

HỘI NGHỊ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

NỘI SAN THÁNG 11/2023



HỘI NGHỊ KHOA HỌC VỀ COPD LẦN 3
TẦM SOÁT, PHÁT HIỆN SỚM VÀ ĐIỀU TRỊ
COPD TẠI CỘNG ĐỒNG


 

 **Trung Tâm Hội Nghị 272** | 272 Võ Thị Sáu, P. 7, Q. 3, TP.HCM
 **18/11/2023** | Live on **Ecademy**

BAN TỔ CHỨC TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

ĐƠN VỊ TÀI TRỢ

TÀI TRỢ KIM CƯƠNG

AstraZeneca 

TÀI TRỢ VÀNG

GSK

TÀI TRỢ ĐỒNG



Boehringer
Ingelheim



IME PHARM
Sự cam kết, ngày thì đầu

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

- 07:30 - 08:30 ● Đón tiếp đại biểu
- 08:30 - 09:00 ● Lễ khai mạc

08 tiết
CME

HỘI TRƯỞNG HOA SEN TRỆT | PHIÊN TOÀN THỂ

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Đinh Ngọc Sỹ - PGS.TS.BS. Nguyễn Việt Nhung
PGS.TS.BS. Nguyễn Thị Ngọc Dung - PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc
TS.BS. Nguyễn Văn Thành - PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan

- 09:00 - 09:30 ● **Những lợi ích của những thay đổi căn bản trong GOLD 2023 về "BN COPD" không tắc nghẽn**
TS.BS. Nguyễn Văn Thành - Phó Chủ Tịch Hội Phổi Việt Nam
- 09:30 - 10:00 ● **COPD GD sớm: mục tiêu của chương trình tầm soát?**
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Phó Chủ Tịch Hội Phổi Việt Nam
- 10:00 - 10:30 ● **ACO - hen/COPD: cập nhật chẩn đoán và điều trị**
PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan - Chủ Tịch LCH Hen - DU - MDLS TP.HCM
- 10:30 - 10:50 ● **AZ: Hiệu quả & an toàn giữa các liệu pháp chứa ICS: khác biệt từ In-vitro đến kết quả lâm sàng trong điều trị COPD**
PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng - Phó Chủ Tịch LCH Hô Hấp TP.HCM
- 10:50 - 11:10 ● **Pfizer: Vai trò của PCV trên bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp mãn tính**
TS.BS. Lê Khắc Bảo - Phó Khoa Hô Hấp BV Nhân Dân Gia Định
- 11:10 - 11:40 ● **Thảo luận và tổng kết phiên toàn thể**

HỘI TRƯỜNG HOA SEN TRỆT | PHIÊN CHUYÊN ĐỀ THẢO LUẬN BÀN TRÒN: KẾT HỢP BỘ ĐÔI HAY BỘ BA TRONG COPD? ICS/LABA, LABA/LAMA HAY ICS/LABA/LAMA?

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Đinh Ngọc Sỹ - PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng

- 13:30 - 14:00 • **Trường phái Không ủng hộ thêm ICS**
TS.BS. Nguyễn Văn Thọ - Chủ Nhiệm BM Lao - ĐHYD TP.HCM
- 14:00 - 14:20 • **Video công ty Astra Zeneca - Video**
- 14:20 - 14:40 • **GSK: Cá thể hóa điều trị COPD - từ thử nghiệm lâm sàng đến khuyến cáo điều trị**
TS.BS. Lê Thị Thu Hương - Trưởng Khoa Hô Hấp BV Nhân Dân Gia Định
- 14:40 - 15:10 • **Trường phái ủng hộ thêm ICS**
TS.BS. Lê Khắc Bảo - Phó Khoa Hô Hấp BV Nhân Dân Gia Định
- 15:10 - 15:30 • **Giải lao**
- 15:30 - 17:00 • **Tranh luận và đặt câu hỏi cho 2 nhóm ủng hộ và chống ICS trong COPD**
- 17:00 - 17:10 • **Kết luận của chủ tọa đoàn**

HỘI TRƯỜNG HOA SEN LẦU 1 | PHIÊN CHUYÊN ĐỀ ĐIỀU TRỊ COPD GĐ ỔN ĐỊNH: ĐƠN HAY PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ TRONG COPD

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Nguyễn Việt Nhung - PGS.TS.BS. Nguyễn Thanh Hải
BS. CKII. Nguyễn Đình Duy

- 13:30 - 13:50 • **COPD và bệnh đồng mắc: Điều trị bệnh lý tim mạch / BN COPD**
TS.BS. Trương Phi Hùng - GV BM Nội - Phó Khoa Tim Mạch BV Chợ Rẫy
- 13:50 - 14:10 • **Macrolide hay Roflumilast? Những bằng chứng khoa học**
TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh - Giảng Viên ĐHYK PNT
- 14:10 - 14:30 • **BIVN: Vai trò dụng cụ hít trong điều trị COPD**
TS.BS. Lê Khắc Bảo - Phó Khoa Hô Hấp BV Nhân Dân Gia Định
- 14:30 - 14:50 • **GSK: Tiếp cận điều trị ban đầu cho bệnh nhân COPD trong các hướng dẫn điều trị**
PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng - Phó Chủ Tịch LCH Hô Hấp TP.HCM
- 14:50 - 15:10 • **Giải lao**
- 15:10 - 15:30 • **Cải thiện tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân COPD bằng liệu pháp dùng thuốc và không dùng thuốc**
BS. CKII. Nguyễn Đình Duy - Nguyên PGĐ BV Phạm Ngọc Thạch
- 15:30 - 15:50 • **Nguy cơ suy mòn và vai trò dinh dưỡng trong BN COPD**
BS. CKII. Đỗ Thị Ngọc Diệp - Chủ Tịch LCH Dinh Dưỡng Thực Phẩm TP.HCM
- 15:50 - 16:20 • **Phục hồi chức năng hô hấp và vận động trong hỗ trợ điều trị COPD**
TS.BS. Nguyễn Đức Thành - Trưởng Khoa PHCN BV ĐHYD TP.HCM
- 16:20 - 17:00 • **Thảo luận và tổng kết**

HỘI TRƯỜNG HOA SEN LÂU 2 | PHIÊN CHUYÊN ĐỀ **ĐỢT CẤP VÀ PHÒNG NGỪA ĐỢT CẤP COPD**

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - TS.BS. Nguyễn Văn Thành - TS.BS. Lê Thị Thu Hương

- 13:30 - 13:50 • **Dự phòng đợt cấp COPD thường xuyên: vai trò của macrolide?**
TS.BS. Lê Thị Thu Hương - Trưởng Khoa Hô Hấp BV Nhân Dân Gia Định
- 13:50 - 14:10 • **Nhiễm trùng trong đợt cấp COPD: khi nào chỉ định kháng sinh? Kháng sinh gì?**
TS.BS. Nguyễn Văn Thành - Phó Chủ tịch Hội Phổi Việt Nam
- 14:10 - 14:20 • **Thermo: Sự tương đồng của các hệ thống máy XN B-R-A-H-M-S PCT: Hữu ích trong đợt cấp COPD**
TS.BS. Trần Thành Vinh - Trưởng Khoa Sinh Hoá BV Chợ Rẫy - BCH VACB
- 14:20 - 14:30 • **Imexpharm: Sử dụng kháng sinh với dạng bào chế phù hợp cho người lớn tuổi và sản phẩm Biocemet DT**
BS. Nguyễn Thị Tường Vi - Giám Đốc Marketing Imexpharm
- 14:30 - 14:50 • **BIVN: Xử trí đợt cấp COPD theo hướng dẫn BPTNMT BYT 2023**
BS.CKII. Đặng Vũ Thông - Trưởng Khoa Hô Hấp BV Chợ Rẫy
- 14:50 - 15:10 • **Giải lao**
- 15:10 - 15:30 • **Nhận biết và phân độ nặng đợt cấp COPD**
TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh - Giảng Viên ĐHYK PNT
- 15:30 - 15:50 • **Chủng ngừa cúm/phế cầu có lợi ngăn ngừa đợt cấp COPD và tử vong?**
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ tịch LCH Hô Hấp TP.HCM
- 15:50 - 16:10 • **Thở máy không xâm lấn trong đợt cấp COPD**
ThS.BS. Dương Minh Ngọc - Giảng Viên BM Nội ĐHYD TP.HCM
- 16:10 - 16:30 • **Thảo luận và tổng kết**
Chủ tọa đoàn

HỘI TRƯỜNG HOA SEN LẦU 3 | PHIÊN CHUYÊN ĐỀ **CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG BỆNH NHÂN COPD**

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan - ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên

- 13:30 - 14:00 ● **Chăm sóc BN thở máy không xâm lấn**
ThS.ĐD. Phạm Thị Thanh Tâm - ĐD Trưởng Khoa Hô Hấp BV ĐHYD TP.HCM
- 14:00 - 14:30 ● **Chăm sóc BN thở máy xâm lấn**
ThS.ĐD. Tạ Thị Thanh Trúc - ĐD Trưởng Khoa HSTC BV ĐHYD TP.HCM
- 14:30 - 14:40 ● **Công ty BI**
- 14:40 - 15:00 ● **Giải lao**
- 15:00 - 15:30 ● **Hướng dẫn cách đo chức năng hô hấp**
ThS.BS. Vũ Trần Thiên Quân - GV BM Sinh Lý ĐHYD TP.HCM
- 15:30 - 16:00 ● **Hướng dẫn sử dụng dụng cụ hít**
ThS.BS. Trần Thị Thuý Tường - GV BM Nội ĐHYD TP.HCM
- 16:00 - 16:30 ● **Thảo luận và tổng kết**
Chủ tọa đoàn

cao để nhận biết các bệnh nhân quá nhạy cảm. Định mức nhận biết được và bệnh học: Liều cao glucocorticosteroids có thể che lấp dấu hiệu nhận biết khởi phát và tình trạng nhận biết một số thay đổi trong khi dùng thuốc. Đặc biệt lưu ý ở bệnh nhân lao phổi hoặc nhiễm nấm, vi khuẩn hoặc virus đường hô hấp thể lặn hoặc biến ẩn. **Chức năng gan:** Giảm chức năng gan có thể ảnh hưởng đến sự thải trừ corticosteroid. Nếu xảy ra thì liều cao sẽ một lần cũng đủ với bệnh nhân tổn thương chức năng gan bên trong. **Vi thông phổi phổi dưới áp lực dương:** Không nhìn sẽ dùng với hệ thống phân phối dưới áp lực dương (như IPPV) ở các bệnh nhân như trên khi mang phổi, len khí, tổn thương trung thất, tracheo có hệ thống dẫn lưu đặc biệt. **Khả năng gây suy thận và gây dị tật:** Không có tác động gây suy thận được ghi nhận trên thuật bệnh. Không phát hiện bất lợi về độ nhạy cảm và khả năng gây dị tật bẩm sinh các thể khác đối bệnh.

SỬ DỤNG THUỐC CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ: Phụ nữ có thai – nhóm A: Lịch sử 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 với nồng độ thấp. Nếu lịch sử của hen nặng cơ thì vẫn có thể xem xét đến việc cho con bú trong thời gian dùng thuốc. **ẢNH HƯỞNG TRÊN KHẢ NĂNG LAI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không ảnh hưởng. **TƯƠNG TÁC CỦA THUỐC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC LOẠI TƯƠNG TÁC KHÁC:** Xem về khi điều trị liều dài Budesonid về các chất ức chế CYP3A như ketoconazol và itraconazol có thể làm tăng nồng độ budesonid toàn thân.

TÁC DỤNG THUỐC MONG MUỐN: PULMICORT mũi được dùng dạng xịt. Mọi sử dụng ngoài ý sau có thể xảy ra. **Thường gặp (> 1%):** Mũi - ngứa, kích ứng, đau, kích thích cổ họng, kích thích mắt và miệng, khô miệng; nhiễm Candida miệng hoặc âm đạo. **Ít gặp (< 1%):** Mũi - ngứa, kích thích thành quản, viêm kết mạc, đau mắt, tiêu chảy, buồn nôn. **Phản ứng quá mẫn:** Các phản ứng quá mẫn tại chỗ và mẫn cảm phản ứng da (mề đay, ban đỏ, viêm da); có thể gặp ngứa, phù mạch và phản ứng phản vệ. **Nhiễm khuẩn trong khoang:** Viêm da; chóng mặt; cảm giác khát, mất ngủ. **Rối loạn chuyển hóa và nội tiết đường - tăng cân:** Giảm cân hoặc có biểu hiện của suy giảm thể lực xảy ra khi dùng glucocorticosteroid dạng hít. Các triệu chứng về tâm thần như rối loạn hành vi, kích thích, bồn chồn và bồn chồn cảm đã được ghi nhận khi dùng budesonid cũng như các glucocorticosteroid khác. Có thể xảy ra kích ứng da một trong một vài trường hợp khi sử dụng máy xông khí dung (nebulizer) với mặt nạ. Để ngăn ngừa sự kích ứng, nên rửa mặt sau mỗi lần dùng PULMICORT RESPILES qua máy xông khí dung (nebulizer) và mặt nạ.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG: 1. **Loại như ống thuốc để** các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trên lá. 2. **Giữ ống thuốc** đảm bảo hướng lên trên và mở ống bằng cách: nắm phần định (cánh). 3. **Đặt phần mở của ống thuốc** vào bình chứa của máy xịt dung và bóp tay nó. Nếu chỉ dùng 1 mL, ống thuốc phân bổ trong 10 cho đến khi xuất chất lỏng đạt đến vạch chỉ. Bảo quản tránh ánh sáng khi sử dụng ống thuốc đã mở. Số dung ống thuốc đã mở trong vòng 12 giờ. Nếu kéo 3 nếu chỉ dùng 1 mL, phần thể tích còn lại sẽ không bảo đảm về trọng lượng khi dùng phần chất lỏng còn lại, máy (bottle) như ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trên lá.

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN: PULMICORT là thuốc dự phòng các phát động hen nên và không được sử dụng như đơn liều pháp để cắt cơn hen cấp tính. Bệnh nhân nên được hướng dẫn sử dụng đúng cách các loại dụng cụ khi dùng thuốc hít.

QUẢN LÝ LÂM SÀNG: 1. Định mức 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 mức tiền đàm quá mức, nên cho họ tránh ngắn thời gian (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 lâu dài với PULMICORT được sử dụng. 2. Bệnh nhân phụ thuộc corticosteroid đường uống: Các thay đổi bất ngờ ở những bệnh nhân phụ thuộc corticosteroid đường uống chuyển sang PULMICORT. Nếu bắt đầu điều trị bằng PULMICORT thì bệnh nhân hen đang ở trong tình trạng tương đối ổn định. Một liều cao PULMICORT nên được sử dụng kèm với liều corticosteroid đường uống đã dùng trước đây trong khoảng 2 tuần. Nếu giảm liều corticosteroid đường uống từ từ thì liều thay thế có thể giảm. Không nên thay đổi liều PULMICORT trong thời gian bệnh nhân còn sử dụng corticosteroid đường uống. Trong những trường hợp, có thể thay thế hoàn toàn corticosteroid đường uống bằng PULMICORT đường hít. Một số trường hợp khác, ống thuốc steroid đường uống để dự trữ là cần thiết. Những bệnh nhân chuyển sang PULMICORT nên có Phẫu Thuật Tổng Cơ Cấu Được tạo ý thích hợp nếu có các bệnh nhân này có thể cần dùng bổ sung corticosteroid toàn thân trong giai đoạn stress như nhiễm trùng nặng, chấn thương hoặc phẫu thuật. Trong khi chuyển từ liều pháp đường uống sang PULMICORT, tác động steroid toàn thân sẽ giảm. Các triệu chứng có thể xảy ra có thể là phát phù da viêm mắt, đau, viêm kết mạc) hoặc bệnh nhân mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp, trầm cảm, mất ngủ, thỉnh thoảng buồn nôn và nôn. Trong những trường hợp như vậy, cần hỗ trợ thêm về mặt y khoa. Các 5-Sử dụng ống hít dung và ống ngưng hoặc một số với nước ấm để mở khó theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

CƠ SỞ SẢN XUẤT: AstraZeneca AB, SE-151 20 Södertälje, Thụy Điển.

CÔNG TY TNHH ASTRAZENECA VIỆT NAM.
Tầng 16, Tòa nhà A&B, Số 76, Đường Lê Lợi, Phường Bến Thành, Quận 1, TP Hồ Chí Minh.
Tel: +84 (24) 38278048 - Fax: +84 (24) 38278089
Giới VN-1516



PULMICORT ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH TRONG ĐIỀU TRỊ*

- 1 Điều trị hen phế quản
- 2 Liệu pháp thay thế hoặc giảm liều steroids đường uống
- 3 Viêm thanh khí phế quản cấp ở trẻ em và nhũ nhi (Croup)

Số giấy xác nhận: 224/2018/ONTT-010, ngày 12 tháng 08 năm 2018.
Số hiệu đăng ký 4 trong Thông tin chi tiết của phần 5.1.1 trong 3.4.
*Thông tin chi tiết xin đọc: Các quản lý được ghi được



LIỀU DÙNG

	Liều khởi đầu, hoặc trong giai đoạn hen nặng, hoặc trong thời gian giảm liều corticosteroid đường uống:	Điều trị duy trì
Trẻ em	0,5 - 1mg x 2 lần/ngày	0,25 - 0,5 mg x 2 lần/ngày
Người lớn	1 - 2mg x 2 lần/ngày	0,5 - 1mg x 2 lần/ngày
Viên thanh khí phế quản cấp ở nhà nhi và trẻ em	liều thông thường 2 mg dùng 1 lần	

THÔNG TIN KẾ TOA

Pulmicort® Respules® (Budesonid)

THÀNH PHẦN VÀ HẠM LƯỢNG: một ống thuốc đơn liều (2ml) chứa 1mg budesonid.

