

HỘI NGHỊ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

NỘI SAN THÁNG 03/2024



 **HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN LIÊN CHI HỘI HÔ HẤP TP.HCM** **2024**
HCMC RESPIRATORY SOCIETY ANNUAL CONGRESS

THỰC HÀNH CHUYÊN KHOA HÔ HẤP
ĐỊNH HƯỚNG TƯƠNG LAI

29 - 30/03/2024
Trung tâm Hội nghị tỉnh Bình Thuận
04 Hải Thượng Lãn Ông, Bình Hưng, Phan Thiết

Live on **Ecademy**

TP. PHAN THIẾT

BAN TỔ CHỨC TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

ĐƠN VỊ TÀI TRỢ

TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



TÀI TRỢ BẠC



TÀI TRỢ ĐỒNG



TÀI TRỢ KHÁC



NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

13:30 - 17:00
29/03/2024

04 tiết
CME

HỘI TRƯỜNG C - TTHN TP PHAN THIẾT CME HỒ HẤP NGƯỜI LỚN: KỸ THUẬT LẤY MÁU VÀ PHÂN TÍCH KẾT QUẢ KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH Chủ tọa: TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh

- 13:30 - 13:45 • **Kỹ thuật lấy máu động mạch**
ThS.BS. Phan Hữu Trí
- 13:45 - 14:25 • **Phân tích KMDM thẳng bằng kiểm toan**
TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh - Giảng Viên BM Nội, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch
- 14:25 - 14:40 • **Giải lao**
- 14:40 - 15:20 • **Phân tích KMDM oxy hóa máu**
TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh - Giảng Viên BM Nội, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch
- 15:20 - 16:20 • **Các tình huống lâm sàng - Bài tập ứng dụng**
ThS.BS. Nguyễn Tùng Lâm - Giảng Viên BM Nội, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch
- 16:20 - 17:00 • **Hỏi & đáp và tổng kết.**

HỘI TRƯỜNG B - TTHN TP PHAN THIẾT CME HỒ HẤP NGƯỜI LỚN: HO KÉO DÀI VÀ THĂM DÒ CHỨC NĂNG HỒ HẤP Chủ tọa: PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan

- 13:30 - 14:30 • **Nguyên nhân - cơ chế ho kéo dài và cách tiếp cận**
ThS.BS. Vũ Trần Thiên Quân
BM Sinh Lý - Sinh Lý Bệnh Miễn Dịch, ĐHYD TP.HCM
- 14:30 - 15:30 • **Thăm dò chức năng hô hấp để tìm nguyên nhân ho kéo dài**
BS. Trần Quốc Tài - Khoa Thăm Dò Chức Năng Hô Hấp, BV ĐHYD TP.HCM
- 15:30 - 15:40 • **DKSH: Vai trò montelukast trong Hen dị ứng**
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hô Hấp TP.HCM
- 15:40 - 15:55 • **Giải lao**
- 15:55 - 16:40 • **Điều trị ho kéo dài**
PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan - Chủ Tịch LCH Hen - DU - MDLS TP.HCM
- 16:40 - 17:00 • **Thảo luận & tổng kết**
Ban giảng huấn

HỘI TRƯỞNG A - TTHN TP PHAN THIẾT
CME HỒ HẤP NHI:
DỊ TẬT HỒ HẤP BẨM SINH Ở TRẺ EM:
TỪ CHẨN ĐOÁN ĐẾN XỬ TRÍ NỘI HAY NGOẠI KHOA?
Chủ tọa: TS.BS. Trần Anh Tuấn

- 13:30 - 14:00 • **Bất thường bẩm sinh của phổi - từ chẩn đoán trong bào thai đến sau sinh**
BS.CKII. Nguyễn Hữu Chí - Trưởng Khoa Siêu Âm, BV Nhi Đồng 1
- 14:00 - 14:30 • **Dị tật phổi bẩm sinh: khi nào cần nghĩ đến trên lâm sàng**
TS.BS. Trần Anh Tuấn - Trưởng Khoa Hồ Hấp, BV Nhi Đồng 1
- 14:30 - 15:00 • **Vai trò của Xquang trong chẩn đoán dị tật đường hô hấp bẩm sinh**
ThS.BS. Nguyễn Anh Tuấn - Trưởng Khoa CĐHA, BV Nhi Đồng 1
- 15:00 - 15:10 • **DKSH: Bệnh lý một đường thở: Hen - VMDU và vai trò của motelukast**
PGS.TS.BS. Lê Thượng Vũ - Trưởng Khoa Hồ Hấp, BV ĐHYD TP.HCM
- 15:10 - 15:30 • **Giải lao**
- 15:30 - 16:00 • **Dị tật bẩm sinh đường hô hấp - phẫu thuật hay không phẫu thuật?**
Góc nhìn Nội khoa
PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm - Giảng Viên Cao Cấp BM Nhi ĐHYD TP.HCM
- 16:00 - 16:30 • **Dị tật bẩm sinh đường hô hấp - phẫu thuật hay không phẫu thuật?**
Góc nhìn nhà ngoại khoa
ThS.BS. - TTND. Đào Trung Hiếu - Nguyên Phó Giám Đốc, BV Nhi Đồng 1
- 16:30 - 17:00 • **Thảo luận & tổng kết**
Chủ tọa

HỘI TRƯỞNG A - TTHN TP PHAN THIẾT
HỘI NGHỊ VỆ TINH (ASTRAZENECA)
QUẢN LÝ HEN VÀ COPD :
TỪ BẢNG CHỨNG KHOA HỌC ĐẾN HIỆU QUẢ LÂM SÀNG
Chủ tọa: PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc

- 17:00 - 17:10 • **Giới thiệu và phát biểu chào mừng**
Đại Diện Công Ty AstraZeneca
- 17:10 - 17:20 • **Phát biểu khai mạc**
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 17:20 - 17:40 • **Điều trị duy trì Hen: Từ khuyến cáo GINA & giải quyết những rào cản trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam**
PGS.TS.BS. Nguyễn Thanh Hải - Phó Chủ Tịch Hội Phổi Việt Nam
- 17:40 - 18:00 • **Tối ưu hoá điều trị COPD dựa trên bằng chứng khoa học phân tử**
PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng - Phó Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 18:00 - 18:10 • **Giải pháp giảm nguy cơ đợt cấp & tử vong cho bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)**
ĐS. Cáp Xuân Sang - Đại Diện Công Ty AstraZeneca
- 18:10 - 18:30 • **Thảo luận và tổng kết**
Ban giảng huấn

09:00 - 16:30
30/03/2023

04 tiết
CME

HỘI TRƯỞNG A - TTHN TP PHAN THIẾT HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN LIÊN CHI HỘI HỒ HẤP TP.HCM 2024

- 07:30 - 08:00 • Đón tiếp đại biểu
- 08:00 - 08:30 • Khai mạc hội nghị

HỘI TRƯỞNG A - TTHN TP PHAN THIẾT PHIÊN TOÀN THỂ

Chủ tọa: GS.TS.BS. Đinh Xuân Anh Tuấn - PGS.TS.BS. Đinh Ngọc Sỹ
PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan - GS.TS.BS. Ngô Quý Châu - PGS.TS.BS. Nguyễn Việt Nhung
PGS.TS.BS. Nguyễn Thị Ngọc Dung - PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc

- 08:30 - 08:50 • Những thách thức hiện nay đối với y học hô hấp hiện đại
GS.TS.BS. Đinh Xuân Anh Tuấn - DH Corse Pháp
- 08:50 - 09:10 • Đường thở - Cấu trúc, chức năng và sự hình thành thông khí tắc nghẽn mạn tính trong COPD
TS.BS. Nguyễn Văn Thành - Phó Chủ Tịch Hội Phổi Việt Nam
- 09:10 - 09:25 • GSK: Giải pháp đột phá với bộ ba đơn ống hít tại Việt Nam - Từ tiến bộ được lý phân tử đến dụng cụ hít tiên tiến.
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 09:25 - 09:40 • AZ: Cải tiến công nghệ trên liệu pháp bộ 3: chìa khóa cho hiệu quả giảm đợt cấp & tử vong trong điều trị COPD
TS.BS. Nguyễn Văn Thọ - Chủ Nhiệm BM Lao - Bệnh Phổi, ĐHYD TP.HCM
- 09:40 - 10:00 • Xác định type huyết thanh *S.pneumoniae*, kết quả từ số liệu Việt Nam
TS.BS. Phạm Hùng Vân - Chủ Tịch LCH Vi Sinh Lâm Sàng TP.HCM
- 10:00 - 10:20 • Điều trị Viêm phổi bệnh viện & viêm phổi thở máy của BHYT VN 2023.
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 10:20 - 10:35 • Pfizer: Viêm phổi cộng đồng nhập viện - Thách thức và cơ hội trong chẩn đoán và điều trị hiện nay
PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng - Phó Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 10:35 - 10:50 • Pfizer: Cập nhật khuyến cáo sử dụng vaccine ngừa phế cầu trên các đối tượng BN mắc bệnh hô hấp mạn tính
PGS.TS.BS. Cao Hữu Nghĩa - Chủ Nhiệm BM Khoa Học Y Sinh, Viện Pasteur TP.HCM
- 10:50 - 11:00 • Tổng kết

HỘI TRƯỞNG A - TTHN TP PHAN THIẾT (GSK) TĂNG CƯỜNG KIỂM SOÁT ĐỢT CẤP BỆNH HỒ HẤP MẠN TÍNH VÀ CÁC BỆNH LÝ NỀN KHÁC: GÓC NHÌN TỪ ĐIỀU TRỊ ĐẾN DỰ PHÒNG VẮC XIN

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc

- 11:00 - 11:05 • Phát biểu khai mạc
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 11:05 - 11:25 • Bước tiến mới với bộ ba đơn ống hít trong điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam
PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng - Phó Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 11:25 - 11:45 • Thuận lợi và thách thức trong thực hành tiêm vắc xin cho bệnh nhân có các bệnh đồng mắc
PGS.TS.BS. Phan Thu Phương - Giám Đốc Trung Tâm Hồ Hấp, BV Bạch Mai
- 11:45 - 11:55 • Thảo luận
- 11:55 - 12:00 • Tổng kết và bế mạc

HỘI TRƯỞNG B - TTHN TP PHAN THIẾT
CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG HỒ HẤP
Chủ tọa: GS.TS.BS. Đinh Xuân Anh Tuấn - TS.BS. Nguyễn Văn Thành

- 11:00 - 11:20 • **Hình ảnh học phổi của bệnh lý mô liên kết**
TS.BS. Hoàng Thị Triều Nghi - Trưởng Đơn Vị CDHA, Phòng Khám Ngọc Minh
- 11:20 - 11:40 • **Vai trò của CT liều thấp trong tầm soát ung thư phổi**
BS.CKII. Nguyễn Văn Tiến Bảo - Khoa CDHA, BV Chợ Rẫy
- 11:40 - 12:00 • **Đặc điểm hình ảnh điển hình và không điển hình Sarcoidosis tại phổi**
TS.BS. Hoàng Thị Triều Nghi - Trưởng Đơn Vị CDHA, Phòng Khám Ngọc Minh

HỘI TRƯỞNG C - TTHN TP PHAN THIẾT
NGHIÊN CỨU KHOA HỌC TRẺ
Chủ tọa: PGS.TS.BS. Lê Thượng Vũ - PGS.TS.BS. Phùng Nguyễn Thế Nguyễn

HỘI TRƯỞNG LẦU 7 - KHÁCH SẠN CÀ TY
HEN NHŨ NHI

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm - PGS.TS.BS. Phạm Văn Quang

- 11:00 - 11:20 • **Chẩn đoán hen nhũ nhi**
TS.BS. Trần Anh Tuấn - Trưởng Khoa Hô Hấp, BV Nhi Đồng 1
- 11:20 - 11:40 • **Điều trị cơn hen cấp**
PGS.TS.BS. Phạm Văn Quang - Trưởng Khoa ICU, BV Nhi Đồng 1
- 11:40 - 12:00 • **Phòng ngừa hen nhũ nhi**
PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm - Giảng Viên Cao Cấp BM Nhi ĐHYD TP.HCM

HỘI TRƯỞNG LẦU 5 - KHÁCH SẠN CÀ TY
PHIÊN 1: VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG
Chủ tọa: PGS.TS.BS. Nguyễn Việt Nhung - PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - TS.BS. Phạm Hùng Văn

- 13:15 - 13:35 • **Thách thức vi sinh và đề kháng kháng sinh trong VPCĐ nhập viện**
BS. Phạm Thiên Hương - Phòng Khám Nam Khoa TP.HCM
- 13:35 - 13:55 • **Thất bại điều trị viêm phổi cộng đồng: Những yếu tố liên quan và nguy cơ**
TS.BS. Cao Thị Mỹ Thuý - Trưởng Khoa Hô Hấp, BV Trưng Vương Cần Thơ
- 13:55 - 14:15 • **Viêm phổi do đồng nhiễm virus - vi khuẩn trong thời đại sau COVID-19**
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hô Hấp TP.HCM
- 14:15 - 14:35 • **Toàn cảnh về vắc xin RSV: Từ trở ngại ban đầu đến công nghệ và thiết kế thử nghiệm mới**
PGS.TS.BS. Đỗ Văn Dũng - Giảng Viên Cao Cấp, ĐHYD TP.HCM
- 14:35 - 14:45 • **Abbott : Lợi ích đa cơ chế của Clarithromycin trong viêm phổi cộng đồng qua nghiên cứu ACCESS**
PGS.TS.BS. Lê Thượng Vũ - Trưởng Khoa Hô Hấp, BV ĐHYD TP.HCM
- 14:45 - 14:55 • **Bayer : Điều trị viêm phổi cộng đồng nhập viện**
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hô Hấp TP.HCM
- 14:55 - 15:10 • **Giải lao**
- 15:10 - 15:30 • **Đặc điểm và kết quả điều trị kháng sinh ngoại trú cho viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn: nghiên cứu quan sát tiến cứu APPRAISE - Việt Nam**
ThS.BS. Vũ Đỗ - BV Phổi Trưng Vương
- 15:30 - 15:50 • **Động học PCT ở BN viêm phổi do VK tại BVĐK Thống Nhất Đồng Nai 2023**
TS.BS. Nguyễn Sỹ Tuấn - Trưởng Khoa Vi Sinh, BV Thống Nhất Đồng Nai
- 15:50 - 16:10 • **Imexpharm: Hiệu quả Bactamox (Amoxicillin/Sulbactamox) trong nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính cộng đồng qua nghiên cứu EACRI DS. Nguyễn Thành Kiệt - Công Ty Imexpharm.**
- 16:10 - 16:30 • **Đồng nhiễm *M. tuberculosis* và *K.Pneumoniae* : Báo cáo một trường hợp**
ThS.BS. Ngô Nguyễn Hải Thanh - Giảng Viên BM Nội, ĐHYD TP.HCM
- 16:30 - 16:50 • **Viêm phổi nặng do *Acinetobacter baumannii* mắc phải trong cộng đồng và cập nhật mới trong điều trị *A. baumannii* kháng carbapenem**
ThS.BS. Trần Thị Thuý Tường - Giảng Viên BM Nội ĐHYD TP.HCM
- 16:50 - 17:00 • **Thảo luận và kết luận**
Chủ tọa đoàn

HỘI TRƯỜNG LẦU 7 - KHÁCH SẠN CÀ TY PHIÊN 2: HỒ HẤP NHI

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm - PGS.TS.BS. Phùng Nguyễn Thế Nguyên
TS.BS. Trần Anh Tuấn

- 13:15 - 13:35 • **Hen khó trị trẻ em: thử thách BS Nhi khoa?**
BS. CKII. Đặng Thị Kim Huyền - Khoa Khám Bệnh, BV ĐHYD TP.HCM
- 13:35 - 13:55 • **Khò khè ở trẻ em: tiếp cận chẩn đoán và xử trí, có gì mới?**
PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm - Giảng Viên Cao Cấp BM Nhi ĐHYD TP.HCM
- 13:55 - 14:15 • **Phương pháp nội soi gây ngủ trong OSA tồn dư sau phẫu thuật**
ThS.BS. CKII. Hồ Thiên Hương - BV Nhi Đồng 1
- 14:15 - 14:35 • **Vai trò siêu âm phổi trong chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp trẻ em**
PGS.TS.BS. Phùng Nguyễn Thế Nguyên - Trưởng BM Nhi, ĐHYD TP.HCM
- 14:35 - 14:55 • **GSK: Cập nhật các tác nhân nhiễm khuẩn hô hấp và vai trò của vắc xin trong dự phòng và hỗ trợ kiểm soát AMR**
ThS.BS. Đỗ Cao Văn Anh - Phó Trưởng BM Nhiễm, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch
- 14:55 - 15:15 • **Abbott: Kết quả điều trị viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae* mang gen kháng macrolid ở trẻ em**
PGS.TS.BS. Trần Thanh Tú - Giám Đốc Trung Tâm Quốc Tế, BV Nhi Trung Ương
- 15:15 - 15:25 • **Giải lao**
- 15:25 - 15:45 • **Rối loạn di truyền của protein surfactant trong bệnh phổi kẽ ở trẻ em**
ThS.BS. CKII. Nguyễn Thị Thu Sương - Khoa Y, ĐHQG TP.HCM
- 15:45 - 16:05 • **RSV: hiện tại và tương lai**
TS.BS. Trần Anh Tuấn - Trưởng Khoa Hô Hấp, BV Nhi Đồng 1
- 16:05 - 16:15 • **Pfizer: Vai trò Macrolide trong điều trị VPCD ở trẻ em**
PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm - Giảng Viên Cao Cấp BM Nhi ĐHYD TP.HCM
- 16:15 - 16:25 • **GSK: Khuynh hướng sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em**
TS.BS. Trần Anh Tuấn - Trưởng Khoa Hô Hấp, BV Nhi Đồng 1
- 16:25 - 16:35 • **LiveSpa: Điều trị triệu chứng và giảm tải lượng virus ở trẻ viêm đường hô hấp cấp tính do nhiễm virus cúm của probiotic bào tử lợi khuẩn Bacillus dạng xịt mũi.**
PGS.TS.BS. Trần Thanh Tú - Giám Đốc Trung Tâm Quốc Tế, BV Nhi Trung Ương
- 16:35 - 16:45 • **Imexpharm: Biocemet DT: Sử dụng kháng sinh có dạng bào chế phù hợp với trẻ em**
ĐS. Trần Lạc Nhân - Công Ty Imexpharm
- 16:45 - 17:00 • **Thảo luận và kết luận**
Chủ tọa đoàn

HỘI TRƯỜNG C - TTHN TP PHAN THIẾT PHIÊN 3: VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN - VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng - PGS.TS.BS. Nguyễn Thanh Hải
BS. CKII. Võ Đức Chiến

- 13:15 - 13:35 • **Lựa chọn kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn gram âm đa kháng trong VPBV-VPTM**
PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng - Phó Chủ Tịch LCH Hô Hấp TP.HCM
- 13:35 - 13:55 • **Cập nhật chẩn đoán và điều trị VPBV - VPTM do nấm**
PGS.TS.BS. Lê Thượng Vũ - Trưởng Khoa Hô Hấp, BV ĐHYD TP.HCM
- 13:55 - 14:15 • **Ca lâm sàng VPBV do *A.baumannii*, hướng tới điều trị trúng đích và vai trò betalactam/ức chế betalactamase thế hệ mới**
ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên - Trưởng Khoa ICU, BV ĐHYD TP.HCM
- 14:15 - 14:35 • **Điều trị VPBV do *K.pneumoniae***
BS. CKII. Thái Minh Thiện - Trưởng Khoa ICU, BV Tim Tâm Đức
- 14:35 - 14:45 • **Pfizer: Ca lâm sàng nấm phổi xâm lấn do *Aspergillus***
ThS.BS. Nguyễn Tiết Âu - Khoa Hô Hấp, BV ĐHYD TP.HCM
- 14:45 - 15:05 • **Điều trị viêm phổi do MRSA: thấy gì qua ca lâm sàng?**
ThS.BS. Dương Minh Ngọc - Giảng Viên BM Nội, ĐHYD TP.HCM
- 15:05 - 15:20 • **Giải lao**
- 15:20 - 15:40 • **Khảo sát hiệu quả sử dụng Ceftazidim /Avibactam trong điều trị nhiễm trùng bội nhiễm ở BN COVID-19 tại BV Nhiệt Đới**
ThS.BS. Hồ Quang Minh - BV Bệnh Nhiệt Đới TP.HCM
- 15:40 - 17:00 • **Thảo luận và tổng kết**
Chủ tọa đoàn

HỘI TRƯỜNG A - TTHN TP PHAN THIẾT

PHIÊN 4: COPD- HEN PHẾ QUẢN

Chủ tọa: GS.TS.BS. Đinh Xuân Anh Tuấn - PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan
TS.BS. Nguyễn Văn Thành

- 13:15 - 13:35 • **Cập nhật GOLD 2024**
BS.CKII. Nguyễn Đình Duy - UV BCH LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 13:35 - 13:55 • **Nghiên cứu VINCOPD và vai trò thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn trong điều trị COPD ngoài đợt cấp**
TS.BS. Nguyễn Văn Thành - Phó Chủ Tịch Hội Phổi Việt Nam
- 13:55 - 14:15 • **COPD nhiều đợt cấp: Tiếp cận chẩn đoán và điều trị**
TS.BS. Võ Phạm Minh Thư - Phó Giám Đốc BV ĐHYD Cần Thơ
- 14:15 - 14:35 • **Cần làm gì đối với bệnh nhân COPD kháng trị**
TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh - Giảng Viên BM Nội, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch
- 14:35 - 14:45 • **GSK: Tiến bộ của dược lý phân tử nhằm tối đa hóa lợi ích cho BN COPD**
TS.BS. Nguyễn Văn Thọ - Chủ Nhiệm BM Lao - Bệnh Phổi, ĐHYD TP.HCM
- 14:45 - 14:55 • **Pfizer: Vaccine ngừa phế cầu cho người lớn tuổi và BN mắc bệnh hô hấp mạn tính**
TS.BS. Lê Khắc Bảo - Giám Đốc TTGD Y Học, ĐHYD TP.HCM
- 14:55 - 15:10 • **Giải lao**
- 15:10 - 15:30 • **Chẩn đoán Hen: Hô hấp ký hay IOS hay FeNO?**
PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan - Chủ Tịch LCH Hen-DU-MDLS TP.HCM
- 15:30 - 15:50 • **Điều trị theo các đặc điểm có thể điều trị được (treatable traits) hen phế quản có nguy cơ cao vào đợt cấp**
ThS.BS.CKII. Trần Thị Tố Quyên - Giảng Viên BM Nội ĐHYK Phạm Ngọc Thạch
- 15:50 - 16:00 • **BIVN: Tiếp cận điều trị BN COPD: những điều cần lưu ý**
PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc - Chủ Tịch LCH Hồ Hấp TP.HCM
- 16:00 - 16:10 • **AZ: Đơn giản hoá điều trị hen phế quản: thay đổi nhỏ hiệu quả lớn?**
BS.CKII. Lê Thị Xuân Mai - BV Nhân Dân 115
- 16:10 - 16:30 • **Điều trị BN hen khó trị: Ca lâm sàng minh họa**
ThS.BS. Nguyễn Thị Phụng - Khoa Hô Hấp, BV Chợ Rẫy
- 16:30 - 16:50 • **Cập nhật quản lý hen trên thế giới 2024**
PGS.TS.BS. Nguyễn Như Vĩnh - Trưởng Khoa TDCN, BV ĐYHD TP.HCM
- 16:50 - 17:00 • **Thảo luận và tổng kết phiên**

HỘI TRƯỜNG B - TTHN TP PHAN THIẾT

PHIÊN 5: UNG THƯ PHỔI - BỆNH PHỔI MÔ KÊ & BỆNH PHỔI MẠN TÍNH

Chủ tọa: PGS.TS.BS. Đinh Ngọc Sỹ - PGS.TS.BS. Đỗ Kim Quế - BS.CKII. Nguyễn Đình Duy

- 13:15 - 13:35 • **Tiếp cận bệnh phổi mô kê theo đặc điểm có thể điều trị được**
TS.BS. Lê Thị Thu Hương - Trưởng Khoa Hô Hấp, BV Nhân Dân Gia Định
- 13:35 - 13:55 • **Tiếp cận bất thường tại phổi được phát hiện trên CT ngực liều thấp khi triển khai chương trình tầm soát ung thư phổi**
TS.BS. Nguyễn Văn Thọ - Chủ Nhiệm BM Lao - Bệnh Phổi, ĐHYD TP.HCM
- 13:55 - 14:15 • **Phẫu thuật lồng ngực trên BN có bệnh phổi mạn tính. Vai trò của BS Nội Hô hấp - Ngoại Lồng ngực và GMHS**
PGS.TS.BS. Đỗ Kim Quế - Phó Giám Đốc BV Thống Nhất TP.HCM
- 14:15 - 14:35 • **Dinh dưỡng chống suy mòn cho BN bệnh phổi mạn tính**
BS.CKII. Đỗ Thị Ngọc Diệp - Chủ Tịch LCH Dinh Dưỡng Thực Phẩm TP.HCM
- 14:35 - 14:55 • **MSD: Liệu pháp miễn dịch bước 1 cho bệnh nhân UTP KTBN giai đoạn di căn**
TS.BS. Hoàng Thị Bích Việt - Phó Khoa Ung Bướu, BV Phổi Trung Ương
- 14:55 - 15:10 • **Giải lao**
- 15:10 - 15:30 • **Kháng viêm trong bệnh phổi mô kê: "Who, What, How"**
TS.BS. Lê Khắc Bảo - Phó Khoa Hô Hấp, BV Nhân Dân Gia Định
- 15:30 - 15:50 • **Ví khuẩn lao không điển hình: tác nhân có cần đặc biệt lưu ý trong bối cảnh quản lý bệnh nhân giãn phế quản tại Việt Nam**
ThS.BS. Nguyễn Hồ Lam - Giảng Viên BM Nội, ĐHYD TP.HCM
- 15:50 - 16:10 • **Giãn phế quản: tiếp cận nguyên nhân**
TS.BS. Phan Vương Khắc Thái - BV Nguyễn Trí Phương
- 16:10 - 16:30 • **Liệu pháp lạnh trong phổi học**
BS. Hashimoto, Nhật
- 16:30 - 16:50 • **Giãn phế quản sau lao phổi: đợt cấp**
ThS.BS. Nguyễn Hồng Đức - Phòng Khám Phổi Việt
- 16:50 - 17:00 • **Thảo luận và tổng kết phiên**

MỤC LỤC

1. NGUYÊN NHÂN – CƠ CHẾ HO KÉO DÀI VÀ CÁCH TIẾP CẬN	21
2. CAUSES – MECHANISM OF CHRONIC COUGH AND CLINICAL APPROACH.....	22
3. THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP ĐỂ TÌM NGUYÊN NHÂN HO KÉO DÀI	23
4. PULMONARY FUNCTION TESTING FOR CHRONIC COUGH INVESTIGATION	24
5. ĐIỀU TRỊ HO KÉO DÀI	25
6. CHRONIC COUGH TREATMENT	26
7. BẤT THƯỜNG BẨM SINH CỦA PHỔI TỪ BÀO THAI CHO ĐẾN SAU SINH	31
8. CONGENITAL LUNG ABNORMALITIES FROM FETAL TO POSTPARTUM.....	31
9. NHỮNG THÁCH THỨC HIỆN NAY ĐỐI VỚI Y HỌC HÔ HẤP HIỆN ĐẠI.	32
10. CURRENT CHALLENGES TO MODERN RESPIRATORY MEDICINE.	33
11. TỔNG QUAN ĐƯỜNG THỞ - CẤU TRÚC, CHỨC NĂNG VÀ SỰ HÌNH THÀNH THÔNG KHÍ TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TRONG COPD.....	35
12. SUMMARY AIRWAYS - STRUCTURE, FUNCTION AND FORMATION OF CHRONIC AIRWAY OBSTRUCTION IN COPD.....	36
13. TÓM TẮT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN – VIÊM PHỔI THỞ MÁT CỦA BỘ Y TẾ 2023	37
14. ABSTRACT: SUMMARY OF GUIDELINE FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA AND VENTILATOR- ASSOCIATED PNEUMONIA OF MINISTRY OF HEALTH VIETNAM 2023.....	38
15. CHẨN ĐOÁN HEN NHŨ NHI	40
16. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH ĐIỂN HÌNH VÀ KHÔNG ĐIỂN HÌNH SARCOIDOSIS TẠI PHỔI.	44
17. TYPICAL AND ATYPICAL SARCOIDOSIS OF THE PULMONARY SARCOIDOSIS.....	45
18. TÓM TẮT VAI TRÒ CT LIỀU THẤP TRONG TẦM SOÁT UNG THƯ PHỔI	46
19. ABSTRACT ROLE OF LOW-DOSE CT FOR LUNG CANCER SCREENING	47
20. CASE REPORT: SEVERE PERSISTENT OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA POST ADENOTOSILLECTOMY IN CHILDREN WITH ASTHMA: COMBINATION DRUG - INDUCED SLEEP ENDOSCOPY PROCEDURE AND AUTO – CPAP AT HOME	48
21. BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP: HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ TỒN DƯ MỨC ĐỘ NẶNG SAU PHẪU THUẬT CẮT AMYDALE VÀ NẠO VA TRÊN BỆNH NHÂN HEN KHÓ KIỂM SOÁT: PHỐI HỢP PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI GÂY NGỦ VÀ ĐIỀU TRỊ CPAP TỰ ĐỘNG TẠI NHÀ	49
22. THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG: NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ	51
23. TREATMENT FAILURE IN COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA: CAUSES AND RISK FACTORS	52
24. VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO ĐỒNG NHIỄM VIRUS - VI KHUẨN.....	55
25. ABSTRACT : COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA DUE TO VIRAL AND BACTERIAL CO-INFECTION. 56	
26. TOÀN CẢNH VỀ VẮC XIN RSV: TỪ TRỞ NGẠI BAN ĐẦU ĐẾN CÔNG NGHỆ VÀ THIẾT KẾ THỬ NGHIỆM MỚI.....	57

