



HỘI HÔ HẤP
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP - HRS 2026
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

Nâng cao tiêu chuẩn điều trị cho người bệnh COPD - Điểm mới từ hướng dẫn GOLD 2026

PGS. TS. BS. Lê Khắc Bảo

Phó giám đốc - Bệnh viện đại học Y Dược TPHCM
Giám đốc trung tâm giáo dục y học – Đại học Y Dược TPHCM
Chuyên gia hô hấp – PK hô hấp Phổi Việt

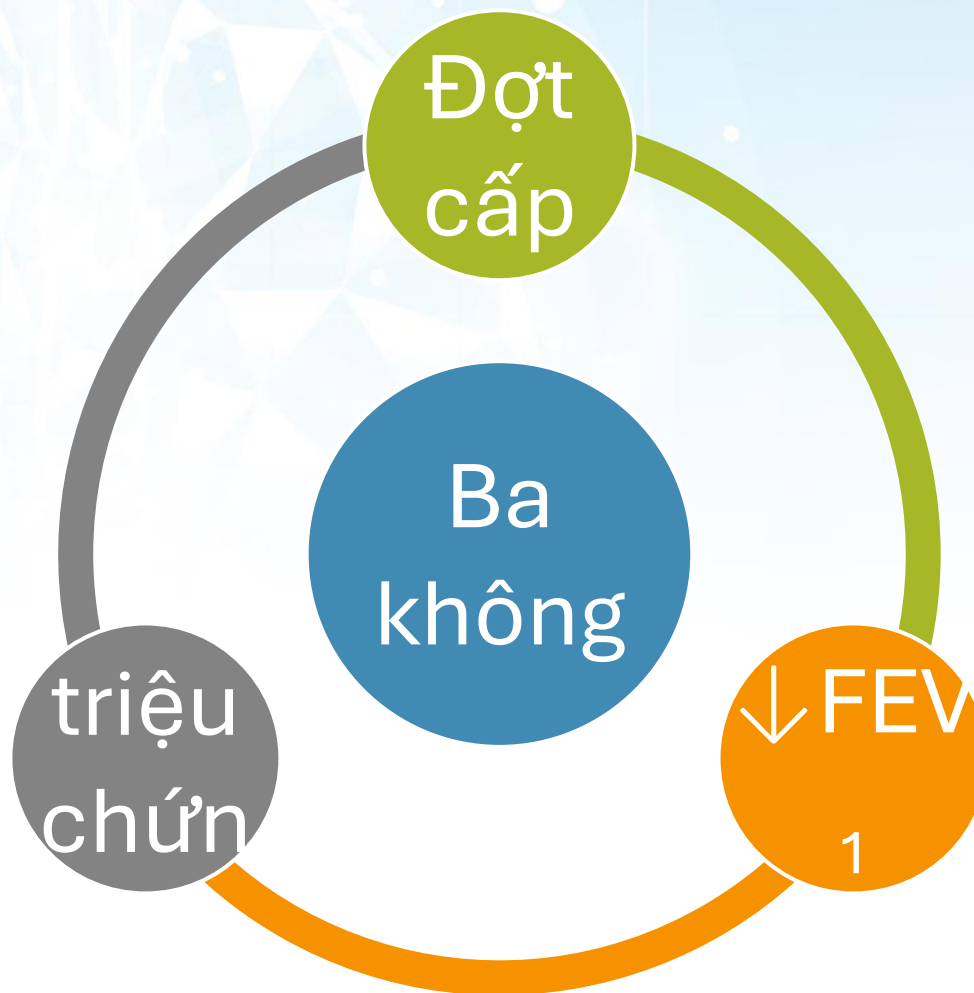
VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

- 1** Điểm mới trong hướng dẫn GOLD 2026
- 2** Hướng đến ổn định bệnh với điều trị bộ ba
- 3** Hướng đến kiểm soát bệnh với điều trị bộ ba

Mục tiêu điều trị là tình trạng bệnh ổn định & kiểm soát

ỔN ĐỊNH



KIỂM SOÁT

=

Triệu chứng ít

ảnh hưởng

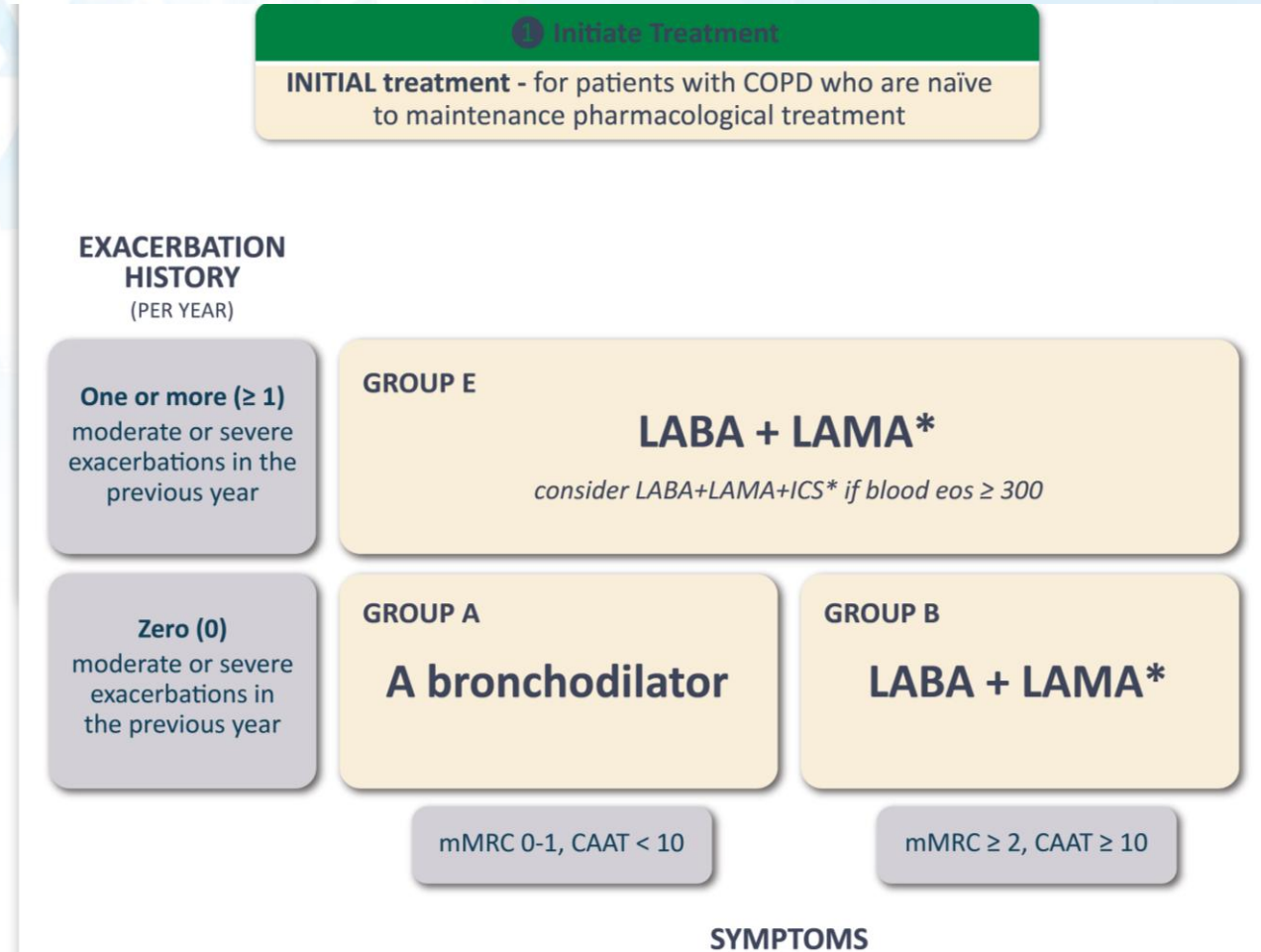
+

ỔN ĐỊNH

Cập nhật tiêu chí xác định nhóm A, B, E theo GOLD 2026



Khởi đầu bộ ba sớm hơn cho người có ≥ 1 đợt cấp vừa



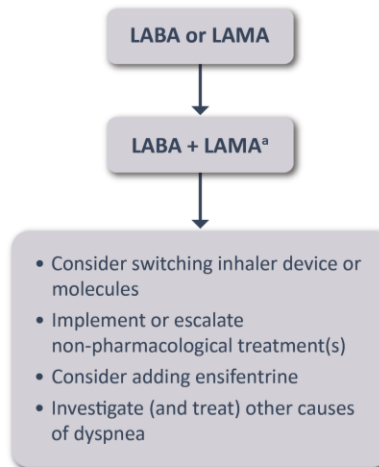
Nâng LABA/LAMA lên bộ ba khi còn đợt cấp

