

HỘI NGHỊ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC



NỘI SAN THÁNG 03/2018

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN
HỘI HÔ HẤP TP HỒ CHÍ
MINH VÀ ĐÀO TẠO Y KHOA
LIÊN TỤC LẦN THỨ 12**

TP.HCM, NGÀY 23-24/03/2018

BAN TỔ CHỨC TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



NHÀ TÀI TRỢ VÀNG



NHÀ TÀI TRỢ BẠC



NHÀ TÀI TRỢ ĐỒNG



NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

1. HỘI THI CÁC NHÀ NGHIÊN CỨU TRẺ

Ngày

23

03

A/ HÔ HẤP NGƯỜI LỚN

THỜI GIAN: 16:30 – 18:30

ĐỊA ĐIỂM: QUEEN PLAZA, 29B TRẦN HƯNG ĐẠO Q5

BAN GIÁM KHẢO: PGS TS LÊ TIẾN DŨNG, TS BS

NGUYỄN VĂN THỌ, TS BS LÊ THƯỢNG VŨ

STT	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
1	Đặc điểm lâm sàng và kháng thuốc của VPCĐ và VPCSYT tại Khoa Hô hấp BVCR	ThS BS Đào thị Mỹ Hà Khoa Hô hấp BVCR
2	Mối liên quan giữa đa hình gen GLCCI1 và đáp ứng với corticoid hít ở BN hen VN	Ngô Nguyễn Hải Thanh BM Nội DHYD TPHCM
3	Vai trò siêu âm phổi trong HSCC	BS Nguyễn Vinh Anh, BM HSCC, DHYD TPHCM
4	Nghiên Cứu Giá Trị Chẩn Đoán Và Tính An Toàn Của Sinh Thiết Phổi Xuyên Thành Ngực Dưới Hướng Dẫn Chụp Cắt Lớp Vi Tính Trong Tổn Thương Phổi Dạng U Tại Bệnh Viện Quận Thủ Đức	Trần Nguyễn Ái Thanh BV Quận Thủ Đức
5	Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	Đặng Quỳnh Giao Vũ Học viên Cao học BM Nội DHYD TPHCM
6	Real time PCR trong khảo sát các nguyên nhân gây đợt cấp COPD tại Khoa Hô Hấp BV CR	Trương Thái, Nội trú BM Nội DHYD TPHCM

Ngày

23

03

B/ HÔ HẤP NHI KHOA

THỜI GIAN: 09g30-11g30 thứ sáu 23/03/2018

ĐỊA ĐIỂM: HỘI TRƯỜNG BV NHI ĐỒNG 1

BAN GIÁM KHẢO: PGS TS BS PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM,

TS BS TRẦN ANH TUẤN, TS BS PHẠM VĂN QUANG

STT	ĐỀ TÀI	THÍ SINH
01	Oxygen lưu lượng cao trong điều trị VTPQ.	NGUYỄN NGỌC HUYỀN MI Bộ môn Nhi – ĐHYK PNT
02	Viêm phổi kèm nhiễm trùng huyết do B.pseudomallei tại BV Nhi đồng 1.	PHẠM THỊ THANH UYÊN BV Nhi Đồng 1
03	Viêm phổi do S. aureus có PVL (+) tại Bệnh viện Nhi đồng 1.	MAI BÁ LỘC BV Nhi Đồng 1
04	Đặc điểm LS, VS và điều trị viêm phổi bệnh viện tại BV Nhi Đồng 2 năm 2016-2017.	TRẦN MAI PHƯƠNG BV Nhi Đồng 2
05	Viêm phổi hoại tử ở trẻ em.	LÝ NGỌC ANH Bộ môn Nhi – ĐHYD TPHCM
06	Đặc điểm LS, VS và điều trị viêm phổi cộng đồng tại BV Nhi Đồng 2 năm 2016-2017.	KIỀU THỊ KIM HƯƠNG BV Nhi Đồng 2
07	Các yếu tố nguy cơ viêm phổi trẻ em Việt Nam: điều tra từ các sản phụ sau sinh	NGUYỄN THỊ KIM PHƯƠNG BV Sản Nhi Đà Nẵng
08	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng mức độ viêm phổi thông qua số lượng bạch cầu và CRP ở trẻ 2–59 tháng	VÕ VĂN THI Bộ môn Nhi – ĐHYD Cần Thơ

2. CME CÁC CHUYÊN ĐỀ HÔ HẤP NGƯỜI LỚN

Ngày

23

03

THỜI GIAN: 13G30-16G THỨ SÁU 23/03/2018

ĐỊA ĐIỂM: QUEEN PLAZA, 29B TRẦN HƯNG ĐẠO Q5

a. **Biến chứng hô hấp hậu phẫu và các biện pháp làm giảm nguy cơ.** PGS TS Lê thị Tuyết Lan. Chủ tịch Hội Hen và Dị ứng TPHCM

Nội dung chương trình:

- 1- Biến chứng hô hấp hậu phẫu
- 2- Nguyên nhân
- 3- Lượng giá nguy cơ BCHH HP:
 - Không cắt phổi
 - Có cắt phổi
- 4-Biện pháp giảm BC HH HP

b. **Phục hồi chức năng hô hấp.** TS BS Đỗ Thị Tường Oanh - Trưởng khoa COPD BV Phạm Ngọc Thạch

Nội dung chương trình:

13h30 – 14h00	Đại cương về PHCNHH
14h00 – 14h30	Vận động liệu pháp
14h30 – 15h00	Thực hành các bài tập vận động
15h00 – 15h30	Giải lao
15h30 – 16h00	Các thành phần hỗ trợ trong chương trình PHCNHH: GDSK – Dinh dưỡng – VLTL hô hấp
16h00 – 16h30	Xây dựng một đơn vị PHCNHH

Ngày

23

03

C. CME NHI: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HEN Ở TRẺ NHỮ NHI

THỜI GIAN: 13:30- 16:30, THỨ 6, 23/3/2018

ĐỊA ĐIỂM: HỘI TRƯỜNG BV NHI ĐỒNG 1

Nội dung:

1. Chẩn đoán hen ở trẻ nữ nhi – TS BS Trần Anh Tuấn
2. Điều trị cắt cơn hen ở trẻ nữ nhi – ThS BS Trần Thiện Ngọc Thảo
3. Điều trị phòng ngừa hen ở trẻ nữ nhi – PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm
4. Thực hành: Sử dụng dụng cụ hít ở trẻ nữ nhi– TS BS Trần Anh Tuấn, ThS BS Trần Thiện Ngọc Thảo

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP TP. HỒ CHÍ MINH 2018

8:00-8:30: VĂN NGHỆ CHÀO MỪNG

8:30-9:00: KHAI MẠC HỘI NGHỊ VÀ TỔNG KẾT MỘT NĂM HOẠT ĐỘNG HỘI HÔ HẤP TP HỒ CHÍ MINH

Ngày

24

03

I. HỘI NGHỊ PHIÊN TOÀN THỂ (9:00-11:10)

ĐỊA ĐIỂM: HỘI TRƯỜNG QUEEN 1 VÀ 2

CHỦ TOẠ: GS TS ĐINH XUÂN ANH TUẤN, GS TS NGÔ QUÝ CHÂU, GS TS ĐỖ QUYẾT, PGS TS NGUYỄN VIỆT NHUNG, PGS TS LÊ THỊ TUYẾT LAN, PGS TS TRẦN VĂN NGỌC

1. Các giải Nobel Hô hấp đã thay đổi thế giới như thế nào? (30p)

GS TS Đinh Xuân Anh Tuấn, Hiệu trưởng Viện trường Y khoa Đại học Corse, Pháp

2. Thế kỷ thuốc lá (The Cigarette Century) (30p)

GS Stephen Kantrow, GS Đại học Tiểu bang Louisiana, USA

3. Cập nhật chẩn đoán và điều trị COPD (30p)

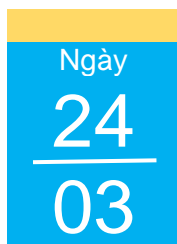
GS Wisia Wedzicha, Professor of Respiratory Medicine, Viện Tim Phổi Quốc Gia, Đại học Hoàng gia Imperial College, UK

4. Giới thiệu công ty: Abbott – Phối hợp Beta lactam và Macrolid trong điều trị viêm phổi cộng đồng (10p)

PGS TS Trần Văn Ngọc, Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM

5. Ngưng thở khi ngủ và ung thư (30p)

GS Isaac Almendros, Đại học Barcelona (Spain)



II. LUNCH SYMPOSIUM CỦA CÁC CÔNG TY: 11:10 -12:10

1. Công ty Boehringer Ingelheim (HT Queen 1).

“Vai trò trung tâm của thuốc giãn phế quản trong quản lý COPD”

Chủ tọa: PGS TS Trần Văn Ngọc

Báo cáo viên: PGS TS Lê Thị Tuyết Lan, PGS TS Lê Tiến Dũng

1. Lưu ý sử dụng ICS trong ACO

2. Tối ưu hoá sử dụng thuốc giãn phế quản trong xử trí đợt cấp hen và COPD

2. Công ty Sanofi Aventis 1: nhóm Hô hấp (HT Queen 2)

“Điều trị kháng sinh tối ưu trong viêm phổi cộng đồng”

Chủ tọa: PGS. TS. BS. Nguyễn Viết Nhung

Báo cáo viên: TS. BS. Lê Thượng Vũ, TS. BS. Trần Anh Tuấn

1. Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm trong viêm phổi cộng đồng

2. Lựa chọn thuốc tiêu nhầy, long đàm trong điều trị bệnh lý đường hô hấp

3. Công ty Sanofi Aventis 2: Nhóm Tiêu hoá (HT Queen 5)

“Cập nhật kháng sinh trị liệu trong nhiễm khuẩn hô hấp trẻ em và tránh nguy cơ tác dụng phụ”

Chủ tọa: PGS.TS Phan Hữu Nguyệt Diễm

Báo cáo viên: PGS.TS Phan Hữu Nguyệt Diễm, BS CKII Đặng Kim Huyền

1. Những nét mới trong vấn đề sử dụng kháng sinh trong bệnh lý hô hấp ở trẻ

2. Cập nhật về Probiotics và ứng dụng lâm sàng trong bệnh lý hô hấp

4. Công ty Bayer (HT Queen 8).

“Cập nhật vi sinh học và hướng tiếp cận trong điều trị Viêm Phổi tại Việt Nam”

Chủ Tọa: PGS. TS. BS Ngô Quý Châu

Báo cáo viên: TS. BS. Phạm Hùng Vân, Ths. BS. Cao Xuân Thục

1. Vi sinh học trong HCAP/CAP/HAP trên thế giới và tại Việt Nam –
2. “Viêm phổi bệnh viện – Viêm phổi thở máy do Vi khuẩn đa kháng tại Việt Nam”

Cơm trưa tại TT Hội nghị - Queen 5 và 6 (12:00-13:00)

5. CHẤM THI POSTER 24/3/2018 (11g -12g) **TS Nguyễn Văn Thành, TS Nguyễn Đình Duy**

1	Ca lâm sàng u khí quản giả hen	Dương Duy Khoa, Lê Thượng Vũ
2	Lao nội khí quản tại phòng Khám Đa khoa Ngọc Minh	Nguyễn Hồ Lam, Trần Văn Ngọc
3	Bước đầu thực hiện TBLB với guide seath ở BV Chợ Rẫy	Dương Minh Ngọc, Lê Thượng Vũ, Nguyễn Minh Thuận, Cao Xuân Thục, Trần Văn Ngọc
4	Ca lâm sàng gấp dị vật kim tiêm trong khí quản qua nội soi ống mềm	Lê Thượng Vũ, Dương Thanh Huyền
5	Ca lâm sàng ho ra máu do lạc nội mạc tử cung	Lê Thượng Vũ, Phung Thien Nguyen
6	Ca lâm sàng tắc nghẽn đường dẫn khí trên và đường thở lớn	BS. Huỳnh Thị Thanh Phương
7	Nhân 1 trường hợp nhiễm protein phé nang	Trần văn Sáng, Nguyễn thị Thu Ba
8	Tổn thương phổi cấp do truyền máu: Báo cáo ca lâm sàng	Nguyễn Thanh Nam

III. HỘI THẢO CHUYÊN ĐỀ TẠI 5 HỘI TRƯỜNG (13:15-16:30 GIỜ)

Ngày

24

03

SESSION 1: HỘI TRƯỜNG QUEEN 1: NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

CHỦ TỌA: PGS TS TRẦN VĂN NGỌC, TS BS PHẠM THỊ NGỌC THẢO, TS BS PHẠM HÙNG VÂN, TS BS NGUYỄN VĂN THÀNH

GIỜ	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15 –13:30	Nghiên cứu phối hợp kháng sinh in vitro	TS BS Phạm Hùng Vân Chủ tịch Hội Vi sinh LS TP HCM
13:30- 13:45	Phối hợp kháng sinh điều trị Viêm phổi do vi khuẩn Gram âm in vivo	PGS TS Trần Quang Bính PGĐ BV ICH TPHCM
13:45–14:00	Những Kháng sinh mới trong điều trị nhiễm khuẩn	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
14:00–14:10	Cập nhật 2018: điều trị ngoại trú viêm phổi cộng đồng	GSK: BS Trần Tố Quyên
14:10–14:30	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:30–14:45	Vai trò của virus và vi khuẩn không điển hình trong nhiễm trùng hô hấp dưới	TS BS Nguyễn Văn Thành PCT Hội Lao & Bệnh phổi VN
14:45–15:00	Cập nhật điều trị sốc nhiễm khuẩn	TS BS Phạm Thị Ngọc Thảo CN BMHSCC ĐHYD TPHCM
15:00 –15:10	Tối ưu hóa điều trị kháng sinh glycopeptide trong điều trị viêm phổi do MRS	Sanofi: PGS. TS. BS. Lê Tiến Dũng
15:10-15:20	Invanz – lựa chọn hiệu quả trong điều trị VPCĐ	MSD: DS Lưu Hoa Hiên
15:20–15:35	Cập nhật điều trị VPBV của IDSA-ATS 2016 và ERS-ECMID 2017	PGS TS Lê Tiến Dũng TK HH BV ĐHYD TPHCM
15:35 - 15:50	Làm thế nào quyết định lâm sàng dùng ngay hay không kháng sinh trong nhiễm trùng hô hấp	BS Hồ Thanh Nhân UV BCH Hội HH TPHCM
15:50 16:30	Thảo luận và tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

Ngày

24

03

SESSION 2: HỘI TRƯỞNG QUEEN 2: HÔ HẤP NHI

CHỦ TỌA: PGS TS BS PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM, TS BS TRẦN ANH TUẤN

THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15 - 13:30	Mô hình bệnh tật, kết quả điều trị NKHH cấp trẻ em VN	BS Nguyễn Thị Kim Phương BV Sản Nhi Đà Nẵng
13:30-13:50	Vai trò của siêu âm trong bệnh lý phổi ở trẻ em	BS CK2 Nguyễn Hữu Chí TK Siêu âm – BV Nhi Đồng 1
13:50- 14:00	N-acetyl cysteine và bệnh lý đường hô hấp	Sanofi: BS CKII Đặng Thị Kim Huyền
14:00-14:10	Vai trò của Probiotics trong giảm tác dụng phụ do kháng sinh trong bệnh lý hô hấp	Sanofi: TS BS Trần Anh Tuấn
14:10- 14:35	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:35- 14:50	Trục Ruột-Phổi trong bệnh lý hô hấp	PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm BM Nhi ĐHYD TPHCM
14:50- 15:00	Vai trò của Tienam trong kỹ thuật nguyên đa đề kháng	MSD: DS Đoàn Bảo Huy
15:00- 15:20	Anticholinergic trong phòng ngừa hen ở trẻ em	TS BS Trần Anh Tuấn Phó Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
15:20- 15:35	Tối ưu tiếp cận bệnh lý một đường thở (hen-VMDU)	BS CKII Đặng Thị Kim Huyền TK Khám bệnh BV Nhi Đồng 2
15:35- 15:50	Tổn thương hô hấp do hội chứng hít ở trẻ em	ThS BS Trần Thiện Ngọc Thảo BM Nhi – ĐH YK Phạm Ngọc Thạch
15:50 - 16:05	Tám gen mới được phát hiện ở chủng <i>A.baumannii</i> gây nhiễm trùng hô hấp tại BVĐK Thống Nhất ĐN	ThS BS Nguyễn Sĩ Tuấn TK Vi sinh, BVĐK Thống Nhất Đồng Nai
16:05 – 16:20	Bệnh phổi lắng đọng Hemosiderin vô căn ở trẻ: 1 ca lâm sàng	ThS.BS. Nguyễn Thị Hồng Huyền Khoa Hô hấp 1 – BV Nhi Đồng 1
16:20- 16:45	Thảo luận và tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

Ngày

24

03

SESSION 3: HỘI TRƯỞNG QUEEN 5: UNG THƯ PHỔI

CHỦ TỌA: GS STEPHEN KANTROW, GS TS BS ĐÌNH XUÂN ANH TUẤN, TS BS LÊ TUẤN ANH, TS. BS VŨ VĂN VŨ

THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15- 13:35	Nội soi phế quản chẩn đoán ung thư phổi	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
13:35 -14:15	Ung thư phổi không liên quan thuốc lá ở người hút thuốc	GS TS Stephen Kantrow University of Louisiana, USA
14:15- 14:25	Giới thiệu chuyên đề của công ty	
14:25 -14:45	Cơ Chế Sinh Học Phân Tử của Ung Thư và Những Ứng Dụng Thực Hành.	GS TS Đình Xuân Anh Tuấn Hiệu trưởng Viện trường Y khoa (Đại học Corse)
14:45- 15:05	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:05-15:25	Liệu pháp miễn dịch trong ung thư - Cơ hội mới trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.	TS BS Vũ Văn Vũ TK Hoá trị BV Ung Bướu
15:25-15:45	Liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch: từ lý thuyết đến thực hành trong điều trị Ung thư phổi	TS BS Lê Thượng Vũ Phó Khoa Hô hấp BVCR
15:45-15:55	Vai trò PD-L1 trong miễn dịch ung thư	MSD: TS BS Phan Trọng Giáo
15:55-16:15	Phối hợp đa chuyên khoa trong điều trị ung thư phổi tại TTUB BVCR	TS BS Lê Tuấn Anh PGĐ TTUB BVCR
16:15-16:45	Thảo luận và tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

Ngày

24

03

SESSION 4: HỘI TRƯỞNG QUEEN 6: BỆNH PHỔI MÔ KẾ VÀ BỆNH

CHỦ TOẠ: PGS TS NGUYỄN VIỆT NHUNG, BS CKII NGUYỄN ĐÌNH DUY, TS BS ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH, TS BS LÊ THƯỢNG VŨ

THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15- 13:35	Chẩn đoán và điều trị viêm phổi mô kẽ	ThS BS Cao Xuân Thực Phó Khoa Hô hấp BVCR
13:35 -13:55	Sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của CT scan tại Bv Thống Nhất	BS CKII Ngô Thế Hoàng TK HH BV Thống Nhất TPHCM
13:55- 14:15	Tiếp cận chẩn đoán bệnh phổi qua ca lâm sàng	BS Masao Hashimoto BS chuyên gia JICA Nhật Bản
14:15- 14:35	Tiếp cận chẩn đoán hình ảnh bệnh phổi mô kẽ	BS Hoàng Thị Triều Nghi BV Vinmed TPHCM
14:35-14:55	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:55- 15:15	Biến chứng tim mạch do bệnh phổi mạn tính	TS BS Lê Thị Thu Thủy Phó Khoa Tim Mạch BVCR
15:15-15:25	Giới thiệu chuyên đề cty	
15:25-15:45	Điều trị lao phổi đa kháng thuốc theo Sáng kiến Ủy ban Ánh sáng xanh tại Bình Thuận: hiệu quả và triển vọng	BS CKII Lê Huy Thuận BV Lao và Bệnh phổi Bình Thuận
15:45- 16:05	Điều trị Lao tiềm ẩn (latent TB infection- LTBI)	BS CKII Nguyễn Đình Duy PGĐ BV PNT
16:05- 16:45	Thảo luận và tổng kết phiên	Chủ toạ đoàn