27. ABSTRACT THE RSV VACCINE LANDSCAPE: FROM PITFALLS TO INNOVATIVE VACCINE TECHNOLOGY AND CLINICAL TRIALS.	58
28. ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH NGOẠI TRÚ CHO VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN: NGHIÊN CỨU QUAN SÁT TIẾN CỨU APPRAISE - VIỆT NAM	60
29. TITLE: ANTIBIOTIC TREATMENT PATTERNS AND OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN OUTPATIENT SETTINGS: A PROSPECTIVE, OBSERVATIONAL STUDY IN VIETNAM	63
30. ĐỘNG HỌC PROCALCITONIN Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN	68
31. PROCALCITONIN DYNAMICS ON PATIENTS WITH BACTERIAL PNEUMONIA	69
32. ĐỒNG NHIỄM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS VÀ KLEBSIELLA PNEUMONIAE: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP	70
33. COINFECTION BY MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS AND KLEBSIELLA PNEUMONIAE: A CASE REPORT	71
34. VIÊM PHỔI NẶNG DO ACINETOBACTER BAUMANNII MẮC PHẢI TRONG CỘNG ĐỒNG VÀ CẬP NHẬT MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ A. BAUMANNII KHÁNG CARBAPENEM.....	72
35. SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED ACINETOBACTER BAUMANNII PNEUMONIA, AND NEW UPDATES IN THE TREATMENT OF CARBAPENEM-RESISTANT A. BAUMANNII.....	73
36. HEN KHÓ TRỊ TRÉ EM: THỬ THÁCH BÁC SĨ NHI KHOA?	77
37. DIFFICULT-TO-TREAT ASTHMA IN CHILDREN: A CHALLENGE FOR PEDIATRICIANS?	78
38. KHÒ KHÈ Ở TRÉ EM : TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ , CÓ GÌ MỚI ?	80
39. WHEEZING IN CHILDREN: APPROACH TO DIAGNOSIS AND MANAGEMENT, WHAT'S NEW ?	81
40. PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI GÂY NGỦ TRONG HỘI CHỨNG NGƯNG THỞ KHI NGỦ TỒN DƯ SAU PHẪU THUẬT CẮT AMYDALE VÀ NẠO VA	82
41. DRUG - INDUCED SLEEP ENDOSCOPY PROCEDURE IN RESIDUAL OSA POST ADENOTONSILLECTOMY (AT)	83
42. SIÊU ÂM PHỔI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH HÔ HẤP TRÉ EM	85
43. LUNG ULTRASOUND IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN	85
44. VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP: HIỆN TẠI VÀ TƯỞNG LAI.....	86
45. ABSTRACT: RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS: PRESENCE AND FUTURE	87
46. RỐI LOẠN DI TRUYỀN CỦA PROTEIN SURFACTANT TRONG BỆNH PHỔI KỂ Ở TRÉ EM: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP	89
47. GENETIC DISORDERS OF SURFACTANT PROTEINS IN CHILDREN INTERSTITIAL LUNG DISEASES:TWO CASES REPORT	90
48. TÓM TẮT LỰA CHỌN KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN GRAM ÂM ĐA KHÁNG TRONG VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN/ VIÊM PHỔI THỞ MÁY.....	91
49. CA LÂM SÀNG VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN DO ACINETOTBACTER BAUMANII, HƯỚNG TỚI ĐIỀU TRỊ TRÚNG ĐÍCH VÀ VAI TRÒ CỦA BETALACTAM/ỨC CHẾ BETALACTAMASE THẾ HỆ MỚI	94
50. ABSTRACT ANTIBIOTIC CHOICES FOR TREATMENT OF MULTIDRUG RESISTANT GRAM NEGATIVE BACTERIA IN HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA - VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA	96
51. ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO TỤ CẦU KHÁNG METHICILLIN: THẤY GÌ QUA CA LÂM SÀNG?	97

52. METHICILLIN-RESISTANT S.AUREUS PNEUMONIA TREATMENT: A CASE REPORT	97
53. KHẢO SÁT HIỆU QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH CEFTAZIDIM/AVIBACTAM TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG BỘI NHIỄM Ở BỆNH NHÂN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI.....	98
54. EFFICACY OF CEFTAZIDIME/AVIBACTAM IN THE TREATMENT OF SUPERINFECTION IN COVID-19 PATIENTS AT HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES.....	99
55. CẬP NHẬT GOLD 2024	100
56. UPDATE GOLD 2024	100
57. NGHIÊN CỨU NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG ỨNG DỤNG VINSALPIUM TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD): ĐÁNH GIÁ NGẮN HẠN VÀ SO SÁNH VỚI MỘT THUỐC GỐC CÙNG DƯỢC CHẤT	101
58. CLINICAL STUDY OF VINSALPIUM APPLICATION IN THE TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE (COPD): A SHORT-TERM EVALUATION AND COMPARISON WITH A GENERIC DRUG OF THE SAME PHARMACEUTICAL SUBSTANCE	103
59. TÓM TẮT CHẨN ĐOÁN HEN: HỒ HẤP KÝ, FENO HAY DAO ĐỘNG XUNG KÝ ?.....	107
60. SUMMARY ASTHMA DIAGNOSIS: SPIROMETRY, FENO OR PULSE OSCILLOGRAPHY?	108
61. SỬ DỤNG CHOLINERGIC TRÊN BỆNH NHÂN HEN KHÓ TRỊ: KHI NÀO VÀ BAO LÂU? CA LÂM SÀNG MINH HỌA.	109
62. ABSTRACT CHOLINERGIC USE IN PATIENTS WITH DIFFICULT-TO-TREAT ASTHMA: WHEN AND HOW LONG? ILLUSTRATIVE CLINICAL CASE.....	109
63. CẦN LÀM GÌ ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN COPD KHÁNG TRỊ	110
64. WHAT TO DO FOR MANAGEMENT OF REFRACTORY COPD.....	111
65. ĐIỀU TRỊ HEN DỰA VÀO NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC (TREATABLE TRAITS).....	112
66. MANAGE ASTHMA BY TREATABLE TRAITS APPROACH	113
67. TIẾP CẬN BẤT THƯỜNG TẠI PHỔI ĐƯỢC PHÁT HIỆN TRÊN CT NGỰC LIỀU THẤP KHI TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH TẦM SOÁT UNG THƯ PHỔI	114
68. APPROACH TO PULMONARY ABNORMALITIES DETECTED ON CHEST LOW-DOSE COMPUTED TOMOGRAPHY WHEN IMPLEMENTING LUNG CANCER SCREENING PROGRAM	115
69. DINH DƯỠNG PHÒNG CHỐNG SUY MÒN TRONG BỆNH PHỔI MẠN TÍNH	116
70. CACHEXIA AND NUTRITION INTERVENTION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	118
71. KHÁNG VIÊM TRONG BỆNH PHỔI MÔ KẾ: “WHO, WHAT, HOW”	120
72. ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN PATIENTS WITH LUNG INTERSTITIAL DISEASES: WHO, WHAT AND HOW	121
73. VI KHUẨN LAO KHÔNG ĐIỂN HÌNH: TÁC NHÂN CÓ CẦN ĐẶC BIỆT LƯU Ý TRONG BỐI CẢNH QUẢN LÝ BỆNH NHÂN GIẤN PHẾ QUẢN TẠI VIỆT NAM?.....	124
74. ABSTRACT NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIA: SHOULD THE PATHOGEN BE CONCERNED CAREFULLY WHEN MANAGING PATIENTS WITH BRONCHIECTASIS IN VIETNAM?	125
75. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, VÀ NGUYÊN NHÂN CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN DẪN PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG	126
76. CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ETIOLOGY OF PATIENTS DIAGNOSED WITH BRONCHIECTASIS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL	128

77. TÓM TẮT GIÃN PHẾ QUẢN SAU LAO PHỔI: ĐỢT KỊCH PHÁT.....	130
78. ABSTRACT: BRONCHIECTASIS AFTER PULMONARY TUBERCULOSIS : ACUTE EXACERBATION	130



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

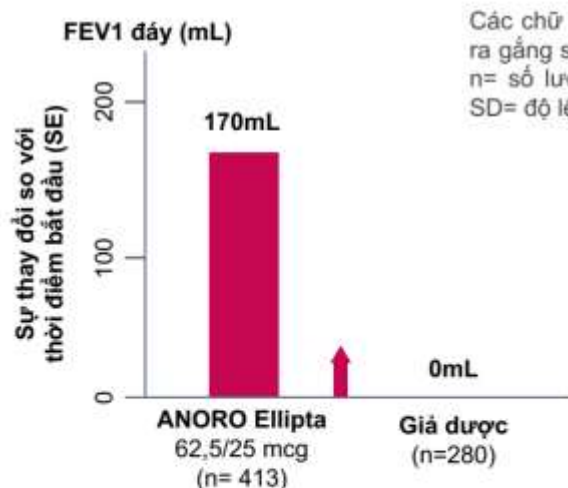
CÁC NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG (1)

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.

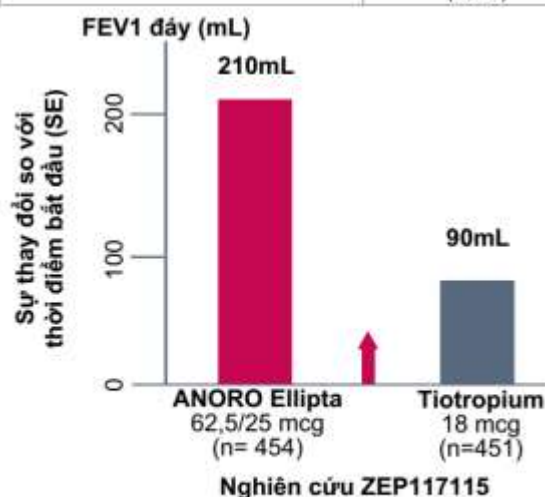


CÁC NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG (1)

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;

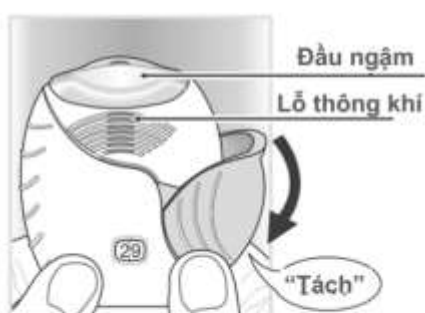
n= số lượng tiếp nhận điều trị; OD= một lần mỗi ngày; SD= độ lệch chuẩn; SE= sai số chuẩn.

* 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)

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.



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 bị 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 mật 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 mật 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



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 bên 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 ($< 1/10000$).

Tài liệu thông tin thuốc



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. Nhãn 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/IIPI08, 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

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 tinh cò 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.

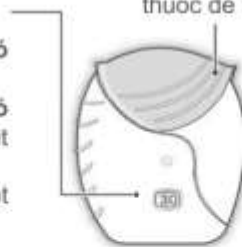
Khi còn dưới 10 liều thuốc, một nửa của bộ đếm liều sẽ có màu đỏ.

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 này là bạn chuẩn bị 1 liều thuốc để hít



NGUYÊN NHÂN – CƠ CHẾ HO KÉO DÀI VÀ CÁCH TIẾP CẬN

BS VŨ TRẦN THIÊN QUÂN

Ho mạn tính là một triệu chứng, không phải là chẩn đoán và có thể là dấu hiệu của các bệnh tiềm ẩn khác nhau.

Đây là một triệu chứng hô hấp phổ biến và có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống.

Các tình trạng như hen, viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan và trào ngược dạ dày thực quản là những nguyên nhân phổ biến:

- Hen, đặc trưng bởi viêm đường thở và tăng đáp ứng đường thở.
- Viêm phế quản bạch cầu ái toan, liên quan đến viêm bạch cầu ái toan mà không tắc nghẽn đường thở.
- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD)
- Hội chứng nhỏ mũi sau.
- Viêm mũi họng, viêm đường mũi và xoang.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)
- Giãn phế quản,

Xác định và điều trị nguyên nhân cơ bản của ho mạn tính có thể dẫn đến tỷ lệ thành công cao trong việc giải quyết triệu chứng.

Một cách tiếp cận đa ngành có thể cần thiết khi chưa tìm được nguyên nhân gây ho mạn tính.

CAUSES – MECHANISM OF CHRONIC COUGH AND CLINICAL APPROACH

DR VU TRAN THIEN QUAN

Chronic cough is a common symptom of respiratory diseases and a defense mechanism that can become pathological.

It is distinct from chronic bronchitis and can be caused by a variety of diseases.

Common causes include asthma, eosinophilic bronchitis, GERD, post-nasal drip syndrome, rhinosinusitis, COPD, pulmonary fibrosis, and bronchiectasis:

- Asthma, characterized by airway inflammation and hyperresponsiveness.
- Eosinophilic bronchitis, involving eosinophilic inflammation of the bronchial tubes.
- Gastroesophageal reflux disease (GERD), where stomach acid flows back into the esophagus.
- Post-nasal drip syndrome, resulting from excessive mucus production.
- Rhinosinusitis, inflammation of the nasal cavity and sinuses.
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), a progressive lung disease.
- Pulmonary fibrosis, involving scarring and thickening of the lung tissue.
- Bronchiectasis, a condition where the bronchial tubes are permanently widened

Addressing the underlying etiology can lead to a high success rate in treating chronic cough.

A multidisciplinary approach is often required when the cause is not clear

THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP ĐỂ TÌM NGUYÊN NHÂN HO KÉO DÀI

BS TRẦN QUỐC TÀI

Ba nguyên nhân thường gặp gây ho kéo dài là hen, trào ngược dạ dày thực quản và viêm mũi xoang. Ngoài ra, một số nguyên nhân khác có thể gặp như lao phổi, viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan, COPD, viêm phế quản mạn, hậu nhiễm vi trùng hay virus, giãn phế quản.

Bên cạnh các công cụ hình ảnh học, nội soi phế quản, xét nghiệm đàm, các phương pháp thăm dò chức năng hô hấp có thể giúp ích để xác định nguyên nhân ho kéo dài bao gồm:

- Hô hấp ký và nghiệm pháp đáp ứng với thuốc giãn phế quản là lựa chọn đầu tay vì là phương pháp phổ biến, rẻ tiền, không xâm lấn để chẩn đoán hen, COPD và cho hình ảnh gợi ý các bệnh lý khác như trào ngược dạ dày-thực quản
- Phế thân ký hoặc dao động xung ký sẽ là các công cụ thăm dò hô hấp cao cấp hơn trong đánh giá tắc nghẽn đường dẫn khí mà hô hấp ký có thể bỏ sót
- Đo nồng độ nitric oxide trong khí thở ra (FENO) và qua mũi (eNO) là phương pháp giúp đánh giá được tình trạng viêm theo hướng Th2 và bạch cầu ái toan, giúp gợi ý các nguyên nhân như hen, hen dạng ho, viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan, viêm mũi xoang dị ứng
- Test kích thích phế quản với histamine/methacholine giúp loại trừ hen và hen dạng ho

Việc chọn lựa phương pháp thăm dò chức năng hô hấp phù hợp và cá thể hóa sẽ rút ngắn thời gian đưa ra chẩn đoán và giảm chi phí điều trị cho người bệnh.

PULMONARY FUNCTION TESTING FOR CHRONIC COUGH INVESTIGATION

DR. TRAN QUOC TAI

When investigating the root cause of a persistent cough, it's essential to select an appropriate method to assess respiratory function. Asthma, gastroesophageal reflux, and rhinosinusitis stand as the three common culprits for prolonged cough. However, other potential causes include tuberculosis, eosinophilic bronchitis, COPD, chronic bronchitis, post-infection bacterial or viral conditions, and bronchiectasis.

Various diagnostic tools exist alongside imaging techniques, bronchoscopy, and sputum testing. Effective pulmonary function testings aiding in pinpointing the cause of persistent cough encompass:

- Spirometry and bronchodilator response test: These are primary choices due to their popularity, cost-effectiveness, and non-invasiveness. They serve to diagnose asthma, COPD, and provide suggestive indications for other conditions like bronchitis and gastroesophageal reflux.
- Plethysmography and impulse oscillometry: These tools offer more intricate insights into assessing airway obstruction, potentially identifying issues that traditional spirometry might overlook.
- Measurement of nitric oxide concentrations in exhaled air (FENO) and nasal passages (eNO): This method aids in evaluating Th2 and eosinophil-driven inflammation, thereby suggesting potential causes such as asthma, cough variant asthma, eosinophilic bronchitis, and allergic rhinosinusitis.
- Bronchial provocation tests with histamine/methacholine: These tests assist in ruling out asthma and cough variant asthma, providing additional clarity on the underlying cause of the persistent cough.

Selecting tailored and appropriate pulmonary function testings not only expedites the diagnostic process but also minimizes treatment costs for patients. Individualized approaches significantly contribute to promptly identifying the root cause, enabling more precise and efficient treatment strategies.

ĐIỀU TRỊ HO KÉO DÀI

PGS. TS. BS. LÊ THỊ TUYẾT LAN

Cách tiếp cận hiệu quả nhất ho kéo dài là kết hợp giữa điều trị thử theo kinh nghiệm và các xét nghiệm phù hợp. Một số cách điều trị cho các nguyên nhân khác nhau gây ho kéo dài như sau:

- Hen: Cân nhắc duy trì corticosteroid dạng hít (ICS) cùng với đồng vận Beta tác dụng kéo dài (LABA). Để cắt cơn, sử dụng thuốc giãn phế quản dạng hít hoặc kết hợp ICS-formoterol theo hướng dẫn của GINA.

- Viêm phế quản tăng bạch cầu ái toan không hen (NAEB): Bắt đầu điều trị thử bằng glucocorticoid dạng hít liều thấp đến trung bình thay vì liều cao hoặc đường toàn thân. Tiếp tục dùng glucocorticoid dạng hít để cải thiện triệu chứng sau ít nhất hai tháng để giảm thiểu nguy cơ tái phát.

- Hội chứng ho đường hô hấp trên (UACS): Sử dụng corticosteroid xịt mũi thay cho thuốc kháng histamine đường uống.

- Trào ngược dạ dày thực quản: Kết hợp điều chỉnh lối sống với thuốc ức chế axit để kiểm soát hiệu quả.

- Ho sau nhiễm trùng: Điều trị tương tự như đối với UACS không dị ứng hoặc tăng phản ứng phế quản đối với những bệnh nhân không có nhiều đặc điểm UACS.

- Ho kéo dài không rõ nguyên nhân: Ban đầu nên cân nhắc sử dụng các thuốc không chứa thuốc phiện như dextromethorphan, benzonatate. Có thể kết hợp liệu pháp ngôn ngữ. Nếu các thuốc này thất bại, xem xét thêm các thuốc điều hòa thần kinh như gabapentin/pregabalin hoặc opiate. Việc điều trị ho kéo dài theo nguyên nhân xác định có thể làm giảm đáng kể tình trạng ho kéo dài và cải thiện kết quả điều trị của người bệnh.

CHRONIC COUGH TREATMENT

A/PROF DR. LE THI TUYET LAN

The most effective approach for assessing chronic cough involves a methodical combination of empiric therapy and objective testing. Here are the recommended therapeutic approaches for various potential causes of chronic cough:

- Asthma: Consider regular usage of an Inhaled Corticosteroid (ICS) with a Long-Acting Beta Agonist (LABA). For symptom relief, use an inhaled bronchodilator or a combination of ICS-formoterol following GINA guidelines.
- Nonasthmatic Eosinophilic Bronchitis (NAEB): Initiate a treatment trial using low- to medium-dose inhaled glucocorticoids instead of high-dose options or systemic therapy. Continue inhaled glucocorticoids for at least two months post-symptomatic improvement to minimize relapse risk.
- Upper Airway Cough Syndrome (UACS): Employ intranasal Corticosteroids (CS) rather than oral antihistamines for treatment.
- Gastroesophageal Reflux: Combine lifestyle modifications with acid suppression medication for effective management.
- Postinfectious Cough: Treatment resembles that for nonallergic UACS or bronchial hyperreactivity for patients without significant UACS features.
- Unexplained Chronic Cough: Initially, consider non-opiate agents like dextromethorphan and benzonatate. A therapeutic trial of multimodality speech therapy is suggested. If these measures fail, consider a trial of neuromodulators such as gabapentin/pregabalin or opiates

Employing these targeted therapeutic strategies based on the identified etiology can significantly alleviate chronic cough and improve patient outcomes.

Tài liệu thông tin thuốc


Pulmicort[®]
Respules budesonide
Budesonid dạng khí dung 0,5mg/mL

AstraZeneca 



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 nữ nhi (Croup)

Số giấy xác nhận: 224/2020/XNTT/QLD, ngày 12 tháng 08 năm 2020
Tài liệu này gồm 4 trang. Thông tin chi tiết sản phẩm xem ở trang 3,4.
*Thông tin kê toa đã được Cục quản lý Dược phê duyệt



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
Viêm thanh khí phế quản cấp ở nhũ nhi và trẻ em	liều thông thường 2 mg dùng 1 lần	

THÔNG TIN KÊ TOA

Pulmicort® Respules® (Budesonid)

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

DẠNG BẢO CHẾ: Hỗn dịch khí dung dùng dùng để hít. **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 quản-khí quản-phế quản cấp (bệnh Croup) ở nhũ nhi và trẻ em. **LIỀU DÙNG VÀ CÁCH DÙNG:** *Hen phế quản:* Pulmicort Respules nên được sử dụng với máy khí dung khí nén thích hợp. Thời gian khí dung 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 trở 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:* Nên dùng liều thấp nhất làm mất triệu chứng. Người lớn: 0,5-1 mg x 2 lần/ngày. Trẻ em: 0,25-0,5 mg x 2 lần/ngày. *Viêm thanh quản-khí quản-phế quản cấp (bệnh croup):* Ở nhũ nhi và trẻ em, liều thông thường 2 mg budesonid dạng xông khí dung dùng 1 lần. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với budesonid hay bất cứ thành phần nào của thuốc.

THẬN TRỌNG: Co thắt 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 cần được hướng dẫn mang theo Phiếu Chứa Thông Tin Cần Được Lưu ý Thích Hợp. *Tác động toàn thân có thể xảy ra khi dùng corticosteroid dạng hít:* 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. Rất hiếm trường hợp rối loạn chức năng tuyến thượng thận có biểu hiện lâm sàng đã 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 (xem Tương tác thuốc) 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 dạ dày-ruột) hoặc các tình trạng do mất chất điện giải trầm trọng. Nên 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 toàn thân trong giai đoạn stress, cơn hen nặng hoặc phẫu thuật chọn lọc. *Mật độ xương:* 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 vùng xương ở trẻ em đang phát triển có thể phản ánh sự gia tăng thể tích xương. *Sự tăng trưởng:* Sự giảm tốc độ tăng trưởng lúc đầu thường nhỏ và thoáng qua (khoảng 1 cm) đã được ghi nhận và thường xảy ra trong năm điều trị đầu tiên. Trẻ em điều trị bằng budesonid đường hít cuối cùng đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành. Nên thực hiện các phép đo chiều

cao để nhận biết các bệnh nhân quá nhạy cảm. **Bệnh nhân nhiễm khuẩn và bệnh lao:** Liều cao glucocorticosteroids có thể che lấp dấu hiệu nhiễm khuẩn hiện tại và tình trạng nhiễm khuẩn mới có thể xảy ra trong khi dùng thuốc. Đặc biệt lưu ý ở bệnh nhân lao phổi hoặc nhiễm nấm, vi khuẩn hoặc virút đường hô hấp thể tiến triển hoặc tiềm ẩn. **Chức năng gan:** Giảm chức năng gan có thể ảnh hưởng đến sự thải trừ corticosteroid. Điều này có thể liên quan về mặt lâm sàng đối với bệnh nhân tổn thương chức năng gan trầm trọng. **Hệ thống phân phối dưới áp lực dương:** Không nên sử dụng với hệ thống phân phối dưới áp lực dương (như IPPB) ở các bệnh phổi như tràn khí màng phổi, kén khí, tràn khí trung thất, trừ khi có hệ thống dẫn lưu đặc biệt. **Khả năng gây ung thư và gây đột biến:** Không có tác động gây ung thư nào được ghi nhận trên chuột bạch. Không phát hiện budesonide có khả năng gây đứt đoạn nhiễm sắc thể hoặc đột biến.

SỬ DỤNG THUỐC CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ: **Phụ nữ có thai – nhóm A:** Lợi ích của việc kiểm soát hen đã được đánh giá là vượt trội hơn so với các tác động ngoại ý có thể xảy ra cho mẹ và thai nhi. **Phụ nữ cho con bú:** Budesonid bài tiết qua sữa mẹ với một lượng thấp. Nếu lợi ích cao hơn nguy cơ thì vẫn có thể xem xét đến việc cho con bú trong thời gian dùng thuốc. **ẢNH HƯỞNG TRÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không ảnh hưởng. **TƯƠNG TÁC CỦA THUỐC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC LOẠI TƯƠNG TÁC KHÁC:** Xem xét khi điều trị lâu dài Budesonid với các chất ức chế CYP3A như ketoconazol và itraconazol có thể làm tăng nồng độ budesonid toàn thân.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: PULMICORT nói chung được dung nạp tốt. Một số tác dụng ngoại ý sau có thể xảy ra:

Thường gặp (> 1%): Mũi - họng: Khàn giọng; đau, kích thích cổ họng; kích thích lưỡi và miệng; khô miệng; nấm Candida miệng. Hô hấp: Ho. Ít gặp (< 1%): Mũi - họng: Kích thích thanh quản; vị giác kém. Tiêu hoá: Tiêu chảy; buồn nôn. Phản ứng quá mẫn: Các phản ứng quá mẫn tức thời và muộn như phản ứng da (nổi mề đay, ban đỏ, viêm da); co thắt phế quản, phù mạch và phản ứng phản vệ. Hệ thần kinh trung ương: Nhức đầu; choáng váng; cảm giác khát; mệt mỏi. Rối loạn chuyển hoá và dinh dưỡng: Tăng cân. Hiếm có báo cáo về thâm tím da xảy ra khi dùng glucocorticosteroid dạng hít. Các triệu chứng về tâm thần như rối loạn hành vi, kích thích, bồn chồn và trầm cảm đã được ghi nhận khi dùng budesonid cũng như các glucocorticosteroid khác. Có thể xảy ra kích ứng da mặt trong một vài trường hợp khi sử dụng máy xông khí dung (nebuliser) với mặt nạ. Để ngăn ngừa sự kích ứng, nên rửa mặt sau mỗi lần dùng PULMICORT RESPULES qua máy xông khí dung (nebuliser) và mặt nạ

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG: 1. Xoay nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại. 2. Giữ ống thuốc đơn liều hướng lên trên và mở ống bằng cách xoắn phần đỉnh (cánh). 3. Đặt phần mở của ống thuốc vào bình chứa của máy khí dung và bóp từ từ. Nếu chỉ dùng 1 mL, bóp thành phần bên trong ra cho đến khi mức chất lỏng đạt đến vạch chỉ. Bảo quản tránh ánh sáng đối với ống thuốc đã mở. Sử dụng ống thuốc đã mở trong vòng 12 giờ. Nên lưu ý nếu chỉ dùng 1 mL, phần thể tích còn lại sẽ không bảo đảm vô trùng. Trước khi dùng phần chất lỏng còn lại, xoay (lắc) nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại.

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN: Pulmicort là thuốc dự phòng cần phải dùng đều đặn và không được sử dụng như đơn liệu pháp để cắt cơn hen cấp tính. Bệnh nhân nên được hướng dẫn sử dụng đúng cách các loại dụng cụ khí dung thích hợp.

QUẢN LÝ LÂM SÀNG: 1. **Bệnh nhân không phụ thuộc corticosteroid đường uống:** Điều trị với PULMICORT ở liều chỉ định cho hiệu quả điều trị trong vòng 10 ngày. Ở bệnh nhân có xuất tiết đàm quá mức, nên cho liệu trình ngắn khởi đầu (khoảng 2 tuần) bằng corticosteroid đường uống, bắt đầu bằng liều cao sau đó giảm từ từ để bổ sung cho PULMICORT. Việc điều trị phải tiếp tục ít nhất 1 tháng trước khi xác định sự đáp ứng tối đa với liều PULMICORT được sử dụng. 2. **Bệnh nhân phụ thuộc corticosteroid đường uống:** Cần theo dõi đặc biệt ở những bệnh nhân phụ thuộc corticosteroid đường uống chuyển sang PULMICORT. Nên bắt đầu điều trị bằng PULMICORT khi 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. Nên giảm liều corticosteroid đường uống từ từ tới liều thấp nhất có hiệu quả. Không nên thay đổi liều PULMICORT trong thời gian bệnh nhân còn sử dụng corticosteroid đường uống. Trong nhiều trường hợp, có thể thay thế hoàn toàn corticosteroid đường uống bằng PULMICORT đường hít. Một số trường hợp khác, liều thấp steroid đường uống để duy trì là cần thiết. Những bệnh nhân chuyển sang PULMICORT nên có Phiếu Chứa Thông Tin Cần Được Lưu ý Thích Hợp nêu rõ 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 liệu pháp đường uống sang PULMICORT, tác động steroid toàn thân sẽ giảm. Các triệu chứng dị ứng sớm có thể tái phát (như là viêm mũi, chàm, viêm kết mạc) hoặc bệnh nhân mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp, trầm cảm, mệt mỏi, thỉnh thoảng buồn nôn và nôn. Trong những trường hợp như vậy, cần hỗ trợ thêm về mặt y khoa. Lưu ý: Súc miệng kỹ với nước sau mỗi lần khí dung. Nếu dùng mặt nạ, đảm bảo đặt khít mặt nạ khí phun. Rửa mặt sau mỗi lần điều trị. Vệ sinh buồng khí dung và đầu ngậm hoặc mặt nạ với nước ấm rồi để khô theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

CƠ SỞ SẢN XUẤT: AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Thụy Điển.

CÔNG TY TNHH ASTRAZENECA VIỆT NAM.

Tầng 18, Tòa nhà A&B, Số 76, Đường Lê Lai, Phường Bến Thành, Quận 1, TP Hồ Chí Minh.

Tel: +84 (28) 38278088 - Fax: +84 (28) 38278089

Code: VN-1818

BẤT THƯỜNG BẨM SINH CỦA PHỔI TỪ BÀO THAI CHO ĐẾN SAU SINH

BSCK2 NGUYỄN HỮU CHÍ-TK CĐHA SIÊU ÂM BV NHI ĐỒNG 1

Ngày nay với sự phát triển của siêu âm tiền sản và sự gia tăng sàng lọc trước sinh bằng siêu âm, các bất thường bẩm sinh của phổi có thể được phát hiện từ bào thai. Nó đặt ra vấn đề tiên lượng và định hướng theo dõi điều trị. Các bất thường phổi thường gặp là tràn dịch màng phổi, dị dạng nang tuyến phổi bẩm sinh, phổi biệt trí. Bệnh cảnh lâm sàng có thể xuất hiện suy hô hấp sau sinh, viêm phổi tái phát cùng một vị trí cho đến không có triệu chứng lâm sàng. Việc phát hiện và chọn lựa chiến lược hình ảnh trong chẩn đoán và theo dõi rất quan trọng trong việc quyết định thời điểm can thiệp ngoại khoa.

CONGENITAL LUNG ABNORMALITIES FROM FETAL TO POSTPARTUM

NGUYEN HUU CHI

Nowadays, with the development of prenatal ultrasound and **with the increasing availability of prenatal screening with ultrasound**, congenital lung abnormalities can be detected in utero. It raises issues of prognosis and treatment monitoring. Common lung abnormalities are pleural effusion, congenital cystic adenomatoid malformation, and **bronchopulmonary sequestration**. The clinical presentation may include postpartum respiratory failure, recurrent pneumonia in the same location until there are asymptomatic **and only discovered during chest imaging performed for other indication**. Detection and selection of imaging strategies in diagnosis and monitoring are important in deciding the timing of surgical intervention.

NHỮNG THÁCH THỨC HIỆN NAY ĐỐI VỚI Y HỌC HÔ HẤP HIỆN ĐẠI.