② Adjust Treatment

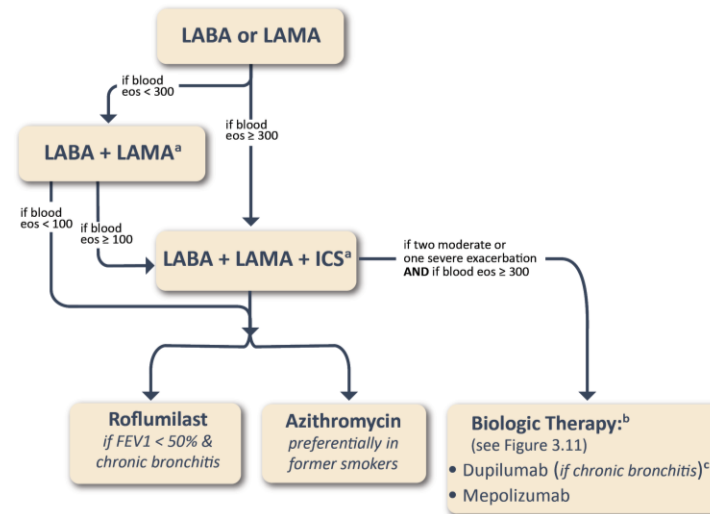
CONTINUE CURRENT TREATMENT

unless dyspnea or exacerbation(s) require optimization

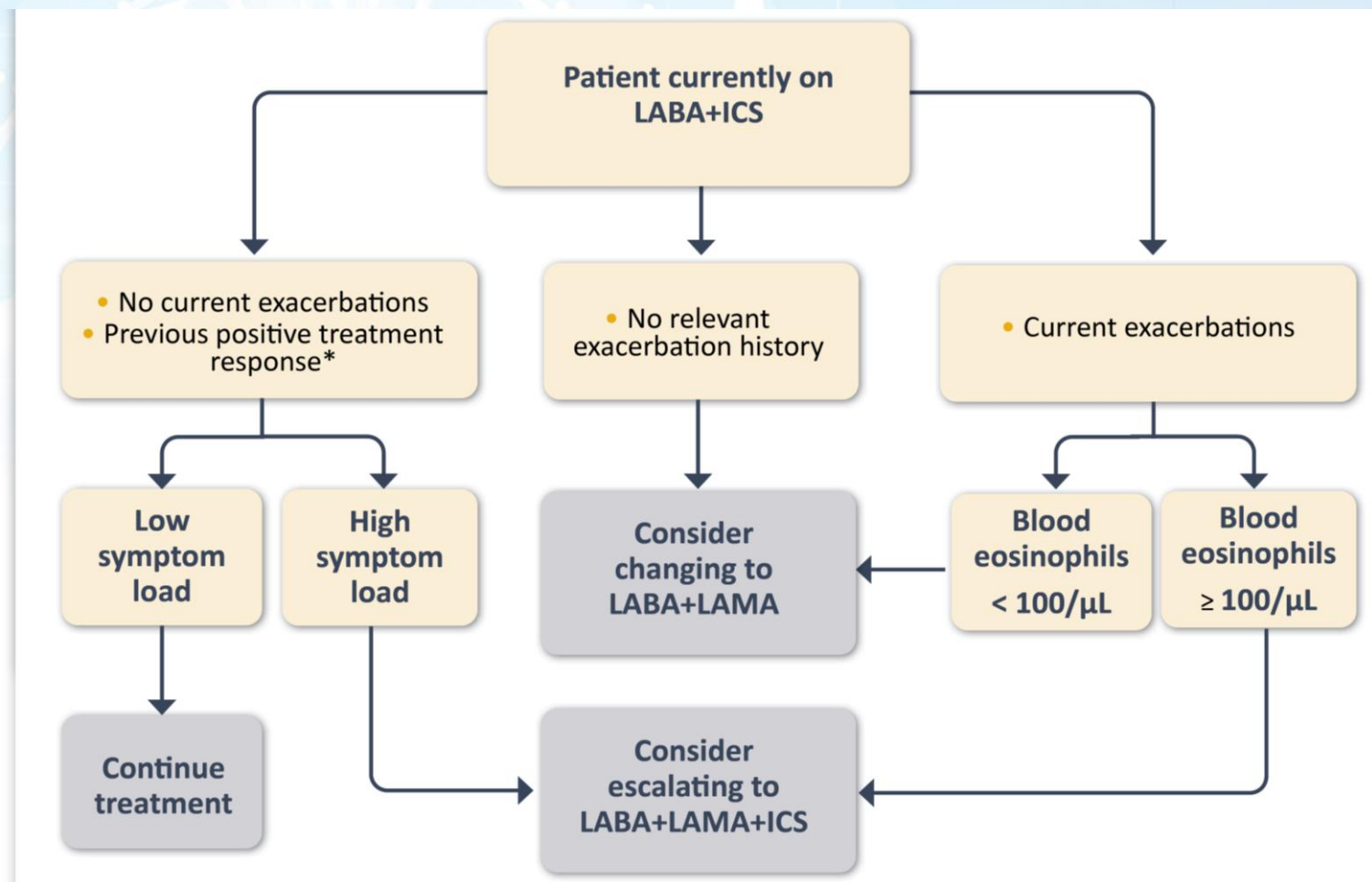
• IF PERSISTENT DYSPNEA



• IF ONE OR MORE MODERATE OR SEVERE EXACERBATION



Nâng ICS/LABA lên bộ ba khi còn triệu chứng ± đợt cấp



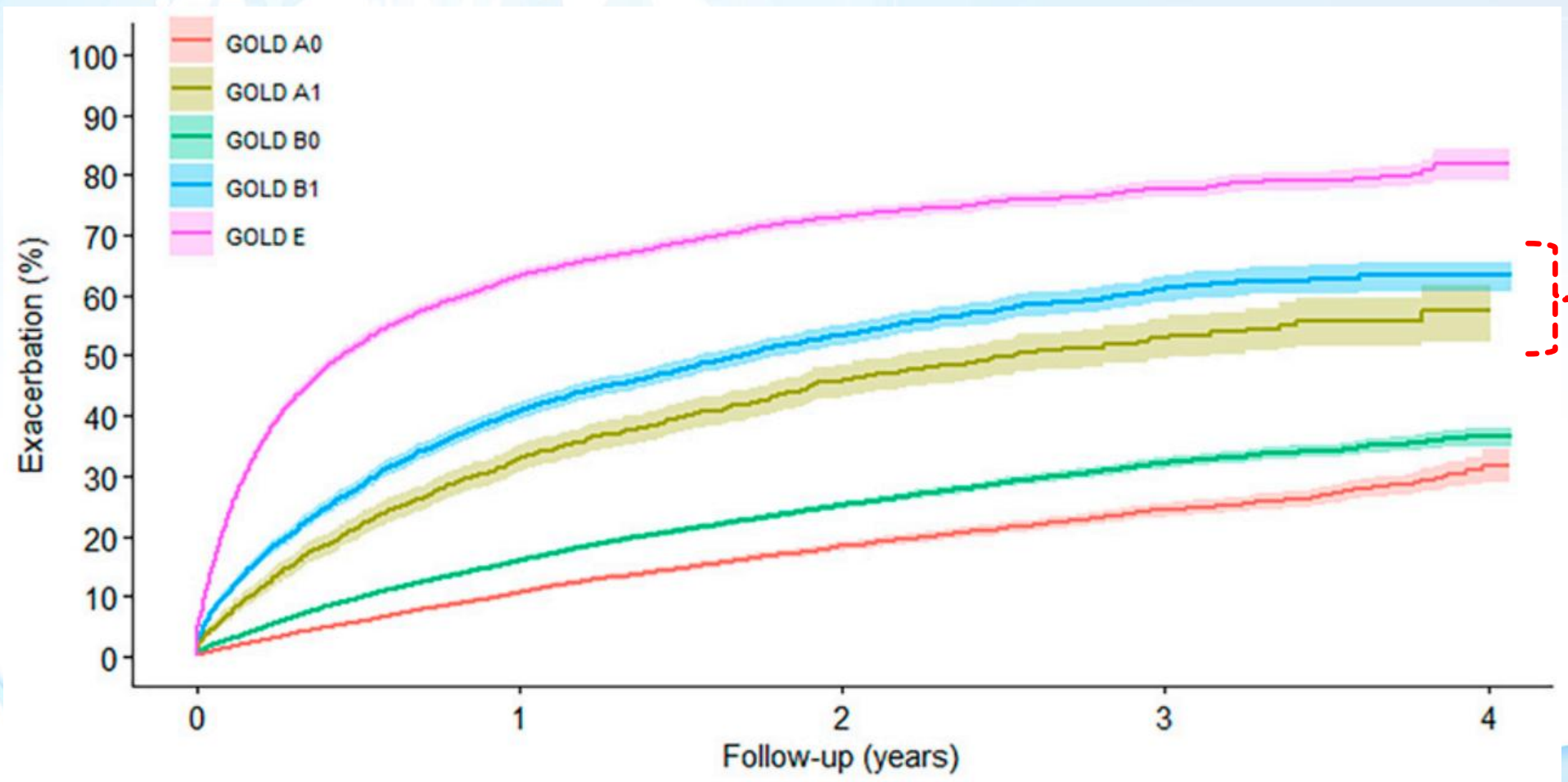
NỘI DUNG TRÌNH BÀY

- 1** Điểm mới trong hướng dẫn GOLD 2026
- 2** Hướng đến ổn định bệnh với điều trị bộ ba
- 3** Hướng đến kiểm soát bệnh với điều trị bộ ba

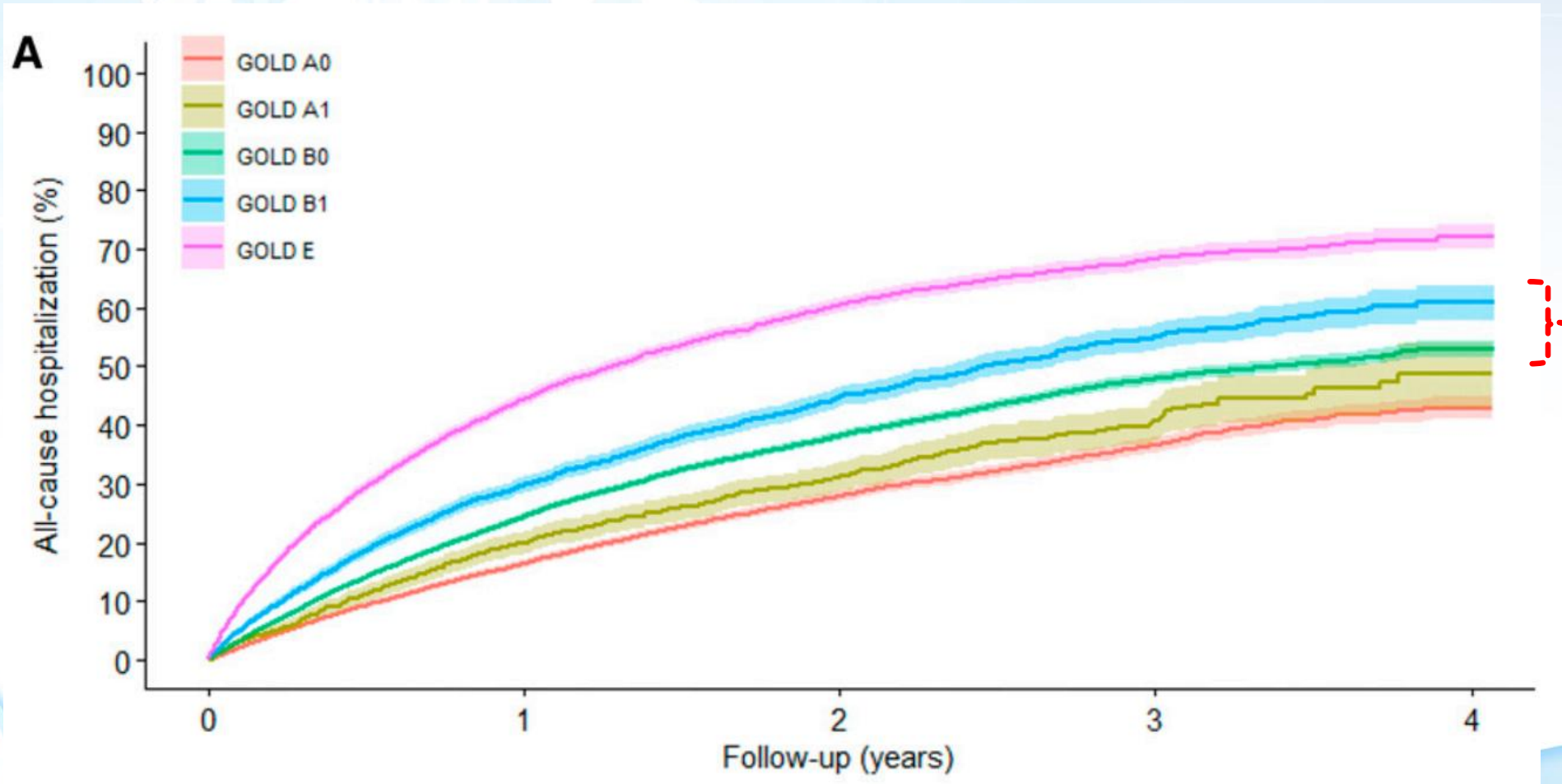
Nguy cơ đợt cấp và tử vong COPD nhóm ít đợt cấp