Ngày

24

03

SESSION 5: HỘI TRƯỞNG QUEEN 8: HEN - COPD

CHỦ TỌA: GS TS ĐỖ QUYẾT, PGS TS ĐINH NGỌC SỸ, PGS LÊ THỊ TUYẾT LAN, PGS TS LÊ TIẾN DŨNG

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:35	Cập nhật COPD theo GOLD 2018.	PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan. Chủ tịch Hội hen-dị ứng TPHCM
13:35-13:55	Chẩn đoán COPD có và không có Hô hấp ký	ThS BS Nguyễn Như Vinh Trưởng ĐV TDCNHH-BVĐHYD TPHCM
13:55 –14:05	Vai trò N-Acetylcysteine trong điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp	Sanofi: PGS.TS.BS Võ Văn Giáp
14:05 –14:15	Giãn phế quản kép, nền tảng trong điều trị COPD	Novartis: ThS BS Nguyễn Hồng Đức.
14:15-14:35	Đánh giá lại ICS trong điều trị COPD	ThS BS Lê Thị Thu Hương TK Hô hấp BV NDGD
14:35-14: 55	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:55-15:15	Oxy trị liệu trong hồi sức cấp cứu – cập nhật Guideline ERS-2017	TS BS Đỗ Thị Tường Oanh TK COPD BV PNT
15:15- 15:25 15:25- 15:35	Vai trò ICS-LABA trong COPD Máy Simeox- Giải pháp VLTL dành cho BN COPD	GSK: PGS TS Trần Văn Ngọc IPS: Trần Gia Ân
15:35-15:55	Khảo sát giá trị NT -ProBNP trên bệnh nhân đợt cấp COPD có bệnh tim mạch đồng mắc nhập cấp cứu	Vũ Đình Chánh, Lê Bảo Huy Khoa Cấp cứu - BV Thống Nhất Tp.HCM
15:55-16:15	Bạch cầu ái toan có thực sự hữu ích trong việc lựa chọn thuốc điều trị COPD?	TS BS Nguyễn Văn Thọ BM Lao ĐHYD TP HCM
16:15-16:30	Thảo luận và tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

17:00 TIỆC BẾ MẠC VÀ RÚT THĂM MAY MẮN (BAN TỔ CHỨC)

MỤC LỤC

1. NHỮNG GIẢI NOBEL TỪ KHÁM PHÁ ĐẾN ỨNG DỤNG LÂM SÀNG TRONG LĨNH VỰC HÔ HẤP	21
2. NOBEL PRIZES FROM DISCOVERIES TO CLINICAL APPLICATIONS IN RESPIRATORY MEDICINE	21
3. KỶ NGUYÊN CỦA THUỐC LÁ.....	23
4. THE CIGARETTE CENTURY	23
5. NGHIÊN CỨU IN-VITRO PHỐI HỢP KHÁNG SINH TRONG NHIỄM KHUẨN DO VI KHUẨN ĐA KHÁNG	24
6. IN-VITRO STUDY OF THE ANTIBIOTIC COMBINATION ON THE MULTIDRUG-RESISTANT BACTERIA	25
7. PHỐI HỢP KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN GRAM ÂM.....	28
8. ANTIMICROBIAL COMBINATION THERAPY FOR PNEUMONIA DUE TO GRAM NEGATIVE BACTERIA.....	30
9. VAI TRÒ VIRUS VÀ VI KHUẨN KHÔNG ĐIỂN HÌNH TRONG NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP ..	32
10. ROLE OF VIRUS AND ATYPICAL PATHOGENS IN RESPIRATORY INFECTION.....	32
11. CẬP NHẬT VỀ NHIỄM KHUẨN HUYẾT, SỐC NHIỄM KHUẨN	33
12. UPDATE ON SEPSIS, SEPTIC SHOCK.....	34
13. CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN CỦA IDSA-ATS 2016 VÀ ERS-ECMID 2017	39
14. TO UPDATE MANAGEMENT OF ADULTS WITH HOSPITAL-ACQUIRED AND VENTILATOR- ASSOCIATED PNEUMONIA OF 2016 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES BY IDSA- ATS AND 2017 ERS- ECMID.....	40
15. LÀM THẾ NÀO QUYẾT ĐỊNH LÂM SÀNG DÙNG HOẶC KHÔNG DÙNG KHÁNG SINH ĐỐI VỚI NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP Ở NGƯỜI LỚN.....	41
16. HOW TO CLINICALLY DECIDE TO USE OR NOT USE ANTIBIOTIC FOR ACUTE RESPIRATORY TRACT INFECTION IN ADULTS.	41
17. MÔ HÌNH BỆNH TẬT, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH TRẺ EM VIỆT NAM	43
18. DISEASE SPECTRUM AND MANAGEMENT OF CHILDREN ADMITTED WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN VIET NAM.....	45
19. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA VIÊM PHỔI TRẺ EM VIỆT NAM ĐIỀU TRA TỪ CÁC SẢN PHỤ SAU SINH	46
20. EXPLORING PNEUMONIA RISK FACTORS IN VIETNAMESE INFANTS A SURVEY OF NEW MOTHERS.....	48
21. ANTICHOLINERGIC TRONG PHÒNG NGỪA HEN Ở TRẺ EM	50
22. ANTICHOLINERGICS IN ASTHMA PREVENTION IN CHILDREN.....	50

23. HEN VÀ VIÊM MŨI DỊCH - BỆNH LÝ MỘT ĐƯỜNG THỞ.....	52
24. ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA- THE UNITED AIRWAY DISEASE.....	52
25. TÁM GENE MỚI ĐƯỢC PHÁT HIỆN Ở CHỦNG <i>ACINETOBACTER BAUMANNII</i> GÂY NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT ĐỒNG NAI	53
26. EIGHT NOVEL GENES FOUND IN <i>Acinetobacter baumannii</i> CAUSING RESPIRATORY INFECTION IN THONGNHAT DONGNAI GENERAL HOSPITAL.....	54
27. BỆNH PHỔI LẮNG ĐỘNG HEMOSIDERIN VÔ CĂN Ở TRẺ: 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG KẾT HỢP HỒI CỨU Y VẤN.....	57
28. IDIOPATHIC PULMONARY HEMOSIDEROSIS IN CHILDREN: A CASE REPORT WITH REVIEW OF LITERATURE.....	58
29. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI QUA NỘI SOI PHẾ QUẢN	59
30. ABSTRACT: DIAGNOSIS OF LUNG CANCER BY BRONCHOSCOPY.....	59
31. UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN Ở PHỔI KHÔNG LIÊN QUAN HÚT THUỐC Ở NHỮNG NGƯỜI HÚT THUỐC LÁ	63
32. SMOKING-UNRELATED LUNG ADENOCARCINOMA IN CIGARETTE SMOKERS	63
33. CÁC CON ĐƯỜNG PHÂN TỬ BÊN DƯỚI CỦA CƠ CHẾ PHÒNG TỎA ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH VÀ CÁC TÁC DỤNG NGOẠI Ý CỦA CHÚNG.....	64
34. MOLECULAR PATHWAYS UNDERLYING IMMUNE CHECKPOINT BLOCKADE AND THEIR ADVERSE EVENTS	65
35. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TIẾN XA CÓ ĐỘT BIẾN HOẠT HÓA EGFR TIẾN TRIỂN SAU EGFR TKI BƯỚC MỘT.....	66
36. MANAGEMENT OF ADVANCED NON-SMALL CELL LUNG CANCERS WITH EGFR ACTIVATING MUTATIONS PROGRESSING ON FRONT-LINE EGFR TKIs.....	67
37. ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH -BƯỚC ĐỘT PHÁ TRONG MIỄN DỊCH LIỆU PHÁP UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN TIẾN XA	70
38. IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS – THE BREAKTHROUGH OF LUNG CANCER IMMUNOTHERAPY	71
39. LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH.....	72
40. IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS	73
41. PHỐI HỢP ĐA CHUYÊN KHOA TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU - BỆNH VIỆN CHỢ RẪY.....	74
42. MULTIDISCIPLINARY COLLABORATIVE APPROACH FOR LUNG CANCER PATIENTS AT CANCER CENTER - CHO RAY HOSPITAL	75
43. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI MÔ KỀ	77
44. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE	78
45. VAI TRÒ CỦA SINH THIẾT PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CLĐT TRONG CHẨN ĐOÁN U PHỔI NGOẠI BIÊN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	79

46. ROLES OF PERCUTANEOUS CT-GUIDED LUNG BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF PERIPHERAL SOLITARY PULMONARY NODULES AND MASSES IN THONG NHAT HOSPITAL	80
47. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI VỚI CÁC PHƯƠNG TIỆN LẤY MẪU MỚI QUA PHÂN TÍCH CÁC CA LÂM SÀNG	81
48. DIAGNOSTIC APPROACH TO LUNG DISEASES WITH NEW MEANS OF SAMPLING THROUGH CLINICAL CASE ANALYSIS	81
49. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI MÔ KẼ	82
50. APPROACH TO DIAGNOSIS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE	82
51. BIẾN CHỨNG TIM MẠCH TRONG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH	86
52. CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	87
53. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI ĐA KHÁNG THUỐC THEO SÁNG KIẾN ỦY BAN ÁNH SÁNG XANH TẠI BÌNH THUẬN	88
54. TREATMENT OUTCOMES OF PUMONARY MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS FOLLOWING THE GREEN LIGHT COMMITTEE INITIATIVE IN BINH THUAN PROVINCE	89
55. CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN –ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN	90
56. LATENT TB INFECTION (LTBI).....	91
57. CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN TOÀN CẦU VỀ XỬ TRÍ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH – 2018.....	94
58. UPDATE OF GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE – GOLD 2018.....	95
59. CHẨN ĐOÁN BỆNH BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH KHI CÓ VÀ KHÔNG CÓ HỒ HẤP KÝ	97
60. DIAGNOSE COPD WITH AND WITHOUT USING SPIROMETRY.....	98
61. ĐÁNH GIÁ LẠI VAI TRÒ CỦA CORTICOSTEROID ĐƯỜNG HÍT TRONG QUẢN LÝ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH.....	99
62. A RE-EVALUATION OF THE ROLE OF INHALED CORTICOSTEROIDS IN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	100
63. CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO BTS 2017 VỀ OXY TRỊ LIỆU	105
64. BTS GUIDELINE 2017 FOR EMERGENCY OXYGEN USE IN ADULTS PATIENTS	106
65. KHẢO SÁT GIÁ TRỊ NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP COPD CÓ BỆNH TIM MẠCH ĐỒNG MẮC NHẬP CẤP CỨU.....	107
66. EVALUATION VALUE OF THE N- terminal Pro-BNP TESTING FOR DIAGNOSIS IN EXACERBATION ACUTE COPD PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES COEXISTENCE ADMITTED DEPARMENT OF EMERGENCY MEDICINE.....	108

67. BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG MÁU CÓ THỰC SỰ HỮU ÍCH TRONG VIỆC LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ CHO COPD?	109
68. IS BLOOD EOSINOPHIL COUNT PRACTICALLY USEFUL FOR SELECTING MEDICATIONS FOR PATIENTS WITH COPD?	110
69. MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐA HÌNH GEN <i>GLCC11</i> VÀ ĐÁP ỨNG VỚI CORTICOID HÍT Ở BỆNH NHÂN HEN VIỆT NAM	111
70. ASSOCIATION BETWEEN THE <i>GLCC11</i> VARIANT AND RESPONSE TO INHALED CORTICOSTEROID IN VIETNAMESE ASTHMATICS	112

 **Berodual®**
Ipratropium + Fenoterol


Dung dịch để khí dung qua bình xịt định liều


HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG BÌNH XỊT ĐỊNH LIỀU

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

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

BƯỚC 2 Thở ra hết sức

BƯỚC 3
 Giữ bình xịt, ngậm môi xung quanh ống ngậm. Mũi tên và đáy bình xịt hướng lên trên.

BƯỚC 4
 Hít vào tối đa, đồng thời ấn mạnh vào đáy bình xịt để giải phóng một liều chuẩn. Nín thở trong vài giây, sau đó rút ống ngậm ra khỏi miệng và thở ra. Thực hiện tương tự với liều xịt thứ hai.

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



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

THÔNG TIN KÊ TOA

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

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

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

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

Để biết thêm chi tiết xin vui lòng liên hệ:

TP. HCM:	Hà Nội	Đà Nẵng
Tòa nhà KUMHO ASIANA	Tòa nhà VIT, tầng 14	167 Trần Phú
Tầng 14, 39 Lê Duẩn, Q. 1	519 Kim Mã, Quận Ba Đình	Tel: 0236-3817404
Tel: 028-38236919 - Fax: 028-38236916	Tel: 024-35624112 - Fax: 024-35624139	Fax: 0236-3896628



NHỮNG GIẢI NOBEL TỪ KHÁM PHÁ ĐẾN ỨNG DỤNG LÂM SÀNG TRONG LĨNH VỰC HÔ HẤP

Anh Tuan DINH-XUAN, Cochin University Hospital, Paris, France

Các giải nobel trong sinh lý và y học không chỉ mang ý nghĩa là một phần thưởng uy tín nhất cho những nhà khoa học cơ bản và các bác sĩ lâm sàng khắp thế giới, chúng còn phản ánh những tiền đề sơ khai sẽ dẫn đến sự bùng nổ những thay đổi trong kiến thức y khoa cũng như phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, vẫn chưa thật sự có giải nobel cho thấy ứng dụng rõ ràng trong lĩnh vực hô hấp. Nhân đây chúng tôi sẽ xem xét chi tiết lại một vài cơ chế cơ bản đã mở đường cho những khám phá được tặng thưởng giải nobel gần đây, điều mà đã cho thấy những ứng dụng trong lĩnh vực hô hấp. Những khám phá này bao gồm sự chết tế bào theo chương trình hay Apoptosis (giải nobel 2002) [1-3], telomere và telomerases (giải nobel 2009) [4-6], và tự thực bào (giải nobel 2016) [7-9]. Chúng tôi cũng sẽ thảo luận thêm về cơ chế nền tảng mặc dù chưa được nhận giải nobel nhưng hứa hẹn sẽ được công nhận trong tương lai gần liên quan microbiome trong bệnh lý hô hấp [10].

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].

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, Lansdorp 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.

Dickson RP, Erb-Downward JR, Martinez FJ, Huffnagle GB. The Microbiome and the Respiratory Tract. **Annu Rev Physiol** 2016; 78: 481-504.

KỶ NGUYÊN CỦA THUỐC LÁ

Stephen Phillips Kantrow ()*

Tóm tắt

Thuốc lá được sản xuất rất nhiều trong kỷ nguyên hiện đại đã và đang dẫn đến những bất lợi cho sức khỏe toàn cầu trong hơn một thế kỷ qua. Trong bài báo cáo này, chúng tôi muốn thảo luận về nguồn gốc “nạn dịch” của thuốc lá, sự lan truyền thuốc lá khắp thế giới và ngay cả ở Việt Nam, và sức ảnh hưởng về mặt kinh tế của thuốc lá khiến nó vẫn tồn tại như một “nạn dịch”. Chúng tôi cũng muốn thảo luận thêm về những dụng cụ cung cấp nicotine thay thế (thuốc lá điện tử và các sản phẩm cung cấp nicotine không đốt nóng) và mô tả thêm về những bất lợi tương ứng của các mặt hàng này khi so sánh với thuốc lá thật.

.....

THE CIGARETTE CENTURY

Stephen Phillips Kantrow()*

ABSTRACT

The modern mass-produced cigarette has led to devastating global health consequences over the past century. In this report we discuss the origin of the tobacco epidemic, the spread of the cigarette around the world and to Viet Nam, and the economic forces that affect the persistence of the epidemic. In addition we discuss alternative nicotine delivery systems including electronic cigarettes, heat-not-burn products and describe the competitive disadvantage these commodities have compared with the cigarette.

() A.Prof. Luoisiana University, USA*

NGHIÊN CỨU IN-VITRO PHỐI HỢP KHÁNG SINH TRONG NHIỄM KHUẨN DO VI KHUẨN ĐA KHÁNG

Phạm Hùng Vân¹

Đặt vấn đề: Hiện nay các bác sĩ điều trị thường rất khó tìm được giải pháp kháng sinh điều trị hiệu quả trước các nhiễm khuẩn do vi khuẩn cực kháng như *A. baumannii* chỉ còn nhạy với colistin hay các *Enterobacteriaceae* kháng carbapenem (CRE) vì các giải pháp đơn kháng sinh như colistin hay tigecycline đều có tiềm ẩn nguy cơ đề kháng cũng như thất bại lâm sàng.

Mục đích: Thực hiện các thử nghiệm in-vitro để tìm hiểu khả năng phối hợp tạo hiệu quả hiệp đồng của các kháng sinh như colistin + carbapenem nhóm 2, tigecycline + carbapenem nhóm 2 trên *A. baumannii* cực kháng; hay double carbapenem tức là ertapenem + carbapenem nhóm 2 trên các vi khuẩn CRE.

Nội dung: Trên 118 chủng *A. baumannii* cực kháng, thực hiện nghiên cứu hiệu quả phối hợp kháng sinh theo phương pháp ô cờ các cặp kháng sinh: colistin + meropenem, colistin + imipenem, colistin + doripenem. Kết quả cho thấy các cặp kháng sinh này đều đạt được hiệu quả hiệp đồng với tỷ lệ rất cao: 96% trong phối hợp imipenem + colistin, 92% trong phối hợp meropenem + colistin và 89.4% trong phối hợp doripenem + colistin. Không chỉ vậy, colistin ở nồng độ 0.5µg/ml cũng đã giúp cho 73.2% các trường hợp kháng imipenem trở nên nhạy cảm, đối với meropenem và doripenem thì tỷ lệ này theo thứ tự là 75% và 54%. Trên 241 chủng CRE, thực hiện hiệu quả hiệp đồng giữa ertapenem + imipenem và ertapenem + meropenem. Phương pháp thực hiện cũng là phương pháp ô cờ. Kết quả cho thấy tỷ lệ hiệp đồng giữa ertapenem + imipenem là 88.8% và giữa ertapenem + meropenem là 84.7%. Hiệu quả hiệp đồng này đã giúp được 33.04% vi khuẩn kháng imipenem trở nên nhạy cảm còn đối với kháng sinh meropenem thì tỷ lệ này là 54.9%.

Kết luận: Các nghiên cứu in-vitro về hiệu quả phối hợp kháng sinh trên các *A. baumannii* cực kháng và các CRE được thực hiện trong các nghiên cứu trên đã cho thấy phối hợp colistin + carbapenem nhóm 2 trên *A. baumannii* và phối hợp double carbapenem trên CRE là thực sự có hiệu quả hiệp đồng. Đây chính là các chứng cứ in-vitro để các bác sĩ điều trị có cơ sở để xây dựng các phát đồ phối hợp kháng sinh áp dụng trong điều trị bệnh nhân.

