

HỘI NGHỊ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC



NỘI SAN THÁNG 10/2017

**BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN
MẠN TÍNH VÀ NHỮNG
GIẢI NOBEL TRONG
CHUYÊN NGÀNH HÔ HẤP**

TP.HCM, NGÀY 21-22/10/2017

BAN TỔ CHỨC TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



Boehringer
Ingelheim



GlaxoSmithKline

NHÀ TÀI TRỢ BẠC

AstraZeneca 



NOVARTIS

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

Ngày
21
10

CHUYÊN ĐỀ: PHÁT HIỆN SỚM VÀ ĐIỀU TRỊ COPD TẠI VIỆT NAM

PHIÊN BUỔI SÁNG:
CHỦ TOẠ: GS. TS. Đặng Vạn Phước, GS. Đinh Xuân Anh Tuấn, PGS. TS. Trần Văn Ngọc, PGS. Đinh Ngọc Sỹ

| STT | GIỜ | TÊN ĐỀ TÀI | BÁO CÁO VIÊN |
|-----|------------|---|---|
| | 8:00-8:10 | Khai mạc hội nghị và CME | PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM PCT Hội Lao và Bệnh Phổi VN |
| 1 | 8:10- 8:25 | Tổng quan về tình hình Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và thực tế quản lý COPD hiện nay tại VN | PGS TS BS Đinh Ngọc Sỹ Phó Chủ tịch Tổng Hội Y học VN, GD TTĐT & NC Hội Lao và Bệnh Phổi VN |
| 2 | 8:25-8:40 | Cấu trúc đường hô hấp bình thường và trên BN COPD: từ đại thể đến tế bào | GS TS Đinh Xuân Anh Tuấn Hiệu trưởng ĐHY khoa Pascal Paoli – Corse |
| 3 | 8:40-8:55 | Tần suất bệnh phổi mạn tính và COPD trong dân số chung tại TP HCM. | BS Trần Ngọc Thanh Trưởng ĐHYK Phạm Ngọc Thạch |
| 4 | 8:55-9:10 | Kinh tế y tế trong quản lý COPD | PGS TS Lê Thị Tuyết Lan Chủ tịch Hội Hen và Dị ứng TPHCM |
| | 9:20-9:40 | Giải lao | |
| 5 | 9:40-9:55 | Kiểu hình bệnh hô hấp mạn tính tại thành phố Hồ Chí Minh. | BS Chu Thị Hà BV Phạm Ngọc Thạch TPHCM |

| | | | |
|----|-------------|---|--|
| 6 | 9:55-10:10 | Trị số dự đoán hô hấp ký của người dân tại Việt Nam | BS Trần Bảo Ngọc Trưởng ĐHYK Phạm Ngọc Thạch |
| 7 | 10:10-10:25 | COPD và bệnh tim mạch: những lưu ý trong chẩn đoán và điều trị | GS TS Đặng Vạn Phước Chủ tịch Hội Tim Mạch TPHCM |
| 8 | 10:25-0:40 | Cập nhật vai trò của CT định lượng trong COPD | TS BS Nguyễn Văn Thọ GV BM Lao và Bệnh phổi ĐHYDTPHCM |
| 9 | 10:40-11:10 | Chẩn đoán sớm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: nên thực hiện từ đợt cấp đầu tiên | TS BS Nguyễn Văn Thành PCT Hội Lao và Bệnh Phổi VN |
| 10 | 11:10-12:00 | Thảo luận và tổng kết phiên buổi sáng | PGS TS Đinh Ngọc Sỹ Phó Chủ tịch Tổng Hội Y học VN, GD TTĐT & NC Hội Lao và Bệnh Phổi VN |

Ngày
21
10

CHUYÊN ĐỀ: PHÁT HIỆN SỚM VÀ ĐIỀU TRỊ COPD TẠI VIỆT NAM

PHIÊN BUỔI CHIỀU:

CHỦ TOẠ: GS. Đỗ Quyết, GS. TS. Ngô Quý Châu, PGS. TS. Nguyễn Viết Nhung, TS. BS. Nguyễn Văn Thành, BS. CKII. Nguyễn Đình Duy

| STT | GIỜ | TÊN ĐỀ TÀI | BÁO CÁO VIÊN |
|-----|---------------|--|--|
| 1 | 13:15 - 13:35 | Xây dựng mô hình quản lý COPD từ trung ương đến địa phương | GS TS Ngô Quý Châu Chủ tịch Hội Hô hấp VN |
| 2 | 13:35 – 13:55 | Làm thế nào để phòng ngừa và điều trị hiệu quả đợt cấp COPD | PGS TS Lê Tiến Dũng TK Hô hấp BV ĐHYD |
| 3 | 13:55 - 14:15 | Vai trò ICS-LABA trong COPD | PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Hội Hô Hấp TPHCM |
| 4 | 14:15 - 14:35 | Chỉ định nào trong COPD ổn định: LAMA - LABA - ICS? | PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Hội Hô Hấp TPHCM |
| 5 | 14:35 - 15:05 | Thảo luận ca lâm sàng đặc biệt về COPD | TS BS Lê Thượng Vũ Phó Khoa Hô hấp BVCR |
| | 15:05 - 15:25 | Giải lao | |
| 6 | 15:25- 15:45 | Phục hồi chức năng hô hấp cho BN COPD trong điều kiện thực tế VN | TS BS Đỗ Thị Tường Oanh. TK COPD BV PNT |
| 7 | 15:45-16:25 | Phục hồi chức năng hô hấp cho BN COPD | BS Gerard Body Cộng Hoà Pháp |
| 8 | 16:25-16:55 | Giải pháp quản lý COPD: kết hợp sức mạnh của Hội chuyên ngành và hệ thống y tế và bảo hiểm | PGS Nguyễn Viết Nhung Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi VN |
| 9 | 16:55-17:30 | Thảo luận buổi chiều và tổng kết hội nghị | PGS Nguyễn Viết Nhung Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi VN |

Ngày

22

10

CHUYÊN ĐỀ: NHỮNG GIẢI NOBEL TRONG CHUYÊN NGÀNH HÔ HẤP

CHỦ TOẠ: GS TS ĐÌNH XUÂN ANH TUẤN, PGS TS TRẦN VĂN NGỌC, PGS TS LÊ TIẾN DŨNG.

| STT | THỜI GIAN | TÊN ĐỀ TÀI | BÁO CÁO VIÊN |
|-----|-------------|---|--|
| 1 | 8:30-8:40 | Khai mạc CME | PGS TS Trần Văn Ngọc |
| 2 | 8:40-9:40 | Microbiome: thế giới vi khuẩn trong cơ thể và phổi của chúng ta, bạn hay thù? | GS Đình Xuân Anh Tuấn Hiệu trưởng ĐHY khoa Pascal Paoli – Corse |
| 3 | 9:40-10:10 | Giới thiệu sản phẩm và Giải lao | |
| 4 | 10:10-11:10 | Inflammasome: vai trò và tầm quan trọng trong các bệnh viêm phổi | GS Đình Xuân Anh Tuấn Hiệu trưởng ĐHY khoa Pascal Paoli – Corse |
| 5 | 11:10-11:40 | Thảo luận và tổng kết buổi sáng | |
| 6 | 13:30-14:30 | Tự thực bào (autophagy) và các bệnh lý đường hô hấp | GS Đình Xuân Anh Tuấn Hiệu trưởng ĐHY khoa Pascal Paoli – Corse |
| 7 | 14:30-15:00 | Giới thiệu sản phẩm và Giải lao | |
| 8 | 15:00-16:00 | Telomere, Telomerase, và cơ chế lão hoá: từ sinh học phân tử đến bệnh xơ phổi và COPD | GS Đình Xuân Anh Tuấn Hiệu trưởng ĐHY khoa Pascal Paoli – Corse |
| 9 | 16:00-16:30 | Thảo luận và tổng kết | PGS TS Lê Tiến Dũng |

CONFERENCE AND CME: CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND NOBEL PRIZES IN PRACTICAL PULMONARY

Date
21
10

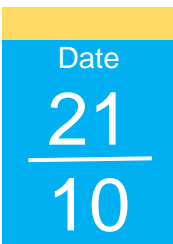
EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT COPD IN VIETNAM

MORNING PROGRAM

CHAIRS: PROF DANG VAN PHUOC, PROF DINH XUAN ANH TUAN, PROF TRAN VAN NGOC, PROF DINH NGOC SY

| N ^o | START – END | SESSION | SPEAKER |
|----------------|-------------|---|--|
| | 8:00-8:10 | Opening the conference and CME | Prof Tran Van Ngoc President of Respiratory society of HCMC Vice-president of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |
| 1 | 8:10-8:25 | COPD: Over view and practical management in Vietnam | Prof Dinh Ngoc Sy Vice-president of Medical association of Vietnam Director of Training and research center of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |
| 2 | 8:25-8:40 | Structure of normal airways and COPD patients: from in vivo to in vitro models | Prof Dinh Xuan Anh Tuan Dean of University of Corsica Pasquale Paoli |
| 3 | 8:40-8:55 | Prevalence of chronic respiratory diseases and COPD in the general population of HCM city | Dr Tran Ngoc Thanh PNT University of Medicine Pr. Catherine Bouland Director of Medical and environmental Research Center Free University of Brussels, Belgium |
| 4 | 8:55-9:10 | Health economics in COPD management | Prof Le Thi Tuyet Lan President of Asthma and allergy Association of HCMC |
| | 9:20-9:40 | Break | |
| 5 | 9:40-9:55 | Phenotype of chronic respiratory diseases in Ho Chi Minh City | Dr Chu Thi Ha (PNT hospital) Prof Olivier Michel Director of Internal medicine Association Director of Immuno-allergology Clinic of CHU Brugmann Hospital – Free University of Brussels, Belgium |
| 6 | 9:55-10:10 | Predicted value of spirometry adapted in Vietnamese population | Dr Tran Bao Ngoc PNT University of Medicine Pr Isabelle Godin Free University of Brussels, Belgium |

| | | | |
|----|-------------|--|---|
| 7 | 10:10-10:25 | COPD and cardiovascular diseases: Remarks in diagnosis and treatment | Prof Dang Van Phuoc President of Cardiovascular society of HCMC |
| 8 | 10:25-10:40 | Update on High-resolution computed tomography in COPD | PhD MD Nguyen Van Tho Lecturer of Tuberculosis and Pulmonary Department of HCMC Medicine and Pharmacy University |
| 9 | 10:40-11:10 | Early diagnosis of COPD: from the first exacerbation | PhD MD Nguyen Van Thanh Vice-president of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |
| 10 | 11:10-12:00 | Discussion and summary | Prof Dinh Ngoc Sy Vice-president of Medical association of Vietnam Director of Training and research center of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |



EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT COPD IN VIETNAM

AFTERNOON PROGRAM

CHAIRS: PROF DO QUYET, PROF NGO QUY CHAU, PROF NGUYEN VIET NHUNG, PHD MD NGUYEN VAN THANH, PHD MD NGUYEN DINH DUY

| N ^o | START – END | SESSION | SPEAKER |
|----------------|-------------|---|--|
| 1 | 13:15-13:35 | Establishing the management model of COPD: from commune to nation | Prof Ngo Quy Chau President of Respiratory society of Vietnam |
| 2 | 13:35-13:55 | How to prevent and treat effectively COPD exacerbations? | Prof Le Tien Dung Director of Pulmonary Department of Medicine and Pharmacy Hospital |
| 3 | 13:55-14:15 | The role of ICS/LABA | Prof Tran Van Ngoc Vice-president of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |
| 4 | 14:15-14:35 | Stable COPD: LAMA-LABA-ICS? | Prof Tran Van Ngoc Vice-president of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |
| 5 | 14:35-15:05 | COPD: special clinical case discussion | PhD MD Tran Thuong Vu Vice-director of Pulmonary Department of Cho Ray Hospital |
| | 15:05-15:25 | Break | |
| 6 | 15:25-15:45 | Pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Vietnamese circumstances | PhD MD Do Thi Tuong Oanh Director of COPD Department of PNT Hospital |
| 7 | 15:45-16:25 | Pulmonary rehabilitation in patients with COPD | Dr Gerard Body France |
| 8 | 16:25-16:55 | Management COPD: combination of pulmonary association and medical system and insurance system | Prof Nguyen Viet Nhung President of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |
| 9 | 16:55-17:30 | Discussion and summary | Prof Nguyen Viet Nhung President of Tuberculosis and Pulmonary Association of Vietnam |



THE NOBEL PRIZES IN PRACTICAL PULMONARY

**CHAIRS: PROF DINH XUAN ANH TUAN, PROF TRAN VAN NGOC,
PROF LE TIEN DUNG**

| N ^o | START – END | SESSION | SPEAKER |
|----------------|-------------|---|-------------------------|
| 1 | 8:30-8:40 | Opening CME | Prof Tran Van Ngoc |
| 2 | 8:40-9:40 | Body and pulmonary microbiome: friend or enemy? | Prof Dinh Xuan Anh Tuan |
| 3 | 9:40-10:10 | Break | |
| 4 | 10:10-11:10 | Inflammasome: role and the important in pneumonia | Prof Dinh Xuan Anh Tuan |
| 5 | 11:10-11:40 | Discussion and summary | |
| 6 | 13:30-14:30 | Autophagy and airways diseases | Prof Dinh Xuan Anh Tuan |
| 7 | 14:30-15:00 | Break | |
| 8 | 15:00-16:00 | Telomere, Telomerase and aging mechanism: from molecular biology to fibrosis and COPD | Prof Dinh Xuan Anh Tuan |
| 9 | 16:00-16:30 | Discussion and summary | Prof Le Tien Dung |

MỤC LỤC

| | |
|---|----|
| 1. XÂY DỰNG MÔ HÌNH QUẢN LÝ COPD TỪ TRUNG ƯƠNG ĐẾN ĐỊA PHƯƠNG THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP | 15 |
| 2. BUILDING A MODEL FOR COPD MANAGEMENT AT CENTRAL LEVEL TO LOCAL LEVEL SITUATION AND SOLUTIONS | 16 |
| 3. CẤU TRÚC ĐƯỜNG HÔ HẤP BÌNH THƯỜNG VÀ TRÊN BỆNH NHÂN COPD TỪ ĐẠI THỂ ĐẾN TẾ BÀO | 17 |
| 4. AIRWAY STRUCTURE IN NORMAL PERSON AND COPD PATIENT: FROM WHOLE BODY TO CELL | 18 |
| 5. GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN CỦA CÁC THỂ TÍCH PHỔI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH KHÔNG HÚT THUỐC LÁ Ở MIỀN NAM VIỆT NAM | 21 |
| 6. SUMMARY: PREDICTED VALUES OF PULMONARY VOLUMES AMONG NON-SMOKING ADULTS IN SOUTHERN VIETNAM. | 23 |
| 7. KIỂU HÌNH NHÓM BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI MẠN TÍNH Ở THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH | 25 |
| 8. SUMMARY: PHENOTYPING OF PATIENTS WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES IN HO CHI MINH CITY | 27 |
| 9. TỈ LỆ MẮC BỆNH HÔ HẤP MẠN TÍNH VÀ HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN (COPD VÀ HEN PHẾ QUẢN) TRONG DÂN SỐ CHUNG Ở THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH. | 31 |
| 10. PREVALENCE OF CHRONIC RESPIRATORY DISEASES AND OBSTRUCTIVE SYNDROME (COPD AND ASTHMA) IN GENERAL POPULATION IN HO CHI MINH CITY, VIETNAM. | 32 |
| 11. CHỈ ĐỊNH NÀO CHO ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ COPD? LABA – LAMA HAY ICS | 33 |
| 12. WHAT IS THE INDICATION IN MAINTENANCE THERAPY OF COPD? LABA-LAMA OR ICS | 34 |
| 13. CẬP NHẬT VAI TRÒ CỦA CT ĐỊNH LƯỢNG TRONG COPD | 36 |
| 14. UPDATES ON QUANTITATIVE COMPUTED TOMOGRAPHY IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE | 37 |
| 15. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN COPD – THỰC TẾ TẠI VIỆT NAM | 39 |
| 16. PULMONARY REHABILITATION FOR COPD PATIENTS – REALITY IN VIETNAM | 40 |
| 17. PHÁT HIỆN SỚM BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD): NÊN THỰC HIỆN NGAY TỪ ĐỢT CẤP LẦN ĐẦU. | 41 |
| 18. ABSTRACT: EARLY DETECTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD): IT SHOULD BE DONE RIGHT AFTER THE FIRST ACUTE EXACERBATION | 41 |
| 19. GIẢI PHÁP QUẢN LÝ COPD: KẾT HỢP SỨC MẠNH CỦA HỘI CHUYÊN NGÀNH, HỆ THỐNG Y TẾ VÀ BẢO HIỂM Y TẾ | 42 |
| 20. COPD MANAGEMENT APPROACH: JOINT EFFORT OF PROFESSIONAL SOCIETY, HEALTH CARE SYSTEM AND HEALTH INSURANCE | 43 |
| 21. LÀM THẾ NÀO ĐỂ PHÒNG NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ ĐỢT CẤP COPD | 46 |
| 22. HOW TO EFFECTIVE PREVENTION AND TREATMENT OF ACUTE EXACERBATION COPD? | 46 |
| 23. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP VÀ BPCO (COPD) | 47 |
| 24. RESPIRATORY REHABILITATION AND COPD | 48 |
| 25. CÁC CA LÂM SÀNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH | 49 |

| | |
|--|----|
| 26. CASE REPORTS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE | 49 |
| 27. NHỮNG GIẢI NOBEL TRONG THỰC HÀNH HÔ HẤP | 51 |
| 28. NOBEL PRIZES FROM DISCOVERIES TO CLINICAL APPLICATIONS IN RESPIRATORY MEDICINE | 52 |
| 29. KINH TẾ TRONG QUẢN LÝ COPD | 57 |
| 30. HEALTH ECONOMY IN COPD MANAGEMENT | 58 |



SPIRIVA[®] Respimat[®]
(tiotropium)

**Được chỉ định trong điều trị
giảm cơn kịch phát COPD (*)**

**Được chỉ định điều trị bổ sung duy trì
nhằm cải thiện các triệu chứng Hen (**)**



Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc
của Cục Quản lý dược - Bộ Y tế 0907/15/QLD-TT,
ngày 03 tháng 06 năm 2016, ngày 09 tháng 06 năm 2016 in tài liệu.

Chú thích: (*) Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

(**) Chi tiết về chỉ định xin xem phần thông tin sản phẩm ở trang số 02.



**Boehringer
Ingelheim**

THÔNG TIN SẢN PHẨM SPIRIVA® RESPIMAT®

Dung dịch khí dung.