- Nghiên cứu đoàn hệ quốc gia dựa trên dữ liệu đăng ký quốc gia tại Thụy Sĩ từ tháng 01/2017 đến tháng 08/2020
- Tuyển chọn người bệnh COPD nhóm A_0 , A_1 , B_0 , B_1 , và E. Trong đó A_0 và B_1 là người bệnh nhóm A và B mà có 1 đợt cấp 12 tháng trước đó
- Theo dõi biến cố đợt cấp, nhập viện, tử vong đến 1/2021 trên 45.300 người bệnh trong đó 25% (A_0), 4% (A_1), 44% (B_0), 10% (B_1), 17% (E)

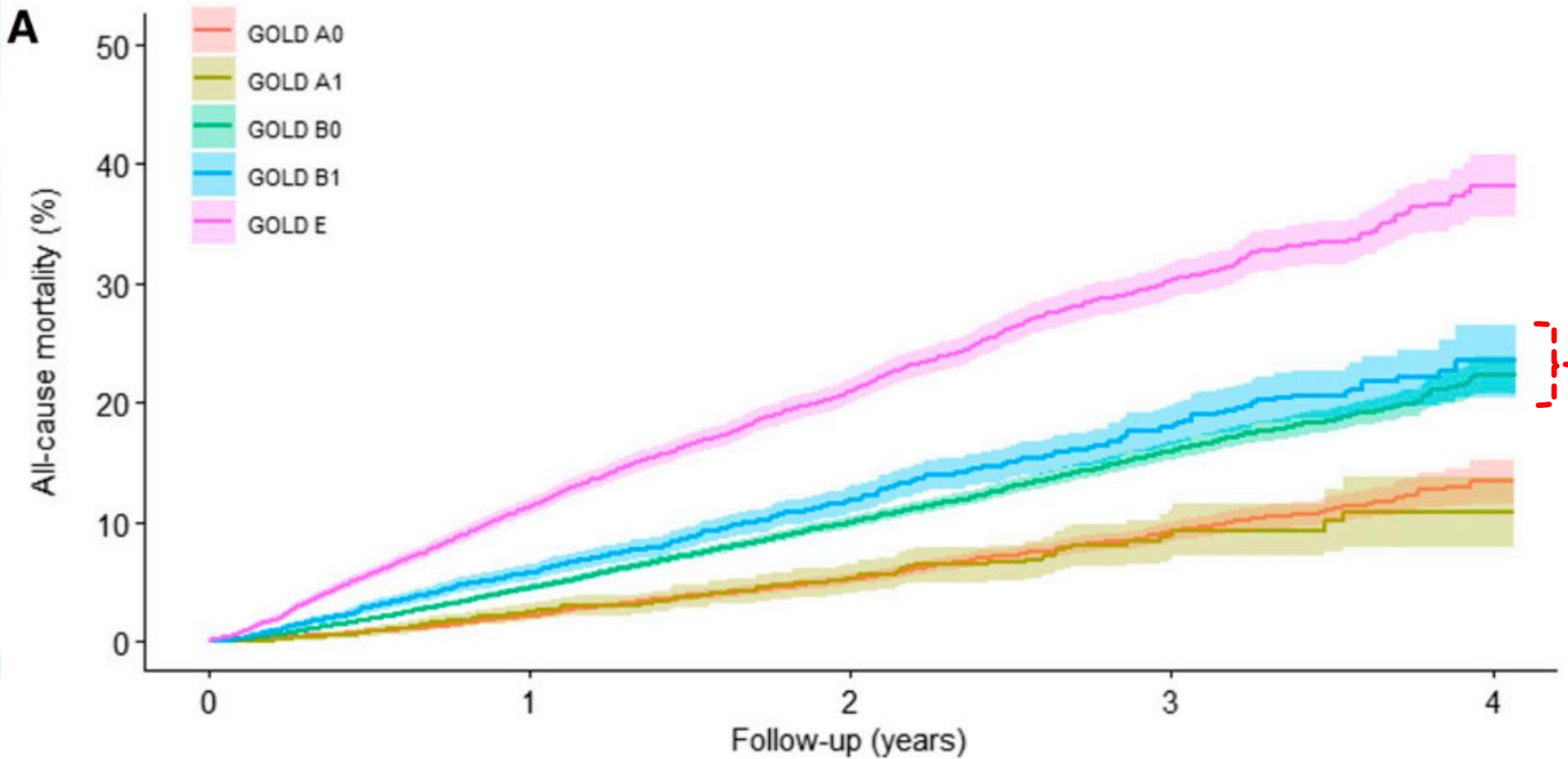
Một đợt cấp đã đủ làm tăng nguy cơ đợt cấp tiếp theo



Một đợt cấp đã đủ tăng nguy cơ nhập viện tiếp theo



Một đợt cấp đã đủ làm tăng nguy cơ tử vong



Một đợt cấp đã đủ làm tăng biến cố tim mạch

Biến cố tim mạch:

- Tử vong
- NMCT / Đau thắt ngực không ổn định
- Đột quỵ / Thoáng thiếu máu não cơ



1 - 30



31 - 90



91 - 365



> 365

Nguy cơ biến cố tim mạch (HR)

3.8

1.9

1.9

1.2

Mọi loại đợt cấp

9.9

3.7

2

1.3

Đợt cấp nhập viện

Trên người bệnh COPD có bệnh tim mạch hay yếu tố nguy cơ tim mạch, đợt cấp làm tăng nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch tiếp theo

HRS
2026

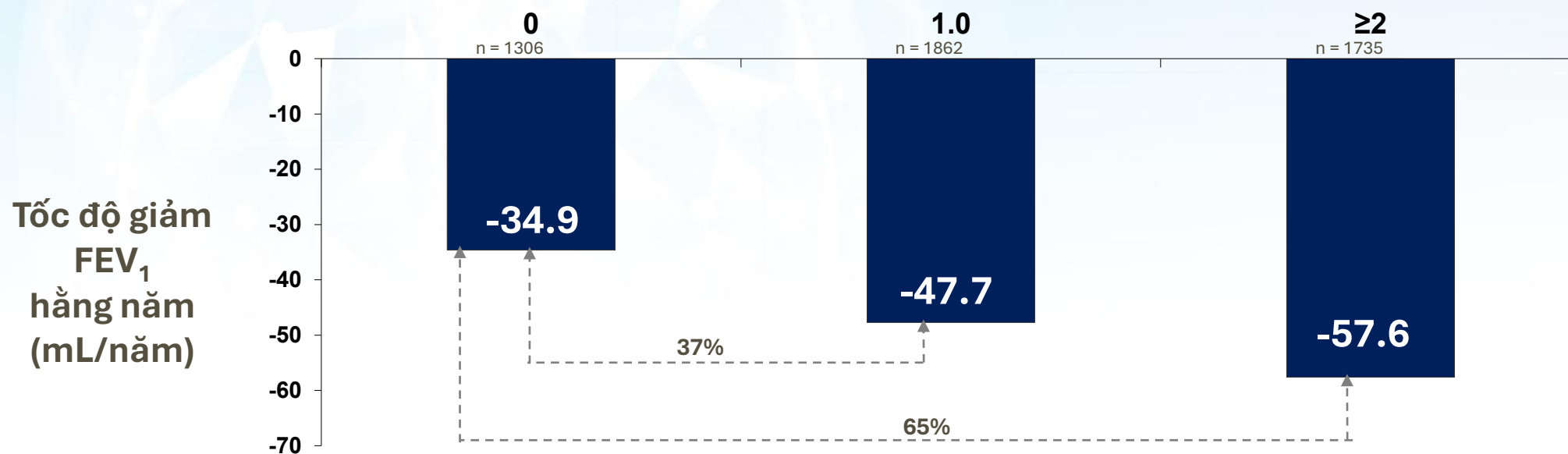
The graph is created by GSK from Kunisaki KM, et al. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018;198(1):51-57.

*Data derived from a secondary cohort analysis of the SUMMIT trial, a convenience sample of current/former smokers with moderate COPD from 1368 centers in 43 countries. Among 16,485 participants in SUMMIT, 4704 participants had at least one AECOPD and 688 had at least one CVD event. AECOPD was defined as an increase in respiratory symptoms requiring treatment with antibiotics, systemic corticosteroids, and/or hospitalization. CVD events were a composite outcome of cardiovascular death, myocardial infarction, stroke, unstable angina, and transient ischemic attack. All CVD events were adjudicated. Cox proportional hazards models compared the hazard for a CVD event before AECOPD versus after AECOPD.