IN-VITRO STUDY OF THE ANTIBIOTIC COMBINATION ON THE MULTIDRUG-RESISTANT BACTERIA

Phạm Hùng Vân¹

Introduction: Currently, it is often difficult for clinicians to find effective antibiotic therapy against bacterial infections such as *A. baumannii* that is only sensitive to colistin or carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE). Antibiotics such as colistin or tigecycline have both the potential for resistance as well as clinical failure.

Aims: Conduct the in-vitro trials to investigate the synergistic effect of the combination of antibiotics such as colistin + carbapenem group 2, tigecycline + carbapenem group 2 on *A. baumannii*; or double carbapenem ie ertapenem + carbapenem group 2 on CRE bacteria

Contents: 118 strains of XDR *A. baumannii* were tested by chess-board method for antibiotic combination: colistin + meropenem, colistin + imipenem, colistin + doripenem. Results showed that these antibiotic combination achieved very high synergistic efficacy: 96% in combination imipenem + colistin, 92% in meropenem + colistin and 89.4% in doripenem + colistin. Not only that, colistin at a concentration of 0.5µg/ml also made 73.2% of the strains resistance to imipenem become sensitive to this antibiotic, for meropenem and doripenem, the rate is in order of 75% and 54%. On 241 CRE isolates, the effective synergistic effects between ertapenem + imipenem and ertapenem + meropenem was also studied. The method of study is also the chess-board method. Results showed that the synergistic effect between ertapenem + imipenem was 88.8% and between ertapenem + meropenem was 84.7%. This synergistic effect has made 33.04% of imipenem resistant isolates become sensible to imipenem, and to meropenem, this ratio is 54.9%.

Conclusions: In-vitro studies on the efficacy of antibiotic combination on *A. baumannii* and on the CREs performed in the above studies have shown that the combination of colistin + carbapenem group 2 on *A. baumannii* and the double carbapenem combination on CRE is really effective synergy. This is in-vitro evidence that the physician has a basis for developing antibiotic combination regimens for the treatment of patients.

(* *chủ tịch Hội vi sinh lâm sàng TP HCM*)



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 25 tháng 10 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 – BHYT:

0257/17/QLD-TT, ngày 12 tháng 07 năm 2017

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

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: VPĐD 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


 NGAY MỘT LÚA
ultibro
breezhaler
Indacaterol/Glycopyrronium 110/5 mg
 Chỉ định: Viêm phế quản mãn tính

2

PHỐI HỢP KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN GRAM ÂM

PGS.TS. Trần Quang Bình

Viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy (HAP, VAP) thường do vi khuẩn gram âm đề kháng kháng sinh, đặc biệt với những vi khuẩn như *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* sinh men beta-lactamase phổ rộng (ESBL) kháng với các cephalosporin thế hệ 3, 4 và quinolones, các vi khuẩn đường ruột Enterobacteriaceae kháng carbapenem (CRE), các vi khuẩn không lên men đa kháng (MDR) và kháng mở rộng (XDR) như *Acinetobacter baumannii*, và *Pseudomonas aeruginosa* gây bệnh suất và tử vong cao.

Mặc dù đơn trị liệu kháng sinh là thích hợp, phối hợp 2 hay nhiều kháng sinh được khuyến cáo trong một số trường hợp khi các kháng sinh có tính hiệp đồng chống lại vi khuẩn. Điều trị phối hợp kháng sinh theo kinh nghiệm được khuyến cáo trong nhiễm khuẩn nặng như viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy, sốc nhiễm khuẩn ... thường do các vi khuẩn đa kháng kháng sinh.

Trong nhiều nghiên cứu in vitro, những phối hợp kháng sinh cho thấy tính hiệp đồng hoặc hiệu quả diệt khuẩn chống lại các vi khuẩn đề kháng với từng thuốc riêng lẻ. Hiệu quả hiệp đồng với phối hợp 2 và 3 kháng sinh gồm một aminoglycoside, một beta-lactam kháng *Pseudomonas*, colistin, một fluoroquinolone, một macrolide, hoặc rifampin chống lại *Pseudomonas spp.* đa kháng. Những phối hợp 2 và ba kháng sinh gồm một aminoglycoside, ampicillin/sulbactam, một carbapenem, colistin, rifampin, tigecycline, hoặc vancomycin có hiệu quả chống lại *Acinetobacter spp.* đa kháng thuốc. Với Enterobacteriaceae sinh carbapenemase, những phối hợp 2 và ba kháng sinh gồm một aminoglycoside, aztreonam, một carbapenem, colistin, rifampin, tigecycline, hoặc fosfomycin cho thấy hiệu quả hiệp đồng hoặc diệt khuẩn in vitro

Sự chọn lựa kháng sinh tối ưu phụ thuộc vào dịch tể học đề kháng tại chỗ cũng như các yếu tố nguy cơ của cá thể gồm vừa dùng kháng sinh, mới nằm viện và nhiễm khuẩn hoặc quần cư của các dòng vi khuẩn kháng thuốc.

Điều trị phối hợp kháng sinh với 2 họ kháng sinh khác nhau có hoạt tính chống *P. aeruginosa* được chỉ định điều trị theo kinh nghiệm cho những bệnh nhân viêm phổi bệnh viện có những yếu tố nguy cơ mắc *Pseudomonas* hoặc các vi khuẩn gram âm khác (vd điều trị kháng sinh tĩnh mạch trước đó trong vòng 90 ngày) hoặc có nguy cơ tử vong cao (cần thở máy hoặc sốc nhiễm khuẩn). Những bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy do *P. aeruginosa*, không dùng đơn trị liệu aminoglycoside. Những bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy do vi khuẩn gram âm sinh ESBL, khuyến cáo chọn kháng sinh xác định trên cơ sở kết quả của xét nghiệm nhạy cảm và các yếu tố đặc hiệu của bệnh nhân như dị ứng và bệnh kèm theo. Những bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy do *Acinetobacter spp.*, đề nghị điều trị với một carbapenem hoặc ampicillin/sulbactam nếu phân lập còn nhạy cảm với các thuốc này. Nếu *Acinetobacter spp.* chỉ nhạy cảm với polymyxins, khuyến cáo dùng polymyxin tĩnh mạch (colistin hoặc polymyxin B), và đề nghị phun thêm khí

dung colistin. Những bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy do vi khuẩn kháng carbapenem chỉ nhạy cảm với polymyxins, khuyến cáo dùng polymyxins tĩnh mạch (colistin hoặc polymyxin B), và nên thêm colistin phun khí dung.

Nhiều bằng chứng cho thấy chỉ định ban đầu điều trị phổi hợp kháng sinh có thể hữu ích với bệnh nhân nhiễm khuẩn tiềm năng với vi khuẩn gram âm đa kháng, khi có đầy đủ các xét nghiệm nhạy cảm và xác định, phác đồ kháng sinh phải được điều chỉnh. Xuống thang kháng sinh, điều chỉnh kháng sinh phổ hẹp trên cơ sở kết quả nhạy cảm kháng sinh và giới hạn thời gian điều trị thích hợp là nền tảng của việc kê đơn kháng sinh.

Tham khảo:

1. Andre C. Kalil, Mark L. Metersky, Michael Klompas et al. 2016. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society.
2. Karam et al 2016. Antibiotic strategies in the era of multidrug resistance. *Critical Care* 2016; 20:136
3. Konstantinos Z. Vardakas, et al 2018. Inhaled colistin monotherapy for respiratory tract infections in adults without cystic fibrosis: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents* 51 (2018) 1–9
4. Pranita D. Tamma, Sara E. Cosgrove, and Lisa L. Maragakis et al. 2012. Combination Therapy for Treatment of Infections with Gram-Negative Bacteria. *Clinical Microbiology Reviews* July 2012; 25 (3): 450–470.
5. Thomas Tangden. 2014. Combination antibiotic therapy for multidrug-resistant Gram-negative bacteria. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2014; 119: 149–153.
6. Vincent et al 2016. Advances in antibiotic therapy in the critically ill. *Critical Care* 2016; 20:133

ANTIMICROBIAL COMBINATION THERAPY FOR PNEUMONIA DUE TO GRAM NEGATIVE BACTERIA

Ass.Prof. Trần Quang Bính MD. PhD.

Hospital acquired pneumonia, ventilator associated pneumonia usually caused by antibiotic resistant Gram-negative bacteria, particularly with *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* producing extended spectrum beta-lactamase (ESBL) resistant to 3rd and 4th generation cephalosporin as well as quinolone, carbapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE), multidrug-resistant (MDR) and extensively drug-resistant (XDR) gram negative bacteria as *Acinetobacter baumannii*, and *Pseudomonas aeruginosa* have been associated with high morbidity and mortality.

Although mono-therapy is generally preferred, a combination of 2 or more antibiotics is recommended in some scenarios when the combination of certain antibiotics exhibits synergistic activity against bacteria. Antibiotic combinations used in empiric therapy are recommended for serious infections as hospital acquired pneumonia, ventilator associated pneumonia, septic shock... that are frequently caused by bacteria resistant to multiple antibiotics.

In many in vitro studies, antibiotic combinations have demonstrated synergistic or bactericidal effects against bacteria that have been resistant to the individual drugs. Synergistic effects have been demonstrated for double and triple antibiotic combinations including an aminoglycoside, an anti-pseudomonal beta-lactam, colistin, a fluoroquinolone, a macrolide, or rifampin against multidrug-resistant *Pseudomonas spp.* Double and triple antibiotic combinations including an aminoglycoside, ampicillin/sulbactam, a carbapenem, colistin, rifampin, tigecycline or vancomycin have been effective against multidrug-resistant *Acinetobacter spp.* For carbapenemase-producing Enterobacteriaceae, double and triple antibiotic combinations that include an aminoglycoside, aztreonam, a carbapenem, colistin, rifampin, tigecycline, or fosfomycin have demonstrated synergistic or bactericidal effects in vitro.

The optimal choice of antibiotics depends on the local resistance epidemiology as well as individual risk factors for resistance, including recent antibiotic use, hospitalization, and previous colonization or infection with resistant strains.

Combination therapy with 2 different antibiotic classes with activity against *P. aeruginosa* is indicated for patients with HAP who have the likelihood factors for *Pseudomonas* or other gram-negative infection (i.e., prior intravenous antibiotic use within 90 days) or a high risk for mortality (need for ventilatory support and septic shock). For patients with HAP/VAP due to *P. aeruginosa*, aminoglycoside monotherapy does not recommended. The choice of an antibiotic therapy is recommended based upon the results of antimicrobial susceptibility testing and patient-specific factors as allergies and co-morbidities for patients with HAP/VAP due to ESBL-producing gram-negative bacilli.

In patients with HAP/VAP caused by *Acinetobacter spp.*, the treatment is suggested with either a carbapenem or ampicillin/sulbactam if the isolate is susceptible to these agents. If

Acinetobacter spp. is sensitive only to polymyxins, the recommendation is intravenous polymyxin (colistin or polymyxin B) and adjunctive inhaled colistin is added. In patients with HAP/VAP caused by a carbapenem-resistant pathogen that is sensitive only to polymyxins, intravenous polymyxins (colistin or polymyxin B) and adjunctive inhaled colistin are recommended.

Although ample evidence demonstrates that initial prescription of combination therapy may be beneficial in a septic patient potentially infected with an MDR Gram negative, when identification and susceptibility testing are complete, the antibiotic regimen should be “fine-tuned.” Deescalation therapy with narrowing antibiotic based on susceptibility results and appropriately shortening the duration of therapy are the cornerstones of antimicrobial prescription.

References:

1. Andre C. Kalil, Mark L. Metersky, Michael Klompas et al. 2016. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society.
2. Karam et al 2016. Antibiotic strategies in the era of multidrug resistance. *Critical Care* 2016; 20:136
3. Konstantinos Z. Vardakas, et al 2018. Inhaled colistin monotherapy for respiratory tract infections in adults without cystic fibrosis: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents* 51 (2018) 1–9
4. Pranita D. Tamma, Sara E. Cosgrove, and Lisa L. Maragakis et al. 2012. Combination Therapy for Treatment of Infections with Gram-Negative Bacteria. *Clinical Microbiology Reviews* July 2012; 25 (3): 450–470.
5. Thomas Tangden. 2014. Combination antibiotic therapy for multidrug-resistant Gram-negative bacteria. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2014; 119: 149–153.
6. Vincent et al 2016. Advances in antibiotic therapy in the critically ill. *Critical Care* 2016; 20:133

VAI TRÒ VIRUS VÀ VI KHUẨN KHÔNG ĐIỂN HÌNH TRONG NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

Nguyễn Văn Thành()*

Tóm tắt:

Do những khó khăn trong việc thực hiện các kỹ thuật vi sinh thường quy để chẩn đoán virus và vi khuẩn gây bệnh không điển hình, trong thực hành chúng ta dường như không quan tâm đúng mức vai trò gây bệnh của các tác nhân này, nhất là trong nhiễm trùng hô hấp cấp tính ở trẻ em.

Các tác nhân vi sinh gây bệnh (virus, vi khuẩn điển hình và không điển hình) có những mối tương tác sinh học đồng vận (biological synergy). Trong những tình huống, cơ địa đặc biệt, hiện tượng kết hợp vi sinh gây bệnh hay đồng nhiễm khuẩn (co-infection) là rất phổ biến. Hiện tượng này có những tác động bất lợi cho diễn biến cũng như điều trị bệnh.

Bài viết này tổng quan tài liệu có liên quan tới tương tác sinh học giữa virus với vi khuẩn điển hình, không điển hình trong nhiễm trùng hô hấp cấp và mạn tính. Trên cơ sở này, tác giả muốn nhấn mạnh cần thay đổi quan điểm chẩn đoán vi sinh thường quy và điều trị kháng sinh trong bệnh cảnh nhiễm trùng hô hấp.

ROLE OF VIRUS AND ATYPICAL PATHOGENS IN RESPIRATORY INFECTION

Nguyen Van Thanh

Due to the difficulty in implementing routine microbiological techniques to diagnose virus and atypical pathogenic bacteria, in practice we do not seem to be paying sufficient attention to the pathogenic role of these agents, especially in acute respiratory infections in children.

Pathogenic microorganisms (viruses, typical and atypical bacteria) have biological synergies. In special situations, combination of pathogenic microorganisms or co-infection is very common. This phenomenon has adverse effects on the course as well as treatment.

This article reviews the literature related to biological interaction between typical, atypical bacterial and viral viruses in acute and chronic respiratory infections. Based on this, the author wants to emphasize the need to change the view of routine microbiological diagnosis and antibiotic treatment in respiratory tract infections.

(*) TS BS, PCT Hội Hô Hấp VN, PCT Hội Lao & Bệnh phổi VN

CẬP NHẬT VỀ NHIỄM KHUẨN HUYẾT, SỐC NHIỄM KHUẨN

*Phạm Thị Ngọc Thảo**

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, nhiễm khuẩn huyết vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC). Hội chứng này có thể tiến triển thành sốc nhiễm khuẩn, đặc biệt trong trường hợp không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Định nghĩa đầu tiên của nhiễm khuẩn huyết được thành lập năm 1992 dựa trên tình trạng nghi ngờ/chắc chắn nhiễm khuẩn kết hợp với ít nhất hai trong bốn tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS). Tiêu chuẩn này có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu kém. Năm 2001, định nghĩa về nhiễm khuẩn huyết được cập nhật, mở rộng các tiêu chuẩn bất thường về lâm sàng và cận lâm sàng. Theo đó, sự hiện diện của tình trạng suy cơ quan gây ra bởi nhiễm khuẩn huyết được xem như là “nhiễm khuẩn huyết nặng” và tụt huyết áp mặc dù đã bù dịch được xác định là “sốc nhiễm khuẩn”. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, những hiểu biết mới về sinh lý bệnh học nhiễm khuẩn huyết và những bằng chứng cho thấy phân loại trước đây có giá trị ứng dụng kém trong lâm sàng và dịch tễ học. Thực tế đó đã nhấn mạnh sự cần thiết phải có định nghĩa mới và phân loại mới.

Định nghĩa lần thứ ba về nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn (“Sepsis-3”) vừa được công bố trên tạp chí JAMA là đồng thuận quốc tế bởi Hội hồi sức Châu Âu (ESICM) và Hội hồi sức Hoa Kỳ (SCCM). Theo đó, các thuật ngữ hội chứng nhiễm khuẩn huyết (sepsis syndrome), nhiễm khuẩn máu (septicemia), và nhiễm khuẩn huyết nặng (severe sepsis) được đề nghị loại bỏ, và nhiễm khuẩn huyết (sepsis) được định nghĩa là “một rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng không được điều phối của cơ thể đối với tình trạng nhiễm khuẩn”. Hội nghị không cố gắng định nghĩa lại tình trạng nhiễm khuẩn, mà thay vào đó cố gắng xây dựng các tiêu chuẩn lâm sàng mà có thể được sử dụng để xác định nhiễm khuẩn huyết ở những bệnh nhân nghi ngờ hoặc xác định nhiễm khuẩn. Các tiêu chuẩn lâm sàng mới này cũng nhằm mục đích giúp đỡ các nhân viên y tế ở tuyến trước bệnh viện, tại phòng cấp cứu và tại các khoa phòng kịp thời nhận biết và điều trị sớm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết.

UPDATE ON SEPSIS, SEPTIC SHOCK

Pham Thi Ngoc Thao, MD. PhD

Despite recent advances in the development of multifactorial therapies in intensive care unit (ICU), sepsis remains the leading cause of death from infection. This syndrome, especially in the absence of early recognition and prompt treatment, may evolve into septic shock, which is a more severe illness with a much higher mortality rate. The first definition of the septic syndrome established in 1992 was based on the concomitant presence of presumed/confirmed infection and at least two of four Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) criteria. Although sensitive, this definition lacked specificity. In 2001, it was later updated to include an expanded list of both clinical and laboratory abnormalities. The presence of organ dysfunction during sepsis has been identified as ‘Severe Sepsis’ and the occurrence of hypotension despite fluid resuscitation has characterized ‘Septic Shock’. However, in recent years, increased scientific knowledge of sepsis pathophysiology and the evidence of poor clinical and epidemiological utility of previous classifications have highlighted the need for new definitions of these terms.

Third Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), has been just published in JAMA, was an international consensus convened by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) and the Society of Critical Care Medicine (SCCM) [4]. The terms “sepsis syndrome”, “septicemia”, and “severe sepsis” were recommended elimination and instead defined sepsis as “life-threatening organ dysfunction due to a dysregulated host response to infection”. The task force did not attempt to redefine infection. Rather, it next sought to generate recommendations for clinical criteria that could be used to identify sepsis among patients with suspected or confirmed infection. The new clinical criteria are also aimed at aiding practitioners in pre-hospital, emergency departments and hospital wards to promptly recognize and treat septic patients.