Thành phần: Mỗi nhát xịt cung cấp 2,5 mcg tiotropium (một liều tương đương 2 nhát xịt), 2,5 mcg tiotropium tương đương 3,124 mcg tiotropium bromide monohydrate. **Chỉ định điều trị: COPD:** SPIRIVA RESPIMAT được chỉ định để điều trị duy trì cho bệnh nhân COPD (bao gồm viêm phế quản mạn và khí phế thũng), điều trị duy trì khi khó thở, cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD và giảm đợt kịch phát. **Hen:** SPIRIVA RESPIMAT được chỉ định điều trị bổ sung duy trì nhằm cải thiện các triệu chứng hen ở bệnh nhân người lớn bị bệnh hen đang điều trị duy trì bằng phối hợp corticoid dạng hít và chủ vận beta-2 tác dụng kéo dài mà vẫn có ít nhất một cơn hen nặng trong vòng một năm trước đó. **Liều lượng và cách dùng:** Liều khuyến cáo của SPIRIVA RESPIMAT là hai nhát xịt từ dụng cụ khí dung RESPIMAT một lần mỗi ngày vào cùng thời gian (xem Hướng dẫn sử dụng). Trong điều trị hen, hiệu quả điều trị đầy đủ sẽ thấy sau vài liều SPIRIVA RESPIMAT. **Nhóm bệnh nhân đặc biệt:** Bệnh nhân cao tuổi có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. Bệnh nhân suy thận có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. Tuy nhiên, cũng như tất cả các thuốc được thải trừ chủ yếu qua thận, nên theo dõi thận trọng khi dùng SPIRIVA RESPIMAT ở những bệnh nhân suy thận trung bình đến nặng. Bệnh nhân suy gan có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. **Trẻ em (dưới 18 tuổi):** COPD (*) không thường gặp ở trẻ em vì thế tính an toàn và hiệu quả của SPIRIVA chưa được xác định rõ trên bệnh nhi. Sử dụng bình dụng cụ khí dung SPIRIVA RESPIMAT mỗi ngày. Chưa thiết lập được tính hiệu quả và an toàn của Spiriva Respimat trên bệnh nhi bị hen. **Chống chỉ định:** SPIRIVA RESPIMAT bị chống chỉ định cho những bệnh nhân đã biết quá mẫn với atropine hoặc các dẫn xuất của nó, như ipratropium hoặc oxitropium, hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc. **Cảnh báo và thận trọng đặc biệt:** SPIRIVA RESPIMAT, với vai trò là thuốc giãn phế quản điều trị duy trì với liều một lần mỗi ngày, không nên được sử dụng điều trị khởi đầu trong cơn co thắt phế quản cấp tính như liệu pháp cắt cơn. Spiriva Respimat không nên sử dụng như một thuốc điều trị ban đầu cho bệnh nhân hen. Các bệnh nhân hen phải được khuyến tiếp tục sử dụng trị liệu chống viêm, ví dụ corticosteroid dạng hít, giữ nguyên sau khi dùng Spiriva Respimat, ngay cả khi các triệu chứng được cải thiện. Có thể xuất hiện các phản ứng quá mẫn tức thì sau khi dùng dung dịch khí dung SPIRIVA RESPIMAT. Cũng như các thuốc kháng cholinergic khác, nên sử dụng Spiriva Respimat thận trọng ở những bệnh nhân tăng nhãn áp góc hẹp, phì đại tuyến tiền liệt hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang. Nên sử dụng Spiriva thận trọng và theo dõi chặt chẽ ở bệnh nhân suy thận trung bình và nặng (thanh thải Creatinin < 50ml/phút) do tăng nồng độ thuốc trong huyết tương. Cần hướng dẫn để bệnh nhân sử dụng SPIRIVA RESPIMAT một cách đúng đắn. Thận trọng tránh để dung dịch hoặc hơi sương vào mắt. Đau hoặc khó chịu ở mắt, nhìn mờ, nhìn quang sáng hoặc hình ảnh có nhiều màu sắc kèm theo đỏ mắt do sung huyết kết mạc và phù nề giác mạc có thể là dấu hiệu của tăng nhãn áp góc hẹp cấp tính. Nên khám chuyên khoa ngay nếu xuất hiện bất kỳ sự kết hợp nào của các triệu chứng nêu trên. Thuốc nhỏ mắt gây co đồng tử không phải là điều trị hiệu quả. Không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT nhiều hơn một lần mỗi ngày. Ông thuốc SPIRIVA chỉ sử dụng được với dụng cụ khí dung RESPIMAT. **Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác:** Mặc dù chưa tiến hành nghiên cứu tương tác thuốc chính thức, tiotropium bromide đã được dùng với các thuốc điều trị COPD (*) phổ biến khác, bao gồm các thuốc giãn phế quản cường giao cảm, methylxanthine, steroid uống và hít, kháng histamin, thuốc tiêu nhầy, thuốc điều biến leukotrien, cromon và kháng IgE mà không thấy bằng chứng tương tác thuốc trên lâm sàng. Các thuốc thường dùng kết hợp (LABA, ICS và kết hợp của chúng) được sử dụng cho bệnh nhân COPD (*) chưa được phát hiện gây thay đổi nồng độ tiotropium. Chưa nghiên cứu sử dụng kết hợp lâu dài tiotropium bromide với các thuốc kháng cholinergic. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT kết hợp với các thuốc kháng cholinergic khác trong thời gian dài. **Khả năng sinh sản, thai kỳ và cho con bú:** Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng SPIRIVA cho phụ nữ mang thai. Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng tiotropium cho phụ nữ cho con bú. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT cho phụ nữ mang thai hoặc cho con bú trừ khi lợi ích mong đợi vượt trội nguy cơ có thể xuất hiện ở thai nhi và nữ nhi. Chưa có dữ liệu lâm sàng trên khả năng sinh sản đối với tiotropium. Một nghiên cứu phi lâm sàng với tiotropium cho thấy không có bất kỳ tác dụng bất lợi đến khả năng sinh sản. **Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa tiến hành nghiên cứu về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, triệu chứng chóng mặt hoặc nhìn mờ có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. **Tác dụng ngoại ý:** Nhiều tác dụng ngoại ý dưới đây có thể do tác dụng kháng cholinergic của SPIRIVA RESPIMAT. Các phản ứng ngoại ý được xác định từ dữ liệu nghiên cứu lâm sàng và báo cáo tự phát trong thời gian lưu hành thuốc sau khi được cấp phép. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Mất nước. **Rối loạn hệ thần kinh:** Chóng mặt, đau đầu, mất ngủ. **Rối loạn mắt:** Tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn, nhìn mờ. **Rối loạn tim mạch:** Rung nhĩ, đánh trống ngực, nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** Ho, chảy máu cam, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, viêm thanh quản, viêm xoang. **Rối loạn đường tiêu hóa:** Khô miệng: thường nhẹ, buồn nôn, táo bón, nhiễm nấm candida hầu họng, khó nuốt, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm lợi, viêm lưỡi, viêm miệng, tắc ruột bao gồm cả liệt ruột. **Rối loạn da và mô dưới da, Rối loạn hệ miễn dịch:** Phản ứng phản vệ, phát ban, ngứa, phù mạch thần kinh, mày đay, nhiễm khuẩn da và loét da, khô da, quá mẫn (bao gồm các phản ứng tức thì). **Rối loạn cơ xương và mô liên kết:** Sung khớp. **Rối loạn thận và tiết niệu:** Bi tiểu (thường gặp ở nam với các yếu tố thúc đẩy), khó tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu. **Bảo quản:** Dưới 30°C. Không đông đá. **Hạn dùng:** 36 tháng kể từ ngày sản xuất. **Hạn dùng trong thời gian sử dụng:** 90 ngày. **Tên NSX:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG. **Địa chỉ:** Binger strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Germany. **Phân phối bởi:** Vimedimex Bình Dương, 18 L1-2 VSIP II, đường số 3, khu Việt Nam - Singapore 2 phường Phú Hòa, thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

XÂY DỰNG MÔ HÌNH QUẢN LÝ COPD TỪ TRUNG ƯƠNG ĐẾN ĐỊA PHƯƠNG THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

GS.TS. Ngô Quý Châu

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề

COPD là bệnh lý thường gặp, tỷ lệ mắc & tử vong cao ở hầu hết các quốc gia trên thế giới trong đó có Việt Nam. Theo WHO, BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 4 và sẽ đứng hàng thứ 3 thế giới và năm 2020.

Các yếu tố ảnh hưởng chẩn đoán và điều trị COPD

- Yếu tố liên quan đến bệnh nhân: Tình trạng kinh tế xã hội, mức độ hiểu biết về bệnh COPD và sự tuân thủ điều trị.
- Yếu tố liên quan đến nhân viên y tế: Năng lực chuyên môn chẩn đoán và điều trị, định hướng chuyên môn nghề nghiệp và sự hài lòng với điều kiện, môi trường và chế độ làm việc hiện nay.
- Yếu tố vĩ mô: Hệ thống y tế, nguồn nhân lực, tài chính, máy móc trang thiết bị phục vụ cho chẩn đoán và điều trị COPD, lãnh đạo thường xuyên quan tâm, hợp tác với các hiệp hội và tổ chức xã hội nghề nghiệp.

Giải pháp xây dựng mô hình quản lý từ trung ương tới địa phương tại Việt Nam

- Giải pháp truyền thông nâng cao nhận thức của bệnh nhân và cộng đồng về bệnh. Cải thiện tình trạng thờ ơ với bệnh COPD, tiếp tục tiếp xúc với yếu tố nguy cơ.
- Xây dựng và sinh hoạt câu lạc bộ COPD tại các địa phương giúp bệnh nhân chia sẻ kinh nghiệm bản thân và tuân thủ điều trị tốt hơn.
- Nâng cao năng lực chẩn đoán và điều trị cho các tuyến y tế đặc biệt tuyến y tế cơ sở: Trang bị máy đo hô hấp ký, đào tạo tập huấn cho cán bộ y tế. Khắc phục tình trạng chẩn đoán muộn hoặc chẩn đoán sai.
- Xây dựng bộ tiêu chí của đơn vị quản lý hen và COPD tại cộng đồng với trang thiết bị cơ bản, cơ số thuốc cơ bản, cán bộ y tế được đào tạo, chuẩn hoá.
- Cập nhật hướng dẫn quốc gia chẩn đoán, điều trị, quản lý và theo dõi COPD. Tập huấn cho CBYT hướng dẫn thực hiện.
- Triển khai các nghiên cứu mũi nhọn, các bộ câu hỏi sàng lọc phát hiện sớm, các liệu pháp điều trị mới như tế bào gốc trong điều trị COPD.
- Phối hợp với Cục QL KCB, Cục y học dự phòng, Vụ Bảo hiểm... xây dựng gói chi trả bảo hiểm y tế theo mức độ nặng của bệnh COPD, không quản lý theo mức chi trả trần bảo hiểm y tế theo các tuyến như hiện nay.

Kết luận: Mặc dù còn nhiều khó khăn nhưng với quyết tâm của Chính phủ và Bộ y tế, sự vào cuộc của bệnh viện và hiệp hội chuyên ngành cùng với các tổ chức xã hội nghề nghiệp khác sẽ giúp quản lý tốt hơn bệnh nhân COPD trong cộng đồng.

(*) Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

BUILDING A MODEL FOR COPD MANAGEMENT AT CENTRAL LEVEL TO LOCAL LEVEL SITUATION AND SOLUTIONS

Prof. Ngo Quy Chau, MD, PhD

SUMMARY:

Introduction

COPD is a common disease, with high prevalence & mortality in most countries in the world, including Vietnam. According to WHO, COPD is the fourth leading cause of death and will be ranked third in the world by 2020.

Factors affecting the diagnosis and management of COPD

- Patient related factors: socioeconomic status, knowledge of COPD and adherence.
- Medical staff related factors: Professional capacity for diagnosis and treatment, professional orientation and satisfaction with current working conditions, environment and working regulations.
- Macro factors: The health care system, human resources, financial resources, machinery and equipment for the diagnosis and treatment of COPD, regularly concerning leaders, cooperate with professional societies and social organizations.

The solution of building a model for COPD management at central level to local level in Viet Nam

- Communication to improve the awareness of patients and the community about the disease. To improve the lethargy with COPD, on-going exposure to risk factors.
- Establishing and operating a local COPD patient's club in order to help patients to share their own experiences and to improve the adherence.
- Improving the ability of disease diagnosis and managing for health care services, especially of the local level: providing spirometry device, training for medical staffs. Improving the late-diagnosed and mis-diagnosed situation.
- Develop the standard for the management unit of asthma and COPD in the community with basic equipment, basic drugs, trained and standardized medical staffs.
- Updating national guidelines for the diagnosis, treatment, management and follow-up of COPD. Training medical staffs to practice.
- Conducting cutting edge researches, screening questionnaires, new therapy such as stem cells for COPD.
- Coordinate with the Administrative Medical Services, Preventive Medicine Department, Insurance Department... to develop a health insurance coverage package for severity of COPD, instead of administration basing on insurance upper limitation like nowadays.

Conclusion: Despite the many difficulties, with the determination of the Government and the Ministry of Health, the enroll of hospitals and professional societies and other social organizations will help better managing patients with COPD in the community.

(*) President of Viet Nam Respiratory Society

CẤU TRÚC ĐƯỜNG HÔ HẤP BÌNH THƯỜNG VÀ TRÊN BỆNH NHÂN COPD TỪ ĐẠI THỂ ĐẾN TẾ BÀO

Đinh Xuân Anh Tuấn (*)

Nhìn một cách toàn diện thì phổi là một cơ quan rất phức tạp với nhiều khía cạnh liên quan về mặt cấu trúc và chức năng. Để hiểu đầy đủ về sinh lý hô hấp thật sự là một thách thức vì nó có thể liên quan từ động học phân tử (khuếch tán phân tử khí) đến các định luật vật lý của lưu lượng (luồng khí) và các cấu trúc đàn hồi (sức căng lồng ngực). Do đó cần có một cách tiếp cận toàn diện từ mức độ phân tử đến đại thể. Những thông tin này ngày nay có thể đạt được nhờ vào các khái niệm mới của phương pháp tiếp cận sinh học hệ thống [1, 2]. Sinh lý cơ quan bao gồm cả sinh lý bệnh luôn cho thấy là một lĩnh vực phức tạp trong y sinh học và y học lâm sàng. Cho đến nay, cách tiếp cận ‘rút gọn’ dựa trên việc đánh giá từ đại thể đến vi thể, bắt đầu với nghiên cứu về giải phẫu học, tiếp theo là nghiên cứu sinh lý cơ quan và sau cùng là sinh học tế bào và phân tử cho thấy là cách tiếp cận được ưa chuộng để tìm hiểu về cơ chế bệnh sinh của bệnh phổi. Tuy nhiên chúng ta đã nhanh chóng nhận thấy sự hạn chế của cách tiếp cận ‘rút gọn’ này và đã đạt ra nhu cầu mới về một cách tiếp cận kết hợp dựa trên hệ thống tương tác của các phân tử trong mối liên hệ với chức năng của một cơ thể toàn diện [3]. Cách tiếp cận ‘rút gọn’ đã cho thấy những giới hạn rõ ràng. Chính vì thế một cách tiếp cận tổng quát hơn bao gồm tập hợp các thông tin theo chiều dọc (đi từ cơ quan đến phân tử) và ghi nhận thông tin theo chiều ngang liên quan tác động giữa các phân tử nội tại theo đề xuất bởi ngành sinh học hệ thống sẽ cho thấy được tính hữu dụng trong kỷ nguyên y học hiện đại [4].

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đặc trưng bởi tắc nghẽn đường dẫn khí không hồi phục hoàn toàn. Sự tắc nghẽn này liên quan đến tình trạng viêm bất thường của đường dẫn khí cùng với sự xơ hóa của tế bào và mô phổi liên quan. Tắc nghẽn thường xuất hiện tại các đường dẫn khí nhỏ. Thay đổi cấu trúc các tiểu phế quản có đường kính $\leq 2\text{mm}$ (do dày thành + hiện tượng xơ hóa quang phế quản) cùng với sự hiện diện nút đàm làm tiền đề dẫn đến sự tắc nghẽn nội lòng phế quản. Khí phế thũng phổi từ sự phá hủy thành phế nang có thể xuất hiện do sự mất cân bằng các men protease–antiprotease, hiện tượng chết tế bào theo chương trình apoptosis, quá trình lão suy, hoặc do những rối loạn tự miễn. Đáp ứng viêm do tiếp xúc với khí độc hại làm kích hoạt phản ứng miễn dịch bẩm sinh với hóa ứng động các tế bào bạch cầu đa nhân trung tính, các đại thực bào, gây ra sự tăng sinh các tế bào lympho T và B và hình thành nang lympho trong đường dẫn khí nhỏ. Những thông tin trên cho thấy lợi ích của các phương thức điều trị hướng đến các thay đổi cấu trúc và phản ứng viêm các đường dẫn khí nhỏ ở bệnh nhân mắc BPTNMT.

(*): Hiệu trưởng ĐHY khoa Pascal Paoli – Corse, Cộng Hoà Pháp

AIRWAY STRUCTURE IN NORMAL PERSON AND COPD PATIENT: FROM WHOLE BODY TO CELL

Dinh Xuan Anh Tuan

The lung is a highly complex organ which includes the many aspects of its structures and function in a comprehensive view. This is a real challenge to understand thoroughly pulmonary physiology which varies from molecular kinetics (gas diffusing capacity) to physical laws of flow (airflow) and elastic structures (thoracic tension) requiring a comprehensive approach, from molecular level to whole body level. Nowadays, this information can be obtained by the new concept of system biology approach [1, 2]. Organ physiology including pathophysiology has always represented a complex area in biology and clinical medicine. To date, the “reductionist” approach focusing on from macro- to micro-examination starting from human anatomy, down to the level of organ physiology, cellular and molecular biology is the preferred approach to study the underlying mechanisms of lung diseases. One however rapidly realizes the limitation of such reductionist approach and the need for an integrated one from molecular network with their interaction to functional integration at the whole organism level [3]. So the traditional “reductionist” approach showed clear limitations. Consequently, a comprehensive approach including both the longitudinal collection of information (from organ to molecule) and the horizontal recording about the intracellular interaction of molecules as proposed by the system biology might prove useful in the era of modern medicine [4].

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a disease characterized by airflow limitation that is not fully reversible. This airflow limitation is associated with both an abnormal inflammatory response and the fibrotic changes of lung cells and tissues. The obstruction usually occurs at the small airways. Both the structure change of bronchioles with diameter ≤ 2 mm induced by bronchial wall thickening and peribronchial fibrosis and the mucus plug pave the way to endobronchial obstruction. Pulmonary emphysema characterized by alveolar wall destruction can be caused by the imbalance of protease-antiprotease enzymes, apoptosis, aging processes, or autoimmune disturbances. The inflammatory response induced by noxious gases activates the innate immune reaction attracting neutrophils, macrophages, and resulting in proliferation of T-B lymphocyte and lymphoid follicle formation in the small airway. The aforementioned information shows the therapeutic benefit related to bronchial changes and inflammatory responses of the small airways in COPD patients.

1. Auffray C, Adcock I, Chung K, Djukanovic R, Pison C, Sterk PJ. An integrative systems biology approach for understanding of pulmonary diseases. *Chest* 2010; 137: 1410-6.
2. Haiech J, Ranjeva R, Kilhoffer MC. Biologie des systèmes et ingénierie biologique modifient la découverte et le développement des médicaments. *Med Sci (Paris)* 2012; 27: 207-12.
3. Oltvai ZN, Barabasi AL. Systems biology. Life’s complexity pyramid. *Science* 2002; 298: 763-4.
4. Kaminsky DA, Irvin CG, Sterk PJ. Complex systems in pulmonary medicine: a systems biology approach to lung disease. *J Appl Physiol* 2011; 110: 1716-22.



CÁC DẠNG DÙNG VÀ HÀM LƯỢNG CỦA SERETIDE TẠI VIỆT NAM



**Seretide Accuhaler
50/250 µg**



**Seretide Accuhaler
50/500 µg**



**Seretide Evohaler DC
25/50 µg**



**Seretide Evohaler DC
25/125 µg**



**Seretide Evohaler DC
25/250 µg**

| | Seretide® Accuhaler® 50/250 mcg | Seretide® Accuhaler® 50/500 mcg | Seretide® Evohaler®DC 25/50 mcg | Seretide® Evohaler®DC 25/125 mcg | Seretide® Evohaler®DC 25/250 mcg |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Người lớn và thanh thiếu niên từ 12 tuổi trở lên | Một hít 2 lần/ngày ^(1,2) | | Hai nhát xịt 2 lần/ngày ⁽³⁾ | | |
| Trẻ em trên 4 tuổi | Không khuyến cáo ^(1,2) | | Hai nhát xịt x 2 lần/ngày ⁽³⁾ | Không khuyến cáo ⁽³⁾ | |

Tài liệu tham khảo:

1. Thông tin kê toa được duyệt của sản phẩm Seretide Accuhaler 50/250µg
2. Thông tin kê toa được duyệt của sản phẩm Seretide Accuhaler 50/500µg
3. Thông tin kê toa được duyệt của sản phẩm Seretide Evohaler DC

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản Lý Dược- Bộ Y Tế 0069/17 QLD-TT, ngày 24/04/2017. Ngày 10/05/2017 in tài liệu.

Tài liệu này có 2 trang. Thông tin chi tiết sản phẩm xin xem từ trang 2

CCNB: VN/SFC/0002/17, ngày 08/05/2017

Thông tin chi tiết xin xem trong hướng dẫn sử dụng thuốc. Vui lòng thông báo các tác dụng ngoại ý của thuốc về

VPDD GlaxoSmithKline Pte. Ltd, hoặc số điện thoại 0963905235, hoặc email: antoanthuoc@gsk.com

VPDD GlaxoSmithKline Pte. Ltd: Cao ốc Metropolitan- Unit 701, 235 Đồng Khởi, Q1, Tp.HCM- ĐT: 08 3848744- Fax: 0838248742.