ĐANG BẢO QUẢN: Hòn dích khí dạng ống để hút. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp 4 gói x 5 ống đơn liều 2ml.

CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ: Điều trị hen phế quản. Sử dụng khi cần thiết phải thay thế hoặc giảm liều steroid đường uống. Điều trị viêm thanh khí phế quản cấp (Định Group) ở nhà nhi và trẻ em. **LIỀU DÙNG VÀ CÁCH DÙNG:** Hòn phế quản: Pulmicort Respules nên được sử dụng với máy khí dạng ống nên thích hợp. Thời gian hít dùng và lượng thuốc được phóng thích phụ thuộc vào tốc độ dòng khí, thể tích buồng chứa và thể tích thuốc nạp vào. Nếu sau khi lắc mà thuốc không rơi lại dạng hỗn dịch thì nên loại bỏ ống thuốc. **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:** Hen nặng nhẹ: giảm liều từ liều khởi đầu 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 khí phế quản cấp (Định Group):** Ở nhà nhi và trẻ em, liều thông thường 2 mg budesonid dạng uống khi đang dùng 1 lần. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với budesonid hay bất kỳ thành phần nào của thuốc.

THẬN TRỌNG: Ca thán phế quản. PULMICORT không thích hợp là đơn liệu pháp điều trị cơn 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. Những bệnh nhân này được hướng dẫn mang theo Phiếu Chẩn Thông Tin Cần Thiết Lưu ý Thận Trọng. **Tác động toàn thân có thể xảy ra khi dùng corticosteroid dạng ống:** tác động toàn thân có thể xảy ra của steroid dạng hít bao gồm ức chế trục HPA, giảm mật độ xương, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp và chậm tăng trưởng ở trẻ em. **Ức chế trục HPA và suy tuyến thượng thận:** Sự ức chế trục HPA phụ thuộc vào liều đã được ghi nhận với budesonid hít. Rối loạn tương tự với loạn chức năng tuyến thượng thận có thể liên quan đến độ được ghi nhận trên bệnh nhân dùng budesonid hít ở các liều khuyến cáo. Theo dõi đặc biệt ở bệnh nhân chuyển từ corticosteroid dạng uống sang dùng PULMICORT, vì có thể có nguy cơ suy chức năng tuyến thượng thận. Bệnh nhân cần điều trị với corticosteroid liều cao trong trường hợp khẩn cấp, việc điều trị kéo dài với corticosteroid hít ở các liều khuyến cáo cao nhất hoặc bệnh nhân đang dùng đồng thời các thuốc chuyển hóa qua CYP3A4 (như Sildenafil) có thể có nguy cơ. 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 da cấp tính) hoặc các bệnh trạng đe dọa chết do mất chức năng gan thận trung. Nếu theo dõi dấu hiệu rối loạn chức năng tuyến thượng thận ở các bệnh nhân này. Đối với các bệnh nhân này, cũng nên xem xét dùng thêm glucocorticosteroid bổ sung trong giai đoạn stress, cơn hen nặng hoặc phẫu thuật cấp cứu. **Một số người:** các nghiên cứu theo dõi dài hạn (3-6 năm) về điều trị budesonid trên người trưởng thành ở các liều khuyến cáo đều 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 sự tăng trưởng năng xương ở trẻ em đang phát triển có thể phân ánh sự gia tăng thể tích xương. **Sử dụng thuốc:** Sự giảm tốc độ tăng trưởng học đầu thường nhỏ và thoáng qua (khoảng 1 cm) đã được ghi nhận và thường xảy ra trong năm đầu tiên điều trị. Trẻ em điều trị bằng budesonid đường hít cần tiếp tục đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành. Hôn thạc hiện các phép đo chiều

MỤC LỤC

1. NHỮNG LỢI ÍCH CỦA NHỮNG THAY ĐỔI CĂN BẢN TRONG GOLD 2023 VỀ “BN COPD” KHÔNG TẮC NGHẼN .	11
2. THE BENEFITS OF RADICAL CHANGES IN GOLD 2023 FOR “NON-OBSTRUCTIVE COPD PATIENTS”	11
3. COPD GIAI ĐOẠN SỚM: MỤC TIÊU CỦA CHƯƠNG TRÌNH TẦM SOÁT ?	12
4. COPD IN EARLY STAGE: OBJECTIVE OF THE SCREENING PROGRAM ?	13
5. KẾT HỢP BỘ ĐÔI HAY BỘ BA TRONG COPD: ICS/LABA, LABA/LAMA HAY ICS/LABA/LAMA? TRƯỜNG PHẢI HẠN CHẾ THÊM ICS	14
6. COMBINATION THERAPY OF TWO OR THREE MOLECULES IN COPD: ICS/LABA, LABA/LAMA OR ICS/LABA/LAMA? REASONS FOR LIMITING ICS-CONTAINING THERAPIES	14
7. CÓ NÊN CHỈ ĐỊNH THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN TÁC DỤNG KÉO DÀI ĐƯỜNG HÍT TRONG ĐỢT CẤP HEN, COPD KHÔNG?	15
8. SHOULD INHALED LONG ACTING BRONCHODIALATORS BE INDICATED IN ACUTE EXACERBATION OF ASTHMA, COPD?	16
9. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH COPD	19
10. REHABILITATION FOR PATIENTS WITH COPD	19
11. QUẢN LÝ BỆNH LÝ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH	20
12. ABSTRACT	21
13. DỰ PHÒNG ĐỢT CẤP COPD THƯỜNG XUYỄN: VAI TRÒ MACROLIDE	22
14. PREVENTION OF FREQUENT COPD EXACERBATIONS: THE ROLE OF MACROLIDES	23
15. NHẬN BIẾT VÀ PHÂN ĐỘ NẶNG ĐỢT CẤP BPTNMT	24
16. COPD EXACERBATIONS DIAGNOSIS AND SEVERITY CLASSIFICATION	25
17. CHỦNG NGỪA CÚM / PHẾ CẦU GIẢM ĐỢT CẤP COPD ?	27
18. SUMMARY: INFLUENZA / PNEUMOCOCCAL VACCINATION REDUCE THE EXACERBATION OF COPD ?	28
19. CẢI THIỆN TỶ LỆ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN COPD BẰNG LIỆU PHÁP DỪNG THUỐC VÀ KHÔNG DỪNG THUỐC	34
20. IMPROVING MORTALITY RATE IN COPD PATIENTS USING MEDICINE AND NON-MEDICAL THERAPY	34
21. VAI TRÒ CỦA THỞ MÁY KHÔNG XÂM LẤN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH...	35
22. ROLE OF NON-INVASIVE VENTILATION IN MANAGEMENT OF EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	35
23. NHIỄM TRÙNG TRONG ĐỢT CẤP COPD: KHI NÀO ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH?, KHÁNG SINH GÌ?.....	36
24. INFECTION IN ACUTE EXACERBATIONS OF COPD: WHEN TO TREAT ANTIBIOTICS?, WHAT ANTIBIOTICS?	36
25. NGUY CƠ SUY MÒN VÀ VAI TRÒ DINH DƯỠNG TRONG COPD	38
26. CACHEXIA AND NUTRITION INTERVENTION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	40
27. KỸ THUẬT VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP.....	42
28. TECHNIQUES AND NURSING CARE IN NON-INVASIVE VENTILATION	42
29. HƯỚNG DẪN CÁCH ĐO HỒ HẤP KÝ.....	43
30. HOW TO PERFORM A SPIROMETRY MANEUVER	48

31. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG DỤNG CỤ HÍT THUỐC TRONG BỆNH LÝ HEN VÀ COPD	50
32. INSTRUCTIONS FOR USING THE INHALER FOR ASTHMA AND COPD.....	50
33. BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH: CORTICOID HÍT (ICS) CẦN THIẾT VÀ GIẢM TỬ VONG?	52
34. CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: IS INHALED CORTICOSTEROIDS (ICS) ESSENTIAL AND HELPS REDUCE MORTALITY?.....	53
35. MACROLIDE HAY ROFLUMILAST TRONG ĐIỀU TRỊ COPD? NHỮNG BẰNG CHỨNG KHOA HỌC.....	54
36. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG NGƯỜI BỆNH THÔNG KHÍ CƠ HỌC.....	55
37. ABSTRACT	55

NHỮNG LỢI ÍCH CỦA NHỮNG THAY ĐỔI CĂN BẢN TRONG GOLD 2023 VỀ “BN COPD” KHÔNG TẮC NGHẼN

TS.BS. NGUYỄN VĂN THÀNH

Các tiêu chuẩn nhận diện COPD là rõ ràng: phơi nhiễm khói bụi, có triệu chứng hô hấp mạn tính và giảm chức năng hô hấp. Tuy nhiên luôn có một câu hỏi đặt ra liệu vào thời điểm chẩn đoán, có nên xem là đã quá muộn không, hay nói cách khác là chúng ta có nên chẩn đoán và tiếp cận điều trị trước khi có giảm chức năng hô hấp phát hiện được hay không?. Điều này rõ ràng là có lợi nếu có thể dừng phơi nhiễm và tác động vào được tiến trình bệnh lý ngay ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên các tiêu chuẩn chẩn đoán dường như đã rõ ràng như trên, qua nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán COPD còn rất cao. Những trở ngại thực tế từ việc đo chức năng hô hấp bằng phế dung kế, nhất là ở tuyến chăm sóc ban đầu, cũng được xem là một trở ngại lớn. Bên cạnh đó câu hỏi liệu chẩn đoán sớm có làm gia tăng gánh nặng cho chi phí y tế được xem là cho một tình trạng chưa thực sự bức thiết và có thực sự khả thi hay không luôn là thách thức để trả lời và để triển khai thực hiện.

Bài báo cáo này tóm tắt trình bày các quan điểm có tính lý luận và kết hợp với thực tế Việt Nam xuất phát từ các nghiên cứu gần đây và tài liệu GOLD 2023 vừa công bố.

THE BENEFITS OF RADICAL CHANGES IN GOLD 2023 FOR “NON- OBSTRUCTIVE COPD PATIENTS”

NGUYEN VAN THANH PHD, MD

The criteria for identifying COPD were clear: exposure to air pollution, chronic respiratory symptoms, and decreased respiratory function. However, it is always a question of whether at the time of diagnosis, it should be considered too late, or in other words, should we diagnose and approach treatment before respiratory function decline occurs ?. This is clearly beneficial if exposure can be stopped and the course of the disease can be affected at an early stage. With the diagnostic criteria seem to be clear as above, through many studies, the rate of missed diagnosis of COPD is still very high. The practical impediments from measuring respiratory function by spirometry, especially at the primary care level, are also considered a major obstacle. Besides, the question of whether early diagnosis increases the burden of medical costs is considered a condition that is not really urgent and is really feasible or not is always a challenge to answer and to implement.

This presentation summarizes the theoretical and practical views of Vietnam derived from recent studies and the recently published GOLD 2023 document.

COPD GIAI ĐOẠN SỚM: MỤC TIÊU CỦA CHƯƠNG TRÌNH TẦM SOÁT ?

PGS.TS.BS TRẦN VĂN NGỌC

COPD hiện là bệnh có tần suất tử vong hàng thứ 3 trong các bệnh, chỉ sau nhồi máu cơ tim và tai biến mạch máu não. Bệnh ngày càng gia tăng nhưng chưa được chẩn đoán sớm và quản lý điều trị đúng đắn và lâu dài.

Bệnh nhân giai đoạn sớm thường rất ít triệu chứng và nhẹ, không ảnh hưởng đến sức khoẻ và lao động nên thường chủ quan không đi khám bệnh cho tới khi bệnh nặng hoặc đợt cấp.

Tần suất COPD nhẹ ngoài cộng đồng không được chẩn đoán và điều trị còn rất lớn, khoảng >50%. Họ tiếp tục hút thuốc lá hay tiếp xúc với yếu tố nguy cơ cho tới khi bệnh tiến triển nặng.

Nếu chúng ta có 1 chương trình tầm soát phát hiện sớm những đối tượng này, chắc chắn sẽ quản lý và điều trị tốt hơn nhiều COPD giai đoạn sau và ngăn chặn sự tiến triển nhanh của bệnh, tránh những đợt cấp nguy hiểm.

Như thế sẽ mang lại lợi ích cho bệnh nhân, gia đình và xã hội

COPD IN EARLY STAGE: OBJECTIVE OF THE SCREENING PROGRAM ?

TRAN VAN NGOC

COPD is currently the third leading cause of death among diseases, after myocardial infarction and cerebrovascular stroke. The disease is increasing in prevalence but has not been diagnosed early and managed properly and long term.

Early stage patients often have very few symptoms and are mild, do not affect health and work, so they often do not go to see the doctor until the disease is in advanced stage or common exacerbation.

The Prevalence of mild COPD in the community undiagnosed and untreated is still very large, about >50%. They continued to smoke or be exposed to a risk factor until the disease progressed.

If we have a screening program to detect these subjects early, it will certainly be much better to manage and control later stage COPD and prevent the rapid progression of the disease, avoiding dangerous hospitalised exacerbations.

This screening program will benefit the patient, family and community.

KẾT HỢP BỘ ĐÔI HAY BỘ BA TRONG COPD: ICS/LABA, LABA/LAMA HAY ICS/LABA/LAMA? TRƯỜNG PHẢI HẠN CHẾ THÊM ICS

TS.BS NGUYỄN VĂN THỌ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 trên thế giới. Điều trị bằng thuốc hiện tại nhằm mục đích làm giảm triệu chứng khó thở và phòng ngừa đợt cấp. Tùy theo bệnh nhân được phân vào nhóm nào mà việc lựa chọn thuốc có thể là ICS/LABA, LABA/LAMA, hoặc ICS/LABA/LAMA. Lựa chọn thuốc còn tùy thuộc vào đặc tính của bệnh nhân, sự có sẵn của thuốc, loại dụng cụ hít phù hợp và đáp ứng của bệnh nhân. Hầu hết các hướng dẫn quốc tế và phác đồ của Bộ y tế đều khuyến cáo thuốc giãn phế quản kéo dài đường hít (LABDs) là thuốc điều trị chủ lực của COPD. ICS chỉ nên được chỉ định trong một số trường hợp cụ thể vì ICS liều cao và lâu dài có thể gây viêm phổi hoặc lao phổi ở bệnh nhân BPTNMT. Tuy nhiên, ICS/LABA vẫn được sử dụng rộng rãi ở bệnh nhân BPTNMT tại Việt Nam vì là thuốc thay thế rẻ hơn hoặc do bệnh nhân hưởng lợi từ nó. Trong bài trình bày này, chúng tôi sẽ tranh luận tại sao nên hạn chế thêm ICS trong phác đồ điều trị ở bệnh nhân BPTNMT.

COMBINATION THERAPY OF TWO OR THREE MOLECULES IN COPD: ICS/LABA, LABA/LAMA OR ICS/LABA/LAMA? REASONS FOR LIMITING ICS-CONTAINING THERAPIES

NGUYEN VAN THO PHD, MD

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the third leading cause of death in the world. Pharmacological therapies aim to relieve shortness of breath and to prevent acute exacerbations of COPD. Depending on which subgroup the patients are classified into, their therapies may include ICS/LABA, LABA/LAMA, or ICS/LABA/LAMA. The selection of medications is also based on the patients' treatable traits, the availability of medications, appropriate kinds of inhalers, and patients' response to specific medications. Most international guidelines and Vietnam Ministry of Health guidelines recommend inhaled long-acting bronchodilators (LABDs) are main medications for COPD. ICS should be indicated only in several specific clinical situations because high-dose ICS with long-term use may cause pneumonia and pulmonary tuberculosis in patients with COPD. However, ICS/LABA medications have been used popularly by patients with COPD in Vietnam because they can be used as cheaper alternative medications or patients have benefited from them. In this presentation we will debate why we should limit adding ICS in pharmacological therapies in patients with COPD

¹ Khoa Thăm dò chức năng Hô hấp, Bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM; Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Đại Học Y Dược TP.HCM; Khoa Bệnh phổi không lao C6, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

CÓ NÊN CHỈ ĐỊNH THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN TÁC DỤNG KÉO DÀI ĐƯỜNG HÍT TRONG ĐỢT CẤP HEN, COPD KHÔNG?