Kunisaki KM, Dransfield MT, Anderson JA, et al. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and cardiac events. A post hoc cohort analysis from the SUMMIT randomized clinical trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018 Jul 1;198(1):51-57.

Một đợt cấp đã đủ làm tăng tốc độ giảm FEV₁

Số đợt cấp vừa đến nặng hàng năm[#]



01 đợt cấp đã làm tăng tốc độ giảm FEV₁ nhanh hơn 37% so với không đợt cấp *

The graph is created by GSK from Celli BR, *et al. Am J Respir Crit Care Med.* 2008;178(4):332-338 (Calculated from Table 5).

*Post-hoc analysis of the TORCH study, which investigated the effects of combined salmeterol 50 mg plus fluticasone propionate 500 mg, either component alone or placebo, on the rate of post-bronchodilator FEV₁ decline in patients with moderate or severe COPD.

#Adjusted for smoking status, gender, baseline FEV₁, region, BMI, prior exacerbations, treatment, time, time by treatment, and covariate by time.

BMI, body mass index; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; FEV₁, forced expiratory volume in one second.

Celli BR, Thomas NE, Anderson JA, *et al. Effect of pharmacotherapy on rate of decline of lung function in chronic obstructive pulmonary disease: results from the TORCH study. Am J Respir Crit Care Med.* 2008 Aug 15;178(4):332-338.

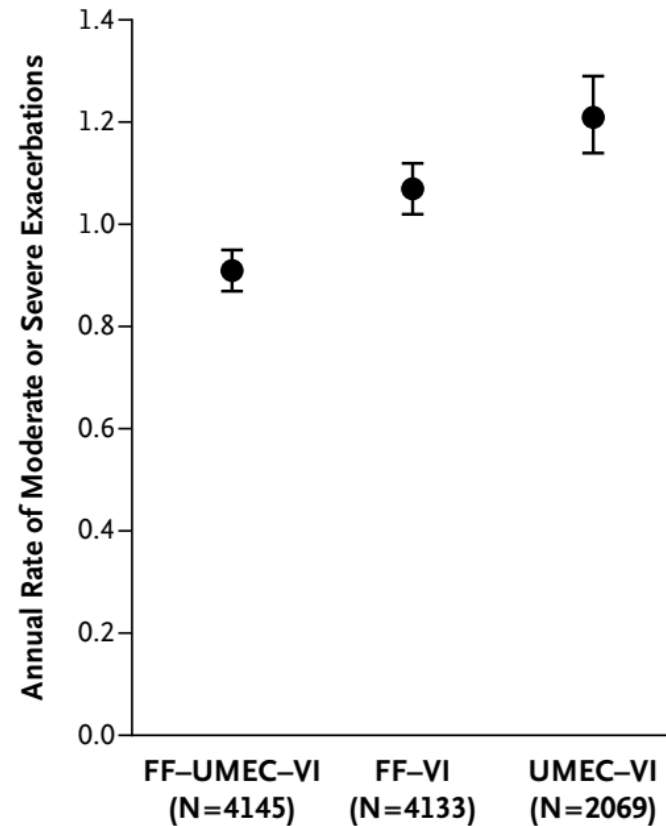
Tỷ lệ người bệnh COPD chỉ có một đợt cấp trong các RCT

Bộ ba được thử nghiệm	Nghiên cứu	1 đợt cấp vừa hay nặng	≥ 2 đợt cấp vừa hay nặng	≥ 1 đợt cấp nặng
FF/UMEC/VI	IMPACT ¹	45%	55%	26%
	FULFILL ²	40%	34%	NR
BUD/GLY/FO R	ETHOS ³	44%	55.9%	21.1%
	TRIBUTE ⁴	80%	20%	NR

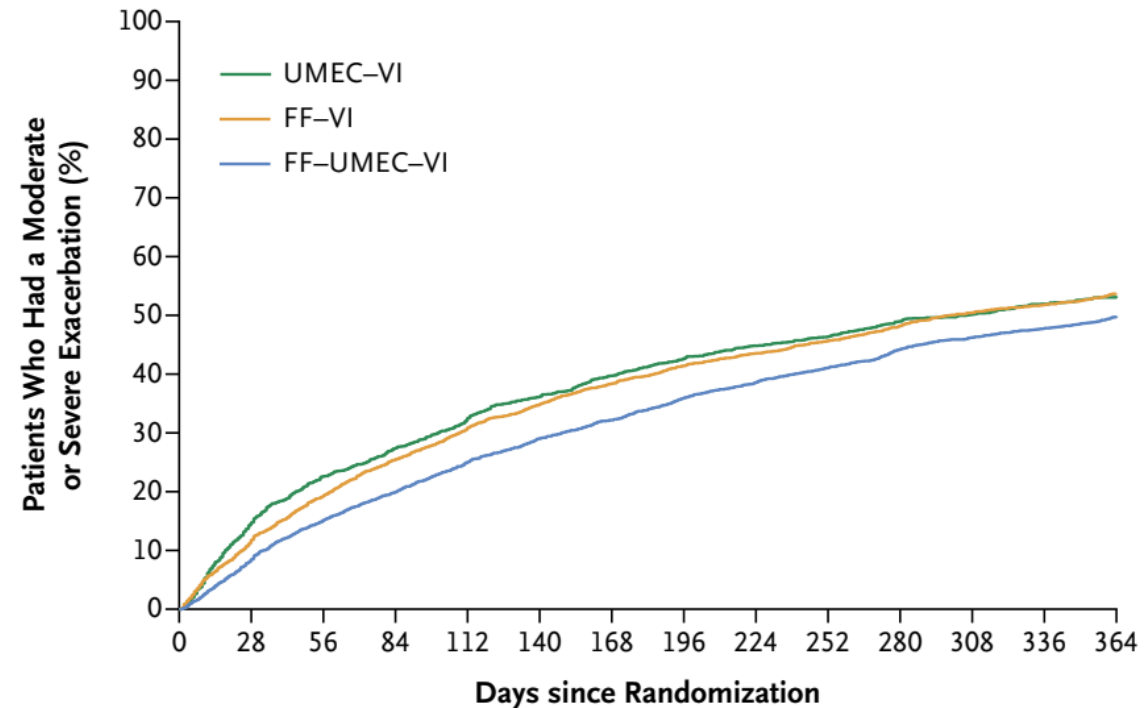
40% NB của RCT điều trị bộ ba trên COPD chỉ có 1 đợt cấp trung bình !

Người bệnh có một đợt cấp cũng hưởng lợi từ bộ ba

A Model-Estimated Rate



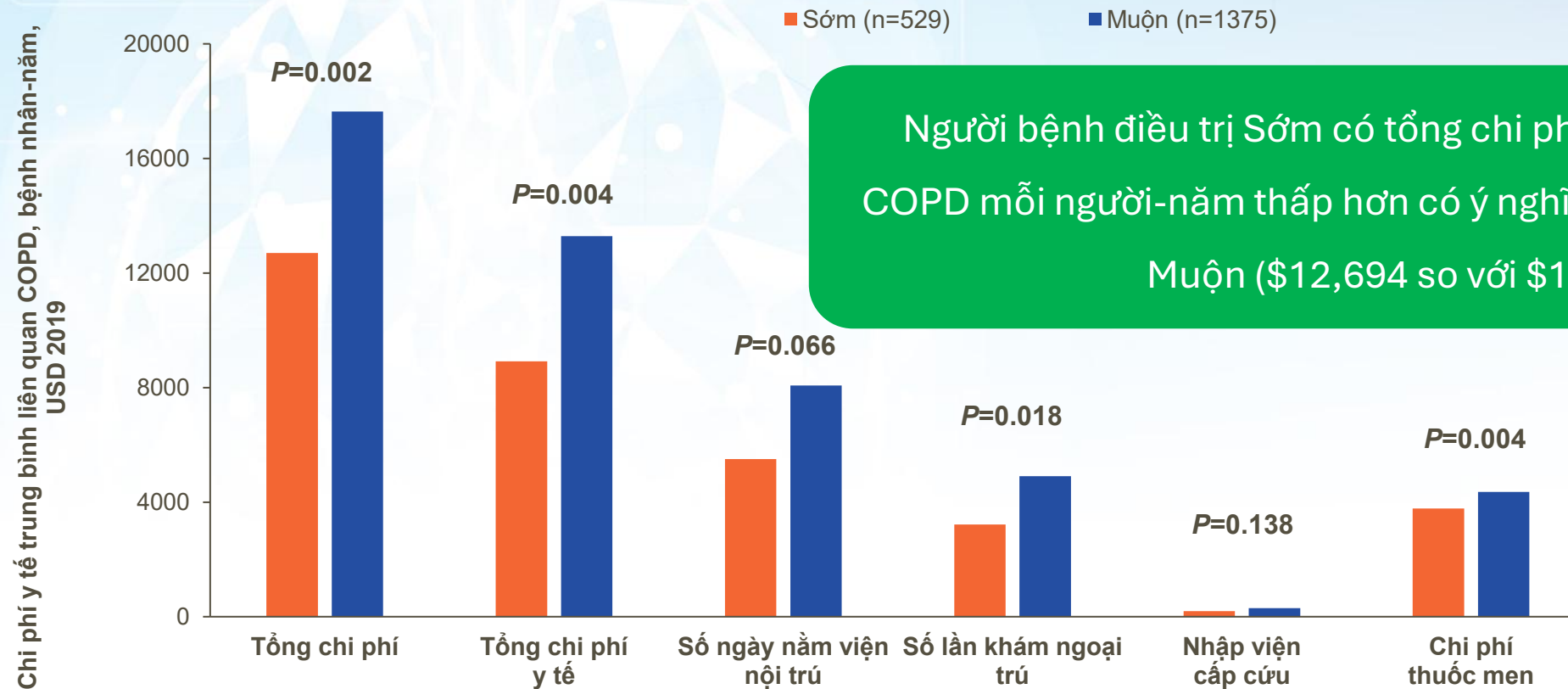
B Time-to-First-Event Analysis



No. at Risk

UMEC-VI	2070	1721	1516	1406	1301	1201	1123	1059	1001	971	917	884	851	642
FF-VI	4134	3554	3133	2838	2620	2410	2250	2120	2004	1823	1823	1729	1671	1228
FF-UMEC-VI	4151	3758	3408	3186	2954	2752	2614	2457	2324	2216	2085	1988	1919	1419