Hanoi Tower Center- Unit 704, 49 Hai Bà Trưng, Q. Hoàn Kiếm, Hà Nội- ĐT: 0439362607- Fax: 0439362608

VN/SFC/0002/17, NGÀY 08/05/2017

THÔNG TIN KÊ TOA

SERETIDE® ACCUHALER®: Dụng cụ bằng nhựa dẻo (plastic) dạng khuôn chứa một vỉ nhôm với 60 túi phồng (blister) được phân bố đều đặn trên vỉ, mỗi túi phồng chứa 72,5 mcg salmeterol xinafoate (tương đương 50 mcg salmeterol) và 250 mcg hoặc 500 mcg fluticasone propionate. **Dạng bào chế:** Bột hít phân liều. **Tá dược:** Lactose (chứa protein sữa). **Quy cách đóng gói:** Hộp chứa 1 accuhaler 60 liều. **CHỈ ĐỊNH: Hen (Bệnh tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục).** SERETIDE được chỉ định trong điều trị thường xuyên bệnh hen bao gồm hen phế quản ở người lớn và trẻ em từ 4 tuổi trở lên. Bao gồm: • Bệnh nhân không được kiểm soát đầy đủ bằng corticosteroid xịt và thuốc chủ vận beta2 tác dụng ngắn "khi cần". • Bệnh nhân vẫn có triệu chứng khi đang điều trị bằng corticosteroid dạng hít. • Bệnh nhân đang được kiểm soát hiệu quả với liều duy trì corticosteroid xịt và thuốc chủ vận beta2 tác dụng kéo dài. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD).** SERETIDE được chỉ định trong điều trị duy trì tắc nghẽn đường dẫn khí và giảm cơn kịch phát ở bệnh nhân COPD và đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** SERETIDE Accuhaler chỉ dùng để hít qua miệng. Cần cho bệnh nhân biết rằng phải dùng SERETIDE thường xuyên để đạt được lợi ích tối ưu, thậm chí ngay cả khi không có triệu chứng. Bệnh nhân cần được bác sĩ tái khám đều đặn để hàm lượng SERETIDE đang dùng luôn là tối ưu và chỉ thay đổi theo lời khuyên của bác sĩ. **Hen:** nên điều chỉnh đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì được việc kiểm soát triệu chứng một cách hiệu quả. Khi việc kiểm soát triệu chứng được duy trì bằng SERETIDE 2 lần/ngày thì nên chỉnh đến liều SERETIDE thấp nhất có hiệu quả là 1 lần/ngày. Nên cho bệnh nhân dùng dạng SERETIDE có hàm lượng fluticasone propionate phù hợp với mức độ nặng của bệnh. Nếu bệnh nhân không được kiểm soát đầy đủ với trị liệu corticosteroid hít đơn thuần, thì việc điều trị thay thế bằng SERETIDE với liều corticosteroid tương đương về mặt điều trị có thể mang lại cải thiện trong việc kiểm soát hen. Đối với bệnh nhân có thể kiểm soát hen bằng corticosteroid hít đơn thuần, điều trị thay thế bằng SERETIDE có thể cho phép giảm liều corticosteroid mà vẫn duy trì kiểm soát hen. Liều đề nghị: Người lớn và thanh thiếu niên từ 12 tuổi trở lên: một hít (50 mcg salmeterol và 100 mcg fluticasone propionate), 2 lần/ngày; hoặc một hít (50 mcg salmeterol và 250 mcg fluticasone propionate), 2 lần/ngày; hoặc một hít (50 mcg salmeterol và 500 mcg fluticasone propionate), 2 lần/ngày. Liều tối đa khuyến cáo cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi là 500/50, 2 lần/ngày. Trẻ em từ 4 tuổi trở lên: Một hít (50mcg salmeterol và 100 mcg fluticasone propionate), 2 lần/ngày. Chưa có dữ liệu về việc sử dụng SERETIDE trên trẻ em dưới 4 tuổi. **Bệnh COPD:** liều đề nghị cho người lớn là một hít 50/250 mcg tới 50/500 mcg salmeterol/fluticasone propionate x 2 lần/ngày. Ở liều điều trị 50/500 mcg x 2 lần/ngày, SERETIDE đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. **Nhóm bệnh nhân đặc biệt:** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân cao tuổi hoặc bệnh nhân suy thận hoặc suy gan. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** SERETIDE Accuhaler không phải là thuốc dùng để giảm triệu chứng cấp tính, mà trong trường hợp này cần dùng một thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh và ngắn (thí dụ salbutamol). Nên khuyên bệnh nhân luôn có sẵn thuốc giảm triệu chứng bên mình. Tăng sử dụng thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn để giảm triệu chứng cho thấy việc kiểm soát bệnh xấu đi. Kiểm soát hen xấu đi đột ngột và tăng dần là nguy cơ đe dọa mạng sống và bệnh nhân cần được bác sĩ khám lại. Nên cân nhắc tăng liều corticosteroid. Bệnh nhân cũng nên được khám lại khi liều SERETIDE đang dùng không đủ kiểm soát bệnh hen. Không nên ngừng sử dụng SERETIDE một cách đột ngột ở bệnh nhân hen do nguy cơ bị cơn kịch phát, nên giảm liều từ từ dưới sự giám sát của bác sĩ. Đối với bệnh nhân COPD, ngừng điều trị có thể gây mất bù có triệu chứng và nên được bác sĩ theo dõi. Đã có sự gia tăng số lượng báo cáo về viêm phổi trong những nghiên cứu trên bệnh nhân COPD dùng SERETIDE. Bác sĩ nên luôn cảnh giác theo dõi khả năng xảy ra viêm phổi trên những bệnh nhân COPD vì các đặc điểm lâm sàng của viêm phổi và đợt kịch phát thường trùng lặp nhau. Thận trọng khi dùng SERETIDE ở bệnh nhân bị lao phổi thể hoạt động hoặc thể yên lặng. Nên dùng SERETIDE thận trọng ở bệnh nhân bị nhiễm độc giáp; bệnh nhân đang có sẵn bệnh tim mạch, vì các tác động trên tim mạch như tăng huyết áp tâm thu và nhịp tim thỉnh thoảng có thể gặp ở tất cả các thuốc giống giao cảm, đặc biệt khi dùng liều cao hơn liều điều trị; bệnh nhân dễ có khả năng hạ nồng độ kali huyết thanh, vì giảm kali huyết thanh thoáng qua có thể xảy ra với tất cả các thuốc giống giao cảm tại liều cao hơn liều điều trị; bệnh nhân có tiền sử bị đái tháo đường. Tác động toàn thân có thể xảy ra, với bất cứ corticosteroid hít nào, nhất là khi dùng liều cao trong thời gian dài; những tác động này thường ít xảy ra hơn nhiều so với khi dùng corticosteroid dạng uống. Tác động toàn thân có thể bao gồm hội chứng Cushing, các dấu hiệu Cushing, ức chế thượng thận, chậm tăng trưởng ở trẻ em và thanh thiếu niên, giảm mật độ khoáng xương, đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp (glôcôm). Vì thế, đối với bệnh nhân hen điều quan trọng là nên điều chỉnh liều corticosteroid đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì kiểm soát bệnh một cách hiệu quả. Cần luôn nghĩ đến khả năng suy giảm đáp ứng thượng thận trong trường hợp cấp cứu và một số tình huống nhất định có thể gây stress và cần nhắc điều trị bằng corticosteroid thích hợp. Khuyến cáo nên kiểm tra thường xuyên chiều cao của trẻ khi điều trị kéo dài bằng corticosteroid hít. Vì có khả năng đáp ứng thượng thận suy giảm, nên cần đặc biệt thận trọng khi chuyển bệnh nhân từ điều trị steroid uống sang điều trị fluticasone propionate hít, và cần kiểm tra chức năng vỏ tuyến thượng thận thường xuyên. Ngừng điều trị toàn thân cần thực hiện từ từ và bệnh nhân nên mang theo tấm thẻ cảnh báo về steroid chỉ rõ có thể cần điều trị bổ sung trong thời gian bị stress. Co thắt phế quản nghịch lý có thể xuất hiện với tình trạng khô khè tăng ngay sau khi hít. Khi đó nên điều trị ngay lập tức bằng thuốc giãn phế quản dạng hít tác dụng nhanh và ngắn. Nên ngừng điều trị

GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN CỦA CÁC THỂ TÍCH PHỔI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH KHÔNG HÚT THUỐC LÁ Ở MIỀN NAM VIỆT NAM

Tran Bao Ngoc ⁽¹⁾, Isabelle Godin ⁽²⁾, Nguyễn Thanh Phương ⁽³⁾,
Ha Chu Thi ⁽³⁾, Tran Thi Mong Hiep ⁽⁴⁾, Olivier Michel ⁽⁵⁾.

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Giá trị dự đoán (Predicted Value – PV) của phương pháp thăm dò chức năng phổi (Lung Function Test – LFT) có liên quan đến tuổi, chiều cao, giới tính cũng như là chủng tộc. Yếu tố chủng tộc thường được thêm vào giá trị dự đoán của ERS/ATS thông qua một hệ số điều chỉnh. Ví dụ như giá trị dự đoán của thể tích khí thở ra gắng sức trong 1 giây đầu (Forced Expiratory Volume in one second – FEV1) giữa người Nhật và người Ấn Độ sẽ được điều chỉnh với hệ số là 0.9

Mục tiêu: Xác định giá trị dự đoán của các thể tích trong hô hấp ký ở người Việt Nam

Phương pháp: Một máy đo hô hấp ký cầm tay (Microloop của công ty Micro Medical Ltd, Anh) được định chuẩn bằng cách so sánh với phương pháp chuẩn được sử dụng thường xuyên tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (Master Screen PFT, từ công ty Carefusion Ltd, Đức); 60 người tình nguyện khỏe mạnh sẽ được đo hô hấp ký 3 lần khác nhau để đánh giá tính lặp lại.

Máy hô hấp ký nhỏ Microloop sau đó được dùng để đo các thể tích phổi cho những tình nguyện viên khỏe mạnh. Các tình nguyện viên được sàng lọc từ 1348 đối tượng khỏe mạnh không hút thuốc lá ở 934 hộ gia đình. Trong số đó, 827 người hoàn tất bảng câu hỏi sàng lọc và tham gia đo chức năng hô hấp, 177 người bị loại khỏi nghiên cứu do các bệnh mạn tính và/hoặc FEV1/FVC < 0.75. Sau đó có 650 người hoàn tất bảng câu hỏi và hai lần đo hô hấp ký cách nhau 15 phút, để đánh giá độ lặp lại của từng cá nhân. Việc đo chức năng hô hấp được thực hiện dưới hướng dẫn của cùng một kỹ thuật viên trong suốt quá trình nghiên cứu, Kỹ thuật viên này đã được tập huấn theo hướng dẫn của ERS.

FEV1 và FVC có liên quan đến tuổi và chiều cao cũng như giới tính. Sau đó tiến hành phân tích hồi quy đa biến với cả hai yếu tố tuổi và chiều cao, cho phép xây dựng công thức cho giá trị dự đoán của FEV1 và FVC (với độ lệch chuẩn và khoảng tin cậy 95%).

Kết quả: So với phương pháp đo LFT chuẩn, phép đo với máy hô hấp ký cầm tay Microloop được định chuẩn, có tương quan tuyến tính ($r > 0.98$) và giá trị trung bình của FEV1 và FVC tương đương nhau. Độ lặp lại của từng đối tượng tham gia nghiên cứu với máy hô hấp ký cầm tay cao hơn đáng kể (phương pháp Bland và Atman). Do đó có thể sử dụng máy đo hô hấp ký cầm tay cho cộng đồng.

Trong 650 đối tượng được chọn vào nghiên cứu, có 227 nam và 423 nữ, với độ tuổi trung bình là 39.4 (12.8), chiều cao trung bình là 158.4 (7.8) cm và cân nặng trung bình là 57.8 (12.8)kg. Giá trị trung bình các chỉ số hô hấp như sau: FEV1 = 2.67 (0.65) L, FVC = 3.08 (0.78) L và FEV1/FVC = 86.89 (7.76) %.

Giá trị dự đoán FEV1 theo tính toán là $FEV1 (L) = 4.40.H - 0.020.A - 3.37$ (DSR = 0.53; IC = ± 0.82) ở nam giới Việt Nam và $FEV1 (L) = 2.80.H - 0.018.A - 1.28$

(DSR = 0.43; IC = ± 0.71) ở nữ giới (A = tuổi và H = chiều cao). So với giá trị dự đoán ở người da trắng (theo CECA/ERS) hệ số điều chỉnh là 0.9.

Kết luận: Giá trị dự đoán của phương pháp thăm dò chức năng phổi có thể được áp dụng với người Việt Nam, với hệ số điều chỉnh là 0.9 so với giá trị dự đoán của người da trắng.

(1) Bộ môn Sinh lý học, trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam;

(2) Trường Y tế cộng đồng (School of Public Health – Université Libre de Bruxelles – ULB);

(3) Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch;

(4) Bộ môn Nhi, trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch;

(5) Bộ môn Dịch ứng miễn dịch học Brussels, Bỉ.

SUMMARY: PREDICTED VALUES OF PULMONARY VOLUMES AMONG NON-SMOKING ADULTS IN SOUTHERN VIETNAM.

Tran Bao Ngoc ⁽¹⁾, **Isabelle Godin** ⁽²⁾, **Nguyen Thanh Phuong** ⁽³⁾,
Ha Chu Thi ⁽³⁾, **Tran Thi Mong Hiep** ⁽⁴⁾, **Olivier Michel** ⁽⁵⁾.

Background: Predicted values (PV) of the lung function tests (LFTs) are related to the age, height, gender but also to the ethnic origin. In regard with ethnicity, a corrective factor is generally added to the ERS/ATS PV. For example the PV of the Forced Expiratory Volume in one second (FEV1) among Japanese or Indian populations are those of the ERS/ATS multiplied by a factor « 0.9».

Aim: to establish predicted values of spirometric volumes among the Vietnamese population

Methods: a portable flow sensing spirometer (MicroLoop from Micro Medical Ltd, UK) was validated by comparison to standard method used in routine in PNT hospital (Master Screen PFT, from CareFusion Ltd, Germany); 60 measurements were obtained from healthy volunteers, at 3 separated times to evaluate the repeatability.

The micro-spirometer Microloop was then used to measure the pulmonary volumes among healthy subjects. The selection was based on a prescreening of 1348 healthy non-smokers subjects corresponding to 934 households. Among them, 827 completed a screening questionnaire and a first spirometry, 177 being excluded due to the presence of chronic disease and/or a FEV1/FVC < 0.75. Therefore 650 were included for a complementary questionnaire and two spirometries at 15 minutes interval, to evaluate their intra-subject repeatability. The lung function measurements were obtained by the same technician along the study, trained as recommended by the ERS.

The FEV1 and FVC were related to the age and height in regard with the gender. Then a multivariate regression analysis was obtained for both factors age and height allowing to produce the equations for PV of FEV1 and FVC (with their residual standard deviation and 95% confidence intervals).

Results: compared to the standard LFT tests, the measurements with the microspirometer « Microloop » was validated, based on linear correlation ($r > 0,98$) and the similar means of FEV1 and FVC. The intra-subject repeatability with the microspirometer was highly significant (Bland and Altman method). Therefore the microspirometric approach was used for the field study.

Among the 650 included subjects, there were 227 males and 423 females, with a mean of age 39.4 (12.8) years, of height 158.4 (7.8) cm and of weight 57.8 (12.8) kg. The mean pulmonary parameters were: FEV1 = 2.67 (0.65) L, FVC = 3.08 (0.78) L and FEV1/FVC = 86.89 (7.76) %.

The calculated predicted values of FEV1 was $FEV1 (L) = 4.40.H - 0.020.A - 3.37$ (DSR = 0.53; IC = ± 0.82) for the male population in Vietnam while it was $FEV1 (L) = 2,80.H - 0.018.A - 1.28$ (DSR = 0.43; IC = ± 0.71) for the female population (A = age and H = height). Compared to the PV for the Caucasian population (reference CECA/ERS) the corrective factor was « 0.9 ».

Conclusion: predicted values of lung function tests should be adapted for the Vietnamese populations, introducing a corrective factor of 0.9 compared to the Caucasian values.

⁽¹⁾ Department of Physiology, Pham Ngoc Thach University of Medicine, Ho Chi Minh City, Vietnam;

⁽²⁾ School of Public Health (Université Libre de Bruxelles – ULB);

⁽³⁾ Pham Ngoc Thach Hospital;

⁽⁴⁾ Department of pediatrics, Pham Ngoc Thach University of Medicine (5) Dpt of Immuno-allergology
Brussels, Belgium

Kiểu hình nhóm bệnh nhân bệnh phổi mạn tính ở thành phố Hồ Chí Minh

Chu Thị Hà (1), Isabelle Godin (3), Nguyễn Thanh Phương (1), Nguyễn Hữu Lâm (1), Trần Thị Mộng Hiệp (2), Olivier Michel (4).

Tóm tắt

Mục tiêu: Kiểu hình nhóm bệnh nhân bệnh phổi mạn tính ở thành phố Hồ Chí Minh.

Thiết kế: Một bảng câu hỏi về môi trường, test lấy da với những dị nguyên không khí và thức ăn và xét nghiệm sIgE được thu thập trong nhóm bệnh nhân bệnh phổi mạn tính, xác định dựa trên các triệu chứng hô hấp và suy giảm chức năng phổi (FEV1, FEV1/FVC, khuếch tán khí và đáp ứng với thuốc giãn phế quản).

Kết quả: Trong 610 bệnh nhân bệnh phổi mạn gồm BPTNMT 66%, hen phế quản 30% và nhóm bệnh phổi hạn chế 4%. 80% là nam. Bệnh nhân HPQ có tuổi trẻ hơn nhóm BPTNMT (49 so với 58 tuổi, $p < 0.0001$).

Trong nhóm BPTNMT, 66% bệnh nhân hút thuốc (99% là nam, chỉ 1% là nữ) trong khi 34% bệnh nhân không hút thuốc (58% nữ và 42% nam). Chức năng phổi giảm nhiều hơn trên nhóm hút thuốc lá nặng (≥ 10 gói-năm) so với nhóm không hút thuốc: FEV1 sau test giãn phế quản (51.96 ± 18.17 % so với 62.43 ± 18.69 %, $p < 0.0001$) và khuếch tán khí (70.25 ± 22.10 % và 87.04 ± 19.48 %, $p < 0.0001$).

Trong nhóm HPQ, tình trạng dị ứng thường gặp 69%, và 90% bệnh nhân không có tình trạng dị ứng là nam. Dựa vào kết quả test lấy da, dị ứng nguyên thường gặp là mạt bụi nhà (DPF (22%), Blomia (19%), DPT (18%)) và gián (13%). Tỷ lệ dương tính của sIgE (≥ 0.7 U/mL) trong nhóm mạt bụi nhà là 45% (Blomia tropicalis) và 33% (Dermatophagoides pteronyssinus). Trong nhóm bệnh nhân dị ứng với Dermatophagoides pteronyssinus, tỷ lệ sIgE dương tính với Der p1, 2, 10 và 23 là 36%, 22%, 6% và 28%.

Kết luận: Tại thành phố Hồ Chí Minh, BPTNMT và HPQ thường gặp nhất trong nhóm bệnh phổi mạn tính. Trong nhóm BPTNMT, khói thuốc lá là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất ở nam, trong khi hơn 34% bệnh nhân không hút thuốc lá và chủ yếu là nữ. Nhóm hút thuốc lá giảm chức năng phổi nặng liên quan đến tình trạng tắc nghẽn và khả năng khuếch tán khí. Trong nhóm bệnh nhân bệnh phổi mạn tính, dị ứng nguyên thường gặp nhất là mạt bụi nhà và gián. IgE của dị nguyên mạt bụi nhà thường gặp trong khi tỷ lệ dương tính với các recombinant dưới 50% nên đây không phải là các thành phần dị nguyên chính, khác với

các nước phương Tây. Cần thêm các nghiên cứu sâu hơn để xác định thành phần dị nguyên chính để phát triển việc điều trị miễn dịch đặc hiệu.

(1) Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, (2) Bộ môn Nhi trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam; (3) Trường Y học cộng đồng (Đại học Tự Do Bruxelles - ULB), và (4) Khoa Miễn dịch dị ứng (Bệnh viện CHU Brugmann - Đại học Tự Do Bruxelles), Brussels, Bỉ.