TS BS LÊ KHÁC BẢO*

Các thuốc thường chỉ định trong đợt cấp Hen, COPD gồm: giãn phế quản tác dụng nhanh, đường hít là chủ yếu, đường tiêm dưới da, truyền tĩnh mạch có thể kết hợp trong trường hợp kém đáp ứng thuốc hít; corticoid đường toàn thân; kháng sinh. Ngược lại, thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài đường hít ít khi được chỉ định, thậm chí là ngưng trong đợt cấp Hen và COPD. Nhiều nhà lâm sàng cho rằng thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài đường hít không phù hợp cho đợt cấp do thời gian khởi phát tác dụng chậm, và đòi hỏi khả năng hợp tác của người bệnh vốn giảm rất thấp trong đợt cấp. Lập luận trên là chính xác nhưng không toàn diện xét trên quan điểm lấy người bệnh làm trung tâm. Thứ nhất, chính vì thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài khởi phát tác dụng chậm và hiệu quả giãn phế quản chỉ đạt sau vài ngày đến vài tuần sử dụng, chúng ta càng phải chỉ định sớm thuốc này trong đợt cấp nếu như chưa chỉ định và đặc biệt không được chỉ định ngưng thuốc khi người bệnh đang sử dụng. Mục tiêu chỉ định không phải để điều trị đợt cấp lần này mà để ổn định bệnh nền sau khi ra khỏi đợt cấp. Nếu chỉ định muộn chỉ sau khi người bệnh ra khỏi cơn cấp, người bệnh có nguy cơ vào trở lại cơn cấp sớm do có một giai đoạn phế quản không được bảo vệ. Thứ hai, kỹ thuật dùng thuốc đúng là thiết yếu cho việc sử dụng thuốc giãn phế quản đường hít kéo dài. Chỉ định sớm thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài đường hít ngay trong cơn cấp, khi người bệnh còn nằm trong cơ sở y tế giúp nhân viên y tế có điều kiện giáo dục và huấn luyện người bệnh dùng thuốc đúng hơn, giúp nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh nền Hen, COPD sau khi xuất viện. Tóm lại, nên chỉ định thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài đường hít ngay trong cơn cấp hen, COPD, không nhằm điều trị cơn cấp, mà để giúp duy trì thành quả điều trị cơn cấp được lâu dài sau khi ra khỏi cơn cấp

SHOULD INHALED LONG ACTING BRONCHODIALATORS BE INDICATED IN ACUTE EXACERBATION OF ASTHMA, COPD?

LE KHAC BAO MD,. PHD*

Frequently indicated medications in Acute Exacerbations of Asthma and COPD include short acting bronchodilators, mainly inhaled, and subcutaneous or intravenous in case of weak response to inhaled bronchodilators; systemic corticosteroid, antibiotics. On the contrary, inhaled long acting bronchodilators are rarely indicated, and even suspended during acute exacerbations of Asthma and COPD. Many clinicians argue that inhaled long acting bronchodilators are inappropriate to acute exacerbations due to long onset time and requirement of patient cooperation which greatly decreases during acute exacerbations. Such arguments are accurate but not comprehensive against patient centered viewpoint. Firstly, it is because inhaled long acting bronchodilators have long onset time and achieve bronchodilation effect only after several days and weeks, we should indicate these medications as early as possible in acute exacerbation if they have not been indicated before, especially, we should not suspend them if patients are using them. Such indications do not aim at dealing with the current acute exacerbation but at stabilizing the underlying Asthma and COPD after the exacerbations. If they are lately indicated at the recovery of acute exacerbations, patients run a risk to suffer from early recurrent acute exacerbations due to lack of bronchoprotection in some period. Secondly, proper technique to use inhalation devices is essential for the use of inhaled long acting bronchodilators. Early indication of inhaled long acting bronchodilators in acute exacerbations, when patients are staying in healthcare settings, provides opportunities for healthcare officials to educate and train patients how to better use the medications, which in turn, enhances the quality of Asthma and COPD control after discharge. In summary, we should indicate inhaled long acting bronchodilators in acute exacerbations of Asthma and COPD, not to treat acute exacerbations of Asthma and COPD per se, but to sustain the achievement of acute exacerbation treatment long enough after the recovery from exacerbations.

* Faculty member, Department of Internal Medicine, University of Medicine and Pharmacy at HCMC. Vice Head of Department of Lung diseases, Nhan Dan Gia Dinh hospital. Tel 0908.888.702; Email drbaolekhac@gmail.com

CÁCH SỬ DỤNG TURBUHALER®



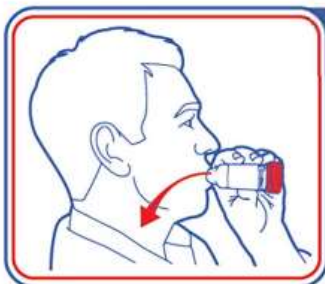
BƯỚC 1

- Vận và mở nắp đậy ống thuốc.
- Kiểm tra cửa sổ chỉ thị liều.



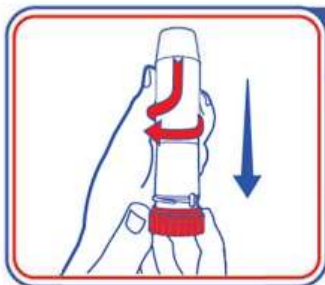
BƯỚC 2

- Giữ **Turbuhaler®** ở vị trí thẳng đứng.
- Vận phần đế về một phía hết mức, sau đó vận ngược trở lại. Khi nghe một tiếng "**cách**" là 1 liều thuốc đã được nạp vào.
Đối với Turbuhaler® mới, thực hiện bước 2 hai lần trước khi hít lần đầu tiên.



BƯỚC 3

- Thở ra (không thở vào đầu ngậm).
- Ngậm kín đầu ngậm ống thuốc.
- Hít vào bằng miệng mạnh và sâu.
- Trước khi thở ra, lấy ống hít ra khỏi miệng.



BƯỚC 4

- Nếu cần dùng thêm một liều, lặp lại từ bước 2 đến bước 4.
- Vệ sinh đầu ngậm ống thuốc bằng vải mềm, khô.
- Đậy nắp ống thuốc lại.
- Súc miệng bằng nước và nhổ bỏ.

CÁCH SỬ DỤNG BÌNH XỊT ĐỊNH LIỀU RAPIHALER



BƯỚC 1

- Lắc nhẹ bình xịt
- Mở nắp che đầu ngậm.



BƯỚC 2

- Giữ bình xịt thẳng đứng, đặt ngón tay cái ở phía đáy và ngón trỏ ở phía trên của bình xịt.
- Thở ra thật mạnh và không thở vào đầu ngậm.
- **Ngậm kín đầu ngậm vào trong miệng.**



BƯỚC 3

- **Hít vào thật sâu, thoải mái và chậm, đồng thời ấn mạnh xuống bình xịt để phóng thích một liều thuốc.**
- Tiếp tục hít vào và nín thở khoảng 10 giây.



BƯỚC 4

- Bỏ bình xịt ra khỏi miệng.
- Nếu cần dùng thêm một liều, lắc nhẹ bình xịt và lặp lại từ bước 2 đến bước 4.



BƯỚC 5

- Đóng nắp đậy đầu ngậm.
- Súc miệng với nước.
- Nếu bình xịt mới, hoặc nếu bình xịt đã không được sử dụng trong vòng một tuần hay nhiều hơn hoặc bình xịt bị rơi, lắc bình nhẹ nhàng và xịt 2 lần ra ngoài không khí để chuẩn bị sử dụng

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH COPD

NGUYỄN ĐỨC THÀNH *

Tóm tắt

Hiện nay, việc điều trị các bệnh lý nội khoa nói chung và COPD nói riêng cần có cách tiếp cận đa chuyên ngành, trong đó có vai trò quan trọng của Phục hồi chức năng. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày sơ lược về các lợi ích dựa trên y học chứng cứ của Phục hồi chức năng hô hấp, đồng thời giới thiệu một số kỹ thuật tập luyện Vật lý trị liệu cho người bệnh COPD.

REHABILITATION FOR PATIENTS WITH COPD

NGUYỄN ĐỨC THÀNH *

Abstract

Nowadays, treatment for internal medicine conditions in general and for patients with COPD in particular has basically based on multidisciplinary approach, in which rehabilitation plays an essential role. In this presentation, we briefly review evidence-based benefits of pulmonary rehabilitation and also introduce some physical therapy techniques for patients with COPD.

* BS. Nguyễn Đức Thành, Trưởng Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.
Email: thanh.nd@umc.edu.vn

QUẢN LÝ BỆNH LÝ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

*TS.BS. TRƯƠNG PHI HÙNG
BỘ MÔN NỘI, ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
KHOA NỘI TIM MẠCH, BỆNH VIỆN CHỢ RẪY*

TÓM TẮT

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu với chi phí kinh tế và xã hội cao. Bệnh tim mạch mạn tính đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân COPD, có thể do có chung các yếu tố nguy cơ (ví dụ: lớn tuổi, hút thuốc lá, lười vận động, viêm phổi và tình trạng viêm mạn tính) và góp phần làm tăng bệnh suất và tử suất. Tỷ lệ hiện mắc và mới mắc của các bệnh tim mạch ở bệnh nhân COPD cao hơn so với các bệnh nhân khác. Hơn nữa, các bệnh tim mạch góp phần làm bệnh nặng thêm tình trạng bệnh ở bệnh nhân COPD, là nguyên nhân nhập viện phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Chẩn đoán phân biệt giữa bệnh tim mạch và COPD có thể là một thách thức, đặc biệt là ở những bệnh nhân lớn tuổi và hút thuốc lá than phiền về các triệu chứng không đặc hiệu, chẳng hạn như khó thở và mệt mỏi.

Quản lý bệnh tim mạch ở bệnh nhân COPD cũng là một thách thức không kém: thuốc giãn phế quản có thể có tác dụng phụ trên tim mạch, và ngược lại, một số loại thuốc tim mạch nên được sử dụng thận trọng ở bệnh nhân mắc bệnh phổi. Mục đích của bài này là tóm tắt các bằng chứng về mối liên quan và cách quản lý 4 bệnh tim mạch thường gặp ở bệnh nhân COPD: tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rung nhĩ, và suy tim.

Từ khoá: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh tim mạch

Tác giả liên lạc: TS.BS. Trương Phi Hùng - Bộ môn Nội, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh Khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy. Điện thoại: 0903865024

ABSTRACT

TRUONG PHI HUNG MD, PhD

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a global health issue with high social and economic costs. Concomitant chronic cardiovascular disorders are frequent in patients with COPD, likely owing to shared risk factors (e.g., aging, cigarette smoke, inactivity, persistent low-grade pulmonary and systemic inflammation) and add to the overall morbidity and mortality. The prevalence and incidence of cardiac comorbidities are higher in patients with COPD than in matched control subjects. Furthermore, cardiovascular diseases contribute to disease severity in patients with COPD, being a common cause of hospitalization and a frequent cause of death. The differential diagnosis may be challenging, especially in older and smoking subjects complaining of unspecific symptoms, such as dyspnea and fatigue.

The therapeutic management of patients with cardiac and pulmonary comorbidities may be similarly challenging: bronchodilators may have cardiac side effects, and, vice versa, some cardiac medications should be used with caution in patients with lung disease. The aim of this review is to summarize the evidence of the relationship and the management of the four most frequent and important cardiac comorbidities in patients with COPD: hypertension, coronary artery disease, atrial fibrillation, and heart failure.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular diseases

DỰ PHÒNG ĐỢT CẤP COPD THƯỜNG XUYÊN: VAI TRÒ MACROLIDE

LÊ THỊ THU HƯƠNG (*)

Đợt cấp của COPD là một biến cố quan trọng trong diễn tiến tự nhiên của COPD, có liên quan đến việc tăng tỷ lệ nhập viện và tử vong. Macrolide là một nhóm kháng sinh có đặc tính kháng khuẩn, kháng viêm và điều hòa miễn dịch. Vì sự xuất hiện của đợt cấp COPD có liên quan đến tình trạng tăng viêm đường thở và nhiễm khuẩn, nên điều trị dự phòng bằng macrolide có thể là một cách tiếp cận hiệu quả để ngăn ngừa đợt cấp COPD. Theo các hướng dẫn điều trị COPD, macrolide có thể được bổ sung vào phác đồ điều trị để giảm nguy cơ đợt cấp cho những bệnh nhân COPD bị đợt cấp thường xuyên mặc dù đã điều trị tối ưu. Tuy nhiên, khi sử dụng macrolide để phòng ngừa đợt cấp của COPD, nên cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của việc sử dụng kháng sinh lâu dài, bao gồm tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh, kéo dài khoảng QTc và giảm thính lực.

(*) *Tiến sĩ bác sĩ, bệnh viện Nhân Dân Gia Định, drhuongle@gmail.com, điện thoại 0909398324*

Tài liệu tham khảo:

1. Pollock J, Chalmers JD The immunomodulatory effects of macrolide antibiotics in respiratory disease. *Pulm Pharmacol Ther.* 2021;71:102095
2. Janjua S, Mathioudakis AG, Fortescue R, Walker RAE, Sharif S, Threapleton CJD, Dias S. Prophylactic antibiotics for adults with chronic obstructive pulmonary disease: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 1. Art. No.: CD013198.
3. Yueqin Cao, Shurui Xuan, Yunhui Wu, and Xin Yao. Effects of long-term macrolide therapy at low doses in stable COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019; 14: 1289–1298.
4. Yanan Cui, Lijuan Luo, Chenbei Li, et al. Long-term macrolide treatment for the prevention of acute exacerbations in COPD: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018;13:3813-3829.
5. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *Eur Respir J.* 2023 Apr 1;61(4):2300239.

PREVENTION OF FREQUENT COPD EXACERBATIONS: THE ROLE OF MACROLIDES

LE THI THU HUONG ()*

Acute exacerbation of COPD (AECOPD) is an important event in the natural course of COPD, which is associated with increased hospitalization and mortality. Macrolides are a group of antibiotics with antibacterial, anti-inflammatory, and immunomodulatory properties. As the occurrence of AECOPD is associated with more severe airway inflammation and bacterial infections, macrolide prophylaxis may be an effective approach to prevent AECOPD. According to the COPD guidelines, macrolides may be added to the regimen to reduce the risk of exacerbations for COPD patients who experience frequent exacerbations despite optimal therapy. However, when using macrolides to prevent exacerbations of COPD, the benefits and risks of long-term antibiotic use including increased rates of antibiotic resistance, prolongation of the QTc interval, and hearing loss, should be weighed in.

(*) MD., PhD., Nhan Dan Gia Dinh hospital, drhuongle@gmail.com, telephone 0909398324

Reference:

1. Pollock J, Chalmers JD The immunomodulatory effects of macrolide antibiotics in respiratory disease. *Pulm Pharmacol Ther.* 2021;71:102095
2. Janjua S, Mathioudakis AG, Fortescue R, Walker RAE, Sharif S, Threapleton CJD, Dias S. Prophylactic antibiotics for adults with chronic obstructive pulmonary disease: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 1. Art. No.: CD013198.
3. Yueqin Cao, Shurui Xuan, Yunhui Wu, and Xin Yao. Effects of long-term macrolide therapy at low doses in stable COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019; 14: 1289–1298.
4. Yanan Cui, Lijuan Luo, Chenbei Li, et al. Long-term macrolide treatment for the prevention of acute exacerbations in COPD: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018;13:3813-3829.
5. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *Eur Respir J.* 2023 Apr 1;61(4):2300239.

NHẬN BIẾT VÀ PHÂN ĐỘ NẶNG ĐỢT CẤP BPTNMT

TS BS ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Đợt cấp là những sự kiện làm gián đoạn diễn tiến mạn tính và tiến triển của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, được định nghĩa lâm sàng là các đợt gia tăng các triệu chứng hô hấp, đặc biệt là khó thở, ho đờm, và tăng đờm mủ. Đợt cấp COPD có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD, đẩy nhanh tiến triển của bệnh và có thể dẫn đến nhập viện và tử vong. Định nghĩa hiện tại về đợt cấp COPD có một số thiếu sót ảnh hưởng xấu đến các quyết định lâm sàng và chăm sóc sức khỏe, do hoàn toàn dựa vào nhận thức chủ quan của bệnh nhân về các triệu chứng hô hấp gia tăng, và các triệu chứng này là các biến số không thể đo lường được, cũng như thiếu một khuôn khổ về thời gian diễn biến của sự kiện. Định nghĩa mới hạn chế các nhận định chủ quan của người bệnh, đồng thời bổ sung yếu tố thời gian ≤ 14 ngày tính từ khi xuất hiện các triệu chứng đầu tiên. Cần xem xét các tình trạng che khuất hoặc làm nặng thêm đợt cấp COPD khá thường gặp như viêm phổi, suy tim, thuyên tắc phổi. GOLD 2023 thừa nhận cách phân độ nặng đợt cấp khá hạn chế do chỉ dựa vào hồi cứu của cách xử trí đợt cấp vốn rất thay đổi tùy theo mức độ chuyên nghiệp của hệ thống chăm sóc sức khỏe tại chỗ. Đồng thuận Rome và GOLD 2023 đề nghị phân độ nặng dựa trên 5 yếu tố có thể đo lường được: mức độ khó thở theo thang điểm VAS, nhịp thở, nhịp tim, SaO₂ và CRP. Các phương pháp điều trị nền tảng trong đợt cấp COPD bao gồm thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn, corticoid toàn thân, kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn, oxy trị liệu và thở máy không xâm lấn khi có chỉ định. Chọn lựa kháng sinh kinh nghiệm dựa vào mức độ tắc nghẽn, tiền sử đợt cấp, tiền sử phân lập vi khuẩn đường hô hấp cũng như xem xét các yếu tố nguy cơ nhiễm Pseudomonas. Xuất viện và quản lý bệnh nhân sau đợt cấp kết hợp điều trị không dùng thuốc cần được xem xét và thực hiện chu đáo giúp hạn chế các trường hợp tái nhập viện.