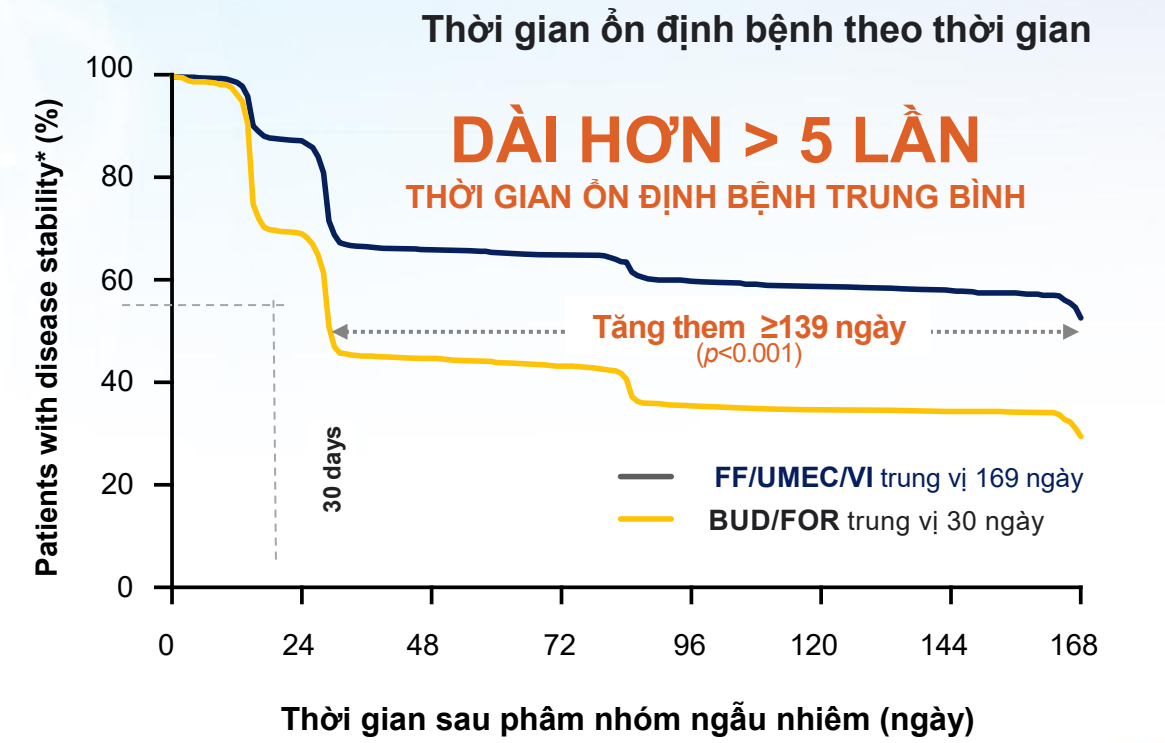
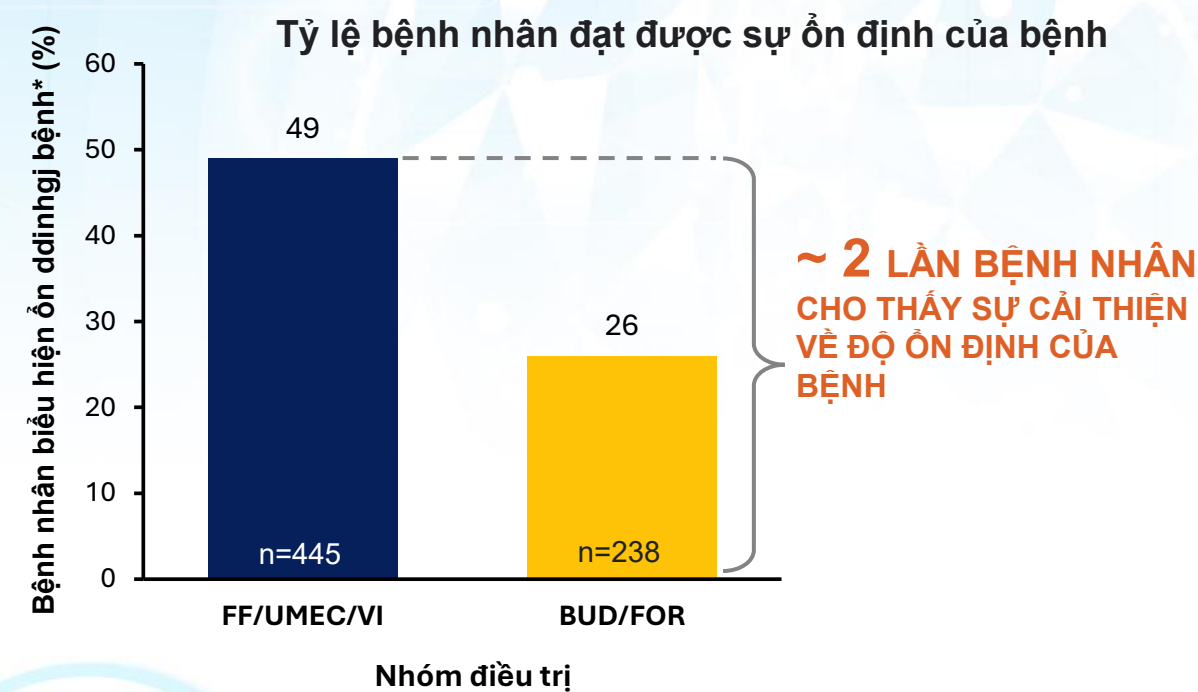
Khởi động bộ ba sau một đợt cấp Sớm* tiết kiệm hơn Muộn†



Người bệnh điều trị Sớm có tổng chi phí liên quan đến COPD mỗi người-năm thấp hơn có ý nghĩa so với điều trị Muộn (\$12,694 so với \$17,640) $p=0.002$

Dùng bộ ba FF/UMEC/VI Ellipta đạt tình trạng ổn định cao gấp 2 lần, duy trì thời gian ổn định dài gấp 5 lần so với bộ đôi BUD/ FOR

Sự ổn định của bệnh được định nghĩa là trạng thái hoạt động bệnh thấp, không có đợt cấp, không làm trầm trọng thêm các triệu chứng và không suy giảm chức năng phổi nhanh chóng.^{2†}



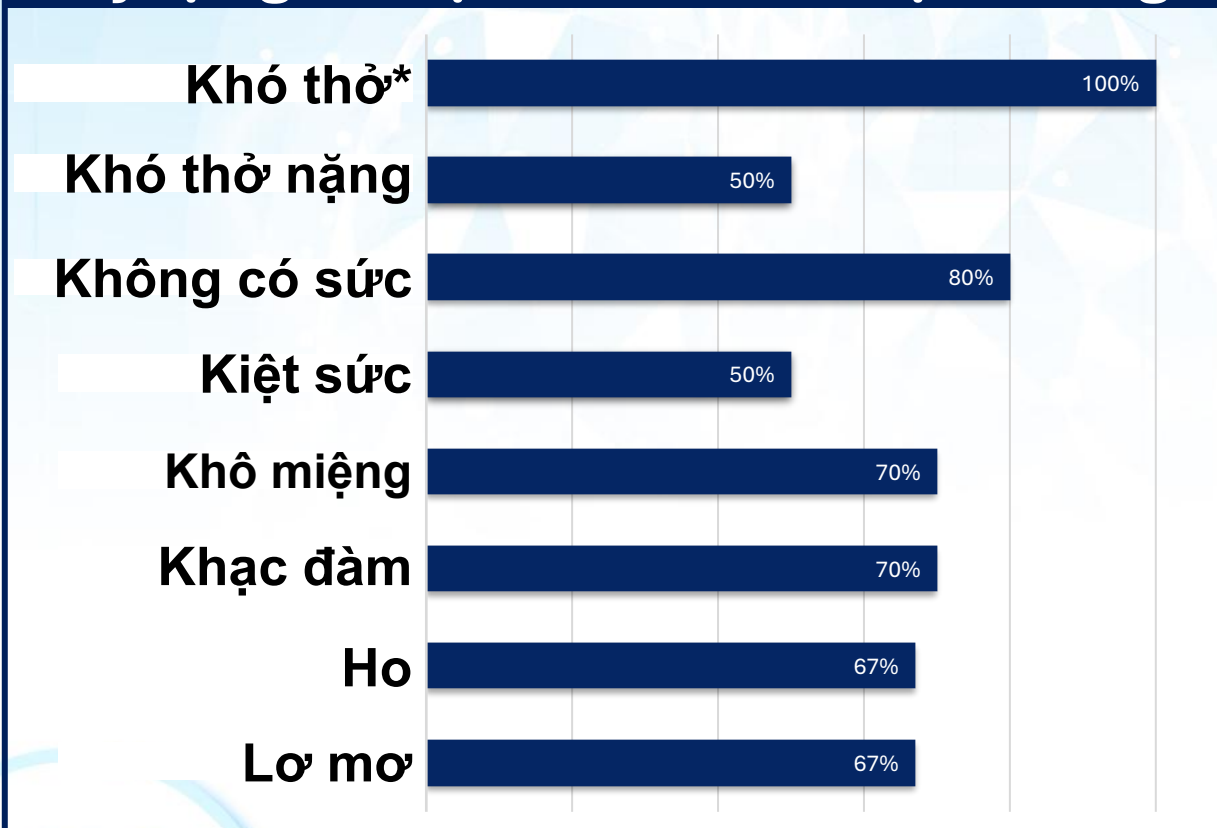
1. Poster P630; Singh D; American Thoracic Society Meeting;2024. 2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2025 report [Internet] [Updated Nov 15, 2024]. Available at: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024_WMV.pdf. Accessed on Nov 19, 2025.3. Singh D et al. Respir Res 2020;21(1):134. 4. N. al. ERJ Open Res 2018;4(4):00047-2018. 5. Tabberer M et al. Adv Ther 2018;35(1):56–71.