GS.TS. BS. ĐINH XUAN ANH TUẤN

Hai thách thức lớn của y học hô hấp trong 25 năm tới là tình trạng kháng kháng sinh và các bệnh về đường hô hấp do ô nhiễm. Kháng kháng sinh là mối đe dọa sức khỏe toàn cầu lớn đã được Tổ chức Y tế Thế giới xác định là một trong những thách thức phát triển và sức khỏe cộng đồng hàng đầu, trong đó tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn là nguyên nhân trực tiếp gây ra 1,27 triệu ca tử vong trên toàn cầu vào năm 2019 [1]. Việc dùng sai và lạm dụng kháng sinh ở người, động vật và thực vật là nguyên nhân chính gây ra các mầm bệnh kháng thuốc [1]. Sự đề kháng này có thể xảy ra thông qua nhiều cơ chế khác nhau, như đột biến hoặc thu nhận các gen kháng thuốc từ các vi khuẩn khác [2]. Kháng kháng sinh ảnh hưởng đến các quốc gia ở tất cả các khu vực và ở mọi mức thu nhập, trong đó các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình bị ảnh hưởng nhiều nhất [1]. Hệ vi sinh vật của con người gồm hàng nghìn tỷ vi sinh vật (bao gồm vi khuẩn, vi rút, nấm và cổ khuẩn) sống trong và trên cơ thể con người, đặc biệt là ở đường tiêu hóa, da và các bề mặt niêm mạc khác. Kháng sinh phổ rộng có thể phá vỡ sự cân bằng của hệ vi sinh vật bằng cách tiêu diệt không chỉ vi khuẩn có hại mà cả vi khuẩn có lợi. Điều này có thể dẫn đến sự phát triển quá mức của vi khuẩn kháng kháng sinh trong hệ vi sinh vật, góp phần gây ra vấn đề chung về kháng kháng sinh.

Ô nhiễm không khí có thể gây ra nhiều tác động xấu đến sức khỏe con người, góp phần làm một số bệnh tiến triển và trầm trọng hơn, bao gồm hen suyễn, COPD, ung thư phổi, nhiễm trùng đường hô hấp, dị ứng, cơn đau tim, đột quỵ, bệnh thoái hóa thần kinh [3]. Nỗ lực giảm ô nhiễm không khí có thể góp phần làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, bằng cách giảm tỷ lệ các bệnh về hô hấp và tim mạch, cũng như các vấn đề sức khỏe liên quan đến ô nhiễm khác. Không khí sạch hơn góp phần cải thiện tổng thể chất lượng cuộc sống. Các cá nhân ít có khả năng mắc các triệu chứng về hô hấp, bệnh mạn tính và các vấn đề sức khỏe khác liên quan đến ô nhiễm không khí. Dân số khỏe mạnh hơn dẫn đến giảm chi phí chăm sóc sức khỏe và tăng năng suất lao động. Tỷ lệ bệnh tật thấp hơn nghĩa là ít phải khám bệnh hay nhập viện, mất ít ngày làm việc hơn, đem đến lợi ích kinh tế cho các cá nhân và xã hội. Giảm ô nhiễm không khí có tác động tích cực không chỉ đối với sức khỏe con người mà còn đối với sức khỏe của hệ sinh thái và đa dạng sinh học. Nhiều chất gây ô nhiễm có tác động xấu đến đời sống thực vật và động vật, trong khi không khí sạch hơn sẽ giúp môi trường lành mạnh hơn. Một số chất gây ô nhiễm không khí, chẳng hạn như carbon đen và metan, góp phần gây ra biến đổi khí hậu. Những nỗ lực giảm ô nhiễm không khí cũng có thể có tác động tích cực trong việc giảm thiểu biến đổi khí hậu, mang thêm lợi ích về sức khỏe và môi trường. Tóm lại, việc giảm ô nhiễm không khí mang lại nhiều lợi ích cho sức khỏe toàn cầu, từ sức khỏe cá nhân đến xã hội, cũng như cải thiện môi trường [4].

CURRENT CHALLENGES TO MODERN RESPIRATORY MEDICINE.

PROF. DR. ĐINH XUÂN ANH TUẤN

The two major challenges of respiratory medicine for the next 25 years are antibiotic resistance and pollution-induced respiratory diseases. Antibiotic resistance is a major global health threat that has been identified by the World Health Organization (WHO) as one of the top public health and development challenges, with bacterial antimicrobial resistance (AMR) being directly responsible for 1.27 million global deaths in 2019 [1]. The misuse and overuse of antibiotics in humans, animals, and plants are the primary drivers of drug-resistant pathogens [1]. This resistance can occur through various mechanisms, such as mutation or acquisition of resistance genes from other bacteria [2]. AMR affects countries in all regions and at all income levels, with low- and middle-income countries being the most affected [1]. The human microbiome refers to the trillions of microorganisms (including bacteria, viruses, fungi, and archaea) that live in and on the human body, especially in the digestive tract, skin, and other mucosal surfaces. Broad-spectrum antibiotics can disrupt the balance of the microbiome by killing not only the harmful bacteria but also the beneficial ones. This disruption can lead to an overgrowth of antibiotic-resistant bacteria in the microbiome, contributing to the overall problem of antibiotic resistance.

Air pollution can have various adverse effects on human health, contributing to the development and exacerbation of several diseases, including asthma, COPD, lung cancer, respiratory infections, allergies, heart attacks, stroke, neurodegenerative diseases [3]. By decreasing the prevalence of respiratory and cardiovascular diseases, as well as other pollution-related health issues, efforts to reduce air pollution can contribute to lower morbidity and mortality rates. Cleaner air contributes to an overall improvement in the quality of life. Individuals are less likely to suffer from respiratory symptoms, chronic diseases, and other health issues associated with air pollution. Healthier populations result in reduced healthcare costs and increased productivity. Lower rates of illness mean fewer hospital admissions, doctor visits, and lost workdays, leading to economic benefits for individuals and societies. Reductions in air pollution have positive effects not only on human health but also on the health of ecosystems and biodiversity. Many pollutants have adverse effects on plant and animal life, and cleaner air supports a healthier environment. Some air pollutants, such as black carbon and methane, contribute to climate change. Efforts to reduce air pollution can also have positive effects on mitigating climate change, leading to additional health and environmental benefits. In summary, reducing air pollution has multifaceted benefits for global health, ranging from individual well-being to broader societal and environmental improvements [4].

Tài liệu tham khảo

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
2. Darby EM, Trampari E, Siasat P, Gaya MS, Alav I, Webber MA, Blair JMA. Molecular mechanisms of antibiotic resistance revisited. **Nat Rev Microbiol.** 2023 May;21(5):280-295. doi: 10.1038/s41579-022-00820-y.

3. Holgate S. Air pollution is a public health emergency. *BMJ*. 2022 Jul 11;378:o1664. doi: 10.1136/bmj.o1664.
4. Meghji J, Mortimer K, Agusti A, Allwood BW, Asher I, Bateman ED, Bissell K, Bolton CE, Bush A, Celli B, Chiang CY, Cruz AA, Dinh-Xuan AT, et al. Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions. ***Lancet***. 2021 Mar 6;397(10277):928-940. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00458-X.

Tổng quan

ĐƯỜNG THỞ - CẤU TRÚC, CHỨC NĂNG VÀ SỰ HÌNH THÀNH THÔNG KHÍ TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TRONG COPD

TS.BS NGUYỄN VĂN THÀNH

Tóm tắt

Khoảng 10.000 lít không khí và 8.000 lít máu đi qua hệ thống hô hấp mỗi ngày. Hoạt động này được thực hiện dưới tác động của sự chênh lệch áp suất, được tạo ra do tình trạng co và giãn theo nhịp điệu của cơ vân dưới sự kiểm soát tự động và không tự động của hệ thống thần kinh trung ương. Sự tương xứng của lưu lượng không khí và máu là kết quả của các phản xạ từ trung tâm và tại chỗ đáp ứng với các kích thích bên trong và bên ngoài từ đó kiểm soát hoạt động bơm máu của tim và hoạt động của cơ trơn trong thành của đường thở và mạch máu.

Một loạt các cơ chế thần kinh và miễn dịch bảo vệ phổi chống lại các tác nhân gây hại đến từ môi trường. Nhiều cơ chế có tính thích nghi (thu được), có khả năng nhớ để làm tăng độ nhạy và phản ứng khi tiếp xúc nhiều lần với các kích thích. Khoảng hơn 10% dân số, các phản ứng đối với các kích thích môi trường trở thành bệnh lý, dẫn đến sự nhạy cảm quá mức và phản ứng bất thường đối với cả các kích thích đặc hiệu và không đặc hiệu. Đáp ứng bất thường này nếu lặp lại và kéo dài có thể dẫn tới hiện tượng tái cấu trúc thực thể của đường thở và phổi.

Một lượng khí lớn xâm nhập, di chuyển và trao đổi liên tục ở phổi. Bụi, khí độc hại và tác nhân có khả năng gây bệnh có trong không khí vào phổi có thể làm hỏng mô phổi, cản trở cơ học hô hấp và hạn chế trao đổi khí. Cả hai quá trình thụ động và chủ động đều bảo vệ phổi khỏi những tác hại từ môi trường bằng cách lọc không khí được hít vào, thay đổi luồng không khí và lưu lượng máu để hạn chế khả năng tiếp xúc phế nang và hệ thống với các tác động có hại, thu giữ, tiêu diệt và làm sạch tác nhân gây bệnh cũng như sửa chữa hiệu quả các mô bị tổn thương để phục hồi hàng rào niêm mạc.

Một số cơ chế bảo vệ thu được giúp làm tăng tính nhạy cảm của hệ thống và tăng cường độ phản ứng với những kích thích có hại về sau. Rối loạn các cơ chế bảo vệ có thể làm tăng độ nhạy cảm với các kích thích không đặc hiệu và dẫn đến các phản ứng không tương xứng, thái quá, đẩy cơ thể vào tình trạng bệnh. Hiểu được các cơ chế hình thành các phản ứng quá mức này giúp phòng, chẩn đoán xác định và điều trị một cách hiệu quả các rối loạn đến mức "bệnh", trong đó có COPD. Bài báo cáo tổng quan này đề cập tới một số vấn đề giải phẫu-mô học và sinh lý hô hấp trong tình trạng bệnh lý gây tắc nghẽn trong COPD.

Summary

AIRWAYS - STRUCTURE, FUNCTION AND FORMATION OF CHRONIC AIRWAY OBSTRUCTION IN COPD

NGUYEN VAN THANH

Summary

About 10,000 liters of air and 8,000 liters of blood pass through the respiratory system every day. This activity is performed under the influence of pressure differences, created by rhythmic contraction and relaxation of skeletal muscles under automatic and involuntary control of the central nervous system. The proportionality of air and blood flow is the result of central and local reflexes responding to internal and external stimuli that control cardiac pumping and smooth muscle activity. in the walls of airways and blood vessels.

A variety of neurological and immune mechanisms protect the lungs against harmful environmental agents. Many mechanisms are adaptive (acquired), capable of memory to increase sensitivity and response to repeated exposure to stimuli. In slightly more than 10% of the population, reactions to environmental stimuli become pathological, leading to hypersensitivity and abnormal responses to both specific and nonspecific stimuli. This abnormal response, if repeated and prolonged, can lead to physical restructuring of the airways and lungs.

A large amount of air enters, moves and is continuously exchanged in the lungs. Dust, toxic gases and potentially pathogenic agents present in the air entering the lungs can damage lung tissue, hinder respiratory mechanics and limit gas exchange. Both passive and active processes protect the lungs from environmental damage by filtering inspired air, altering airflow and blood flow to limit alveolar and systemic exposure with harmful effects, capturing, destroying and clearing pathogens as well as effectively repairing damaged tissues to restore the mucosal barrier.

Some of the acquired protective mechanisms help increase the sensitivity of the system and increase the intensity of the reaction to subsequent harmful stimuli. Disturbances in protective mechanisms can increase sensitivity to non-specific stimuli and lead to disproportionate and excessive reactions, pushing the body into a disease state. Understanding the mechanisms that form these excessive reactions helps prevent, diagnose, and effectively treat "disease" disorders, including COPD. This review addresses some anatomical-histological and respiratory physiological issues in obstructive pathologies in COPD.

TÓM TẮT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN – VIÊM PHỔI THỞ MÁY CỦA BỘ Y TẾ 2023

TRẦN VĂN NGỌC (*)

Tóm tắt:

VPBV-VPTM là bệnh khá phổ biến tại VN và các nước, tử vong cao do đề kháng của vi khuẩn với hầu hết kháng sinh phổ rộng trên cơ địa suy giảm miễn dịch và sức đề kháng vì tuổi cao, nhiều bệnh nền chưa được kiểm soát tốt.

Đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan thở máy (VPBV-VPTM) hiện nay là cực kỳ nghiêm trọng và ngày càng gia tăng, rất khó kiểm soát trong điều kiện quá tải trong bệnh viện ở Việt Nam. Mặc dù có nhiều biện pháp trong cải thiện kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, chất lượng chẩn đoán lâm sàng và vi sinh nhưng tỉ lệ tử vong do VPBV – VPTM vẫn còn cao tại VN, khoảng 33-50%, đặc biệt nhiễm khuẩn do *Acinetobacter baumannii*, *P.aeruginosa* hay vi khuẩn gram âm sinh men kháng carbapenem.

Tác nhân gây bệnh hàng đầu hiện nay là *Acinetobacter baumannii* kháng kháng sinh diện rộng khá phổ biến trong hầu hết bệnh viện, đặc biệt tại ICU trung tâm hay những phòng cấp cứu tại các khoa lâm sàng. *K. pneumoniae* và *E.coli* sinh ESBL rất cao tại hầu hết các bệnh viện. Những nghiên cứu trong nước hiện nay đã cho thấy vi khuẩn gram âm sinh carbapenemase đã trở nên phổ biến ở các bệnh viện. *Staphylococcus aureus*, đặc biệt MRSA với MIC gia tăng (MIC > 1 mg/l) đối với vancomycine ngày càng gia tăng tại Việt Nam gây rất nhiều khó khăn trong điều trị với vancomycin.

Bộ y tế VN ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị VPBV-VPTM 2023 nhằm giúp chẩn đoán và điều trị đúng đắn căn bệnh này sớm, hiệu quả và giảm tình trạng kháng thuốc đang gia tăng rất nhanh tại VN.

Abstract:

**SUMMARY OF GUIDELINE FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA AND VENTILATOR- ASSOCIATED
PNEUMONIA OF MINISTRY OF HEALTH VIETNAM 2023.**

TRAN VAN NGOC

Hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia (HAP- VAP) are fairly common diseases in Vietnam and other countries, with high mortality due to bacterial resistance to most broad-spectrum antibiotics on the basis of immunodeficiency and malnutrition because of advanced age, many underlying diseases have not been recognized and good control.

Antibiotic resistance of bacteria causing hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia (VAP) is currently extremely serious and increasing, and it is difficult to control under overloaded conditions in Vietnam's hospitals. Despite many measures to improve nosocomial infection control, clinical diagnosis and microbiological quality, the mortality rate due to VAP - VAP is still high in Vietnam, about 33-50%, especially infections caused by *Acinetobacter baumannii* *P.aeruginosa* or carbapenem-resistant gram-negative bacteria.

The current leading causative agent is *Acinetobacter baumannii*, which is resistant to all antibiotics in most hospitals, especially in central ICUs or emergency rooms in clinical departments. *K. pneumoniae* and *E.coli* produced very high ESBLs in most hospitals. Studies have shown that carbapenemase-producing gram-negative bacteria have become common in hospitals. *Staphylococcus aureus*, especially MRSA with increased MIC (MIC > 1 mg/l) for vancomycin is increasing in Vietnam, causing many difficulties in treatment with vancomycin.

The Ministry of Health of Vietnam has issued guidelines for diagnosis and treatment of HAP& VAP in 2023 to help diagnose and adequate treat this disease early, effectively and reduce drug resistance, which is increasing rapidly in Vietnam.

(*) *Chủ tịch LCH Hồ hắp TPHCM, Phó Chủ tịch & Trưởng Văn phòng Đại diện Hội Phổi VN tại TPHCM*

Từ viết tắt:

- VPBV-VPTM: viêm phổi mắc phải trong bệnh viện-viêm phổi liên quan thở máy
- MRSA: methicilline resistant S.aureus

CHẨN ĐOÁN HEN NHŨ NHI

TS BS TRẦN ANH TUẤN

BỆNH VIỆN NHI ĐÔNG 1

Hen nhũ nhi là vấn đề thường gặp trên lâm sàng. Tuy nhiên, việc chẩn đoán hen nhũ nhi có nhiều khó khăn và chưa có đồng thuận thống nhất trên thế giới.

Năm 2023, Hội Nhi khoa Việt Nam phối hợp cùng Liên Chi hội Hô hấp Thành phố Hồ Chí Minh tổ chức Hội đồng Chuyên gia biên soạn “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hen nhũ nhi”. Về chẩn đoán, những điểm chính yếu được thống nhất như sau:

Chẩn đoán:

- Chủ yếu là chẩn đoán lâm sàng, gợi ý bởi tiền sử, bệnh sử.
- Không có xét nghiệm chẩn đoán thường quy chuyên biệt.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hen nhũ nhi:

1. Có bằng chứng tắc nghẽn đường thở: khò khè từ 3 lần trở lên. Khò khè phải do bác sĩ xác nhận, tốt nhất bằng ống nghe (ran rít, ran ngáy)
2. Có đáp ứng với điều trị hen
3. Không có bằng chứng gợi ý chẩn đoán khác

Trên thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán hen ở trẻ nhũ nhi dựa trên 4 chìa khóa sau:

1. Khò khè: phải có bằng chứng và được BS xác nhận. Nghĩ đến hen khi trẻ có từ 3 đợt khò khè trở lên.
2. Chỉ số tiên đoán hen cải tiến (mAPI)
3. Đáp ứng với điều trị thử: tùy theo tình huống và cần tiến hành đúng quy trình
 - Nghiệm pháp giãn phế quản với salbutamol khí dung: thực hiện khi bệnh nhi có biểu hiện tắc nghẽn đường thở (khò khè, khó thở) để đánh giá tính hồi phục của tắc nghẽn đường thở.
 - Đáp ứng với điều trị thử ICS liều trung bình trong 3 tháng (\pm SABA khi cần): khi bệnh nhi không có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở trên lâm sàng.
4. Loại trừ các chẩn đoán phân biệt: cần lưu ý những dấu hiệu cảnh báo không phù hợp hen và một số chẩn đoán phân biệt khò khè ở lứa tuổi nhũ nhi.

Từ khóa: hen nhũ nhi, chẩn đoán, khò khè, chỉ số tiên đoán hen, nghiệm pháp giãn phế quản, điều trị thử

Tài liệu tham khảo:

Al-Shamrani A, Bagais K, Alenazi A, Alqwaiee M, Al-Harbi AS. Wheezing in children: Approaches to diagnosis and management. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2019;6(2):68-7

Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy*. 2008;63(1):5-34.

Bộ Y Tế Việt Nam. 4888/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi. 2016

British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the Management of Asthma. 2019

Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, et al. Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society position paper. *Paediatr Child Health*. 2015;20(7):353-71

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2023.

Haute Autorité de Santé. Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. 2009.

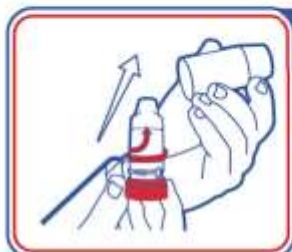
Hội Hô hấp Thành phố Hồ Chí Minh. Đồng thuận chẩn đoán và điều trị hen ở trẻ nhũ nhi. Nhà xuất bản Y học; 2018.

Hội Nhi khoa Việt Nam, Liên chi hội Hô hấp TPHCM. Hướng dẫn chẩn đoán – xử trí hen nhũ nhi. 2024

Moral L, Vizmanos G, Torres-Borrego J, et al. Asthma diagnosis in infants and preschool children: a systematic review of clinical guidelines. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2019;47(2):107-21.

Yang CL, Hicks EA, Mitchell P, et al. Canadian Thoracic Society 2021 Guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*. 2021;5(6):348-61.

CÁCH SỬ DỤNG TURBUHALER®



BƯỚC 1

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



BƯỚC 2

- Giữ **Turbuhaler®** ở vị trí thẳng đứng.
 - Vặn phần đế về một phía hết mức, sau đó vặn 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.



Healthy Lung
Vietnam



Được hỗ trợ in ấn bởi

AstraZeneca

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



Healthy Lung
Vietnam



Được hỗ trợ in ấn bởi

AstraZeneca

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH ĐIỂN HÌNH VÀ KHÔNG ĐIỂN HÌNH SARCOIDOSIS TẠI PHỔI.

Ts Bs HOÀNG THỊ TRIỀU NGHI(*)

Tóm tắt

Sarcoidosis ngày càng được quan tâm nhiều hơn ở nước ta qua các báo cáo nghiên cứu loạt ca nhờ vào sự thống nhất quan điểm chẩn đoán cùng các kỹ thuật thăm khám ngày càng đầy đủ. Là một bệnh lý chưa rõ nguyên nhân, sarcoidosis được mô tả như một đáp ứng miễn dịch tế bào quá mức dẫn đến hình thành các u hạt không hoại tử và xơ hóa tổ chức, trên 90% trường hợp biểu hiện tại phổi và hạch trung thất tuy nhiên 50% trong các trường hợp có biểu hiện ngoài phổi. Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào kết hợp lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh. Do bởi biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, chẩn đoán hình ảnh là chìa khóa cho việc chẩn đoán sớm, cải thiện tiên lượng cũng như chất lượng cuộc sống người bệnh. Chúng tôi giới thiệu các đặc điểm hình ảnh điển hình và không điển hình của bệnh lý Sarcoidosis tại phổi trên HRCT.

TYPICAL AND ATYPICAL SARCOIDOSIS OF THE PULMONARY SARCOIDOSIS.

HOANG THI TRIEU NGHI

Abstract

Sarcoidosis is gaining more and more attention in our country through case series research reports thanks to the unity of diagnostic views and increasingly adequate examination techniques. As a pathology of unknown etiology, sarcoidosis is described as an excessive cellular immune response leading to the formation of non-caseous necrosis granulomas and fibrotic tissue, over 90% of cases presenting in the pulmonary and mediastinal nodes however 50% of cases with extrapulmonary manifestations. Definitive diagnosis is based on a combination of clinical, imaging, and pathological finding of the disease. Because of its non-specific clinical presentation, imaging is key to prompt diagnosis, improving prognosis as well as quality of life. We introduce typical and atypical imaging features of pulmonary Sarcoidosis on HRCT.

() Trưởng DV CDHA PKĐK Ngọc Minh*

TÓM TẮT

VAI TRÒ CT LIỀU THẤP TRONG TẦM SOÁT UNG THƯ PHỔI

NGUYỄN VĂN TIẾN BẢO

Tóm tắt

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới, chiếm gần 20% tổng số ca tử vong do ung thư. Trước đây, hai kỹ thuật đã được sử dụng để kiểm tra ung thư phổi là chụp X-quang ngực và xét nghiệm đàm. Tuy nhiên, việc sử dụng chụp X-quang ngực và xét nghiệm đàm không làm giảm nguy cơ tử vong do ung thư phổi. Chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) ngày càng được chấp nhận như một phương pháp sàng lọc hiệu quả cho những người có nguy cơ cao nhằm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư phổi. Mục đích của bài viết này là bắt đầu thảo luận thông qua phân tích dựa trên bằng chứng và đưa ra những gợi ý có giá trị về sàng lọc bằng LDCT đối với ung thư phổi trong thực hành lâm sàng. Trong số các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) được công bố trước đây, thử nghiệm tầm soát phổi quốc gia (NLST) là thử nghiệm duy nhất cho thấy kết quả tích cực ở nhóm người già có nguy cơ cao và nghiện thuốc lá nặng. Tầm soát bằng LDCT, nếu được thực hiện phù hợp, có khả năng giảm nhẹ tỷ lệ tử vong do ung thư phổi ở những quốc gia có nguồn lực tổng thể và cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe còn hạn chế như Việt Nam.

Từ khóa: ung thư phổi, tầm soát, chụp cắt lớp vi tính liều thấp, thử nghiệm tầm soát phổi quốc gia

Abstract
ROLE OF LOW-DOSE CT FOR LUNG CANCER SCREENING

NGUYEN VAN TIEN BAO

Abstract

Lung cancer is the leading cause of cancer death worldwide, comprising almost 20% of all cancer deaths. In the past, two other techniques have been used to check for lung cancer: chest x-ray and sputum cytology. However, the use of chest X-ray and sputum cytology did not reduce the risk of death from lung cancer. Low-dose computed tomography (LDCT) has been increasingly accepted as an efficient screening method for high-risk individuals to reduce lung cancer mortality. The aim of this article is to initiate discussion through an evidence-based analysis and provide valuable suggestions on LDCT screening for lung cancer in clinical practice. Among previously published randomized controlled trials (RCTs), the National Lung Screening Trial (NLST) is the only one demonstrating positive results in a high-risk population of old age and heavy smokers. LDCT screening, appropriately carried out, has the potential to modestly decrease lung cancer death rates for those countries with limited overall resources and health care infrastructure, such as Vietnam.

Keywords: lung cancer, screening, Low-dose computed tomography (LDCT), National Lung Screening Trial (NLST)

**CASE REPORT: SEVERE PERSISTENT OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA
POST ADENOTOSILLECTOMY IN CHILDREN WITH ASTHMA:
COMBINATION DRUG - INDUCED SLEEP ENDOSCOPY PROCEDURE
AND AUTO – CPAP AT HOME**

HÒ THIÊN HƯƠNG MD, TRẦN ANH TUẤN PHD

Introduction

Unresolved obstructive sleep apnoea (OSA) (post-operative AHI \geq 3/h) after an adenotonsillectomy(AT), henceforth referred to as persistent OSA, is increasingly recognised in children (2–18 years). In recent years, the persistence of abnormal PSG findings suggestive of persistent OSAS is reported in approximately 20–40% of patients, particularly in severe cases. Although associated with obesity, underlying medical complexity, and craniofacial disorders, persistent OSA also occurs in otherwise healthy children.

Case description

A 8 year old girl came to respiratory department with the chief complaint of persistent snoring and observed hypopnea with desaturation after 3 months of AT. Her PSQ was 14/21 positive questions (66.67%). In her past history, uncontrollable asthma and obesity were noted and she admitted to ICU department twice with severe asthma exacerbations where she was treated with mechanical ventilation and IV bronchodilator medications such as magnesium sulfate, theophylline. In her PSG, severe persistent OSA with AHI 48/h and severe ODI were shown. There was no abnormality of craniofacial disorders. When performing drug – induced sleep endoscopy (DISE) procedure, the muscles in the lateral pharynx were collapsed (Level II) during her sleep. Auto CPAP (P 6-9 cmH₂O) and myofunctional therapy showed successful (AHI 3-5/h).

Keyword: Persistent obstructive sleep apnoea (OSA), DISE procedure, myofunctional therapy, post adenotonsillectomy (AT), craniofacial disorders.

BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP: HỘI CHỨNG NGUNG THỞ KHI NGỦ TỒN DƯ MỨC ĐỘ NẶNG SAU PHẪU THUẬT CẮT AMYDALE VÀ NẠO VA TRÊN BỆNH NHÂN HEN KHÓ KIỂM SOÁT: PHỐI HỢP PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI GÂY NGỦ VÀ ĐIỀU TRỊ CPAP TỰ ĐỘNG TẠI NHÀ

THS.BS CKII. HỒ THIÊN HƯƠNG, TS.BS. TRẦN ANH TUẤN

Đặt vấn đề

Hội chứng ngưng thở khi ngủ tồn dư (Chỉ số ngưng giảm thở ≥ 3 /giờ đang được ghi nhận gia tăng ở trẻ em (2-18 tuổi). Trong những năm gần đây, hội chứng ngưng thở khi ngủ tồn dư chiếm 20-40% tổng số bệnh nhân sau phẫu thuật cắt amydale và nạo VA, đặc biệt trong các trường hợp nặng. Mặc dù liên quan đến tình trạng béo phì, bệnh lí nội khoa phức tạp và bất thường vùng sọ mặt, hội chứng ngưng thở khi ngủ tồn dư vẫn xảy ra trên đối tượng trẻ khỏe mạnh

Mô tả ca lâm sàng

Bé gái 8 tuổi đi khám vì còn ngủ ngáy và mẹ bé ghi nhận nhiều đợt ngưng thở kèm giảm oxy trong đêm sau 3 tháng mổ cắt amydale và nạo VA kết hợp. Bảng điểm Giác Ngủ trẻ em dương tính 14/21 (66.67%). Tiền căn ghi nhận hen khó kiểm soát và béo phì, 2 lần hen nguy kịch nhập hồi sức tích cực, thở máy kết hợp dẫn phế quản đường tĩnh mạch. Đa kí giấc ngủ được thực hiện, ghi nhận hội chứng ngưng thở khi ngủ mức độ nặng (AHI 48/giờ), tình trạng giảm oxy nặng. Không ghi nhận bất thường sọ mặt. Bệnh nhân được nội soi với thuốc gây ngủ ghi nhận cơ thành hầu 2 bên xẹp khi ngủ độ II. Máy CPAP tự động áp lực 6-9 cmH20 phối hợp tập luyện cơ tại nhà rất hiệu quả trong điều trị bệnh của bé (AHI 3-5/giờ)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chervin R.D., Ruzicka D.L., Giordani B.J., Weatherly R.A., Dillon J.E., Hodges E.K., Marcus C.L., Guire K.E. Sleep disordered breathing, behavior, and cognition in children before and after adenotonsillectomy. *Pediatrics*. 2006;117:e769–e778
2. Costa D.J., Mitchell R. Adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea in obese children: A meta-analysis. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2009;140:455–460
3. El-Kersh K., Cavallazzi R., Senthilvel E. Outcomes of adenotonsillectomy in severe pediatric obstructive sleep apnea. *Ear Nose Throat J*. 2017;96:E6–E9.
4. Galluzzi F., Garavello W. Impact of adenotonsillectomy in children with severe obstructive sleep apnea: A systematic review. *Auris Nasus Larynx*. 2021;48:549–554
5. Imanguli M., Ulualp S.O. Risk factors for residual obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy in children: Risk factors for residual OSA after surgery. *Laryngoscope*. 2016;126:2624–2629
6. Isaiah A., Hamdan H., Johnson R.F., Naqvi K., Mitchell R.B. Very severe obstructive sleep apnea in children: Outcomes of adenotonsillectomy and risk factors for persistence. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2017;157:128–134.
7. Tauman R., Gulliver T.E., Krishna J., Montgomery-Downs H.E., O'Brien L.M., Ivanenko A., Gozal D. Persistence of obstructive sleep apnea syndrome in children after adenotonsillectomy. *J. Pediatr*. 2006;149:803–808.
8. Mitchell R.B., Kelly J. Outcome of adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea in children under 3 years. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2005;132:681–684
9. Ye J., Liu H., Zhang G.H., Li P., Yang Q.T., Liu X., Li Y. Outcome of adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea syndrome in children. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol*. 2010;119:506–513.

THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG: NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

TS.BS CAO THỊ MỸ THUÝ(*)

TÓM TẮT

Viêm phổi là một trong những bệnh nhiễm trùng hô hấp phổ biến nhất và đe dọa tính mạng người bệnh trên toàn cầu. Điều trị kháng sinh kinh nghiệm kịp thời và thích hợp là rất quan trọng nhằm cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng. Khi kháng sinh được bắt đầu sử dụng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP), việc đánh giá kết quả lâm sàng là một trong những bước cần thiết trong chăm sóc bệnh nhân. Hầu hết bệnh nhân CAP đều đáp ứng với điều trị sau 2-3 ngày. Cần lưu ý rằng bằng chứng cải thiện trên X quang chậm hơn cải thiện về lâm sàng. Thất bại điều trị được định nghĩa là tình trạng lâm sàng không đáp ứng đầy đủ với liệu pháp kháng sinh. Tỷ lệ thất bại điều trị trong CAP là 10 đến 15% và tỷ lệ tử vong tăng gần gấp 5 lần. Thất bại điều trị sớm xảy ra trong vòng 72 giờ đầu và thất bại điều trị muộn xảy ra sau 72 giờ. Nhiễm các vi sinh vật kháng thuốc, không phổ biến và các nguyên nhân không do nhiễm trùng là nguyên nhân dẫn đến thất bại điều trị. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến mức độ nặng ban đầu của CAP, sự hiện diện các bệnh đồng mắc, tác nhân gây bệnh và việc kháng sinh điều trị. Đặc điểm của bệnh nhân và các yếu tố liên quan đến phản ứng viêm có liên quan đến việc chậm hồi phục và tiên lượng xấu. Sự kết hợp giữa điểm IL-6, PCT và CURB 65 có thể cung cấp một công cụ mới để dự đoán thất bại cũng như thất bại sớm và muộn. Trần dịch màng phổi và tổn thương đa thùy lần lượt là những yếu tố dự đoán lâm sàng đơn giản về thất bại sớm và muộn. Tiếp cận chẩn đoán thất bại điều trị phụ thuộc vào mức độ tác động về lâm sàng, yếu tố vật chủ và nguyên nhân có thể xảy ra. Đánh giá lại ban đầu nên bao gồm việc xác nhận lại chẩn đoán viêm phổi, lấy mẫu xét nghiệm vi sinh không xâm lấn và hình ảnh học mới. Nội soi phế quản để lấy mẫu chải được bảo vệ và BAL có thể được chỉ định trong một số trường hợp. Việc xác định sớm tình trạng không đáp ứng và sử dụng kịp thời các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị có thể giúp cải thiện kết quả của những bệnh nhân này.

TREATMENT FAILURE IN COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA: CAUSES AND RISK FACTORS

CAO THI MY THUY

ABSTRACT

Pneumonia is one of the most common and life-threatening respiratory infection diseases worldwide. Proper and timely empiric antibiotic treatment is crucial to improve prognosis in patients with community-acquired pneumonia (CAP). Once antibiotics have been started in patients with community-acquired pneumonia, the evaluation of clinical outcomes represents one of the essential steps in patient care. Most patients with CAP respond to treatment over 2–3 days. It should be noted that radiographic evidence of resolution lags behind clinical resolution. Treatment failure is defined as a clinical condition with inadequate response to antimicrobial therapy. The incidence of treatment failure in community-acquired pneumonia is 10 to 15%, and the mortality is increased nearly fivefold. Early treatment failure occurs within the first 72 hours and late treatment failure occurs after 72 hours. Resistant and unusual microorganisms and noninfectious causes are responsible for treatment failure. Risk factors are related to the initial severity of the disease, the presence of comorbidity, the microorganism involved, and the antimicrobial treatment implemented. Characteristics of patients and factors related to inflammatory response have been associated with delayed resolution and poor prognosis. A combination of IL-6, PCT and CURB 65 score could provide a new tool for predicting failure and early and late failure. Pleural effusion and multilobar involvement were simple clinical predictors of early and late failure, respectively. The diagnostic approach to treatment failure depends on the degree of clinical impact, host factors, and the possible cause. Initial reevaluation should include a confirmation of the diagnosis of pneumonia, noninvasive microbiological samples, and new radiographic studies. Invasive studies with bronchoscopy to obtain protected brush specimen and BAL are also indicated in some cases. Early identification of nonresponse and timely use of diagnostic and therapeutic procedures can help to improve the outcomes of these patients.

1. **Aliberti S, Blasi F.** Clinical Stability versus Clinical Failure in Patients with Community-Acquired Pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med* 2012;33:284–291.
2. **Aliberti S., Dela Cruz C.S., Amati F., et al.** Community-acquired pneumonia. *Lancet* 2021, 398, 906–919.
3. **Blasi F. , Ostermann H., Racketta J., et al.** Early versus later response to treatment in patients with community-acquired pneumonia: analysis of the REACH study. *Respiratory Research* 2014, 15:6.
4. **Joaõ Gonçalves-Pereira, Catarina Conceição and Pedro Póvoa.** Community-acquired pneumonia: identification and evaluation of nonresponders. *Ther Adv Infect Dis* (2013) 1(1) 5-17
5. **Lee J.S., Giesler D.L., Gellad W.F., et al.** Antibiotic Therapy for Adults Hospitalized with Community-Acquired Pneumonia: A Systematic Review. *JAMA* 2016, 315, 593–602.
6. **Martin-Loeches I., Valles X., Menendez R., et al.** Predicting treatment failure in patients with community acquired pneumonia: a case-control study. *Respiratory Research* 2014, 15:75.

7. **Paula Peyrani P., Arnold F.W., Bordon J., et al.** Incidence and Mortality of Adults Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia According to Clinical Course. *CHEST* 2020; 157(1):34-41.
8. **Simon Finch, James D. Chalmers.** Brief clinical review: non-responding pneumonia. *EMJ Respir.* 2014;2:104-111.

(*)*Trưởng Khoa Nội Hô hấp – BVĐK Trung Ương Cần Thơ*

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO ĐỒNG NHIỄM VIRUS - VI KHUẨN

TRẦN VĂN NGỌC()*

TÓM TẮT : VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO ĐỒNG NHIỄM VIRUS VI KHUẨN

Viêm phổi cộng đồng do đồng nhiễm virus và vi khuẩn hiện nay khá phổ biến nhờ kết hợp các xét nghiệm vi sinh truyền thống và kỹ thuật vi sinh phân tử qua việc áp dụng xét nghiệm PCR mẫu bệnh phẩm . Những tác nhân virus và vi khuẩn không điển hình được nhận diện chính xác và nhanh chóng bằng realtime PCR . Ngoài ra, những tác nhân khó mọc , nhất là sau khi bệnh nhân đã dùng kháng sinh rất ít khi có kết quả dương tính bằng phương pháp cấy kính hiển . Sự kết hợp cả 2 phương pháp cho kết quả dương tính cao hơn và biết rõ những trường hợp nào đồng nhiễm.

Qua nhiều nghiên cứu cho thấy VPCĐ do đa tác nhân có bệnh cảnh nặng hơn , tiên lượng xấu hơn đơn nhiễm .

Hiện nay nhiều hướng dẫn chẩn đoán và điều trị VPCĐ cũng quan tâm đến đồng nhiễm và sử dụng kháng sinh bao phủ đầy đủ các tác nhân này , đặc biệt trong trường hợp nặng.

Trong trường hợp VPCĐ nhẹ , không bệnh đồng mắc việc sử dụng đơn trị liệu được khuyến cáo . Nếu kèm bệnh đồng mắc hoặc bệnh nặng cần phối hợp kháng sinh có hiệu quả bao phủ tác nhân không điển hình như macrolide hay quinolone hô hấp.

Thêm thuốc kháng virus là cần thiết nếu test cúm (+) nhất là trong bệnh cảnh bệnh nhân nhập viện do bệnh nặng.

***ABSTRACT : COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA DUE TO VIRAL
AND BACTERIAL CO-INFECTION.***

TRAN VAN NGOC

Community-acquired pneumonia due to viral and bacterial co-infection is now quite common based to the combination of traditional microbiology tests and molecular microbiology techniques through the application of PCR testing of samples. Atypical viral and bacterial agents are identified accurately and quickly by realtime PCR. In addition, pathogens that are difficult to grow, especially after the patient has taken antibiotics, rarely have positive results by the classic culture method. The combination of both methods gives higher positive results and clearly knows which cases are co-infected.

Many studies have shown that CAP caused by multiple pathogens has a more severe illness and worse prognosis than a single infection.

Currently, many guidelines for the diagnosis and treatment of CAP also pay attention to coinfections and use antibiotics to fully cover these agents, especially in severe cases.

In cases of mild CAP, without comorbidities, monotherapy is recommended. If patients with comorbidity or severe illness, it is necessary to combine antibiotics that are effective in covering atypical agents such as macrolides or respiratory quinolones.

Adding antiviral drugs is necessary if the flu test is positive, especially in patients hospitalized due to severe illness.

(*) PGS , TS , BS . Chủ tịch LCH Hồ hấp TPHCM , PCT Hội Phổi VN.

TOÀN CẢNH VỀ VẮC XIN RSV: TỪ TRỞ NGẠI BAN ĐẦU ĐẾN CÔNG NGHỆ VÀ THIẾT KẾ THỬ NGHIỆM MỚI.

PGS.TS.BS ĐỖ VĂN DŨNG 1

Tóm Tắt

Toàn cảnh về vắc xin RSV: Từ trở ngại ban đầu đến công nghệ và thiết kế thử nghiệm mới.

Tiến trình vắc-xin Virus hợp bào hô hấp (RSV) là vắc xin được mong đợi đã trải qua các khó khăn bước đầu để trở thành một vắc xin được cấp phép là một bài học lí thú. Bài trình bày này nêu hai mặt của vấn đề và cung cấp thông tin về:

Cạm bẫy & Bài học kinh nghiệm: Xem xét những nỗ lực trong quá khứ và xác định những trở ngại chúng ta cần vượt qua để có vắc xin RSV hiệu quả.

Thử nghiệm vắc xin: Khám phá các thử nghiệm lâm sàng mới nhất, các phương pháp tiếp cận sáng tạo của chúng, đặc biệt là thử nghiệm thử thách trên người.

Hiểu và giải quyết sự do dự với vắc xin: Tìm hiểu các lý do của do dự vắc xin và gợi ý các chiến lược để truyền thông hiệu quả và xây dựng lòng tin của công chúng.

Bài trình bày này có hữu ích cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, nhà nghiên cứu và những cá nhân quan tâm sự hiểu biết cơ bản về bối cảnh vắc xin RSV hiện tại, giúp họ tham gia vào các cuộc tranh luận về vắc xin và góp phần thúc đẩy sáng kiến y tế công cộng quan trọng này.

ABSTRACT

**THE RSV VACCINE LANDSCAPE: FROM PITFALLS TO INNOVATIVE
VACCINE TECHNOLOGY AND CLINICAL TRIALS.**

DO VAN DUNG

The process of the highly anticipated Respiratory Syncytial Virus (RSV) vaccine from initial pitfalls to a licensed vaccine is an interesting lesson. This presentation delves into both sides of the coin, offering insights into:

Pitfalls & Lessons Learned: Examining past attempts and identifying the hurdles we need to overcome for effective RSV vaccination.

Vaccine Trials: Exploring the latest clinical trials, their innovative approaches especially the human challenge trial..

RSV Vaccine Hesitancy: Exploring the reasons behind vaccine hesitancy and suggesting strategies for effective communication and public trust building.

This presentation could be useful for healthcare professionals, researchers, and interested individuals with a basic understanding of the current RSV vaccine landscape, empowering them to engage in informed discussions and contribute to advancing this crucial public health initiative.

Keywords: RSV vaccine, clinical trials, vaccine hesitancy, public health, US healthcare

¹ *Khoa Y tế Công cộng – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

Tài liệu tham khảo:

1. Schmoele-Thoma B, Zareba AM, Jiang Q, et al. Vaccine Efficacy in Adults in a Respiratory Syncytial Virus Challenge Study. *N Engl J Med.* 2022;386(25):2377-2386. [doi:10.1056/NEJMoa2116154](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2116154)
2. Papi A, Ison MG, Langley JM, et al. Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med.* 2023;388(7):595-608. [doi:10.1056/NEJMoa2209604](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2209604)
3. Wilson E, Goswami J, Baqui AH, et al. Efficacy and Safety of an mRNA-Based RSV PreF Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med.* 2023;389(24):2233-2244. [doi:10.1056/NEJMoa2307079](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2307079)

4. Falsey AR, Williams K, Gymnopoulou E, et al. Efficacy and Safety of an Ad26.RSV.preF-RSV preF Protein Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med*. 2023;388(7):609-620. [doi:10.1056/NEJMoa2207566](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2207566)
5. Herring WL, Zhang Y, Shinde V, Stoddard J, Talbird SE, Rosen B. Clinical and economic outcomes associated with respiratory syncytial virus vaccination in older adults in the United States. *Vaccine*. 2022;40(3):483-493. [doi:10.1016/j.vaccine.2021.12.002](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.12.002)
6. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *N Engl J Med*. 2023;388(16):1451-1464. [doi:10.1056/NEJMoa2216480](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2216480)

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH NGOẠI TRÚ CHO VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN: NGHIÊN CỨU QUAN SÁT TIẾN CỨU APPRAISE - VIỆT NAM

TÁC GIẢ: VŨ ĐỖ¹, NGUYỄN VIỆT NHUNG², HÀN QUỲNH ANH¹, TRƯƠNG HÀ LAN NGỌC³, ELENA DEANGELIS³, PRAVEEN KAMBLE⁴

Đơn vị công tác: 1 Bệnh viện Phổi trung ương, 463 Hoàng Hoa Thám, Hà Nội, Việt Nam

2 Hội Phổi Việt Nam, 463 Hoàng Hoa Thám, Hà Nội, Việt Nam,

3 GSK, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

4 GSK, Mumbai, Ấn Độ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm phổi mắc phải cộng đồng (Community-acquired pneumonia, CAP) có tỷ lệ mắc bệnh đáng kể, gia tăng nhu cầu chăm sóc y tế và tăng tỷ lệ tử vong. Quản lý viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) thường phức tạp vì phụ thuộc chủ yếu vào nhu cầu chăm sóc nội trú hoặc tại đơn vị ngoại trú. Hơn nữa ở Việt Nam, việc lựa chọn kháng sinh cho VPMPCĐ thường phức tạp do sự khác biệt giữa hướng dẫn điều trị và thực hành lâm sàng hiện tại, cũng như sự gia tăng đề kháng kháng sinh với hai chủng vi khuẩn chính là *Haemophilus Influenzae* và *Streptococcus pneumoniae*. Để tìm kiếm bằng chứng giúp hỗ trợ việc kê đơn kháng sinh hợp lý, nghiên cứu này thu thập dữ liệu đời thực từ người bệnh trưởng thành được kê đơn kháng sinh để điều trị VPMPCĐ tại các đơn vị điều trị ngoại trú ở Việt Nam.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, quan sát, thu tuyển 92 bệnh nhân người lớn VPMPCĐ chưa điều trị và được khởi trị với kháng sinh chỉ định theo đơn của bác sĩ điều trị. Mục tiêu chính của nghiên cứu là đánh giá đáp ứng lâm sàng với các kháng sinh khác nhau tại thời điểm kết thúc của đơn thuốc ban đầu. Mục tiêu phụ của nghiên cứu là mô tả: (a) Các chỉ số điều trị kháng sinh; (b) các chủng vi khuẩn phân lập khác nhau và đánh giá độ nhạy cảm của các chủng vi khuẩn phân lập quan tâm, bao gồm *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, và *Moraxella catarrhalis* với các kháng sinh khác nhau; (c) mối liên hệ giữa đáp ứng lâm sàng khi kết thúc đợt điều trị chỉ định ban đầu và độ nhạy cảm của chủng vi khuẩn phân lập với các kháng sinh khác nhau; (d) tỷ lệ nhập viện; và (e) các biến cố ngoại ý xuất hiện trong quá trình điều trị (treatment-emergent adverse events, TEAEs).

Kết quả: Tất cả bệnh nhân đều được kê đơn đầu tay với phác đồ kết hợp hai kháng sinh cho VPMPCĐ mức độ nhẹ, không giống với các phác đồ đơn trị liệu được khuyến nghị bởi các hướng dẫn điều trị (guidelines): amoxicillin, doxycycline, macrolide, fluoroquinolone, v.v.; và tất cả bệnh nhân đều đạt được thành công trên lâm sàng. Hầu hết bệnh nhân (90,2% [83/92]) đạt kết quả điều trị này sau 5-7 ngày. Amoxicillin/acid clavunanic kèm clarythromycine là kết hợp điều trị thông dụng nhất được kê đơn (81,5% [75/92]) trên 7 cách trị liệu kháng sinh khác

nhau (Bảng 1) và trị liệu phổ biến nhất là amoxicillin/acid clavunanic 1000mg hai lần/ngày, kèm theo clarithromycin 500mg 2 lần/ngày, trong vòng 15 ngày (54,7% [41/75]). Amoxicillin/acid clavunanic phối hợp levofloxacin là phác đồ được kê đơn phổ biến thứ 2 (10,9% [10/92]). Trong số 92 bệnh nhân, 69,6% (n=64) được xét nghiệm tìm mầm bệnh. *H. Influenzae* chỉ được xác định ở một bệnh nhân và có nhạy cảm với amoxicillin/ acid clavunanic; ở tất cả các bệnh nhân khác, xét nghiệm mầm bệnh đều âm tính. Hai bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ nghiêm trọng (serious adverse event, SAE) trong thời gian nghiên cứu mà chưa rõ mối liên hệ với kháng sinh điều trị: rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất cần phải nhập viện. Các tác dụng phụ nghiêm trọng được các nghiên cứu viên đánh giá là nhẹ và bệnh nhân đã hồi phục. Không có bệnh nhân nào phải nhập viện do các vấn đề liên quan đến VPMPCĐ trong suốt thời gian theo dõi.

Kết luận: Phác đồ kết hợp kháng sinh amoxicillin/acid clavunanic và clarithromycin là điều trị kháng sinh bước một được kê đơn phổ biến nhất trong VPMPCĐ, được ưu tiên lựa chọn hơn so với các phác đồ kháng sinh đơn trị liệu, và tất cả bệnh nhân đều đạt thành công điều trị sau khi sử dụng kháng sinh được kê đơn thường quy ở phòng khám ngoại trú tại Việt Nam. Trong khi các bác sĩ lâm sàng ở Việt Nam tham khảo các hướng dẫn điều trị của quốc tế và quốc gia thì việc kê đơn kháng sinh dựa trên kinh nghiệm vẫn là phổ biến. Bệnh nhân VPMPCĐ tìm kiếm điều trị tại bệnh viện tuyến trung ương thường có nguy cơ cao và có bệnh đồng mắc; do đó, các bác sĩ có xu hướng ưu tiên phác đồ kháng sinh kết hợp hơn là các phác đồ đơn trị cho bệnh nhân VPMPCĐ nhẹ, không có bệnh mắc kèm và không có nguy cơ kháng kháng sinh. Các dữ liệu địa phương về tính nhạy cảm kháng sinh là cần thiết để xây dựng các hướng dẫn điều trị cụ thể cho từng quốc gia nhằm giúp tránh sự phụ thuộc vào các hướng dẫn điều trị quốc tế và giúp chuẩn hóa điều trị trong quản lý VPMPCĐ.

Bảng 1: Đáp ứng lâm sàng đối với điều trị bằng kháng sinh khi kết thúc đợt điều trị kê đơn đầu tiên.

Antibiotic regimen	Patients (N=92)	Clinical success ^b				Clinical failure ^c	
		Overall	<5 days	5-7 days	8-9 days		10-14 days
Amoxicillin/clavulanic acid and clarithromycin, n (%)^a	75	75 (100.0)	4 (5.3)	69 (92.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	0 (0.0)
1000 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	41	41 (100.0)	2 (4.9)	38 (92.7)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/500 mg BD for 10 days	19	19 (100.0)	2 (10.5)	17 (89.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 15 days/500 mg BD for 10 days	8	8 (100.0)	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg TID for 10 days/500 mg BD for 10 days	4	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
500 mg BD for 15 days/250 mg BD for 10 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/500 mg BD for 14 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg TID for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Amoxicillin/clavulanic acid and levofloxacin, n (%)^a	10	10 (100.0)	1 (10.0)	9 (90.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/500 mg BD for 10 days	7	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg TID for 10 days/500 mg BD for 10 days	2	2 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Amoxicillin/clavulanic acid and moxifloxacin, n (%)^a	2	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/400 mg QD for 10 days	2	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cefditoren and moxifloxacin, n (%)^a	2	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
200 mg BD for 10 days/400 mg QD for 10 days	2	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cefprozil and clarithromycin, n (%)^a	2	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
250 mg TID for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
500 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Clarithromycin and levofloxacin, n (%)^a	1	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
500 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

BD, twice daily; CAP, community-acquired pneumonia; QD, once daily; TID, thrice daily.
^aPercentages calculated with number of patients on specific index antibiotic regimen as denominator.
^bClinical success is defined as complete resolution of clinical symptoms/signs or improvement of symptoms/signs requiring no further antibiotic treatment.
^cClinical failure is defined if following criteria are met:
• Worsening or non-improvement of clinical symptoms/signs of CAP after 48 to 72 hours while on antibiotic treatment.
• Need of modifications in the index antibiotic treatment regimen, including treatment extension and/or dose change.
• Need of antibiotic treatment switch or add-on to the prescribed treatment (i.e., treatment combination).
• Need of hospitalisation due to worsening of disease.

Tài liệu tham khảo:

1. Torumkuney D, et al. *J Antimicrob Chemother.* 2020;75(Suppl 1):i19-i42.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu được tài trợ bởi công ty GSK, số nghiên cứu 217733.

Xung đột lợi ích:

- **VD:** Bác sĩ, Bệnh viện Phổi Trung Ương, Hà Nội
- **NVN:** Chủ tịch, Hội Phổi Việt Nam
- **HQA:** Bác sĩ, Bệnh viện Phổi Trung Ương, Hà Nội
- **NTHL:** Nhân viên GSK
- **EDA:** Nhân viên GSK và nắm giữ cổ phiếu/cổ phần của GSK
- **PK:** Nhân viên GSK và nắm giữ cổ phiếu/ cổ phần của GSK

Lời cảm ơn: Các tác giả cảm ơn Vidya V Murthy, nhân viên GSK, đã hỗ trợ soạn thảo báo cáo.

TITLE: ANTIBIOTIC TREATMENT PATTERNS AND OUTCOMES IN ADULT PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN OUTPATIENT SETTINGS: A PROSPECTIVE, OBSERVATIONAL STUDY IN VIETNAM

AUTHORS: VU DO,¹ NGUYEN VIET NHUNG,² HAN QUYNH ANH,¹ TRUONG HA LAN NGOC,³ ELENA DEANGELIS,³ PRAVEEN KAMBLE⁴

Affiliations (University/Institute, Street, ZIP/Postal code, City, Country):

¹National Lung Hospital, 463 Hoang Hoa Tham, Ha Noi, Vietnam; ²Vietnam Lung Association, 463 Hoang Hoa Tham, Ha Noi, Vietnam; ³GSK, Ho Chi Minh City, Vietnam; ⁴GSK, Mumbai, India

Introduction

Community-acquired pneumonia (CAP) is associated with considerable morbidity, healthcare utilisation, and high mortality. Management of CAP is usually complex since it mainly depends on the need for inpatient/outpatient care. Additionally in Vietnam, the selection of antibiotics for CAP is complex due to the differences between guidelines and current practice and increasing antibiotic resistance of 2 key pathogens *Haemophilus influenzae* and *Streptococcus pneumoniae*.¹ In order to generate evidence to support appropriate antibiotic prescriptions, this study collected real-world data from adults who were prescribed antibiotics for CAP in outpatient settings in Vietnam.

Methods

This prospective, observational study included 92 treatment-naïve adults with CAP who were initiated on antibiotics as per their physician's prescription. The primary objective was clinical response to different antibiotics at the end of initial prescription. Secondary objectives were to describe: (a) index antibiotic treatment patterns; (b) different pathogens isolated and assess susceptibility of isolated pathogens of interest, including *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, and *catarrhalis* to different antibiotics; (c) associations between clinical responses at the end of initial prescription and susceptibility of isolated pathogens to different antibiotics; (d) hospitalisation rates; and (e) and treatment-emergent adverse events (TEAEs).

Results

All patients were prescribed dual antibiotic therapy for mild CAP as first-line treatment in contrast to the monotherapies recommended by guidelines: amoxicillin, doxycycline,

macrolide, fluoroquinolone, etc; and all patients achieved clinical success. Most patients (90.2% [83/92]) achieved this clinical outcome during days 5–7. Amoxicillin/clavulanic acid plus clarithromycin was the most common combination prescribed (81.5% [75/92]) in 7 different dosing schedules (**Table 1**), and the most common dosing schedule was amoxicillin/clavulanic acid 1000 mg BD plus clarithromycin 500 mg BD, for 15 days (54.7% [41/75]). Amoxicillin/clavulanic acid plus levofloxacin was the second most common regimen prescribed (10.9% [10/92]). Among the 92 patients, 69.6% (n=64) were tested for pathogens. *H. influenzae* was identified in only 1 patient and was susceptible to amoxicillin/clavulanic acid; in all other patients, pathogen testing was negative. Two patients had a serious adverse event (SAE) during the study period with relationship unknown to antibiotic treatment: respiratory, thoracic, and mediastinal disorder that required hospitalisation. The SAEs were deemed mild as per the investigator’s judgement, and the patients recovered. None of the patients were hospitalised due to CAP-related issues during the follow-up period.

Conclusions

Dual antibiotic therapy with amoxicillin/clavulanic acid plus clarithromycin was the most common first-line antibiotic combination prescribed for CAP in preference to monotherapy, and all patients achieved clinical success after receiving antibiotics routinely prescribed in the outpatient setting in Vietnam. While clinicians in Vietnam use international and local guidelines, empirical, experience-based antibiotic prescribing is common. Patients with CAP seeking treatment at the National Hospital often present with higher risks and comorbidities; therefore, physicians tend to prioritise combination antibiotic regimens over single-agent protocols for patients with mild CAP without comorbidities and no antibiotic resistance risks. Local data on antibiotic susceptibility patterns is required for development of country-specific guidelines to help avoid reliance on international guidelines and to help establish a standardised approach for the management of CAP.

Table 1. Clinical response for index antibiotic treatment at the end of the initial prescription

Antibiotic regimen	Patients (N=92)	Clinical success ^b					Clinical failure ^c
		Overall	<5 days	5–7 days	8–9 days	10–14 days	
Amoxicillin/clavulanic acid and clarithromycin, n (%)^a	75	75 (100.0)	4 (5.3)	69 (92.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	0 (0.0)
1000 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	41	41 (100.0)	2 (4.9)	38 (92.7)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/500 mg BD for 10 days	19	19 (100.0)	2 (10.5)	17 (89.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 15 days/500 mg BD for 10 days	8	8 (100.0)	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg TID for 10 days/500 mg BD for 10 days	4	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
500 mg BD for 15 days/250 mg BD for 10 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/500 mg BD for 14 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg TID for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Amoxicillin/clavulanic acid and levofloxacin, n (%)^a	10	10 (100.0)	1 (10.0)	9 (90.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/500 mg BD for 10 days	7	7 (100.0)	0 (0.0)	7 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg TID for 10 days/500 mg BD for 10 days	2	2 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Amoxicillin/clavulanic acid and moxifloxacin, n (%)^a	2	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1000 mg BD for 10 days/400 mg QD for 10 days	2	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cefditoren and moxifloxacin, n (%)^a	2	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
200 mg BD for 10 days/400 mg QD for 10 days	2	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cefprozil and clarithromycin, n (%)^a	2	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
250 mg TID for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
500 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Clarithromycin and levofloxacin, n (%)^a	1	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
500 mg BD for 15 days/500 mg BD for 15 days	1	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

					(100.0)		
<p>BD, twice daily; CAP, community-acquired pneumonia; QD, once daily; TID, thrice daily.</p> <p>^aPercentages calculated with number of patients on specific index antibiotic regimen as denominator.</p> <p>^bClinical success is defined as complete resolution of clinical symptoms/signs or improvement of symptoms/signs requiring no further antibiotic treatment.</p> <p>^cClinical failure is defined if following criteria are met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Worsening or non-improvement of clinical symptoms/signs of CAP after 48 to 72 hours while on antibiotic treatment. • Need of modifications in the index antibiotic treatment regimen, including treatment extension and/or dose change. • Need of antibiotic treatment switch or add-on to the prescribed treatment (i.e., treatment combination). • Need of hospitalisation due to worsening of disease. 							

Reference:

2. Torumkuney D, *et al. J Antimicrob Chemother.* 2020;75(Suppl 1):i19-i42.

Word count: 499 (excluding the title, authors, author affiliations, and table)

Funding: GSK-sponsored study 217733.

Disclosures:

- **VD:** Doctor, National Lung Hospital, Ha Noi, Vietnam
- **NVN:** President, Vietnam Lung Association, Ha Noi, Vietnam
- **HQA:** Doctor, National Lung Hospital, Ha Noi, Vietnam
- **NTHL:** GSK employee
- **EDA:** GSK employee and holds GSK stocks/shares
- **PK:** GSK employee and holds GSK stocks/shares

Acknowledgements: Medical writing support was provided by Vidya V Murthy, an employee of GSK.

ĐỘNG HỌC PROCALCITONIN Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN

NGUYỄN SĨ TUẤN^{1,2*}, ĐÀO THỊ LOAN², NGUYỄN THỊ NGỌC ANH¹, PHẠM VĂN DŨNG²
1TRƯỜNG ĐẠI HỌC QUỐC TẾ HỒNG BÀNG - SỐ 215 ĐIỆN BIÊN PHỦ, PHƯỜNG 15, QUẬN BÌNH THẠNH, TP. HỒ
CHÍ MINH, VIỆT NAM

2BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT TỈNH ĐỒNG NAI - SỐ 234 QUỐC LỘ 1, PHƯỜNG TÂN BIÊN, THÀNH PHỐ BIÊN
HÒA, TỈNH ĐỒNG NAI, VIỆT NAM

*EMAIL: TUANNS@HIU.VN ; SỐ ĐIỆN THOẠI: 0969.857.486

TÓM TẮT

Mục tiêu: Procalcitonin (PCT) giúp giảm thời gian sử dụng kháng sinh trên các bệnh nhân bị nhiễm khuẩn, đặc biệt ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết. Tuy nhiên, vai trò của PCT ở bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn đa kháng thuốc (P-MDR) chưa được nghiên cứu nhiều, đặc biệt là ở Việt Nam. Do đó, đề tài tiến hành nhằm mục tiêu xác định động học PCT ở bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn.

Phương pháp nghiên cứu: Trong nghiên cứu theo dõi dọc này, chúng tôi phân tích động học PCT ở 121 bệnh nhân có kết quả vi sinh và lâm sàng khẳng định viêm phổi do vi khuẩn từ 1/2023 đến 10/2023.

Kết quả: Có 65 bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn đa kháng thuốc và 56 bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn không đa kháng thuốc (P-nMDR). Năm tác nhân phổ biến nhất gây viêm phổi vi khuẩn là *Klebsiella pneumoniae* (32,23%), *Acinetobacter baumannii* (26,45%), *Pseudomonas aeruginosa* (22,31%), *Staphylococcus aureus* (8,26%) và *Escherichia coli* (5,79%). Nồng độ PCT trung bình ở nhóm P-MDR cao hơn ở nhóm P-nMDR. Thời gian thanh thải PCT ở nhóm P-MDR chậm 2,13 lần so với nhóm P-nMDR. Có 64,46% bệnh nhân chưa ngưng sử dụng kháng sinh tại thời điểm PCT về dưới 0,05 ng/ml.

Kết luận: Nồng độ PCT trung bình ở nhóm P-MDR cao hơn ở nhóm P-nMDR. Thời gian thanh thải PCT ở nhóm P-MDR chậm hơn so với nhóm P-nMDR. Cần tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng tiếp nối đề tài này để theo dõi động học PCT trên các nhóm bệnh nhân như COPD, viêm phổi vi khuẩn trong năm 2024.

Từ khóa: Động học Procalcitonin (PCT), viêm phổi do vi khuẩn đa kháng thuốc (P-MDR), viêm phổi do vi khuẩn không đa kháng thuốc (P-nMDR), thời gian thanh thải PCT, ngưng sử dụng kháng sinh.