SUMMARY: PHENOTYPING OF PATIENTS WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES IN HO CHI MINH CITY

**Ha Thi Chu (1), Isabelle Godin (3), Nguyễn Thanh Phương (1),
Lan Huu Nguyen (1), Tran Thi Mong Hiep (2), Olivier Michel (4).**

Objective: Phenotyping of patients with chronic respiratory diseases (CRD) in Ho Chi Minh City.

Design: an environmental questionnaire, skin prick tests for airborne and food allergens and blood specific IgE (sIgE) were obtained among patients with CRD, defined by respiratory symptoms and a significant lung function defect (FEV1, FEV1/FVC, total diffusion capacity and bronchodilator response).

Results: Among 610 CRD, 66% were COPD, 30% asthmatics and 4% restrictive diseases. There were 80% males. Asthma patients were younger than COPD patients, (49 and 58 years respectively, $p < 0.0001$). Among COPD, 66% were smokers (99% males and only 1% females) while 34% were non smokers (58% females and only 42% males). Among the COPD, compared to the non smokers, the heavy smokers (≥ 10 pack-year) had more severe lung function defects, based on the post-bronchodilator FEV1 (62.43 ± 18.69 % versus 51.96 ± 18.17 % of predicted value, $p < 0.0001$) and the total diffusion (87.04 ± 19.48 % versus 70.25 ± 22.10 % of predicted value, $p < 0.0001$).

Besides, in asthma group, allergic sensitization was frequent 69%, while most of non allergic patients were males with 90%. Based on SPT, the most frequent sensitizers were dust mites (DPF (22%), Blomia (19%), DPT (18%)) and cockroach (13%). The prevalence of positive sIgE (i.e. > 0.7 U/mL) against dust mites were 45% (Blomia tropicalis) and 33% (Dermatophagoides pteronyssinus). Among the patients sensitized to Dermatophagoides pteronyssinus, the prevalence of positive sIgE to recombinants Der p1, 2, 10 and 23 were 36%, 22%, 6% and 28%, respectively.

Conclusion: In HCMC, the most frequent types of CRD were COPD and asthma. If tobacco smoke is the most frequent risk factor of COPD among the males (females being rarely reached), more than 34 % were non smokers, mainly females. As expected, the heavy smokers had more severe lung function defect related to obstruction (FEV1) but also diffusion capacity. Among the CRD, dust mites and cockroach were the most frequent sensitizers. While the sIgE against an extract of dust mite allergens was frequent, the

prevalence of sensitization to pure (recombinant) allergens were < 50% suggesting that, in contrast to western countries, there were not major allergens. Major allergens should be identified in future studies with the aim to develop specific immunotherapy.

(1) Pham Ngoc Thach Hospital, and (2) Department of Paediatrics, Pham Ngoc Thach University of Medicine, Ho Chi Minh City, Vietnam; (3) School of Public Health (Université Libre de Bruxelles – ULB), and (4) Clinic of Immuno-allergology (CHU Brugmann - ULB), Brussels, Belgium.

salbutamol

Giảm triệu chứng khi xảy ra cơn hen

Phòng ngừa trước các tình huống đã biết sẽ khởi phát hen

Giảm co thắt phế quản cấp

- ✓ Người lớn: 100 – 200 mcg
- ✓ Trẻ em: 100 mcg, có thể tăng đến 200mcg nếu cần

Phòng ngừa co thắt phế quản do dị nguyên hoặc gắng sức

- ✓ Người lớn: 200 mcg
- ✓ Trẻ em: 100 mcg, có thể tăng đến 200mcg nếu cần

CÁC BƯỚC RÚT GỌN SỬ DỤNG BÌNH XỊT VENTOLIN INHALER



Bước 1: Mở nắp
Tháo nắp bình xịt bằng cách bóp nhẹ hai bên nắp



Bước 2: Lắc kỹ
Giữ bình xịt thẳng đứng, lắc kỹ bình xịt



Bước 3: Thở ra
Thở ra hết cỡ đến chừng nào còn cảm thấy dễ chịu



Bước 4: Ngậm kín
Đưa đầu ngậm vào miệng giữa hai hàm răng, khép môi xung quanh



Bước 5: Hit vào
Hit vào đồng thời ấn bình xịt. Ngay sau khi bắt đầu hít vào qua đường miệng, ấn bình xịt để phóng thích VENTOLIN trong khi vẫn đang hít vào một cách đều đặn



Bước 6: Nín thở
Lấy bình xịt ra khỏi miệng, nín thở cho đến khi còn cảm thấy dễ chịu

THÔNG TIN KÊ TOA

TRÌNH BÀY: VENTOLIN INHALER là một bình xịt định liều điều áp, được thiết kế đặc biệt để xịt vào miệng, mỗi lần xịt cung cấp 100 mcg salbutamol (dạng sulfate). Bình xịt này chứa chất đẩy HFA 134a không có CFC. Mỗi bình xịt ít nhất được 200 lần. **Tá dược:** 1,1,1,2-tetrafluoroethane (được biết với tên HFA 134a hoặc norflurane). **ĐẠNG BẢO CHẾ:** Hỗn dịch xịt qua bình xịt định liều điều áp. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp một bình xịt 200 liều. **CHỈ ĐỊNH:** Salbutamol là chất đồng vận chọn lọc trên thụ thể adrenergic beta2 được chỉ định để điều trị hoặc ngăn ngừa co thắt phế quản. Thuốc có tác dụng giãn phế quản ngắn (4 giờ) trong tắc nghẽn đường thở có khả năng hồi phục do hen, viêm phế quản mạn tính và khí phế thũng. Với những bệnh nhân hen, salbutamol có thể làm giảm triệu chứng khi xảy ra cơn hen và phòng ngừa trước các tình huống đã biết sẽ khởi phát cơn hen. Đối với những bệnh nhân hen dai dẳng, thuốc giãn phế quản không nên được sử dụng như là thuốc điều trị duy nhất hoặc như là thuốc điều trị chủ yếu. Đối với những bệnh nhân hen dai dẳng không đáp ứng với VENTOLIN, cần phải điều trị bằng corticosteroid dạng hít để đạt được và duy trì kiểm soát. Việc không đáp ứng với điều trị bằng VENTOLIN có thể là dấu hiệu bệnh nhân cần được đánh giá y khoa hoặc điều trị khẩn cấp. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** VENTOLIN có thời gian tác dụng từ 4 đến 6 giờ ở phần lớn bệnh nhân. Sử dụng ngày càng nhiều các chất đồng vận beta2 có thể là một dấu hiệu của bệnh hen ngày càng nặng lên. Trong những trường hợp này có thể cần tiến hành việc tái đánh giá kế hoạch điều trị của bệnh nhân và nên xem xét đến việc điều trị kết hợp với glucocorticosteroid. Khi dùng liều quá cao có thể gây ra tác dụng không mong muốn do đó chỉ nên tăng liều hay tăng số lần sử dụng thuốc khi có chỉ định của bác sỹ. VENTOLIN chỉ được xịt theo đường miệng. Những bệnh nhân cảm thấy khó khăn khi hít thuốc từ bình xịt định liều điều áp có thể sử dụng một buồng đệm kèm với VENTOLIN Inhaler. Ở nhũ nhi và trẻ nhỏ sử dụng VENTOLIN Inhaler có thể có lợi hơn khi dùng buồng đệm dành cho trẻ em cùng với mặt nạ (ví dụ BABYHALER™) (xem mục Các nghiên cứu lâm sàng). **GIẢM CO THẮT PHẾ QUẢN CẤP:** Người lớn: 100 mcg hoặc 200 mcg Trẻ em: 100 mcg. Có thể tăng liều lên đến 200 mcg nếu cần. **PHÒNG NGỪA CO THẮT PHẾ QUẢN GÂY RA DO DỊ NGUYÊN HAY GẮNG SỨC:** Người lớn: 200 mcg trước khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc gắng sức. Trẻ em: 100 mcg trước khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc gắng sức. Có thể tăng liều lên đến 200 mcg nếu cần. **ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠN TÍNH:** Người lớn: lên đến 200 mcg 4 lần mỗi ngày. Trẻ em: lên đến 200 mcg 4 lần mỗi ngày.



Tài liệu tham khảo: *Thông tin kê toa Ventolin Inhaler

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược-Bộ Y tế 0281/16/QLD-TT, ngày 05 tháng 09 năm 2016. Ngày 15 tháng 09 năm 2016 in tài liệu. Tài liệu này có 2 trang.

Thông tin chi tiết sản phẩm xem trang 1 và trang 2

VENTOLIN dùng khi cần nhưng không sử dụng vượt quá 4 lần một ngày. Sự phụ thuộc vào việc dùng thuốc bổ sung hoặc việc tăng liều đột ngột cho thấy bệnh hen đang tiến triển xấu đi (xem mục Cảnh báo và Thận trọng) **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Salbutamol chống chỉ định dùng cho những bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với bất kỳ thành phần nào có trong thuốc (xem mục Tác dụng). Các dạng bào chế không dùng theo đường tĩnh mạch của VENTOLIN không được sử dụng để ngăn chặn dạ sớm không biến chứng hay dọa sảy thai. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Việc quản lý bệnh hen thường nên tiến hành theo phương pháp tiếp xúc bậc thang, và sự đáp ứng của bệnh nhân nên được theo dõi trên lâm sàng và bằng các xét nghiệm chức năng phổi. Việc tăng sử dụng các thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn, đặc biệt là các chất đồng vận beta2 để làm giảm triệu chứng cho thấy tình trạng kiểm soát bệnh hen bị xấu đi. Khi đó, cần đánh giá lại kế hoạch điều trị của bệnh nhân. Tình trạng kiểm soát bệnh hen bị xấu đi đột ngột và tăng dần là có khả năng đe dọa tính mạng bệnh nhân và nên xem xét việc bắt đầu điều trị hay tăng liều điều trị với corticosteroid. Ở những bệnh nhân được coi là có nguy cơ, có thể tiến hành theo dõi lưu lượng đỉnh hàng ngày. Nên đặc biệt thận trọng khi dùng VENTOLIN ở những bệnh nhân bị cường giáp. Nguy cơ hạ kali huyết nặng có thể là kết quả của việc điều trị bằng chất đồng vận beta2 chủ yếu bằng đường tiêm và khí dung. Cần thận trọng đặc biệt đối với hen nặng cấp tính do tác dụng phụ này có thể bị khởi phát khi điều trị đồng thời với các dẫn xuất nhóm xanthin, các steroid, các thuốc lợi tiểu và khi thiếu oxy mô. Đối với những trường hợp này nên theo dõi nồng độ kali huyết thanh. Cũng như liệu pháp điều trị dạng hít khác, có thể phế quản nghịch lý có thể xuất hiện, làm tăng ngay tức thì triệu chứng khò khè sau khi dùng thuốc. Nên được điều trị ngay bằng dạng chế phẩm khác hoặc bằng một thuốc giãn phế quản dạng hít tác dụng nhanh khác nếu có sẵn. Nên ngừng sử dụng VENTOLIN Inhaler ngay và thay thế bằng một thuốc giãn phế quản nhanh khác để sử dụng tiếp nếu cần. Trường hợp liều dùng hiệu quả trước đây của VENTOLIN dạng hít nay không thể làm giảm triệu chứng hen trong ít nhất 3 giờ, bệnh nhân nên đi đến bác sỹ khám để được có thêm các bước điều trị cần thiết. Nên kiểm tra kỹ thuật hít thuốc của bệnh nhân để đảm bảo rằng hít thuốc đúng lúc bệnh nhân hít vào để việc đưa thuốc đến hai phổi là tối ưu. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Thường không nên kê toa cho bệnh nhân dùng salbutamol đồng thời với những thuốc ức chế beta không chọn lọc, như propranolol. VENTOLIN không có chống chỉ định cho những bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc ức chế monoamine oxidase (MAOIs). **THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** **Khả năng sinh sản:** Chưa có thông tin về ảnh hưởng của salbutamol đến khả năng sinh sản ở người. Không thấy tác dụng bất lợi trên khả năng sinh sản ở động vật (xem mục Dữ liệu an toàn tiền lâm sàng). **Thai kỳ:** Thuốc chỉ được cân nhắc sử dụng trong thai kỳ khi lợi ích điều trị cho mẹ vượt trội nguy cơ có thể có trên thai. Trong thời gian lưu hành thuốc trên toàn thế giới, hiếm gặp bất thường bẩm sinh các loại bao gồm chẻ vòm miệng và các dị tật ở chi đã được báo cáo ở con của những bệnh nhân đã từng được điều trị với VENTOLIN. Vài người trong số những người mẹ này đã sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau trong suốt thời kỳ mang thai. Do không phân biệt được dạng nhất quán của những dị tật và tỷ lệ các bất thường bẩm sinh thường gặp là 2 đến 3% nên chưa xác định được mối liên quan giữa VENTOLIN và dị tật. **Cho con bú:** Do salbutamol có thể được bài tiết vào sữa mẹ, việc dùng thuốc ở nên những bà mẹ cho con bú không được khuyến cáo trừ khi lợi ích điều trị mong đợi cho mẹ vượt trội bất cứ nguy cơ tiềm tàng nào. Chưa biết liệu salbutamol trong sữa mẹ có gây ra tác dụng có hại cho trẻ sơ sinh hay không. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không có báo cáo. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Tác dụng không mong muốn được liệt kê dưới đây được sắp xếp theo hệ cơ quan và tần suất. Tần suất được định nghĩa như sau: rất phổ biến ($\geq 1/10$), phổ biến ($\geq 1/100$ đến $<1/10$), không phổ biến ($\geq 1/1000$ đến $<1/100$), hiếm ($\geq 1/10.000$ đến $<1/1000$) và rất hiếm ($<1/10.000$), bao gồm những báo cáo riêng lẻ. Các biến cố rất phổ biến và phổ biến thường được xác định từ dữ liệu của các thử nghiệm lâm sàng. Các biến cố hiếm và rất hiếm thường được xác định từ các dữ liệu tự phát. **Rối loạn hệ miễn dịch:** Rất hiếm: Các phản ứng quá mẫn bao gồm phù mạch, mày đay, co thắt phế quản, hạ huyết áp và trụy mạch. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Hiếm: Hạ kali huyết. Hạ kali huyết nặng có thể là hậu quả của việc điều trị bằng chất đồng vận beta2. **Rối loạn hệ thần kinh:** Phổ biến: Rùng mình, đau đầu. Rất hiếm: Tăng hoạt động **Rối loạn tim:** Phổ biến: Nhịp tim nhanh. Không phổ biến: Đánh trống ngực. Rất hiếm: Loạn nhịp tim bao gồm rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất và ngoại tâm thu. **Rối loạn mạch:** Hiếm: Giãn mạch ngoại biên. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** Rất hiếm: Co thắt phế quản nghịch lý. **Rối loạn tiêu hóa:** Không phổ biến: Kích thích họng và miệng. **Rối loạn cơ xương và mô liên kết** Không phổ biến: Chuột rút. **Thông báo cho bác sĩ biết bất kỳ tác dụng không mong muốn nào liên quan đến thuốc** **QUẢ LIỆU:** Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến nhất của quá liều VENTOLIN là các biến cố thoáng qua do tác dụng dược lý của chất đồng vận beta (xem mục Cảnh báo và Thận trọng và Tác dụng không mong muốn). Có thể xuất hiện hạ kali huyết sau khi dùng quá liều VENTOLIN. Nên theo dõi lượng kali huyết thanh. Đã có báo cáo về nhiễm acid lactic có liên quan đến việc dùng liều cao cũng như quá liều chất đồng vận beta tác dụng ngắn, do đó trong các trường hợp quá liều có thể cần chỉ định theo dõi độ tăng lactate huyết thanh và hậu quả nhiễm toan chuyển hóa (đặc biệt nếu có thở nhanh kéo dài hoặc ngày càng xấu đi mặc dù đã hết các dấu hiệu co thắt phế quản khác như thở khò khè). **HẠN DÙNG:** 24 tháng kể từ ngày sản xuất. **BẢO QUẢN:** Đặt nắp bình xịt (dùng để chôn cất vào miệng) một cách dứt khoát và đóng nó vào đúng vị trí. Bảo quản VENTOLIN dưới 30°C. Tránh đông lạnh và ánh sáng mặt trời trực tiếp. Giống như hầu hết các thuốc hít đựng trong bình xịt, hiệu quả điều trị của thuốc có thể giảm đi khi bình xịt bị làm lạnh. Không nên đâm thủng, làm vỡ hay đốt bình chứa thuốc xịt kể cả khi bình hoàn toàn hết thuốc. **ĐỂ XA TẮM TAY TRẺ EM. ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TRƯỚC KHI DÙNG. NẾU CẦN THÊM THÔNG TIN XIN HỎI BÁC SỸ HOẶC DƯỢC SỸ. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG/ XỬ LÝ:** **Kiểm tra bình xịt của bạn:** Trước khi sử dụng lần đầu tiên, tháo nắp bình xịt bằng cách bóp nhẹ hai bên nắp, lắc kỹ bình xịt, và xịt 2 nhát vào không khí để chắc chắn rằng bình xịt hoạt động. Nếu bình xịt không được sử dụng trong 5 ngày trở lên, lắc kỹ bình xịt và xịt 2 nhát vào không khí để chắc chắn rằng bình xịt hoạt động. **Sử dụng bình xịt của bạn:** 1. Mở nắp bình xịt bằng cách bóp nhẹ hai bên của nắp. 2. Kiểm tra bình xịt cả bên trong và bên ngoài, kể cả chỗ ngậm vào miệng để xem có chỗ nào bị long ra hay không. 3. Lắc kỹ bình xịt để đảm bảo các vật lạ bị long ra đã được loại bỏ và các thành phần thuốc trong bình xịt được trộn đều. 4. Giữ bình xịt thẳng đứng giữa ngón tay cái và các ngón khác, với vị trí ngón tay cái ở đáy bình, phía dưới của chỗ ngậm. 5. Thở ra hết cỡ đến chừng nào còn cảm thấy dễ chịu và sau đó đưa chỗ ngậm vào miệng giữa hai hàm răng và khép môi xung quanh nhưng không cắn miệng bình. 6. Ngay sau khi bắt đầu hít vào qua đường miệng, ấn xuống vào phần đỉnh của bình xịt để phóng thích VENTOLIN trong khi vẫn đang hít vào một cách đều đặn và sâu. 7. Trong khi nín thở, lấy bình xịt ra khỏi miệng và đặt ngón tay lên phần đỉnh của bình xịt. Tiếp tục nín thở cho đến khi còn cảm thấy dễ chịu. 8. Nếu bạn tiếp tục xịt thêm liều khác, giữ bình xịt thẳng đứng và đợi khoảng nửa phút trước khi lặp lại các bước từ 3 đến 7. 9. Đặt nắp bình xịt lại bằng cách đẩy chặt nắp bình vào đúng vị trí. **CHÚ Ý:** Không thực hiện các bước 5, 6 và 7 một cách vội vàng. Điều quan trọng là bạn bắt đầu hít vào càng chậm càng tốt ngay trước khi vận hành bình xịt. Hãy tập luyện sử dụng trước gương vài lần đầu tiên. Nếu bạn thấy "sương" bốc ra từ đỉnh của bình xịt hoặc hai bên khoe miệng của bạn thì bạn nên bắt đầu lại từ bước 2. Nếu bác sỹ của bạn đưa ra hướng dẫn sử dụng khác, hãy làm theo một cách cẩn thận. Hãy nói cho bác sỹ của bạn biết nếu bạn còn có bất cứ vấn đề khó khăn nào. **VỀ SINH BÌNH XỊT:** Nên lau bình xịt của bạn ít nhất một lần một tuần. 1. Kéo bình chứa thuốc bằng kim loại ra khỏi vỏ nhựa của bình xịt và tháo rời nắp bình (dùng để chôn cất vào miệng). 2. Rửa kỹ vỏ nhựa dưới vòi nước ấm. 3. Làm khô vỏ nhựa kỹ lưỡng cả bên trong lẫn bên ngoài. 4. Lắp lại bình chứa thuốc bằng kim loại và nắp bình xịt. **KHÔNG ĐỂ BÌNH CHỨA THUỐC BẰNG KIM LOẠI VÀO NƯỚC. SẢN XUẤT BỞI Glaxo Wellcome S.A., Avda. de Extremadura, no 3 09400 Aranda de Duero (Burgos), Tây Ban Nha. ĐÓNG GÓI VÀ XUẤT XƯƠNG BỞI GlaxoSmithKline Pty Ltd Australia, 1061 Mountain Highway, Boronia, 3155 Victoria, Úc. Dựa trên GDS25/IP109; cấp ngày 14 tháng 4 năm 2014 VENTOLIN là nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. API VENINH 0614-09/140414. Số đăng ký: VN-18791-15. **PHÂN PHỐI BỞI:** Công ty Cổ phần Dược liệu TỰ 2 (Phytopharma), số 24 Nguyễn Thị Nghĩa, P. Bến Thành, Q.1, TP Hồ Chí Minh.**

VN/SAL/0023/16b - 09/09/2016

Thông tin chi tiết xin xem trong hướng dẫn sử dụng thuốc.