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

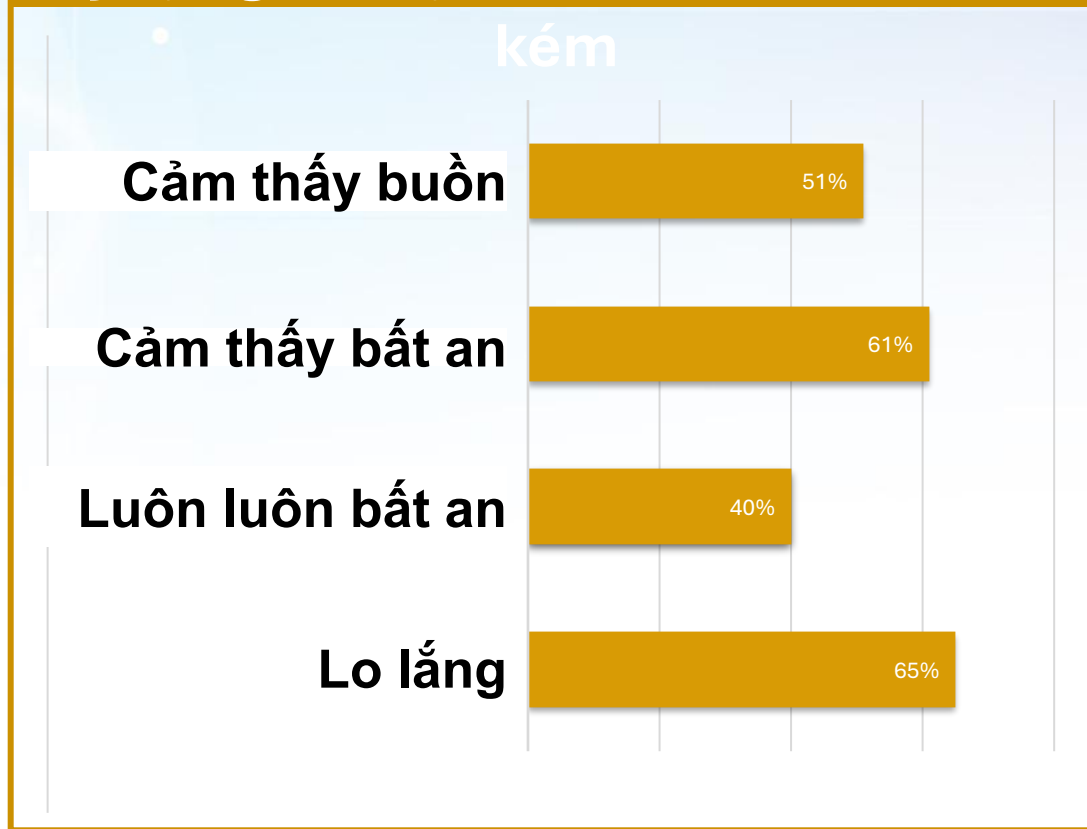
- 1** Điểm mới trong hướng dẫn GOLD 2026
- 2** Hướng đến ổn định bệnh với điều trị bộ ba
- 3** Hướng đến kiểm soát bệnh với điều trị bộ ba

Triệu chứng nhiều là rào cản người bệnh đạt kiểm soát

Tỷ lệ người bệnh COPD có triệu chứng



Tỷ lệ người bệnh COPD có cảm xúc kém



UHS
2026

The graph is created by GSK from the source Roberts M, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2023;18:2825–37.

The study was a single-center cross-sectional study of patients with COPD who attended the Westmead Breathlessness Service between March 2017 and May 2022. Eighty-nine patients with COPD (mean age 72.6 years, 55% male, mean FEV₁ 32% predicted) were enrolled.

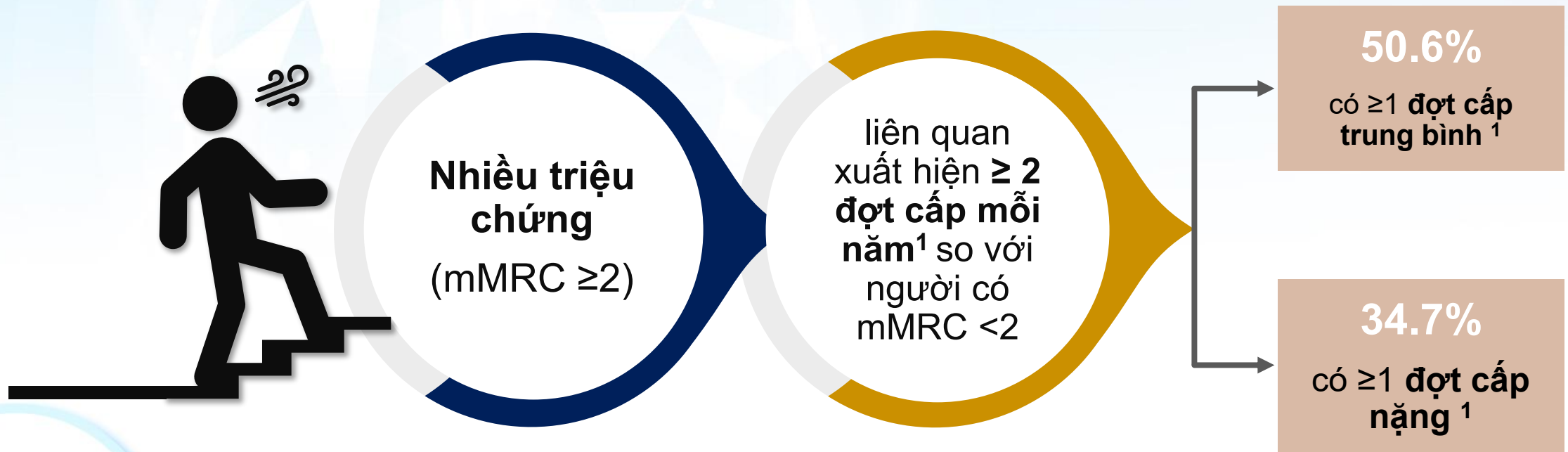
Inhaled medications - LAMA, LAMA/LABA, LABA/ICS, LAMA/LABA/ICS

*Shortness of breath was one of the inclusion criteria

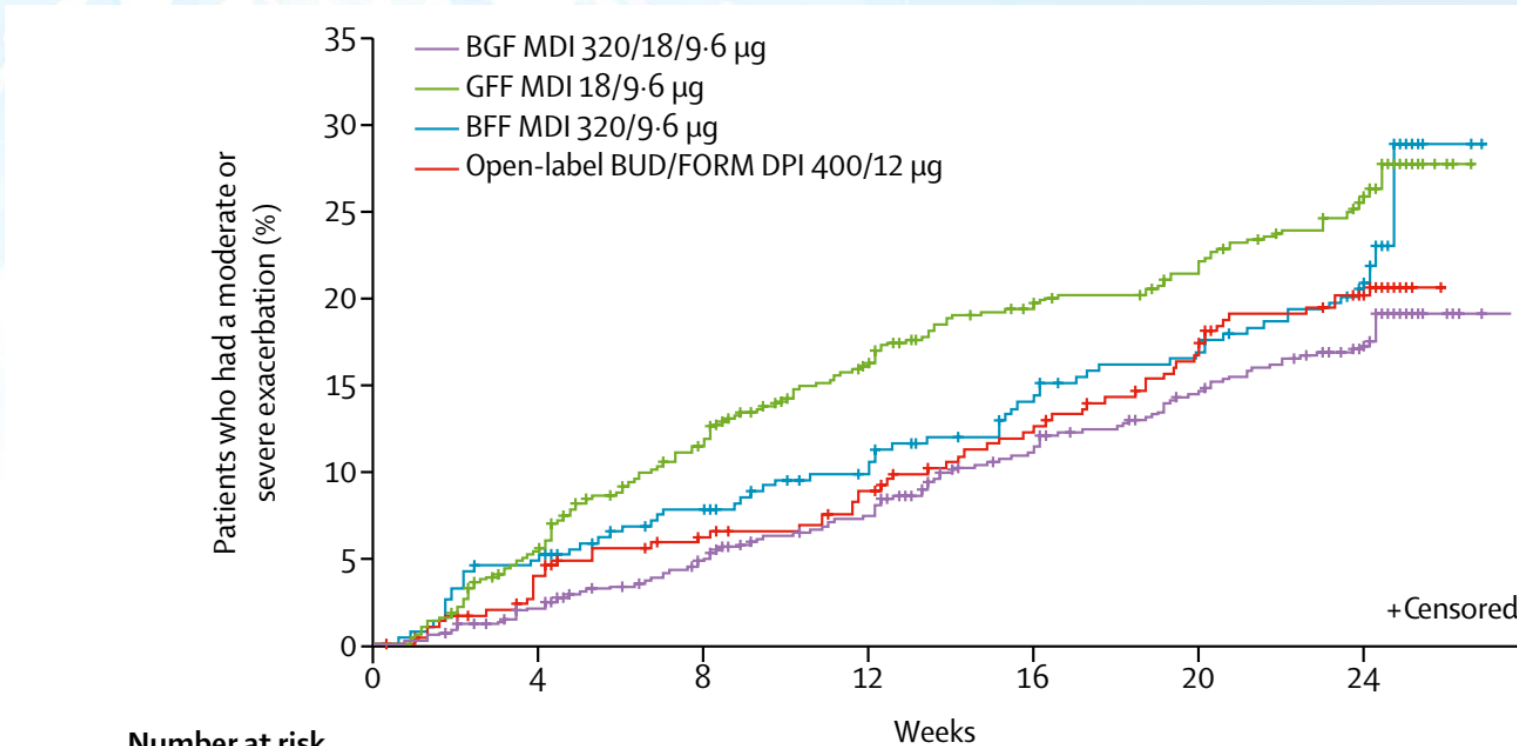
Roberts M, Smith T, Wheatley J, et al. Symptom Burden of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Attending the Westmead Breathlessness Service: Prevalence, Associations, and Sex-Related Differences. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2023 Nov 30;18:2825-2837.

