý kiến bàn luận. Chẩn đoán đợt cấp COPD thông thường dựa đơn thuần trên các triệu chứng lâm sàng hô hấp (symptom-based) hoặc dựa trên triệu chứng lâm sàng kết hợp với chỉ định điều trị bởi thầy thuốc theo hướng đợt cấp COPD. Các cách tiếp cận lâm sàng như trên đều mang tính chủ quan của thầy thuốc rất nhiều và không thể không nói đến hậu quả rất có thể tiếp theo là chẩn đoán không chính xác và tiếp cận điều trị không đúng. Ngay căn nguyên và bản chất bệnh học đợt cấp COPD cũng không đồng nhất. Điều này không chỉ làm khó khăn cho chẩn đoán, đánh giá mức độ nặng, tiếp cận điều trị hợp lý mà còn làm khó xác định tiếp cận điều trị dự phòng đợt cấp.

Bài báo cáo tổng quan này hướng tới phân tích bản chất bệnh học nhằm có thể thống nhất cách định nghĩa đợt cấp có tính thực hành tốt nhất trong tình hình thực tế Việt Nam và đề xuất một số xử trí thực hành phù hợp với bản chất bệnh học trên từng đợt cấp và từng người bệnh.

Abstract: Exacerbation of COPD - From nature to clinical practice

NGUYỄN VĂN THÀNH(*)

Acute exacerbation of COPD (EACOPD) is one of the leading causes of illness, hospitalization and death at present. In COPD, a subset of patients tends to suffer frequent exacerbations causing faster deterioration of the respiratory function and the quality of life. Although the guidelines emphasize the number of exacerbations per year as a measure of severity and poor prognosis, most exacerbations without hospitalization are not documented. In the more severe stage the COPD patients suffer more exacerbations. Previous studies on deaths after hospital admissions have shown that short-term mortality rates are very high, over a 3-year period of up to 54%. The follow-up studies after 5 years of AECOPD recorded mortality rates up to 73-76%. With such a poor prognostic image and mortality of disease, COPD exacerbations need to be carefully analyzed in terms of pathological nature, identified risk factors so that there are positive impacts not only to improve efficacy exacerbation treatment results but also reduce exacerbation mortality. A clear and definitive definition of exacerbations is not yet available and much discussion remains. The diagnosis of COPD exacerbations is usually based on respiratory symptoms or clinical symptoms in combination with a physician's prescription for COPD exacerbations. The above mentioned clinical approaches of physicians are very subjective and cannot fail to think the likely consequences followed by inaccurate diagnosis and incorrect treatment approaches. Even the etiology and nature of exacerbation of COPD are also heterogeneous. This not only makes it difficult to diagnose, assess severity, and access reasonable treatment, but it also makes it difficult to identify access to preventive treatment.

This review is aimed at analyzing the nature of the pathology in order to unify the definition with the best exacerbation practice in the actual situation of Vietnam and suggest some practical management appropriate for pathological nature on each exacerbation and each patient.

(*) *PCT Hội Phổi Việt Nam*

E-mail: drthanhbk@gmail.com

Hen nặng hay nguy kịch: Bác sĩ ban đầu làm gì trước khi chuyển chuyên khoa?

NGUYỄN NHƯ VINH(*)

Hen là bệnh hô hấp mạn tính phổ biến và hầu hết được quản lý bởi các bác sĩ đa khoa hay bác sĩ gia đình. Tuy nhiên, vì kiểm soát hen không phải là một công việc dễ dàng nên rất nhiều bệnh nhân hen vẫn còn bị lên cơn hen cấp. Nhiều trường hợp tử vong có thể tránh được đã xảy ra mà việc xử trí không đúng mức ban đầu có thể là một nguyên nhân. Bài báo cáo này sẽ trình bày cách xử lý ban đầu hiệu quả ở tuyến ban đầu trước khi chuyển lên tuyến chuyên khoa khi bệnh nhân bị hen nặng hay nguy kịch.