Vui lòng thông báo các tác dụng ngoại ý của thuốc về VPĐD của GSK Pte.Ltd, hoặc số điện thoại 0963905235, hoặc email: antoanthuoc@gsk.com

VPĐD GlaxoSmithKline Pte.Ltd.:

Cao ốc Metropolitan - Uni 701, 235 Đồng Khởi, Q. 1, TPHCM - ĐT: 08 38248744 - Fax: 08 38248742

Hanoi Tower Center - Unit 704, 49 Hai Bà Trưng, Q. Hoàn Kiếm, Hà Nội - ĐT: 04 39362608 - Fax: 04 39362602

TỈ LỆ MẮC BỆNH HÔ HẤP MÃN TÍNH VÀ HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN (COPD VÀ HEN PHẾ QUẢN) TRONG DÂN SỐ CHUNG Ở THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH.

Trần Ngọc Thanh^{1,2*}, Trần Bảo Ngọc¹, Isabelle Godin², Olivier Michel³, Catherine Bouland²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngoài hút thuốc lá, các yếu tố nguy cơ quan trọng khác của COPD nói riêng và bệnh hô hấp mãn tính (CRD) nói chung là ô nhiễm không khí, bệnh phổi nghề nghiệp và ô nhiễm bụi. Sự khác biệt trong môi trường trong nhà giữa các loại nhà khác nhau đã được xác định và nó có thể dẫn đến sự khác nhau trong việc phân bố tỉ lệ mắc bệnh trong cộng đồng dân cư sống trong các loại nhà khác nhau. Trong bối cảnh chưa có nhiều nghiên cứu thực hiện về ảnh hưởng của cấu trúc nhà và các yếu tố nguy cơ môi trường trong nhà lên sự phân bố bệnh trong dân số chung ở TPHCM thì nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định sự tỉ lệ mắc chung và sự khác biệt trong tỉ lệ mắc bệnh hô hấp mãn tính (trong đó có tỉ lệ mắc COPD và hen phế quản) ở những loại nhà khác nhau.

Phương pháp: 1561 người dân (506 hộ gia đình) trong độ tuổi từ 10-90 đã được thu nhận vào nghiên cứu cắt ngang này. Các thông tin thu thập bao gồm tình trạng sức khỏe hô hấp, đo chức năng hô hấp, các thông tin liên quan đến môi trường căn nhà đang sống. Odds ratios (OR) và khoảng tin cậy 95% được tính toán từ phân tích đa biến.

Kết quả: Tỉ lệ mắc CRD là 41.9% (654/1561), bao gồm các dạng của CRD. Trong đó, chỉ có 15,3% bệnh nhân đã được chẩn đoán từ trước. Tỉ lệ hen phế quản và COPD được phát hiện thông qua sự hiện diện của hội chứng tắc nghẽn là 5,3% (82/1561). Trong đó, tỉ lệ mắc tại quần thể người sống trong nhà nông thôn (49.5% and 9.9%) và nhà trọ (50.1% and 6,7%) cao hơn so với người sống trong nhà hình ống và căn hộ. Loại nhà là yếu tố có liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh ($p < 0.0001$). So với những người sống trong căn hộ, tỉ lệ mắc tại quần thể người sống trong nhà trọ (OR=3.04; 95%; CI=1.78-5.21) và nông thôn (OR=1.68; 95%CI=1.11-2.52) sau hiệu chỉnh với các yếu tố nguy cơ khác là cao hơn có ý nghĩa. Không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc giữa nhà ống và căn hộ (OR=1.1; 95%CI=0.76-1.6). Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh phổ biến ở loại nhà nông thôn là tuổi tác, giới tính, vật nuôi, dùng chất đốt sinh học. Còn ở nhà trọ thì tình trạng tường ẩm ướt, không có máy điều hòa phổ biến hơn các loại nhà khác. Nhà hình ống có tỉ lệ sử dụng chất đốt sinh học và thú nuôi trong nhà nhiều hơn căn hộ.

Kết luận: Loại nhà có liên quan đến tình trạng mắc bệnh hô hấp mãn tính ở cộng đồng dân cư TPHCM. Nhà trọ và nhà nông thôn là loại nhà cần được chú ý cải thiện cùng với các yếu tố có liên quan.

TỪ KHÓA

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), bệnh hô hấp mãn tính, ô nhiễm không khí trong nhà, loại nhà.

¹ Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

² Trường Đại học Tự do Brussels, Vương quốc Bỉ

³ Viện trường Brugmann - Trường Đại học Tự do Brussels, Vương quốc Bỉ

*Liên hệ: dr.tranngocthanh@pnt.edu.vn

PREVALENCE OF CHRONIC RESPIRATORY DISEASES AND OBSTRUCTIVE SYNDROME (COPD AND ASTHMA) IN GENERAL POPULATION IN HO CHI MINH CITY, VIETNAM.

Tran Ngoc Thanh, Tran Bao Ngoc, Isabelle Godin, Olivier Michel, Catherine Bouland

ABSTRACT

Background: Besides smoking, other risk factors of chronic respiratory diseases (CRD) are air pollution, occupational chemicals and dusts. Difference in indoor environmental among house types are found and it could lead to difference in prevalence of CRD in general and prevalence of obstructive syndrome (COPD and asthma) in particular. Few studies have assessed the impact of house construction and home environmental risk factors on CRD in general population of Ho Chi Minh city. This study is conducted to determine the difference in prevalence of CRDs among types of house.

Methods: 1561 people from 506 houses with aged 10 to 90 from 24 districts of Ho Chi Minh city, were enrolled in this cross-sectional study. Information on respiratory health, lung function, residential characteristics, and related CRD indoor environmental sources was obtained by a standard questionnaire and spirometry. Odds ratios (OR) and 95% confidence interval (95%CI) were estimated by multivariable logistic regression.

Results: Prevalence of general CRD is 41.9% (654/1561). It includes all types of CRD. There are 15.3% (11/654) patient has medical diagnosis. Asthma and COPD that is confirmed by obstructive syndrome (OS) is 5.3% (82/1561). Prevalence of CRD and prevalence of OS of rural house (49.5% and 9.9%) and rental house (50.1% and 6.7%) are higher than apartment and tube house. Type of house is a related factor of CRD (both CRD and OS group) ($p < 0.0001$). The odds of CRD were higher for those who lived in rental house (OR=3.04; 95% CI=1.78-5.21) and rural house (OR=1.68; 95% CI=1.11-2.52) than apartment. Tube house is equal in prevalence of CRD to apartment (OR=1.1; 95% CI=0.76-1.6). Related factors that are more popular in rural house are age, gender, presence of pets, biomass usage and educational level. In rental house, flooded or wet wall, no air-conditioner present more frequently than other type of houses. Tube house has more pets and biomass usage than apartment.

Conclusion: House type was associated with a likelihood of chronic respiratory morbidity among Ho Chi Minh citizens. Rental house, rural house and those typically CRD related factors in there should be improved.

CHỈ ĐỊNH NÀO CHO ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ COPD? LABA – LAMA HAY ICS

Trần Văn Ngọc (*)

Tóm tắt:

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

Quá trình viêm viêm trong COPD là viêm mạn tính và phức tạp do sự gia tăng các chất trung gian hoá ứng động bạch cầu đa nhân trung tính (IL8 và leukotriene B4) và cytokine tiền viêm (TNF alpha...). Đề kháng với corticoid trong COPD là do giảm HDAC2 (histone deacetylase 2), một chất có vai trò rất quan trọng trong việc gắn kết corticoid-thụ thể corticoid vào đơn vị histone trong nhân tế bào giúp ức chế tiến trình acetyl hoá dẫn đến ức chế sao chép sản xuất các chất gây viêm trong COPD.

Điều trị COPD chủ yếu là sử dụng các thuốc giãn phế quản một mình hay phối hợp như anticholinergic tác dụng kéo dài –LAMA và / hoặc kích thích beta 2 tác dụng kéo dài – LABA và hiện nay được xem như là điều trị đầu tay trong COPD tất cả các nhóm. Chúng đã chứng minh có sự cải thiện các chỉ số quan trọng như khó thở, tăng dung nạp gắng sức, chất lượng cuộc sống và giảm đợt cấp. ICS được chỉ định giới hạn trong COPD tăng bạch cầu ái toan, hội chứng ACOS hay bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao đợt cấp (nhiều hơn 1 đợt cấp hay 1 đợt cấp nhập viện) Corticoid hít và uống không được dùng đơn độc trong COPD.

WHAT IS THE INDICATION IN MAINTENANCE THERAPY OF COPD? LABA-LAMA OR ICS

Tran Van Ngoc(*)

COPD, a chronic inflammation of the airways, is characterized by the persistent airflow limitation that is usually progressive and associated with the enhanced chronic inflammatory response in the airways and the lung to noxious particles or gases. The airflows limitation is caused by the inflammatory fibrosis, mucus hypersecretion and bronchial constriction.

The inflammation in COPD is the chronic complex inflammation that caused by the increase of neutrophil chemotactic mediators (IL 8 and Leukotriene B4) and proinflammatory factors (TNF anpha ...). Resistance to corticoids in COPD is due to the decrease of HDAC2, an important molecule in the nuclear enzymes, and therefore leading to its decreased binding to the corticoid-corticoid receptor complex in the core histone and consequently associated to the decreased repression of transcription and enhanced inflammatory progress in COPD.

The long acting anticholinergics (LAMA) as monotherapy or combination with long acting beta 2 (LABA) is currently recommended as the first line therapy in COPD at all groups. In many clinical trials they showed the improvement of dyspnea, exercise endurance time, the quality of life and the rate of exacerbations. ICS is indicated in neutrophilia COPD, ACOS or in high risk group of exacerbation (> 1 exacerbation/year or 1 hospitalized exacerbation) and it must be not used as monotherapy in COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2015, 2016. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
2. Tashkin DP, Celli B, Senn S, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, Decramer M, for the UPLIFT study investigators: A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008; 359:1543–54.
3. Brusasco V, Hodder R, Miravittles M, Korducki L, Towse L, Kesten S. Health outcomes following treatment for six months with once daily tiotropium compared with twice daily salmeterol in patients with COPD. *Thorax*. 2003; 58:399-404.
4. Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB, Witek TJ Jr, Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest*. 2005; 127:809-817.
5. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2008; 359:1543-1554.
6. Anzueto A, Miravittles M. Efficacy of tiotropium in the prevention of exacerbations of COPD. *Thorax*. 2009; 3:103-111.
7. Rodrigo GJ, Castro-Rodriguez JA, Nannini LJ, Plaza Moral V, Schiavi EA. Tiotropium and risk for fatal and nonfatal cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review with meta-analysis. *Respir Med*. 2009; 103:1421-1429.
8. Jones PW, Rennard SI, Agusti A, et al. Efficacy and safety of once-daily aclidinium in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Res*. 2011; 12:55
9. Beeh KM, Singh D, Di Scala L, Drollmann A. Once-daily NVA237 improves exercise tolerance from the first dose in patients with COPD: the GLOW3 trial. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012; 7:503-513.
10. Bourbeau J, Christodoulopoulos P, Maltais F, et al. Effect of salmeterol/fluticasone propionate on airway inflammation in COPD: a randomised controlled trial. *Thorax*. 2007; 62:938-943.

11. Perng DW, Tao CW, Su KC, Tsai CC, Liu LY, Lee YC. Anti-inflammatory effects of salmeterol/fluticasone, tiotropium/fluticasone or tiotropium in COPD. *Eur Respir J*. 2009; 33:778-784.
12. Rabe KF, Timmer W, Sagkriotis A, Viel K. Comparison of a combination of tiotropium plus formoterol to salmeterol plus fluticasone in moderate COPD. *Chest*. 2008; 134:255-262.
13. Welte T, Miravittles M, Hernandez P, et al. Efficacy and tolerability of budesonide/formoterol added to tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 180:741-750.
14. Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, et al. Tiotropium in combination with placebo, salmeterol, or fluticasone-salmeterol for treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2007; 146:545-555.
15. Kazuhiro Ito, Misako Ito, W. Mark Elliott, et als. Decreased Histone Deacetylase Activity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The new england journal of medicine*; May 12, 2005

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

CẬP NHẬT VAI TRÒ CỦA CT ĐỊNH LƯỢNG TRONG COPD

TS. BS. Nguyễn Văn Thọ (*)

CT ngực được dùng để đánh giá những bất thường cấu trúc phổi trong COPD. Những bất thường này bao gồm khí phế thũng, bẫy khí, dầy thành phế quản, giãn phế quản, v.v. Thông thường, bác sĩ quan sát bằng mắt thường để nhận dạng và ước chừng mức độ bất thường. Tuy nhiên, cách đánh giá truyền thống này không thống nhất giữa các bác sĩ khác nhau hoặc giữa các lần khác nhau của cùng một bác sĩ. CT định lượng—phương pháp đánh giá CT khách quan dựa trên phần mềm máy tính—được phát triển để bổ sung cách đánh giá truyền thống. Bằng cách sử dụng phần mềm xử lý hình ảnh CT, những bất thường cấu trúc phổi có thể được đo lường khách quan và tin cậy. CT định lượng cung cấp các chỉ số sau: mức độ khí phế thũng (đại diện cho phá hủy nhu mô phổi), mức độ bẫy khí (đại diện cho tắc nghẽn đường dẫn khí nhỏ), kích thước phế quản lớn (đại diện cho tái cấu trúc đường dẫn khí). CT được dùng để bổ sung các xét nghiệm thường quy khác để làm sáng tỏ mối quan hệ cấu trúc-chức năng và để khảo sát kiểu hình COPD. Vì các chỉ số CT định lượng liên quan có ý nghĩa thống kê với các kết cục có ý nghĩa lâm sàng (triệu chứng lâm sàng, đợt cấp, nhập viện, tiến triển bệnh, và tử vong), các chỉ số này đã được dùng như các dấu ấn sinh học trong các nghiên cứu lớn đang diễn ra để nghiên cứu về sinh bệnh học, điều trị, và di truyền học của COPD. Trong khi CT chưa được khuyến cáo như là một thành phần trong việc đánh giá thường quy COPD, việc CT ngày càng được sử dụng rộng rãi cho mục đích khác đòi hỏi bác sĩ lâm sàng biết cách tận dụng các dữ liệu CT có sẵn, từ đó bổ sung cho việc đánh giá COPD toàn diện hơn. Bài trình bày này sẽ đi qua những phát hiện quan trọng, tiềm năng áp dụng, và các thách thức chính của CT định lượng trong COPD.

(*) Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Đại Học Y Dược TP.HCM

UPDATES ON QUANTITATIVE COMPUTED TOMOGRAPHY IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Nguyen Van Tho, MD, PhD

Department of Tuberculosis and Lung Diseases

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Computed tomography (CT) has been used to evaluate pulmonary structural changes in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). These changes include emphysema, air-trapping, bronchial wall thickening, bronchiectasis, etc. Traditionally, physicians evaluate these changes visually by identifying the abnormality and estimating the severity. However, the traditional method is subject to intra-observer and inter-observer variation. Quantitative CT—a computer-based method for objective evaluation of CT datasets—has been developed to complement the traditional method. By using CT image processing software, these structural changes can be measured objectively and robustly. Some measurements derived from the quantitative CT include the extent of emphysema (a surrogate for parenchymal destruction), the severity of air-trapping (for small-airway obstruction), and large-airway dimensions (for airway remodeling). Quantitative CT has been used to complement routine tests to shed light on the lung structure-function relation and to characterize COPD phenotypes. Because the CT measurements are significantly associated with clinically relevant outcomes (clinical symptoms, exacerbations, hospitalizations, disease progression, and mortality), they have been used as biomarkers in ongoing large cohorts to investigate the pathogenesis, therapeutics, and genetics of COPD. While qualitative CT is not currently recommended as part of the routine evaluation for COPD, the expanding use of CT now demands that clinicians understand how to treat relevant information that becomes available, which may complement to the more comprehensive evaluation of COPD. This presentation will highlight some important findings, potential applications, and major challenges of quantitative CT in COPD.



HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

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



THÔNG TIN KÊ TOA PULMICORT RESPULES (Budesonid)