Triệu chứng nhiều tiên đoán đợt cấp trong tương lai

Nghiên cứu cắt ngang trong cộng đồng trên 2531 người bệnh COPD và bác sỹ điều trị tại 5 quốc gia Châu Âu (Pháp, Đức, Ý, Tây Ban Nha, và Vương quốc Anh)



Người bệnh chỉ có triệu chứng cũng hưởng lợi từ bộ ba



	Number at risk						
	0	4	8	12	16	20	24
BGF MDI 320/18/9.6 µg	639	620	590	561	526	498	428
GFF MDI 18/9.6 µg	625	585	532	492	463	446	371
BFF MDI 320/9.6 µg	314	295	277	260	242	233	196
Open-label BUD/FORM DPI 400/12 µg	318	297	282	271	257	241	203

Dùng bộ ba FF/UMEC/VI cải thiện các tiêu chí kiểm soát tình trạng bệnh tốt hơn bộ đôi ICS/LABA (BUD/FOR)¹⁻³

Thử nghiệm FULFIL

Cải thiện chức năng phổi¹

(95% CI: 148, 194; $tr < 0,001$)
FEV₁, thay đổi so với ban đầu:
+ 142 mL, so với BUD / FOR, -29 mL

Giảm gánh nặng triệu chứng (CAT) nhiều hơn ở Tuần 24²

(95% CI: -1,4, -0,4), $p < 0,001$; Thay đổi so với ban đầu: FF / UMEC / VI -2.5 đơn vị so với BUD/ FOR: -1.6 đơn vị



Giảm tương đối tỷ lệ đợt cấp

(95% CI: 15, 63; $p = 0,006$); FF / UMEC / VI (0,2 / năm; $n = 210$), so với BUD/ FOR (0,36 / năm; $n = 220$)†

Cải thiện chất lượng cuộc sống (SGRQ) nhiều hơn ở Tuần 24¹

(95% CI: -3,5, -1,0), $p < 0,001$;
Thay đổi so với ban đầu:
FF / UMEC / VI -6.6 đơn vị, so với BUD/ FOR: -4.3 đơn vị

**HRS
2026**

*Bệnh nhân thuộc GOLD 2017 Nhóm D: FEV₁ <50%, điểm CAT ≥10 HOẶC ≤50% FEV₁ <80%, điểm CAT ≥10 với ≥2 đợt cấp trung bình hoặc ≥1 đợt cấp nặng trong năm qua.

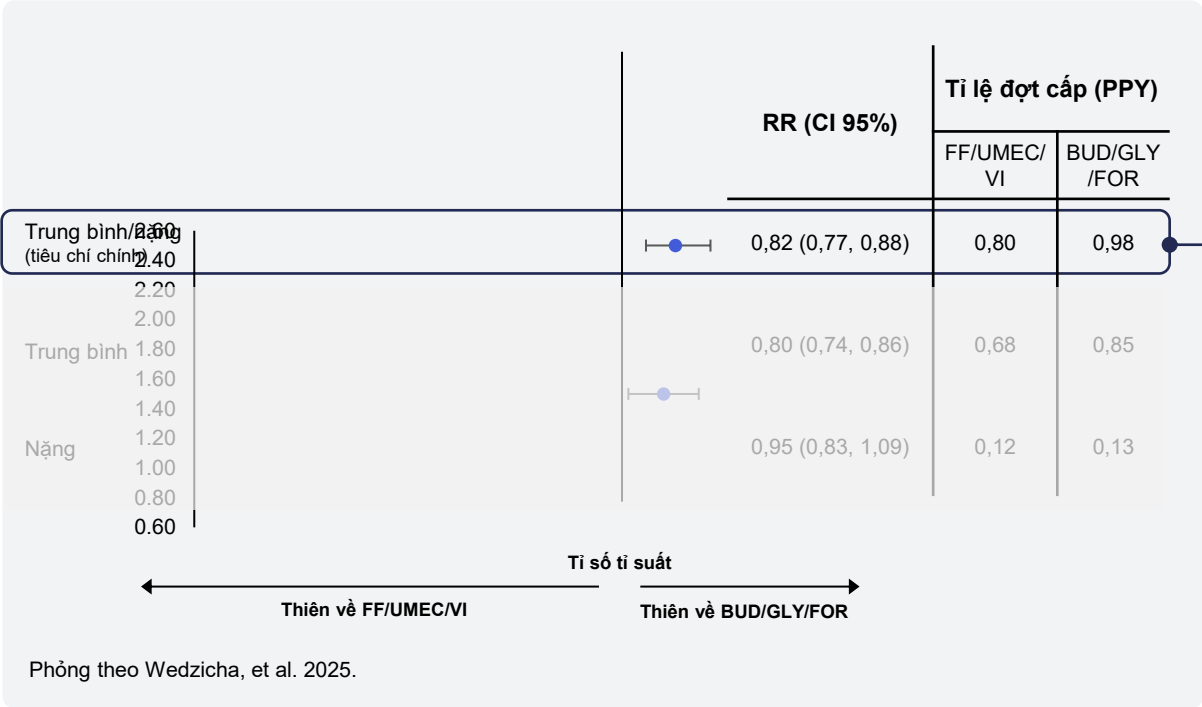
BD, hai lần mỗi ngày; BUD, budesonide; Bài kiểm tra đánh giá CAT, COPD; CFB, thay đổi so với đường cơ sở; CI, khoảng tin cậy; COPD, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính; FEV₁, thể tích thở ra bắt buộc trong một giây; FF, fluticasone furoate; FOR, formoterol; GOLD, Sáng kiến Toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính; ICS, corticosteroid dạng hít; LABA, chất chủ vận beta 2 tác dụng kéo dài; LS, bình phương nhỏ nhất; n, cỡ mẫu; p, giá trị xác suất; SGRQ, Bảng câu hỏi về hô hấp của St George; UMEC, umeclidinium; VI, vilanterol.

1. Lipson DA và cộng sự. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017; 196(4):438–446. 2. Tabberer M và cộng sự. *Adv Ther*. 2018; 35(1):56–71. 3. Jones PW và cộng sự. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014; 189(3):250–255.

Nghiên cứu về hiệu quả so sánh trong đời thực ở bệnh nhân COPD được nâng bậc điều trị từ liệu pháp kép FF/UMEC/VI sử dụng một lần mỗi ngày giúp giảm có ý nghĩa tỉ lệ các đợt cấp trung bình/nặng hằng năm so với BUD/GLY/FOR sử dụng hai lần mỗi ngày¹

Tỉ lệ đợt cấp trung bình/nặng* hằng năm (tiêu chí chính)
ở bệnh nhân COPD có bảo hiểm Medicare, Hoa Kỳ - đoàn hệ có trọng số

Kết quả chỉ phản ánh cho dân số được nghiên cứu và có thể không mang tính khái quát hóa



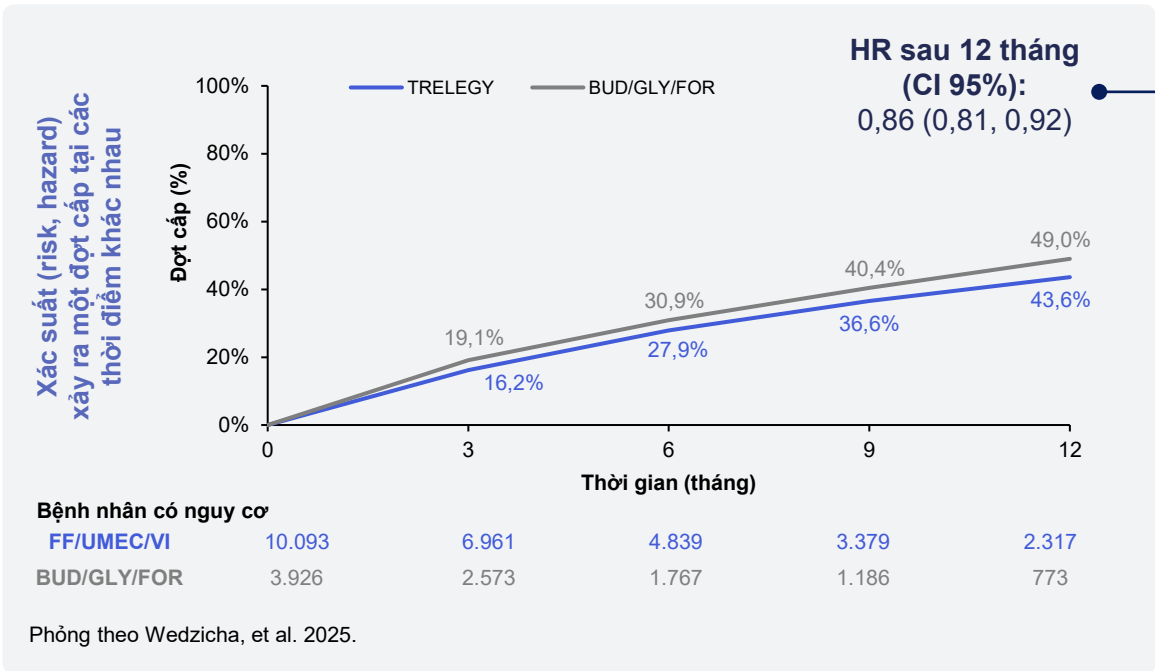
Bệnh nhân sử dụng FF/UMEC/VI đã giảm
↓ 18%
số đợt cấp trung bình/nặng so với BUD/GLY/FOR
p<0,001

*Một đợt cấp COPD trung bình được định nghĩa là bệnh nhân có ≥1 lần khám ngoại trú hoặc cấp cứu với mã chẩn đoán đợt cấp COPD tại tuyến cơ sở và ≥1 lần cấp phát thuốc hoặc sử dụng thuốc tại cơ sở y tế bất kỳ (ví dụ: nhập viện, ngoại trú, cấp cứu) đối với corticosteroid toàn thân hoặc kháng sinh theo khuyến cáo của hướng dẫn điều trị trong vòng 5 ngày sau hoặc trước lần khám. Một đợt cấp COPD nặng được định nghĩa là bệnh nhân nhập viện với mã chẩn đoán đợt cấp COPD tại tuyến cơ sở.
BUD: Budesonide; CI: Khoảng tin cậy; COPD: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Medicare FFS (fee-for-service): Mô hình bảo hiểm mà nhà cung cấp dịch vụ y tế được thanh toán theo từng dịch vụ đã cung cấp cho bệnh nhân; FOR: Formoterol; GLY: Glycopyrronium; HR: Tỉ số nguy cơ (hazard ratio); PPY: Trên mỗi năm-bệnh nhân; RR: Tỉ số tỉ suất (rate ratio).
1. Wedzicha, Jadwiga A et al. "Comparative Effectiveness of FF/UMEC/VI and BUD/GLY/FOR in Patients with COPD Stepping Up From Dual Therapy." *Advances in therapy*, 10.1007/s12325-025-03295-4. 7 Jul. 2025, doi:10.1007/s12325-025-03295-4