Khi bệnh nhân bị lên cơn hen cấp, việc hỏi bệnh sử tập trung và khám lâm sàng khu trú cần được thực hiện một cách nhanh chóng và cùng lúc với can thiệp liều đầu tiên thuốc giãn phế quản nhóm kích thích beta 2 tác dụng ngắn (SABA). Đánh giá nhanh chóng nhưng đầy đủ có thể giúp bác sĩ nhận định triệu chứng của bệnh nhân có phải là hen hay không, có thể quản lý ở tuyến dưới hay phải nhanh chóng chuyển đến tuyến trên. Đối với những bệnh nhân có cơn hen cấp nặng hay nguy kịch, chuyển cấp cứu hay lên tuyến trên cần được thực hiện nhanh chóng cùng lúc với can thiệp điều trị ban đầu. Điều trị ban đầu ở tuyến cơ sở là cho xịt/hít/phun SABA một cách nhanh chóng và lặp lại khi cần thiết, cho uống corticoid sớm và cho thở oxy, nếu có sẵn, để duy trì SpO₂ khoảng 93-95% cho đến khi chuyển đến nơi cần chuyển.

Abstract: What primary care doctors should do for patients with a severe or life-threatening asthma exacerbation before referring to specialists?

NGUYEN NHU VINH(*)

Asthma is a common chronic respiratory disease that mostly be managed in primary care by general practitioners or family physicians. However, controlling asthma is not easy in this setting thus asthma exacerbation still happened very common. Some preventable deaths due to asthma exacerbation occurred in which inappropriate initial intervention of primary care staffs may take

in part. This lecture will present how to manage effectively exacerbation in primary care before referring the patients to higher settings.

When patients who present with an asthma exacerbation, a focused history and physical examination should be performed promptly and concurrently with administration of first doses of short-acting beta-agonist (SABA). A quick but comprehensive assessment should enable clinicians to determine whether the patient's symptoms are due to asthma and can be managed in primary care level or should be urgently transferred to higher levels of healthcare system. For patients with a severe or life-threatening exacerbation, arrangements should be made for transfer to an emergency department while initial treatment is being administered. Initial therapies in clinics are prompt and repeated administration of SABAs, early addition of oral glucocorticoids, and supplemental oxygen, titrated to a pulse oxygen saturation (SpO₂) of 93% - 95%, if available, until reaching the referring sites.

(*TS BS. Trưởng khoa Khoa Thăm dò chức năng hô hấp – Bệnh viện Đại học Y dược Tp.Hồ Chí Minh, Khoa Y – Đại học Y dược Tp.Hồ Chí Minh

MD. PhD. Head of Department of Respiratory functional exploration – Univerisity Medical Center – Ho Chi Minh City Department of Medicine – University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

COPD VÀ BỆNH GIÃN PHẾ QUẢN- ĐỒNG MẮC HAY CHỒNG LẤP

ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH()*

COPD có thể diễn tiến không có bệnh giãn phế quản kèm theo và bệnh giãn phế quản thường không phải luôn luôn tiến triển đến tắc nghẽn luồng khí mạn tính, tuy nhiên có đến 4 – 72% bệnh nhân COPD trung bình và nặng có hình ảnh giãn phế quản trên phim CT scan ngực. Nhiều nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có cả 2 bệnh này, COPD và giãn phế quản, có triệu chứng nặng nề hơn, đợt cấp và nhiễm khuẩn hô hấp mạn tính thường xuyên và tiên lượng xấu hơn so với bệnh nhân COPD đơn thuần hoặc giãn phế quản đơn thuần. Mặc dù mối liên quan nhân quả chưa được chứng minh nhưng COPD, đặc biệt là COPD kiểu hình nhiễm khuẩn và đợt cấp thường xuyên, có thể là nguyên nhân của các tổn thương giãn phế quản này nếu không có nguyên nhân nào khác được biết trước đó. Sự liên quan này dường như vượt quá sự liên quan thông thường của bệnh đồng mắc và có thể được gọi là kiểu hình riêng biệt: kiểu hình COPD có giãn phế quản hay chồng lấp COPD và giãn phế quản. Hai bệnh này đều có các phương pháp điều trị và hỗ trợ khác biệt nhau và những thử nghiệm lâm sàng đang được thực hiện hướng đến điều trị giảm tải lượng vi khuẩn giúp giảm đợt cấp và cải thiện tiến triển của bệnh.