PROCALCITONIN DYNAMICS ON PATIENTS WITH BACTERIAL PNEUMONIA

NGUYEN SI TUAN^{1,2*}, DAO THI LOAN², NGUYEN THI NGOC ANH¹, PHAM VAN DUNG²

¹HONG BANG INTERNATIONAL UNIVERSITY - No. 215 DIEN BIEN PHU, WARD 15, BINH THANH DISTRICT, HCM CITY, VIETNAM

²THONG NHAT GENERAL HOSPITAL OF DONG NAI PROVINCE - No. 234, HIGHWAY 1, TAN BIEN WARD, BIEN HOA CITY, DONG NAI PROVINCE, VIETNAM

ABSTRACT

Objectives: Procalcitonin (PCT) reduces the duration of antibiotic therapy in patients with infections, especially patients with sepsis. However, there have not been many studies interpreting the role of PCT in patients with pneumonia caused by multidrug-resistant bacteria (P-MDR), especially in Vietnam. Therefore, the aim of the study was to measure PCT kinetics in patients with bacterial pneumonia.

Methods: In this longitudinal study, we analyzed PCT kinetics in 121 patients with microbiological and clinical findings confirming the evidence of bacterial pneumonia from January 2023 to October 2023.

Results: There were 65 patients with pneumonia caused by multidrug-resistant bacteria and 56 patients with pneumonia caused by non-multidrug-resistant bacteria (P-nMDR). The five most common causes of bacterial pneumonia were *Klebsiella pneumoniae* (32.23%), *Acinetobacter baumannii* (26.45%), *Pseudomonas aeruginosa* (22.31%), *Staphylococcus aureus* (8.26%), and *Escherichia coli* (5.79%). The median PCT level in the P-MDR group was higher than in the P-nMDR group. PCT clearance time in the P-MDR group was 2.13 times shorter than in the P-nMDR group. 64.46% of patients who had not stopped using antibiotics at the time PCT was below 0.05 ng/ml.

Conclusions: The median PCT level in the P-MDR group was higher than in the P-nMDR group. PCT clearance time in the P-MDR group was shorter than in the P-nMDR group. It is essential to conduct a randomized controlled clinical trial following this study to monitor PCT kinetics in patient groups such as COPD and bacterial pneumonia in 2024.

Keywords: Procalcitonin (PCT) kinetics, multidrug-resistant bacterial pneumonia (P-MDR), non-multidrug-resistant bacterial pneumonia (P-nMDR), PCT clearance time, antibiotic discontinuation.

ĐỒNG NHIỄM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS VÀ KLEBSIELLA PNEUMONIAE: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

THS. BS. NGÔ NGUYỄN HẢI THANH

TÓM TẮT

Sự phát triển của nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới (NKĐHHD) ở bệnh nhân lao phổi đang trong quá trình điều trị thuốc kháng lao thường ít được chú ý cũng như những ảnh hưởng của nó lên tình trạng sức khỏe người bệnh. Sự đồng nhiễm với các tác nhân NKĐHHD khác dễ xảy ra trên bệnh nhân mắc lao phổi đang hoạt động. Trên những bệnh nhân này hệ thống miễn dịch của cơ thể bị ức chế, có thể do sự thiếu hụt tế bào lympho T ở bệnh nhân mắc lao phổi đang hoạt động, và là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng đồng nhiễm. Việc không phát hiện được NKĐHHD ở bệnh nhân mắc lao phổi có thể làm phức tạp việc điều trị lao phổi và thay đổi dự hậu của người bệnh cũng như tăng tỷ lệ tử vong. *Klebsiella pneumoniae* là một trong những tác nhân đồng nhiễm phổ biến ở bệnh nhân lao phổi. Đồng nhiễm *Klebsiella pneumoniae* và *Mycobacterium tuberculosis* là một trong những sự kết hợp nguy hiểm nhất với tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt nếu chậm trễ trong việc chẩn đoán và đưa ra điều trị thích hợp. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của các tác nhân này lại thường trùng lặp nhau, nên dễ bị bỏ sót, do đó vấn đề này cần được lưu ý trên lâm sàng, đánh giá thận trọng và xử trí kịp thời để cải thiện khả năng sống còn của người bệnh. Ở đây, chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân nam 64 tuổi, đã bắt đầu điều trị bệnh lao phổi được hai tuần, lâm sàng của ông xấu đi với tình trạng suy hô hấp và sốt tái phát. Ngoài việc đánh giá nguy cơ nhiễm lao kháng thuốc và các tác dụng phụ của thuốc kháng lao, kết quả nuôi cấy cho thấy bệnh nhân đồng nhiễm *Klebsiella pneumoniae*. Việc bổ sung kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ đã giúp tình trạng bệnh nhân được cải thiện.

Từ khóa: *Mycobacterium tuberculosis*, *Klebsiella pneumoniae*, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, đồng nhiễm.

COINFECTION BY MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS AND KLEBSIELLA PNEUMONIAE: A CASE REPORT

NGUYEN NGO HAI THANH

ABSTRACT

Little attention has been given to the development of lower respiratory tract infections (LRTIs) in patients with pulmonary tuberculosis (PTB) during their anti-tuberculosis (anti-TB) treatment and how that might affect patients' health status. The coinfection of PTB with other LRTI may be facilitated by active PTB disease. The suppression of human immunity, which can occur due to T-lymphocyte deficiency during active PTB disease, could be the main explanation for the coinfection. Failure to detect LRTI in patients with PTB may complicate PTB treatment and result in poorer health outcomes and higher mortality rates. *Klebsiella pneumoniae* is one of the most common pathogens leading to pulmonary tuberculosis coinfection. *Klebsiella pneumoniae* and *Mycobacterium tuberculosis* coinfection is one of the most lethal combinations with high mortality especially if there is delay in diagnosis and proper management. There is a considerable overlap in the clinical presentation of these critical pulmonary infections hence there is need for a high index of clinical suspicion, appropriate judicious investigations, and prompt management to improve survivality. Here, we present a 64-year-old male patient who had been starting treatment of pulmonary tuberculosis for two weeks, his clinical condition deteriorated with respiratory insufficiency and recurrent fever. In addition to evaluations of drug-resistant tuberculosis infection and side effects of anti-tuberculosis drugs, the culture result indicated the patient coinfecting with *Klebsiella pneumoniae*. Supplementing antibiotics according to the antibiogram helped the patient's condition improve.

Keywords: *Mycobacterium tuberculosis*, *Klebsiella pneumoniae*, lower respiratory tract infections, coinfection.

VIÊM PHỔI NẶNG DO ACINETOBACTER BAUMANNII MẮC PHẢI TRONG CỘNG ĐỒNG VÀ CẬP NHẬT MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ A. BAUMANNII KHÁNG CARBAPENEM

THS.BS. TRẦN THỊ THÚY TƯỜNG

BMN TQ ĐHYD TPHCM

Tóm tắt

Acinetobacter baumannii được xem như một trong những mầm bệnh nghiêm trọng nhất do xu hướng kháng thuốc diện rộng. Nhiễm *A.baumannii* xảy ra chủ yếu ở những bệnh nhân nhập viện và đặc biệt là những người được điều trị tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt.

Ngược lại, viêm phổi AB mắc phải tại cộng đồng là một bệnh không phổ biến, với tỷ lệ mắc dưới 10% trong tất cả các bệnh viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (CAP) do vi khuẩn ở Úc và Đài Loan, ở Việt Nam chiếm khoảng 13-15%. Viêm phổi AB có tỷ lệ tử vong được báo cáo lên tới 64% ở bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn và gây tử vong trong vòng 48 giờ đầu nhập viện, mặc dù tỉ lệ đề kháng thấp hơn AB bệnh viện.

Những cập nhật mới về điều trị AB của IDSA 2023: Meropenem hoặc imipenem-cilastatin liều cao, truyền kéo dài không được đề xuất để điều trị nhiễm trùng CRAB. Nên dùng ampicillin-sulbactam liều cao, bất kể có chứng minh được tính nhạy cảm hay không. Polymyxin B, minocycline liều cao hoặc tigecycline liều cao có thể được xem xét kết hợp với ít nhất một thuốc khác để điều trị nhiễm trùng CRAB

SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED ACINETOBACTER BAUMANNII PNEUMONIA, AND NEW UPDATES IN THE TREATMENT OF CARBAPENEM- RESISTANT A. BAUMANNII

TRAN THI THUY TUONG

Abstract

Acinetobacter baumannii is widely recognized as one of the most severe pathogens due to its propensity for extensive drug resistance. *A.baumannii* infections occur mainly among patients who are admitted to hospitals, and particularly those who receive treatment in intensive care units.

In contrast, community-acquired AB pneumonia is an uncommon disease, with an incidence of less than 10% of all bacteremia community-acquired pneumonia (CAP) in Australia and Taiwan, and 13-15% in Vietnam. AB pneumonia has a reported mortality of up to 64% in patients with bacteraemic pneumonias and causes death within the first 48 h of admission, although the resistance rate is lower than hospital AB.

New updates on IDSA 2023 AB treatment: High-dose, extended-infusion meropenem or imipenem-cilastatin are not suggested for the treatment of CRAB infections. High-dose ampicillin-sulbactam is suggested, regardless of whether susceptibility has been demonstrated. Polymyxin B, high-dose minocycline or high-dose tigecycline can be considered in combination with at least one other agent for the treatment of CRAB infections

Reference

1. Lê Tiến Dũng, et.(2016). Viêm phổi cộng đồng: đặc điểm vi khuẩn và đề kháng kháng sinh in vitro tại bệnh viện đại học y dược TPHCM, Hội hô hấp TPHCM.
2. Phạm Hồng Thắm, Trần Minh Hoàng(2023). Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi do acinetobacter baumannii tại bệnh viện nhân dân gia đình. Hội hô hấp TPHCM (4-2023)
3. Martin-Loeches I, et al (2023) ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. Eur Respir J; 61: 2200735
4. Pranita D. Tamma, et al (2023), Infectious Diseases Society of America 2023 Guidance on the Treatment of Antimicrobial Resistant Gram-Negative Infections, <https://www.idsociety.org/practiceguideline/amr-guidance>.
5. Timothy Riddles, et al. (2023). Community-Acquired, Bacteraemic *Acinetobacter Baumannii* Pneumonia: A Retrospective Review of Cases in Tropical Queensland, Australia. Trop Med Infect Dis. 18;8(8):419
6. Leung WS, et al(2006). Fulminant community-acquired *Acinetobacter baumannii* pneumonia as a distinct clinical syndrome. Chest J; 129(1):102.

7. David h. dockrell,MD(2022), Community-acquired-pneumonia Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 7th, 2022, Elsevie,pp 600-633
8. Lru Thị Vũ Nga (2021), Một số gen mã hóa Carbapenemase và mối liên quan với mức độ kháng carbapenem của acinetobacter baumannii tại Việt Nam, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Qi, L., et al. (2016). Relationship between antibiotic resistance, biofilm formation, and biofilm-specific resistance in Acinetobacter baumannii. *Frontiers in microbiology*, **7**: p. 483.

ĐIỀU TRỊ
NHIỄM KHUẨN
do vi khuẩn
nhạy cảm



Viên nén phân tán
Biocemet® DT
Amoxicillin 500 mg | Acid Clavulanic 62,5 mg



ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN do vi khuẩn nhạy cảm



BACTAMOX[®]
Amoxicillin | Sulbactam



Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế: 306/2020/XNTT / QLD, ngày 22 tháng 09 năm 2020

HEN KHÓ TRỊ TRẺ EM: THỬ THÁCH BÁC SĨ NHI KHOA?

BS CK2 ĐẶNG THỊ KIM HUYỀN (*)

Tóm tắt

Hen , bệnh phổi mãn tính phổ biến nhất ở trẻ em, được kiểm soát hiệu quả với thuốc hít trong hầu hết các trường hợp. Nhưng một nhóm nhỏ bệnh nhi hen vẫn tiếp tục mắc bệnh đáng kể ngay cả sau khi sử dụng thuốc liều cao hơn; thì được gọi là hen nặng có vấn đề. Trong nhiều trường hợp như vậy, đề kháng rõ với điều trị thực ra là do một số yếu tố có thể khắc phục được. Những trường hợp này được gọi là ' hen khó điều trị '. Bác sĩ điều trị cho một trẻ hen nặng có vấn đề cần phải thực hiện theo cách tiếp cận từng bước một cách có hệ thống để tìm ra bất kỳ nguyên nhân nền nào có thể gây ra đáp ứng kém với điều trị.

Quản lý hen nặng có vấn đề vẫn là một thách thức đáng kể, chiếm phần lớn việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở trẻ hen . Nhận biết tính không đồng nhất và các kiểu hình lâm sàng của hen “khó điều trị” và “hen nặng kháng trị” giúp hướng dẫn quản lý. Bằng chứng gần đây ủng hộ sự khác biệt phân tử giữa các kiểu hình này và cho thấy mối tương quan kém giữa các dấu hiệu viêm ngoại biên và dấu ấn đường thở, đặc biệt là trong hen kháng trị

Một số chiến lược quản lý mới, như liệu pháp duy trì một lần mỗi ngày, liệu pháp duy trì và cắt cơn trong một thiết bị cũng như các phương pháp điều trị sinh học mới đang được sử dụng ngày càng nhiều cho hen khó trị và hen kháng trị nhằm cải thiện việc quản lý bệnh hen nặng có vấn đề ở trẻ dưới 12 tuổi.

Tính đa dạng của hen nặng ở trẻ em chứng tỏ rằng cách tiếp cận một kích cỡ phù hợp với nhiều hướng dẫn là không phù hợp

(*) Bệnh viện Đại Học Y Dược- Khoa Thăm Dò Chức năng Hô Hấp

DIFFICULT-TO-TREAT ASTHMA IN CHILDREN: A CHALLENGE FOR PEDIATRICIANS?

DANG THI KIM HUYEN

Abstract

Several novel management strategies, including once-daily maintenance therapy, single-device maintenance and reliever therapy, and novel biological treatments are being increasingly used for difficult-to-treat and “severe therapy-resistant asthma”.

Asthma, the commonest chronic lung disease in childhood, is managed effectively with inhaled medications in most of the cases. But a subset of pediatric asthma patients continues to experience substantial morbidity even after higher doses of medications; they are referred to as problematic severe asthma. In many such cases, the apparent resistance to therapy is actually due to a number of remediable factors. These cases are called ‘difficult to treat asthma’. The physician dealing with a child with problematic severe asthma needs to follow a systematic step- wise approach to find any possible underlying causes of poor response to therapy

Problematic severe asthma remains a significant challenge to manage, accounting for the majority of healthcare utilization among children with asthma. The heterogeneity is recognized and the clinical phenotypes of “difficult-to-treat” asthma and “severe therapy-resistant asthma” help to guide management. Recent evidence supports molecular distinctions between these phenotypes and shows poor correlations between peripheral and airway markers of inflammation, especially in “severe therapy-resistant asthma”

The diversity of pathology of severe paediatric asthma demonstrates that the one-size-fits-all approach characterising many guidelines is inappropriate.

Tài liệu tham khảo

1. Anirban Mandal, Is it Difficult to Treat Asthma in Children?,*Journal of Medical Research and Innovation*, 2017.
2. Elizabeth Scotney, Pediatric problematic severe asthma: Recent advances in management, *Pediatr Allergy Immunol*, 2021

3. Elizabeth Scotney¹, Advances in the pathogenesis and personalised treatment of paediatric asthma, BMJMED 2023.
4. Adel H. Mansur, Management of difficult-to-treat asthma in adolescence and young adults, Breathe, 2023
5. Stanley J. Szefler, Challenges in the treatment of asthma in children and adolescents 2018 American College of Allergy, Asthma & Immunology
6. GINA ,DIFFICULT-TO-TREAT & SEVERE ASTHMA GUIDE, 2023

KHÒ KHÈ Ở TRẺ EM : TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ, CÓ GÌ MỚI ?

PGS. TS.BS. PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM

Mặc dù thở khò khè rất phổ biến ở trẻ em nhưng sinh lý bệnh của nó rất phức tạp và chưa được hiểu rõ. Nhiều yếu tố đóng vai trò trong tình trạng khò khè và bao gồm các yếu tố giải phẫu, di truyền, môi trường và miễn dịch có thể tương tác với nhau và ảnh hưởng đến sự thông thoáng của đường thở

Khò khè thường được chẩn đoán lâm sàng và không cần xét nghiệm thêm, nhưng những bệnh nhân bị khò khè tái phát hoặc dai dẳng nên được kiểm tra, ví dụ như chụp X-quang ngực, phương pháp này chủ yếu được sử dụng để xác định các bất thường về cấu trúc hoặc dị vật đường thở

Khò khè xuất hiện thành các nhóm không đồng nhất; do đó, các bác sĩ nên lưu ý đến các kiểu hình thở khò khè, hầu hết chúng giảm dần theo tuổi. Một số nhóm tiếp tục thở khò khè sau 3 tuổi, việc tiếp xúc với các tác nhân kích thích từ môi trường là yếu tố tiên lượng xấu. Việc xác định mức độ bệnh và điều trị phù hợp vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ. Chỉ số Dự đoán Hen được sửa đổi có thể có lợi cho việc dự đoán nhóm nào nên được điều trị như bệnh nhân hen và theo dõi thường xuyên. Khò khè là gánh nặng đối với việc chăm sóc sức khỏe và do đó các biện pháp can thiệp phải dựa trên bằng chứng.

WHEEZING IN CHILDREN: APPROACH TO DIAGNOSIS AND MANAGEMENT, WHAT'S NEW ?

PHAN HUU NGUYET DIEM

Although wheezing is common in children, its pathophysiology is complex and poorly understood. Many factors play a role in wheezing and include anatomical, genetic, environmental and immunological factors that may interact with each other and influence airway patency. Wheezing is usually diagnosed clinically and does not require further testing, but patients who continue to have recurrent or persistent wheezing should be investigated, for example by chest X-ray, which is mainly used. Used to identify structural abnormalities or foreign bodies in the airway Wheezing occurs in heterogeneous groups; Therefore, physicians should be aware of wheezing phenotypes, most of which decrease with age. Some groups continue to wheeze after age 3, and exposure to environmental stimuli is a poor prognostic factor. Determining the cause of disease and appropriate treatment remains a challenge for physicians at the exploratory and therapeutic levels. The modified Asthma Prediction Index may be beneficial for predicting which groups should be treated as asthmatic patients and monitored regularly. Wheezing is a burden to health care and therefore interventions must be evidence-based.

Tài liệu tham khảo :

1. Wheezing in children: Approaches to diagnosis and management

Al-Shamrani et al. / International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine 6 (2019) 68- 73

2. Evaluation of wheezing in infants and children . Uptodate 2023

3. Paediatric Wheeze and Asthma Guidelines (Children Aged 16 and Under).

Besfordshire, Luton and Milton Keynes 2020

PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI GÂY NGỦ TRONG HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ TỒN DƯ SAU PHẪU THUẬT CẮT AMYDALE VÀ NẠO VA

THS.BS CKII. HỒ THIÊN HƯƠNG, TS.BS. TRẦN ANH TUẤN

Đặt vấn đề

Hội chứng ngưng thở khi ngủ chiếm tỉ lệ 1,2-5.7% ở trẻ em và đặc trưng bởi tình trạng ngưng thở hoặc giảm thở lặp đi lặp lại có thể kèm tình trạng giảm oxy hoặc vi thức giấc. Phẫu thuật cắt amydale và nạo VA được xem là chỉ định hàng đầu trong điều trị ngưng thở khi ngủ trẻ em, tuy nhiên trên 30% trẻ em sẽ xuất hiện ngưng thở khi ngủ tồn dư sau phẫu thuật, đặc biệt nếu kèm tình trạng béo phì, có bệnh nền. Phương pháp nội soi gây ngủ ngày càng phổ biến trong việc đánh giá vị trí tắc nghẽn đường hô hấp trên diễn ra khi ngủ nhằm hỗ trợ điều trị hội chứng ngưng thở khi ngủ. Mức độ an thần lí tưởng là khi bệnh nhi xuất hiện ngáy và có hiện tượng tắc nghẽn đường dẫn khí cũng như không nhận thức được bác sĩ thực hiện phương pháp soi với ống mềm. Propofol và dexmedetomidine được xem là nhóm thuốc gây mê an toàn ở trẻ. Phương pháp nội soi gây ngủ nên được chỉ định trong các nhóm đối tượng sau: (1) Hội chứng ngưng thở khi ngủ và amydale nhỏ, (2) Hội chứng ngưng thở khi ngủ tồn dư sau phẫu thuật cắt amydale và nạo VA, và (3) bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao của hội chứng ngưng thở tồn dư trước phẫu thuật. Yếu tố nguy cơ cao gồm: (1) AHI > 10/giờ, (2) béo phì, (3) bất thường sọ mặt, (4) bất thường thần kinh cơ.

DRUG - INDUCED SLEEP ENDOSCOPY PROCEDURE IN RESIDUAL OSA POST ADENOTONSILLECTOMY (AT)

HỒ THIÊN HƯƠNG MD, TRẦN ANH TUẤN PHD

Abstract

Obstructive sleep apnea (OSA) affects approximately 1.2% to 5.7% of children and is characterized by repetitive cessations or reductions in airflow during sleep with oxygen desaturation or arousals. Adenotonsillectomy (AT) is most commonly the first-line surgical treatment, but up to 30% of children will have persistent OSA after AT, especially if obese, syndromic, or with other comorbid conditions. To help guide decision making regarding the treatment of OSA in children, drug-induced sleep endoscopy (DISE) has become increasingly popular as a method to evaluate the dynamic obstruction in the upper airway that occurs during sleep. The ideal level of sedation for pediatric DISE is reached when the child has audible snoring and/or an obstructive breathing pattern as well as a lack of responsiveness to the introduction of the flexible endoscope. Propofol and dexmedetomidine were identified as the optimal sedation agents for use in pediatric DISE. DISE was indicated in the following scenarios: (1) children with OSA and small tonsils, (2) children with persistent OSA following AT, and (3) at the time of AT for children at high risk of persistent OSA. The development group identified the following factors as being associated with a high risk of persistent OSA following AT: (1) severe baseline disease, defined as an obstructive AHI >10 events/hour; (2) obesity; (3) craniofacial syndromes, including Down syndrome; and (4) neuromuscular disorders

Keyword: Persistent obstructive sleep apnoea (OSA), DISE procedure, myofunctional therapy, post adenotonsillectomy (AT), craniofacial disorders.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chervin R.D., Ruzicka D.L., Giordani B.J., Weatherly R.A., Dillon J.E., Hodges E.K., Marcus C.L., Guire K.E. Sleep disordered breathing, behavior, and cognition in children before and after adenotonsillectomy. *Pediatrics*. 2006;117:e769–e778
2. Coutras SW, Limjuco A, Davis KE, Carr MM. Sleep endoscopy findings in children with persistent obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2018;107:190-193.
3. Kezirian EJ, Hohenhorst W, de Vries N. Drug-induced sleep endoscopy: the VOTE classification. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268(8):1233-1236
4. Imanguli M., Ulualp S.O. Risk factors for residual obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy in children: Risk factors for residual OSA after surgery. *Laryngoscope*. 2016;126:2624–2629.
5. Raposo D, Rito J, Peres M, Trindade Soares MMC, Adónis C. Drug-induced sleep endoscopy in pediatric obstructive sleep apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;161(2):152.
6. Socarras MA, Landau BP, Durr ML. Diagnostic techniques and surgical outcomes for persistent pediatric obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;121:179-187.
7. Tauman R., Gulliver T.E., Krishna J., Montgomery-Downs H.E., O'Brien L.M., Ivanenko A., Gozal D. Persistence of obstructive sleep apnea syndrome in children after adenotonsillectomy. *J. Pediatr*. 2006;149:803–808.
8. Wilcox LJ, Bergeron M, Reghunathan S, Ishman SL. An updated review of pediatric drug-induced sleep endoscopy. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2017;2(6):423-431.

SIEU AM PHOI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH HÔ HẤP TRẺ EM

PGS. TS PHÙNG NGUYỄN THẾ NGUYỄN

TRƯỜNG BM NHI, ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HCM

TRƯỜNG KHOA HỒI SỨC NHIỄM, BVNĐ1

Chẩn đoán các bệnh lý của phổi thường gặp, và đôi khi nguy hiểm như tràn khí, tràn dịch, viêm phổi, phù phổi, bệnh mô kẽ phổi dựa vào bệnh sử, lâm sàng, và các hình ảnh học, mà khoảng 5 năm trước đây là Xquang, CT. Ngày nay với sự sẵn có của siêu âm, và với ưu điểm không xâm lấn, có thể dùng gần như mọi nơi, mọi lúc nhanh chóng, tiện ích. Siêu âm đang trở thành 1 công cụ mạnh mẽ cho các nhà lâm sàng để chẩn đoán và xử trí các bệnh cấp cứu liên quan đến hô hấp. Siêu âm có độ nhạy, độ chuyên môn gần như từ 90-100% trong chẩn đoán tràn khí, tràn dịch, đông đặc, bệnh mô kẽ, viêm phổi và vì vậy đang được dùng rộng rãi cả người lớn và trẻ em.

Bên cạnh đó, chọc dẫn lưu màng phổi gồm tràn khí và tràn dịch màng phổi là thủ thuật cấp cứu thường gặp, siêu âm phổi có thể hữu ích nhất là khi tổn thương khu trú; định vị tổn thương và giúp định vị vị trí chọc là vai trò hữu ích của siêu âm. Với sự phát triển mạnh mẽ của công nghệ, đã giúp cho bác sĩ có thể tự học và thực hành các hình ảnh siêu âm phổi 1 cách nhanh chóng.

Có thể nói siêu âm là phương tiện rất cần thiết cho bác sĩ nhằm nhìn thấy rõ phổi của bệnh nhân.

LUNG ULTRASOUND IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

PHUNG NGUYEN THE NGUYEN

Diagnosis of common, and sometimes dangerous, lung diseases such as pneumothorax, effusion, pneumonia, pulmonary edema, and interstitial lung disease is based on history, clinical, and imaging studies, which mainly depend on X-ray, CT. Today, with the availability of ultrasound, and its non-invasive advantage, it can be used almost anywhere, anytime, quickly and conveniently. Ultrasound is becoming a powerful tool for clinicians to diagnose and manage respiratory emergencies. Ultrasound has a sensitivity and specificity of 90-100% in diagnosing pneumothorax, effusion, consolidation, interstitial disease, and pneumonia and is therefore widely used in both adults and children.

Besides, procedures of pleural diseases including pneumothorax and pleural effusion is a common emergency procedure, lung ultrasound can be useful especially when the damage is localized; Localizing the lesion and helping to localize the puncture site is a useful role of ultrasound. With the strong development of technology, doctors can quickly learn and practice lung ultrasound images on their own.

It can be said that Lung ultrasound is a very necessary means for doctors to clearly see the patient's lungs.

VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP: HIỆN TẠI VÀ TƯƠNG LAI

TS BS TRẦN ANH TUẤN

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Virus hợp bào hô hấp (RSV: Respiratory syncytial virus) là nguyên nhân hàng đầu của nhiễm trùng hô hấp cấp tính trên phạm vi toàn cầu, đặc biệt ở trẻ nhỏ và người lớn tuổi. Mục tiêu của bài tổng quan này nhằm cập nhật các kiến thức về dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị và dự phòng nhiễm RSV ở trẻ em.

Về dịch tễ học, trước giai đoạn đại dịch COVID-19, RSV là nguyên nhân đứng hàng thứ tư của DAILY của mọi lứa tuổi. Hiện nay, RSV vẫn là nguyên nhân hàng đầu của nhiễm trùng hô hấp cấp tính, nhất là nhiễm trùng hô hấp dưới, ở trẻ em.

Hiện nay, xử trí nhiễm trùng RSV vẫn dựa trên việc điều trị nâng đỡ bao gồm cung cấp oxygen, nước, và hỗ trợ hô hấp trong trường hợp nặng.

Thuốc kháng virus (khí dung ribavirine) cũng vẫn chỉ giới hạn cho trường hợp nhiễm trùng nặng ở trẻ suy giảm miễn dịch.

Cho đến nay, chỉ có 2 kháng thể đơn dòng (mAb) kháng RSV (palivizumab và nirsevimab) được chấp thuận cho phòng ngừa nhiễm RSV. Palivizumab đã chứng minh hiệu quả trong phòng ngừa nhiễm trùng hô hấp dưới nặng do RSV ở trẻ sinh non và trẻ có nguy cơ cao. Nirsevimab, mAb có tác dụng kéo dài, dùng 1 liều duy nhất đã được cho phép sử dụng cho trẻ sơ sinh nói chung, cả trẻ sinh đủ tháng lẫn sinh non.

Sau nhiều thập kỷ nghiên cứu và thất bại trong việc phát triển vaccines chống RSV, FDA đã chấp thuận cho sử dụng 2 loại vaccines mới (Arexvy và Abrysvo) dành cho người lớn (từ 60 tuổi trở lên) và cho thai phụ (Abrysvo) để bảo vệ trẻ từ ngay khi sinh đến 6 tháng tuổi.

Từ khóa: Virus hợp bào hô hấp, kháng thể đơn dòng, RSV vaccines

ABSTRACT: RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS: PRESENCE AND FUTURE

TRAN ANH TUAN

Respiratory syncytial virus (RSV) is a leading cause of acute respiratory infections resulting in a significant burden worldwide, particularly in young children and older adults. The purpose of this reviews is update our understanding of the epidemiology, diagnosis, clinical management, and prevention of RSV infections in children.

Before the COVID-19 pandemic, RSV represented the fourth cause of overall disability-adjusted life-years at all ages. Actually, RSV still be a leading cause of acute respiratory tract infection, including lower respiratory tract infection (LRTI) in children.

Currently, treatment of RSV infections relies on supportive care including supplemental oxygen, rehydration, and mechanical ventilation when critical.

Antiviral treatment with aerosolized ribavirin is limited to severe infections in immunocompromised patients.

Until recently, only two monoclonal antibody treatments (palivizumab and nirsevimab) are approved to prevent RSV. Palivizumab, a multiple-dose monoclonal antibody (mAb) has been available for immunoprophylaxis against severe RSV-related lower respiratory tract illness in premature and other high-risk infants. More recently, nirsevimab, a longer-lasting, single-dose mAb for the general infant population (preterm and term infants) was approved.

After decades of study and failed attempts at developing RSV vaccines, FDA approve two vaccines (Arexvy and Abrysvo) for adults aged 60 and older and for pregnant women (Abrysvo) to protect infants from birth up to 6 months of age.

Key words: *Respiratory syncytial virus (RSV), monoclonal antibodies, RSV vaccines.*

References

Baraldi E, Lisi GC, Costantino C et al. RSV disease in infants and young children: Can we see a brighter future?. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* (2022), 18 (4): e2079322 (14 pages)

Boyoglu-Barnum S, Chirkova T, Anderson LJ (2019) Biology of Infection and Disease Pathogenesis to Guide RSV Vaccine Development. *Front. Immunol.* 10:1675

CasertaMT, O’Leary ST, Munoz FM, et al; Committee on Infectious Diseases. Palivizumab Prophylaxis in Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection. *Pediatrics.* 2023;152(1):e2023061803

Langedijk AC, Bont LJ. Respiratory syncytial virus infection and novel interventions. *Nature Reviews Microbiology.* Published online: July 2023

Piralla et al. An update on respiratory syncytial virus. *BMC Infectious Diseases*(2023) 23:734

Shan J, Britton PN, King CL, Booy R. The immunogenicity and safety of respiratory syncytial virus vaccines in development: A systematic review. *Influenza Other Respi Viruses.* 2021;15:539–551.