Nghiên cứu về hiệu quả so sánh trong đời thực ở bệnh nhân COPD được nâng bậc điều trị từ liệu pháp kép FF/UMEC/VI sử dụng một lần mỗi ngày giúp giảm có ý nghĩa nguy cơ xảy ra đợt cấp trung bình/nặng đầu tiên so với BUD/GLY/FOR sử dụng hai lần mỗi ngày¹

Tỉ lệ đợt cấp trung bình/nặng* hằng năm (tiêu chí phụ)
ở bệnh nhân COPD có bảo hiểm Medicare FFS, Hoa Kỳ - đoàn hệ có trọng số

Kết quả chỉ phản ánh cho dân số được nghiên cứu và có thể không mang tính khái quát hóa



Bệnh nhân sử dụng FF/UMEC/VI đã giảm 14% nguy cơ xảy ra đợt cấp trung bình/nặng đầu tiên so với BUD/GLY/FOR
p<0,001

Sau 12 tháng, bệnh nhân sử dụng FF/UMEC/VI đã giảm có ý nghĩa nguy cơ xảy ra đợt cấp mức độ trung bình đầu tiên so với BUD/GLY/FOR†

Kết quả cho thấy không có khác biệt mang ý nghĩa về nguy cơ xảy ra đợt cấp mức độ nặng đầu tiên‡

HR (hazard ratio) và risk được ước tính từ kết quả phân tích thời gian diễn tiến đến khi xuất hiện biến cố. Giá trị p cho các tiêu chí phụ và tiêu chí thăm dò không được hiệu chỉnh về tính bội.

*Một đợt cấp COPD trung bình được định nghĩa là bệnh nhân có ≥1 lần khám ngoại trú hoặc cấp cứu với mã chẩn đoán đợt cấp COPD tại tuyến cơ sở và ≥1 lần cấp phát thuốc hoặc sử dụng thuốc tại cơ sở y tế bất kỳ (ví dụ: nhập viện, ngoại trú, cấp cứu) đối với corticosteroid toàn thân hoặc kháng sinh theo khuyến cáo của hướng dẫn điều trị trong vòng 5 ngày sau hoặc trước lần khám. Một đợt cấp COPD nặng được định nghĩa là bệnh nhân nhập viện với mã chẩn đoán đợt cấp COPD tại tuyến cơ sở.

†Sử dụng FF/UMEC/VI giúp làm giảm 15% nguy cơ xảy ra đợt cấp mức độ trung bình khi so với BUD/GLY/FOR; HR: 0,85 (CI 95%: 0,80, 0,91), p<0,001. Xác suất/nguy cơ gặp phải ít nhất 1 đợt cấp mức độ trung bình sau 12 tháng: FF/UMEC/VI 38,8%, BUD/GLY/FOR 43,9%.

‡Đợt cấp nặng; HR: 0,92 (CI 95%: 0,80, 1,05), p=0,213. Xác suất/nguy cơ gặp phải ít nhất 1 đợt cấp mức độ nặng sau 12 tháng: FF/UMEC/VI 9,6%, BUD/GLY/FOR 10,6%.

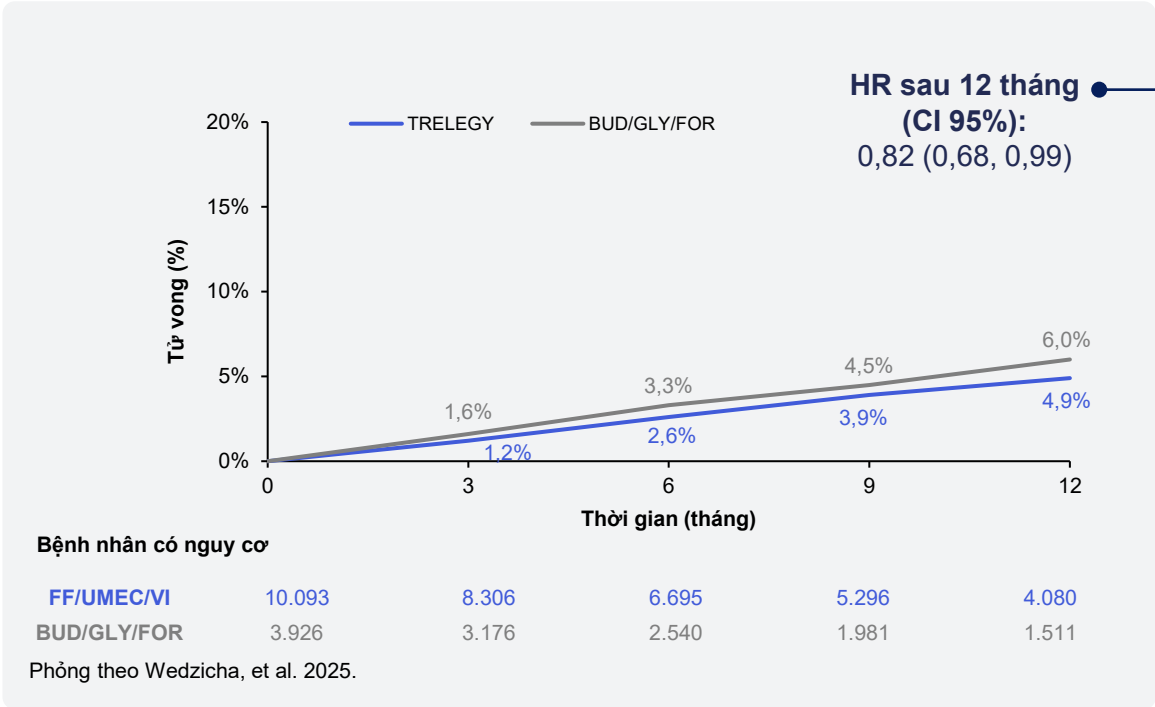
BID: Hai lần mỗi ngày; BUD: Budesonide; CI: Khoảng tin cậy; COPD: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Medicare FFS (fee-for-service): Mô hình bảo hiểm mà nhà cung cấp dịch vụ y tế được thanh toán theo từng dịch vụ đã cung cấp cho bệnh nhân; FOR: Formoterol; GLY: Glycopyrronium; HR: Tỉ số nguy cơ (hazard ratio); PPY: Trên mỗi năm-bệnh nhân; RR: Tỉ số tỉ suất (rate ratio).

1. Wedzicha, Jadwiga A et al. "Comparative Effectiveness of FF/UMEC/VI and BUD/GLY/FOR in Patients with COPD Stepping Up From Dual Therapy." *Advances in therapy*, 10.1007/s12325-025-03295-4. 7 Jul. 2025, doi:10.1007/s12325-025-03295-4

Nghiên cứu về hiệu quả so sánh trong đời thực ở bệnh nhân COPD được nâng bậc điều trị từ liệu pháp kép
Trong một tiêu chí đánh giá thăm dò, bệnh nhân sử dụng FF/UMEC/VI có
nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân thấp hơn 18% so với BUD/GLY/FOR¹

Tiêu chí thăm dò: Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong đời thực ở bệnh nhân COPD
có bảo hiểm Medicare tại Hoa Kỳ - đoàn hệ có trọng số, được đánh giá bằng số liệu thống kê tử vong

Kết quả chỉ phản ánh cho dân số được nghiên cứu và có thể không mang tính khái quát hóa



**Bệnh nhân sử dụng FF/UMEC/VI đã giảm
nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân so với BUD/GLY/FOR**
P=0,040 sau 12 tháng. Tỷ lệ phần trăm nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân: FF/UMEC/VI 4,9% so với BUD/GLY/FOR 6,0%

HR (hazard ratio) và risk được ước tính từ kết quả phân tích thời gian diễn tiến đến khi xuất hiện biến cố. Giá trị p cho các tiêu chí phụ và tiêu chí thăm dò không được hiệu chỉnh về tính bội. Phân tích hồi cứu cơ sở dữ liệu bảo hiểm trong đời thực của bệnh nhân COPD có bảo hiểm Medicare Fee-For-Service tại Hoa Kỳ, là những bệnh nhân được nâng bậc điều trị lên FF/UMEC/VI (N=10.093) hoặc BUD/GLY/FOR (N=3.926), với liều lượng theo khuyến cáo trên nhãn, vào hoặc sau ngày 1 tháng 1 năm 2021 cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2023 (thời gian theo dõi trung bình tương ứng với từng thuốc lần lượt là 360 ngày và 347 ngày), bệnh nhân đã sử dụng liệu pháp kép (ICS/LABA, 66,2% [N=9.279/14.019]; LAMA/LABA, 38,0% [N=5.330/14.019]) trong tối thiểu 90 ngày trước khi bắt đầu liệu pháp bộ ba trong một bình hít. Nghiên cứu này không thu thập dữ liệu về tính an toàn. BUD: Budesonide; CI: Khoảng tin cậy; COPD: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Medicare FFS (fee-for-service): Mô hình bảo hiểm mà nhà cung cấp dịch vụ y tế được thanh toán theo từng dịch vụ đã cung cấp cho bệnh nhân; FOR: Formoterol; GLY: Glycopyrronium; HR: Tỷ số nguy cơ (hazard ratio).

1. Wedzicha, Jadwiga A et al. "Comparative Effectiveness of FF/UMEC/VI and BUD/GLY/FOR in Patients with COPD Stepping Up From Dual Therapy." *Advances in therapy*, 10.1007/s12325-025-03295-4. 7 Jul. 2025, doi:10.1007/s12325-025-03295-4

Kết luận

- GOLD 2026 khuyến cáo nâng cao tiêu chuẩn điều trị người bệnh COPD nhằm đạt đến tình trạng bệnh ổn định và kiểm soát
- Điều trị bộ ba được khuyến cáo khởi động sớm trên người bệnh mới có ≥ 1 đợt cấp trung bình giúp ổn định tình trạng bệnh
- Điều trị bộ ba được khuyến cáo trên người bệnh vẫn còn đợt cấp, triệu chứng dù đã điều trị bộ đôi LABA/LAMA, ICS/LABA giúp kiểm soát tình trạng bệnh



HỘI HÔ HẤP
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP - HRS 2026
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP ĐÃ CHÚ Ý LẮNG NGHE

VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026