ABSTRACT: COPD AND BRONCHIECTASIS- COMORBIDITY OR OVERLAP

ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH()*

COPD can exist without bronchiectasis and bronchiectasis is often not present alongside chronic airflow obstruction, however, 4–72% of patients with severe COPD are found to have radiological bronchiectasis on computed tomography. Many researches found that patients who have both diseases, COPD and bronchiectasis, have greater symptomatic severity, more frequent chronic bronchial infection and exacerbations, and poor prognosis than COPD alone or bronchiectasis alone. Although a causal association has not yet been proven, but COPD, particularly the infective and exacerbator COPD phenotypes, could be the cause of bronchiectasis without any other known etiology. The association seems beyond usual comorbidity's relationship, and has been defined as a different clinical phenotype: phenotype COPD-bronchiectasis or bronchiectasis-COPD overlap.

Both diseases have different and complementary therapeutic approaches, and clinical trials with treatments aimed at reducing bacterial loads should be conducted to investigate their impact on the reduction of exacerbations and improvements in the long-term evolution of the disease.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Polverino E, Dimakou K, Hurst J, et al. The overlap between bronchiectasis and chronic airway diseases: state of the art and future directions. *Eur Respir J* 2018; 52: 1800328
2. Garcia MM, Miravittles M, et al. Bronchiectasis in COPD patients: more than a comorbidity? *International Journal of COPD* 2017;12 1401–1411.
3. Hurst JR, Elborn JS, De Soyza A, et al. COPD–bronchiectasis overlap syndrome. *Eur Respir J* 2015; 45: 310–313 | DOI: 10.1183/09031936.00170014.
4. Novosad AS, Barker AF. Chronic obstructive pulmonary disease and bronchiectasis. *Curr Opin Pulm Med* 2013, 19:133–139 DOI:10.1097/MCP.0b013e32835d8312.
5. Yingmeng N, Song H. Clinical characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease with comorbid bronchiectasis: a systemic review and meta-analysis. *International Journal of COPD* 2015;10 1465–1475.

() TS BS. GIẢNG VIÊN TRƯỜNG ĐH Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH*

SỐ LƯỢNG BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG MÁU CÓ HỮU ÍCH ĐÁNG TIN TRONG ĐIỀU TRỊ HEN SUYỄN VÀ COPD KHÔNG?

HỒ THANH NHÀN(*)

Trong hen suyễn, tăng bạch cầu ái toan trong máu có liên quan đến mức độ nghiêm trọng và kiểm soát triệu chứng kém. Trong hen suyễn khó điều trị và nặng, bạch cầu ái toan trong máu $\geq 150/\mu\text{L}$ là bằng chứng của tình trạng viêm loại 2, xem xét bổ sung kháng IgE, kháng IL5, kháng IL5R và kháng IL4R. Cân nhắc lặp lại bạch cầu ái toan trong máu đến 3 lần (ví dụ: khi hen suyễn nặng hơn, trước khi cho OCS), trước khi cho rằng hen không là viêm loại 2.

Trong COPD, bằng chứng ít mạnh mẽ hơn. Ngưỡng của số lượng bạch cầu ái toan trong máu $>300/\mu\text{L}$ có thể được dùng để xác định bệnh nhân có khả năng lợi ích điều trị cao nhất với ICS. Phác đồ chứa ICS có ít hoặc không hiệu quả ở mức số lượng bạch cầu ái toan trong máu $<100/\mu\text{L}$. Số lượng bạch cầu ái toan máu để dự đoán hiệu quả của ICS phải luôn luôn được kết hợp với đánh giá lâm sàng về nguy cơ kịch phát.

Nếu số lượng bạch cầu ái toan trong máu $>500/\mu\text{L}$, phải được phân biệt các nguyên nhân khác như bệnh dị ứng, bệnh ký sinh trùng, rối loạn miễn dịch và bệnh ung thư.