DO THI TUONG OANH, MD, PHD

PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE

Exacerbations are events that punctuate the chronic and progressive course of chronic obstructive pulmonary disease, defined clinically as episodes of increasing respiratory symptoms, particularly dyspnoea, cough and sputum production, and increased sputum purulence. COPD exacerbations have a negative impact on the quality of life of patients with COPD, accelerate disease progression, and can result in hospital admissions and death. The current definition of a COPD exacerbation has several shortcomings that adversely affect clinical and healthcare decisions, because it relies entirely on the patient's subjective perception of increased respiratory symptoms which are unmeasurable variables, as well as a lack of a framework for the duration of the event. The new definition limits the subjective judgments of patients, and adds the time factor < 14 days from the onset of the first symptoms. Conditions that obscure or aggravate COPD exacerbations should be considered, such as pneumonia, heart failure, and pulmonary embolism. GOLD 2023 acknowledges that exacerbation severity is rather limited, as it is based solely on retrospective management of funding episodes that vary widely according to the professionalism of the local health care system. The Rome and GOLD 2023 consensus recommends a severity rating based on five measurable factors: VAS-scale dyspnea, respiratory rate, heart rate, SaO₂, and CRP. The cornerstones of treatment in COPD exacerbations include short-acting bronchodilators, systemic corticosteroids, antibiotics when there is evidence of infection, oxygen therapy, and noninvasive mechanical ventilation when indicated. Empiric antibiotic selection is based on the degree of obstruction, history of exacerbations, history of respiratory isolates as well as consideration of risk factors for *Pseudomonas* infection. Discharge and management of patients after exacerbations combined with non-pharmacological treatment need to be carefully considered and implemented to prevent re-hospitalization.

REFERENCES

1. Papi A, Rabe KF, Rigau D, et al. Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J* 2017; 49: 1600791 [<https://doi.org/10.1183/13993003.00791-2016>]
2. An Updated Definition and Severity Classification of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: The Rome Proposal." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(11), pp. 1251–1258
3. Celli BR, Wedzicha JA. Update on clinical aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2019;381:1257–1266.
4. Elvekjaer M, Aasvang EK, Olsen RM, Sørensen HBD, Porsbjerg CM, Jensen JU, et al.; WARD-Project Group. Physiological abnormalities in patients admitted with acute exacerbation of COPD: an observational study with continuous monitoring. *J Clin Monit Comput* 2020;34:1051–1060

5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2023*; Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2022/11/GOLD-2023-v1.7-FINALWMS.pdf>.
6. Oczkowski S, Ergan B, Bos L, et al. ERS clinical practice guidelines: high-flow nasal cannula in acute respiratory failure. *Eur Respir J* 2022; 59(4).

CHỪNG NGỪA CÚM / PHẾ CẦU GIẢM ĐỢT CẤP COPD ?

TRẦN VĂN NGỌC(*)

Tóm tắt:

COPD là bệnh viêm mạn tính của đường hô hấp, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn thông khí dai dẳng và thường tiến triển và kết hợp với tăng đáp ứng viêm mạn tính đường hô hấp và phổi với phần tử và khí độc hại. Sự tắc nghẽn đường thở chủ yếu do viêm xơ hoá, tăng tiết đàm và co thắt phế quản.

Nguyên nhân gây đợt cấp COPD 90% do nhiễm trùng, trong đó virus chiếm 50%, Phế cầu và H.influenzae 20%.

Theo GOLD 2018, giảm đợt cấp là một mục tiêu quan trọng nhằm giảm tỉ lệ nhập viện tử vong, cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân. Thuốc giãn phế quản, một mình hay phối hợp các thuốc giãn phế quản như anticholinergic tác dụng kéo dài –LAMA (như tiotropium bromide) với kích thích beta 2 tác dụng kéo dài – LABA (như indacaterol) và hiện nay được xem như là điều trị đầu tay trong COPD tất cả các nhóm để đạt mục tiêu trên.

Trong nhiều nghiên cứu, ngoài việc điều trị hiệu quả COPD giai đoạn ổn định, tập thể dục và tăng cường dinh dưỡng việc chủng ngừa cúm và phế cầu giúp giảm nguy cơ đợt cấp thường xuyên do cúm và giảm độ nặng, tử vong và giảm nhập viện vì cúm và viêm phổi.

SUMMARY: INFLUENZA / PNEUMOCOCCAL VACCINATION REDUCE THE EXACERBATION OF COPD ?

TRAN VAN NGOC

COPD is a chronic inflammatory disease of the airways, characterized by persistent and often progressive airway obstruction and associated with an increased chronic inflammatory response of the airways and lungs to noxious particles and gases. The airway obstruction is mainly caused by fibrosis, sputum secretion, and bronchospasm.

The cause of COPD exacerbation is 90% due to infection, of which virus accounts for 50%, S. pneumoniae and H.influenzae in 20%.

According to GOLD guideline, reducing exacerbations is an important goal to reduce hospitalization and mortality and improve patients' quality of life. Bronchodilators, alone or in combination such as long-acting anticholinergics –LAMA with long-acting beta2 agonists – LABAs and are now considered first-line treatment in COPD in all groups to achieve the above goals.

In many studies, in addition to effective treatment of stable COPD, exercise and improved nutrition with influenza and pneumococcal vaccinations reduced the risk of frequent exacerbations and reduced severity, mortality and morbidity. reduce hospitalizations caused by flu and pneumonia

() Giảng viên chính, PCN BM Nội, Trưởng khoa Hô hấp BVCR; Chủ tịch Hội Hô hấp TP HCM; Phó Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi VN.*



Điều trị duy trì giãn phế quản làm giảm các triệu chứng ở người lớn bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ⁽¹⁾

ANORO Ellipta

Umeclidinium/Vilanterol

LAMA/LABA dùng 1 lần/ngày ⁽¹⁾

(1) Thông tin kê toa sản phẩm

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế: 307/2020/XN TT/QLD ngày 22 tháng 09 năm 2020
In tài liệu ngày xx tháng xx năm xxxx
Tài liệu này có 8 trang, thông tin chi tiết sản phẩm xem ở trang 6,7,8

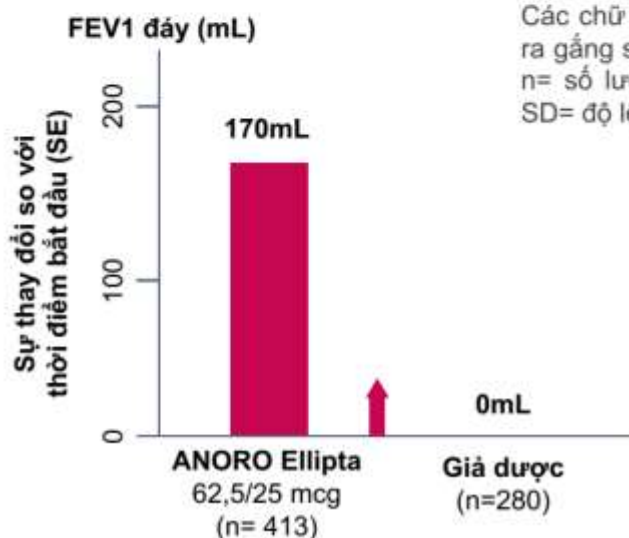
CÁC NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG (1)

Tính an toàn và hiệu quả của ANORO ELLIPTA dùng 1 lần/ngày đã được đánh giá trong 8 nghiên cứu lâm sàng pha III ở người trưởng thành với chẩn đoán lâm sàng COPD; trong đó 5 nghiên cứu trong thời gian 6 tháng về hiệu quả (DB2113361, DB2113373, DB2113360, DB2113374 và ZEP117115), 2 nghiên cứu 12 tuần về sức bền thể lực (exercise endurance) (DB2114417 và DB2114418) và 1 nghiên cứu (DB2113359) đánh giá tính an toàn của umeclidinium/vilanterol sử dụng trong suốt liệu trình 12 tháng. Các nghiên cứu gồm có ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg và/hoặc umeclidinium/vilanterol 125/25 mcg, tất cả dùng 1 lần/ngày.

Các nghiên cứu đối chứng với giả dược

Trong một nghiên cứu 6 tháng, DB2113373, ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg cho thấy **sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chức năng phổi (được xác định bằng sự thay đổi FEV1 đáy (trough) ở tuần thứ 24 so với thời điểm bắt đầu nghiên cứu)** khi so sánh với giả dược. Tác dụng giãn phế quản của ANORO ELLIPTA khi so sánh với giả dược đã được thấy rõ sau ngày đầu tiên điều trị và được duy trì trong suốt khoảng thời gian điều trị 24 tuần.

	FEV1 đáy (L)		
	Thời điểm bắt đầu (SD)	Sự thay đổi so với thời điểm bắt đầu (SE)	Sự khác biệt so với giả dược Sự khác biệt điều trị (95% CI) Giá trị p
Nghiên cứu DB2113373			
ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg OD (n= 413)	1,28 (0,56)	0,17 (0,01)	0,17 (0,13; 0,21) <0,001
Giả dược (n=280)	1,20 (0,47)	0,00 (0,02)	-



Các chữ viết tắt: CI= khoảng tin cậy; FEV1= thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu tiên; L= lít; mcg= microgam; n= số lượng tiếp nhận điều trị; OD= một lần mỗi ngày; SD= độ lệch chuẩn; SE= sai số chuẩn.

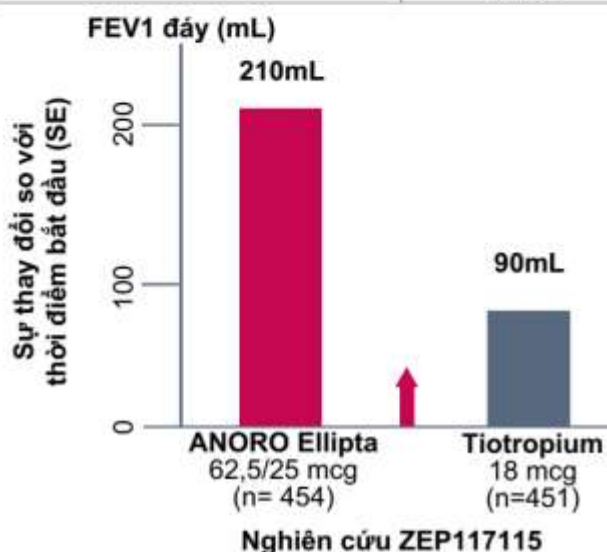


CÁC NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG (1)

Các nghiên cứu so sánh với Tiotropium

Trong các nghiên cứu ZEP117115 và DB2113360, điều trị với ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg đã mang lại **sự cải thiện có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa lâm sàng trong sự thay đổi FEV1 đáy** ở thời điểm tuần thứ 24 so với lúc bắt đầu nghiên cứu khi so sánh với tiotropium. Trong nghiên cứu DB2113374, ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg cho thấy **sự cải thiện có ý nghĩa lâm sàng trong sự thay đổi FEV1 đáy** ở thời điểm tuần thứ 24 so với lúc bắt đầu nghiên cứu khi so sánh với tiotropium.

	FEV1 đáy (L)		
	Thời điểm bắt đầu (SD)	Sự thay đổi so với thời điểm bắt đầu (SE)	Sự khác biệt so với tiotropium Sự khác biệt điều trị (95% CI) Giá trị p
Nghiên cứu ZEP117115			
ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg OD (n=454)	1,25 (0,49)	0,21 (0,01)	0,11 (0,08; 0,14) <0,001
Tiotropium 18 mcg OD (n=451)	1,25 (0,49)	0,09 (0,01)	-
Nghiên cứu DB2113360			
ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg OD (n=207)	1,32 (0,53)	0,21 (0,02)	0,09 (0,04; 0,14) <0,001
Tiotropium 18 mcg OD (n=203)	1,29 (0,53)	0,12 (0,02)	-
Nghiên cứu DB2113374			
ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg OD (n=216)	1,16 (0,48)	0,21 (0,02)	0,06 (0,01; 0,11) 0,018*
Tiotropium 18 mcg OD (n=215)	1,16 (0,45)	0,15 (0,02)	-



Các chữ viết tắt: CI= khoảng tin cậy; FEV1= thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu tiên; L= lít; mcg= microgam;

n= số lượng tiếp nhận điều trị; OD= một lần mỗi ngày; SD= độ lệch chuẩn; SE= sai số chuẩn.

* Bởi vì kết quả của một kiểm định trước trong chuỗi kiểm định theo trình tự định sẵn không đạt được ý nghĩa thống kê, nên ý nghĩa thống kê không thể được suy ra cho sự so sánh này.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG (1)



a) Đọc kỹ các chỉ dẫn sau trước khi sử dụng.

Nếu bạn mở và đóng nắp đậy mà không hít thuốc, bạn sẽ mất liều thuốc đó.

- Liều thuốc mất sẽ bị giữ bên trong dụng cụ hít, nhưng sẽ không sử dụng được nữa.
- Không thể tình cờ hít phải thêm 1 liều thuốc hoặc hít phải liều thuốc gấp đôi trong một lần hít.

Bộ đếm liều

Cho biết có bao nhiêu liều thuốc còn lại trong dụng cụ hít.

Trước khi sử dụng, dụng cụ hít chỉ chính xác 30 liều.

Nó sẽ giảm bớt 1 sau mỗi lần mở nắp đậy.

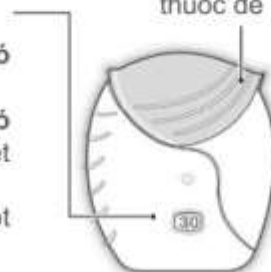
Khi còn dưới 10 liều thuốc, một nửa của bộ đếm liều sẽ có màu đỏ.

Sau khi bạn sử dụng liều cuối cùng, **một nửa bộ đếm liều có màu đỏ và số 0 hiện ra.** Khi đó dụng cụ hít của bạn đã hết thuốc.

Nếu sau đó bạn mở nắp đậy, bộ đếm liều sẽ chuyển từ đỏ một nửa thành đỏ toàn bộ.

Nắp đậy

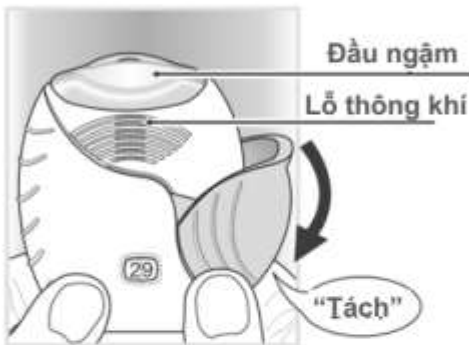
Mỗi lần bạn mở nắp đậy này là bạn chuẩn bị 1 liều thuốc để hít.



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG (1)

b) Chuẩn bị một liều thuốc

- Chỉ mở nắp khi bạn đã sẵn sàng để dùng 1 liều thuốc.
Không lắc dụng cụ hít.
- **Trượt nắp đậy xuống** cho đến khi nghe tiếng “tách”



Bây giờ thuốc đã sẵn sàng để hít vào.
Bộ đếm liều sẽ giảm bớt 1 để xác nhận.

- Nếu bộ đếm liều không giảm xuống khi bạn nghe thấy tiếng “tách”, dụng cụ hít sẽ không phóng thích thuốc. Mang dụng cụ hít đó đến dược sỹ của bạn để được tư vấn.
- Không bao giờ được lắc dụng cụ hít.

c) Hít thuốc

- Trong khi giữ dụng cụ hít xa khỏi miệng, thổi ra hết sức có thể.

Không thổi vào dụng cụ hít.

- Đặt đầu ngậm vào giữa hai môi, khép môi vừa khít xung quanh.

Không để ngón tay chặn lỗ thông khí.



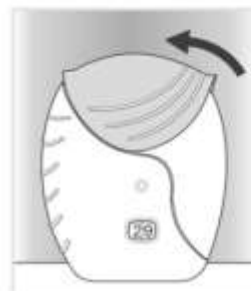
- Hít vào một hơi dài, đều và sâu. Nín thở lâu nhất có thể (ít nhất 3-4 giây).

- **Lấy dụng cụ hít ra khỏi miệng.**

- **Thở ra từ từ và nhẹ nhàng.**

Có thể bạn sẽ không cảm thấy mùi vị hay cảm nhận thấy thuốc, ngay cả khi bạn sử dụng dụng cụ hít đúng cách. **Trước** khi đóng nắp đậy, nếu bạn muốn làm sạch đầu ngậm, hãy dùng một chiếc khăn giấy khô.

d) Đóng dụng cụ hít



Trượt nắp đậy lên trên hết mức có thể để đậy đầu ngậm.

CẢI THIỆN TỶ LỆ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN COPD BẰNG LIỆU PHÁP DÙNG THUỐC VÀ KHÔNG DÙNG THUỐC

BSCK2 NGUYỄN ĐÌNH DUY

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ở Việt Nam. Mục tiêu của điều trị là cải thiện các triệu chứng và giảm các đợt cấp, do đó làm giảm tỷ lệ tử vong. Điều trị bao gồm các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Thuốc điều trị giãn phế quản tối ưu với bộ đôi LABA-LAMA hoặc bộ ba ICS-LABA-LAMA. Nhiều nghiên cứu và thực hành đã cho thấy sự cải thiện về tỷ lệ tử vong. Ngoài ra, các phương pháp không dùng thuốc như cai thuốc lá, phục hồi chức năng cũng giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ tử vong

IMPROVING MORTALITY RATE IN COPD PATIENTS USING MEDICINE AND NON-MEDICAL THERAPY

BSCK2 NGUYỄN ĐÌNH DUY

Chronic obstructive pulmonary disease is the leading cause of death among diseases in Vietnam. The goal of treatment is to improve symptoms and reduce exacerbations, thereby reducing mortality. Treatment includes pharmacological and non-pharmacological modalities. Drug remedies with bronchodilator optimization with the LABA-LAMA dual or the triple ICS- LABA-LAMA . Many studies and practices have shown an improvement in mortality. In addition, non-drug methods such as smoking cessation and rehabilitation also significantly improve mortality

VAI TRÒ CỦA THỞ MÁY KHÔNG XÂM LẤN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

DƯƠNG MINH NGỌC

Tóm tắt

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn là một phần trong diễn tiến tự nhiên của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Xử trí đợt cấp bên cạnh các thuốc giãn phế quản, kháng viêm corticosteroid, kháng sinh và thở oxy, vai trò của thở máy không xâm lấn không còn bàn cãi và trở thành một phần của điều trị chuẩn bệnh nhân đợt cấp COPD.