THÀNH PHẦN: Mỗi 2 ml chứa budesonid 500 mcg. **DẠNG BẢO CHẾ:** Hỗn dịch khí dung dùng để hít. **DẠNG TRÌNH BÀY:** Hộp 4 gói x 5 ống 2 mL. **CHỈ ĐỊNH:** Điều trị hen phế quản. Sử dụng khi cần thiết phải thay thế hoặc giảm liều steroid đường uống. Điều trị viêm thanh quản - khí quản - phế quản cấp (bệnh Croup) ở nữ nhi và trẻ em. **LIỀU LƯỢNG:** Nên được sử dụng với máy khí dung thích hợp. Khi có lãng động thuốc, sau khi lắc mà thuốc không trở lại dạng hỗn dịch thì nên loại bỏ ống thuốc. **Hen phế quản:** Liều khởi đầu, hoặc trong giai đoạn hen nặng, hoặc trong thời gian giảm liều corticosteroid đường uống: Người lớn: 1-2 mg x 2 lần /ngày. Trẻ em: 0,5-1 mg x 2 lần /ngày. Điều trị duy trì: Nên dùng liều thấp nhất làm mất triệu chứng. Người lớn: 0,5-1 mg x 2 lần /ngày. Trẻ em: 0,25-0,5 mg x 2 lần /ngày. **Viêm thanh quản-khí quản-phế quản cấp (bệnh Croup):** ở trẻ em và nữ nhi: 2mg 1 lần. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với budesonid hay bất kỳ thành phần nào của thuốc. **THẬN TRỌNG:** *Có thất phế quản:* 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. *Tác động toàn thân có thể xảy ra khi dùng corticosteroid dạng hít:* ức chế trục HPA, giảm mật độ xương, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, chậm tăng trưởng ở trẻ ức chế trục HPA và suy tuyến thượng thận. Sự ức chế trục HPA phụ thuộc vào liều. Rất hiếm trường hợp rối loạn chức năng tuyến thượng thận có biểu hiện lâm sàng. Theo dõi dấu hiệu rối loạn chức năng tuyến thượng thận ở các bệnh nhân: chuyển từ corticosteroid dạng uống sang dùng PULMICORT, điều trị với corticosteroid liều cao trong trường hợp khẩn cấp, điều trị kéo dài với corticosteroid hít ở các liều khuyến cáo cao nhất, dùng đồng thời các thuốc chuyển hóa qua CYP3A4. Các bệnh nhân này có thể có dấu hiệu và triệu chứng suy thượng thận khi bị stress nặng như chấn thương, phẫu thuật, nhiễm khuẩn (đặc biệt là viêm dạ dày-ruột) hoặc các tình trạng do mất chất điện giải trầm trọng. Nên xem xét dùng thêm glucocorticosteroid toàn thân trong giai đoạn stress, cơn hen nặng hoặc phẫu thuật chọn lọc. Mật độ xương: Điều trị budesonid trên người trưởng thành ở các liều khuyến cáo không chứng tỏ tác động bất lợi trên khối lượng xương so với giả dược. Các số đo mật độ khoáng hóa xương ở trẻ em nên được phân tích thận trọng vì có thể phản ánh sự gia tăng thể tích xương. Sự tăng trưởng: Trẻ em điều trị bằng budesonid đường hít cuối cùng cũng đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành, có sự giảm tốc độ tăng trưởng lúc đầu, thường xảy ra trong năm đầu tiên. Thực hiện các phép đo chiều cao để nhận biết các bệnh nhân quá nhạy cảm và xác định liều thuốc thấp nhất có hiệu quả cho từng bệnh nhân. *Bệnh nhân nhiễm khuẩn và bệnh lao:* Liều cao glucocorticosteroids có thể che lấp dấu hiệu nhiễm khuẩn hiện tại và tình trạng nhiễm khuẩn mới, lưu ý trên các bệnh nhân: lao phổi, nhiễm nấm, vi khuẩn hoặc virus đường hô hấp tiềm ẩn hoặc tiến triển. *Chức năng gan:* Giảm chức năng gan có thể ảnh hưởng đến sự thải trừ corticosteroid. *Hệ thống phân phối dưới áp lực dương:* Không nên sử dụng ở các bệnh: tràn khí màng phổi, kén khí, tràn khí trung thất. *Khả năng gây ung thư và gây đột biến:* Không được ghi nhận trên chuột bạch. **PHỤ NỮ CÓ THAI HOẶC CHO CON BÚ:** *Phụ nữ có thai:* Nhóm A: Lợi ích của việc kiểm soát hen đã được đánh giá là vượt trội hơn so với các tác động ngoại ý có thể xảy ra cho mẹ và thai nhi. *Phụ nữ cho con bú:* Budesonid bài tiết qua sữa mẹ. Do liều dùng tương đối thấp nên thuốc hiện diện trong sữa cũng với một lượng thấp. Xem xét sử dụng Pulmicort trong thời gian cho con bú khi lợi ích cao hơn nguy cơ. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không ảnh hưởng. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Thận trọng khi điều trị lâu dài budesonid với các chất ức chế men CYP 450 như ketoconazol và itraconazole có thể làm tăng nồng độ budesonid toàn thân. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** *Thường gặp (> 1%):* khàn giọng, đau, kích thích cổ họng, kích thích lưỡi và miệng, khô miệng, nấm Candida miệng, ho. *Ít gặp (< 1%):* kích thích thanh quản, vị giác kém, tiêu chảy, buồn nôn, các phản ứng quá mẫn tức thời và muộn như phản ứng da (nổi mề đay, ban đỏ, viêm da), co thắt phế quản và phù mạch, phản ứng phản vệ, nhức đầu, chóng mặt, cảm giác khát, mệt mỏi, tăng cân. *Các tác động toàn thân có thể gặp khi dùng corticosteroid dạng hít:* Ức chế trục HPA: phụ thuộc liều, có thể xem như sự đáp ứng sinh lý; *Ức chế mật độ xương:* không ghi nhận khi dùng liều khuyến cáo trên người lớn, trên trẻ em sự gia tăng mật độ khoáng ở vùng xương có thể phản ánh sự tăng thể tích xương; *Giảm tốc độ phát triển ở trẻ em:* thường thoáng qua và cuối cùng cũng đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành. Hiếm gặp trường hợp thâm tím da, co thắt phế quản - điều trị bằng thuốc cường giao cảm beta 2 dạng hít, có ghi nhận triệu chứng rối loạn hành vi, kích thích, bồn chồn, trầm cảm. Có thể ngăn ngừa sự kích ứng da mặt khi sử dụng máy xông khí dung với mặt nạ bằng cách rửa mặt sau mỗi lần dùng. Có thể giảm nhiễm nấm candida bằng cách súc miệng sau mỗi lần hít. **HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG:** 1. Xoay nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại. 2. Giữ ống thuốc đơn liều hướng lên trên và mở ống bằng cách xoắn phần đỉnh (cánh). 3. Đặt phần mở của ống thuốc vào bình chứa của máy khí dung và bóp từ từ. Nếu chỉ dùng 1 mL, bóp thành phần bên trong ra cho đến khi mức chất lỏng đạt đến vạch chỉ. Bảo quản tránh ánh sáng đối với ống thuốc đã mở. Sử dụng ống thuốc đã mở trong vòng 12 giờ. Nên lưu ý nếu chỉ dùng 1 mL, phần thể tích còn lại sẽ không bảo đảm vô trùng. Trước khi dùng phần chất lỏng còn lại, xoay (lắc) nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại. **QUẢN LÝ LÂM SÀNG:** 1. Bệnh nhân không phụ thuộc corticosteroid đường uống: Điều trị với PULMICORT ở liều chỉ định cho hiệu quả điều trị trong vòng 10 ngày. Ở bệnh nhân có xuất tiết đàm quá mức, nên cho liệu trình 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 liều corticosteroid đường uống: thường dùng liều cao trước đây trong khoảng 2 tuần. Nên giảm liều corticosteroid đường uống từ từ tới liều thấp nhất có hiệu quả. Không nên thay đổi liều PULMICORT trong thời gian bệnh nhân còn sử dụng corticosteroid đường uống. Các triệu chứng dị ứng sớm có thể tái phát (như là viêm mũi, chàm, viêm kết mạc) hoặc bệnh nhân mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp, trầm cảm, mệt mỏi, thỉnh thoảng buồn nôn và nôn. Ở nữ nhi và trẻ em mắc bệnh Croup, liều thông thường 2 mg PULMICORT RESPULES dùng 1 lần. **NHÀ SẢN XUẤT:** AstraZeneca AB, SE 151-85 Sodertalje, Thụy Điển. **NHÀ NHẬP KHẨU VÀ PHÂN PHỐI:** Công ty Cổ Phần Dược Liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, TP. Hồ Chí Minh.

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của cục QLD - Bộ Y Tế: 0352/16/QLD-TT, ngày 27 tháng 12 năm 2016
Ngày in: ngày 10 tháng 01 năm 2017

Mọi chi tiết xin liên hệ VPĐD AstraZeneca

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

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

AstraZeneca

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN COPD – THỰC TẾ TẠI VIỆT NAM **Đỗ thị Tường Oanh(*)**

TÓM TẮT:

Chương trình phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH), dựa trên nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với phương pháp nghiên cứu được thiết kế chặt chẽ, đã được chứng minh mang lại sự cải thiện lâm sàng đáng kể ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). Những nguyên tắc chủ yếu của PHCNHH đã được chấp nhận rộng rãi và được áp dụng không bàn cãi ở nhiều cơ sở y tế trên thế giới. Chương trình PHCNHH đem lại những lợi ích như cải thiện khả năng gắng sức, giảm bớt mức độ khó thở, cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm bớt số lần nhập viện và số ngày nằm viện, giảm bớt lo âu và trầm cảm có liên quan đến BPTNMT với các bằng chứng loại A.

Chương trình PHCNHH là chương trình đa thành phần, trong đó tập vận động là thành phần cốt lõi bao gồm hai cách tập là tăng sức bền và tăng sức cơ; với các hình thức tập vận động chi dưới, vận động chi trên và vận động cơ hô hấp. Ngoài ra giáo dục sức khỏe, tham vấn và can thiệp dinh dưỡng và hỗ trợ tâm lý tâm thần kinh là những thành phần cần thiết giúp bổ sung và hoàn chỉnh chương trình. Các chương trình tập cho bệnh nhân ngoại trú bao gồm ít nhất 20 buổi tập hay kéo dài 6 – 8 tuần. Người bệnh nên được khuyến khích tập ít nhất 3 lần mỗi tuần, mỗi buổi tập kéo dài ít nhất 30 phút và nên có giám sát để đạt được hiệu quả tối ưu. Đối với những bệnh nhân không đạt được mức tập luyện này nên bố trí những khoảng nghỉ ngắn xen kẽ trong buổi tập.

Chương trình PHCNHH đã được công nhận là một trong những điểm quan trọng của điều trị và quản lý BPTNMT. Các bằng chứng về sự cải thiện khả năng gắng sức, khó thở, chất lượng cuộc sống khi áp dụng chương trình PHCNHH tốt hơn so với các biện pháp điều trị khác. Tuy nhiên, các nghiên cứu về PHCNHH cần được tiếp tục tiến hành nhằm tối ưu hóa hiệu quả của chương trình trên bệnh nhân BPTNMT và các nhóm bệnh nhân khác.

PULMONARY REHABILITATION FOR COPD PATIENTS – REALITY IN VIETNAM

Do thi Tuong Oanh

SUMMARY:

Pulmonary rehabilitation (PR), based on well – designed randomised controlled trials, has proved to significantly improve clinical outcomes in COPD patients. The PR principles have been widely accepted and applied in many medical units all around the world. The PR program brings many benefits such as improving exercise capacity and health-related quality of life, reducing perceived intensity of breathlessness, the number of hospitalizations and days in the hospital and anxiety and depression associated with COPD with evidence A.

PR is a multicomponents program in which exercise training is the cornerstone component with two types of training (endurance training and strength/ resistance training) and consist of three exercises (lower extremity exercise, arm exercise and ventilatory muscle training). Besides, health education, nutritional consult and intervention, psychological consideration and support can fulfill and complete the program. The outpatient program consist of at least 20 sessions or 6 – 8 weeks. The patients should be encouraged to exercise three times per week with duration of at least 30 minutes per sessions and should be supervised to have optimal effects. The patients who are difficult to reach this degree of exercise can apply interval training.

PR program has been approved as an important part of COPD treatment and management. Evidences of improved exercise tolerance, breathlessness, quality of life when apply PR program are better than other therapeutic options. More researchs of pulmonary rehabilitation program should be done to optimize the effect of PR on COPD patients and other chronic lung diseases.

RERERENCES

1. American Thoracic Society, European Respiratory Society ATS/ERS statement on Pulmonary Rehabilitation – Am J Respir Crit Care Med Oct 15 2013 Vol 188, Iss. 8, pp e13–e64.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Updated 2017. <http://www.goldcopd.org>
3. American College of Chest Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based practice guidelines; *Chest* 2007;131;4S-42S

(*) Trưởng Khoa COPD BV Phạm Ngọc Thạch

PHÁT HIỆN SỚM BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD): NÊN THỰC HIỆN NGAY TỪ ĐỢT CẤP LẦN ĐẦU.

TS.BS Nguyễn Văn Thành (*)

Tóm tắt:

Thực trạng chẩn đoán và quản lý COPD đang được xem như mới tiếp cận được phần nổi của khối băng chìm. Có nhiều nguyên nhân trong đó vấn đề phát hiện và chẩn đoán sớm là một yếu tố then chốt. Bài trình bày tổng quan này nhằm phân tích các bài viết, dữ liệu nghiên cứu về chẩn đoán, quản lý COPD, nhất là chẩn đoán sớm và quản lý ở cộng đồng từ đó đề xuất giải pháp. Một kế hoạch hành động và theo dõi ngay sau đợt cấp đầu tiên sẽ giúp tăng được tỷ lệ chẩn đoán để từ đó tăng hiệu quả quản lý và điều trị. Trong khi chờ các nghiên cứu đánh giá, với thực tế ở Việt Nam, cách tiếp cận như trên nên được xem là hợp lý, cụ thể và có tính thực hành hiện nay.

ABSTRACT: EARLY DETECTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD): IT SHOULD BE DONE RIGHT AFTER THE FIRST ACUTE EXACERBATION

Nguyen Van Thanh

The current state of COPD diagnosis and management is being seen as reaching the tip of the iceberg. There are many causes for this situation in which the problem of early detection and diagnosis is a key factor. This review presentation aims to analyze the literature, research data on the diagnosis, management of COPD, especially early diagnosis and management in the community, and propose a solution. An action plan and follow-up monitoring right after the first acute exacerbation will help increase diagnostic rates and so able to increase management and treatment effectiveness. While awaiting the evaluation for this, with the reality in Vietnam, this approach should be considered reasonable, concrete and practical at present.

(*) PCT Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

E-mail: thanhbk@hcm.vnn.vn

GIẢI PHÁP QUẢN LÝ COPD: KẾT HỢP SỨC MẠNH CỦA HỘI CHUYÊN NGÀNH, HỆ THỐNG Y TẾ VÀ BẢO HIỂM Y TẾ

PGS. TS. BS. Nguyễn Việt Nhung
Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương
Chủ tịch Hội Lao và bệnh Phổi Việt Nam

COPD là một bệnh mạn tính của phổi nhưng đồng thời kèm theo nhiều rối loạn toàn thân và bệnh lý phối hợp.

Chẩn đoán xác định COPD hiện nay thông thường tại bệnh viện chuyên khoa hoặc đa khoa tuyến tỉnh nơi có xét nghiệm hô hấp ký chuẩn, nhưng điều trị giai đoạn ổn định, lâu dài suốt đời thì rất nên ở cơ sở y tế tiện lợi nhất cho người bệnh với phác đồ chuẩn như ở trạm y tế xã phường, phòng khám quận huyện ... Tuy nhiên, với hệ thống y tế được phân cấp theo tuyến, bệnh viện theo hạng hiện nay có nhiều bất cập cho quản lý COPD cũng như các bệnh mạn tính khác, chăm sóc sức khỏe ban đầu, y tế cơ sở không sẵn có những phác đồ điều trị chuẩn hoặc không được chi trả bởi bảo hiểm y tế.

Một mặt bất cập từ các thầy thuốc chưa được cập nhật thường xuyên về chỉ định phác đồ điều trị chuẩn, về đánh giá tiên lượng vì vậy chất lượng điều trị không cao, không đáp ứng được yêu cầu của người bệnh, nhất là những người bệnh đã từng điều trị ở tuyến trên.

Một mặt khác, bất cập thuộc về cơ chế bảo hiểm y tế, vì sợ bị lạm dụng, vỡ quỹ ... nên đã có quy định ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, y tế cơ sở chỉ có những danh mục thuốc thông thường, các kỹ thuật đơn giản dẫn đến người bệnh không được tiếp cận với điều trị chuẩn, hiệu quả thấp và mất lòng tin với y tế cơ sở, vượt tuyến, gây quá tải tuyến trên.

Bệnh viện Phổi Trung ương, Chương trình chống lao Quốc gia đã triển khai mô hình tiếp cận thực hành xử trí tốt bệnh hô hấp từ tuyến cơ sở, bao gồm lao, hen, COPD và viêm đường hô hấp gọi tắt là PAL đã thu được nhiều kết quả khả quan.

Bản chất của mô hình này là chuẩn hóa kỹ thuật, lồng ghép quản lý nguồn lực, tiếp cận từ triệu chứng và lấy người bệnh làm trung tâm. Vì vậy, để mô hình hoạt động hiệu quả đòi hỏi phát triển hướng dẫn kỹ thuật, đào tạo nâng cao năng lực từ tuyến cơ sở có sự hỗ trợ chặt chẽ từ các tuyến trên và sự vào cuộc của bảo hiểm y tế để phác đồ chuẩn có ở tất cả các cơ sở y tế đã được chuẩn hóa kỹ thuật.

Đó chính là sự kết hợp sức mạnh của Hội chuyên ngành, Hệ thống Y tế và Bảo hiểm Y tế để COPD cũng như các bệnh mạn tính được quản lý tốt nhất tại Việt Nam.

COPD MANAGEMENT APPROACH: JOINT EFFORT OF PROFESSIONAL SOCIETY, HEALTH CARE SYSTEM AND HEALTH INSURANCE

A/prof. Nguyen Viet Nhung, MD., PhD.

Director, National Lung Hospital

President, VATLD

COPD is a chronic lung disease but commonly with disorders of the whole body system and comorbidities.

Diagnosis of COPD with standard spirometry measurements is currently made in specialized hospital or provincial general hospital, but stable COPD long term, whole life managements should be in convenient health facilities with standardized regimens such as communal health posts, district clinics ... Anyway, there are many unmet needs in term of management of COPD and other chronic diseases with the health system decentralized by levels and hospitals categorized by classes. Primary health care at the root level there are not standard regimens available or not eligible for health insurance reimbursement.

One site, the unmet needs come from health care staff who is not regularly update with guidelines on diagnosis, treatment, evaluation and prognosis, therefore quality of care is not met people's requirement, especially the patients who used to receive service from higher level hospitals.

Other hand, the unmet needs come from health insurance mechanism, due to protect the fund, avoiding over use so they issued regulation that at the root level there are only simple drugs, technics. Consequently, people can not access to standard health care services and low effective intervention and must go over levels and finally cause over loading at provincial and central hospitals.

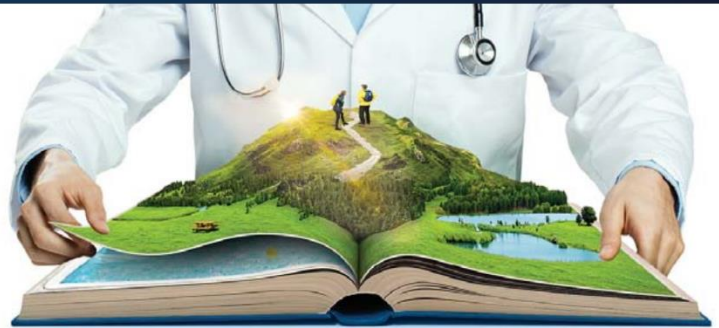
The National Lung Hospital - National TB control Program has implemented the practical approach to lung health (PAL) initiative to manage respiratory diseases including TB, asthma, COPD and respiratory infection from the root level with quite good results.

The nature of PAL is that standardization of technical guideline, integration of management and resources with symptomatic, people centered approach. Therefore, the model need to develop a standard professional guideline and training, capacity building for staff at the root level with collaboration with higher levels and involvement of health insurance in order to make standard health care service available in every health care facilities.

So, there is strong need of a so called joint efforts of professional society, health system and health insurance in order to provide an optimal care for COPD and other chronic disease patients in Viet Nam.



NGÀY MỘT LẦN
ultibro
breezhaler
 Indacaterol/Glycopyrronium 110/50 mcg
 Chất đồng vận beta2/kháng cholinergic



GIẢM TRIỆU CHỨNG và GIẢM CÁC ĐỢT CẤP ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)¹

THÔNG TIN KÊ TOA

DẠNG BÀO CHẾ: nang cứng chứa bột thuốc dạng hít. **HOẠT CHẤT:** Mỗi nang chứa indacaterol (dưới dạng indacaterol maleat) 110mcg; Glycopyrronium (dưới dạng Glycopyrronium bromide) 50mcg. **CHỈ ĐỊNH:** Ultibro Breezhaler là thuốc giãn phế quản được chỉ định dùng một lần trong ngày trong điều trị duy trì để làm giảm triệu chứng và làm giảm các đợt cấp ở bệnh nhân mắc bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn (COPD). **LIỀU DÙNG:** Liều được khuyến cáo là dùng ống hít Ultibro Breezhaler một lần trong ngày với lượng thuốc chứa trong 1 viên nang 110/50 mcg. **Suy giảm chức năng thận:** có thể sử dụng ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng thận từ nhẹ đến trung bình. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng hoặc bệnh thận giai đoạn cuối cần lọc máu nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ. **Suy giảm chức năng gan:** có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng gan từ nhẹ đến trung bình. Chưa có dữ liệu trên bệnh nhân suy gan nặng. **Trẻ em:** Không sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân dưới 18 tuổi. **Người cao tuổi:** có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều được khuyến cáo cho bệnh nhân trên 75 tuổi. **CÁCH DÙNG:** Chỉ dùng viên nang Ultibro Breezhaler theo đường hít qua miệng và chỉ dùng với ống hít Ultibro Breezhaler. Không được nuốt viên nang Ultibro Breezhaler. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Bệnh nhân quá mẫn với indacaterol, một thành phần của Ultibro Breezhaler, hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Không dùng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc có chứa chất đồng vận beta-adrenergic tác dụng kéo dài hoặc các thuốc đối kháng thụ thể muscarinic tác dụng kéo dài. **Hen phế quản:** Không dùng Ultibro Breezhaler để điều trị hen phế quản do thiếu các dữ liệu cho chỉ định này. **Không sử dụng trong trường hợp cấp tính:** Ultibro Breezhaler không được chỉ định để điều trị các cơn co thắt phế quản cấp. **Quá mẫn liên quan đến indacaterol:** Nếu xuất hiện các dấu hiệu của phản ứng dị ứng (đặc biệt là khó thở hoặc khó nuốt, sưng lưỡi, môi và mặt, nổi mề đay, phát ban da), nên ngừng dùng thuốc ngay và có biện pháp điều trị thích hợp. **Co thắt phế quản nghịch lý:** Giống như các liệu pháp điều trị dạng hít khác, dùng Ultibro Breezhaler có thể dẫn đến co thắt phế quản nghịch lý, có khi đe dọa đến tính mạng. Nếu xuất hiện biểu hiện co thắt phế quản nghịch lý, nên ngừng dùng Ultibro Breezhaler ngay lập tức và có biện pháp điều trị thích hợp. **Tác dụng kháng cholinergic liên quan đến glycopyrronium:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân bị glaucom góc đóng hoặc bí tiểu. **Bệnh nhân suy giảm nặng chức năng thận:** Chỉ sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng (tốc độ lọc cầu thận ước tính dưới 30 mL/phút/1,73 m²) bao gồm các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần lọc máu trong trường hợp lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ và nên được theo dõi chặt các phản ứng bất lợi của thuốc. **Tác dụng toàn thân của các chất đồng vận beta:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân có bệnh lý tim mạch (bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim cấp, loạn nhịp tim, tăng huyết áp), bệnh nhân mắc động kinh hoặc nhiễm độc tuyến giáp và các bệnh nhân có đáp ứng bất thường với các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler nhiều lần hơn hoặc ở liều cao hơn khuyến cáo. **Tác dụng trên tim mạch của các chất đồng vận beta:** Ultibro Breezhaler có thể gây ảnh hưởng trên tim mạch có ý nghĩa lâm sàng ở một số bệnh nhân thể hiện qua tăng nhịp tim, huyết áp, có hoặc không có triệu chứng. Trong trường hợp này, cần cân nhắc ngừng dùng thuốc. Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến kéo dài khoảng QTc chưa được ghi nhận trong các thử nghiệm lâm sàng của Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Hạ kali máu của các chất đồng vận beta:**