ABSTRACT: IS THE BLOOD EOSINOPHIL COUNT RELIABLE USEFUL IN TREATMENT FOR ASTHMA AND COPD?

HỒ THANH NHÀN(*)

In asthma, blood eosinophilia was associated with severity and poor symptoms control. In difficult-to-treat and severe asthma, blood eosinophils $\geq 150/\mu\text{L}$ is evidence of Type 2 inflammation, consider add-on anti-IgE, anti-IL5, anti-IL5R, and anti-IL4R. Consider repeating blood eosinophils up to 3 times (e.g. when asthma worsens, before giving OCS), before assuming asthma is non-Type 2 inflammation.

In COPD, the evidence is less robust. The threshold of a blood eosinophil count $>300/\mu\text{L}$ can be used to identify patients with the greatest likelihood of treatment benefit with ICS. ICS containing regimens have little or no effect at a blood eosinophil count $<100/\mu\text{L}$. Blood eosinophil counts to predict ICS effects should always be combined with clinical assessment of exacerbation risk.

If blood eosinophil count $>500/\mu\text{L}$, must be distinguished other causes such as allergic diseases, parasitic diseases, immunologic disorders, and neoplasms.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Konstantinos Kostikas, Caterina Brindicci and Francesco Patalano*, “Blood Eosinophils as Biomarkers to Drive Treatment Choices in Asthma and COPD”, *Current Drug Targets* (2018) 19: 1882. <https://doi.org/10.2174/1389450119666180212120012>
2. Global Initiative for Asthma. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, 2019
3. Global Initiative for Asthma. *Adolescents and adults with difficult-to-treat and severe asthma*, 2019
4. Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD*, 2020

(*) BS UV BCH Hội Hô Hấp TPHCM

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ HEN NẶNG BẰNG THUỐC SINH HỌC

NGUYỄN HỒNG ĐỨC(*)

Tóm tắt: Bệnh nhân nam, 64t, điều trị hen từ 2012 với nhiều loại ICS-LABA, LAMA, nhưng không kiểm soát được triệu chứng. Bệnh nhân có triệu chứng hàng ngày, nhất là về đêm không thể ngủ được. Bệnh nhân có kèm ngưng thở lúc ngủ với AHI = 70/h. CT xoang mặt bình thường dù thường có triệu chứng hắt hơi xổ mũi.

Ngoài thuốc hít dùng hàng ngày, bệnh nhân còn được điều trị viêm mũi xoang và trào ngược dạ dày thực quản, nhưng vẫn thường có thêm điều trị đợt kích phát với kháng sinh, CS toàn thân. Từ 2013, do dùng nhiều CS uống, bệnh nhân bị phù và ăn nhiều.

Xét nghiệm cho thấy: Eosinophil = 640/ml; IgE = 366UI/L ; FeNO= 180 ppb

Bệnh nhân được chẩn đoán hen nặng và cân nhắc điều trị với omalizumab, liều 150mgx4/tháng. Triệu chứng cải thiện nhanh chóng ngay trong tuần đầu tiên và gần như duy trì trong tháng. FeNO xuống mức 35 ppb, FEV1 đạt 80% trị số dự đoán. Bệnh nhân không còn uống CS, xông khí dung, chỉ dùng ICS-LABA, LAMA hít hàng ngày.

Sau 2 lần tiêm liên tiếp, do chi phí cao, bệnh nhân không tiếp tục điều trị được.

Kết luận: Bệnh nhân hen nặng, kiểu hình dị ứng, có thể có đáp ứng thuận lợi với điều trị anti-IgE. Giá thành cao là một rào cản lớn.

ABSTRACT

NGUYEN HONG DUC(*)

Summary: A 64 yo man, asthmatic, treated since 2012 with various combination of ICS-LABA, LAMA, but uncontrolled. Asthmatic symptoms almost everyday, worsened by nighttime. Since 2013, due to frequent episodes of oral CS for exacerbations, he suffered from water retention and polyphagia.