Scotta MC, Stein RT. Current strategies and perspectives for active and passive immunization against Respiratory Syncytial Virus in childhood. *J Pediatr* 2023;99(S1):S4-S11

RỐI LOẠN DI TRUYỀN CỦA PROTEIN SURFACTANT TRONG BỆNH PHỔI KẼ Ở TRẺ EM: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP

NGUYỄN THỊ THU SƯƠNG¹, TRẦN ANH TUẤN^{1,2}

Tóm tắt

Giới thiệu: Rối loạn chức năng protein của surfactant do di truyền gây ra bởi sự rối loạn các biến thể trình tự DNA trong gen mã hóa các protein quan trọng cho việc sản xuất và hình thành chức năng của surfactant. Những rối loạn hiếm gặp này có liên quan đến tình trạng suy hô hấp và bệnh phổi kẽ ở trẻ em. Đột biến trong gen mã hóa protein của surfactant C (surfactant proteins SP-C) và chất vận chuyển phospholipid ABCA3 (member A3 of the Adenosine-Triphosphate Binding Cassette family), có liên quan đến tình trạng suy hô hấp và bệnh phổi kẽ ở trẻ em. Sự biểu hiện chức năng của các protein này được điều hòa trong quá trình phát triển và tăng theo tuổi thai, có vai trò quan trọng của chức năng surfactant trẻ sau sinh. Surfactant là một phức hợp độc đáo giữa lipid và protein làm giảm sức căng bề mặt ở bề mặt phân cách không khí-dịch trong phế nang, ngăn ngừa xẹp phổi vào cuối thì thở ra. Nhìn chung, đột biến gen SFTPC (SP-C) thường liên quan đến bệnh phổi kẽ ở trẻ em, và người lớn, đột biến ở gen ABCA3 có liên quan đến cả hai kiểu hình suy hô hấp gây tử vong ở giai đoạn sơ sinh và bệnh phổi kẽ ở trẻ em, và người lớn.

Phương pháp: Chúng tôi mô tả lâm sàng và kết quả điều trị của 2 ca bệnh có mang đột biến gen *SFTPC*, *ABCA3*

Kết luận: Bệnh do đột biến ở *SFTPC* hoặc *ABCA3* đại diện cho ba cơ chế riêng biệt dẫn đến rối loạn chức năng tế bào biểu mô phổi và surfactan. Các cơ chế gây bệnh liên quan đến đột biến *SFTPC* hoặc *ABCA3* cho thấy sự kết hợp giữa nền tảng di truyền của từng cá nhân và các yếu tố môi trường góp phần phân lớn vào sự biến đổi đa dạng của biểu hiện lâm sàng. Trẻ em mắc bệnh phổi mô kẽ không rõ nguyên nhân nên được kiểm tra các bất thường di truyền *SFTPC* hoặc *ABCA3*

Từ khóa: Gen protein C surfactan SP-C (*SFTPC*), chất vận chuyển phospholipid A3 (*ABCA3*), bệnh phổi kẽ ở trẻ em

GENETIC DISORDERS OF SURFACTANT PROTEINS IN CHILDREN INTERSTITIAL LUNG DISEASES:TWO CASES REPORT

NGUYEN THI THU SUONG¹ , TRAN ANH TUAN^{1,2}

¹ SCHOOL OF MEDICINE, VIETNAM NATIONAL UNIVERSITY HO CHI MINH CITY, VIETNAM

² CHILDREN'S HOSPITAL 1, HO CHI MINH CITY, VIETNAM

Abstract

Background: Genetic surfactant dysfunction disorders are caused by DNA sequence variants in genes encoding proteins critical for the production and function of pulmonary surfactant. These rare disorders may produce familial or sporadic lung disease, with clinical presentations ranging from neonatal respiratory failure to childhood- or adult-onset interstitial lung disease. Mutations in the genes encoding the surfactant protein C (SP-C) and the phospholipid transporter, ABCA3, are associated with respiratory distress and interstitial lung disease in the pediatric population. The surfactant proteins are developmentally regulated, such that their expression increases in later gestation. Pulmonary surfactant is a unique mixture of lipids and proteins that reduces surface tension at the air-liquid interface, preventing collapse of the lung at the end of expiration. In general, mutations in the SP-C gene *SFTPC* are more commonly associated with interstitial lung disease in older infants, children, and adults. Mutations in the ABCA3 gene are associated with both phenotypes: fatal respiratory distress in the neonatal period and interstitial lung disease in older infants, children, and adults. **Methods: two cases presentation,** we describe two patients carrying the *SFTPC*, ABCA3 mutation, clinical course, and outcome. **Conclusions:** Disease due to mutations in, *SFTPC* or ABCA3 represents three distinct mechanisms that lead to pulmonary epithelial cell and surfactant dysfunction. The disease mechanisms associated with *SFTPC* or ABCA3 mutations suggest that the combination of individual genetic background and environmental factors contribute largely to the wide variability of clinical expression. Infants, children with ILD (interstitial lung disease) of unknown etiology should be investigated for *SFTPC* or ABCA3 genetic abnormalities.

Keywords: SP-C surfactant protein C gene, the gene for ATP-binding cassette transporter A3 (ABCA3), children interstitial lung disease

¹ Khoa Y, ĐHQG TP HCM

² Bv Nhi Đồng 1

TÓM TẮT

LỰA CHỌN KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN GRAM ÂM ĐA KHÁNG TRONG VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN/ VIÊM PHỔI THỞ MÁÝ

LÊ TIẾN DŨNG*

Ngày nay, vi khuẩn gram âm đa kháng kháng sinh là tác nhân gây bệnh thường gặp ở bệnh viện và các cơ sở chăm sóc y tế khác ở nhiều quốc gia. KPC *Klebsiella pneumoniae* đầu tiên phát hiện và lan rộng toàn cầu và hiện đang là vùng dịch tễ ở Hoa Kỳ, Hy Lạp, Israel, Italia. NDM *Enterobacteriaceae* và OXA-48 *Klebsiella pneumoniae* đang lan tràn từ Nam Á và Bắc Mỹ. CPE đề kháng với hầu như tất cả kháng sinh, cho thấy tiếp cận điều trị hiện nay là không đủ và cần hiệu chỉnh lại. Các CPE hầu như đề kháng với tất cả beta- lactams bao gồm carbapenem và nhiều nhóm kháng sinh khác. Tỷ suất lên đến 40%.

Tại Việt Nam, các vi khuẩn gram âm đa kháng kháng sinh trong các nhiễm khuẩn bệnh viện nói chung và viêm phổi bệnh viện/ Viêm phổi thở máy nói riêng cũng đang gia tăng trầm trọng, làm cho việc điều trị rất khó khăn và gia tăng tỉ lệ tử vong

Để đạt được hiệu quả điều trị tối đa với các CPE, liều lượng kháng sinh cần được tối ưu dựa trên dữ liệu dược động/ dược lực học, đặc biệt đối với colistin và carbapenems; và phối hợp kháng sinh tối ưu cần được xem xét.

Các khuyến cáo từ IDSA và ESCMID năm 2022 đã đưa ra hướng dẫn lựa chọn kháng sinh/phối hợp kháng sinh trong điều trị các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng. Một số nội dung quan trọng cần lưu ý trong các khuyến cáo này: Vai trò của các kháng sinh beta – lactam mới. Phối hợp kháng sinh với kháng sinh beta – lactam mới trong một số trường hợp. Sử dụng đơn trị liệu trong các trường hợp phù hợp (dùng kháng sinh mới, có bằng chứng vi khuẩn còn nhạy với kháng sinh). Sử dụng kháng sinh theo PK/PD (liều cao, truyền kéo dài). Sự cần thiết của giá trị MIC và các xét nghiệm xác định cơ chế đề kháng



NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG ỨNG DỤNG VINSALPIUM TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH (COPD)

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

NGHIÊN CỨU SO SÁNH KHÔNG THUA KÉM, TIẾN CỨU, NGẪU NHIÊN, MÙ ĐƠN, ĐA TRUNG TÂM

PATIENTS

260 bệnh nhân ngoại trú được chẩn đoán COPD (cỡ mẫu được tính toán).
 - Không COPD đo chức năng hô hấp bằng hô hấp kế.
 - Không COPD sử dụng thuốc nghiên cứu & thuốc chứng.

P

INTERVENTION

Nhóm bệnh nhân sử dụng Vinsalpium (đùng 1 ống bằng máy khí dung)

I

COMPARISON

Nhóm bệnh nhân sử dụng biệt dược gốc (đùng 1 ống bằng máy khí dung)

C

OUTCOMES

Tiêu chí chính: So sánh đáp ứng lâm sàng, chức năng hô hấp, tác dụng ngoại ý (Sử dụng chỉ số FEV1 làm biến kết cục chính)

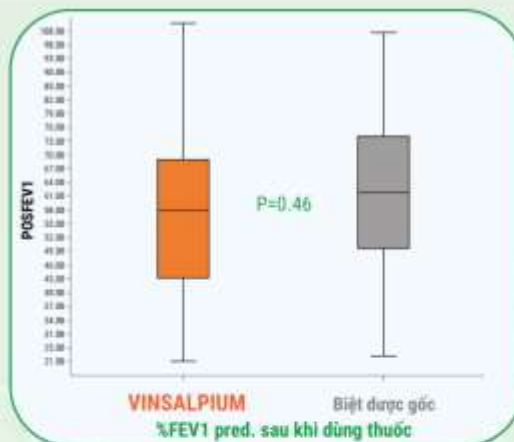
O

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số BN có %FEV1 pred. sau thuốc $\geq 12\%$

0 10 20 30 40 50

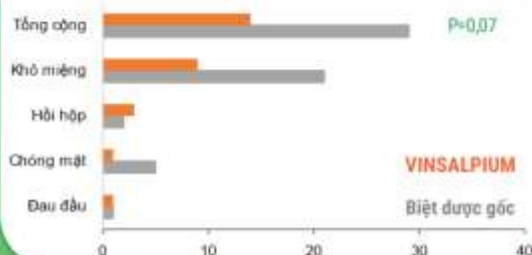
P=0,37



KHÔNG PHÁT HIỆN SỰ KHÁC BIỆT VỀ ĐẶC ĐIỂM CHỨC NĂNG HÔ HẤP SAU KHI DÙNG THUỐC GIỮA 2 NHÓM DÙNG VINSALPIUM & DÙNG BIỆT DƯỢC GỐC

KHÔNG PHÁT HIỆN SỰ KHÁC BIỆT TRONG TỈ LỆ XUẤT HIỆN TÁC DỤNG PHỤ GIỮA 2 NHÓM DÙNG VINSALPIUM & DÙNG BIỆT DƯỢC GỐC

Số BN gặp tác dụng phụ



KẾT LUẬN TỪ NGHIÊN CỨU



VINSALPIUM CÓ HIỆU QUẢ
VÀ TÍNH AN TOÀN
KHÔNG THUA KÉM
BIỆT DƯỢC GỐC

THÔNG TIN SẢN PHẨM VINSALPIUM

DUNG DỊCH KHÍ DUNG

Rx

VINSALPIUM

"Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc"

"Để xa tầm tay trẻ em"

"Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng"

Thành phần công thức của thuốc: Cho 01 ống 2,5 ml chứa:

Thành phần được chất:

Salbutamol (dưới dạng salbutamol sulfat) 2,5 mg

Ipratropium bromid (dưới dạng ipratropium bromid monohydrat)...0,5 mg

Thành phần tá dược:

Natri clorid, dung dịch HCl 1N, nước để pha thuốc tiêm vđ..... 2,5 ml

Dạng bào chế:

Dạng bào chế: Dung dịch khí dung.

Hình thức: Chế phẩm là dung dịch trong, được đóng trong ống thủy tinh, hàn kín, không rạn nứt, không đen đầu.

pH = 3,0 ÷ 5,0

Chỉ định:

Kiểm soát cơn thắt phế quản có hồi phục do bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp ở những bệnh nhân cần nhiều hơn một thuốc giãn phế quản.

Liều dùng - cách dùng:

Liều dùng - cách dùng:

Liều dùng:

Việc điều trị cần được thực hiện dưới sự giám sát của cán bộ y tế, ví dụ như ở bệnh viện. Việc điều trị tại nhà có thể được khuyến cáo trong các trường hợp ngoại lệ (các triệu chứng nặng hoặc bệnh nhân có kinh nghiệm cần liều cao hơn) khi thuốc giãn phế quản chủ vận beta tác dụng nhanh liều thấp không đủ cung cấp cứu trợ sau khi đã hồi ý kiến bác sĩ có kinh nghiệm.

Việc điều trị bằng dung dịch khí dung Vinsalpium nên được bắt đầu với liều thấp nhất được khuyến cáo (1 ống/lần). Trong trường hợp nặng, nếu không cắt được cơn, có thể cần dùng đến ống thứ 2. Cần ngừng thuốc ngay khi cắt cơn.

Liều được khuyến cáo là:

Người lớn (bao gồm người cao tuổi và trẻ em trên 12 tuổi):

1 ống/lần x 3 - 4 lần/ngày.

Trẻ em dưới 12 tuổi:

Do thiếu thông tin về sử dụng dung dịch khí dung Vinsalpium trên trẻ em nên không chỉ định thuốc này cho bệnh nhân dưới 12 tuổi.

Bệnh nhân suy thận, suy gan:

Vinsalpium chưa được nghiên cứu sử dụng trên bệnh nhân suy thận, suy gan. Do đó, nên thận trọng khi dùng thuốc trên các đối tượng này.

Cách dùng:

Thuốc đơn liều chỉ được dùng để hít với máy khí dung thích hợp hoặc bằng máy thở áp lực dương ngắt quãng, không được uống hoặc tiêm.

Không cần pha loãng dung dịch trong ống đơn liều để khí dung.

Nên sử dụng ngay sau khi mở để tránh nhiễm khuẩn. Loại bỏ lượng thuốc dư thừa còn lại trong ống. Không có yêu cầu đặc biệt về xử lý thuốc sau khi sử dụng.

Không nên trộn Vinsalpium với các thuốc khác trong cùng một dụng cụ khí dung.



Chi phí
tiết kiệm hơn
biệt dược gốc

~25%

CA LÂM SÀNG VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN DO ACINETOTBACTER BAUMANII, HƯỚNG TỚI ĐIỀU TRỊ TRÚNG ĐÍCH VÀ VAI TRÒ CỦA BETALACTAM/ỨC CHẾ BETALACTAMASE THỂ HỆ MỚI

TS.BS BÙI THỊ HẠNH DUYÊN

Ca lâm sàng: Bệnh nhân (BN) nữ 90 tuổi, vừa được xuất viện tại một bệnh viện (BV) địa phương với chẩn đoán viêm phổi bệnh viện, suy tim, tăng huyết áp, sau mổ thay khớp háng do gãy liên mấu chuyển xương đùi bởi tai nạn sinh hoạt với thời gian nằm viện 23 ngày. BN được xuất viện và tiếp tục điều trị tại nhà với thở oxy qua cannula mũi 2-3l/phút và tiếp tục được dùng kháng sinh ertapenem, teicoplanin và levofloxacin. Sau xuất viện 1 ngày, BN khó thở, thở co kéo, đàm khó khạc, sốt không rõ nhiệt độ. BN được rút đường truyền tĩnh mạch trung tâm ở tĩnh mạch cảnh trong và được cấy cũng như làm PCR. Kết quả ban đầu cho thấy có cầu khuẩn gram âm nghi *Acinetobacter baumannii* và vi nấm. BN có tiền căn tăng huyết áp điều trị Amlodipin 5mg/ngày và thuyên tắc phổi cách đây 5 năm, hiện đang điều trị Xarelto 10mg/ngày. BN được nhập Khoa Cấp cứu BV Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong tình trạng lơ mơ, suy hô hấp cần hỗ trợ oxy mask túi 10l/phút. Xquang phổi thâm nhiễm lan tỏa hai phế trường. BN được chẩn đoán Viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter và theo dõi nhiễm nấm máu. BN được điều trị kháng sinh meropenem + colistin + caspofugin + enoxaparin và thở oxy dòng cao (HFNC) với flow 60% và FiO₂ 60%. BN được lấy đàm làm film arrays cho kết quả *Acinetobacter baumannii* $\geq 10^7$ và có gen kháng thuốc NDM. BN được đổi sang kháng sinh Ceftazidim/avibactam + colistin và tiếp tục caspofugin. Kết quả cấy đàm sau đó cho kết quả *Acinetobacter baumannii* kháng meropenem (MIC>32) và ampicillin/sulbactam (MIC>16/8). Diễn tiến BN tri giác cải thiện, FiO₂ được giảm dần. Tuy nhiên, sau 8 ngày nhập hồi sức BN phải đặt nội khí quản do chảy máu mũi lượng nhiều với mục đích bảo vệ đường thở. BN được rút nội khí quản vào ngày thứ 16 (thời gian thở máy 8 ngày), được chuyển khoa Hô hấp vào 19 ngày và được xuất viện vào 25 ngày sau nhập viện. Thời gian sử dụng kháng sinh 15 ngày.

Bàn luận: Theo hướng dẫn điều trị của Hội bệnh lý nhiễm trùng Hoa kỳ (IDSA) 2023, khuyến cáo không sử dụng đơn trị liệu mà cần phối hợp sử dụng hai loại kháng sinh trong điều trị *Acinetobacter baumannii* kháng carbapenem (CRAB). Một số kháng sinh được sử dụng để điều trị CRAB bao gồm sử dụng ampicillin/sulbactam với liều subactam từ 6-9 g/ ngày. Colistin cũng là thuốc thường được sử dụng phối hợp trong điều trị CRAB. Các thuốc khác có thể được chọn lựa như minocycline liều cao hay tigecycline liều cao. Các kháng sinh mới như Cefiderocol thì được khuyến cáo giới hạn trong trường hợp điều trị CRAB kém đáp ứng hay các kháng sinh khác kháng hay không dung nạp. Một số điều trị khác đề nghị sử dụng trong điều trị CRAB như: KHÔNG đề nghị sử dụng meropenem hoặc imipenem-cilastatin liều cao và truyền kéo dài; KHÔNG đề nghị sử dụng rifabutin hoặc các rifamycin khác và KHÔNG đề nghị sử dụng thuốc kháng sinh đường khí dung. Phối hợp ceftazidime/avibactam và colistin trong điều trị vi khuẩn gram âm kháng carbapenem cũng cho thấy đạt hiệu quả khoảng 70% trong một số nghiên cứu. Việc sử dụng các phương pháp nhận diện vi khuẩn và gen kháng thuốc sớm giúp định hướng chọn lựa kháng sinh ban đầu trúng đích ngay từ đầu giúp rút ngắn thời gian sử dụng kháng sinh và tăng khả năng điều trị thành công.

Kết luận: Cần phối hợp sử dụng kháng sinh trong điều trị CRAB. Sử dụng các phương pháp nhận diện vi khuẩn và gen kháng thuốc sớm giúp định hướng chọn lựa kháng sinh ban đầu trúng đích. Sử dụng phối hợp ceftazidime/avibactam và colistin cho thấy có hiệu quả trong điều trị CRAB.

Tài liệu tham khảo:

1. Tamma PD, Aitken SL, Bonomo RA, Mathers AJ, van Duin D, Clancy CJ. Infectious Diseases Society of America Antimicrobial-Resistant Treatment Guidance: Gram-Negative Bacterial Infections. Infectious Diseases Society of America **2023**; Version 3.0. Available at <https://www.idsociety.org/practice-guideline/amr-guidance/>.
2. Zheng, Z., Shao, Z., Lu, L. *et al.* Ceftazidime/avibactam combined with colistin: a novel attempt to treat carbapenem-resistant Gram-negative bacilli infection. *BMC Infect Dis* **23**, 709 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08715-w>
3. Junyan Qu, Jian Xu, Yanbin Liu, Chenggong Hu, Cejun Zhong, Xiaoju Lv. Real-world effectiveness of ceftazidime/avibactam versus polymyxin B in treating patients with carbapenem-resistant Gram-negative bacterial infections. *International Journal of Antimicrobial Agents*, Volume 62, Issue 2, 2023, <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2023.106872>.
4. Bartal, C., Rolston, K.V.I. & Neshher, L. Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*: Colonization, Infection and Current Treatment Options. *Infect Dis Ther* **11**, 683–694 (2022). <https://doi.org/10.1007/s40121-022-00597-w>

ABSTRACT ANTIBIOTIC CHOICES FOR TREATMENT OF MULTIDRUG RESISTANT GRAM NEGATIVE BACTERIA IN HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA - VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA

BUI THI HANH DUYEN

Nowaday, multidrug resistant gram negative bacteria encountered routinely in hospitals and other healthcare facilities in many countries. KPC- producing *Klebsiella pneumonia* was the first to emerge and spread globally and is endemic in the United States, Greece, Israel, Italia. NDM- producing *Enterobacteriaceae* and OXA-48- producing *Klebsiella pneumonia* appear to be disseminating from South Asia and Northern Africa. CPE are resistant to almost all available antibiotics, indicating that the current therapeutic approaches are inadequate and must be revised. CPE almost always resistant to all beta-lactams including carbapenems and many other classes. Mortality reaches up to 40%.

In Vietnam, multidrug resistant gram negative bacteria in hospital- acquired pneumonia / Ventilator – associated pneumonia in particular are also on the rise, making treatment very difficult and increasing the death rate.

To obtain the maximal benefit from the limited options available, dosing of antimicrobial agents should be optimized based on pharmacokinetic/pharmacodynamic data, especially for colistin and carbapenems; and optimal combination antimicrobial therapy must be defined.

Recommendations from IDSA and ESCMID in 2022 provide guidelines for antibiotic selection/combination in the treatment of multidrug – resistant Gram-negative bacteria. Some important points to note in these recommendations: The role of new beta-lactam antibiotics. Combination of antibiotics with new beta-lactam antibiotics in some cases. Use monotherapy in appropriate cases (using new antibiotics, with evidence that bacteria are still sensitive to antibiotics). Use antibiotics according to PK/PD (high dose, prolonged infusion). Necessity of MIC values and tests to determine resistance mechanisms.

Tài liệu tham khảo

1. Andre C. Kalil, Mark L. Metersky, Michael Klompas, et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society
2. Pranita D. Tamma, Samuel L. Aitken, Robert A. Bonomo, et al, Infectious Disease Society of America 2022 Guidance on the treatment of Extended Spectrum β - lactamase –Producing Enterobacterales ESBL-E), Carbapenem – Resistant Enterobacterales (CRE), and *Pseudomonas aeruginosa* with Difficult – To-Treat Resistance (DTR- *P.aeruginosa*).
3. Pranita D. Tamma, Samuel L. Aitken, Robert A. Bonomo, et al, Infectious Disease Society of America Guidance on the treatment of AmpC β - lactamase –Producing Enterobacterales, Carbapenem – Resistant *Acinetobacter baumannii*, and *Stenotrophomonas maltophilia* infections.

* PGS TS BS; Khoa hô hấp BV Đại học Y Dược TPHCM; Email: dr.ledungcuc@gmail.com; DTDD: [0962265264](tel:0962265264).

ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO TỤ CẦU KHÁNG METHICILLIN: THẤY GÌ QUA CA LÂM SÀNG?

DƯƠNG MINH NGỌC

Tóm tắt

Tụ cầu kháng methicilline (MRSA) không phải là tác nhân gây viêm phổi thường gặp. Bệnh nhân nam, 63 tuổi, nhập viện vì ho ra máu và sốt. Tiền căn đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp. Trước nhập viện 1 tuần, bệnh nhân có các triệu chứng của nhiễm siêu vi hô hấp trên, sau đó khởi phát các triệu chứng của nhiễm trùng hô hấp dưới. X quang ngực ghi nhận hình ảnh đông đặc có tạo hang ở thùy dưới phổi phải. Bệnh nhân được điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm với piperacillin/tazobactam và vancomycin, nhưng sau 3 ngày điều trị bệnh nhân vẫn còn sốt, sau đó piperacillin/tazobactam được thay thế bằng meropenem. Kết quả cấy đàm dương tính với MRSA nhạy vancomycin, linezolid. Bệnh nhân vẫn còn sốt, vancomycin được đổi thành linezolid. Bệnh nhân giảm sốt, suy hô hấp cải thiện và được xuất viện. MRSA là tác nhân nên nghi ngờ khi bệnh nhân nhiễm trùng hô hấp dưới có ho ra máu, có hình ảnh tạo hang trên X quang ngực. Kháng sinh được khuyến cáo đầu tay theo hướng dẫn điều trị viêm phổi của IDSA/ATS hay ERS là vancomycin hay linezolid.

METHICILLIN-RESISTANT *S.AUREUS* PNEUMONIA TREATMENT: A CASE REPORT

DƯƠNG MINH NGỌC

Abstract

The methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) is an uncommon pathogen that causes pneumonia. A 63-year-old man was admitted due to hemoptysis and fever. He has a diabetes mellitus and hypertension. One week before admission, the patient had symptoms of an upper respiratory tract infection and then symptoms of a lower respiratory tract infection. A chest X-ray revealed consolidation with a cavitory located in the lower lobe of the right lung. The patient was initially treated empirically with piperacillin/tazobactam and vancomycin, but after 03 days of treatment, the patient was still febrile, so piperacillin/tazobactam was replaced with meropenem. The sputum culture result was positive for MRSA, which is sensitive to vancomycin and linezolid. But the patient still had a fever, vancomycin was changed to linezolid. The fever subsided, the respiratory failure improved, and he was discharged from the hospital after undergoing 18 days of treatment. A pneumonia patient who coughs up blood and has a cavitory on a chest X-ray should be suspected of MRSA. According to the IDSA/ATS or ERS guidelines, vancomycin or linezolid is the first-line antibiotic recommended for treating such pneumonia.

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH CEFTAZIDIM/AVIBACTAM TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG BỘI NHIỄM Ở BỆNH NHÂN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

HỒ QUANG MINH 1, VÕ THỊ THÚY NGA 2, HÀ THỊ CẨM TÚ2, HUỖNH PHƯƠNG THẢO1,
NGUYỄN PHÚ HƯƠNG LAN1

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm kháng carbapenem là một thách thức bệnh tật hiện nay, đặc biệt là trong đại dịch COVID-19. Ceftazidim/avibactam (CZA) là một kháng sinh mới trong điều trị vi khuẩn Gram âm kháng carbapenem. Nghiên cứu nhằm khảo sát hiệu quả sử dụng kháng sinh ceftazidim/avibactam trong điều trị nhiễm trùng bội nhiễm ở bệnh nhân COVID-19 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 118 bệnh nhân COVID-19 nhiễm trùng bội nhiễm có chỉ định điều trị ceftazidim/avibactam từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022.

Kết quả: Tuổi trung vị của bệnh nhân trong nghiên cứu là 58. Bệnh nhân có chẩn đoán viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (77,12%). *K. pneumoniae* là vi khuẩn phổ biến nhất trong mẫu bệnh phẩm với tỷ lệ 75,21%. Trong mẫu bệnh phẩm, được xác định, trong đó phần lớn là OXA-48 (96,67%). Trung vị thời gian sử dụng CZA là 10 ngày. Hầu hết bệnh nhân sử dụng CZA phối hợp với kháng sinh khác (94,92%). Sau 48-72 giờ tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện và cải thiện một phần lâm sàng là 66,95%. Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện vi sinh sau 7 ngày điều trị là 64,41%. Tuổi cao, rối loạn tri giác, sốc và gen OXA-48 có liên quan đến kết cục tử vong sau 7 ngày điều trị với CZA. Sử dụng CZA trên bệnh nhân có PCR OXA-48 dương tính có thể làm tăng tỷ lệ sống sót sau 7 ngày. Tuổi cao, rối loạn tri giác, sốc và nhiễm trùng tiểu có liên quan đến kết cục tử vong sau cùng.

Kết luận: CZA là một trong những kháng sinh được xem xét trong điều trị vi khuẩn Gram âm đa kháng, đặc biệt trên CRE sinh OXA-48 carbapenemase.

Từ khóa: ceftazidim/avibactam, hiệu quả điều trị, nhiễm trùng bội nhiễm, COVID-19

EFFICACY OF CEFTAZIDIME/AVIBACTAM IN THE TREATMENT OF SUPERINFECTION IN COVID-19 PATIENTS AT HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

HỒ QUANG MINH 1, VÕ THỊ THÚY NGA 2, HÀ THỊ CẨM TÚ2, HUỖNH PHƯƠNG THẢO1,
NGUYỄN PHÚ HƯƠNG LAN1

ABSTRACT

Introduction: Carbapenem resistant Gram-negative bacteria (CRGNB) are a pressing infectious disease challenge, especially in the COVID-19 pandemic. According to IDSA, ceftazidime/avibactam (CZA) is CRGNB. This study aimed to investigate the effectiveness of CZA in the treatment of in COVID-19 patients.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in 118 COVID-19 patients with who indicated CZA treatment from 06/2021 to 06/2022.

Results: The median age of patients in the study population was 58. Most patients were diagnosed with pneumoniae (77.12%). *K. pneumoniae* was the most common bacteria in the specimen (75.21%). Carbapenemase genes were detected in 60 specimens, of which the majority was OXA-48 (96.67%). Most patients received CZA as combination (94.92%) and the median duration of treatment with CZA was 10 days. After 48-72h, the clinical improvement was 66.95%. After 7 days, the microbiological improvement was 64.41%. Age \geq 60, unconsciousness, shock, and OXA-48 were associated factors with mortality after 7 days of treatment with CZA. Using CZA in patients with positive PCR OXA-48 may increase survival at 7 days. Elderly patients, unconsciousness, shock, and urinary tract infection (UTI) were associated with mortality outcome.

Conclusion: CZA is one of the antibiotics considered for treatment CRGNB, especially in CRE producing OXA-48 carbapenemase.

Key words: ceftazidime/avibactam, efficacy, superinfection, COVID-19.

CẬP NHẬT GOLD 2024

BSCK2 NGUYỄN ĐÌNH DUY

Tóm tắt

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một gánh nặng về xã hội cũng như về kinh tế trên toàn cầu và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới cũng như tại Việt Nam . Gánh nặng COPD sẽ ngày càng gia tăng nếu việc tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ không được cải thiện

Chiến lược toàn cầu về chẩn đoán , điều trị , dự phòng COPD phiên bản 2024 tiếp tục cung cấp các đánh giá khách quan và những chứng cứ hiện hành giúp cho các bác sĩ trong thực hành lâm sàng .

Những cập nhật mới quan trọng trong GOLD 2024 bao gồm : sự lan rộng nhóm bệnh nhân PRISm, bệnh nhân căng phồng phổi ; nghiệm pháp thăm dò chức năng hô hấp ; các bằng chứng về vai trò BCAT trong tiên lượng hiệu quả ICS trong điều trị COPD ...

UPDATE GOLD 2024

NGUYỄN ĐÌNH DUY MD

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease is a global social and economic burden and is also one of the leading causes of death in the world as well as in Vietnam. The burden of COPD will increase if exposure to risk factors is not improved

The 2024 Global Strategy for Diagnosis, Treatment, and Prevention of COPD continues to provide objective assessments and current evidence to assist physicians in clinical practice.

Important new updates in GOLD 2024 include: the expansion of the PRISm patient group, patients with pulmonary hyperinflation; pulmonary function testing; Evidence on the role of blood Eosinophile count in predicting the effectiveness of ICS in COPD treatment..