**TS.BS. Phạm Thị Ngọc Thảo*

Phó giám đốc bệnh viện Chợ Rẫy

Trưởng Bộ môn Hồi sức Cấp cứu Chống độc, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Phó Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu TP. Hồ Chí Minh và Việt Nam

Email: thaocrh10@yahoo.com



Tài liệu thông tin dành cho cán bộ y tế



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 Đổng 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 bình thường 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). Ví thể, 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

Salmeterol-Fluticasone Propionate Accuhaler ngay, bệnh nhân nên được đánh giá và thay thế phương pháp điều trị nếu cần thiết. Đã có báo cáo về tác dụng không mong muốn dược lý của điều trị bằng chất chủ vận beta2, như run, đánh trống ngực chủ quan và đau đầu, nhưng có xu hướng thoáng qua và giảm khi điều trị thường xuyên. **TƯƠNG TÁC:** Nên tránh dùng cả chất chẹn beta chọn lọc và không chọn lọc ở bệnh nhân trừ khi có lý do bắt buộc. Trong điều kiện bình thường, do chuyển hóa bước đầu mạnh và thanh thải toàn thân cao qua trung gian cytochrome P450 3A4 tại ruột và gan cao nên nồng độ fluticasone propionate huyết tương đạt được thấp sau khi hít. Do đó ít gặp các tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng qua trung gian fluticasone propionate. Trong nghiên cứu về tương tác thuốc ở người khỏe mạnh cho thấy ritonavir có thể gây tăng cao nồng độ fluticasone propionate trong huyết tương, gây giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Đã có báo cáo về tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng ở những bệnh nhân dùng fluticasone propionate hít theo đường mũi hoặc miệng và ritonavir dẫn đến tác động toàn thân của corticosteroid bao gồm hội chứng Cushing và ức chế thượng thận. Do đó tránh dùng đồng thời fluticasone propionate và ritonavir trừ khi lợi ích điều trị vượt trội nguy cơ tác dụng phụ toàn thân của corticosteroid. Các chất ức chế cytochrome P450 3A4 khác làm tăng không đáng kể (erythromycin) và tăng ít (ketoconazole) mức phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate mà không làm giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Tuy nhiên nên thận trọng khi sử dụng đồng thời các chất ức chế mạnh cytochrome P450 3A4 (như ketoconazole) do khả năng tăng phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate. Sử dụng đồng thời ketoconazole và SEREVENT (salmeterol) làm tăng đáng kể nồng độ salmeterol trong huyết tương và điều này có thể gây kéo dài khoảng QTc. **THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** Chỉ nên cân nhắc dùng SERETIDE cho thai phụ và người mẹ đang cho con bú nếu lợi ích cho người mẹ lớn hơn bất cứ nguy cơ nào có thể xảy ra cho thai hoặc trẻ. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** - Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng. **Rất phổ biến:** Đau đầu. **Phổ biến:** Nhiễm nấm candida miệng và họng; viêm phổi (ở bệnh nhân COPD); khàn giọng/khàn tiếng; chuột rút; đau khớp. Không phổ biến: Phản ứng quá mẫn trên da; khó thở; đục thủy tinh thể; tăng đường huyết; lo lắng; rối loạn giấc ngủ; run; đánh trống ngực; nhịp tim nhanh; rung nhĩ; kích ứng họng, vết thâm tím. **Hiếm:** Nấm candida thực quản; phản ứng phản vệ; tăng nhãn áp; thay đổi hành vi, bao gồm tăng hoạt động và kích thích (chủ yếu ở trẻ em); loạn nhịp tim bao gồm nhịp nhanh trên thất và ngoại tâm thu. - **Dữ liệu sau khi lưu hành thuốc:** Các phản ứng quá mẫn biểu hiện dưới dạng: phù mạch (chủ yếu phù mắt và miệng hầu) và co thắt phế quản (hiếm). Hội chứng Cushing; các dấu hiệu Cushing; ức chế thượng thận; chậm lớn ở trẻ em và thanh thiếu niên; giảm mật độ khoáng xương (hiếm). Co thắt phế quản nghịch lý (hiếm). **QUẢ LIỆU:** Dấu hiệu và triệu chứng có thể xảy ra do quá liều salmeterol là những biểu hiện điển hình của kích thích quá mức thụ thể beta2-adrenergic, bao gồm run, đau đầu, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp tâm thu và hạ kali máu. Không có điều trị đặc hiệu cho quá liều salmeterol và fluticasone propionate. Nếu quá liều xảy ra, bệnh nhân nên được điều trị hỗ trợ với sự theo dõi thích hợp nếu cần. Nếu hít SERETIDE với liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài có thể gây ức chế đáng kể võ tuyến thượng thận. Rất hiếm có báo cáo về cơn thượng thận cấp, chủ yếu xuất hiện ở trẻ dùng liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài (vài tháng hoặc vài năm); những biểu hiện quan sát thấy bao gồm hạ đường huyết kèm với giảm ý thức và/hoặc co giật. **THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI BẢO QUẢN:** Bảo quản ở nơi khô ráo, không quá 30°C. **SẢN XUẤT BỞI:** Glaxo Operations UK Limited, Priory Street, Ware, Hertfordshire, SG12 0DJ, Anh. SERETIDE và ACCUHALER là các nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. API- SERACC 0314-17/201213. **PHÂN PHỐI BỞI:** Công ty cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, Tp. Hồ Chí Minh.

SERETIDE® EVOHALER®DC: Mỗi liều xịt cung cấp salmeterol xinafoate tương đương 25 mcg salmeterol và 50, 125 và 250 mcg fluticasone propionate. **Dạng bào chế:** Hỗn dịch hít qua đường miệng (dạng phun sương). **Tá dược:** HFA 134a. Quy cách đóng gói: Mỗi bình xịt có gắn bộ đếm cung cấp 120 liều xịt. **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 "khí 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 để 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 Evohaler DC chỉ dùng để hít qua miệng. Cần cho bệnh nhân biết rằng phải dùng SERETIDE thường xuyên để đạt được lợi ích tối ưu, ngay cả khi không có triệu chứng. Bệnh nhân cần được bác sĩ khám lại đều đặn để hàm lượng SERETIDE dùng luôn là tối ưu và chỉ thay đổi theo lời khuyên của bác sĩ. **Hen (Bệnh tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục).** Nên điều chỉnh đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì được việc kiểm soát triệu chứng có 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:* Hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 50 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi ngày, hoặc hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 125 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi ngày, hoặc hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 250 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi 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:* Hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 50 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi ngày. Liều tối đa cho phép của Fluticasone cho trẻ em là 100 mcg, 2 lần/ngày. Không có số liệu về việc sử dụng SERETIDE ở trẻ em dưới 4 tuổi. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).** Liều đề nghị cho người lớn là hai nhất xịt 25/125 mcg tới 25/250 mcg salmeterol/fluticasone propionate x 2 lần mỗi 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:** Chống chỉ định

SERETIDE cho bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc (xem phần Tác dụng). **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** SERETIDE Evohaler DC 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 khuyến bệnh nhân luôn có sẵn thuốc giảm triệu chứng bên mình. Việc 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 sỹ khám lại. Cần xem xét việc 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 sỹ. Đối với bệnh nhân COPD, ngừng điều trị có thể gây mất bù có triệu chứng và nên được bác sỹ theo dõi. Đã có sự gia tăng báo cáo về viêm phổi trong những nghiên cứu trên bệnh nhân COPD dùng SERETIDE. Bác sỹ nên luôn cảnh giác theo dõi khả năng xảy ra viêm phổi trên những bệnh nhân COPD vì các dấu hiệu lâm sàng của viêm phổi và cơn kịch phát thường trùng lặp. 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 dụng trên tim mạch như tăng huyết áp tâm thu và tăng nhịp tim đôi khi có thể gặp với tất cả các thuốc giống giao cảm, bệnh nhân dễ có khả năng hạ nồng độ kali huyết thanh vì có thể có giảm thoát qua nồng độ kali huyết thanh khi dùng thuốc giống giao cảm 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 bệnh 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 chiếu cao của trẻ khi điều trị kéo dài bằng corticosteroid hít. Vì có khả năng đáp ứng thượng thận suy giảm, 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 Salmeterol-Fluticasone Propionate Evohaler ngay, bệnh nhân nên được đánh giá và thay thế phương pháp điều trị nếu cần thiết. Đã có báo cáo về tác dụng phụ của điều trị bằng chất chủ vận beta 2 như run, đánh trống ngực chủ quan và đau đầu, nhưng có xu hướng thoáng qua và giảm khi điều trị thường xuyên.

TƯƠNG TÁC: Nên tránh dùng cả chất chẹn beta chọn lọc và không chọn lọc ở bệnh nhân trừ khi có lý do bắt buộc. Trong điều kiện bình thường, do chuyển hóa bước đầu khá nhiều và đào thải toàn thân cao qua trung gian cytochrome P450 3A4 tại ruột và gan nên nồng độ fluticasone propionate huyết tương đạt được thấp sau khi hít. Do đó ít gặp các tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng qua trung gian fluticasone propionate. Trong nghiên cứu về tương tác thuốc ở người khỏe mạnh cho thấy rằng ritonavir có thể gây tăng cao nồng độ fluticasone propionate trong huyết tương, gây giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Đã có báo cáo về tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng ở những bệnh nhân dùng fluticasone propionate hít theo đường mũi hoặc miệng và ritonavir dẫn đến tác động toàn thân của corticosteroid bao gồm hội chứng Cushing và ức chế thượng thận. Do đó tránh dùng đồng thời fluticasone propionate và ritonavir trừ khi lợi ích điều trị vượt trội nguy cơ tác dụng phụ toàn thân của corticosteroid. Các chất ức chế cytochrome P450 3A4 khác làm tăng không đáng kể (erythromycin) và tăng ít (ketoconazole) mức phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate mà không làm giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Tuy nhiên nên thận trọng khi sử dụng đồng thời các chất ức chế mạnh cytochrome P450 3A4 (như ketoconazole) do khả năng tăng phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate. Sử dụng đồng thời ketoconazole và SEREVENT (salmeterol) làm tăng đáng kể nồng độ salmeterol trong huyết tương và điều này có thể gây kéo dài khoảng QTc.

THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ: Chỉ nên cân nhắc dùng SERETIDE cho thai phụ và người mẹ đang cho con bú nếu lợi ích cho người mẹ lớn hơn bất cứ nguy cơ nào có thể xảy ra cho thai hoặc trẻ. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: - Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng.** *Rất phổ biến:* Đau đầu. *Phổ biến:* Nhiễm nấm candida miệng và họng; viêm phổi (ở bệnh nhân COPD); khàn giọng/khàn tiếng; chuột rút; đau khớp. *Không phổ biến:* Phản ứng quá mẫn trên da; khó thở; đục thủy tinh thể; tăng đường huyết; lo lắng; rối loạn giấc ngủ; run; đánh trống ngực; nhịp tim nhanh; rung nhĩ; kích ứng họng, vết thâm tím. *Hiếm:* Nấm candida thực quản; phản ứng phản vệ; tăng nhãn áp; thay đổi hành vi, bao gồm tăng hoạt động và kích thích (chủ yếu ở trẻ em); loạn nhịp tim bao gồm nhịp nhanh trên thất và ngoại tâm thu. - **Dữ liệu sau khi lưu hành thuốc:** Các phản ứng quá mẫn biểu hiện dưới dạng: phù mạch (chủ yếu phù mắt và miệng hầu) và co thắt phế quản (hiếm). Hội chứng Cushing; các dấu hiệu Cushing; ức chế thượng thận; chậm lớn ở trẻ em và thanh thiếu niên; giảm mật độ khoáng xương (hiếm). Co thắt phế quản nghịch lý (hiếm). **QUÁ LIỀU:** Dấu hiệu và triệu chứng có thể xảy ra do quá liều salmeterol là những biểu hiện điển hình của kích thích quá mức thụ thể beta2-adrenergic, bao gồm run, đau đầu, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp tâm thu và hạ kali máu. Không có điều trị đặc hiệu cho quá liều salmeterol và fluticasone propionate. Nếu quá liều xảy ra, bệnh nhân nên được điều trị hỗ trợ với sự theo dõi thích hợp nếu cần. Nếu hít SERETIDE với liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài có thể gây ức chế đáng kể vỏ tuyến thượng thận. Rất hiếm có báo cáo về cơn thượng thận cấp, chủ yếu xuất hiện ở trẻ dùng liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài (vài tháng hoặc vài năm); những biểu hiện quan sát thấy bao gồm hạ đường huyết kèm với giảm ý thức và/hoặc co giật. **THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI BẢO QUẢN:** Đóng nắp đậy ống ngậm dứt khoát và đẩy vào đúng vị trí. Bảo quản dưới 30°C. Tránh đông lạnh và ánh sáng mặt trời trực tiếp. **SẢN XUẤT BỞI:** Glaxo Wellcome, S.A. Avda. De Extremadura, no 3 09400 – Aranda de Duero (Burgos), Tây Ban Nha. SERETIDE và EVOHALER là các nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. API-SEREVODC 0314-16/2013. **PHÂN PHỐI BỞI:** Công ty cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, Tp. Hồ Chí Minh.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN CỦA IDSA-ATS 2016 VÀ ERS-ECMID 2017

Lê Tiến Dũng ()*

TÓM TẮT: Chúng ta vừa có hướng dẫn xử trí Viêm phổi bệnh viện, Viêm phổi thở máy của IDSA/ATS 2016 và ERS-ECMID 2017:

- Yếu tố nguy cơ vi khuẩn đa kháng: sử dụng kháng sinh tiêm chích trong 90 ngày qua, nhập viện > 5 ngày trước Viêm phổi thở máy (khởi phát muộn), sốc, ARDS, thay thế thận cấp tính, và ở khoa Hồi sức tích cực với 10-20% *S. aureus* là MRSA.
- Điều trị Viêm phổi thở máy hướng đến *S. aureus*, *P. aeruginosa* và các vi khuẩn gram âm khác. Hướng đến MRSA chỉ khi có nguy cơ hay ở khoa Hồi sức tích cực có > 10 – 20% *S. aureus* là MRSA.
- Điều trị phối hợp kháng sinh chống Pseudomonas với bệnh nhân có nguy cơ cao, và ở khoa Hồi sức tích cực có > 10% đề kháng với đơn trị kháng sinh.
- Acinetobacter: Carbapenem hay ampi/sulbactam nếu nhạy cảm, nếu không thì điều trị với colistin, không dùng tigecycline. Phối hợp kháng sinh liều cao cho Acinotebacter đa kháng kháng sinh.
- Vấn đề xuống thang kháng sinh và điều trị ngắn ngày.

(*) PGS TS BS, Trưởng Khoa Hô hấp BV ĐHYD TPHCM

TO UPDATE MANAGEMENT OF ADULTS WITH HOSPITAL-ACQUIRED AND VENTILATOR- ASSOCIATED PNEUMONIA OF 2016 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES BY IDSA- ATS AND 2017 ERS- ECMID

Le Tien Dung

We have got clinical practice guidelines for hospital- acquired and ventilator – associated pneumonia of 2016 IDSA-ATS and 2017 ERS-ECMID:

- Risk factors for MDR pathogens: prior antibiotics in last 90 days, hospitalization for over 5 days before VAP (late onset), shock, ARDS, acute RRT, and in ICU with 10 – 20% SA as MRSA.
- Treat all VAP for *S. aureus*, *P. aeruginosa* and other gram negatives. MRSA only at risks, or in ICU with over 10- 20 % SA as MRSA.
- Dual Pseudomonal therapy from 2 different classes in at risk patients and those in ICU with over 10% resistance to preferred monotherapy.
- Acinetobacter: Carbapenem hay Ampi/sulbactam if sensitive; if not, consider colistin, no tigecycline. Use multiple drugs at high doses for MDR Acinetobacter.
- Problem of de-escalation and short time days of therapy.

(*) PGS TS BS, Trưởng Khoa Hô hấp BV ĐHYD TPHCM

LÀM THẾ NÀO QUYẾT ĐỊNH LÂM SÀNG DÙNG HOẶC KHÔNG DÙNG KHÁNG SINH ĐỐI VỚI NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP Ở NGƯỜI LỚN.

Hồ Thanh Nhân ()*

Nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp (ARTI: Acute Respiratory Tract Infection), bao gồm viêm phế quản cấp không biến chứng, viêm họng cấp, viêm mũi xoang và cảm lạnh là lý do phổ biến nhất để kê toa kháng sinh ở người lớn. Dùng kháng sinh không phù hợp với ARTI là một yếu tố quan trọng góp phần đề kháng kháng sinh. Các thuốc kháng sinh cũng có thể gây ra các phản ứng bất lợi như: tiêu chảy, nôn ói, phát ban, sốc phản vệ, hội chứng Stevens-Johnson, vv. Mặc dù nguyên nhân vi khuẩn chỉ xảy ra ở <15% viêm họng, <2% viêm mũi xoang, nhưng hầu hết các bệnh nhân vẫn được kê đơn kháng sinh!

Làm thế nào để xác định lâm sàng khả năng nhiễm trùng do vi khuẩn?

Bác sĩ không nên tiến hành thử nghiệm hoặc bắt đầu điều trị kháng sinh ở bệnh nhân viêm phế quản trừ khi nghi ngờ bị viêm phổi. Bác sĩ nên thử nghiệm các bệnh nhân có các triệu chứng gợi ý viêm họng do Streptococcus nhóm A. Bác sĩ nên điều trị cho bệnh nhân bằng kháng sinh chỉ khi họ đã xác định viêm họng do Streptococcus. Bác sĩ nên đề dành điều trị kháng sinh cho viêm mũi xoang cấp đối với bệnh nhân có triệu chứng dai dẳng >10 ngày, sốt cao (>39°C) và mũi chảy mủ hoặc đau vùng mặt kéo dài ít nhất 3 ngày liên tiếp.

HOW TO CLINICALLY DECIDE TO USE OR NOT USE ANTIBIOTIC FOR ACUTE RESPIRATORY TRACT INFECTION IN ADULTS.

Ho Thanh Nhan

Acute respiratory tract infection (ARTI), which includes acute uncomplicated bronchitis, pharyngitis, rhinosinusitis, and the common cold, is the most common reason for antibiotic prescription in adults. Inappropriate antibiotic use for ARTI is an important contributor to antibiotic resistance. Antibiotics are also responsible for the adverse drug reactions ex: diarrhea, vomiting, rash, anaphylaxis, Stevens–Johnson syndrome, etc. Although bacterial causes occur only in <15% of pharyngitis, <2% of rhinosinusitis, but most patients still receive an antibiotic prescription!

How to clinically determine the likelihood of a bacterial infection?

Clinicians should not perform testing or initiate antibiotic therapy in patients with bronchitis unless pneumonia is suspected. Clinicians should test patients with symptoms suggestive of group A streptococcal pharyngitis. Clinicians should treat patients with antibiotics only if they have confirmed streptococcal pharyngitis. Clinicians should reserve antibiotic treatment for acute rhinosinusitis for patients with persistent symptoms for more than 10 days, onset of severe symptoms or signs of high fever ($>39^{\circ}\text{C}$) and purulent nasal discharge or facial pain lasting for at least 3 consecutive days.

Tài liệu tham khảo (References)

1. **Aaron M. Harris, Lauri A. Hicks, Amir Qaseem,** Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med.* 2016;164:425–434. doi: 10.7326/M15-1840
2. **Peter H Hwang, MD, Zara M Patel, MD.** Acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate* Oct 2017
3. **Peter H Hwang, MD, Zara M Patel, MD.** Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment. *UpToDate* Oct 2017
4. **Anthony W Chow, MD, FRCPC, FACP, Shira Doron, MD.** Evaluation of acute pharyngitis in adults. *UpToDate* Oct 2017
5. **Thomas M File, Jr, MD.** Acute bronchitis in adults. *UpToDate* Nov 2017

(*) *UV BCH Hội Hồ hắp TPHCM*

MÔ HÌNH BỆNH TẬT, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH TRẺ EM VIỆT NAM

Nguyễn Thị Kim Phương^{1,2}, Marais Ben^{2,3}, Graham Steve⁴, Nguyễn Đại Vĩnh^{5,}, Trương Thị Như Huyền^{2,*}, Trần Minh Điển^{6,*}*

TÓM TẮT

Mục tiêu

Đánh giá mô hình bệnh tật, kết quả điều trị trẻ em nhập viện vì nhiễm khuẩn hô hấp (NKHH) cấp tính tại Việt Nam

Đối tượng-phương pháp

Hồi cứu tất cả các trẻ nhập viện vì NKHH cấp tại 3 tuyến y tế: tuyến cơ sở (trung tâm y tế huyện Hòa Vang-TTYTHV), tuyến tỉnh (bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng-BVPSNDN) và tuyến trung ương (Viện Nhi Trung Ương-VNTW) trong 1 năm (01/09/2015 - 31/08/2016).