Việc sử dụng thở máy không xâm lấn được ưu tiên hơn so với thở máy xâm lấn như là phương thức thở ban đầu để điều trị suy hô hấp cấp ở bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp của COPD. Thở máy không xâm lấn cho thấy có tỷ lệ thành công là 80-85%. Thở máy không xâm lấn đã được chứng minh cải thiện quá trình oxy hóa và nhiễm toan hô hấp cấp tính. Thở máy không xâm lấn cũng làm giảm nhịp thở, công thở và tình trạng khó thở, làm giảm các biến chứng như viêm phổi liên quan đến thở máy và thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ đặt nội khí quản.

ROLE OF NON-INVASIVE VENTILATION IN MANAGEMENT OF EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

DUONG MINH NGOC

Abstract

An exacerbation of obstructive pulmonary disease is a part of the natural course of chronic obstructive pulmonary disease. In addition to bronchodilators, anti-inflammatory corticosteroids, antibiotics, and oxygen therapy, the role of noninvasive mechanical ventilation is indisputable and has become a part of standard treatment for patient with exacerbation of COPD.

The use of noninvasive mechanical ventilation is preferred over invasive mechanical ventilation as the initial mode of breathing for the treatment of acute respiratory failure in patients hospitalized for an exacerbation of COPD. Non-invasive mechanical ventilation has been shown to have a success rate of 80-85%. Non-invasive mechanical ventilation has been shown to improve oxygenation and acute respiratory acidosis. Non-invasive mechanical ventilation reduces not only respiratory rates, work of breathing, dyspnea but also complications such as ventilator-associated pneumonia and length of hospital stay, and especially decrease mortality and intubation rates.

NHIỄM TRÙNG TRONG ĐỢT CẤP COPD: KHI NÀO ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH?, KHÁNG SINH GÌ?

TS.BS. NGUYỄN VĂN THÀNH

(PCT Hội Phổi VN, PCT Hội Hô hấp VN, E-mail: drthanhbk@gmail.com)

Tóm tắt:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đang và sẽ là vấn đề được quan tâm nhiều nhất trong bệnh học hô hấp. Điều này xuất phát từ tỷ lệ bệnh lưu hành cao và đang có khuynh hướng gia tăng. Diễn biến của COPD trở nên nặng thêm bởi các đợt cấp với các tác động làm tăng triệu chứng và giảm chức năng hô hấp sau đó. Trị liệu đợt cấp thông thường bằng một đợt kháng sinh và corticosteroid ngắn ngày cùng với thuốc dẫn phế quản cho thấy chỉ mang lại lợi ích trong đợt cấp khiêm tốn [1]. Điều trị tốt đợt cấp và dự phòng không để xảy ra đợt cấp đã trở thành mục tiêu quan trọng trong quản lý COPD. Tuy nhiên, thực hành xử trí COPD còn thiếu sự xác thực về mục tiêu cần đạt tới vì tính phức tạp sinh bệnh học đợt cấp. Trong đó, vai trò của nhiễm trùng và điều trị kháng sinh đang còn là một khoảng trống hiểu biết.

Mặc dù nhiễm trùng đang được xem là yếu tố căn nguyên cơ bản nhưng nhiều nghiên cứu gần đây nhấn mạnh tính chất khác biệt về bản chất bệnh học trong đợt cấp COPD từ đó cho thấy cách tiếp cận xử trí, cả trong đợt cấp và khi hết đợt cấp, cần dựa trên nền tảng của tính không đồng nhất này. Vai trò của microbiota (hệ vi sinh có trên đường thở) trong sinh bệnh học COPD, tương tác cơ thể chủ - vi sinh trong sự nhạy cảm đợt cấp đang được chú ý và được công nhận [2] và điều này có thể là một hướng đi mới trong các tiếp cận quản lý COPD và đợt cấp.

Bài báo cáo này đề cập tới định nghĩa, phân loại đợt cấp COPD, vai trò viêm và nhiễm trùng trong đợt cấp COPD. Từ đó bàn luận về cách xử trí kháng sinh trong đợt cấp.

INFECTION IN ACUTE EXACERBATIONS OF COPD: WHEN TO TREAT ANTIBIOTICS?, WHAT ANTIBIOTICS?

NGUYEN VAN THANH

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is and will be the most concerning issue in respiratory pathology. This comes from the high prevalence and its increasing trend. The course of COPD is aggravated by exacerbations with the effects of increasing symptoms and reducing respiratory function afterward. Conventional exacerbation therapy with a short course of antibiotics and corticosteroids along with bronchodilators has been shown to provide only modest benefit [1]. Good treatment of exacerbations and prevention of exacerbations have become important goals in COPD management. However, the

practice of managing COPD still lacks certainty about the goals to be achieved because of the complexity of the pathophysiology of exacerbations. Among them, the role of infection and antibiotic treatment is still a gap in understanding.

Although infection is considered the underlying etiological factor, many recent studies highlight the distinct nature of the pathology in COPD exacerbations, thereby informing the management approach, both during exacerbations and at the end of the exacerbation, it is necessary to rely on this foundation of heterogeneity. The role of microbiota (microflora found in the airways) in COPD pathogenesis and host-microbial interactions in acute exacerbation susceptibility is receiving attention and recognition [2] and this may be a new direction in approaches to COPD and exacerbation management.

This presentation addresses the definition and classification of COPD exacerbations, and the role of inflammation and infection in COPD exacerbations. From there, discuss how to handle antibiotics during an acute attack.

Reference

1. Surya P Bhatt et al. Phenotypes, Etiotypes, and Endotypes of Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 10 2023. <https://doi.org/10.1164/rccm.202209-1748SO>. Abstract. Online)
2. Zhang Wang et al. Airway host-microbiome interactions in chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Research (2019) 20:113

BSCCK2. ĐỖ THỊ NGỌC DIỆP 1

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là nguyên nhân chính gây bệnh tật, tử vong và gánh nặng chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến khoảng 10% dân số trưởng thành từ 40 tuổi trở lên. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hiện có khoảng 65 triệu người mắc COPD từ trung bình đến nặng, tuy nhiên số liệu này chưa phản ánh đúng số người mắc vì một tỷ lệ lớn bệnh nhân COPD trên toàn thế giới có thể không được chẩn đoán đúng mức, chủ yếu ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) chủ yếu ảnh hưởng đến phổi nhưng do kèm theo tình trạng viêm hệ thống mạn tính và các triệu chứng liên quan đến bệnh có nhiều tác động ngoài phổi bao gồm các thích ứng phức tạp về thể chất và trao đổi chất. Những thay đổi này có liên quan đến việc giảm khả năng hoạt động thể lực, tăng nhu cầu dinh dưỡng, thay đổi quá trình trao đổi chất và tổn thất chất dinh dưỡng và tình trạng viêm. Hậu quả là tăng tình trạng suy dinh dưỡng, thiếu cơ, mất cơ và suy mòn. Nhìn chung, tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân COPD là 21,6% (KTC 95% 14,6–30,9%, I2= 94%), dao động từ 8% - 21% theo các nghiên cứu trên lâm sàng

Điều thú vị là mức độ ảnh hưởng của chế độ dinh dưỡng đối với chức năng phổi được ước tính tương đương với mức độ ảnh hưởng của việc hút thuốc lá mạn tính. Các nghiên cứu cũng cho thấy kiến thức về ảnh hưởng của chế độ ăn uống đối với COPD cần cung cấp cho các bác sĩ chuyên khoa hô hấp để tư vấn tốt hơn cho bệnh nhân về việc cải thiện sức khỏe phổi.

Có bằng chứng rõ ràng rằng hỗ trợ dinh dưỡng bằng hình thức bổ sung dinh dưỡng đường uống (ONS) có thể khắc phục sự mất cân bằng năng lượng và protein, giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng và khả năng hoạt động thể lực. Tuy nhiên, để điều trị nguyên nhân của tình trạng thiếu cơ, mất cơ và suy mòn cần phải có các biện pháp can thiệp đa phương thức để giải quyết vấn đề mất cân bằng năng lượng và protein, thiếu hụt chất dinh dưỡng, giảm nội tiết tố androgen và mục tiêu tập luyện thể lực.

Một số thực phẩm và chất dinh dưỡng, đặc biệt là những thực phẩm dinh dưỡng có đặc tính chống oxy hóa và chống viêm có liên quan đến cải thiện chức năng phổi, giảm tổn thương phổi, giảm suy giảm chức năng và giảm nguy cơ mắc bệnh COPD.

¹Phó Chủ tịch Hội Dinh dưỡng Việt Nam; Chủ tịch Liên Chi Hội Dinh dưỡng Thực phẩm TPHCM; Adjunct Professor Queensland University of Technology Australia

Mục tiêu can thiệp dinh dưỡng nhằm cải thiện viêm quá mức, stress oxy hóa và rối loạn chức năng miễn dịch để ngăn ngừa/điều trị COPD và các bệnh lý tim mạch liên quan.

Can thiệp dinh dưỡng trong COPD bao gồm chế độ dinh dưỡng phù hợp cá thể và giai đoạn bệnh, tăng năng lượng, tăng protein, cung cấp đủ acid béo chưa bão hòa nhiều nối đôi đặc biệt là omega-3 acid, cung cấp đủ vitamin, chất khoáng, chất xơ, tiêu thụ nhiều trái cây tươi, rau, ngũ cốc nguyên hạt, cá và hạn chế thực phẩm đã qua tinh chế, nhiều chất béo bão hòa, đường đồng thời duy trì chế độ tập luyện thể dục phù hợp.

Khuyến nghị về nhu cầu năng lượng cho người bệnh COPD để duy trì cân nặng khoảng 30 - 45 kcal/kg trọng lượng cơ thể/ngày. Khuyến nghị về nhu cầu protein 1,0–1,2 g protein/kg thể trọng/ngày. Người bệnh suy dinh dưỡng hoặc và hoặc cao tuổi là 1,2–1,5 g protein/kg trọng lượng cơ thể/ngày để đáp ứng quá trình tái tạo mô cơ thể, duy trì hệ miễn dịch, chống suy giảm khối cơ. Nhu cầu lipid nên đạt 20-

30% tổng năng lượng khẩu phần. Nên sử dụng chất béo không no. Hạn chế chất béo từ động vật như mỡ, da, phủ tạng động vật. Can thiệp giảm lượng chất béo bão hòa ăn vào có tác động đáng kể đến việc giảm gánh nặng hô hấp. Nhu cầu carbohydrate trong hầu hết các trường hợp nên chiếm 55-60% tổng năng lượng khẩu phần. Nếu đồng mắc bệnh đái tháo đường, béo phì nên giảm lượng carbohydrate. Nên chọn các loại carbohydrate phức hợp chuyển hóa chậm. Bổ sung vitamin, chất khoáng dạng viên đa vi chất nên thực hiện ở người bệnh có nguy cơ như suy dinh dưỡng, bệnh lý đường tiêu hóa, ăn chay, chán ăn, ăn không đủ nhu cầu khuyến nghị. Nên bổ sung trước khi có dấu hiệu thiếu hụt.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dinh dưỡng, suy mòn

CACHEXIA AND NUTRITION INTERVENTION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

DO THI NGOC DIEP

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major cause of morbidity and mortality and healthcare burden worldwide, affecting around 10% of the adult populations aged 40 years and older. According to WHO estimates mainly from high-income countries, 65 million people have moderate to severe COPD, but a great proportion of COPD worldwide may be underdiagnosed, mostly in low- and middle-income countries.

COPD primarily affects the lungs but due to the accompanying chronic systematic inflammation and the symptoms associated with the disease there are many extrapulmonary effects which include complex physical and metabolic adaptations. These changes have been associated with reduced exercise capacity, increased nutritional requirements, altered metabolic processes and compromised nutritional intake. As a result, nutritional depletion in COPD is multi-faceted and can involve malnutrition, sarcopenia, cachexia and muscle wasting. Overall, the prevalence of sarcopenia in patients with COPD was 21.6% (95% CI 14.6–30.9%, I² =94%), ranging from 8% in population-based to 21% in clinic-based studies,

Interestingly, the magnitude of effect of diet on lung function is estimated to be comparable to that of chronic smoking, underscoring that healthy dietary approaches may have a great impact jointly on COPD development and the associated metabolic and CV risk.

In many studies, dietary factors documented to improve several processes (inflammation, oxidative stress and immune dysfunction) and co-morbidities (CVD, obesity) of respiratory diseases translate into improved respiratory outcomes. Importantly, considering the early origin of COPD and the profound impact of diet on lung function and later respiratory health, nutrition intervention offers the opportunity for early strategies of primary prevention and/or targeted early therapeutic approaches.

There is good evidence that nutritional support, in the form of oral nutritional supplements (ONS), can overcome energy and protein imbalances resulting in improved nutritional status and functional capacity. However, in order to treat the aetiology of sarcopenia, frailty and cachexia, it is likely that targeted multi-modal interventions are required to address energy and protein imbalance, specific nutrient deficiencies, reduced androgens and targeted exercise training.

Nutritional intervention in COPD includes appropriate nutrition for the individual and disease stage, increasing energy, increasing protein, providing enough polyunsaturated fatty acids, especially omega-3 acids, providing enough vitamins, minerals, fiber, high consumption of fresh fruits, vegetables, wholegrains, plant oils and fish, low intake of alcohol, and avoidance of processed, refined, high-saturated fat foods, sweets, cured/red meats, and sugar-containing beverages.

Recommendations for energy requirements for individuals with COPD for weight maintenance can be approximately 30 kcal/kg body weight/day (26), although daily energy requirements in order to elicit weight gain are likely to be considerably higher (45 kcal/kg body weight/day). Recommendations in relation to protein requirements suggest a daily intake of 1.0–1.2 g protein/kg body weight/day. Older individuals who are malnourished, or those with a chronic disease, the recommended intake is 1.2–1.5 g protein/kg body weight/day. Lipid needs should be 20-30% of total dietary energy.

Choose Poly unsaturated fatty acids. Limit animal fats. Interventions to reduce saturated fat intake have a significant impact on reducing respiratory burden. Carbohydrate needs in most cases should be 55-60% of total dietary energy. Reduce carbohydrate intake for T2DM and obesity. Multi-micronutrient tablets should be considered for the patients at risk such as malnutrition, gastrointestinal diseases, vegetarians, anorexia...

Key words: COPD, nutrition, cachexia

KỸ THUẬT VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP

PHẠM THỊ THANH TÂM(*)

Thông khí không xâm nhập gồm ba nhóm chính: thông khí áp lực dương không xâm nhập (NIPPV), thông khí áp lực dương liên tục (CPAP) và thông khí hai mức áp lực dương (BiPAP). Để các phương thức này hoạt động hiệu quả, điều dưỡng cần nắm rõ quy trình kỹ thuật, theo dõi và chăm sóc. Nhìn chung, cũng giống như các quy trình chăm sóc người bệnh khác, điều dưỡng cần nhận định được tình trạng người bệnh để chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp (như dây máy thở, mặt nạ phù hợp, bộ làm ẩm,...) và chuẩn bị kỹ người bệnh (về tâm lý, tư thế,...). Quy trình thực hiện kỹ thuật gồm các bước chính: chuẩn bị máy thở, tiến hành cho người bệnh thở máy, theo dõi và chăm sóc sau khi gắn máy thở. Chăm sóc người bệnh thông khí không xâm nhập bao gồm: duy trì đường thở thông thoáng, theo dõi các dấu hiệu không đáp ứng với thở không xâm nhập và hoạt động của máy thở, giảm lo lắng cho người bệnh, chăm sóc phòng ngừa và phát hiện sớm các biến chứng (loét da nơi tiếp xúc với mặt nạ, viêm phổi, viêm kết mạc mắt, chướng bụng, hít sặc, khô miệng, đặc đàm. Khi quy trình được thực hiện đầy đủ, theo dõi và chăm sóc đúng cách vừa tăng hiệu quả điều trị vừa tạo được sự hài lòng cho người bệnh.

TECHNIQUES AND NURSING CARE IN NON-INVASIVE VENTILATION

PHM THI THANH TAM

Non-invasive ventilation is categorized into three main groups: non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV), continuous positive airway pressure (CPAP), and bilevel positive airway pressure (BiPAP). In order to ensure the optimal functioning of these methods, nurses must possess a thorough understanding of the technical procedures, monitoring, and care involved. Similar to other patient care processes, it is necessary for nurses to evaluate the patient's condition to prepare the appropriate equipment (such as breathing tubes, suitable masks, humidifiers, etc.) and adequately prepare the patient (taking into account their psychological state, positioning, etc.). The technical implementation process consists of several key steps: preparing the respiratory machine, initiating ventilation for the patient, monitoring and providing care after connecting the respiratory machine. Patient care for non-invasive ventilation includes maintaining an unobstructed airway, monitoring the patient's response to non-invasive ventilation and the functionality of the respiratory machine, alleviating patient anxiety, preventive care, and early detection of complications (such as skin ulcers at mask contact points, pneumonia, conjunctivitis, bloating, aspiration, dry mouth, excessive sputum). When the entire process is carried out comprehensively, with diligent monitoring and attentive care, it not only enhances the effectiveness of the treatment but also contributes to patient satisfaction.