Blood tests showed eosinophilia: 640 cells/ml, IgE: 366 UI/L and FeNO: 180 ppb

Then he was classified as severe asthma, allergic Th2 phenotype possible. Omalizumab was initiated with dosage of 160mgx4/month. His asthmatic symptoms lessened rapidly by one week. FeNO reduced to 35 ppb, FEV1 resumed to 80% of predicted. Unfortunately, after 2 consecutive doses, the treatment must be interrupted by high cost of the product.

Conclusion: A Vietnamese severe asthmatic, allergic Th2 phenotype, seemed response positively with anti-IgE treatment omalizumab. Asthmatic symptoms were relieved considerably and rapidly. But high cost is a barrier.

()ThS BS, Phòng khám hô hấp PHỔI VIỆT*

Hiệu quả trong điều trị
NHIỄM KHUẨN TẠI MŨI HỌNG & HÔ HẤP
do vi khuẩn nhạy cảm

Claminat[®]
Amoxicillin | acid Clavulanic



Hiệu quả trong ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN



BACTAMOX[®]
Amoxicillin | Sulbactam



ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN GÂY ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI KHOA NỘI HÔ HẤP BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

NGÔ THẾ HOÀNG *, HUỖNH THỊ THANH NGÂN*, VŨ THU HÀ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) tại khoa Hô Hấp bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Kết quả: 771 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT, tuổi trung bình $76,8 \pm 6,5$. Tỉ lệ cấy đàm, dịch rửa phế quản có vi khuẩn mọc 33,1% (255 trường hợp), chủ yếu là vi khuẩn gram âm 81,6% (*K. pneumoniae* 23,5%; *A. baumannii* 23,5%; *P. aeruginosa* 20,4%; *E. coli* 8,6% và *Enterobacter* 5,5%); *S. aureus* 14,5%; *S. pneumoniae* 3,9%. Tất cả các chủng vi khuẩn gây bệnh kháng Cephalosporines và Fluoroquinolones từ 60-100%. *K. pneumoniae*, *A. baumannii* và *P. aeruginosa* kháng 45-70% với Imipenem và Meropenem. *S. aureus* còn nhạy với Vancomycin 100%.

Kết luận: Tác nhân gây đợt cấp BPTNMT hàng đầu là vi khuẩn gram âm. *K. pneumoniae*, *A. baumannii* và *P. aeruginosa* kháng Carbapenems cao. Không có sự đề kháng của *S. aureus* với Vancomycin.

Từ khóa: đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đề kháng kháng sinh.

ABSTRACT: CHARACTERISTICS OF BACTERIA CAUSING ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN RESPIRATORY DEPARTMENT, THONG NHAT HOSPITAL

NGO THE HOANG, HUYNH THI THANH NGAN, VU THU HA

Objective: To determine the rate and antibiotic resistance of bacteria causing AECOPD at Respiratory department, Thong Nhat hospital from January 2018 to December 2019.

Methods: Prospective, descriptive.

Results: 771 patients were diagnosed with AECOPD, average age was 76.8 ± 6.5 . The rate of sputum culture, bronchial lavage with bacteria grows 33.1% (255 cases), mainly gram-negative bacteria 81.6% (*K. pneumoniae* 23.5%; *A. baumannii* 23.5%; *P. aeruginosa* 20.4%; *E. coli* 8.6% and *Enterobacter* 5.5%); *S. aureus* 14.5%; *S. pneumoniae* 3.9%. All bacterial strains resistant to

Cephalosporines and Fluoroquinolones from 60-100%. K. pneumoniae, A. baumannii and P. aeruginosa are 45-70% resistant to Imipenem and Meropenem. S. aureus is also 100% sensitive to Vancomycin.

Conclusion: *The leading cause of AECOPD is gram negative bacteria. K. pneumoniae, A. baumannii and P. aeruginosa are highly resistant to Carbapenems. There is no resistance of S. aureus to Vancomycin.*

Keywords: *AECOPD, antibiotic resistance.*

VAI TRÒ CỦA SOI PHẾ QUẢN ỚNG MỀM TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

NGÔ THẾ HOÀNG*, ĐỖ THANH SƠN*, LÊ THỊ ĐIỆP*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của soi phế quản ống mềm (SPQOM) trong chẩn đoán ung thư phế quản (UTPQ).