Kết quả

NKHH cấp chiếm 27.9% (37,436/134,061) các chẩn đoán nhập viện; chiếm 47.6% đối với TTYTHV. Phần lớn (64.6%) trẻ nhập viện <2 tuổi. Viêm phổi/cúm chiếm 69.4%; lao chiếm 0.3%. Tử vong chiếm 0.8% (284), hầu hết (269/284; 94.7%) xảy ra tại VNTW. Thời gian nằm viện trung bình 7.6 ngày. Chi phí y tế trung bình cho 01 trường hợp nhập viện tại BVPSNDN là 157.5 USD. 62.6% trẻ có bảo hiểm y tế.

Kết luận

NKHH cấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu của trẻ em Việt Nam, đặc trưng bởi thời gian nằm viện dài ngay cả trường hợp bệnh nhẹ. Cần can thiệp nhằm giảm nhập viện không cần thiết và giảm chi phí điều trị.

¹Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng; ²Discipline of Paediatrics and Adolescent Medicine, The Children's Hospital at Westmead, Australia; ³Marie Bashir Institute for Infectious Diseases and Biosecurity, The University of Sydney, Australia; ⁴Centre for International Child Health, University of Melbourne and Murdoch Childrens Research Institute, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia; ⁵Trung tâm y tế huyện Hòa Vang, Đà Nẵng; ⁶Viện Nhi Trung Ương, Hà Nội

*Mức độ đóng góp ngang nhau

Địa chỉ liên hệ

Nguyễn Thị Kim Phương

Khoa Nhi hô hấp, bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng

402 Lê Văn Hiến, Ngũ Hành Sơn, Đà Nẵng, Việt Nam

Tel: +84 905 561 593

Email: thng5150@uni.sydney.edu.au

Bản gốc tham khảo tại: Nguyen TKP, Tran TH, Nguyen DV, Tran MD, Graham SM, Marais BJ. Disease spectrum and management of children admitted with acute respiratory infection in Viet Nam. Trop Med Int Health 2017; 22: 688-95

DISEASE SPECTRUM AND MANAGEMENT OF CHILDREN ADMITTED WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN VIET NAM

Nguyễn Thị Kim Phương^{1,2}, Marais Ben^{2,3}, Graham Steve⁴, Nguyễn Đại Vĩnh^{5,}, Trương Thị Như Huyền^{2,*}, Trần Minh Điển^{6,*}*

Objective

To assess the acute respiratory infection (ARI) disease spectrum, duration of hospitalisation and outcome in children hospitalised with an ARI in Viet Nam.

Methods

We conducted a retrospective descriptive study of ARI admissions to primary (Hoa Vang District Hospital), secondary (Da Nang Hospital for Women and Children) and tertiary (National Hospital of Paediatrics in Ha Noi) level hospitals in Viet Nam over a 12-month period (01/09/2015 to 31/08/2016).

Results

ARIs accounted for 27.9% (37,436 / 134,061) of all paediatric admissions; nearly half (47.6%) of all children admitted to Hoa Vang District Hospital. Most (64.6%) children hospitalised with an ARI were <2 years of age. Influenza/pneumonia accounted for 69.4% of admissions; tuberculosis for only 0.3%. Overall 284 (0.8%) children died; most deaths (269/284; 94.7%) occurred at the tertiary referral hospital. The average duration of hospitalization was 7.6 days (median 7 days). The average direct hospitalization cost per ARI admission was 157.5 USD in Da Nang Provincial Hospital. In total, 62.6% of admissions were covered by health insurance.

Conclusion

ARI is a major cause of paediatric hospitalization in Viet Nam, characterized by prolonged hospitalization for relatively mild disease. There is huge potential to reduce unnecessary hospital admission and cost.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA VIÊM PHỔI TRẺ EM VIỆT NAM ĐIỀU TRA TỪ CÁC SẢN PHỤ SAU SINH

Nguyễn Thị Kim Phương^{1,2}, Ben Marais², Trần Thị Hoàng^{1,3}, Kirsty Foster^{4,5*}, Christine Roberts^{4,6*}*

TÓM TẮT

Mục tiêu

Tìm hiểu tần suất các yếu tố nguy cơ viêm phổi trẻ em Việt Nam và rào cản của việc giảm các yếu tố nguy cơ này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các sản phụ có kèm theo em bé đang nằm tại phòng hậu sản bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng từ 10/02/2017 đến 24/02/2017.

Kết quả

Trong số 286 sản phụ tham gia nghiên cứu, 259 (91%) bà mẹ đã thiết lập bú mẹ, 207 (72%) dự định sẽ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu sau sinh. Không có bà mẹ nào hút thuốc lá nhưng đến 42% ông bố hiện vẫn đang hút thuốc. Lý do khiến bà mẹ không hút thuốc lá là lo ngại cho sức khỏe của chính mình và con cái. Hiện nay, việc sử dụng củi và than để nấu ăn không còn phổ biến (6%). Các sản phụ cho biết sẽ cho trẻ tiêm chủng đầy đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng (99%). Chỉ ít bà mẹ (64; 22%) biết đến vaccine ngừa phế cầu; 56/64 (88%) cho biết họ sẵn sàng trả tiền để tiêm vaccine này cho con. Các thành viên trong gia đình ít có tác động đến quyết định bú mẹ và chủng ngừa cho trẻ, ngoại trừ 2 trường hợp bố tư vấn mẹ không cho trẻ chủng ngừa vì sợ tác dụng phụ của kháng sinh.

Kết luận

Các yếu tố nguy cơ viêm phổi không thường gặp đối với trẻ sơ sinh tại miền Trung Việt Nam, ngoại trừ việc tiếp xúc nhiều với khói thuốc lá. Chúng tôi ghi nhận sự thành công của chương trình chăm sóc thiết yếu sơ sinh sớm của Tổ Chức Y Tế thế giới cũng như trình độ học vấn và tính tự quyết cao của các bà mẹ.

¹Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng, Việt Nam; ²Discipline of Paediatrics and Adolescent Medicine, The Children's Hospital at Westmead, The University of Sydney, Sydney, Australia; ³Đại học Kỹ Thuật Y Dược Đà Nẵng, Việt Nam; ⁴Sydney Medical School, The University of Sydney, Sydney, Australia; ⁵Medical Education, Northern Clinical School & Kolling Institute, Sydney, Australia; ⁶Clinical and Population Perinatal Health Research, Kolling Institute, Northern Sydney Local Health District, Sydney, Australia

*Mức độ đóng góp ngang nhau

Địa chỉ liên hệ

Nguyễn Thị Kim Phương

Khoa Nhi hô hấp, bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng

402 Lê Văn Hiến, Ngũ Hành Sơn, Đà Nẵng, Việt Nam

Tel: +84 905 561 593

Email: thng5150@uni.sydney.edu.au

Tham khảo thêm bản gốc tại: Phuong NTK, Hoang TT, Foster K, Roberts CL, Marais BJ. Exploring pneumonia risk factors in Vietnamese infants: a survey of new mothers. *BMJ Paediatrics Open*. 2017;1(1): e000155.

EXPLORING PNEUMONIA RISK FACTORS IN VIETNAMESE INFANTS A SURVEY OF NEW MOTHERS

Nguyễn Thị Kim Phương^{1,2}, Ben Marais², Trần Thị Hoàng^{1,3}, Kirsty Foster^{4,5*}, Christine Roberts^{4,6*}*

ABSTRACT

Objective

To understand the prevalence of pneumonia risk factors and perceived barriers to risk factor reduction among Vietnamese infants.

Methods

We conducted a cross-sectional survey of mothers in the postnatal wards of Da Nang Hospital for Women and Children in central Viet Nam from 10/02/2017 to 24/02/2017.

Results

Of 286 mothers surveyed, 259 (91%) initiated breastfeeding, 207 (72%) intended to continue exclusive breastfeeding for 6 months. No mother smoked cigarettes, but 42% of fathers did. Mothers' decision not to smoke was motivated by concerns for their own health and that of their baby. Households rarely used wood or coal for cooking (6%). Mothers indicated near universal (99%) uptake of the National Expanded Program of Immunization vaccinations. Few (64; 22%) mothers knew about the pneumococcal conjugate vaccine; 56/64 (88%) indicated that they would purchase it for their infants. Family members rarely influenced mothers' decisions about breastfeeding or vaccination, except in two instances where fathers were concerned about vaccine-related adverse effects.

Conclusion

Modifiable pneumonia risk factors were uncommon among newborn babies in central Viet Nam, apart from paternal cigarette smoke exposure. Successful local implementation of the WHO Essential Newborn Care package, as well as high levels of maternal education and decision autonomy were observed.



KHI HO CÓ ĐÀM...
HẾT ĐÀM
SẼ HẾT HO!



• Dạng gói cho trẻ em

• Dạng viên nang cho người lớn

TRÌNH BÀY: Thuốc cốm, hộp 30 gói. Viên nang, hộp 30 viên. **THÀNH PHẦN:** **Acemuc 100mg:** Mỗi gói chứa 100mg Acetylcysteine; **Acemuc 200mg:** Mỗi gói hoặc mỗi viên nang chứa 200mg Acetylcysteine. **CHỈ ĐỊNH:** Điều trị các rối loạn về tiết dịch hô hấp (phế quản và xoang), nhất là trong các bệnh phế quản cấp tính; viêm phế quản cấp và giai đoạn cấp của bệnh phế quản-phổi mạn tính. **LIỀU VÀ CÁCH DÙNG:** **Dạng thuốc cốm:** Hòa tan thuốc trong nửa ly nước, dùng đường uống. **Trẻ từ 2 - 7 tuổi:** Acemuc 100mg: 1 gói/lần, ngày 3 lần; Acemuc 200mg: 1 gói/lần, ngày 2 lần. **Người lớn và trẻ trên 7 tuổi:** 1 gói/lần, ngày 3 lần. **Dạng viên nang:** Dùng đường uống, **người lớn:** 1 viên/lần, ngày 3 lần. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Phenylketon niệu, tiền sử hen (nguy cơ phản ứng cơ thắt phế quản với tất cả các dạng thuốc chứa acetylcystein), quá mẫn với acetylcystein, trẻ dưới 24 tháng. **THẬN TRỌNG:** Ho là yếu tố cơ bản để bảo vệ phế quản - phổi nên cần phải tôn trọng, cần thận trọng khi sử dụng ở những bệnh nhân có tiền sử cơ thắt phế quản hoặc bị loét dạ dày - tá tràng. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** Dùng liều cao có thể gặp rối loạn tiêu hóa (đau dạ dày, buồn nôn, tiêu chảy) trong trường hợp này, cần giảm liều và tham khảo ý kiến BS. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Việc kết hợp Acemuc với các thuốc trị ho không có hoặc có làm giảm bài tiết phế quản (tác dụng giống atropin) là không hợp lý. **Có thai hoặc cho con bú:** Tránh dùng. **BẢO QUẢN:** Giữ nơi khô mát. **NHA SẢN XUẤT:** Công ty TNHH SANOFI AVENTIS VIETNAM-123 Nguyễn Khoái, Q.4, HCM. **Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng. Thông tin chi tiết:** Sanofi-Aventis -10 Hàm Nghi, Q1, HCM. ĐT: 3829 8526 - CN Hà Nội: Tầng 14, GELEXIMCO, 36 Hoàng Cầu, Đống Đa, HN. ĐT: 35371835. Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo thuốc của Cục QLD: 1314/13/QLD-TT, ngày 17/01/2014. In tài liệu ngày .../.../..... SAVN.TUSS.17.07.0226.

SANOFI

ANTICHOLINERGIC TRONG PHÒNG NGỪA HEN Ở TRẺ EM

Trần Anh Tuấn ()*

Corticoid hít (ICS) được xem là thuốc lựa chọn hàng đầu cho điều trị phòng ngừa hen. Phối hợp ICS và thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài (LABA: long-acting beta2-adrenoceptor agonists) có thể giúp cải thiện kiểm soát hen. Tuy nhiên, sử dụng LABA lâu dài có thể đưa đến hiện tượng dung nạp, làm giảm khả năng bảo vệ phế quản và tăng nguy cơ xuất hiện cơn hen nặng có thể tử vong. Do vậy, cần thiết phải có một loại thuốc thay thế cho LABA có thể giúp điều trị cơn thất phế quản.

Tiotropium bromide là một loại thuốc đối kháng cholinergic có tác dụng giãn phế quản kéo dài (LAMA: long-acting muscarinic antagonists). Thuốc này tác dụng bằng cơ chế gắn kết cạnh tranh với thụ thể M3 có trong cơ trơn phế quản, làm giảm tình trạng co thắt phế quản qua trung gian hệ cholinergic.

Các nghiên cứu gần đây đã chứng tỏ tiotropium hiệu quả trong điều trị hen ở người lớn và vị thành niên.

Bài tổng quan này nhằm xem xét vai trò của LAMA, đặc biệt là tiotropium, trong điều trị hen ở trẻ em. Chúng tôi trình bày, phân tích các dữ liệu đánh giá tính hiệu quả và an toàn của tiotropium ở trẻ em: hiệu quả trên cải thiện chức năng phổi, tần suất xuất hiện cơn hen cấp, thức giấc về đêm, và các chỉ số khác. Tiotropium có thể cải thiện có ý nghĩa chức năng phổi, giảm nhu cầu sử dụng SABA, cải thiện triệu chứng hen ban đêm ở trẻ em. Ngoài ra, tiotropium ít có tác dụng phụ ở nhóm điều trị. Các lợi điểm này cho thấy rằng tiotropium có thể là điều trị hen triển vọng trong tương lai ở trẻ em.

ANTICHOLINERGICS IN ASTHMA PREVENTION IN CHILDREN.

Tran Anh Tuan

Inhaled glucocorticoids (ICS) are considered the first line treatment for patients with asthma. In combination with inhaled long-acting beta2-adrenoceptor agonists (LABAs) can improve asthma control. However, the long-term use of LABAs is associated with tolerance to the protective effects on the bronchi and an increased risk of fatal asthma exacerbations. So alternative medications for bronchospasm relief are required.

Tiotropium bromide is a long-acting anticholinergic bronchodilator. It acts via competitively binding predominantly to M3 receptors contained within bronchial smooth muscle, attenuating cholinergic-mediated bronchoconstriction

Recently several studies have demonstrated that tiotropium is effective in the treatment of asthma in adults and adolescents.

This review focuses on the role of long-acting muscarinic antagonists, particularly tiotropium, in the treatment of asthma. Here we report datum on evaluating the efficacy and safety of

tiotropium in children: effects on lung function, exacerbation frequency, wakening during the night, and other end points. Tiotropium could significantly improve lung function, reduce the need for on-demand short-acting beta2-adrenoceptor agonists, and improve nocturnal symptoms in children with asthma. Furthermore, tiotropium was associated with few adverse reactions in this patient group. These advantages indicate that tiotropium could be a promising prospect for the future for the treatment of asthma in children.

(*) *TS BS, Trưởng khoa Hô Hấp BV Nhi Đồng 1 TPHCM*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Befekadu E, Onofrei C, Colice GL. Tiotropium in asthma: a systematic review. *J Asthma Allergy* (2014):7 11–21
2. Fryer AD, Jacoby DB. Cholinergic Mechanisms and Anticholinergic Therapy in Respiratory Diseases. In: [Adkinson: Middleton's Allergy: Principles and Practice. Mosby, Elsevier, 8th ed., 2013.](#)
3. Halpin DMG. Tiotropium in asthma: what is the evidence and how does it fit in?. *World Allergy Organization Journal* (2016) 9:29
4. Hamelmann E, Bernstein JA, Vandewalker M, et al. A randomised controlled trial of tiotropium in adolescents with severe symptomatic asthma. *Eur Respir J* 2017; 49: 1601100
5. Hamelmann E, Bateman ED, Vogelberg C. Tiotropium add-on therapy in adolescents with moderate asthma: A 1-year randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* (2016);10e6: 1-18
6. Rodrigo GJ, Castro-Rodríguez JA. Tiotropium for the treatment of adolescents with moderate to severe symptomatic asthma: a systematic review with meta-analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol* (2015) 115: 211e216.
7. Vogelberg C et al. A randomised dose-ranging study of tiotropium Respimat® in children with symptomatic asthma despite inhaled corticosteroids. *Respiratory Research* (2015) 16:20.
8. Vogelberg C, Engel M, Moroni-Zentgraf P. Tiotropium in asthmatic adolescents symptomatic despite inhaled corticosteroids: A randomised dose-ranging study. *Respiratory Medicine* (2014) 108, 1268e1276

HEN VÀ VIÊM MŨI DỊ ỨNG - BỆNH LÝ MỘT ĐƯỜNG THỞ

Đặng Thị Kim Huyền ()*

Tóm tắt:

Hen và viêm mũi dị ứng từng là hai bệnh riêng biệt được đánh giá, điều trị riêng biệt bởi 2 chuyên khoa, nhưng thực tế hai bệnh này vẫn thường phối hợp nhau. Mối liên hệ này đã được biết đến từ lâu. Ngày nay, ngày càng tăng tỉ lệ mắc bệnh dị ứng như hen và viêm mũi dị ứng, và người ta càng quan tâm đến sự liên thông đường hô hấp trên và dưới này.

Sự lồng ghép viêm mũi và hen đã có nhiều chứng cứ về giải phẫu học, dịch tễ học, sinh lý bệnh, lâm sàng và điều trị. Do viêm mũi và hen là bệnh lý viêm mạn tính ở đường hô hấp trên và dưới với cơ chế khởi phát tái phát do dị ứng hoặc không dị ứng và có nhiều kiểu hình nên khái niệm “bệnh đường thở thống nhất” hay “bệnh lý một đường thở” là thích hợp. Vì vậy, tiếp cận điều trị lý tưởng nên quản lý phối hợp cả đường hô hấp trên và dưới như tên gọi bệnh lý một đường thở

BS CKII. Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Nhi Đồng 2 TPHCM

ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA- THE UNITED AIRWAY DISEASE

Abstract

Although allergic rhinitis and asthma have been assessed and treated as separate diseases and by two different specialists, they often occur together in daily practice. The connection between asthma and rhinitis has been recognized since earlier times. The prevalence rates of rhinitis and asthma, as with all allergic diseases, are increasing worldwide, there is a growing interest in the interaction between upper and lower airways.

There is strong anatomical, epidemiologic, pathophysiologic, clinical and therapeutic evidences supporting an integrated view of rhinitis and asthma. The concept of “united airway disease” or “one airway one disease” is opportune, because rhinitis and asthma are chronic inflammatory diseases of the upper and lower airways, which can be induced by allergic or nonallergic reproducible mechanisms, and present several phenotypes. Management of rhinitis and asthma must be jointly carried out, leading to better control of both diseases. Hence, a combined therapeutic approach should ideally be used to manage the upper and lower airway diseases, benefiting from the concept of united airways disease.