(*) *ThS ĐD trưởng khoa Hô hấp BV ĐHYD TPHCM*

1.1. Chuẩn bị

- ❖ Kiểm tra xem hô hấp kế đã chuẩn độ đúng chuẩn hay chưa
- ❖ Giải thích hô hấp ký cho bệnh nhân
- ❖ Chuẩn bị bệnh nhân
- ❖ Đo chiều cao, cân nặng của bệnh nhân
- ❖ Nên yêu cầu bệnh nhân nói lỏng quần áo chặt.
- ❖ Có thể để bệnh nhân tiếp tục đeo răng giả.
- ❖ Gắn ống ngậm vào máy

1.2. Nhập vào máy các dữ liệu của người được đo

- ❖ Tên, số hồ sơ, tuổi (tính theo năm), chiều cao (cm), cân nặng (kg), giới, các vấn đề hô hấp (ho, hút thuốc), chủng tộc...

1.3. Thao tác đo VC

- ❖ Hướng dẫn và minh họa cho bệnh nhân
- ❖ Thực hiện đo

1.4. Thao tác đo FVC

- ❖ Hướng dẫn và minh họa cho bệnh nhân:
- ❖ Thực hiện đo:
 - Đảm bảo bệnh nhân đứng đúng tư thế
 - Dùng kẹp mũi
 - Đưa ống ngậm vào miệng sao cho không còn khe hở
 - Hút vào nhanh và hết sức, khi hút tối đa thì ngưng hút không quá 1 giây
 - Thổi ra thật mạnh, tối đa đến mức không thể thổi được, khi thổi bệnh nhân vẫn ở tư thế đứng
 - Lập lại hướng dẫn, minh họa nếu bệnh nhân làm chưa tốt
 - Lập lại ít nhất 3 lần nhưng không quá 8 lần
 - Kiểm tra tính lập lại giữa các lần đo và nếu cần thì tiếp tục đo

1.5. Test giãn phế quản

- ❖ Thực hiện sau khi đo FVC, VC, MVV đạt chuẩn
- ❖ Liều dùng albuterol/salbutamol với tổng liều là 400mcg, có thể dùng ipratropium bromide với tổng liều là 160mcg
- ❖ Thời gian chờ > 10 phút
- ❖ Dùng bình xịt liều định chuẩn có spacer sẽ hấp thu từ 10 -20%
- ❖ Thao tác: người được đo hô hấp ký hút 2 nhát Ventolin



MedDRA Phân loại hệ thống cơ quan	Các tác dụng không mong muốn	Tần suất
Nhiễm trùng và nhiễm ký sinh trùng	Nhiễm trùng đường tiết niệu Viêm xoang Viêm mũi - họng Viêm họng Nhiễm trùng đường hô hấp trên	Phổ biến Phổ biến Phổ biến Phổ biến Phổ biến
Rối loạn tim	Rung nhĩ Nhịp nhanh trên thất Nhịp tim nhanh	Không phổ biến Không phổ biến Không phổ biến
Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất	Ho Đau miệng - họng	Phổ biến Phổ biến
Rối loạn dạ dày ruột	Táo bón Khô miệng	Phổ biến Phổ biến

Dữ liệu sau lưu hành thuốc

MedDRA Phân loại hệ thống cơ quan	Các tác dụng không mong muốn	Tần suất
Rối loạn hệ miễn dịch	Các phản ứng quá mẫn bao gồm: Phát ban Phản vệ, phù mạch, và mày đay	Không phổ biến Hiếm
Rối loạn tâm thần	Lo âu	Không phổ biến
Rối loạn hệ thần kinh	Đau đầu Run Loạn vị giác	Phổ biến Không phổ biến Không phổ biến
Rối loạn mắt	Nhìn mờ Tăng nhãn áp Tăng áp lực nội nhãn	Hiếm Hiếm Hiếm
Rối loạn tim	Nhịp nhanh thất Ngoại tâm thu trên thất Đánh trống ngực	Không phổ biến Không phổ biến Không phổ biến
Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất	Khó phát âm Co thắt phế quản nghịch lý	Không phổ biến Hiếm
Rối loạn cơ xương và mô liên kết	Co thắt cơ	Không phổ biến
Rối loạn da và mô dưới da	Phát ban	Không phổ biến
Rối loạn thận và hệ tiết niệu	Bí tiểu Khó tiểu Bàng quang tắc nghẽn đầu ra	Hiếm Hiếm Hiếm

Thông báo ngay cho bác sỹ
hoặc dược sỹ những phản ứng
có hại gặp phải khi sử dụng thuốc.

QUÁ LIỀU: Các dấu hiệu và triệu chứng:

Việc sử dụng quá liều ANORO ELLIPTA sẽ có khả năng gây ra các dấu hiệu và triệu chứng do tác dụng của các thành phần riêng rẽ, tương tự như các tác dụng không mong muốn đã được biết của thuốc đối kháng muscarinic dạng hít (như khô miệng, rối loạn điều tiết thị giác và nhịp tim nhanh) và các tác dụng không mong muốn ghi nhận được khi quá liều các thuốc chủ vận beta₂ khác (như run, đau đầu và nhịp tim nhanh). Xử trí: Không có biện pháp điều trị đặc hiệu nào khi quá liều ANORO ELLIPTA. Nếu xảy ra quá liều, bệnh nhân nên được điều trị hỗ trợ với sự theo dõi thích hợp khi cần thiết. Các biện pháp tiếp theo nên tuân theo chỉ định trên lâm sàng hoặc khuyến cáo của trung tâm chống độc Quốc gia, nếu có. **HẠN DÙNG:** 24 tháng kể từ ngày sản xuất. Hạn dùng sau khi mở nắp: Sau khi mở khay nhôm, sử dụng thuốc trong khoảng thời gian tối đa 6 tuần. Ghi ngày dụng cụ hít nên được bỏ đi lên khoảng trống của nhãn dụng cụ hít. Ngày loại bỏ nên được ghi ngay khi dụng cụ hít được lấy ra khỏi khay. **THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI BẢO QUẢN:** Bảo quản không quá 30°C. Nếu bảo quản trong tủ lạnh, nên lấy thuốc ra để ở nhiệt độ phòng ít nhất 1 giờ trước khi sử dụng. **SẢN XUẤT BỞI:** Glaxo Operations UK Limited (trading as Glaxo Wellcome Operations) Priory Street, Ware, Hertfordshire SG12 0DJ, Anh. Nhân hiệu sở hữu bởi hoặc cấp phép cho tập đoàn GSK. Anoro Ellipta được phát triển với sự phối hợp cùng tập đoàn Innoviva. **PHÂN PHỐI BỞI:** Công ty cổ phần Dược liệu Trung ương 2 - Phyto Pharma, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q1, Tp. HCM. Dựa trên GDS07/IPI08, ngày ban hành: 19 tháng 07 năm 2018. ANOELL 0918-08/190718. VN3-232-19. Thông tin đầy đủ xin xem tờ hướng dẫn sử dụng thuốc. Xin liên hệ Công ty TNHH Dược Phẩm GSK Việt Nam - Phòng 702 và 703, Tầng 7, Tòa nhà Metropolitan Tower, số 235 đường Đồng Khởi, Phường Bến Nghé, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. ĐT: 028.38248744. Xin vui lòng thông báo các tác dụng ngoại ý của thuốc về Công ty TNHH Dược phẩm GSK Việt Nam hoặc số điện thoại di động 0963905235 hoặc email: antoanthuoc.vn@gsk.com.

Các nhãn hiệu được sở hữu hoặc cấp phép cho GSK group of companies
© 2023 Bản quyền thuộc về GSK group of companies và bên cấp phép



hợp đó. Các tương tác trên kênh vận chuyển và chuyển hóa: Vilanterol là một cơ chất của cytochrome P4e50 3A4 (CYP3A4). Việc sử dụng đồng thời các chất ức chế mạnh CYP3A4 (ví dụ như ketoconazole, clarithromycin, itraconazole, ritonavir, telithromycin) có thể gây ức chế sự chuyển hóa và gây tăng phơi nhiễm toàn thân với vilanterol. Sử dụng đồng thời với ketoconazole (400 mg) trên người tình nguyện khỏe mạnh làm tăng AUC(0-t) và C_{max} vilanterol trung bình lần lượt là 65% và 22%. Sự tăng phơi nhiễm với vilanterol không có liên quan với sự tăng thuốc chủ vận beta-adrenergic liên quan đến các tác động toàn thân trên nhịp tim, kali máu, hoặc khoảng QT (hiệu chỉnh bằng phương pháp Fridericia). Nên thận trọng khi sử dụng kết hợp umeclidinium/ vilanterol với ketoconazole và các chất ức chế CYP3A4 mạnh khác bởi vì có khả năng gây tăng phơi nhiễm toàn thân với vilanterol, điều này có thể dẫn đến tăng khả năng gây ra các tác dụng không mong muốn. Verapamil, một chất ức chế CYP3A4 trung bình, không có tác động đáng kể đến dược động học của vilanterol. Umeclidinium là một cơ chất của cytochrome P450 2D6 (CYP2D6). Dược động học bền vững của umeclidinium đã được đánh giá trên người tình nguyện khỏe mạnh thiếu CYP2D6 (chuyển hóa kém). Không có tác động lên AUC hoặc C_{max} của umeclidinium được ghi nhận ở liều cao gấp 8 lần. AUC của umeclidinium tăng khoảng 1,3 lần được ghi nhận ở liều cao gấp 16 lần, trong khi C_{max} không bị ảnh hưởng. Dựa trên mức độ quan trọng của những thay đổi này, không có tương tác thuốc trên lâm sàng được dự đoán khi sử dụng kết hợp umeclidinium/vilanterol với các chất ức chế CYP2D6 hoặc khi sử dụng cho các bệnh nhân có yếu tố di truyền thiếu hoạt tính CYP2D6 (chuyển hóa kém). Cả umeclidinium và vilanterol là các cơ chất của kênh vận chuyển P-glycoprotein (P-gp). Tác động của chất ức chế P-gp trung bình verapamil (240 mg một lần mỗi ngày) lên dược động học ổn định của umeclidinium và vilanterol đã được đánh giá ở người tình nguyện khỏe mạnh. Không có tác động của verapamil lên C_{max} của umeclidinium hay vilanterol được ghi nhận. Đã ghi nhận được AUC của umeclidinium tăng khoảng 1,4 lần trong khi AUC của vilanterol không thay đổi. Dựa trên mức độ quan trọng của những thay đổi này, không có tương tác thuốc trên lâm sàng được dự đoán khi sử dụng kết hợp umeclidinium/vilanterol với các chất ức chế P-gp. Các thuốc kháng muscarinic và kích thích thần kinh giao cảm khác: Việc sử dụng đồng thời umeclidinium/vilanterol với các thuốc kháng muscarinic tác dụng kéo dài khác, các thuốc chủ vận beta₂-adrenergic tác dụng kéo dài hoặc các thuốc khác có chứa một trong số các chất này, vẫn chưa được nghiên cứu và không được khuyến cáo vì điều này có thể làm tăng khả năng xảy ra các tác

dụng không mong muốn đã biết khi sử dụng các chất đối kháng muscarinic dạng hít hoặc các chất chủ vận beta₂-adrenergic (xem phần Cảnh báo và thận trọng và Quá liều). Giảm kali huyết: Sử dụng thuốc giảm kali huyết đồng thời với các dẫn xuất methylxanthine, steroid, hoặc các thuốc lợi tiểu không giữ kali có thể làm tăng khả năng giảm kali huyết của chất chủ vận beta₂-adrenergic, do vậy nên sử dụng thận trọng (xem phần Cảnh báo và thận trọng). Các thuốc điều trị COPD khác: Mặc dù chưa có các nghiên cứu chính thức về tương tác thuốc in vivo được thực hiện, nhưng khi dùng đồng thời umeclidinium/vilanterol dạng hít với các thuốc COPD khác, bao gồm các thuốc giãn phế quản kích thích thần kinh giao cảm tác dụng ngắn và corticosteroid dạng hít, không thấy có bằng chứng lâm sàng về tương tác thuốc. **TƯƠNG KÝ:** Chưa có tương kỵ được ghi nhận. **THAI KỶ VÀ CHO CON BÚ:** Khả năng sinh sản: Không có dữ liệu về tác động của ANORO ELLIPTA lên khả năng sinh sản ở người. Các nghiên cứu trên động vật cho thấy umeclidinium hay vilanterol không ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. **Thai kỳ:** Không có hoặc có dữ liệu hạn chế về việc sử dụng ANORO ELLIPTA ở phụ nữ có thai. Các nghiên cứu trên động vật cho thấy độc tính trên cơ quan sinh sản sau khi dùng vilanterol hít. Chỉ nên sử dụng ANORO ELLIPTA trong thai kỳ nếu lợi ích mong đợi cho người mẹ vượt trội nguy cơ có thể có với thai. **Cho con bú:** Chưa biết liệu umeclidinium hay vilanterol có được bài tiết qua sữa mẹ hay không. Tuy nhiên, các chất chủ vận beta₂ khác đã được phát hiện trong sữa mẹ. Nguy cơ đối với trẻ sơ sinh/trẻ nhỏ bú sữa mẹ không thể được loại trừ. Nên xem xét lợi ích của việc bú sữa mẹ đối với trẻ và lợi ích của việc điều trị đối với mẹ để quyết định ngừng cho trẻ bú mẹ hoặc ngừng liệu pháp ANORO ELLIPTA. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Umeclidinium/vilanterol không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng không đáng kể lên khả năng lái xe và vận hành máy móc. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng: Hồ sơ tính an toàn của ANORO ELLIPTA dựa trên khoảng 3000 bệnh nhân COPD sử dụng các liều umeclidinium/vilanterol 62,5/25 mcg hoặc cao hơn trong khoảng thời gian đến 1 năm trong các nghiên cứu lâm sàng. Trong số này, có khoảng 1600 bệnh nhân sử dụng liều 62,5/25 mcg và khoảng 1300 bệnh nhân sử dụng liều 125/25 mcg, đều dùng 1 lần mỗi ngày. Các tác dụng không mong muốn (ADRs) liệt kê dưới đây được phân loại theo hệ cơ quan của MedDRA và tần suất. Tần suất được xác định như sau: rất phổ biến ($\geq 1/10$), phổ biến ($\geq 1/100$ và $< 1/10$), không phổ biến ($\geq 1/1000$ và $< 1/100$), hiếm ($\geq 1/10000$ và $< 1/1000$) và rất hiếm ($< 1/10000$).

**TRÌNH BÀY**

THÀNH PHẦN DƯỢC CHẤT: Mỗi liều phóng thích (liều đi ra khỏi đầu ngậm của dụng cụ hít) chứa 55 microgam (mcg) umeclidinium (tương đương với 65 mcg umeclidinium bromide) và 22 mcg vilanterol (dạng trifenate). Liều này tương ứng với liều 62,5 mcg umeclidinium (tương đương với 74,2 mcg umeclidinium bromide) và 25 mcg vilanterol (dạng trifenate) khi chưa phóng thích. **THÀNH PHẦN TÁ DƯỢC:** Lactose monohydrate (chứa protein sữa) (khoảng 25 mg lactose monohydrate trong mỗi liều). Magnesium stearate. **Dạng bào chế:** Thuốc bột hít phân liều. Dụng cụ hít màu xám nhạt có một nắp đậy đầu ngậm màu đỏ và sẵn một bộ đếm liều. Dụng cụ hít Ellipta có chứa hai dải túi phồng, trong mỗi túi phồng có bột thuốc màu trắng. **Quy cách đóng gói:** Hộp có 1 dụng cụ hít chứa 30 liều hít. **CHỈ ĐỊNH:** ANORO ELLIPTA được chỉ định trong điều trị duy trì giãn phế quản để làm giảm các triệu chứng ở người lớn bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** ANORO ELLIPTA chỉ dùng để hít qua miệng. ANORO ELLIPTA nên được sử dụng 1 lần duy nhất, vào 1 thời điểm cố định mỗi ngày. Người lớn: Liều được khuyến cáo và là liều tối đa là một liều hít ANORO ELLIPTA 62,5/25 mcg, 1 lần/ngày. **Trẻ em:** Dựa vào chỉ định của sản phẩm, việc sử dụng cho bệnh nhân dưới 18 tuổi là không phù hợp. **Người cao tuổi:** Không cần điều chỉnh liều ở các bệnh nhân trên 65 tuổi. Suy thận: Không cần điều chỉnh liều ở các bệnh nhân suy thận. Suy gan: Không cần điều chỉnh liều ở các bệnh nhân suy gan nhẹ hoặc trung bình. Việc sử dụng ANORO ELLIPTA chưa được nghiên cứu trên các bệnh nhân suy gan nặng, do vậy nên được sử dụng thận trọng. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Chống chỉ định dùng ANORO ELLIPTA cho các bệnh nhân dị ứng nặng với protein- sữa. Chống chỉ định cho các bệnh nhân nhạy cảm với các thành phần dược chất và bất kỳ tá dược nào được liệt kê trong mục thành phần dược chất và thành phần tá dược ở trên. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Chất chủ vận beta₂-adrenergic tác dụng kéo dài (LABA), chẳng hạn như vilanterol, làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân hen. Một thử nghiệm đối chứng giả dược với một LABA khác (salmeterol) cũng đã cho thấy sự gia tăng các trường hợp tử vong do hen. Tác động này của salmeterol được xem là tác dụng nhóm của tất cả LABA. Việc sử dụng ANORO ELLIPTA chưa được nghiên cứu ở các bệnh nhân hen, và không được khuyến cáo dùng cho nhóm bệnh nhân này. ANORO ELLIPTA được sử dụng trong điều trị duy trì COPD. Không nên dùng ANORO ELLIPTA để làm giảm các triệu chứng cấp tính, tức là dùng như thuốc cắt cơn trong điều trị các đợt co thắt phế quản cấp tính. Nên điều trị các triệu chứng cấp tính bằng thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn dạng hít. Việc gia tăng sử dụng thuốc