Nghiên cứu

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG ỨNG DỤNG VINSALPIUM TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD): ĐÁNH GIÁ NGẮN HẠN VÀ SO SÁNH VỚI MỘT THUỐC GỐC CÙNG DẠNG CHẤT

TS.BS. NGUYỄN VĂN THÀNH (1) (*); PGS.TS.BS. ĐINH NGỌC SỸ (2); PGS.TS.BS. TRẦN VĂN NGỌC (3); PGS.TS.BS. NGUYỄN THANH HÒI (4); TS.BS. CAO THỊ MỸ THÚY (5); BS. CKII NGUYỄN ĐÌNH DUY (6); THS.BS VŨ VĂN THÀNH (7)

Tóm tắt:

Đặt vấn đề và mục tiêu: Vinsalpium là thuốc dẫn phé quản tác dụng ngắn kết hợp (kích thích thụ thể beta2 adrenergic và kháng thụ thể cholinergic), đã được sản xuất trong nước với quy trình chuẩn quốc tế dưới dạng dung dịch khí dung, đã được cấp phép lưu hành ở Việt Nam (SĐK: VD-33654-19). Nghiên cứu này nhằm đánh giá ngắn hạn hiệu quả của thuốc trên bệnh nhân COPD (đợt cấp và không đợt cấp) về hiệu quả sử dụng trên lâm sàng, chức năng và tác dụng phụ khi sử dụng thuốc so với thuốc gốc cùng dạng (Combivent, Boehringer Ingelheim). **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân nghiên cứu được thu nhận từ 5 cơ sở điều trị có hoạt động chuyên khoa hô hấp phân bố toàn quốc. Các trường hợp được thu nhận vào nghiên cứu là các trường hợp có chẩn đoán COPD. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên, mỗi nhóm sẽ được khí dung 1 liều hoặc thuốc nghiên cứu (vinsalpium) hoặc thuốc chứng (combivent). Đánh giá triệu chứng lâm sàng và chức năng hô hấp trước thuốc và sau thuốc được so sánh giữa hai nhóm.

Kết quả và bàn luận: Có 260 bệnh nhân vào nghiên cứu, mỗi nhóm 130 bệnh nhân. Số bệnh nhân đang được quản lý và có đo chức năng là: 74,2%, không đo là: 3,8%. Số bệnh nhân nhiều đợt cấp là: 119 (45,8%), số bệnh nhân có ít nhất 1 đợt cấp nặng nhập viện là: 104 (40,00%). Số bệnh nhân đi khám theo lịch hẹn là: 163 (67,20%). Số bệnh nhân đã sử dụng thuốc (gồm ít nhất một trong số thuốc dẫn phé quản tác dụng ngắn, thuốc dẫn phé quản tác dụng dài và corticosteroid) trước khi khám là: 213 (82,00%). Điểm VAS trung bình trước thuốc là: 4,50. Tỷ lệ X-quang có tổn thương lao cũ là: 33 (12,70%). Không có sự khác biệt về đặc điểm bệnh nhân vào nghiên cứu giữa hai nhóm (ngoại trừ số bệnh nhân có tổn thương lao cũ kết hợp nhiều hơn ở nhóm sử dụng thuốc nghiên cứu ($p=0,005$)). Hiệu quả và tính an toàn của thuốc nghiên cứu (Vinsalpium) so với thuốc chứng (Combivent) là tương đương. Có khác biệt với mức độ không cao đối với tính ổn định của huyết áp trước và sau sử dụng thuốc, điểm VAS sau thuốc và điểm VAS phỏng vấn qua điện thoại ưu thế nghiêng về thuốc nghiên cứu (giá trị p lần lượt là 0,03; 0,028 và 0,013). **Kết luận:** Trên 260 bệnh nhân nghiên cứu trong đó hầu hết đã được chẩn đoán xác định, đang được quản lý và điều trị cho thấy có những đặc rất cần được lưu ý về chỉ định sử dụng thuốc, hiệu quả điều trị và chỉ số BMI. Không có sự khác biệt về đặc điểm bệnh nhân vào nghiên cứu giữa hai nhóm (ngoại trừ số bệnh nhân có tổn thương lao cũ kết hợp nhiều hơn ở nhóm sử dụng thuốc nghiên cứu). Hiệu quả và tính an toàn của thuốc nghiên cứu (Vinsalpium) so với thuốc chứng (Combivent) là tương đương. Có khác biệt với

mức độ không cao đối với tính ổn định của huyết áp trước và sau sử dụng thuốc, điểm VAS sau thuốc và điểm VAS phỏng vấn qua điện thoại ưu thế nghiêng về thuốc Vinsalpium.

CLINICAL STUDY OF VINSALPIUM APPLICATION IN THE TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE (COPD): A SHORT-TERM EVALUATION AND COMPARISON WITH A GENERIC DRUG OF THE SAME PHARMACEUTICAL SUBSTANCE

NGUYEN VAN THANH (1) (*); DINH NGOC SY (2); TRAN VAN NGOC (3); NGUYEN THANH HOI (4); CAO THI MY THUY (5); NGUYEN DINH DUY (6); VU VAN THANH (7)

Abstract:

Background and objectives: Vinsalpium is a combined short-acting bronchodilator (beta2 adrenergic receptor stimulator and cholinergic receptor antagonist), produced domestically with international standard processes in the form of an aerosol solution, has been licensed for circulation in Vietnam (Register: VD-33654-19). This study aims to evaluate the short-term effectiveness of the drug on COPD patients (acute exacerbation and stable COPD) in terms of clinical effectiveness, functionality and side effects when using the drug compared to the original drug of the same form (Combivent, Boehringer Ingelheim). **Subjects and methods:** Study patients were recruited from 5 treatment facilities with respiratory specialist activities distributed nationwide. The cases included in the study were cases with a diagnosis of COPD. Patients are divided into 2 random groups, each group will receive 1 dose of either the study drug (vinsalpium) or the control drug (combivent). Assessment of clinical symptoms and respiratory function before and after the drug was compared between the two groups. **Results and discussion:** There were 260 patients in the study, 130 patients in each group. The number of patients being managed and having function test is: 74.2%, but not yet test is: 3.8%. The number of patients with multiple exacerbations was: 119 (45.8%), the number of patients with at least 1 severe exacerbation hospitalized was: 104 (40.00%). The number of patients going for examination according to appointment is: 163 (67.20%). The number of patients who used medication (including at least one of short-acting bronchodilators, long-acting bronchodilators, and corticosteroids) before examination was: 213 (82.00%). The average VAS score before medication was: 4.50. The proportion of X-rays containing old tuberculosis lesions is: 33 (12.70%). There were no differences in patient characteristics at study entry between the two groups (except that the number of patients with combined old tuberculosis lesions was greater in the group using the study drug ($p=0.005$). Efficacy and safety of the study drug (Vinsalpium) compared to the control drug (Combivent) are equivalent. There is a small difference in the stability of blood pressure before and after using the drug, the VAS score after the drug and the interview VAS score via phone, the advantage is in favor of the study drug (p -values are 0.03, 0.028 and 0.013, respectively). **Conclusion:** Over 260 research patients, most of whom have been diagnosed, are being managed. and treatment showed that there are important characteristics that need to be noted in terms of drug indications, treatment effectiveness and BMI. There were no differences in patient characteristics in the study between the two

groups (except for the number of patients). Patients with old tuberculosis lesions were more likely to be in the group using the study drug). The effectiveness and safety of the study drug (Vinsalpium) compared with the control drug (Combivent) are equivalent. There is a small difference in the stability of blood pressure before and after using the drug, the VAS score after the drug and the VAS score by phone interview favoring the drug Vinsalpium.

DỮ LIỆU MỚI VỀ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ACCESS ĐÃ ĐĂNG TẢI TRÊN TẠP CHÍ
LANCET RESPIRATORY MEDICINE¹

Tiêu chí góp chính* đạt được với lợi ích đáng kể ở nhóm bệnh nhân được uống clarithromycin trên nền điều trị chuẩn so với nhóm bệnh nhân được điều trị chuẩn kèm giả dược:



CLARITHROMYCIN THÚC ĐẨY ĐÁP ỨNG LÂM SÀNG SỚM VÀ GIẢM TÌNH TRẠNG VIÊM TRONG VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG CÓ BIỂU HIỆN NHIỄM TRÙNG HUYẾT TRÊN NỀN ĐIỀU TRỊ CHUẨN .¹



Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê : $p < 0,0001$ ¹

1. Giamarellou-Bourboulis et al. *Lancet Respiratory Medicine*. Published online Jan 3rd 2024

DỮ LIỆU MỚI VỀ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ACCESS ĐÃ ĐĂNG TẢI TRÊN TẠP CHÍ
LANCET RESPIRATORY MEDICINE¹**

Tiêu chí gộp chính* đạt được với lợi ích đáng kể ở nhóm bệnh nhân được uống clarithromycin trên nền điều trị chuẩn so với nhóm bệnh nhân được điều trị chuẩn kèm giả dược:



LỢI ÍCH CỦA PHỐI HỢP CLARITHROMYCIN TRONG VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG CÓ BIỂU HIỆN NHIỄM TRÙNG HUYẾT TRÊN NỀN ĐIỀU TRỊ CHUẨN¹

- Thúc đẩy **đáp ứng lâm sàng sớm**¹**
- Giảm tình trạng **viêm**¹**
- Giảm nguy cơ **rối loạn chức năng cơ quan**
và tiến triển **nhiễm trùng huyết mới**¹**
- Rút ngắn thời gian **nằm viện**¹**

*Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng ACCESS có tiêu chí gộp chính bao gồm giảm mức độ nặng của triệu chứng hô hấp $\geq 50\%$, giảm $\geq 30\%$ điểm SOFA, hoặc động học procalcitonin thuận lợi (giảm $\geq 80\%$ so với mức ban đầu hoặc procalcitonin $< 0.25\text{ng/mL}$ hoặc cả hai)

Tài liệu tham khảo: 1. Giamarellos-Bourboulis EJ, Siampanos A, Bolanou A, et al. Clarithromycin for early anti-inflammatory responses in community-acquired pneumonia in Greece (ACCESS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Respir Med* 2024; published online Jan 3rd 2024. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00412-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00412-5). [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00412-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00412-5/fulltext). 2. Waterer, G. Macrolides in community-acquired pneumonia. Comment in, *Lancet Respir Med* 2024; published online Jan 3rd 2024. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00412-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00412-5).

TÓM TẮT

CHẨN ĐOÁN HEN: HÔ HẤP KÝ, FENO HAY DAO ĐỘNG XUNG KÝ ?

PGS.TS.BS.LÊ THỊ TUYẾT LAN

Việc chẩn đoán hen luôn là một thách thức – Bên cạnh bệnh sử, hình ảnh học khám lâm sàng các test khách quan về chức năng hô hấp cũng được yêu cầu

Hô hấp ký với test giãn phế quản được xem là test cơ bản nhất

- Nếu bệnh nhân có tắc nghẽn luồng khí nhưng có đáp ứng với thuốc giãn phế quản và phù hợp về mặt lâm sàng, hình ảnh học thì có thể chẩn đoán Hen.
- BN có gia tăng FEV1 > 12% và 200 mL hoặc PEF tăng hơn 20% sau 4 tuần điều trị với thuốc chứa ICS thì cũng được xem như có tắc nghẽn luồng khí – Một tiêu chuẩn của chẩn đoán Hen
- Đo lưu lượng đỉnh trong 2 tuần, nếu sự dao động của PEF trong ngày > 10% ở người lớn và 13% ở trẻ em: có tắc nghẽn luồng khí thay đổi
- GINA không ủng hộ việc dùng FeNO trong chẩn đoán hoặc loại trừ hen vì có nhiều yếu tố ảnh hưởng lên chỉ số này
- Trong lưu đồ của Hội Hô Hấp Châu Âu- ERS năm 2021, FeNO được đo nếu test giãn phế quản của hô hấp ký âm tính
Nếu FeNO \geq 25ppb nên xem xét việc điều trị hen và khám lại sau 4-8 tuần. Hô hấp ký khi tái khám nếu có cải thiện cũng như triệu chứng: khẳng định chẩn đoán hen
- Đối với người lớn, nếu hô hấp ký không gợi ý hen thì FeNO \geq 50 ppb được ERS 2021 chẩn đoán hen nhóm T2 cao. Tuy nhiên cần phân biệt với viêm mũi dị ứng, viêm phế quản do eosinophils, viêm da cơ địa cũng làm tăng FeNO
- Dao động xung ký hô hấp (IOS) ngày càng được quan tâm
ERS đã phát hành tiêu chuẩn kỹ thuật của IOS vào năm 2020
Hội nghị ERS 2022 cũng ủng hộ việc sử dụng IOS trong chẩn đoán Hen.
Tờ European Respiratory Review năm 2022 đã đăng bài về các ứng dụng của IOS

Việc sử dụng ba phương pháp trên sẽ giúp Bác sĩ rất nhiều trong việc chẩn đoán hen, tuy nhiên, điều cần nhớ là có đến 25 nguyên nhân khác ngoài hen cũng gây khó thở.

SUMMARY

ASTHMA DIAGNOSIS: SPIROMETRY, FENO OR PULSE OSCILLOGRAPHY?

ASSOCIATE PROFESSOR, DR. LE THI TUYET LAN

Diagnosing asthma is always a challenge – In addition to medical history, imaging, clinical examination, and objective tests of respiratory function are also required.

Spirometry with bronchodilation test is considered the most basic test

- If the patient has airflow obstruction but responds to bronchodilators and is clinically and imaging appropriate, Asthma can be diagnosed.
- Patients with an increase in FEV1 > 12% and 200 mL or PEF increase of more than 20% after 4 weeks of treatment with ICS-containing drugs are also considered to have airflow obstruction - A criterion for diagnosing Asthma
- Measure peak flow over 2 weeks, if diurnal variation in PEF is > 10% in adults and 13% in children: variable airflow obstruction is present
- GINA does not support the use of FeNO in diagnosing or eliminating asthma because there are many factors that affect this index.
- In the European Respiratory Society-ERS 2021 flow chart, FeNO is measured if the spirometry bronchodilation test is negative

If FeNO \geq 25ppb, consider asthma treatment and re-examine after 4-8 weeks. Spirometry at follow-up examination if there is improvement as well as symptoms: confirm the diagnosis of asthma

- For adults, if spirometry does not suggest asthma, FeNO \geq 50 ppb is diagnosed by ERS 2021 as high T2 asthma. However, it needs to be distinguished from allergic rhinitis, bronchitis caused by eosinophils, and atopic dermatitis which also
- Impulse oscillography (IOS) is of increasing interest

ERS released the IOS technical standard in 2020

The ERS 2022 conference also supports the use of IOS in asthma diagnosis.

The 2022 European Respiratory Review published an article about IOS applications

Using the above three methods will help doctors a lot in diagnosing asthma, however, it is important to remember that there are up to 25 causes other than asthma that also cause difficulty breathing.

SỬ DỤNG CHOLINERGIC TRÊN BỆNH NHÂN HEN KHÓ TRỊ: KHI NÀO VÀ BAO LÂU? CA LÂM SÀNG MINH HỌA.

NGUYỄN THỊ PHỤNG(*)

Hen khó trị là một trong những thách thức lớn đối với những chuyên gia về hô hấp nói riêng, ngành y tế nói chung. Dù chỉ chiếm 1 tỉ lệ thấp 3-5% trong dân số hen nhưng gánh nặng y tế mà hen khó trị mang đến cho bệnh nhân, gia đình và xã hội là rất lớn. Tiếp cận chẩn đoán hen khó trị một cách khoa học, toàn diện là cần thiết và lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp là yếu tố quan trọng quyết định thành công cho việc đạt được kiểm soát hen. Cholinergic thêm vào phác đồ chuẩn ICS-LABA có phải là lựa chọn thêm vào đầu tiên và lâu dài cho bệnh nhân hen khó trị hay không?

ABSTRACT

CHOLINERGIC USE IN PATIENTS WITH DIFFICULT-TO-TREAT ASTHMA: WHEN AND HOW LONG? ILLUSTRATIVE CLINICAL CASE.

NGUYEN THI PHUNG

Difficult-to-treat asthma is one of the major challenges for respiratory specialists in particular and the medical industry in general. Although it only accounts for a low proportion of 3-5% of the asthma population, the medical burden that difficult-to-treat asthma brings to patients, families and society is huge. A comprehensive, scientific approach to diagnosing difficult-to-treat asthma is necessary, and choosing an appropriate treatment regimen is an important factor determining success in achieving asthma control. Is cholinergic addition to the standard ICS-LABA regimen a first-line, long-term add-on option for patients with difficult-to-treat asthma?

(*) ThS BS . BS Điều trị Khoa Hô hấp BVCR

CẦN LÀM GÌ ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN COPD KHÁNG TRỊ

ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH*

Bệnh nhân COPD kháng trị là những bệnh nhân có các triệu chứng và đợt cấp vẫn tồn tại dai dẳng bất chấp những biện pháp can thiệp thông thường.

Đánh giá - Đối với những bệnh nhân này, cần khai thác bệnh sử chi tiết, mức độ khó thở và tiền sử đợt cấp, xem xét lại việc cai thuốc lá, kỹ thuật sử dụng thuốc hít và tuân thủ điều trị theo chỉ định. Các CLS cần làm thêm bao gồm đo các thể tích phổi, spO₂ khi nghỉ ngơi và khi gắng sức, khí máu động mạch, điện tâm đồ, siêu âm tim và/hoặc chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT). Tầm soát các bệnh đi kèm có thể góp phần gây khó thở và không dung nạp gắng sức, bao gồm bệnh mạch vành, suy tim, béo phì, ung thư phổi, ngưng thở khi ngủ, lo lắng và trầm cảm.

Xử trí -Các biện pháp chung bao gồm hỗ trợ cai thuốc lá nếu vẫn còn hút thuốc, khuyến khích vận động hàng ngày, phục hồi chức năng hô hấp và tiêm chủng chống nhiễm trùng đường hô hấp. Xem xét bổ sung dinh dưỡng, oxy liệu pháp dài hạn, và thở máy không xâm lấn ban đêm ở một số bệnh nhân có chỉ định.

-Bệnh nhân bị các đợt cấp tái phát dù đã dùng tam trị liệu LABA/LAMA/ICS, xem xét sử dụng roflumilast (PDE-4i) hoặc azithromycin dài hạn. Việc lựa chọn giữa các loại thuốc này phần lớn dựa trên các tác dụng phụ có thể dự đoán được và xem xét chuyển đổi nếu không dung nạp thuốc.

-Bệnh nhân khó thở dai dẳng mặc dù đã điều trị bằng thuốc hít tối ưu, phục hồi chức năng hô hấp là bước đầu tiên cần thiết. Xem xét giảm thể tích phổi đối với những bệnh nhân căng phồng phổi quá mức do khí thũng nặng. Bệnh nhân có chất lượng cuộc sống kém do khó thở nhưng không thực hiện được các biện pháp can thiệp, có thể dùng thêm theophylline liều thấp 1 cách thận trọng. Điều trị giảm nhẹ bổ sung có thể giúp giảm khó thở, lo lắng và trầm cảm bao gồm cả thuốc phiện liều thấp nếu khó thở vẫn tiến triển.

WHAT TO DO FOR MANAGEMENT OF REFRACTORY COPD

DO THI TUONG OANH

Refractory COPD patients are those whose symptoms and exacerbations persist despite conventional interventions.

Assessment - For these patients, it is necessary to take a detailed medical history, level of dyspnea and history of exacerbations, review smoking cessation, inhaler use technique and adhere to prescribed treatment. Additional diagnostic tests include measuring lung volumes, resting and exercise spO₂, arterial blood gases, electrocardiogram, echocardiography, and/or high-resolution computed tomography (HRCT). Screen for comorbidities that may contribute to dyspnea and exercise intolerance, including coronary artery disease, heart failure, obesity, lung cancer, sleep apnea, anxiety, and depression.

Management - General measures include support for smoking cessation if still smoking, encouragement of daily exercise, rehabilitation of respiratory function and vaccination against respiratory infections. Consider nutritional supplementation, long-term oxygen therapy, and nocturnal noninvasive mechanical ventilation in selected patients for whom it is indicated.

-Patients with recurrent exacerbations despite LABA/LAMA/ICS triple therapy, consider long-term use of roflumilast (PDE-4i) or azithromycin. Choosing between these drugs is largely based on predictable side effects and considering switching if the drug is not tolerated.

-Patients with persistent dyspnea despite optimal inhaler therapy, respiratory rehabilitation is an essential first step. Consider lung volume reduction for patients with hyperinflation due to severe emphysema. Patients with poor quality of life due to dyspnea but for whom interventional measures are not feasible may be given low doses of theophylline with caution. Additional palliative treatments that may help relieve dyspnea, anxiety, and depression include low-dose opioids if dyspnea persists.

ĐIỀU TRỊ HEN DỰA VÀO NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC (TREATABLE TRAITS)

Ts.BS NGUYỄN NHƯ VINH
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Hen là một bệnh hô hấp mạn tính ảnh hưởng đến hàng triệu người trên toàn thế giới. Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị, bệnh hen vẫn là một gánh nặng y tế đáng kể, với tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và chi phí chăm sóc sức khỏe cao. Sự không đồng nhất và sinh lý bệnh phức tạp của bệnh đã khiến việc phát triển các phương pháp điều trị hiệu quả trở nên khó khăn. Tuy nhiên, khái niệm về các đặc điểm có thể điều trị đã nổi lên như một mô hình mới để quản lý bệnh hen, trong đó nhấn mạnh cách tiếp cận cá nhân hóa để điều trị dựa trên việc xác định và nhắm mục tiêu các đặc điểm cụ thể của bệnh mà có thể thay đổi được.

Các đặc điểm có thể điều trị (treatable traits) được định nghĩa là các đặc điểm có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh, có thể xác định được và có thể điều trị được. Những đặc điểm này bao gồm viêm đường thở, tăng phản ứng đường thở, tắc nghẽn đường thở và các bệnh đi kèm cũng như các hành vi của người bệnh. Việc xác định các đặc điểm có thể điều trị được đòi hỏi phải đánh giá toàn diện bệnh nhân, bao gồm tiền sử lâm sàng, xét nghiệm chức năng phổi và đo dấu ấn sinh học. Khi các đặc điểm có đặc tính như vậy được xác định, một kế hoạch điều trị cá nhân hóa được triển khai để đem lại hiệu quả điều trị cao nhất cho người bệnh.

Cách tiếp cận điều trị hen dựa vào các đặc điểm có thể điều trị được có một số lợi thế so với cách tiếp cận truyền thống (dùng một phác đồ chung cho nhiều bệnh nhân). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng các tiếp cận mới này có thể cải thiện các kết quả như chức năng phổi, kiểm soát triệu chứng và chất lượng cuộc sống tốt hơn. Tuy nhiên, áp dụng phương pháp này trong thực hành lâm sàng vẫn còn là một thách thức vì việc xác định các đặc điểm có thể điều trị được yêu cầu xét nghiệm và kiến thức chuyên môn có thể không có sẵn ở tất cả các cơ sở chăm sóc y tế. Ngoài ra, hiệu quả chi phí của phương pháp này cần được đánh giá thêm.

Tóm lại, các đặc điểm có thể điều trị đại diện cho một mô hình mới đầy hứa hẹn để quản lý bệnh hen, nhấn mạnh đến cách tiếp cận cá nhân hóa và nhắm mục tiêu để điều trị. Cách tiếp cận điều trị này có thể dẫn đến kết quả tốt hơn và ít tác dụng phụ hơn, tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu và chiến lược thực hiện để nhận ra đầy đủ tiềm năng của phương pháp này trong thực hành lâm sàng.

MANAGE ASTHMA BY TREATABLE TRAITS APPROACH

NGUYEN NHU VINH MD. PHD

Asthma is a chronic respiratory disease that affects millions of people worldwide. Despite advances in treatment, asthma remains a significant public health burden, with a high prevalence of morbidity, mortality, and healthcare costs. The heterogeneity of asthma and its complex pathophysiology have made the development of effective treatments challenging. However, the concept of treatable traits has emerged as a new paradigm for asthma management, which emphasizes a personalized approach to treatment based on the identification and targeting of specific features of the disease that can be modified.

Treatable traits are defined as identifiable features of asthma that can be targeted with specific interventions to improve outcomes. These traits include airway inflammation, airway hyperresponsiveness, airway obstruction, and comorbidities such as rhinitis and obesity. The identification of treatable traits requires a comprehensive assessment of the patient, including clinical history, lung function testing, and biomarker measurement. Once the treatable traits are identified, a personalized treatment plan can be developed that targets the specific features of the disease that are most relevant to the individual patient.

The use of treatable traits in asthma management has several advantages over the traditional approach of treating all patients with the same medication regimen. First, it allows for a more precise and individualized approach to treatment, which can lead to better outcomes and fewer side effects. Second, it promotes the use of targeted therapies that address specific features of the disease, which can be more effective than broad-spectrum therapies. Third, it can reduce healthcare costs by avoiding unnecessary medications and interventions.

Several studies have shown that the use of treatable traits in asthma management can improve outcomes such as lung function, symptom control, and quality of life. However, the implementation of this approach in clinical practice remains a challenge. The identification of treatable traits requires specialized testing and expertise, which may not be available in all healthcare settings. In addition, the cost-effectiveness of this approach needs to be further evaluated.

In conclusion, treatable traits represent a promising new paradigm for asthma management that emphasizes a personalized and targeted approach to treatment. The identification and targeting of specific features of the disease can lead to better outcomes and fewer side effects. However, further research and implementation strategies are needed to fully realize the potential of this approach in clinical practice.

TIẾP CẬN BẤT THƯỜNG TẠI PHỔI ĐƯỢC PHÁT HIỆN TRÊN CT NGỰC LIỀU THẤP KHI TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH TẦM SOÁT UNG THƯ PHỔI

TS. BS. NGUYỄN VĂN THỌ¹

Tóm tắt

Tầm soát ung thư phổi bằng CT ngực liều thấp hàng năm cho các đối tượng có nguy cơ cao bị ung thư phổi làm giảm 20% tử vong do ung thư phổi so với tầm soát bằng X-quang ngực. Tầm soát ung thư phổi bằng CT ngực liều thấp được triển khai ngày càng phổ biến tại nhiều bệnh viện ở Việt Nam. Khi triển khai chương trình tầm soát, phần lớn bất thường tại phổi phát hiện trên CT ngực là dương tính giả, nghĩa là không phải ung thư phổi. Việc tiếp cận bất thường tại phổi được phát hiện trên CT ngực liều thấp vẫn chưa được chuẩn hóa. Vài hướng dẫn quốc tế khuyến cáo về cách tiếp cận nốt phổi phát hiện trên CT ngực liều thấp, nhưng hướng dẫn nào là tối ưu để tăng khả năng chẩn đoán và giảm thiểu tai biến do thực hiện những xét nghiệm chẩn đoán vẫn chưa được biết. Tại Việt Nam, nhiều bất thường tại phổi phát hiện trên CT ngực liều thấp có thể liên quan đến lao phổi, di chứng lao phổi, bệnh phổi do nhiễm ký sinh trùng, v.v, những bệnh mà rất ít gặp trong các thử nghiệm lâm sàng tại các nước phát triển, nên việc tiếp cận những bất thường này không được đề cập đến trong các hướng dẫn quốc tế về tầm soát ung thư phổi. Bài tổng quan này sẽ tóm tắt các bất thường tại phổi thường gặp và cách tiếp cận các bất thường này khi triển khai chương trình tầm soát ung thư phổi bằng CT ngực liều thấp tại Việt Nam.

¹ Trưởng Bộ môn Lao và Bệnh Phổi, Đại Học Y Dược TP. HCM

APPROACH TO PULMONARY ABNORMALITIES DETECTED ON CHEST LOW-DOSE COMPUTED TOMOGRAPHY WHEN IMPLEMENTING LUNG CANCER SCREENING PROGRAM

NGUYEN VAN THO MD. PHD

Abstract

Annual lung cancer screening (LCS) by using low-dose chest computed tomography (CT) for people with high risk for lung cancer showed 20% decrease in lung cancer-related mortality compared with by using chest X-ray. Lung cancer screening by using low-dose CT (LDCT) has been implemented increasingly at many hospitals in Vietnam. When implementing the LCS program, most of the pulmonary abnormalities detected on chest CT are false-positive, i.e. they are not lung cancer. The approach to pulmonary abnormalities detected on chest LDCT has not been standardized. Several international guidelines recommend how to approach to lung nodules detected on chest LDCT, however, it is unknown which guidelines are optimal to increase the diagnostic yield but to minimize complications resulted from diagnostic procedures. In Vietnam, many pulmonary abnormalities detected on chest LDCT may be related to pulmonary tuberculosis, sequelae of pulmonary tuberculosis, parasitic pulmonary diseases, etc. that were rarely encountered in clinical trials in developed countries, therefore the diagnostic approach to these abnormalities is not mentioned in the international guidelines about LCS. This presentation will highlight common pulmonary abnormalities and how to approach to these abnormalities when implementing LCS program by using chest LDCT in Vietnam.

Tài liệu tham khảo

- 1) O'Dowd EL, Tietzova I, Bartlett E, et al. ERS/ESTS/ESTRO/ESR/ESTI/EFOMP statement on management of incidental findings from low dose CT screening for lung cancer. *Eur Respir J* 2023; 62: 2300533
- 2) Callister MEJ, Baldwin DR, Akram AR, et al. British Thoracic Society guidelines for the investigation and management of pulmonary nodules. *Thorax* 2015;70:ii1–ii54.
- 3) Krist et al, Screening for Lung Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325:962-970
- 4) The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. *N Engl J Med* 2011;365:395-409.
- 5) Yaron B. Gesthalter et al. Evaluations of Implementation at Early-adopting Lung Cancer Screening Programs: Lessons Learned. *Chest*. 2017 Jul;152:70-80
- 6) NCCN Guidelines. Lung Cancer Screening Version 2.2024. Available at <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=2&id=1441>
- 7) American College of Radiology. Lung-RADS v2022. Available at <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/Lung-Rads>

DINH DƯỠNG PHÒNG CHỐNG SUY MÒN TRONG BỆNH PHỔI MẠN TÍNH

BSCK2. ĐỖ THỊ NGỌC DIỆP 1

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những gánh nặng bệnh tật, tử vong và chăm sóc sức khỏe hàng đầu, ảnh hưởng đến khoảng 10% dân số trưởng thành từ 40 tuổi trở lên. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tình trạng viêm hệ thống mạn tính và các thích ứng phức tạp về thể chất và trao đổi chất liên quan đến 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. Tỷ lệ suy mòn ở người bệnh COPD dao động từ 8% - 21% theo các nghiên cứu trên lâm sàng.

Suy mòn được định nghĩa là hội chứng đa thành tố đặc trưng bởi sự sụt giảm khối cơ tiến triển (kèm hay không kèm giảm khối mỡ) không thể hồi phục hoàn toàn bằng can thiệp dinh dưỡng thông thường và có thể dẫn đến suy giảm chức năng của cơ thể một cách tiến triển, giảm chất lượng cuộc sống và giảm thời gian sống còn. Suy mòn là hậu quả của cân bằng năng lượng âm tính kết hợp với phản ứng viêm nên thường gặp ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư, suy tim, bệnh thận mạn, bệnh tự miễn...

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 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 androgen và mục tiêu tập luyện thể lực.

Can thiệp dinh dưỡng phòng chống suy mòn trong COPD là can thiệp đa phương thức bao gồm chế độ dinh dưỡng, biện pháp giúp cải thiện tình trạng chán ăn và rối loạn tiêu hóa, bổ sung dinh dưỡng đường uống, tư vấn tâm lý, tập luyện thể dục phù hợp. Linh hoạt trong tăng năng lượng, tăng protein, cung cấp đủ acid béo chưa bão hòa nhiều nối đôi, cung cấp đủ vitamin, chất khoáng, chất xơ.