Outpatient Departement- Children’s Hospital 2

TÁM GENE MỚI ĐƯỢC PHÁT HIỆN Ở CHỦNG *ACINETOBACTER BAUMANNII* GÂY NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT ĐỒNG NAI

Nguyễn Sĩ Tuấn^{1*} và các cộng sự

TÓM TẮT

Mở đầu: *Acinetobacter baumannii* là tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện quan trọng với khả năng phát triển một loạt các cơ chế kháng đa thuốc khác nhau. **Mục tiêu:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã giải mã hệ gene chủng *A. baumannii* DMS06669, được phân lập từ bệnh phẩm đờm của một nam bệnh nhân bị viêm phổi bệnh viện và nghiên cứu tập trung vào việc xác định các gene liên quan tới sự đề kháng kháng sinh. **Phương pháp:** Hệ gene *A. baumannii* DMS06669 được giải mã bằng Illumina HiSeq platform, chất lượng được kiểm soát và việc lắp ráp de novo cho tổng cộng 24 scaffold, dự đoán gene và chú giải chức năng tiếp theo với các dữ liệu trên thế giới như tRNAscan-SE, RNAmmer, Tandem Repeat Finder, CRISPR Finder, IS Finder và COG, sau đó cây phát sinh loài của chủng *A. baumannii* DMS06669 so với 21 chủng *A. baumannii* trên dữ liệu KEGG được xây dựng. **Kết quả:** Việc xác định các gene kháng kháng sinh tiềm năng được tiến hành trên ResFinder cho thấy có 18 gene (với 8 gene chưa từng được ghi nhận ở *Acinetobacter baumannii*) có liên quan tới sự đề kháng 8 lớp kháng sinh và 6 đảo kháng kháng sinh (AbaR), bao gồm 1 gene gây ra độc lực ở *Acinetobacter baumannii* (*usp* gene). **Kết luận:** Các kết quả được thiết lập trong nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng cơ chế đề kháng kháng sinh đa dạng, có thể tồn tại ở chủng *A. baumannii* DMS06669 và khuyến cáo lâm sàng cho liệu pháp với các bệnh nhân nhiễm *A. baumannii*.

Từ khóa: *Acinetobacter baumannii*, đa kháng lâm sàng, carbapenem, giải trình tự hệ gene, DMS06669

EIGHT NOVEL GENES FOUND IN *Acinetobacter baumannii* CAUSING RESPIRATORY INFECTION IN THONGNHAT DONGNAI GENERAL HOSPITAL

Nguyen Si Tuan

SUMMARY

Background: *Acinetobacter baumannii* is an important nosocomial pathogen with ability to develop a variety of multidrug resistance (MDR) mechanisms. **Objective:** In this study, we characterized the genome of *A. baumannii* DMS06669 strain, which was isolated from the phlegm specimen of a male patient with hospital acquired pneumonia and focused on identification of genes relevant to antibiotic resistance. **Method:** The *A. baumannii* DMS0669 genome was sequenced on Illumina HiSeq platform, quality controlled and de novo assembled to produce a total of 24 scaffolds, following gene prediction and functional annotation to public databases such as *tRNAscan-SE*, *RNAmmer*, *Tandem Repeat Finder*, *CRISPR Finder*, *IS Finder* and *COG*, then the phylogeny tree of DMS06669 strain with 21 other *A. baumannii* strains on KEGG database was constructed. **Results:** The identification of potential antibiotic resistance genes was conducted on ResFinder yielding 18 genes (with 8 genes have never reported before in *A. baumannii*) related to resistance of 8 antibiotic class and 6 resistance islands (AbaR) within a virulence gene (*usp* gene). **Conclusion:** This study points out that the diverse possible mechanism of antibiotic resistance, existing in *A. baumannii* DMS06669 strain and provide a clinical advice for the therapy of *A. baumannii* infected patients.

Keywords: *Acinetobacter baumannii* DMS06669, clinical multidrug-resistant, carbapenem, whole-genome sequencing.

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai

¹ Trưởng khoa Vi sinh, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai

Ủy viên Ban Chấp hành hội Vi sinh Lâm sàng Thành phố Hồ Chí Minh

* Email: nsituan@gmail.com; Điện thoại: 0919563323

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Truyền tĩnh mạch

(imipenem/cilastatin sodium)
TIENAM[®]

KHÁNG SINH PHỔ RỘNG



**ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO
CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:**

*Nhiễm khuẩn trong ổ bụng
Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới
Nhiễm khuẩn phụ khoa
Nhiễm khuẩn máu
Nhiễm khuẩn đường niệu dục
Nhiễm khuẩn khớp và xương
Nhiễm khuẩn da và mô mềm
Viêm nội tâm mạc*

Số phiếu tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của
Cục Quản lý dược - Bộ Y tế: 0298/17/QLD-TT, ngày 22/09/2017

Bản quyền © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., công ty con của Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, USA. All Rights Reserved.



LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN CÓ CHỨC NĂNG THẬN BÌNH THƯỜNG VÀ TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ $\geq 70\text{KG}$ ¹

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

LƯU Ý: Tổng liều TIENAM trong ngày được cân nhắc dựa trên:

* **Loại nhiễm khuẩn hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn.**

* **Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn.**

* **Chức năng thận.**

* **Trọng lượng cơ thể.**

- + Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine $\leq 5\text{ml/phút}/1,73\text{ m}^2$ không nên dùng TIENAM trừ khi được thăm phân máu trong vòng 48 giờ.
- + Do hoạt tính kháng khuẩn của TIENAM cao, nên tổng liều/ngày của TIENAM được khuyến cáo không vượt quá 50mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.
- + Cần giảm liều cho bệnh nhân có trọng lượng <70kg.

LIỀU DÙNG TIENAM CHO TRẺ EM VÀ TRẺ SƠ SINH¹

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

*: Liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài thần kinh trung ương

- + Không dùng TIENAM cho các bệnh nhi có thể trọng dưới 30 kg lại có suy chức năng thận.
- + TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não. Nếu nghi ngờ viêm màng não, nên sử dụng kháng sinh thích hợp.
- + TIENAM có thể dùng ở trẻ em bị nhiễm khuẩn nặng nếu không có nghi ngờ viêm màng não

BỆNH PHỔI LẮNG ĐỘNG HEMOSIDERIN VÔ CĂN Ở TRẺ: 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG KẾT HỢP HỒI CỨU Y VẤN.

ThS.BS. Nguyễn Thị Hồng Huyền, BSCKI. Nguyễn Hoàng Phong, PGS.TS. Phạm Thị Minh Hồng,

TÓM TẮT

ĐẠI CƯƠNG

Bệnh phổi lắng đọng Hemosiderin vô căn (IPH) là một bệnh hiếm gặp nhưng nguy hiểm ở trẻ gây ra từng đợt xuất huyết phế nang lan tỏa. Bệnh đặc trưng bởi triệu chứng ho ra máu, thâm nhiễm phế nang trên Xquang ngực và gây thiếu máu từng đợt. Bệnh thường gặp ở trẻ em hơn người trưởng thành, với tần suất mắc bệnh vào khoảng 0.24-1.23/1.000.000 trường hợp, tỷ lệ tử vong cao hơn 50%. Chỉ có khoảng 500 ca được ghi nhận trên y văn.

Vì vậy, thông qua bài này chúng tôi muốn cảnh báo các bác sĩ Nhi khoa về khả năng mắc bệnh phổi lắng đọng Hemosiderin ở trẻ viêm phổi mạn, đặc biệt là viêm phổi kẽ có biểu hiện thiếu máu đi kèm.

PHƯƠNG PHÁP

Báo cáo trường hợp lâm sàng bệnh phổi lắng đọng Hemosiderin ở bé gái 13 tuổi với chẩn đoán dựa theo hình ảnh học kết hợp nội soi phế quản và mô học sinh thiết phổi; và khảo sát đối chứng với y văn.

KẾT QUẢ

Bé gái 13 tuổi tiền căn nhiều lần thiếu máu phải truyền máu và viêm phổi kèm ho ra máu từng đợt, nhập viện với bệnh sử sốt, ho ra máu được chuyển đến Bệnh viện Nhi đồng 2 với chẩn đoán Viêm phổi nặng – ARDS. Bé có biểu hiện thiếu máu, BK đàm âm, IDR âm, và biểu hiện thâm nhiễm phổi lan tỏa 2 bên trên Xquang ngực thẳng. Bé được nội soi phế quản ghi nhận hình ảnh xuất huyết phế nang và hình ảnh thực bào ăn Hemosiderin. Tiến hành sinh thiết phổi cũng cho hình ảnh mô học tương thích với bệnh phổi lắng đọng Hemosiderin. Bệnh nhân đáp ứng tốt với phương pháp điều trị bằng Corticoid liều cao đơn thuần. Sau 6 tháng điều trị, bệnh nhân cải thiện tốt về mặt lâm sàng, không còn ho ra máu.

KẾT LUẬN

Bệnh phổi lắng đọng Hemosiderin nên được xem xét chẩn đoán ở trẻ có biểu hiện viêm phổi tái phát kèm thiếu máu. Bệnh có vẻ đáp ứng với liệu pháp Corticoid.

IDIOPATHIC PULMONARY HEMOSIDEROSIS IN CHILDREN: A CASE REPORT WITH REVIEW OF LITERATURE

ThS.BS. Nguyễn Thị Hồng Huyền, BSCKI. Nguyễn Hoàng Phong, PGS.TS. Phạm Thị Minh Hồng

ABSTRACT

OBJECTIVES:

Idiopathic pulmonary hemosiderosis (IPH) is a rare and life threatening condition, found primarily in children, that causes recurrent episodes of diffuse alveolar hemorrhage. It is characterized by hemoptysis, alveolar infiltrates on chest radiograph and various degrees of anemia, seen more frequently in children than in adults. The estimated incidence of IPH in children is 0.24–1.23 cases per million, with a mortality rate as high as 50%. Only 500 cases have been described in medical literature.

Through this article, maybe we alert the pediatricians about the possibility of childhood Idiopathic Pulmonary Hemosiderosis, in cases of anemia associated with chronic lung disease, especially interstitial pneumonia.

METHOD:

This article reported a case of Idiopathic Pulmonary Hemosiderosis in a 13 year-old girl, with bronchoscopy and histopathological documentation, and reviewed the disease against published literature.

RESULTS:

A 13 year-old child with history of anemia and lung disease characterized by recurrent pneumonia, and hemoptysis was admitted to the hospital with fever, cough, respiratory distress and hemoptysis which was diagnosed of severe pneumonia – ARDS. She had anemia, negative tuberculin test and no acid-fast bacilli in sputum and presence of bilateral pulmonary infiltrates in chest X-ray. The bronchoscopy showed iron-laden macrophages and the lung biopsy showed a histopathological diagnosis compatible with pulmonary hemosiderosis. The patient responded well to high doses of corticosteroids treatment alone. After 6 months of therapy she had a good outcome, improve the clinical symptom, no more hemoptysis and anemia.

CONCLUSIONS:

Idiopathic Pulmonary Hemosiderosis should be included as a possible diagnosis of children with anemia and chronic lung disease. Patients with IPH maybe respond well to high doses of corticosteroids.

CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI QUA NỘI SOI PHẾ QUẢN

Trần Văn Ngọc()*

TÓM TẮT:

Ung thư phổi là bệnh thường gặp tại VN cũng như trên thế giới, là một trong những ung thư gây tử vong hàng đầu hiện nay trong các bệnh ung thư. Đa số bệnh nhân được phát hiện trong giai đoạn rất muộn và tiên lượng xấu.

Việc chẩn đoán sớm và qua đó điều trị sớm và hiệu quả ung thư phổi giúp đạt được mục đích chính yếu của thực hành y khoa là nhằm giúp bệnh nhân ung thư phổi sống lâu hơn, nâng cao chất lượng cuộc sống.

Có nhiều phương tiện chẩn đoán ung thư phổi qua nội soi phế quản hay sinh thiết xuyên ngực. Nội soi phế quản có thể phát hiện sớm ung thư phổi sớm kể cả dạng tại chỗ (stage 0) thậm chí những tổn thương loạn sản tiền xâm lấn. EBUS, hiện nay là phương tiện hữu hiệu giúp chẩn đoán u/hạch trung thất với ít biến chứng so với phương pháp TBNA mù. Sinh thiết xuyên ngực ngày càng chính xác hơn dưới hướng dẫn siêu âm, CTscan nhưng chỉ nên sử dụng khi nội soi phế quản không tiếp cận lấy mẫu được. Nội soi phế quản hiện nay không những là công cụ rất cần thiết trong chẩn đoán mà còn giúp điều trị ung thư phổi vì là một tiếp cận hiệu quả cao và rất ít biến chứng.

ABSTRACT: DIAGNOSIS OF LUNG CANCER BY BRONCHOSCOPY

Tran Van Ngoc

Lung cancer is a common disease in Vietnam as well as in the world, one of the leading causes of cancer deaths. Most patients are diagnosed at very late stages and have poor prognosis.

The early diagnosis and through which early and effective lung cancer treatment achieves the primary purpose of medical practice is to help patients with lung cancer live longer, improving their quality of life.

There are many diagnostic tools for lung cancer through bronchoscopy or transthoracic biopsy. Bronchoscopy can detect very early lung cancer including carcinoma in situ or even with pre-invasive dysplasia. EBUS, now a useful means of diagnosing mediastinal tumor or lymph nodes with less complications than blind TBNA. Transthoracic biopsy is becoming more and more accurate under ultrasound or CT scan guidance but should only be used after bronchoscopy hadn't helped to achieve sample. Bronchoscopy is not only a very useful diagnostic tool, but it also helps to treat lung cancer as a highly effective and minimally invasive approach.

() PGS, TS. Phó CN BM Nội-ĐHYD TP HCM, Trưởng khoa Hô hấp BVCR, Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM, Phó chủ tịch Hội Lao & Bệnh phổi VN, Trưởng Văn phòng đại diện Hội Lao và Bệnh phổi tại TPHCM*

References

1. Boxem Van, A., Westerga, J., et als.(2001) Photodynamic therapy, Nd-YAG laser and electrocautery for treating early-stage intraluminal cancer: which to choose? *Lung Cancer* 31: 31–36.
2. Deygas, N., Froudarakis, M.,et al. (2001) Cryotherapy in early superficial bronchogenic carcinoma. *Chest* 120: 26–31.
3. Fisher, R. and Huber, R. (2000) Endoluminal brachytherapy in central lung cancer. In: Bolliger, C. (ed.),*Interventional Bronchoscopy*, Vol. 30. Basel: S. Karger AG.
4. Furman Alexandre M, Jihane Zaza Dit Yafawi, Ayman O Soubani. (2013)An Update on the Evaluation and Management of Small Pulmonary Nodules. *Future Oncol.*;9(6):855-865..
5. Haussinger, K., Becker, H., Stanzel, F., Kreuzer, A., Schmidt, B., Strausz, J. *et al.* (2005) Autofluorescence bronchoscopy with white light bronchoscopy compared with white light bronchoscopy alone for the detection of precancerous lesions: a European randomized controlled multicentre trial. *Thorax* 60: 496–503.
6. Herth, F., Eberhardt, R., Anantham, D., Gompelmann, D., Zakaria, M. and Ernst, A. (2009) Narrow-band imaging increases the specificity of bronchoscopic early lung cancer detection. *J Thorac Oncol* 4: 1060–1065.
7. Herth, F., Ernst, A., Schulz, M. and Becker, H. (2003) Endobronchial ultrasound reliably differentiates between airway infiltration and compression by tumor. *Chest* 123: 458–462.
8. Holiday, D., McLarty, et al. (1995) Sputum cytology within and across laboratories. A reliability study. *Acta Cytol* 39: 195–206.
9. Jantz Michael A(2012). Flexible Bronchoscopy and the Application of Endobronchial Brachytherapy, Fiducial Placement, and Radiofrequency Ablation, 212-237. Ko-Pen Wang, Atul C. Mehta, J. Francis Turner. Flexible Bronchoscopy. Third Edition.
10. Jefferson, A., Wijesurendra, R., McAteer, M., Digby, J., Douglas, G., Bannister, T. *et al.* (2011) Molecular imaging with optical coherence tomography using ligand-conjugated microparticles that detect activated endothelial cells: rational design through target quantification. *Atherosclerosis* 219: 579–87.
11. Johannes M.A. Daniels, Thomas G. Sutedja. (2013) Detection and Minimally Invasive Treatment of Early Squamous Lung Cancer. *Ther Adv Med Oncol.* 5(4):235-248.
12. Lorchel, F., Spaeth, D., et al. (2003) High dose rate brachytherapy: a potentially curative treatment for small invasive T1N0 endobronchial carcinoma and carcinoma in situ. *Rev Mal Respir* 20: 515–520.
13. Mathur.Praveen N. (2012). Application of Laser, Electrocautery, Argon Plasma Coagulation, and Cryotherapy in Flexible Bronchoscopy (201-211). Ko-Pen Wang, Atul C. Mehta,

J. Francis Turner. Flexible Bronchoscopy. Third Edition.

14. Ngô Thế Hoàng, Phạm thị Vân Thanh, Lê Thượng Vũ, Trần Văn Ngọc. (2010) Nghiên cứu vai trò sinh thiết phổi xuyên phế quản dưới hướng dẫn X quang trong chẩn đoán u phổi ngoại biên. *Y Học TP Hồ Chí Minh*;14(phụ bản số 1, chuyên đề nội khoa):119.
15. Patel Rajesh R. and James P. Utz. (2012) **Bronchoscopic Lung Biopsy (124-138)**. Ko-Pen Wang, Atul C. Mehta, J. Francis Turner. Flexible Bronchoscopy. Third Edition.
16. Shibuya, K., Nakajima, T., et al. (2010) Narrow band imaging with high-resolution bronchovideoscopy: a new approach for visualizing angiogenesis in squamous cell lung carcinoma of the lung. *Lung Cancer* 69: 194–202.
17. Trần Văn Ngọc. (1999) Sinh thiết phế quản và xuyên phế quản trong chẩn đoán bệnh lý hô hấp. Luận án tiến sỹ.
18. Trần Văn Ngọc. (2000) Sinh thiết phổi xuyên phế quản dưới sự hướng dẫn của X quang trong chẩn đoán bệnh lý hô hấp. *Y Học TP Hồ Chí Minh*;4(phụ bản số 1, chuyên đề nội khoa):62.
19. Trần Văn Ngọc. (2001) Phương pháp nội soi phế quản với ống soi mềm. *Y Học TP Hồ Chí Minh*;5(phụ bản số 2, chuyên đề nội khoa):9-17.
20. Travis W.D., E. Brambilla et als. (2011) Paradigm shifts in lung cancer as defined in the new IASLC/ATS/ERS lung adenocarcinoma classification. *Eur Respir J*; 38: 239–243
21. Tsuboi, M., Hayashi, A., Ikeda, N., Honda, H., Kato, Y., Ichinose, S. *et al.* (2005) Optical coherence tomography in the diagnosis of bronchial lesions. *Lung Cancer* 49: 387–394.
22. Usuda, J., Ichinose, S., Ishizumi, T., et al (2010) Outcome of photodynamic therapy using NPe6 for bronchogenic carcinomas in central airways >1.0 cm in diameter. *Clin Cancer Res* 16: 2198–2204.
23. Vincent, B., Fraig, M. and Silvestri, G. (2007) A pilot study of narrow-band imaging compared to white light bronchoscopy for evaluation of normal airways and premalignant and malignant airways disease. *Chest* 131: 1794–1788.
24. Whiteman, S., Yang, Y., van Pittius, D., et al, M. (2006) Optical coherence tomography: Real-time imaging of bronchial airways microstructure and detection of inflammatory/neoplastic morphological changes. *Clin Cancer Res* 12: 813–818.



HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

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



THÔNG TIN KÊ TOA PULMICORT RESPULES (Budesonid)

THÀNH PHẦN: Mỗi 2 ml chứa budesonid 500 mcg. **DẠNG BẢO CHẾ:** Hỗn dịch khí dung dùng để hít. **DẠNG TRÌNH BÀY:** Hộp 4 gói x 5 ống 2 ml. **CHỈ ĐỊNH:** Điều trị hen phế quản. Sử dụng khi cần thiết phải thay thế hoặc giảm liều steroid đường uống. Điều trị viêm thanh quản - khí quản - phế quản cấp (bệnh Croup) ở nhũ nhi và trẻ em. **LIỀU LƯỢNG:** Nên được sử dụng với máy khí dung thích hợp. Khi có lắng đọng thuốc, sau khi lắc mà thuốc không trở lại dạng hỗn dịch thì nên loại bỏ ống thuốc. **Hen phế quản:** Liều khởi đầu, hoặc trong giai đoạn hen nặng, hoặc trong thời gian giảm liều corticosteroid đường uống: Người lớn: 1-2 mg x 2 lần /ngày. Trẻ em: 0,5-1 mg x 2 lần /ngày. Điều trị duy trì: Nên dùng liều thấp nhất làm mất triệu chứng. Người lớn: 0,5-1 mg x 2 lần /ngày. Trẻ em: 0,25-0,5 mg x 2 lần/ngày. **Viêm thanh quản-khí quản-phế quản cấp (bệnh Croup):** ở trẻ em và nhũ nhi: 2mg 1 lần. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với budesonid hay bất kỳ thành phần nào của thuốc. **THẬN TRỌNG:** 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 itraconazol 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, choáng váng, cảm giác khát, mệt mỏi, tăng cân. **Các tác động toàn thân có thể gặp khi dùng corticosteroid dạng hít:** Ức chế trục HPA: phụ thuộc liều, có thể xem như sự đáp ứng sinh lý; Ức chế mật độ xương: không ghi nhận khi dùng liều khuyến cáo trên người lớn, trên trẻ em sự gia tăng mật độ khoáng ở vùng xương có thể phản ánh sự tăng thể tích xương; Giảm tốc độ phát triển ở trẻ em: thường thoáng qua và cuối cùng cũng đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành. Hiếm gặp trường hợp thâm tím da, co thắt phế quản - điều trị bằng thuốc cường giao cảm beta 2 dạng hít, có ghi nhận triệu chứng rối loạn hành vi, kích thích, bồn chồn, trầm cảm. Có thể ngăn ngừa sự kích ứng da mắt khi sử dụng máy xông khí dung với mặt nạ bằng cách rửa mắt 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 đã dùng trước đây trong khoảng 2 tuần. Nên giảm liều corticosteroid đường uống từ từ tới liều thấp nhất có hiệu quả. Không nên thay đổi liều PULMICORT trong thời gian bệnh nhân còn sử dụng corticosteroid đường uống. Các triệu chứng dị ứng sớm có thể tái phát (như là viêm mũi, chàm, viêm kết mạc) hoặc bệnh nhân mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ khớp, trầm cảm, mệt mỏi, thỉnh thoảng buồn nôn và nôn. Ở nhũ nhi và trẻ em mắc bệnh Croup, liều thông thường 2 mg PULMICORT RESPULES dùng 1 lần. **NHÀ SẢN XUẤT:** AstraZeneca AB, SE 151-85 Sodertalje, Thụy Điển. **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 VPDD AstraZeneca

Tòa nhà AB, Lầu 18, 76 Lê Lợi 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



UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN Ở PHỔI KHÔNG LIÊN QUAN HÚT THUỐC Ở NHỮNG NGƯỜI HÚT THUỐC LÁ

Stephen Phillips Kantrow()*

Tóm tắt

Ung thư biểu mô tuyến là loại mô bệnh học thường gặp nhất của ung thư phổi liên quan việc hút thuốc lá và cả trong ung thư phổi ở những người chưa bao giờ hút thuốc. Ung thư biểu mô tuyến ở phổi có thể do tác động sinh ung của khói thuốc, các yếu tố về gen có kèm hay không việc tương tác với các phơi nhiễm từ môi trường. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi nhằm xem xét một cách hệ thống các báo cáo về tác động của việc hút thuốc, yếu tố giới tính và chủng tộc trong việc hình thành ung thư biểu mô tuyến ở phổi. Để từ đó ước tính được tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến ở phổi không liên quan hút thuốc lá ở những người hút thuốc (SULACS). Chúng tôi cũng thảo luận về bệnh sinh và các yếu tố nguy cơ cho SULACS và việc ứng dụng kết quả này trong nghiên cứu sinh học, việc điều trị và việc kiểm soát ung thư phổi trong tương lai.

SMOKING-UNRELATED LUNG ADENOCARCINOMA IN CIGARETTE SMOKERS

Stephen Phillips Kantrow()*

ABSTRACT

Adenocarcinoma is the most common histology for lung cancer attributable to cigarette smoking and also the most common histology for lung cancer in never smokers. Lung adenocarcinoma in cigarette smokers may be the result of carcinogenic effects of tobacco combustion, genetic factors and/or non-tobacco environmental exposures. The purpose of our study is to systematically review studies that report the effects of cigarette smoking, gender and race/ethnicity on lung adenocarcinoma to estimate the proportion of smoking-unrelated lung adenocarcinoma in cigarette smokers (SULACS). We discuss the pathogenesis and risk factors for SULACS and the implications for lung cancer biology and treatment and future lung cancer control.

() A.Prof. Louisiana University, USA*

CÁC CON ĐƯỜNG PHÂN TỬ BÊN DƯỚI CỦA CƠ CHẾ PHÒNG TỎA ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH VÀ CÁC TÁC DỤNG NGOẠI Ý CỦA CHÚNG

Đinh Xuân Anh Tuấn

Ung thư phổi từ lâu đã được xem là một bệnh ác tính sinh miễn dịch kém. Trong khi liệu pháp miễn dịch tăng cường hệ thống miễn dịch của bệnh nhân để chống lại bệnh tật trong các chiến lược miễn dịch liệu pháp, các chất ức chế kiểm soát miễn dịch đã nổi lên như là những phương pháp điều trị ung thư mới đầy hứa hẹn cho một loạt các bệnh ung thư, bao gồm cả ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (NSCLC). Phòng tỏa điểm kiểm soát miễn dịch làm tăng khả năng miễn dịch chống lại ung thư bằng cách ức chế các cơ chế điều hòa miễn dịch xuống nội sinh. Cho đến nay, các điểm kiểm soát miễn dịch được mô tả nhiều nhất và có liên quan đến điều trị nhất đó là con đường lympho T độc tế bào liên kết kháng nguyên 4 (CTLA-4) và con đường chết tế bào theo chương trình protein 1 (PD-1). Tuy nhiên, bằng cách tăng hoạt động của hệ thống miễn dịch, việc phong tỏa điểm kiểm soát miễn dịch có thể có các phản ứng phụ gây viêm, thường được gọi là các phản ứng phụ liên quan đến miễn dịch. Bài thông tin này sẽ thảo luận về các con đường phân tử bên dưới sự phong tỏa điểm kiểm soát miễn dịch bởi các kháng thể đơn dòng và các phản ứng phụ có liên quan đến miễn dịch.

(*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

MOLECULAR PATHWAYS UNDERLYING IMMUNE CHECKPOINT BLOCKADE AND THEIR ADVERSE EVENTS

Đinh Xuân Anh Tuấn(*)

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

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TIẾN XA CÓ ĐỘT BIẾN HOẠT HÓA EGFR TIẾN TRIỂN SAU EGFR TKI BƯỚC MỘT

Vũ Văn Vũ ()*

Tóm tắt: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa có đột biến hoạt hóa EGFR thường được điều trị toàn thân bước một với các thuốc nhóm EGFR TKI (erlotinib, gefitinib,...). Bệnh thường tiến triển sau thời gian đáp ứng trung bình 10 – 12 tháng. Nhiều vấn đề được đặt ra nhằm có thái độ xử trí đúng đắn theo từng tình huống lâm sàng cụ thể để tiếp tục duy trì được chất lượng và kéo dài thời gian sống còn của bệnh nhân. Việc xác định các tình huống tiến triển đặc thù như tiến triển tại chỗ (di căn não...), tiến triển ít hay tiến triển rầm rộ toàn thân sẽ giúp định hình các chiến lược điều trị như tiếp tục duy trì TKI có bổ sung các mô thức xử trí tại chỗ (phẫu thuật, xạ trị...), điều trị toàn thân bước hai...

Sự xác định các thay đổi bệnh học ở mức hình thái và phân tử có ý nghĩa rất quan trọng trong hoạch định thái độ xử trí khi bệnh tiến triển. Khảo sát sinh học phân tử từ các phân mảnh DNA từ tế bào bứu (ctDNA) phát tán trong huyết tương qua nghiệm pháp sinh thiết lỏng (liquid biopsy) là một lựa chọn thực hành rất có giá trị bên cạnh khảo sát mô hoặc tế bào học truyền thống. Phân nửa các trường hợp tiến triển sau EGFR TKI bước một liên quan đến sự xuất hiện đột biến T790M của gen EGFR, trong tình huống này các EGFRTKI thế hệ ba như osimertinib là một lựa chọn điều trị toàn thân thích hợp nhất.

MANAGEMENT OF ADVANCED NON-SMALL CELL LUNG CANCERS WITH EGFR ACTIVATING MUTATIONS PROGRESSING ON FRONT-LINE EGFR TKIs.

Vũ Văn Vũ()*

Summary: Advanced non-small cell lung cancers (NSCLC) with EGFR activating mutations are often treated by EGFR TKI (erlotinib, gefitinib,...) upfront. The diseases usually progress after a median duration of response averaging 10 – 12 months. There are many issues diverging various individual managements in order to maintain the quality and prolong the survival time of patients. Determining various peculiar situations of progression (i.e. local (brain metastasis) versus systemic, indolent versus rapid, oligo- versus multi- systemic progression...) will planning the appropriate treatment strategies such as continuing TKI with local therapies (surgery, radiotherapy ...) or alternating second line systemic therapies ...

Investigating modifications of morphology and molecular pathological characteristics has impact meaningfully on implementation of management on progression. Assessing molecular features of tumor cell DNA fragments (ctDNA) circulating in plasma through “liquid biopsy” exams is a useful practical option beside traditional cyto- or histio- pathology. Half of cases progress on first-line EGFR TKI relating to the occurrence of T790M mutation of EGFR gene. In this setting, third generation EGFR TKI such as osimertinib is the most appropriate systemic treatment.

() TS, BS, Trưởng Khoa Hoá trị BV Ung Bướu TPHCM*

BIOFLORA®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**

- **TIÊU CHẢY CẤP** ở người lớn và trẻ em,
kết hợp bù nước bằng đường uống
- **TIÊU CHẢY KHI DÙNG KHÁNG SINH**
 - Ngăn ngừa tái phát tiêu chảy do
CLOSTRIDIUM DIFFICILE



Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc
của Cục Quản Lý Dược - Bộ Y tế: 0181/16/QLD-TT, ngày 19 tháng 07 năm 2016
Ngày 20 tháng 07 năm 2016 in tài liệu.
Thông tin chi tiết về sản phẩm xem ở trang 2

BIOCODEX 

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng. Nếu cần thêm thông tin, xin hỏi ý kiến bác sĩ.

THÀNH PHẦN:

Dạng gói:

Saccharomyces boulardii CNCM I-745.....100.00mg

Tá dược: lactose monohydrate, fructose, silica keo khan, hương trái cây cho một gói 306mg.

Dạng viên:

Saccharomyces boulardii CNCM I-745.....200.00mg

Tá dược: magne stearate, lactose monohydrate cho một viên 228,3mg.

Thành phần vô nang: gelatin, titan dioxide (E171), oxide sắt II (E172), indigotine (E132).

DẠNG BẢO CHẾ - QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:

Hộp 10 viên hoặc 20 gói.

CHỈ ĐỊNH:

- ❖ Điều trị tiêu chảy cấp ở người lớn và trẻ em kết hợp với bù nước bằng đường ống.
- ❖ Ngăn ngừa tiêu chảy khi dùng kháng sinh.
- ❖ Ngăn ngừa tái phát tiêu chảy do *Clostridium difficile*.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:

- Dạng gói: người lớn và trẻ em uống 2 gói mỗi ngày, chia làm 2 lần. Hòa tan thuốc trong gói vào ly nước
- Dạng viên: Người lớn và trẻ em trên 6 tuổi uống 1 viên mỗi ngày. Nốt viên thuốc với nước. Không khuyến dùng viên nang cho trẻ em dưới 6 tuổi (nguy cơ bị nghẹn).
- Dạng đóng khô của hoạt chất đảm bảo sự ổn định và khả năng sống của *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Mẫn cảm với một trong các thành phần của thuốc.

Bệnh nhân đặt catheter tĩnh mạch trung ương.

LƯU Ý:

Không nên mở gói thuốc gần nơi bệnh nhân đặt catheter-tĩnh mạch trung ương, tránh bất kỳ tiếp xúc nào vào catheter, đặc biệt là tay. Rất hiếm trường hợp nhiễm nấm trong máu ở bệnh nhân đặt catheter tĩnh mạch trung ương, ngay cả khi không điều trị bằng *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745, hầu hết thường dẫn đến sốt và cấy máu dương tính với *Saccharomyces*.

Do có chứa lactose, không nên dùng thuốc này cho bệnh nhân bất dung nạp galactose, thiếu

Lapp lactase hay hội chứng kém hấp thu glucose và galactose (bệnh chuyển hóa hiếm gặp). Do có chứa fructose, không nên dùng thuốc này cho bệnh nhân bất dung nạp fructose.

THẬN TRỌNG KHI DÙNG: BIOFLORA® có chứa tế bào nấm men sống phát triển ở 37°C, không nên trộn lẫn thuốc với nước uống có cồn, thức ăn hay thức uống quá nóng (trên 50°C) hay quá lạnh.

TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC: Không có

TƯƠNG TÁC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC DẠNG TƯƠNG TÁC KHÁC: Do bản chất nấm men, không kết hợp thuốc này với các thuốc kháng nấm.

PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:

Về mặt lâm sàng, không ghi nhận tác dụng gây dị dạng hay độc bào thai.

Do thận trọng, tốt hơn không dùng thuốc này trong thai kỳ.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:

Hệ miễn dịch: rất hiếm gặp phản ứng dị ứng (có thể phù Quincke), ban đỏ, ngứa.

Da và mô dưới da: hiếm gặp trường hợp nổi mề đay.

Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.

QUÁ LIỀU: Do bản chất và đặc tính dược động học của thuốc, không có triệu chứng quá liều.

BẢO QUẢN - HẠN DÙNG:

Để xa tầm tay trẻ em.

Bảo quản nhiệt độ dưới 30°C, tránh ẩm.

Không dùng quá hạn dùng ghi trên bao bì.

Hạn dùng: 36 tháng kể từ ngày sản xuất.

NHÀ SẢN XUẤT: BIOCODEX

Nhà máy: 1 avenue Blaise Pascal-60000 Beauvais-Pháp

Nhập khẩu và phân phối:

CTY TNHH MTV VIMEDIMEX BÌNH DƯƠNG
Số 18 L1-2, VSIP II, đường số 3, KCN Việt Nam - Singapore 2
Phường Phú Hòa, TP. Thủ Dầu Một - Bình Dương



Mọi thông tin xin liên hệ:

Công ty TNHH DKSH Việt Nam

Lầu 1-2, Tòa nhà e.town 2, 364 Cộng Hòa
Phường 13, Quận Tân Bình, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
Phone +84 8 3812 5848; Fax +84 8 3812 5778
www.dksh.com.vn

ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH -BUỚC ĐỘT PHÁ TRONG MIỄN DỊCH LIỆU PHÁP UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Vũ Văn Vũ()*

Tóm tắt: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa hiện vẫn là gánh nặng bệnh tật quan trọng và là một thách thức lâm sàng. Việc điều trị toàn thân đã có nhiều tiến bộ vượt bậc trong vài thập niên qua với sự áp dụng các hiểu biết về bệnh học phân tử và điều trị nhắm đích. Tuy nhiên các biến đổi phân tử thường đa dạng, linh động và không phải lúc nào cũng có các đích nhắm mang ý nghĩa lâm sàng. Sự nở rộ các hiểu biết và áp dụng liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch đang thực sự là bước tiến bộ mang ý nghĩa đột phá trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến xa. Các nghiên cứu bước đầu cho thấy thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch pembrolizumab với cơ chế ức chế thụ thể PD_L1 trên bề mặt tế bào ung thư có hiệu quả giải thoát và kích hoạt chức năng hoạt động miễn dịch chống bươu của tế bào lymphô T, qua đó bệnh nhân được hưởng các ích lợi lâm sàng như tăng tỉ lệ kiểm soát bệnh, kéo dài thời gian không bệnh tiến triển và thời gian sống còn toàn bộ. Điểm đặc biệt chưa từng thấy ở các liệu pháp toàn thân quy ước như hóa trị hoặc điều trị nhắm đích trước là những bệnh nhân có đáp ứng với liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch thường được hưởng thời gian có đáp ứng kéo dài. Với tính dung nạp cao ngay cả khi điều trị lâu dài trên những bệnh nhân khả năng dung nạp kém với các liệu pháp khác, liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch thực sự là cứu cánh cho nhiều bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến xa trong các tình huống điều trị bước một và các bước sau.

Tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề cần được quan tâm trong áp dụng liệu pháp mới mẻ này như lựa chọn đối tượng bệnh nhân thích hợp nhất theo các dấu hiệu sinh học, tối ưu hóa các phối hợp điều trị và liệu trình, các biện pháp và thông số đánh giá hiệu quả điều trị, theo dõi và xử trí tác dụng phụ...

IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS – THE BREAKTHROUGH OF LUNG CANCER IMMUNOTHERAPY

Vũ Văn Vũ

Summary: Advanced non-small cell lung cancers have been being a major morbidity burden and challenges in clinical practice. Lung cancer systemic therapy has significantly advanced in last decades with the implications of novel knowledge of molecular pathology and targeted therapies. However, molecular modifications are indeed varied, complicated, versatile and not always clinically relevant targetable. The emerging of learning and developments of immune checkpoint inhibitors is actually a breakthrough advance in lung cancer systemic treatment. The pioneer studies showed that pemrolizumab -an immune checkpoint inhibitor, inhibiting the PD_L1 receptors presenting on cancer cell surface- had the effect of desinhibition and activation of lymphocyte T in cancer control. By this action, patients got clinical benefits such as increased disease control rates and prolonged survival times. The unique characteristic unseen with previous systemic treatments (chemotherapy, targeted therapy) is that patients who got response to immunotherapy enjoying a prolong duration of response. As with theirs good tolerability to fragile patients even in long courses of treatment, immune checkpoint inhibitors are really salvage treatments for advanced lung cancers in varied treatment settings.

There are still issues being concerned of this emerging treatment such as: selecting appropriate patients on biomarkers, optimizing treatment combinations and schedules, monitoring efficacy (methods, paradigms...), surveying and managing side effects...