giãn phế quản tác dụng ngắn để làm giảm các triệu chứng cho thấy rằng tình trạng kiểm soát bệnh xấu đi và khi đó bệnh nhân nên đến bác sỹ khám lại. Cũng như các liệu pháp đường hít khác, việc sử dụng ANORO ELLIPTA có thể gây co thắt phế quản nghịch lý làm đe dọa tính mạng bệnh nhân. Nên ngừng điều trị bằng ANORO ELLIPTA nếu có thắt phế quản nghịch lý xảy ra và sử dụng liệu pháp thay thế nếu cần. Các tác động trên tim mạch, ví dụ loạn nhịp tim như rung nhĩ và nhịp tim nhanh, có thể thấy sau khi dùng các thuốc kích thích thần kinh giao cảm và các thuốc đối kháng thụ thể muscarinic, bao gồm ANORO ELLIPTA. Do đó, nên thận trọng khi dùng ANORO ELLIPTA cho các bệnh nhân bị bệnh tim mạch nặng. Do hoạt tính kháng muscarinic của thuốc, nên thận trọng khi dùng ANORO ELLIPTA cho các bệnh nhân bị bệnh glôcôm góc đóng hoặc bí tiểu. Việc sử dụng umeclidinium/vilanterol chưa được nghiên cứu trên các bệnh nhân suy gan nặng, do vậy nên được sử dụng thận trọng (xem Liều lượng và cách dùng). Chất chủ vận beta₂-adrenergic có thể làm giảm kali huyết đáng kể ở một số bệnh nhân, có khả năng gây ra các tác động tim mạch bất lợi. Sự giảm kali huyết thanh thường là thoáng qua, không cần liệu pháp bổ sung. Không có các tác động liên quan về mặt lâm sàng của giảm kali huyết được quan sát thấy trong các nghiên cứu lâm sàng với umeclidinium/ vilanterol ở liều điều trị khuyến cáo. Cần thận trọng khi sử dụng umeclidinium/vilanterol với các sản phẩm thuốc khác cũng có khả năng gây giảm kali huyết (xem Tương tác thuốc). Chất chủ vận beta₂-adrenergic có thể gây tăng đường huyết thoáng qua ở một số bệnh nhân. Không có các tác động liên quan về mặt lâm sàng lên glucose huyết tương được quan sát thấy trong các nghiên cứu lâm sàng với umeclidinium/vilanterol ở liều điều trị khuyến cáo. Ngay khi bắt đầu điều trị với umeclidinium/vilanterol, cần theo dõi chặt chẽ nồng độ glucose huyết tương ở các bệnh nhân bị tiểu đường. Thuốc này có chứa lactose. Những bệnh nhân có các vấn đề di truyền hiếm gặp như không dung nạp galactose, thiếu hụt Lapp lactase hoặc kém hấp thu glucose-galactose không nên dùng thuốc này. Cần thận trọng khi sử dụng umeclidinium/vilanterol ở những bệnh nhân bị rối loạn co giật hoặc nhiễm độc giáp, và ở những bệnh nhân thường không đáp ứng với chất chủ vận beta₂-adrenergic. **TƯƠNG TÁC THUỐC VÀ TƯƠNG Kỵ:** **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Các thuốc chẹn beta: Các thuốc chẹn beta-adrenergic có thể làm suy yếu hoặc đối kháng tác dụng của các chất chủ vận beta₂, ví dụ vilanterol. Nên tránh sử dụng đồng thời ANORO ELLIPTA với các thuốc chẹn beta-adrenergic chọn lọc hoặc không chọn lọc, trừ khi có các lý do thuyết phục cho việc sử dụng kết

HOW TO PERFORM A SPIROMETRY MANEUVER

VU TRAN THIEN QUAN

1. Patient preparation

- Calibrate the spirometer
- Explain spirometry procedure to the patient
- Prepare the patient
- Measure the patient's height and weight
- Patients should be asked to loosen tight clothing.
- The patient can continue to wear dentures.
- Attach the mouthpiece to the machine

2. Enter the data of the person being measured

- Name, case number, age (in years), height (cm), weight (kg), gender, respiratory problems (coughing, smoking), race...

3. VC maneuver performance

- Instructions and illustrations for patients
- Take measurements

4. FVC maneuver performance

- Instructions and illustrations for patients
- Take measurements
- Make sure the patient is in the correct position
- Use nose clip
- Insert the mouthpiece into your mouth so that there is no gap
- Inhale quickly and with full force, when the maximum suction is reached, stop smoking for no more than 1 second
- Blow out very hard, maximum to the point that it is impossible to blow, when blowing the patient is still in the standing position
- Repeat instructions, illustrate if the patient does not do well
- Repeat at least 3 times but no more than 8 times
- Check for repeatability between measurements and, if necessary, continue measuring

5. Bronchodilator test

- Performed after standard measurement of FVC, VC, MVV
- Albuterol/salbutamol for a total dose of 400 mcg, ipratropium bromide can be used for a total dose of 160 mcg
- Waiting time > 10 minutes
- Using a calibrated dose inhaler with a spacer will absorb 10-20%

- Manipulation: the person being measured spirometry sucks 2 puffs of Ventolin

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG DỤNG CỤ HÍT THUỐC TRONG BỆNH LÝ HEN VÀ COPD

THS.BS TRẦN THỊ THÚY TƯỜNG

GV BMN ĐHYD TPHCM

Thuốc dạng hít là nền tảng của việc điều trị và quản lý bệnh hen suyễn và COPD. Có nhiều thiết bị để cung cấp thuốc dạng hít, bao gồm ống hít định liều có điều áp (pMDI), ống hít bột khô (DPI), ống hít phun sương mềm, MDI điều khiển bằng hơi thở và máy phun khí dung; pMDI và DPI được sử dụng phổ biến nhất. Mặc dù một loạt các phương pháp điều trị hiện nay được xem là hữu dụng, nhưng số lượng lớn các thiết bị này có gây ra nhiều khó khăn nhất định cho bác sĩ kê đơn khi hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng đúng.

Để sử dụng hiệu quả thuốc hít đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ kỹ thuật hít theo quy định. Lỗi trong sử dụng thiết bị có thể dẫn đến việc phân phối thuốc dưới mức tối ưu, giảm liều lượng thuốc hiệu quả và do đó ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Người ta ước tính rằng có tới 92% bệnh nhân mắc ít nhất một lỗi nghiêm trọng khi sử dụng ống hít, với tỷ lệ lỗi cao hơn được báo cáo ở bệnh nhân COPD so với bệnh nhân hen suyễn. Loại và tần suất lỗi khác nhau giữa các thiết bị tùy thuộc vào đặc điểm của chúng, chẳng hạn như không thở ra trước mỗi lần hít vào và không thể nín thở sau khi hít vào.

INSTRUCTIONS FOR USING THE INHALER FOR ASTHMA AND COPD

TRAN THI THUY TUONG, MD

Inhaled medications are the cornerstone of treating and managing asthma and COPD. There are many devices for the delivery of inhaled medications, including pressurized metered-dose inhalers (pMDIs), dry-powder inhalers (DPIs), soft mist inhalers, breath-actuated MDIs, and nebulizers; pMDIs and DPIs are the most commonly used. While the wide array of treatments available may be seen as positive, the large number of available devices can result in a certain amount of complexity for prescribers when teaching patients their correct use.

Effective use of inhalers requires patients to follow the prescribed inhalation technique. Errors in device use can result in suboptimal drug delivery, reducing the effective medication dose and thus compromising treatment effectiveness. It has been estimated that up to 92% of patients make at least one critical error when using an inhaler, with a higher error rate reported in patients with COPD compared with those with asthma. The type and frequency of errors vary among devices depending on their characteristics, such as failing to exhale before each inhalation and failing to hold their breath following inhalation.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Montes de Oca M, López Varela MV, Acuña A, et al. Incorporating new evidence on inhaled medications in COPD. The Latin American Chest Association (ALAT) 2019. *Arch Bronconeumol.* 2020;56(2):106–113.
2. Gea J. COPD Therapy: Beyond conventional pharmacology. *Arch Bronconeumol.* 2020;56(6):343–344.
3. Muñoz X, Romero-Mesones C, Cruz MJ. β 2-Agonists in asthma: the strange case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde. *Arch Bronconeumol.* 2020;56(4):204–205.
4. Gea J. Maimonides, the respiratory system and personalized medicine. *Open Respir Arch.* 2019;1(1–2):3–4.
5. López-Campos JL, Peces-Barba G, Jiménez-Ruiz CA. Controlled prescription of triple fixed-dose combination therapy in Spain. *Arch Bronconeumol.* 2020 Oct;56(5):271–272.
6. Alcázar-Navarrete B, Castellano Miñán F, Santiago Díaz P, Ruiz Rodríguez O, Romero Palacios PJ. Alveolar and bronchial nitric oxide in chronic obstructive pulmonary disease and asthma-COPD overlap. *Arch Bronconeumol.* 2018 Aug;54(8):414–419.
7. Rodríguez García C, González Barcala FJ, Facal Mayo D. *Difficulties with inhaled therapy: a complex simple technique.* 56. *Arch Bronconeumol.* 2020 Dec 5.416–417.
8. Lavorini F, Magnan A, Dubuse JC, et al Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. *Respir Med.* 2008;102:593-604.
9. Roggeri A, Micheletto C, Roggeri DP. Inhalation errors due to device switch in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma: critical health and economic issues. *Int J COPD.* 2016;11:597-602.

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH: CORTICOID HÍT (ICS) CẦN THIẾT VÀ GIẢM TỬ VONG?

PGS TS BS LÊ THƯỢNG VŨ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một nhóm bệnh không đồng nhất, không đồng nhất cả từ nền viêm. Nhiều bn có nền viêm tăng eosinophil đáp ứng tốt với corticoid hít. Các nghiên cứu đã chứng minh ICS giúp cải thiện tần suất đợt cấp đặc biệt khi dùng chung với đồng vận beta 2 tác dụng dài (LABA). Các nghiên cứu pha 3 lớn như IMPACT cho thấy nhóm LABA + LAMA có tử vong cao hơn nhóm có sử dụng ICS. Nhận định này không phủ định vai trò LABA + LAMA đã được chứng minh rõ qua nhiều nghiên cứu; nhận định này tái khẳng định ICS thật sự cải thiện đợt cấp và tử vong trên một số bệnh nhân. Các bn nghiên cứu IMPACT có trung vị đợt cấp bằng 2. Các bn này nên được cân nhắc sử dụng ICS. Thực tế lâm sàng cũng chứng minh là các bn COPD được theo dõi bởi nhân viên y tế (có lẽ nhóm nhiều đợt cấp và/hoặc triệu chứng) có tỷ lệ sử dụng ICS trong thế giới thực lên đến 80%. Có thể kết luận: trên các bn Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tăng eosinophil và/hoặc đợt cấp sử dụng ICS giúp kiểm soát đợt cấp và có thể cả tử vong.

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: IS INHALED CORTICOSTEROIDS (ICS) ESSENTIAL AND HELPS REDUCE MORTALITY?

LÊ THƯỢNG VŨ, M.D., PH.D, ASSOCIATE PROFESSOR IN MEDICINE.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a heterogeneous group of diseases, even in inflammatory background. Many patients with an airway eosinophilic inflammation responded well to inhaled corticosteroids. Studies have demonstrated that ICS improved exacerbation frequency especially when used with long-acting beta 2 agonists (LABAs). Large phase 3 studies such as IMPACT showed that the LABA + LAMA group had a higher mortality rate than the group using ICS. This fact does not negate the role of LABA + LAMA which has been clearly demonstrated through many studies but it reaffirms that ICS does indeed improve exacerbations and mortality in some patients. The IMPACT patients had a median exacerbation of 2. These patients should be considered for ICS. Clinical practice also demonstrates that COPD patients monitored by healthcare professionals (perhaps with multiple exacerbations and/or symptoms) have a real-world ICS use rate of up to 80%. It can be concluded: in patients with chronic obstructive pulmonary disease with eosinophilia and/or exacerbations, the use of ICS helps control exacerbations and possibly death.

Tài liệu tham khảo/References

1. GLOBAL STRATEGY FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD: 2023 Report
2. Lipson DA et al. Reduction in All-Cause Mortality with Fluticasone Furoate/Umeclidinium/Vilanterol in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med 2020.

MACROLIDE HAY ROFLUMILAST TRONG ĐIỀU TRỊ COPD? NHỮNG BẰNG CHỨNG KHOA HỌC

VŨ VĂN GIÁP

TỔNG THƯ KÝ VNRS

PHÓ GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

COPD là một tình trạng tiến triển liên quan đến viêm mãn tính và phá hủy nhu mô dẫn đến hạn chế luồng không khí. COPD có liên quan đến tình trạng hạn chế luồng khí xấu đi theo thời gian và tăng tần suất các đợt cấp của COPD, dẫn đến tăng tỷ lệ tử vong và bệnh tật. Ảnh hưởng của COPD vượt ra ngoài phổi, bao gồm bệnh tim mạch, đái tháo đường, loãng xương, trầm cảm và viêm phổi. Các đợt cấp của COPD có liên quan đến sự xấu đi nhanh chóng của các triệu chứng ban đầu cần được xử trí kịp thời và có thể phải nhập viện trong trường hợp đợt nặng. Bệnh nhân bị đợt cấp của COPD cần phải kiểm soát khẩn cấp các triệu chứng để ngăn chặn tình trạng xấu đi thêm và các biện pháp phòng ngừa có thể được thực hiện để giúp giảm số lượng và tần suất của các đợt cấp trong tương lai.

Roflumilast là một chất ức chế mạnh và chọn lọc enzym phosphodiesterase-4 nhắm vào tình trạng viêm toàn thân liên quan đến COPD. Roflumilast có nhiều tác dụng chống viêm bao gồm giảm các chất trung gian gây viêm và biểu hiện của các dấu hiệu bề mặt tế bào và ức chế quá trình chết theo chương trình. Một số thử nghiệm lâm sàng đánh giá roflumilast trong điều trị COPD đã chứng minh những cải thiện đáng kể so với ban đầu so với giả dược về chức năng phổi, bao gồm tăng thể tích thở ra cưỡng bức trước và sau khi dùng thuốc giãn phế quản trong 1 giây và dung tích sống gắng sức. Dữ liệu cho thấy rằng roflumilast làm giảm các đợt cấp từ trung bình đến nặng với lợi ích được thiết lập tốt nhất ở những bệnh nhân mắc bệnh nặng. Với bằng chứng này, roflumilast, như một phần của chế độ điều trị kết hợp với thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài, dường như là một lựa chọn điều trị hợp lý cho bệnh nhân COPD nặng đến rất nặng liên quan đến viêm phế quản mãn tính và có tiền sử đợt cấp.

Macrolide là nhóm kháng sinh phổ biến trong thực hành lâm sàng. Đối với bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trung bình-nặng và các đợt cấp tái phát, các thử nghiệm lâm sàng cho thấy macrolide đường uống liều thấp trong thời gian dài làm giảm số lượng bệnh nhân bị đợt cấp và tần suất các đợt cấp. Con số cần điều trị để ngăn ngừa một đợt kịch phát (NNT) là 8 (KTC 95% từ 5 đến 18) (Herath 2018). Nghiên cứu tổng quan hệ thống về macrolide trong dự phòng trong COPD nặng, bao gồm 6 RCT liên quan đến 1.485 bệnh nhân COPD, cho thấy điều trị thường xuyên trong thời gian ít nhất 6 tháng làm giảm đáng kể các đợt cấp của COPD (RR 0,65 95% CI 0,43 đến 0,89, p =0,01). Khả năng gặp phải các AE, SAE không gây tử vong (phản ứng tiêu hóa, nhiễm độc tai, phát ban và tổn thương gan) so với nhóm được điều trị bằng giả dược (Yao 2013) [bằng chứng cấp độ I]. Tuy nhiên, thận trọng sẽ gợi ý phương pháp điều trị này nên được dành riêng cho những bệnh nhân mắc bệnh nặng với các đợt cấp tái phát, trong đó các phương pháp điều trị khác (ví dụ: ngừng hút thuốc, phục hồi chức năng phổi, tiêm chủng và sử dụng tối ưu các liệu pháp dự phòng khác được biết là làm giảm các đợt cấp) đã được tối ưu hóa. Do các tác dụng phụ đáng kể có thể xảy ra của các phác đồ như vậy (bao gồm độc tính trên tim, độc tính trên tai, tiêu chảy và sự phát triển kháng thuốc kháng sinh ảnh hưởng đến cả bệnh nhân và cộng đồng), khuyến cáo nên có lời khuyên của chuyên gia trước khi bắt đầu điều trị bằng kháng sinh dài hạn.

CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG NGƯỜI BỆNH THÔNG KHÍ CƠ HỌC

TẠ THỊ THANH TRÚC

Tóm tắt

Chăm sóc điều dưỡng người bệnh thông khí cơ học bao gồm chăm sóc toàn diện người bệnh hồi sức và những chăm sóc liên quan đến thông khí cơ học. Ngoài ra, có những xu hướng mới trong đánh giá, theo dõi, điều trị, và chăm sóc người bệnh đang ngày càng được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng, bao gồm thang điểm cảnh báo sớm NEWS hoặc gói điều trị ABCDEF. Chăm sóc điều dưỡng luôn bắt đầu từ việc đánh giá và theo dõi sát người bệnh, bao gồm đánh giá ban đầu và đánh giá chi tiết. Thay vì đánh giá từng chỉ số riêng lẻ, thang điểm cảnh báo sớm NEWS đánh giá nguy cơ của người bệnh sớm hơn, từ đó thực hiện các biện pháp theo dõi và điều trị tích cực hơn để dự phòng biến cố. Quy trình chăm sóc người bệnh thông khí cơ học nhấn mạnh bốn nội dung, gồm theo dõi hoạt động của máy thở, chăm sóc mặt nạ thở máy ở người bệnh thông khí không xâm nhập, chăm sóc nội khí quản hoặc ống mở khí quản ở người bệnh thông khí xâm nhập, dự phòng các biến chứng của thở máy, nhất là viêm phổi liên quan đến thở máy. Bên cạnh thực hiện tốt các quy trình trên, gói điều trị ABCDEF đề xuất những kỹ thuật chăm sóc bổ sung nhằm làm cải thiện kết cục điều trị của người bệnh thông khí cơ học.

ABSTRACT

TẠ THỊ THANH TRÚC

Nursing care for mechanically ventilated patients involves comprehensive care for critically ill patients and care related to mechanical ventilation. Additionally, there are new trends in the assessment, monitoring, treatment, and care of patients that are increasingly being applied in clinical practice, including early warning score (NEWS) or the ABCDEF bundle. Nursing care always begins with the assessment and close monitoring of the patient, including primary and secondary evaluations. Instead of evaluating individual parameters separately, the NEWS assesses the patients' risks earlier, allowing for more proactive monitoring and treatment to prevent complications. The process of caring for mechanically ventilated patients emphasizes four key components, which include monitoring ventilator activity, caring for non-invasive ventilation masks, caring for endotracheal or tracheostomy tubes in intubated patients, and preventing complications of mechanical ventilation, particularly ventilator-associated pneumonia. In addition to effectively implementing these procedures, the ABCDEF bundle proposes additional care techniques to improve the clinical outcomes of mechanically ventilated patients.



Berodual®

Ipratropium + Fenoterol

Dung dịch để khí dung qua bình xịt định liều

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG BÌNH XỊT ĐỊNH LIỀU

LẦN SỬ DỤNG ĐẦU TIÊN Trước lần sử dụng đầu tiên cần tuân thủ nguyên tắc sau: tháo nắp bảo vệ và ấn van bình xịt hai lần

BƯỚC 1 Tháo nắp bảo vệ
Nếu không sử dụng bình xịt quá 3 ngày thì cần khởi động van một lần

BƯỚC 2 Thở ra hết sức

BƯỚC 3



Giữ bình xịt, ngậm môi xung quanh ống ngậm.
Mũi tên và đáy bình xịt hướng lên trên.

BƯỚC 4



Hít vào tối đa, đồng thời ấn mạnh vào đáy bình xịt để giải phóng một liều chuẩn.
Nín thở trong vài giây, sau đó rút ống ngậm ra khỏi miệng và thở ra.
Thực hiện tương tự với liều xịt thứ hai.

BƯỚC 5 Đậy lại nắp bảo vệ sau mỗi lần dùng.



Thuốc giãn phế quản để phòng ngừa và điều trị các triệu chứng trong bệnh tắc nghẽn đường hô hấp mạn tính (Hen-COPD)⁽¹⁾

THÔNG TIN KÊ TOA

THÀNH PHẦN: Mỗi liều xịt (nhất xịt) chứa: 21 mcg ipratropium bromide tương ứng với 20 mcg ipratropium bromide khan, 50 mcg fenoterol hydrobromide. **Dạng bào chế của thuốc:** Dung dịch để khí dung qua bình xịt định liều. **CHỈ ĐỊNH:** BERODUAL® là một thuốc giãn phế quản để phòng ngừa và điều trị các triệu chứng trong bệnh tắc nghẽn đường hô hấp mạn tính với hạn chế luồng khí có hồi phục như hen phế quản và đặc biệt viêm phế quản mạn có hoặc không có khí phế thũng. Nên cân nhắc điều trị kết hợp với thuốc kháng viêm cho những bệnh nhân hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đáp ứng với steroid.

Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y tế 0286/17/QLD-TT, ngày 27 tháng 07 năm 2017.
Ngày 01 tháng 08 năm 2017 in tài liệu. Tài liệu này gồm có 02 trang.

(1) Thông tin kê toa sản phẩm, COPD; Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

GPM-COPD-0003-VN

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG: Nên điều chỉnh liều dùng theo yêu cầu của từng bệnh nhân. Ngoài trừ kê đơn khác, những liều sau đây được khuyến cáo cho bệnh nhân người lớn và trẻ trên 6 tuổi. **Cơn hen cấp:** 2 nhát xịt là phù hợp để giảm nhanh triệu chứng trong nhiều trường hợp. Trong những trường hợp nặng hơn, nếu khó thở không cải thiện sau 5 phút có thể dùng thêm 2 nhát xịt nữa. Nếu cơn hen không thuyên giảm sau 4 nhát xịt thì có thể xịt thêm thuốc. Trong trường hợp này, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ hoặc đến bệnh viện gần nhất ngay lập tức. **Điều trị ngắn quãng và kéo dài** (đối với hen, BERODUAL® bình xịt định liều chỉ nên sử dụng dựa theo nhu cầu) 1-2 nhát xịt cho mỗi lần dùng, tối đa 8 nhát xịt mỗi ngày (trung bình 1-2 nhát xịt 3 lần mỗi ngày). Chỉ nên dùng BERODUAL® bình xịt định liều cho trẻ em theo chỉ định của bác sĩ và dưới sự giám sát của người lớn. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** BERODUAL® chống chỉ định cho những bệnh nhân đã biết quá mẫn với fenoterol hydrobromide hoặc các chất giống atropine hoặc với bất kỳ tá dược nào của thuốc. BERODUAL® cũng chống chỉ định ở những bệnh nhân cơ tim phì đại tắc nghẽn và loạn nhịp nhanh. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** **Quá mẫn:** Có thể xuất hiện các phản ứng quá mẫn tức thì sau khi dùng BERODUAL®, như xác định ở một số hiếm các trường hợp như mày đay, phù mạch, phát ban, co thắt phế quản, phù hầu họng và sốc phản vệ. **Co thắt phế quản nghịch lý:** Cũng như các thuốc khí dung khác, BERODUAL® có thể gây co thắt phế quản nghịch lý có thể đe dọa tính mạng. Nếu xuất hiện co thắt phế quản nghịch lý thì nên ngưng dùng BERODUAL® ngay tức thì và thay bằng phương pháp điều trị khác. **Biến chứng ở mắt:** Nên sử dụng BERODUAL® thận trọng ở những bệnh nhân có khả năng bị glô-côm góc hẹp. Có một vài báo cáo riêng lẻ về biến chứng ở mắt (như giãn đồng tử, tăng áp lực nội nhãn, glô-côm góc hẹp, đau mắt) khi dùng dạng xịt ipratropium bromide đơn chất hoặc kết hợp với một thuốc chủ vận beta2 tiếp xúc với mắt. Đau mắt hoặc khó chịu, nhìn mờ, nhìn quàng hoặc hình ảnh có màu sắc kết hợp với đỏ mắt do xung huyết kết mạc và phù giác mạc có thể là dấu hiệu của glô-côm góc hẹp cấp tính. Nếu thấy xuất hiện phối hợp các triệu chứng trên, nên điều trị bằng thuốc co đồng tử và đi khám chuyên khoa ngay lập tức. Do đó bệnh nhân nên được hướng dẫn dùng BERODUAL® đúng cách. Phải thận trọng để thuốc không vào mắt. **Ảnh hưởng toàn thân:** Trong những trường hợp dưới đây, chỉ nên sử dụng BERODUAL® sau khi đánh giá kỹ lợi ích/nguy cơ, đặc biệt khi sử dụng liều cao hơn khuyến cáo: Bệnh đái tháo đường chưa được kiểm soát tốt, nhồi máu cơ tim gần đây, bệnh tim hoặc mạch nặng, cường giáp, u tế bào ưa crôm hoặc đã bị tắc nghẽn đường tiêu (như phì đại tuyến tiền liệt hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang). **Ảnh hưởng tim mạch:** Có thể gặp các tác dụng tim mạch khi dùng các thuốc giống thần kinh giao cảm, bao gồm BERODUAL®. Có một vài bằng chứng từ dữ liệu hậu mãi và tài liệu y văn ghi nhận những trường hợp hiếm thiếu máu cơ tim liên quan đến chất chủ vận beta. Bệnh nhân đang bị bệnh tim nặng (như bệnh tim thiếu máu cục bộ, loạn nhịp hoặc suy tim nặng) dùng BERODUAL® nên lưu ý đi khám bác sĩ nếu có đau ngực hoặc các triệu chứng khác cho thấy bệnh tim nặng lên. Nên thận trọng đánh giá các triệu chứng như khó thở và đau ngực do có thể bắt nguồn từ tim hoặc hệ hô hấp. **Giảm kali máu:** Điều trị với chất chủ vận beta2 có khả năng làm giảm kali máu nghiêm trọng. **Ảnh hưởng đến nhu động đường tiêu hóa:** Những bệnh nhân bị xơ hóa nang có thể có rối loạn nhu động dạ dày-ruột. **Khô throat:** Trong những trường hợp cấp, khô throat diễn tiến xấu đi nhanh chóng thì nên đi khám bác sĩ ngay. **Điều trị lâu dài:** * Ở những bệnh nhân hen phế quản chỉ nên dùng BERODUAL® khi cần. Ở những bệnh nhân COPD nhẹ điều trị theo nhu cầu (dựa trên triệu chứng) có thể thích hợp hơn điều trị thường xuyên. * Nên cân nhắc điều trị bổ sung hoặc tăng liều thuốc kháng viêm để kiểm soát tình trạng viêm đường hô hấp và để ngăn ngừa bệnh diễn tiến xấu đi ở những bệnh nhân hen phế quản và COPD có đáp ứng với steroid. Tăng sử dụng các thuốc chứa chất chủ vận beta2 như BERODUAL® một cách thường xuyên để kiểm soát các triệu chứng tắc nghẽn phế quản có thể làm giảm hiệu quả kiểm soát bệnh. Nếu tác nghẽn phế quản tiến triển xấu, việc đơn thuần tăng liều thuốc chứa chất chủ vận beta2 BERODUAL® vượt quá liều khuyến cáo trong thời gian dài là không thích hợp và có thể nguy hiểm. Trong những trường hợp này nên xem xét lại phác đồ điều trị bệnh nhân, và đặc biệt điều trị kháng viêm với corticosteroid dạng hít thích hợp để ngăn ngừa khả năng bệnh tiến triển xấu đe dọa tính mạng. Chỉ nên sử dụng các thuốc giãn phế quản giống thần kinh giao cảm khác cùng với BERODUAL® dưới sự giám sát y khoa. **Cảnh báo chất kích thích:** Do chứa fenoterol nên sử dụng BERODUAL® có thể gây kết quả dương tính trong các xét nghiệm cận lâm sàng phát hiện lạm dụng thuốc, như trường hợp muốn tăng thành tích trong thể thao (doping). **TƯƠNG TÁC:** Các thuốc chủ vận beta, kháng cholinergic và dẫn xuất xanthine (như theophylline) có thể tăng tác dụng giãn phế quản. Sử dụng đồng thời với các thuốc giống beta giao cảm, các thuốc kháng cholinergic và các dẫn xuất xanthine đường toàn thân (như theophylline) có thể làm tăng các phản ứng bất lợi. Việc dùng cùng với các thuốc kháng beta có thể giảm nghiêm trọng tác dụng giãn phế quản. Giảm kali máu do thuốc chủ vận beta2 có thể tăng lên khi dùng kết hợp với dẫn xuất xanthine, corticosteroid, và lợi tiểu. Điều này cần lưu ý nhất là ở những bệnh nhân tắc nghẽn đường hô hấp nặng. Giảm kali máu có thể dẫn đến tăng nguy cơ loạn nhịp tim ở những bệnh nhân đang dùng digoxin. Hơn nữa, giảm oxy có thể làm cho những ảnh hưởng của tình trạng giảm kali máu trên nhịp tim trầm trọng hơn. Do đó khuyến cáo theo dõi nồng độ kali máu trong những trường hợp này. Các thuốc chứa chất chủ vận beta2 nên được dùng thận trọng cho những bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế monoamine oxidase hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng, do có thể làm tăng tác dụng chủ vận beta giao cảm. Các thuốc gây mê dạng hít halogen hydrocarbon như halothane, trichloroethylene và enflurane có thể làm tăng tác dụng trên tim của chất chủ vận beta. **KHẢ NĂNG SINH SẢN, THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** Dữ liệu phi lâm sàng kết hợp với kinh nghiệm đã có trên người cho thấy không có bằng chứng về tác dụng bất lợi trong thai kỳ của fenoterol hoặc ipratropium. Tuy nhiên, nên sử dụng thận trọng trong thai kỳ, nhất là trong ba tháng đầu. Nên lưu ý đến tác dụng ức chế co thắt tử cung của fenoterol. Những nghiên cứu phi lâm sàng cho thấy fenoterol hydrobromide được tiết vào sữa. Chưa biết liệu ipratropium có được tiết vào sữa hay không. Nhưng thông thường lượng ipratropium đến trẻ không đáng kể, nhất là khi dùng dạng hít. Nên thận trọng khi dùng BERODUAL® cho phụ nữ cho con bú. Chưa có sẵn dữ liệu lâm sàng trên khả năng sinh sản về việc kết hợp ipratropium bromide và fenoterol hydrobromide. Các nghiên cứu phi lâm sàng về các thành phần riêng lẻ ipratropium bromide và fenoterol hydrobromide không thấy tác dụng bất lợi trên khả năng sinh sản. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Chưa có nghiên cứu nào về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, nên cho bệnh nhân biết có thể có các tác dụng bất lợi như chóng mặt, run, rối loạn điều tiết, giãn đồng tử và nhìn mờ trong thời gian điều trị với BERODUAL®. Do đó nên khuyến bệnh nhân thận trọng khi lái xe hoặc vận hành máy móc. Nếu bệnh nhân có các tác dụng phụ như nêu trên thì nên tránh công việc có tiềm năng nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc. **TÁC DỤNG PHỤ:** Nhiều tác dụng ngoại ý dưới đây có thể do tác dụng kháng cholinergic và chủ vận beta của BERODUAL®. Điều trị BERODUAL® dạng hít có thể cho thấy các triệu chứng kích thích tại chỗ. Các phản ứng bất lợi với thuốc được xác định từ các dữ liệu thu được trong các thử nghiệm lâm sàng và cảnh giác được trong thời gian sử dụng thuốc. Những tác dụng phụ thường gặp nhất trong các thử nghiệm lâm sàng là ho, khó miệng, đau đầu, run, viêm họng, buồn nôn, chóng mặt, khó phát âm, nhanh nhịp tim, đánh trống ngực, nôn, tăng huyết áp tâm thu và bồn chồn. **Rối loạn hệ miễn dịch:** phản ứng phản vệ, quá mẫn. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** giảm kali máu. **Rối loạn tâm thần:** bồn chồn, lo lắng, rối loạn tâm thần. **Rối loạn hệ thần kinh:** đau đầu, run, chóng mặt. **Rối loạn mắt:** glô-côm, tăng áp lực nội nhãn, rối loạn điều tiết, giãn đồng tử, nhìn mờ, đau mắt, phù giác mạc, xung huyết kết mạc, nhìn thấy hào quang. **Rối loạn tim mạch:** nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, loạn nhịp tim, rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất, thiếu máu cơ tim. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** ho, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, kích thích họng, phù hầu họng, co thắt thanh quản, co thắt phế quản nghịch lý, khó họng. **Rối loạn tiêu hóa:** buồn nôn, nôn, khó miệng, viêm miệng, viêm lưỡi, rối loạn nhu động đường tiêu hóa, tiêu chảy, táo bón, phù miệng. **Rối loạn da và mô dưới da:** mày đay, phát ban, ngứa, phù mạch, tăng tiết mồ hôi. **Rối loạn cơ xương khớp và mô liên kết:** yếu cơ, co thắt cơ, đau cơ. **Rối loạn tiết niệu:** ứ nước tiểu. **Xét nghiệm:** tăng huyết áp tâm thu, giảm huyết áp tâm trương. **Sản xuất bởi:** Boehringer Ingelheim pharma GmbH & Co. KG, Binger Strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Germany. **Nhà phân phối:** Công ty TNHH Một Thành Viên Vimedimex Bình Dương. Số 18 L1-2 VSIP II, Đường số 3, KCN Việt Nam - Singapore 2, Phường Hòa Phú, TP. Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương, Việt Nam.

Để biết thêm chi tiết xin vui lòng liên hệ:

TP. HCM:
Tòa nhà KUMHO ASIANA
Tầng 14, 39 Lê Duẩn, Q. 1
Tel: 028-38236919 - Fax: 028-38236916

Hà Nội:
Tòa nhà VII, Tầng 14
519 Kim Mã, Quận Ba Đình
Tel: 024-3562412 - Fax: 024-35624139

Đà Nẵng:
167 Trần Phú
Tel: 0236-3817404
Fax: 0236-3896628





ĐIỀU TRỊ
NHIỄM KHUẨN
do vi khuẩn
nhạy cảm



Viên nén phân tán
Biocemet[®] DT

Amoxicillin 500 mg | Acid Clavulanic 62,5 mg

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

Claminat[®]
Amoxicillin | acid Clavulanic