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

Người bệnh có suy mòn nên bổ sung các hợp chất có tác dụng tăng cường tổng hợp khối cơ, chống oxy hóa và chống viêm như whey protein, banched- chain amino acids (BCAAs), β -hydroxy - β - methylbutyrate (HMB), amino acid như arginine, glutamine, cysteine...; omega-3 acid

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, bơ, 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. Hạn chế các loại carbohydrate chuyển hóa nhanh, có chỉ số đường huyết cao. Bổ sung vitamin, chất khoáng dạng viên đa vi chất trước khi có dấu hiệu thiếu hụt.

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 nhằm cải thiện sức khỏe phổi.

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.

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 cachexia in patients with COPD 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 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, improve anorexia and digestive disorders, oral nutritional supplements, psychological counseling.

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.

Patients with cachexia should supplement compounds that enhance muscle synthesis, anti-oxidation and anti-inflammation such as whey protein, branched-chain amino acids (BCAAs), β -hydroxy - β -methylbutyrate (HMB), amino acids such as arginine, glutamine, cysteine...; omega-3 acids. 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 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. Multi-micronutrient tablets should be consider for the patients at risk such as malnutrition, gastrointestinal diseases, vegetarians, anorexia...

Key words: COPD, nutrition, cachexia

KHÁNG VIÊM TRONG BỆNH PHỔI MÔ KẼ: “WHO, WHAT, HOW”

TS.BS LÊ KHẮC BẢO - ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM

Tóm tắt

Trong số hơn 200 bệnh phổi mô kẽ khác nhau, có khá nhiều bệnh phổi mô kẽ có cơ chế bệnh sinh là viêm mạn ví dụ viêm phổi mô kẽ tăng cảm mạn, bệnh sarcoidosis, bệnh mô kẽ phổi trong bệnh mô liên kết, xơ cứng bì, viêm da cơ, viêm đa cơ, bệnh Sjogren. Việc điều trị các bệnh phổi mô kẽ có cơ chế bệnh sinh là viêm này cần dựa trên thuốc kháng viêm. Thuốc kháng viêm trên lâm sàng rất đa dạng từ corticoid, cyclophosphamide, azathioprin, mycophenolate, immunoglobulin, và các thuốc sinh học khác nhau như tocilizumab, rituximab với các chỉ định, hiệu quả, và tác dụng phụ khác nhau. Thách thức điều trị kháng viêm cho nhóm bệnh này trên lâm sàng chính là nhận diện người bệnh có chỉ định điều trị kháng viêm, chọn lựa loại và liều thuốc kháng viêm phù hợp, chuẩn bị và xác định thời điểm tối ưu để điều trị, theo dõi hiệu quả và tác dụng phụ của liệu trình điều trị. Bài trình bày này giúp giải quyết thách thức lâm sàng trên.

Từ khóa: Bệnh mô kẽ phổi, Thuốc kháng viêm

ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN PATIENTS WITH LUNG INTERSTITIAL DISEASES: WHO, WHAT AND HOW

LE KHAC BAO, MD, PHD, UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HOCHIMINH CITY

Abstract

Among more than 200 different lung interstitial diseases (ILDs), there are many ILDs with underlying inflammatory pathogenesis such as hypersensitivity pneumonitis (HP), sarcoidosis, interstitial lung diseases in connective tissue diseases (CTD ILD), Polymyositis (PM), Dermatomyositis (DM), Sjogren's disease. The management of these diseases with underlying inflammatory pathogenesis should base on anti inflammatory. In clinical practice, inflammatory medications are various spreading corticoid, cyclophosphamide, azathioprin, mycophenolate, immunoglobulin to biologics such as tocilizumab, rituximab with various indications, effectiveness and side effects. The challenges in anti inflammatory therapy for these diseases are the exact identification of patients with anti inflammatory indication, appropriate selection of anti inflammatory medications, preparation and determination of optimal time for treatment. This presentation is to solve these above mentioned clinical challenges.

Key words: Lung Interstitial diseases, Anti inflammatory therapy



STADA
PYMEPHARCO

CHĂM SỨC SỨC KHỎE MỌI NGƯỜI
NHƯ MỘT NGƯỜI BẠN ĐỒNG HÀNH ĐANG TIN CẬY

STADA - TẬP ĐOÀN DƯỢC PHẨM ĐỨC

Với hơn 125 năm hành trình gắn kết phát triển

Thành viên tập đoàn STADA Arzneimittel AG Đức

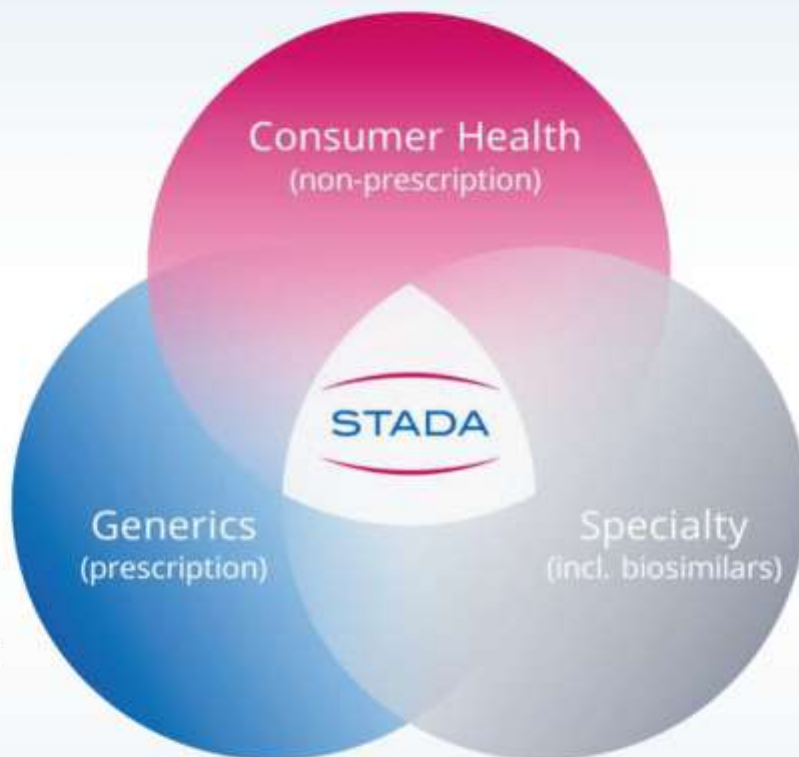
Văn phòng đại diện: Lầu 5 Tòa nhà Pearl 5 - Số 5 Lê Quý Đôn, Phường Võ Thị Sáu, Quận 3, TP.HCM

ĐT: +84 2871 013 505 - **Website:** www.pymepharco.com/ www.stada.vn

STADA

Caring For People's Health

TOP 4 DOANH SỐ THỊ TRƯỜNG CHÂU ÂU (Ngành hàng Generics và CHC)



**HOẠT ĐỘNG
TRÊN 125
QUỐC GIA**

**DOANH SỐ
>4 TỶ EURO
(NĂM 2023)**



VI KHUẨN LAO KHÔNG ĐIỂN HÌNH: TÁC NHÂN CÓ CẦN ĐẶC BIỆT LƯU Ý TRONG BỐI CẢNH QUẢN LÝ BỆNH NHÂN GIÃN PHẾ QUẢN TẠI VIỆT NAM?

THS.BS. NGUYỄN HÒ LAM¹, TS.BS. PHẠM HÙNG VÂN², PGS.TS.BS TRẦN VĂN NGỌC¹

¹Bộ môn Nội – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Phan Châu Trinh và công ty Nam-Khoa Biotek

Tóm Tắt

Nhiễm trùng là một trong bốn khía cạnh (bên cạnh rối loạn thanh lọc đường thở, tình trạng tăng viêm và phá huỷ cấu trúc phổi) cần được chú ý khi điều trị bệnh nhân giãn phế quản. Những tác nhân được đề cập liên quan vấn đề nhiễm trùng ở bệnh nhân giãn phế quản bao gồm vi trùng, vi nấm, virus và vi khuẩn lao không điển hình (NTM). Trong đó, NTM cho thấy có mối liên quan đặc biệt với giãn phế quản: (1) có thể là nguyên nhân dẫn đến giãn phế quản và (2) cũng có thể là hậu quả nhiễm trùng thêm và làm tiến triển bệnh trên bệnh nhân có giãn phế quản trước đó. Do đó, việc nhận diện và điều trị NTM có thể mang lại lợi ích nhất định cho bệnh nhân giãn phế quản. Hơn thế nữa, việc sử dụng macrolide kéo dài nhằm điều hoà tình trạng viêm và phòng ngừa đợt cấp ở bệnh nhân giãn phế quản có thể dẫn đến tình trạng đề kháng thuốc khi mà NTM không được đánh giá. Những câu hỏi đặt ra: “Liệu rằng nhiễm NTM có phổ biến trong bối cảnh bệnh nhân giãn phế quản tại Việt Nam?”, cũng như “Vấn đề chẩn đoán và điều trị có những khó khăn và thách thức như thế nào?”. Chúng tôi xin mô tả bước đầu tình hình nhiễm NTM ở bệnh nhân giãn phế quản Việt Nam cũng như chia sẻ vấn đề điều trị hiện tại qua những ca lâm sàng.

ABSTRACT

NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIA: SHOULD THE PATHOGEN BE CONCERNED CAREFULLY WHEN MANAGING PATIENTS WITH BRONCHIECTASIS IN VIETNAM?

NGUYEN HO LAM MD, PHAM HUNG VAN MD. PHD, PROF TRAN VAN NGOC

Infection is one of four aspects (others including airway dysfunction, inflammatory response, and lung destruction) relating to treatment for bronchiectasis patients. The suggested organisms associated with the infection among bronchiectasis patients include bacteria, fungus, virus and nontuberculous mycobacteria (NTM). Meanwhile, NTM showed the special relationship with bronchiectasis: (1) may be the etiology of bronchiectasis and (2) can be the superinfection and to make progression of pre-existing bronchiectasis. Therefore, detection and treatment of NTM could obtain the efficiency in bronchiectasis patients. Moreover, the prolonged use of macrolide to correct excessive inflammation and prevent exacerbation among bronchiectasis patients could induce resistance when no detection of NTM at the initial evaluation. There are questions required such as “What is the prevalence of NTM infection among bronchiectasis patients in Vietnam?” or “How is its diagnosis and treatment difficulty and challenge?”. We would like to present the initial result relating to the prevalence of NTM infection among Vietnamese patients with bronchiectasis, accompanied with the management of several cases be shared.

Tài liệu tham khảo:

- 1. Cowman S, Ingen Jv, Griffith DE, Loebinger MR. Non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease. *Eur Respir J.* 2019;54(1):1900250**
- 2. Kumar K, Daley CL, Griffith DE, Loebinger MR. Management of *Mycobacterium avium* complex and *Mycobacterium abscessus* pulmonary disease: therapeutic advances and emerging treatments. *Eur Respir Rev.* 2022;31(163):210212.**
- 3. Lange C, Böttger EC, Cambau E, Griffith DE, Guglielmetti L, Ingen Jv, et al. Consensus management recommendations for less common non-tuberculous mycobacterial pulmonary diseases. *Lancet Infect Dis.* 2022;22(7):e178-e90.**

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, VÀ NGUYÊN NHÂN CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN DẪN PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

PHAN VƯƠNG KHẮC THÁI, LÊ THỊ HIỀN LƯƠNG, LƯU QUỐC TRUNG, NGUYỄN HOÀNG SANG, CAO VĂN HỘI, TRẦN VĂN THI, LÊ THÁI BÌNH KHANG, VÕ ĐỨC CHIẾN VÀ CS*

* BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Tóm tắt

Mở đầu

Dẫn phế quản, một bệnh hô hấp mãn tính, là một nguyên nhân quan trọng cho tỷ lệ mắc và tử vong ở các nước đang phát triển. Dẫn phế quản khác nhau về nhân khẩu học, vi sinh gây bệnh, tính trầm trọng và nguyên nhân ở các vùng địa lý khác nhau trên thế giới. Mục tiêu của nghiên cứu là xác định các đặc tính lâm sàng, cận lâm sàng, độ nặng và nguyên nhân của bệnh nhân dẫn phế quản tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, cắt ngang, hồi cứu. Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được thu nhận. Các đặc tính về nhân khẩu học, lâm sàng, cận lâm sàng cũng như là độ nặng của bệnh và nguyên nhân dẫn phế quản sẽ được mô tả và phân tích. Một số yếu tố như tuổi, giới, chỉ số BMI, thời gian nằm viện, triệu chứng, công thức máu, giá trị CRP, các thùy phổi tổn thương sẽ được so sánh giữa hai nhóm dẫn phế quản sau lao và dẫn phế quản không do lao.

Kết quả

Từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022, có 83 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình bệnh nhân dẫn phế quản là 68 (+/-14) với tỷ lệ nữ 55,4%. Tỷ lệ hút thuốc chiếm 24,1%. Các triệu chứng như ho, khạc đờm, ho ra máu lần lượt chiếm tỷ lệ 81,9%, 61,5%, và 16,9%. Dẫn phế quản dạng nang thường gặp nhất (78,2%) trên CT scan, và 59% bệnh nhân ảnh hưởng hai phổi. Dẫn phế quản ở thùy trên phải thường gặp nhất (57,8%), tiếp theo thùy dưới phải (56,6%), và thùy trên trái (55,4%). Tổn thương dẫn phế quản nặng trên CT scan chiếm tỷ lệ 55,4%. Xét nghiệm đờm ở 44 bệnh nhân với phân lập vi trùng thường gặp nhất là *Acinetobacter* 18,2%. Nguyên nhân dẫn phế quản do lao cũ là 51,8%. Ho ra máu và

san thương dẫn phế quản thùy trên là hai yếu tố liên quan với dẫn phế quản sau lao so với dẫn phế quản không do lao với giá trị p lần lượt là 0,02 và 0,004.

Kết luận

Dẫn phế quản sau lao là biến chứng quan trọng của lao phổi trước đây và là nguyên nhân thường gặp của dẫn phế quản trong nghiên cứu này. Hướng dẫn cho việc cải thiện và tăng khả năng chẩn đoán nguyên nhân dẫn phế quản cần được thiết lập.

Từ khóa: dẫn phế quản, nguyên nhân, dẫn phế quản sau lao

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ETIOLOGY OF PATIENTS DIAGNOSED WITH BRONCHIECTASIS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

PHAN VƯƠNG KHÁC THÁI, LÊ THỊ HIỀN LƯƠNG, LƯU QUỐC TRUNG, NGUYỄN HOÀNG SANG, CAO VĂN HỘI,
TRẦN VĂN THỊ, LÊ THÁI BÌNH KHANG, VÕ ĐỨC CHIẾN VÀ CS*

* NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Abstract

Introduction

Bronchiectasis, a chronic respiratory disease, is one of the important causes of morbidity and mortality in developing countries. Bronchiectasis shows geographical variation in demography, microbiology, severity, and etiologies across the world. The study aimed to assess the clinical, paraclinical profiles, severity and etiologies of adult patients with bronchiectasis at Nguyen Tri Phuong Hospital.

Methods

The retrospective, cross-sectional, observation study. Eligible patients will be enrolled for the study. The demographical, clinical, and paraclinical characteristics as well as the severity of the disease and etiologies of bronchiectasis will be described and analysed. Some factors such as age, gender, BMI index, length of stay, symptoms, blood cell count, CRP values, affected lobes were also compared between the post-tuberculosis bronchiectasis group and non post-tuberculosis bronchiectasis group.

Results

From 1/2022 to 12/2022, there were 83 patients found to be eligible for the study. The mean age of bronchiectasis patients was 68 (+/-14) with the proportion of female population of 55.4%. Smoking prevalence was 24.1%. The symptoms such as cough, expectoration, haemoptysis were 81.9%, 61.5%, and 16.9%, respectively. Cystic bronchiectasis was the most common (78.2%) morphology on chest CT, and 59% of patients exhibited bilateral lung involvement. The right upper lobe (57.8%), followed by the right lower lobe (56.6%), and left upper lobe (55.4%) were common sites of involvement in bronchiectasis patients. The bronchiectasis severity condition on CT scan accounts for 55.4%. The sputum microbiological examination was available for 44 patients with the most frequently isolated bacteria of *Acinetobacter* 18.2%. The cause of post-tuberculosis bronchiectasis was 51.8%. Hemoptysis and upper lobe

broncheal lesions were two factors associated with post-tuberculosis bronchiectasis compared to non post-tuberculosis bronchiectasis, with a p- value of 0.02 and 0.004 respectively.

Conclusion

Post-Tuberculosis bronchiectasis is an important complication of previous pulmonary tuberculosis and a common cause for bronchiectasis in this study. The guideline should be established to help increase and improve the causal diagnosis of bronchiectasis.

Key words: bronchiectasis, etiology, post tuberculosis bronchiectasis

TÓM TẮT

GIÃN PHẾ QUẢN SAU LAO PHỔI: ĐỢT KỊCH PHÁT.

THS.BS NGUYỄN HỒNG ĐỨC

Nghiên cứu EMBARC ở châu Âu cho thấy nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu của giãn phế quản (GPQ). GPQ là một bệnh đa dạng với nhiều kiểu hình, trong đó GPQ sau lao phổi là hay gặp. Nghiên cứu ở Singapore cho thấy tỷ lệ này khoảng 31.1%. Ở Ấn Độ, GPQ sau lao phổi là nguyên nhân thường gặp nhất và có chức năng phổi xấu. Ở Đài Loan, Lao và nhiễm trùng là nguyên nhân chủ yếu của giãn phế quản. Biến chứng chủ yếu của GPQ ngoài ho ra máu, nhiễm NTM, nghiêm trọng nhất là các đợt kịch phát do nhiễm trùng tái diễn, đi kèm với tăng tỷ lệ nhập viện và tỷ lệ tử vong cũng như phí tổn chăm sóc sức khỏe. Bệnh nhân GPQ trung bình có 2 ĐKP mỗi năm và 1 đợt nằm viện trong năm trước. Vi trùng đa số là *Pseudomonas aeruginosa* và *H. influenza*.

Đặc điểm lâm sàng, Xquang, vi sinh, và điều trị cũng như phòng ngừa các đợt kịch phát của giãn phế quản sau lao phổi được trình bày trong bài tổng quan sau đây.

ABSTRACT: BRONCHIECTASIS AFTER PULMONARY TUBERCULOSIS : ACUTE EXACERBATION

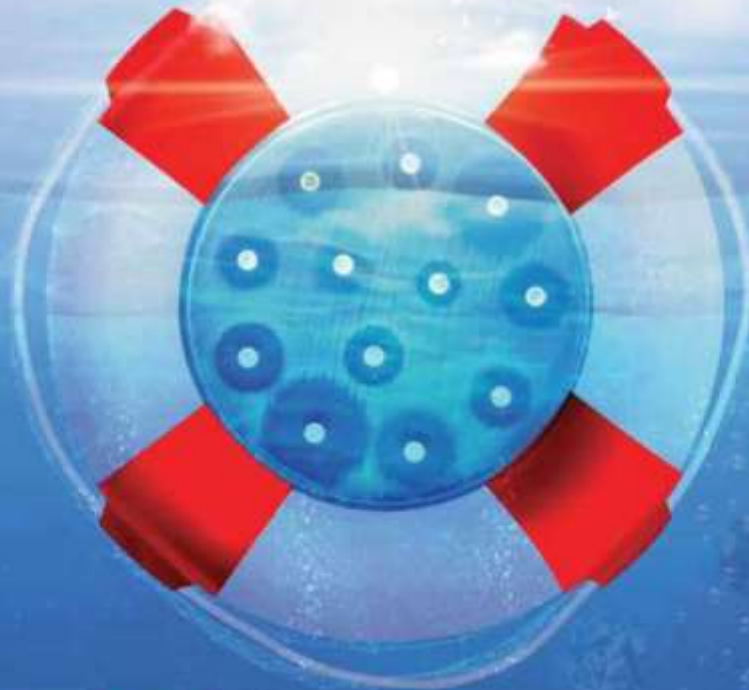
NGUYEN HONG DUC MD

The EMBARC study in Europe showed that sepsis was the leading cause of bronchiectasis. Bronchiectasis is a heterogenous condition with many phenotypes, in which bronchiectasis after pulmonary tuberculosis is common. One study in Singapore published in 2022 reveals postTB etiology to be about 31.1%. In India, post-tuberculosis bronchiectasis is the most common character and has poor function. In Taiwan, TB and infection are the main causes of bronchiectasis. The main complications of bronchiectasis, in addition to hemoptysis, NTM infection, and the most dangerous fact are periods of recurrent infection, accompanied by increased hospitalization and mortality rates as well as healthcare costs. Bronchiectatic patients had an average of 2 complications per year and 1 hospital stay in the previous year. The majority of bacteria are *Pseudomonas aeruginosa* and *H. influenzae*.

Clinical, radiological, microbiological characteristics and therapeutic as well as the prevention against exacerbations are presented in the following review.

MERONEM

meropenem



Tài liệu tham khảo: Từ hướng dẫn sử dụng thuốc
Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem ở trang 2.
Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế:
108/2021/XN TT/QLD, ngày 05 tháng 04 năm 2021
Ngày in tài liệu: ngày 14 tháng 05 năm 2021



Sumitomo Dainippon
Pharma



ZUELLIG
PHARMA



MERONEM 500mg, 1g Meropenem.

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

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

Meropenem thải trừ qua thẩm phân máu và lọc máu; nếu cần tiếp tục điều trị với MERONEM IV, sau khi hoàn tất thẩm phân máu, khuyến cáo sử dụng một đơn vị liều (500mg, 1g, 2g) (tùy theo loại và mức độ nhiễm khuẩn) để đảm bảo nồng độ điều trị hiệu quả trong huyết tương. Chứa có kinh nghiệm sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân đang thực hiện phân phúc mạc. **Liều dùng cho bệnh nhân người lớn suy gan.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân suy gan (Xem Lưu Ý và Thận Trọng Đặc Biệt Khi Dùng). **Bệnh nhân cao tuổi.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân cao tuổi có chức năng thận bình thường hay độ thanh thải creatinine > 50 ml/phút. **Trẻ em.** Trẻ em từ 3 tháng đến 11 tuổi và trong bụng cơ thể từ 50kg trở xuống; liều khuyến cáo là 10-20 mg/kg mỗi 8 giờ tùy thuộc mức độ và loại nhiễm khuẩn, độ nhạy cảm của tác nhân gây bệnh và tình trạng bệnh nhân. Trẻ em cân nặng trên 50kg; khuyến cáo sử dụng liều như ở người lớn. Liều khuyến cáo cho viêm màng não cấp do vi khuẩn là 40 mg/kg mỗi 8 giờ. Chứa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em suy thận. **Cách sử dụng.** Nên tiêm tĩnh mạch MERONEM IV trong khoảng 5 phút hay tiêm truyền tĩnh mạch từ 15 đến 30 phút. Dữ liệu an toàn sử dụng khi dùng liều tiêm tĩnh mạch 40 mg/kg và liều tiêm tĩnh mạch 2 g còn hạn chế. MERONEM IV với các dạng trình bày có sẵn có thể dùng tiêm tĩnh mạch trong khoảng 5 phút hay truyền tĩnh mạch trong khoảng 15-30 phút. MERONEM IV dùng tiêm tĩnh mạch nên được pha với nước vô khuẩn để tiêm (5ml cho mỗi 250 mg Meropenem) cho dung dịch có nồng độ khoảng 50 mg/ml. Dung dịch sau khi pha trong suốt, không màu hoặc màu vàng nhạt. MERONEM IV dùng truyền tĩnh mạch có thể pha với các dịch truyền tương thích (50 đến 200 ml) (xem Tương Tác và Thận Trọng Đặc Biệt Trong Bảo Quản). **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với hoạt chất hay bất kỳ thành phần tá dược. Mẫn cảm với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm carbapenem khác. Mẫn cảm trầm trọng (như là phản ứng phân vệ, phản ứng da nghiêm trọng) với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm beta-lactam khác (như là nhóm penicillin hay cephalosporin). **THẬN TRỌNG:** Có một số bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng về dị ứng theo một phần giữa các kháng sinh carbapenem khác với các kháng sinh họ beta-lactam, penicillin và cephalosporin. Cũng như tất cả các kháng sinh họ beta-lactam, các

phản ứng quá mẫn (nghiêm trọng và đôi khi tử vong) hiếm xảy ra. Trước khi bắt đầu điều trị với meropenem, nên hỏi kỹ bệnh nhân về tiền sử các phản ứng quá mẫn với các kháng sinh họ beta-lactam. Nên sử dụng thận trọng MERONEM IV cho bệnh nhân có tiền sử quá mẫn này. Nếu phản ứng dị ứng với meropenem xảy ra, nên ngưng thuốc và có biện pháp xử lý thích hợp. Các phản ứng có hại trên da nghiêm trọng (SCAR), như là hội chứng Stevens-Johnson (SJS), hoại tử biểu bì nhiễm độc (TEN), hội chứng phát ban do thuốc với tăng bạch cầu ái toan và nhiều triệu chứng toàn thân (DRESS), hồng ban đa dạng (EM) và hội chứng ngoại ban mụn mủ toàn thân cấp tính (AGEP) đã được báo cáo trên những bệnh nhân sử dụng MERONEM IV (xem mục Tác dụng không mong muốn). Trong trường hợp phát hiện ra những dấu hiệu và triệu chứng gợi ý các phản ứng bất lợi trên, ngưng sử dụng meropenem ngay lập tức và xem xét đến các liệu pháp điều trị thay thế khác. Khi sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân bị bệnh gan cần theo dõi kỹ nồng độ transaminase và bilirubin. Cũng như các kháng sinh khác, tăng sinh các vi khuẩn không nhạy cảm với thuốc có thể xảy ra và do đó, cần phải theo dõi bệnh nhân liên tục. Không khuyến cáo sử dụng thuốc trong trường hợp nhiễm trùng do các *Staphylococcus* dễ kháng với methicillin. Trên thực hành lâm sàng, cũng như tất cả các kháng sinh khác, viêm đại tràng giả mạc hiếm khi xảy ra khi sử dụng MERONEM IV có thể ở mức độ từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Vì vậy, cần thận trọng khi kê toa các thuốc kháng sinh cho bệnh nhân có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, đặc biệt viêm đại tràng. Điều quan trọng là cần xem xét chẩn đoán viêm đại tràng giả mạc khi bệnh nhân bị tiêu chảy liên quan đến sử dụng thuốc MERONEM IV. Mục đích của nghiên cứu cho thấy độc tố do *Clostridium difficile* sinh ra là một trong những nguyên nhân chính gây viêm đại tràng liên quan đến sử dụng các kháng sinh, cũng cần xem xét đến các nguyên nhân khác. Hiếm gặp báo cáo co giật trong quá trình điều trị với carbapenem, bao gồm meropenem. Nên thận trọng khi sử dụng đồng thời MERONEM IV với các thuốc có khả năng gây độc trên thần kinh (Xem Liều Lượng và Cách Sử Dụng để biết thêm chi tiết). Không khuyến cáo sử dụng đồng thời acid valproic/natri valproate với MERONEM IV. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh. Ở một số bệnh nhân, nồng độ acid valproic huyết thanh có thể thấp hơn nồng độ điều trị (xem phần Tương Tác Thuốc). **Sử dụng cho trẻ em:** Hiệu quả và sự dung nạp đối với trẻ em dưới 3 tháng tuổi chưa được xác lập; do đó, không khuyến cáo sử dụng MERONEM IV cho trẻ em dưới 3 tháng tuổi. Chứa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em bị rối loạn chức năng gan hay thận. Để thuốc ngoài tầm tay trẻ em. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Phụ nữ mang thai: Tính an toàn của MERONEM IV đối với phụ nữ mang thai chưa được đánh giá. Các nghiên cứu trên động vật không ghi nhận tác động ngoại ý nào trên sự phát triển của bào thai. Không nên sử dụng MERONEM IV cho phụ nữ mang thai trừ phi lợi ích vượt trội các rủi ro có thể xảy ra cho bào thai. Nên có bác sĩ giám sát trực tiếp cho mọi trường hợp sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai. Phụ nữ cho con bú: Meropenem được bài tiết qua sữa mẹ. Không nên sử dụng MERONEM IV ở phụ nữ cho con bú trừ phi lợi ích vượt trội các rủi ro có thể xảy ra cho trẻ. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY:** Chứa có nghiên cứu. Lưu ý các triệu chứng nhức đầu, dị cảm, co giật đã được ghi nhận khi dùng thuốc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Probenecid ức chế sự bài tiết meropenem qua thận, gây tăng thời gian bán thải và nồng độ meropenem trong huyết tương. Không khuyến cáo sử dụng đồng thời probenecid và MERONEM IV. Thuốc gắn kết với protein thấp (khoảng 2%), do đó tương tác với những hợp chất khác do sự phân tách khỏi protein trong huyết tương không được dự kiến xảy ra. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh, có thể thấp hơn nồng độ điều trị và vì thế nên thận trọng. MERONEM IV đã được sử dụng đồng thời với các thuốc khác mà không có các tương tác bất lợi về dược lý. Sử dụng đồng thời kháng sinh với warfarin có thể làm tăng tác động chống đông của thuốc. Nên theo dõi thường xuyên chỉ số INR trong suốt quá trình sử dụng đồng thời kháng sinh với thuốc chống đông dạng uống và một khoảng thời gian ngắn sau khi sử dụng. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** Hiếm có các phản ứng ngoại ý trầm trọng. Phân nhóm theo tần suất: *Thường gặp* (≥ 1/100 đến < 1/10): tăng tiểu cầu, nhức đầu, tiêu chảy, ợ mửa, buồn nôn, đau bụng, tăng men ALT, AST, GGT, alkaline phosphatase, lactat dehydrogenase trong máu, phát ban, ngứa, viêm, đau; *ít gặp* (≥ 1/1.000 đến < 1/100): nhiễm nấm *Candida* miệng và âm đạo, tăng bạch cầu ái toan, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, dị cảm, tăng bilirubin trong máu, mệt mỏi, viêm tĩnh mạch huyết khối; *Hiếm gặp* (≥ 1/10.000 đến < 1/1.000): *co giật, mất bạch cầu hạt, mê sảng; Rất hiếm gặp* (< 1/10.000): thiếu máu tán huyết, phù mạch, biểu hiện của sốc phản vệ, viêm đại tràng giả mạc, hoại tử biểu bì gây nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson, hồng ban đa dạng, không rõ tần suất. Phản ứng của thuốc với bạch cầu ái toan và triệu chứng toàn thân (Hội chứng DRESS). Hội chứng ngoại ban mụn mủ toàn thân cấp tính (AGEP). **Sản xuất tại ACS Dofar S.P.A** Viale Adletta 2a/12-3/5-20067 Tribiano (MI), Ý. **Đóng gói và xuất xứ:** Zambon Switzerland Ltd, Via Industria N.13, Cadempino, 6814, Thụy Sĩ. **Cơ sở giữ giấy phép lưu hành sản phẩm:** Zuellig Pharma Pte. Ltd, được ủy quyền bởi Sumitomo Dainippon Pharma Co., Ltd **Thông tin liên hệ Văn phòng đại diện Zuellig Pharma Pte. Ltd tại:** 180-192 Nguyễn Công Trứ, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Tài liệu tham khảo: Thông tin kê toa thuốc Meronem đã được Cơ Quan Y Dược phê duyệt ngày 12/6/2014, phê duyệt cập nhật ngày 31/8/2016 và phê duyệt cập nhật ngày 22/6/2020