Ngày in tài liệu: ngày 19 tháng 7 năm 2017. Tài liệu gồm 2 trang.
 Thông tin chi tiết sản phẩm vui lòng xem trang 2
 Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký thông tin thuốc của Cục QLD – BYT:
 0257/17/QLD-TT, ngày 12 tháng 07 năm 2017

Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến hạ kali máu chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu lâm sàng với Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Tăng glucose máu với các chất đồng vận beta:** Bệnh nhân đái tháo đường nên được theo dõi chặt hơn khi bắt đầu điều trị bằng Ultibro Breezhaler. Ultibro Breezhaler chưa được nghiên cứu trên bệnh nhân đái tháo đường không được kiểm soát tốt đường huyết. **PHẢN ỨNG BẤT LỢI CỦA THUỐC:** Hồ sơ về độ an toàn của Ultibro Breezhaler được trình bày dựa trên dữ liệu ghi nhận được với Ultibro Breezhaler và các thành phần riêng lẻ của thuốc. **Phổ biến ($\geq 1/10$):** nhiễm trùng đường hô hấp trên; **thường gặp ($\geq 1/100$ đến $< 1/10$):** viêm họng hầu, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm xoang, viêm mũi, chóng mặt, đau đầu, ho, đau họng hầu bao gồm cả kích ứng cổ họng, ăn không tiêu, sâu răng, đau cơ xương, sốt, đau ngực; **ít gặp ($\geq 1/1,000$ đến $< 1/100$):** quá mẫn, đái tháo đường và tăng đường huyết, mất ngủ, dị cảm, glaucom, bệnh thiếu máu cơ tim, rung nhĩ, nhịp nhanh, đánh trống ngực, chảy máu cam, khô miệng, ngứa/phát ban, chuột rút, đau cơ, tắc nghẽn bàng quang và ứ nước tiểu, phù ngoại biên, mệt mỏi. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Chưa có nghiên cứu tương tác thuốc – thuốc đặc hiệu được thực hiện trên Ultibro Breezhaler. Thông tin về khả năng tương tác của Ultibro Breezhaler dựa trên khả năng gây tương tác của từng thành phần của thuốc. **Tương tác liên quan đến indacaterol:** Không nên dùng Ultibro Breezhaler cùng các thuốc chẹn beta-adrenergic (bao gồm cả các thuốc nhỏ mắt). Trong trường hợp cần thiết, nên ưu tiên lựa chọn các thuốc chẹn beta-adrenergic chọn lọc trên tim, nhưng nên sử dụng thận trọng. Thận trọng khi sử dụng với các thuốc có khả năng kéo dài khoảng QTc (thuốc ức chế monoamine oxidase, thuốc chống trầm cảm ba vòng...) vì có thể làm tăng nguy cơ gây loạn nhịp thất. Sử dụng đồng thời với các thuốc cường giao cảm khác (đơn độc hoặc ở trong dạng phối hợp) có thể làm tăng tác dụng bất lợi của indacaterol. Sử dụng đồng thời với các dẫn chất methylxanthin, các steroid, các thuốc lợi tiểu không giữ kali có thể làm tăng tác dụng hạ kali máu của các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. **Tương tác liên quan đến chuyển hóa và vận chuyển thuốc:** Mức độ phơi nhiễm thuốc tăng do tương tác thuốc với các thuốc ức chế mạnh và đặc hiệu CYP3A4 và P-gp (như ketoconazol, erythromycin, verapamil và ritonavir) nhưng không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến độ an toàn của thuốc. **Tương tác liên quan đến glycopyrronium:** Sử dụng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc kháng cholinergic dạng hít không được khuyến cáo. Dự kiến không có tương tác thuốc khi dùng glycopyrronium đồng thời với cimetidin hoặc các thuốc ức chế hệ vận chuyển cation hữu cơ khác. **ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT:** **Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản:** Chưa có các khuyến cáo đặc biệt cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. **Phụ nữ có thai:** Chưa có các dữ liệu trong việc sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ có thai. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler trong thời kỳ mang thai nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên thai nhi. **Phụ nữ cho con bú:** chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ đang cho con bú khi lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên trẻ em. **Khả năng sinh sản:** không cho thấy ảnh hưởng của thuốc trên khả năng sinh sản của cả nam và nữ. **Quá trình chuyển dạ và sinh con:** Tương tự các thuốc đồng vận beta2-adrenergic khác, Ultibro Breezhaler có thể ức chế quá trình chuyển dạ do tác dụng giãn cơ trơn tử cung. **QUÁ LIỀU:** Quá liều có thể dẫn đến tác dụng kích thích quá mức beta2-adrenergic điển hình như nhịp nhanh, run, đánh trống ngực, đau đầu, buồn nôn, nôn, buồn ngủ, rối loạn nhịp thất, nhiễm acid chuyển hóa, hạ kali máu và tăng glucose huyết hoặc có thể gây ra tác dụng kháng cholinergic, như tăng nhãn áp (gây đau, rối loạn thị giác hoặc đỏ mắt), táo bón hoặc tiểu khó. Điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng được chỉ định trong trường hợp này. Trong trường hợp nghiêm trọng, nên cho bệnh nhân nhập viện. Sử dụng các thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim có thể được cân nhắc để điều trị các triệu chứng cường beta2-adrenergic nhưng phải dưới sự giám sát của bác sĩ và cần hết sức thận trọng vì sử dụng các thuốc chẹn beta-adrenergic có thể gây co thắt phế quản. **HẠN DÙNG:** 18 tháng. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp gồm 5 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 ống hít; Hộp gồm 1 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 ống hít; Hộp gồm 2 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 ống hít. **BẢO QUẢN:** Không bảo quản thuốc trên 30°C. Tránh ẩm. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler sau ngày “EXP” ghi trên vỏ hộp. Ultibro Breezhaler phải được giữ ngoài tầm quan sát và tầm với của trẻ em. **NHÀ SẢN XUẤT:** Novartis Pharma Stein AG, Schaffhauserstrasse, 4332 Stein, Thụy Sĩ. **NHÀ NHẬP KHẨU:** Công ty cổ phần Dược liệu Trung Ương 2, số 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

ULT 052 - 17-07-2017

Tài liệu tham khảo: 1. Thông tin kê toa sản phẩm Ultibro® Breezhaler®

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

TP. Hồ Chí Minh: Lầu 10, Tòa nhà Centec, 72-74 Nguyễn Thị Minh Khai, P6, Q3. ĐT: (08) 3823 9090 - Fax: (08) 3823 9595

Hà Nội: Lầu 12A, Tòa nhà Geleximco, 36 Hoàn Cầu, Quận Đống Đa. ĐT: (04) 3217 1255 - Fax: (04) 3217 1256



 NGƯỜI MỘT LẦN

ultibro®

breezhaler®

Indacaterol/Glycopyrronium 110/50 mg

Chất đồng vận beta2/kháng cholinergic

LÀM THẾ NÀO ĐỂ PHÒNG NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ ĐỢT CẤP COPD

LÊ TIẾN DŨNG *

Tóm tắt: Chẩn đoán và điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đã thay đổi. GOLD 2017 nhấn mạnh cá thể hóa điều trị bao gồm (xuống) thang điều trị. Kết hợp LABA/LAMA và sử dụng thích hợp ICS sẽ tối ưu hóa hơn mô hình chiến lược điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định. Các điều trị không dùng thuốc tiếp tục được mở rộng và đa dạng hóa các xu hướng chuyên biệt của Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định. Các nghiên cứu RCT cho thấy ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp, dẫn phế quản kép thì tốt hơn dẫn phế quản đơn trị và ICS/LABA. Tuy nhiên, các nghiên cứu RCT không cho thấy một phản ánh thật sự trong điều trị ở khoa lâm sàng. Nhiều nghiên cứu (INSTEAD, OPTIMO, DACCORD, CRYSTAL...) cung cấp thông tin của chuyển đổi điều trị, ở cả nghiên cứu RCT và đời thật. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy eosinophil máu là chỉ điểm hiệu quả trực tiếp với việc giảm đợt cấp khi sử dụng ICS. Các nghiên cứu này cũng cho thấy bệnh nhân Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ hưởng lợi với điều trị ICS/LABA gồm những bệnh nhân có nhiều cơn cấp, có kiểu hình hen, ACO, viêm Th2 với eosinophil trội.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, GOLD, LABA/LAMA, ICS/LABA

HOW TO EFFECTIVE PREVENTION AND TREATMENT OF ACUTE EXACERBATION COPD?

LE TIEN DUNG

Abstract: Diagnosis and treatment of COPD are changing. The GOLD 2017 assessment scheme promotes individualisation of treatment including (de-)escalation of therapy. LABA/LAMA combinations and the appropriate use of ICS will prompt further refinement of treatment paradigms for stable COPD. Non-pharmacological treatments continue to expand and diversify at specific aspects of chronic stable COPD. RCTs indicate that in low-risk patients, dual bronchodilation is superior to bronchodilator monotherapy and ICS/LABA. However, RCTs do not provide a true reflection of treatment in a clinical setting. Several trials (INSTEAD, OPTIMO, DACCORD, CRYSTAL...) provide information on switching treatment, in both RCT and real-world settings. A lot of trials prove blood eosinophils directed potential marker of exacerbation reduction with ICS. They also show COPD patients benefit with ICS/LABA including having many exacerbations and having asthmatic phenotype, ACO, Th2 inflammation eosinophil predominant.

Keywords: COPD, GOLD, LABA/LAMA, ICS/LABA

* PGS TS, Trưởng khoa hô hấp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP VÀ BPCO (COPD)

Gerard P. BODY MD

France, 51000 Châlons en Champagne

gerard_body@yahoo.fr

Giới thiệu:

Trong viêm phế quản mãn tính (BPCO hay COPD), giống như các nguyên nhân khác của khó thở mãn tính, việc không hoạt động của các cơ hô hấp sẽ thúc đẩy sự thay đổi tình trạng các cơ bằng cách làm giảm Mitochondries, các men chuyển hóa năng lượng, mao mạch trong các cơ hô hấp. Việc làm trầm trọng thêm sự khó thở do nguyên nhân ngoại biên sẽ kèm theo sự lo âu, trầm cảm và giảm đi chất lượng của đời sống xã hội bệnh nhân. Hiện tượng không hoạt động của cơ hô hấp xuất hiện rất sớm trong bệnh sử của BPCO (COPD), ngay từ giai đoạn I.

Nền tảng của việc phục hồi chức năng hô hấp:

Phục hồi chức năng hô hấp là một chương trình chăm sóc bệnh nhân bao gồm: luyện tập thể lực và giáo dục trị liệu, trong đó có sự tham gia của sự chăm sóc về tâm lý, theo dõi về dinh dưỡng, chăm sóc về mặt xã hội, bởi các nhân viên y tế, bác sĩ hay các nhân viên khác không phải là bác sĩ. Sự phối hợp các hoạt động chăm sóc bệnh nhân được bảo đảm bởi một nhóm nhân viên y tế làm việc quanh bác sĩ chuyên khoa phổi hay bác sĩ về phục hồi chức năng được đào tạo đặc biệt. Sự phân tích tổng hợp về các công trình nghiên cứu COCHRANE Library từ năm 1992 đã đủ để khẳng định nhận định này. Việc phục hồi chức năng hô hấp không làm thay đổi chức năng hô hấp (rối loạn tắc nghẽn không thể hồi phục được) nhưng sẽ làm bệnh nhân đỡ khó thở hơn, đi lại tốt hơn và nhất là chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tốt hơn. Việc phục hồi chức năng khi chăm sóc trực tiếp sẽ hiệu quả về mặt kinh tế. Đó là sự hiệu quả trên chỉ số về tuổi thọ dựa trên chất lượng cuộc sống (quality-adjusted life year).

Thông tin hiện tại về phục hồi chức năng hô hấp:

Phần trình bày sẽ tóm lược một vài vấn đề thực tế về việc kích thích điện tử thần kinh cơ và chăm sóc đối với triệu chứng khó thở, hỗ trợ dinh dưỡng, lên chương trình cụ thể cho từng bệnh nhân, luyện tập cơ hô hấp. Việc chọn lựa cách thức đánh giá sẽ được đề cập tới (kiểm tra về việc đi bộ 6 phút, chỉ số chất lượng sống)

Cụ thể, chúng tôi sẽ trình bày ngắn gọn chương trình của chúng tôi về phục hồi chức năng hô hấp, đánh giá ban đầu, bao gồm việc đánh giá chức năng tim phổi (VO₂max) và chẩn đoán về việc giáo dục, phương pháp, đội ngũ làm việc, theo dõi và lượng giá kết quả.

Tóm lược:

- Phục hồi chức năng hô hấp được chỉ định cho các bệnh nhân BPCO (COPD) có biểu hiện khó thở
- Chương trình làm việc phối hợp nhiều chuyên khoa
- Chương trình phục hồi chức năng được cân nhắc kỹ lưỡng và thích ứng với điều kiện địa phương (nhân viên y tế, trang thiết bị, nền tảng văn hóa)
- Chương trình được thiết lập cho từng bệnh nhân dựa trên cơ sở đánh giá về y khoa và chẩn đoán về giáo dục sức khỏe.

Tài liệu tham khảo:

- Lacasse Y, Cates C J, McCarthy B, Welsh E J. Editorial: This Cochrane Review is closed: deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD. 18 November 2015 <http://www.cochranelibrary.com/editorial/10.1002/14651858.ED000107>
- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. 24 February 2015. http://www.cochrane.org/CD003793/AIRWAYS_pulmonary-rehabilitation-for-chronic-obstructive-pulmonary-disease
- Prefaut C, Ninot G. La Réhabilitation du Malade Respiratoire Chronique. Masson ed. Paris, 2009.

RESPIRATORY REHABILITATION AND COPD

Gerard P. BODY, MD

France, 51000 Châlons en Champagne
gerard_body@yahoo.fr

Background

In COPD, as in other causes of chronic dyspnea, inactivity favors deconditioning with depletion of muscles into mitochondria, energetic metabolism enzymes, and blood capillaries. This aggravation of dyspnea, of peripheral origin, is accompanied by anxiety, depression and a reduction in social life. This inactivity appears very early in the history of COPD, from stage 1. Respiratory rehabilitation is a program of care including: physical training and therapeutic education, taking into account the psychological component, nutritional monitoring, the social component, by health professionals, physicians and non-physicians. Co-ordination of care is provided by a restricted group around a specifically trained pneumologist or rehabilitation physician. The COCHRANE Library meta-analyses since 1992 are sufficiently conclusive. The rehabilitation does not modify the respiratory function (irreversible obstruction) but improves the dyspnea, the test of walk and especially the quality of life. Rehabilitation is economically effective in direct care. It is effective on the quality-adjusted life year index of life expectancy.

Respiratory Rehabilitation News

The presentation summarizes some current questions on neuromuscular electrostimulation, management of dyspnea, nutritional support, personalization of programs, and training of respiratory muscles. The choice of assessment methods is discussed (6-minute walking test, quality of life scores).

As an example, we briefly present our respiratory rehabilitation programs: initial assessment, including cardiorespiratory effort test (VO₂max) and educational diagnosis, methods, team, follow-up and an overview of the results.

In summary

- Respiratory rehabilitation is indicated for COPD patients with dyspnea.
- The program is multidisciplinary
- The Rehabilitation program is well thought out and adapted to local conditions (health actors, equipment, culture)
- The program is personalized on the basis of the medical assessment and the educational diagnosis.

Bibliography

- Lacasse Y, Cates C J, McCarthy B, Welsh E J. Editorial: This Cochrane Review is closed: deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD. 18 November 2015 <http://www.cochranelibrary.com/editorial/10.1002/14651858.ED000107>
- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. 24 February 2015. http://www.cochrane.org/CD003793/AIRWAYS_pulmonary-rehabilitation-for-chronic-obstructive-pulmonary-disease
- Prefaut C, Ninot G. La Réhabilitation du Malade Respiratoire Chronique. Masson ed. Paris, 2009.

CÁC CA LÂM SÀNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

TS.BS. Lê Thượng Vũ

Năm 2012, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trở thành nguyên nhân tử vong thứ ba trên thế giới. Tỷ suất mắc cao và việc tử suất chưa được cải thiện nhờ điều trị giải thích lý do bệnh góp phần vào tử vong cao khắp thế giới. Xu hướng tiếp cận chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm 2017 tập trung vào chẩn đoán sớm và chính xác bệnh sử dụng CT scan và hô hấp ký, cũng như chẩn đoán những bệnh đồng mắc góp phần quan trọng vào tử suất và tật bệnh. Điều trị theo GOLD nhấn mạnh trị liệu thuốc với dẫn phê quản là điều trị trung tâm bên cạnh đó tiếp tục khẳng định nhu cầu điều trị toàn diện hô hấp, tim mạch, tâm thần... cũng như tích hợp phục hồi chức năng hô hấp với vận động liệu pháp, giáo dục và dinh dưỡng. Các ca lâm sàng từ thực tế lâm sàng trong và ngoài nước sẽ giúp minh họa sinh động các vấn đề chẩn đoán và điều trị bệnh từ giai đoạn ổn định đến trong đợt cấp.

CASE REPORTS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Le Thuong Vu, M.D., Ph.D.

In 2012, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) becomes the third leading cause of death in the world. High prevalence and the fact that mortality was still unable to improve by treatment could explain the high contribution of the disease to cause death worldwide. Trends in COPD diagnosis of 2017 focus on early and accurate diagnosis using CT scan and spirometry, as well as diagnosis of co-morbidities that contribute importantly to mortality and morbidity. In treatment, GOLD recommended drug therapy with bronchodilator as the central treatment besides continuing to affirm the need for comprehensive respiratory, cardiovascular, psychiatric treatment... as well as integrated respiratory rehabilitation with exercise, education and nutrition. Clinical cases from both domestic and international clinical practice will help illustrate the diagnostic and therapeutic issues of the disease from stable to acute exacerbation.