Phương pháp: tiền cứu, mô tả cắt ngang 84 trường hợp SPQOM có sinh thiết tại khoa Hô hấp bệnh viện Thống Nhất từ 6/2018-12/2019.

Kết quả: Các dấu hiệu lâm sàng hướng chỉ định SPQOM thường gặp là ho kéo dài, ho đàm lẫn máu, X quang và CT Scan ngực bất thường. Các kỹ thuật áp dụng lấy mẫu mô bệnh gồm STNPQ, STXPQ. Giá trị chẩn đoán UTPQ của STNPQ là 75%; STXPQ là 67,9%. Biến chứng chảy máu nhẹ, tỉ lệ thấp. Không có biến chứng tràn khí màng phổi.

Kết luận: SPQOM chẩn đoán UTPQ là một kỹ thuật tương đối an toàn, ít biến chứng và có hiệu quả cao.

Từ khóa: soi phế quản ống mềm (SPQOM), sinh thiết niêm mạc phế quản (STNPQ), sinh thiết phổi xuyên phế quản (STXPQ). Ung thư phế quản (UTPQ).

ABSTRACT: ROLES OF FLEXIBLE BRONCHOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF BRONCHIAL CARCINOMA IN THONG NHAT HOSPITAL

NGO THE HOANG, DO THANH SON, LE THI DIEP

Objective: To assess the role of flexible brochoscopy in the diagnosis of bronchial carcinoma.

Methods: Prospective, describe cross-section of 84 flexible bronchoscopy cases with biopsy at Thong Nhat Hospital's Respiratory Department from June 2018 to December 2019.

Results: The clinical signs direction indicated bronchoscopy are common signs of cough, bloody sputum, X-ray and CT Scanner found abnormalities. Techniques to apply tissue sampling include BB, TBLB. The diagnostic value of bronchial carcinoma of BB is 75%; TBLB is 67.9%. Complications minor bleeding, low rate. No complications of pneumothorax.

Conclusion: FB is a relatively safe, less complicated and highly effective technique for the diagnosis of bronchial carcinoma.

Keywords: flexible bronchoscopy (FB), bronchial biopsy (BB), transbronchial lung biopsy (TBLB), bronchial carcinoma.

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI CỦA PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CT SCAN

VÕ THỊ TỎ UYÊN⁴, PHAN VƯƠNG KHÁC THÁI², NGÔ THẾ HOÀNG³

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, độ chính xác và an toàn của sinh thiết xuyên thành ngực (STXTN) dưới hướng dẫn của CT scan trong chẩn đoán u phổi. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng chẩn đoán của phương pháp và các yếu tố nguy cơ của tai biến sau thủ thuật.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả và phân tích trên 213 bệnh nhân u phổi được chỉ định STXTN dưới hướng dẫn CT scan tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 07/2017 đến tháng 06/2019. Sử dụng hệ thống kim đồng trục với kim cắt Trucut kích thước 18G và 20G; kim dẫn đường nhỏ hơn 1 số.

Kết quả: Khảo sát 235 lượt STXTN ở 213 bệnh nhân u phổi ghi nhận độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán ung thư phổi lần lượt là 86,5%; 100% và 89,4%. Các yếu tố làm giảm tỷ lệ chẩn đoán đúng bao gồm các khối u ở sâu phải chọc kim với khoảng cách xa (OR = 0,98; KTC95%: 0,96 – 0,99; $p < 0,05$) và sử dụng kim cắt kích thước nhỏ (20G) (OR = 0,3; KTC 95%: 0,14 – 0,61; $p < 0,001$). Tỷ lệ tai biến tràn khí màng phổi (TKMP) là 19,1%, đa số nhẹ, không cần can thiệp. Số ca phải đặt ống dẫn lưu màng phổi chiếm 0,9%. Các bệnh nhân phải chọc kim dẫn đường từ 2 lần trở lên tăng nguy cơ TKMP (OR = 2,47; KTC95%: 1,1 – 5,4; $p < 0,05$). Tai biến ho ra máu có tỷ lệ 5,1%, đa số ho ra máu nhẹ, tự giới hạn, không cần can thiệp. Có 1 trường hợp tràn máu màng phổi phải đặt dẫn lưu màng phổi, do sử dụng clopidogrel.