References

1. Phạm Thị Ngọc Ai, Bùi Thu Huệ, Phạm Văn Dũng, Vũ Vân Thanh. VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD). Y học TP HCM 2005 - Tập 9 - Số 1. Trang 41.
2. Huỳnh Thị Hồng Loan, Lê Thị Huyền Trang, Lê Thị Tuyết Lan. LƯỢNG GIÁ VIỆC ÁP DỤNG "CHIẾN LƯỢC XỬ TRỊ SUYỄN TOÀN CẦU VÀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH" CHO CỘNG ĐỒNG NGƯỜI DÂN QUẬN PHÚ NHUẬN TP, HỒ CHÍ MINH. Y HỌC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH 2008 - Tập 12 - Số 1: 100
3. GOLD 2017. <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-1.pdf>
4. Nguyễn Quang Minh, Lê Thị Kim Nhung. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN COPD NGƯỜI LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT. Y học TP HCM 2011 - Tập 15 - Số 2. Trang 76.
5. Trần Văn Ngọc, Trần Ngọc Thái Hòa. [VAI TRÒ NT-PROBNP \(N-TERMINAL PRO B TYPE NATRIURETIC PEPTIDE\) TRONG CHẨN ĐOÁN KHÓ THỞ CẤP](#). Y học TP HCM 2011 Tập:15 Số:1 Chuyên đề:Nội Khoa Trang:324
6. Trần Văn Ngọc. Tổng quan đợt cấp COPD. Y Học TP Hồ Chí Minh 2011;15(phụ bản số 1, chuyên đề hội nghị khoa học ĐHYD):56-64.
7. Trần Văn Ngọc. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG CỦA ĐỢT CẤP COPD. Y học TP HCM 2011 - Tập 15 - Số 4. Trang 457
8. Bùi Xuân Phúc. SỬ DỤNG THÔNG KHÍ HAI MỨC ÁP LỰC DƯƠNG KHÔNG XÂM LẤN TRONG ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP CẤP. Y học TP HCM 2001 - Tập 5 - Số 2. Trang 46.
9. Nguyễn Văn Thọ(1), Hoàng Sĩ Mai(2), Nguyễn Thị Phương Thảo(3), Nguyễn Thị Tuyết Dung(4), Lê Thị Tuyết Lan(5). ÁP DỤNG CHIẾN LƯỢC TOÀN CẦU VỀ HEN (GINA) VÀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN

MẠN TÍNH (GOLD) TẠI TUYẾN QUẬN-HUYỆN CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH. Y học TP HCM 2010 - Tập 14 - Số 1. Trang 21

10. Nguyễn Văn Trí(1), Nguyễn Trường Chinh(2). KHẢO SÁT HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH BẰNG SIÊU ÂM MÀU DUPLEX. Y học TP HCM 2010 - Tập 14 - Số 1. Trang 104
11. Lê Thượng Vũ, Nguyễn thị Tố Như. Khảo sát loạn nhịp trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính bằng điện tâm đồ lưu động [Examine arrhythmias in acute exarcebation of chronic obstructive pulmonary disease by ambulatory electrocardiography (Holter monitoring)]. Y HỌC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH 2000, Tập 4 Số 2 Trang 103.
12. Lê Thượng Vũ. Rối loạn điện giải kiềm toan trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. [Electrolyte and acid-base imbalances in acute exarcebation of chronic obstructive pulmonary disease] Y HỌC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH 2001, Tập 5, Phụ bản số 4 Trang 47

NHỮNG GIẢI NOBEL TRONG THỰC HÀNH HỒ HẤP

Dinh Xuân Anh Tuấn

Khoa Sinh Lý lâm sàng – Thăm dò chức năng hô hấp và tim mạch.
Bệnh viện Cochin, Đại học Paris Descartes
anh-tuan.dinh-xuan@aphp.fr

Chúng ta đều nhận thức được sự liên kết không thể tách rời giữa thực hành y khoa và những tiến bộ khoa học. Nếu khoảng thời gian giữa những khám phá sinh học và ứng dụng của chúng trong y khoa thường phải rất dài, khoảng cách này đôi khi có thể được rút ngắn đáng kể qua các dự án nghiên cứu gọi là "tịnh tiến", từ khoa học cơ bản đến giường bệnh. Chúng tôi đề nghị vào đây để xem qua những khám phá sinh học chính được trao giải Nobel và các ứng dụng của chúng trong lĩnh vực hô hấp.

Sự suy thoái tế bào là một cơ chế sinh học phổ biến của sự lão hóa của tế bào được biết đến trong hơn một nửa thế kỷ nay. Trên nhiều khía cạnh, COPD tương tự như một hiện tượng lão hóa bị thúc đẩy nhanh của mô phổi. COPD có thể là kết quả của hai tình huống bất lợi: (a) một cơ địa di truyền định sẵn dễ dẫn đến lão hóa phổi bị thúc đẩy nhanh và (b) áp lực môi trường (ví dụ, khói thuốc lá). Nhiều lập luận ủng hộ giả thuyết này đặc biệt thể hiện mối liên hệ giữa sự rút ngắn telomere và sự khởi đầu của COPD ở người hút thuốc. Đặc biệt, sự rút ngắn của telomere có thể đo được thông qua các nhiễm sắc thể trích từ các bạch cầu trong máu ngoại vi. Tốc độ rút ngắn của telomere tỷ lệ thuận trực tiếp với tốc độ suy giảm chức năng phổi khi mà telomere ngắn có liên quan với sự suy giảm chất lượng cuộc sống, với nguy cơ cao của các đợt kịch phát và nguy cơ tử vong cao ở những bệnh nhân COPD.

Tự thực bào (autophagy) phản ánh một khả năng đặc biệt của các tế bào nhân chuẩn (eukaryotic) là tự loại bỏ một số thành phần của chính mình bởi quá trình tiêu hóa enzyme. Vai trò của tự thực bào trong miễn dịch, dựa trên cơ sở tập hợp các bằng chứng thực nghiệm. Hiện tượng tự thực bào tham gia vào việc phòng vệ bẩm sinh của cơ thể bằng cách loại bỏ một vài mầm bệnh nhất định, một quá trình tế bào được biết đến với tên gọi là "xenophagy". Gia đình Toll-like receptor, các protein màng hoạt hóa bởi kháng nguyên vi khuẩn, kích thích sự thực bào.

Nghiên cứu cơ bản thường bị xem là không có kết nối với thực tế y học lâm sàng. Tuy nhiên, tất cả chúng ta nhất trí nhận ra tầm quan trọng của sự hiểu biết tốt hơn về cơ chế sinh học sẽ giúp cho việc chăm sóc cho bệnh nhân và bệnh tật của họ được tốt hơn. Những bác sĩ nghiên cứu viên, những người mà có thể làm tròn vai trò người chuyển giao kiến thức hay người chuyển đổi tri thức, có một vai trò rất quan trọng trong bối cảnh này.

NOBEL PRIZES FROM DISCOVERIES TO CLINICAL APPLICATIONS IN RESPIRATORY MEDICINE

Anh Tuan DINH-XUAN

Cochin University Hospital, Paris, France

Nobel prizes in physiology and medicine are not only the most prestigious awards for basic scientists and clinicians worldwide, they are the reflection of seminal works leading to important breakthroughs that will eventually change medical knowledge and the ways we treat patients. Yet not all Nobel prizes have clear cut implications in Respiratory fields. Here we review in detail some of the basic mechanisms whose pioneering discovers have recently been awarded by a Nobel Prize that nowadays have found clinical applications in the respiratory field. These include the role of programmed cell death or apoptosis (2002 Nobel Prize) [1-3] telomeres and telomerases (2009 Nobel Prize) [4-6], and autophagy (2016 Nobel Prize) [7-9]. We will also discuss basic mechanism not yet awarded by a Nobel prize but that might eventually leading to one in a near future, namely the microbiome in respiratory disease [10].

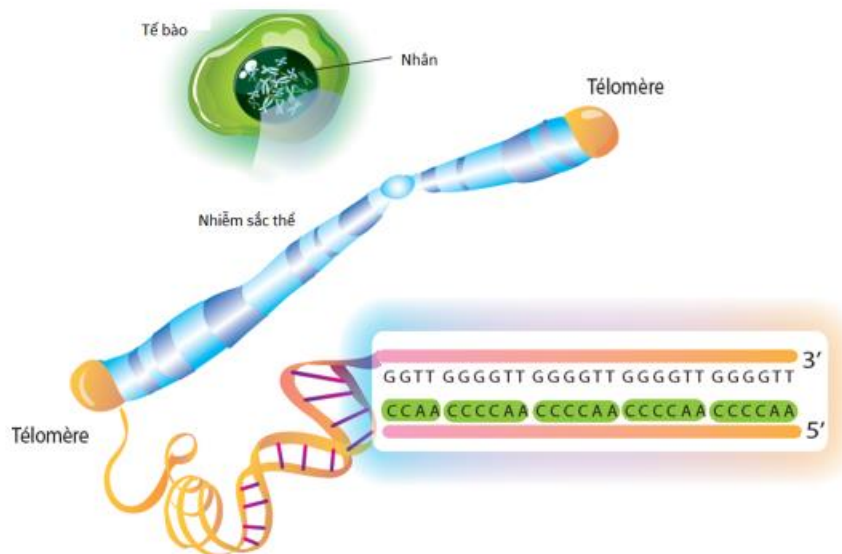


Figure 1. Structure des télomères

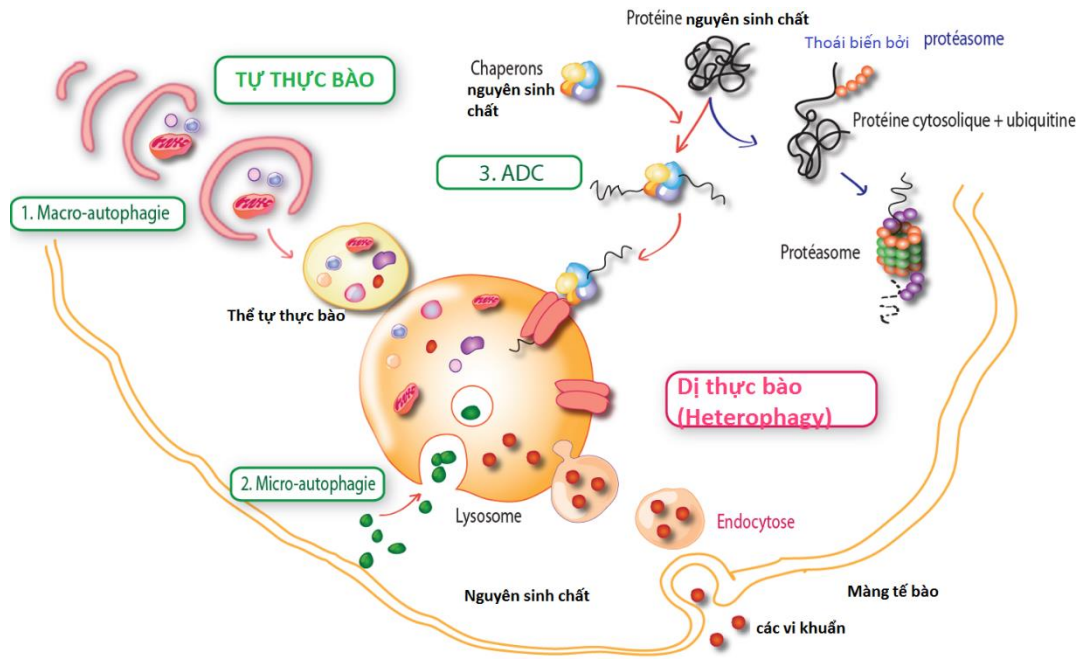


Figure 4. Les trois formes d'autophagie : (1) macro-autophagie, (2) micro-autophagie et (3) autophagie dépendante des molécules chaperon (ADC).

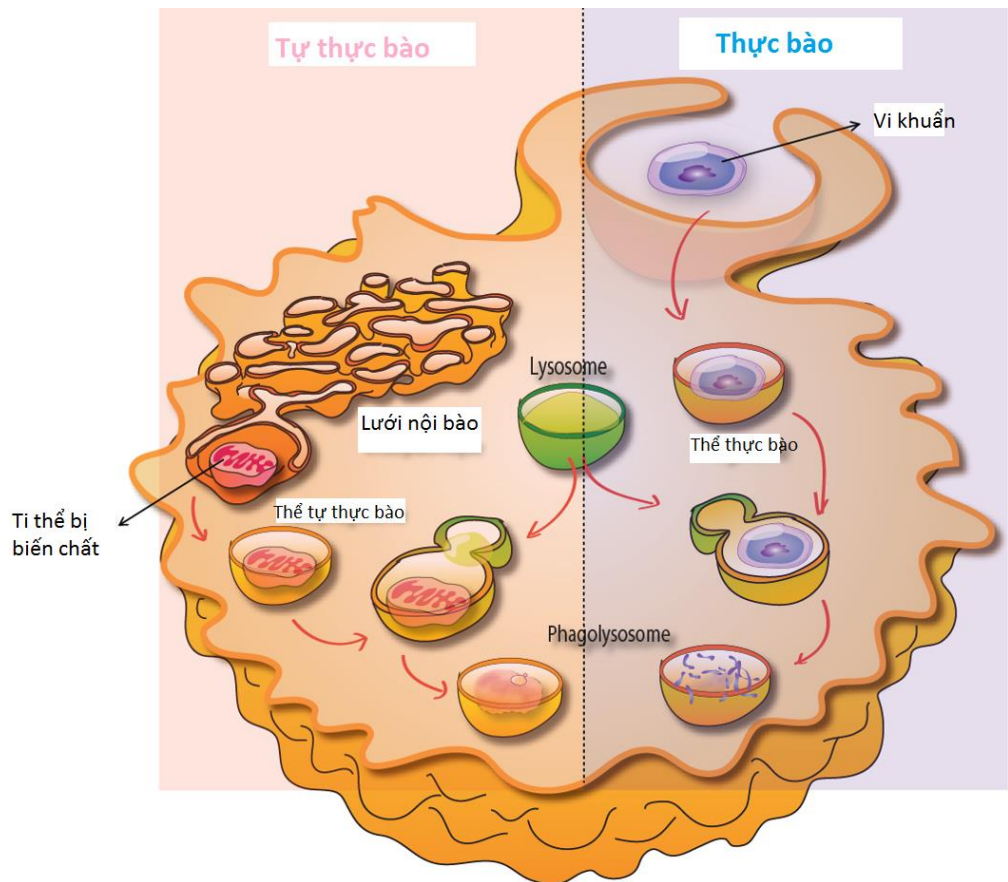


Figure 5. Rôle du lysosome dans la phagocytose et l'autophagie.

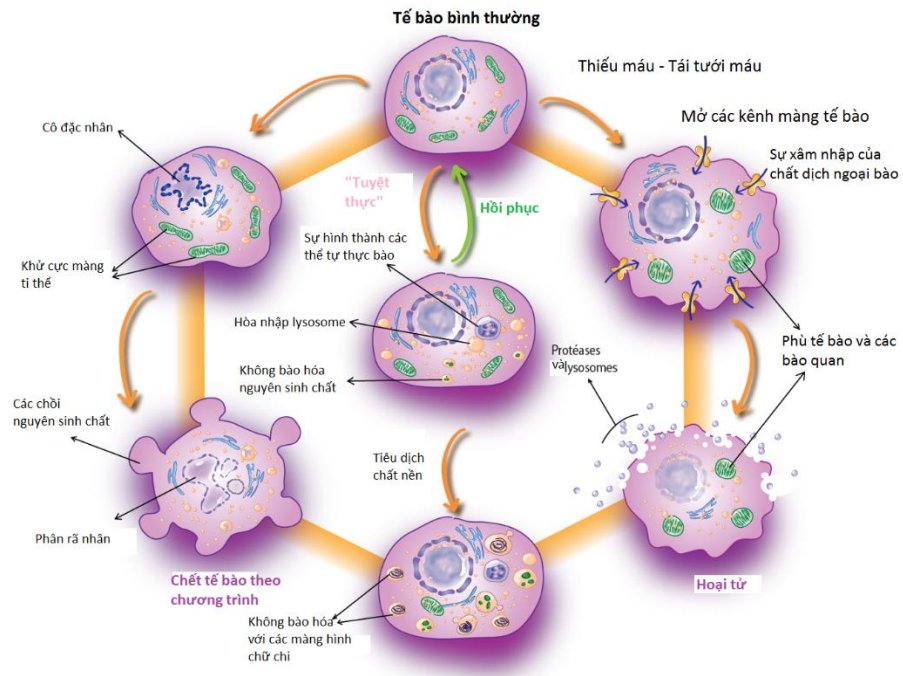


Figure 6. Les trois types de mort cellulaire: (1) apoptose, (2) mort autophagique, (3) nécrose.

References

1. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2002/
2. Kasahara Y, Tuder RM, Taraseviciene-Stewart L, Le Cras TD, Abman S, Hirth PK, Waltenberger J, Voelkel NF. Inhibition of VEGF receptors causes lung cell apoptosis and emphysema. *J Clin Invest* 2000; 106: 1311-9.
3. Sethi T, Rintoul RC, Moore SM, MacKinnon AC, Salter D, Choo C, Chilvers ER, Dransfield I, Donnelly SC, Strieter R, Haslett C. Extracellular matrix proteins protect small cell lung cancer cells against apoptosis: a mechanism for small cell lung cancer growth and drug resistance in vivo. *Nat Med* 1999; 5: 662-8.
4. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2009/
5. Jang JS, Choi YY, Lee WK, Choi JE, Cha SI, Kim YJ, Kim CH, Kam S, Jung TH, Park JY. Telomere length and the risk of lung cancer. *Cancer Sci* 2008; 99: 1385-9.
6. Alder JK, Chen JJ, Lancaster L, Danoff S, Su SC, Cogan JD, Vulto I, Xie M, Qi X, Tuder RM, Phillips JA 3rd, Lansdorf PM, Loyd JE, Armanios MY. Short telomeres are a risk factor for idiopathic pulmonary fibrosis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; 105: 13051-6.
7. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2016/
8. Rao S, Tortola L, Perlot T, Wirnsberger G, Novatchkova M, Nitsch R, Sykacek P, Frank L, Schramek D, Komnenovic V, Sigl V, Aumayr K, Schmauss G, Fellner N, Handschuh S, Glösmann M, Pasierbek P, Schlederer M, Resch GP, Ma Y, Yang H, Popper H, Kenner L, Kroemer G, Penninger JM. A dual role for autophagy in a murine model of lung cancer. *Nat Commun* 2014; 5: 3056.

9. Patel AS, Lin L, Geyer A, Haspel JA, An CH, Cao J, Rosas IO, Morse D. Autophagy in idiopathic pulmonary fibrosis. *PLoS One* 2012; 7: e41394.
10. Dickson RP, Erb-Downward JR, Martinez FJ, Huffnagle GB. The Microbiome and the Respiratory Tract. *Annu Rev Physiol* 2016; 78: 481-504.

KINH TẾ TRONG QUẢN LÝ COPD

PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan

COPD đã vượt lên tử vong hàng thứ 3 trước dự đoán.

Gánh nặng xã hội của COPD tính bằng chỉ số DALY ở năm 2020 sẽ đứng thứ 5.

Gánh nặng kinh tế của COPD chủ yếu là do đợt kịch phát, trong đó chi phí gián tiếp còn cao hơn chi phí trực tiếp đặc biệt đối với các nước đang phát triển.

Để giảm tổn thất do COPD, có 4 chiến lược:

1. Ngăn ngừa việc phát bệnh COPD.
2. Phát hiện sớm COPD.
3. Điều trị trong giai đoạn ổn định để ngừa đợt cấp.
4. Điều trị hữu hiệu đợt cấp.

Điều trị COPD trong giai đoạn ổn định sẽ tiết kiệm được 9/10 chi phí so với việc chỉ điều trị đợt kịch phát.

Để đề phòng đợt cấp việc chích ngừa cúm là có hiệu quả kinh tế cao nhất, kể đến là sử dụng các thuốc giãn phế quản.

Các đơn vị quản lý Hen-COPD trong cộng đồng (Asthma, COPD Outpatient Care Unit - ACOCU) nhằm chăm sóc các bệnh nhân Hen-COPD ngoại trú được thành lập tại Bệnh viện Đại học Y Dược năm 2000, nay đã nhân lên 161 đơn vị, trên 45 tỉnh thành trong cả nước là mô hình hiệu quả trong việc giảm đợt cấp của hen lẫn COPD.

HEALTH ECONOMY IN COPD MANAGEMENT

Le Thi Tuyet Lan

COPD is now the 3rd cause of death, earlier than expected. In the year of 2020, the social burden of COPD, calculated by DALY index, will be at the fifth in the list of all diseases.

Economic burden of COPD is mainly caused by the exacerbations, in which the indirect cost is higher the direct one, especially in developing countries.

There are 4 strategies in reducing the COPD burden:

1. Prevention of COPD
2. Early detection of COPD
3. Treatment COPD in stable stage to prevent exacerbation
4. Effective management of COPD acute exacerbation

Treatment COPD in stable stage will reduce 9/10 of the cost in comparison with the exacerbation treatment alone.

To prevent COPD acute exacerbation, the flu vaccination is the most economic method, bronchodilators are the second one.

Asthma, COPD Outpatient Care Unit – ACOCU, built in the University Medical Center, Hochiminh city, in the year of 2000, which is now multiplied into 161 units, in 45 provinces of Vietnam, is an effective model to reduce the exacerbations of both asthma and COPD