Kết luận: Kỹ thuật sinh thiết u phổi dưới hướng dẫn CT scan có hiệu quả chẩn đoán cao, tỷ lệ tai biến chấp nhận được và thường nhẹ, tự giới hạn. Phẫu thuật viên cần cẩn thận lựa chọn kim sinh thiết và đường đi phù hợp với đặc điểm khối u, cơ địa bệnh nhân nhằm tăng hiệu quả chẩn đoán, giảm nguy cơ tai biến.

Từ khóa: chẩn đoán u phổi, sinh thiết xuyên thành ngực, sinh thiết dưới hướng dẫn CT, sinh thiết dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính, ung thư phổi.

⁴ BM Nội, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Email: uyenvtt@pnt.edu.vn. ĐT: 0909379943

² BV Phạm Ngọc Thạch. ³ Nội Hô hấp, BV Thống Nhất.

COMPUTED TOMOGRAPHY - GUIDED PERCUTANEOUS NEEDLE BIOPSY OF PULMONARY NODULES AND MASSES

VO THI TO UYEN, PHAN VUONG KHAC THAI, NGO THE HOANG

OBJECTIVE. To evaluate the accuracy and complication rate of CT-guided lung lesions.

MATERIALS AND METHODS. We report the results of 235 CT-guided percutaneous transthoracic needle biopsies of 213 patients diagnosed in Thong Nhat Hospital from July 2017 to June 2019. Diagnostic yield for malignancy and complication rates were analyzed to determine independent risk factors for diagnostic failure and pneumothorax.

RESULTS. The overall accuracy, sensitivity, specificity were 89,4%; 86,5% and 100%, respectively. The risk factors for diagnostic failures were associated with increasing length of needle path (OR = 2,47; 95%CI: 1,1 – 5,4; $p < 0,05$) and procedures performed with 20-gauge needles (OR = 0,3; 95%CI: 0,14 – 0,61; $p < 0,001$). Complication rates including pneumothorax, hemoptysis and hemothorax were 19,1%; 5,1% and 0,4%; respectively. An increase in number of pleural punctures was the risk factor of pneumothorax (OR = 2,47; 95%CI: 1,1 – 5,4; $p < 0,05$).

CONCLUSION. CT-guided lung biopsy has a high diagnostic accuracy. Complication rates were acceptable and comparable to those of previous studies.



Thành lập năm 2000, Phương Đông là đơn vị tiên phong và luôn dẫn đầu tại Việt Nam trong lĩnh vực cung cấp thiết bị y tế bệnh viện. Với ngành hàng vi sinh và sinh học phân tử, chúng tôi tự hào là nhà phân phối chính thức của các hãng sản xuất nổi tiếng trên thế giới: **Qiagen (Đức)**, **Seegene (Hàn Quốc)**, **Becton Dickinson (Mỹ)**.

❖ QIASTAT DX (QIAGEN)

Hệ thống xét nghiệm Real-time PCR tự động hoàn toàn đa tác nhân

- Công suất linh hoạt: Có thể nâng cấp lên đến 4 mô-đun
- Giao diện người dùng trực quan và đơn giản
- Cung cấp giá trị Ct và đường cong khuếch đại cho từng tác nhân đích
- Kiểm soát truy xuất nguồn gốc với bộ đọc mã vạch bên trong và bên ngoài
- Diện tích sử dụng nhỏ
- Thời gian thao tác bằng tay ít hơn một phút
- Phát hiện đồng thời 22 tác nhân vi khuẩn/virus (bao gồm SARS-CoV-2) gây bệnh đường hô hấp trong cùng một lần chạy
- Phát hiện đồng thời 24 tác nhân gây bệnh đường tiêu hóa



❖ XÉT NGHIỆM TẮM SOÁT LAO - QUANTIFERON - TB GOLD PLUS (QFT-PLUS) (QIAGEN)

Xét nghiệm để sàng lọc nguy cơ nhiễm lao tiềm ẩn hoặc có thể biết sớm nhất sự có mặt của vi khuẩn lao dựa trên sự phóng thích Interferon - Gamma (IGRAs) trong máu

- Có thể thực hiện tự động trên hệ thống Dynex DS2® hoặc DSX®
- Kết quả không bị ảnh hưởng bởi Vacxin Bacille-Calmette Guérin (BCG)
- Độ đặc hiệu và độ nhạy cao
- Chỉ cần lấy mẫu duy nhất 1 lần



❖ HỆ THỐNG BD VERITOR™ PLUS (BECTON DICKINSON)

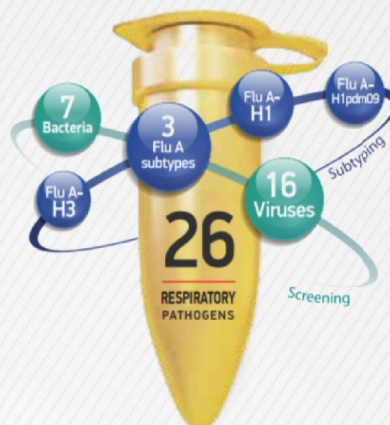
Hệ thống xét nghiệm miễn dịch kỹ thuật số thế hệ mới dành cho việc phát hiện nhanh cúm A+B, RSV và liên cầu nhóm A

- Phát hiện nhanh cúm A+B, RSV và liên cầu nhóm A trong thời gian ≤10 phút
- Công nghệ hạt tiên tiến nâng cao độ nhạy
- Khả năng truy xuất nguồn gốc tùy biến với các mô-đun chuyên dụng cho phép kết nối với hệ thống hồ sơ y tế điện tử/thông tin phòng xét nghiệm (EMR/LIS)
- Quy trình làm việc linh hoạt với các tùy chọn hoạt động khác nhau



◆ ALLPLEX™ RESPIRATORY PANEL ASSAYS (SEEGENE)

- Phát hiện và xác định 16 virus, 3 subtypes của flu A và 7 vi khuẩn gây nhiễm trùng đường hô hấp
- Thời gian trả kết quả ngắn (trong vòng 4.5 giờ)
- Giá trị Ct riêng cho từng tác nhân
- Phân tích dữ liệu tự động bằng Seegene Viewer
- Tối ưu trên hệ thống Real-time PCR CFX96



Mẫu bệnh phẩm

- Dịch phết mũi họng
- Dịch rửa phế quản
- Dịch rửa mũi họng
- Đàm (Chỉ sử dụng cho Panel 4)

Tác nhân phát hiện

Panel 1	Panel 2	Panel 3	Panel 4
Virus (I)	Virus (II)	Virus (III)	Bacteria
<ul style="list-style-type: none"> ● Influenza A virus (Flu A) ● Influenza B virus (Flu B) ● Respiratory syncytial virus A (RSV A) ● Respiratory syncytial virus B (RSV B) ● Flu A-H1 ● Flu A-H1pdm09 ● Flu A-H3 	<ul style="list-style-type: none"> ● Adenovirus (AdV) ● Enterovirus (HEV) ● Parainfluenza virus 1 (PIV 1) ● Parainfluenza virus 2 (PIV 2) ● Parainfluenza virus 3 (PIV 3) ● Parainfluenza virus 4 (PIV 4) ● Metapneumovirus (MPV) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bocavirus (HBoV) ● Rhinovirus (HRV) ● Coronavirus NL63 (CoV NL63) ● Coronavirus 229E (CoV 229E) ● Coronavirus OC43 (CoV OC43) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mycoplasma pneumoniae (MP) ● Chlamydomphila pneumoniae (CP) ● Legionella pneumophila (LP) ● Haemophilus influenzae (HI) ● Streptococcus pneumoniae (SP) ● Bordetella pertussis (BP) ● Bordetella parapertussis (BPP)