(*) TS BS Trưởng Khoa Hoá trị, BV Ung Bướu TPHCM

LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH

Lê Thượng Vũ()*

Ung thư phổi là nguyên nhân tử vong ung thư hàng đầu thế giới. Tại Việt Nam, ung thư phổi cũng là một trong hai nguyên nhân gây tử vong ung thư hàng đầu. Bệnh có tần suất cao, triệu chứng ban đầu không đặc hiệu khiến bệnh thường đến trễ và các trị liệu kém hiệu quả ở giai đoạn muộn giải thích tử suất cao của bệnh. Gần đây việc cá thể hóa điều trị cho ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa đã cải thiện tiên lượng sống còn của bệnh. Điều trị nội khoa Ung thư phổi không còn duy nhất dựa vào hóa trị mà được thay thế càng ngày càng nhiều bằng liệu pháp nhắm đích trên bệnh có đột biến EGFR, chuyển đoạn ALK, ROS1, đột biến BRAF V600E và liệu pháp miễn dịch trên bệnh có biểu hiện PD-L1 cao. Mặc dù chỉ mới phát hiện 3 năm gần đây nhưng liệu pháp miễn dịch trong có những thành công rực rỡ đặc biệt với các thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch giúp cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ. Bài trình bày sẽ cập nhật các nghiên cứu mới nhất, cơ chế tác động, chỉ định trong điều trị ung thư phổi của liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch cũng như các kinh nghiệm điều trị thực tế ở các bệnh nhân Việt nam.

IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS

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

Lung cancer is the leading cause of cancer death world-wide. In Vietnam, lung cancer is also one of the two leading causes of cancer death. High prevalence, non-specific symptoms in early stages resulting in late arrivals and poor-efficacy treatments at late stages explained high mortality. Recently, the individualization of treatment for advanced non-small cell lung cancer has improved the survival prognosis of the disease. The medical treatment of lung cancer has not been based on chemotherapy only but has increasingly replaced by targeted therapy on patients with EGFR mutations, ALK, ROS1, BRAF V600E mutations and immune checkpoint inhibitors with high PD-L1 expression. Although it was discovered only recently, immunotherapy for the last 3 years has been particularly successful with immune checkpoint inhibitors that improved the survival time of non-small cell lung cancer patients. This presentation will update the latest researches, mechanisms, indications for the treatment of lung cancer by immune checkpoint inhibitors as well as practical treatment experiences in Vietnamese patients.

References

1. **Lê Thuợng Vũ**, Nguyễn Xuân Bích Huyền, Trần văn Ngọc, Nguyễn thị Tân Xuân, Đặng Vũ Thông, Đặng thị Kiều Trinh. Kết quả điều trị ung thư phổi bằng hoá chất tại khoa Phổi lầu 8B1 BV Chợ Rẫy trong hai năm rưỡi (6/2002-11/2004). [The two and a half year results of chemotherapy for lung cancer at Pulmonary Medicine Department, Floor 8B1, Cho Ray hospital]. Y học Tp hồ chí minh 2006 tập 10 Phụ bản của số 1 trang 55.
2. **Lê Thuợng Vũ**. Bước đầu sử dụng điều trị nhắm trúng đích cho ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa tại khoa Phổi BV Chợ rẫy. Y HỌC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH 2009, Tập 13, Phụ bản số 1 trang 13
3. Phan Thanh Thăng, Nguyễn thị Lan Hương, Hồ Trọng Toàn, Phạm Văn Lợi, Trần Thanh Tùng, Lê Tuấn Anh, Lê thị Thu Sương, **Lê Thuợng Vũ**, Nguyễn Thúy Hằng, Hoàng văn Thịnh, Trần Bích Thư, Nguyễn Trường Sơn. Phát hiện đột biến gen EGFR trên mẫu huyết tương bn ung thư phổi không tế bào nhỏ tại BV Chợ Rẫy. Thời sự Y học Chuyên đề Hồ Hấp thực hành tháng 3/2017. Trang 82.
4. **Lê Thuợng Vũ**. Ung thư phổi liệu bệnh nhân có quyền hy vọng? Thời sự Y học Chuyên đề Hồ Hấp thực hành tháng 10/2017. Trang 82.

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

PHỐI HỢP ĐA CHUYÊN KHOA TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU - BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Tuấn Anh()*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là loại ung thư phổ biến và gây tử vong hàng đầu ở Việt nam và trên toàn cầu. Có nhiều tiến bộ trong các lĩnh vực chẩn đoán và điều trị ung thư phổi trong thời gian gần đây ở nước ta. Vấn đề đặt ra là cần một sự phối hợp nhịp nhàng của các chuyên khoa để tối ưu hiệu quả điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và vấn đề phối hợp đa chuyên khoa trong điều trị ung thư phổi tại Trung Tâm Ung Bướu - Bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang

Kết quả nghiên cứu: Trong số 1158 bệnh nhân ung thư phổi được điều trị tại BV Chợ Rẫy từ 01.01.2009 tới 31.12.2011, có 821 nam (70.9%) và 337 nữ (29.1%), tỉ lệ nam/nữ: 4/1. Tuổi trung vị là 56, đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 50-59. Loại giải phẫu bệnh thường gặp nhất là carcinoma tuyến (64.3%). Giai đoạn bệnh theo TNM theo thứ tự I, II,III, IV tương ứng là 2,2%, 8,7%, 38,8%, 50,3%. Vị trí di căn thường gặp nhất là não, gan với tỉ lệ tương ứng là 40% và 21,8%. Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị phối hợp đa mô thức chiếm 33,2% và chăm sóc giảm nhẹ chỉ trong 4,6% trường hợp. Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị triệt để là 21,6%.

Kết luận: Đa phần bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn nhưng với sự hỗ trợ nhiều chuyên khoa tại bệnh viện Chợ Rẫy, tỉ lệ bệnh nhân được điều trị phối hợp đa mô thức rất đáng khích lệ.

Từ khóa: ung thư phổi, carcinoma tuyến, điều trị triệt để, phối hợp đa chuyên khoa.

MULTIDISCIPLINARY COLLABORATIVE APPROACH FOR LUNG CANCER PATIENTS AT CANCER CENTER - CHO RAY HOSPITAL

Le Tuan Anh

Introduction: Lung cancer was one of the most common cancers and caused high mortality in Vietnam and worldwide. Many advances in diagnosis and treatment for this disease were seen recently. The problem is how to get an efficient multidisciplinary collaboration to optimize the survival benefit for lung cancer patients.

Objectives: Assessment for clinical characteristics and multidisciplinary collaborative approach for lung cancer patients at Cancer Center - Cho Ray Hospital.

Methods: Cross-sectional retrospective study.

Results: Of the 1158 patients treated at Cho Ray Cancer Center from 01.01.2009 to 31.12.2011, there were 821 men (70.9%) and 337 women (29.1%). The ratio of male/female was 4/1. The median age was 56, mostly in age group of 50-59. The most common pathological type was adenocarcinoma (64.3%). The TNM staging in the order of I, II, III, IV stages were 2.2%, 8.7%, 38.8%, 50.3% in respectively. Common sites of metastases were brain (40%) and liver (21.8%). For treatment, the proportion of multimodality treatments was 33.2%, palliative care treatment only occupied 4.6%. The proportion of patients treated with curative aim was 29.6%.

Conclusions: Most patients with lung cancer were diagnosed at advanced stages in Cho Ray hospital. However, the proportion of patients treated by combining multimodality was encouraging.

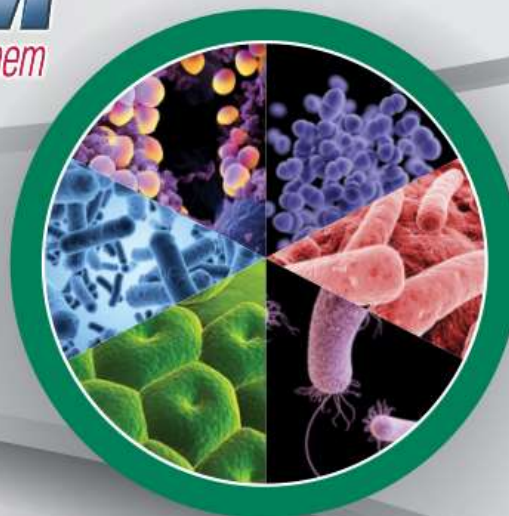
Keywords: lung cancer, adenocarcinoma, curative treatment, multidisciplinary collaborative approach.

(*) TS.BS Lê Tuấn Anh, Phó Giám đốc Trung Tâm Ung bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy
201B Nguyễn Chí Thanh, Q5, TPHCM.

ĐTDD: 0908012353. Email: ltadr@yahoo.com

MERONEM

meropenem



Ôi bệnh nhân như người thân

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

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI MÔ KẼ

Ths.BS Cao Xuân Thực

Để chẩn đoán chính xác một dạng bệnh phổi mô kẽ (BPMK) cụ thể và xây dựng một kế hoạch điều trị cho từng bệnh nhân nhằm ổn định diễn tiến bệnh là thách thức rất lớn cho các bác sĩ lâm sàng. Khi nghi ngờ bệnh nhân bị BPMK, cần chẩn đoán chính xác dạng BPMK cụ thể và giai đoạn tiến triển của nó giúp tiên lượng và xây dựng kế hoạch quản lý thích hợp cho từng bệnh nhân nhằm giảm các triệu chứng và khôi phục hoặc cải thiện chất lượng cuộc sống. Cần hỏi bệnh sử, thăm khám kỹ càng, kết hợp với xét nghiệm, hình ảnh thích hợp và, nếu cần, sinh thiết mô để chẩn đoán xác định BPMK. Chụp cắt lớp vi tính có độ phân giải cao (HRCT) là xét nghiệm chủ yếu giúp xác định chẩn đoán. Nếu có chỉ định điều trị, nhiều dạng BPMK có thể đáp ứng tốt với các liệu pháp chống viêm ức chế miễn dịch. Tuy nhiên, BPMK kèm theo xơ hóa phổi thường khó điều trị, và vẫn chưa có điều trị hiệu quả cho bệnh xơ phổi nguyên phát (IPF). Tuy nhiên, bệnh nhân IPF hoặc các dạng BPMK không IPF có thể điều trị hiệu quả từ việc phát hiện và điều trị các bệnh đồng mắc (đặc biệt là bệnh nhân cao tuổi) và chăm sóc hỗ trợ (liệu pháp oxy, phục hồi chức năng phổi) có thể cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm triệu chứng. Cấy ghép phổi là một lựa chọn cho bệnh nhân BPMK tiến triển hoặc không đáp ứng với các liệu pháp khác, tuy nhiên chỉ rất ít bệnh nhân BPMK giai đoạn cuối có thể thỏa điều kiện để cấy ghép phổi thành công.

Từ khoá: Bệnh phổi mô kẽ, xơ phổi nguyên phát

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE

Cao Xuan Thuc

The complex tasks of making a confident diagnosis of a specific form of interstitial lung disease (ILD) and formulating a patient-centered, personalized management plan in an attempt to achieve remission or stabilization of the disease process can pose formidable challenges to clinicians. When patients are evaluated for suspected ILD, an accurate diagnosis of the specific form of ILD that a patient has developed must be made to provide the patient with useful prognostic information and to formulate an appropriate management plan that can relieve symptoms and restore or significantly improve quality of life. A well-performed patient history and physical examination provides invaluable information that can be combined with appropriate laboratory testing, imaging, and, if needed, tissue biopsy to reach a confident ILD diagnosis, and high-resolution computed tomography (HRCT) of the thorax is usually a key component of the diagnostic evaluation. If treatment is indicated, many forms of ILD can respond significantly to immunosuppressive anti-inflammatory therapies. However, ILD accompanied by extensive fibrosis may be difficult to treat, and the identification of an effective pharmacologic therapy for idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) has remained elusive. Nonetheless, patients with IPF or advanced forms of non-IPF ILD can benefit significantly from detection and treatment of various co-morbid conditions that are often found in patients (especially the elderly patient), and supportive care (oxygen therapy, pulmonary rehabilitation) can have a beneficial impact on quality of life and symptom palliation. Finally, lung transplantation is an option for patients with progressive, advanced disease that does not respond to other therapies, but only a relatively small subset of patients with end-stage ILD are able to meet wait listing requirements and eventually undergo successful lung transplantation.

Keywords: Interstitial lung disease, Idiopathic pulmonary fibrosis, Therapeutics, Diagnosis

(*) *ThS BS, Phó Khoa Hô hấp BVCR*

VAI TRÒ CỦA SINH THIẾT PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CLĐT TRONG CHẨN ĐOÁN U PHỔI NGOẠI BIÊN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Ngô Thế Hoàng, Hoàng Thái Dương, Đỗ Thanh Sơn, Hồ Sĩ Dũng. ()*

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của cắt lớp điện toán (STP/CT) trong chẩn đoán nốt phổi và tổn thương phổi dạng u ở ngoại biên, đặc biệt với ung thư phổi.

Phương pháp: Tiền cứu, mô tả, cắt ngang 212 trường hợp STP/CT được thực hiện tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/ 2016 đến tháng 12/ 2017.

Kết quả: Mẫu sinh thiết đủ 91,9% và độ chính xác chẩn đoán đối với các thương tổn ác tính là 96,8% với độ nhạy 95,7% và độ đặc hiệu 100%. Tràn khí màng phổi (TKMP, phát hiện dưới CT) xảy ra trong 44 trường hợp (20,7%) và chỉ 5 (2,4%) cần phải dẫn lưu. Ho ra máu mức độ trung bình 6 bệnh nhân (2,8%) và mức độ nhẹ xuất hiện ở 19 bệnh nhân (8,9%). TKMP và ho ra máu có liên quan đáng kể với nốt phổi và chiều dài qua phổi (> 3mm) ($P < 0,05$).

Kết luận: STP/CT là một kỹ thuật tương đối an toàn với hiệu quả chẩn đoán cao và nguy cơ biến chứng thấp. Nốt phổi và chiều dài qua phổi có liên quan đến sự xuất hiện của biến chứng.

Từ khóa: Sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của cắt lớp điện toán, nốt phổi đơn độc, soi phế quản ống mềm.

(*) BV Thống Nhất TP HCM

ROLES OF PERCUTANEOUS CT-GUIDED LUNG BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF PERIPHERAL SOLITARY PULMONARY NODULES AND MASSES IN THONG NHAT HOSPITAL

Ngo The Hoang, Hoang Thai Duong, Do Thanh Son, Ho Si Dung.

Objective: To evaluate the efficacy and safety of percutaneous CT-guided lung biopsy (PCTLB) in the diagnosis of solitary pulmonary nodules (SPN) and peripheral masses (absence of any abnormality in the visible area of fiberoptic bronchoscope), especially diagnosis of lung carcinoma.

Methods: Prospective, descriptive, cross sectional study was conducted on 212 cases of PCTLB at Thong Nhat Hospital from January 2016 to December 2017.

Results: The biopsy samples were adequate in 91.9% and the diagnostic accuracy for malignant lesions was 96.8% with 95.7% sensitivity and 100% specificity. Pneumothorax (detected on CT) occurred in 44 cases (20.7%) and only 5 cases (2.4%) required insertion of an intercostal drain. Mild haemoptysis occurred in 6 patients (2.8%) and small haemothoraces in 19 patients (8.9%). Pneumothorax and haemoptysis occurrence was significantly associated with the SPN and the traversed lung-length ($> 3\text{mm}$) ($P < 0.05$).

Conclusion: PCTLB is a relatively safe, minimally invasive and highly effective technique for the diagnosis of SPN and peripheral masses. **SPN and the traversed lung-length are associated with occurrence of complications.**

Keywords: Percutaneous CT-guided lung biopsy (PCTLB), solitary pulmonary nodules (SPN), fiberoptic bronchoscopy.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI VỚI CÁC PHƯƠNG TIỆN LẤY MẪU MỚI QUA PHÂN TÍCH CÁC CA LÂM SÀNG

Bs Hashimoto Masao

Tiến bộ của y học ngày nay cho phép chẩn đoán ngày càng chính xác với việc áp dụng những kỹ thuật lấy mẫu ngày càng tinh tế hơn. Nội soi phế quản với các kỹ thuật cơ bản chải, rửa, sinh thiết và mới hơn là EBUS TBNA, radial EBUS trong TBLB giúp tiếp cận các sang thương ngày càng nhỏ dù trong hay ngoài cây khí phế quản. Có các kỹ thuật mới không đồng nghĩa với làm toàn bộ các kỹ thuật mới trên mỗi bệnh nhân. Chỉ định kỹ thuật lấy mẫu nào cần cân nhắc cụ thể đặc điểm lâm sàng của từng bệnh nhân, hình ảnh học chi tiết hướng dẫn và chẩn đoán lâm sàng khả thi nhất cũng như nắm vững ưu khuyết điểm các kỹ thuật. Qua các ca lâm sàng được trình bày chúng tôi phân tích các phương pháp tiếp cận nhằm giúp các bác sĩ biết cách tối ưu hoá quy trình và kết quả chẩn đoán.

DIAGNOSTIC APPROACH TO LUNG DISEASES WITH NEW MEANS OF SAMPLING THROUGH CLINICAL CASE ANALYSIS

Dr Hashimoto Masao

The advances in medicine today allow for increasingly accurate diagnosis with the application of increasingly sophisticated sampling techniques. Bronchoscopy with basic techniques for brushing, lavage, biopsy, and newer EBUS TBNA, radial EBUS in TBLB for access to smaller and smaller lesions either in or out of trachea-bronchial tree. Having new techniques does not mean doing all the new techniques on the every patient. Choose which sampling technique should consider the specific clinical characteristics of each patient, detailed instructional imaging best clinical diagnostic as well as advantages and disadvantages of every sampling techniques. Through clinical case presentation, we analyze approach methods to help doctors know how to optimize the diagnosis procedure and the results of the diagnosis.

References

1. Leslie KO. My approach to interstitial lung disease using clinical, radiological and histopathological patterns. *Journal of Clinical Pathology* 2009;62:387-401
2. Beamer S, [Jaroszewski](#) DE, [Viggiano](#) R, Smith M. Optimal Processing of Diagnostic Lung Specimens in [Practical Pulmonary Pathology: A Diagnostic Approach \(3rd ed\)](#) 2018, Pages 21–34.e; Elsevier, New York.
3. Federica Pezzuto. Transbronchial biopsy adequacy and sample size in a Multidisciplinary Team approach to interstitial lung diseases. A two-year Padova experience. 29th European Congress of pathology 2017. <https://www.esp-congress.org/presentations/WED/Emerald-Room/0830-1200-OFP-12/OFP-12-011-Pezzuto/011-Pezzuto.pdf>

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI MÔ KẼ

Hoàng Triều Nghi ()*

Tóm tắt

Tổn thương mô kẽ tại phổi là biểu hiện của nhiều bệnh lý đa dạng và phức tạp, cho đến nay đã có hơn 200 bệnh nguyên được xác định, chiếm khoảng 15% tổng số các bệnh phổi và trong đó thể bệnh xơ phổi vô căn được công nhận là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ghép phổi trên thế giới (1). Cùng với các test thăm dò chức năng hô hấp, Xquang cắt lớp vi tính là phương tiện thăm dò chủ yếu dùng để chẩn đoán, theo dõi và tiên lượng bệnh (2-4). Tuy nhiên các thông tin lâm sàng có được là chìa khóa không thể thiếu để tìm ra nguyên nhân đứng sau các biểu hiện hình ảnh cũng như chức năng của từng cá thể người bệnh (5, 6). Bài trình nhằm mục đích mang đến cách tiếp cận hệ thống kết hợp hình ảnh học cắt lớp vi tính, các test thăm dò chức năng hô hấp và các thông tin lâm sàng trong biện luận bệnh phổi mô kẽ.

APPROACH TO DIAGNOSIS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE

Hoang Trieu Nghi

Interstitial Lung Disease (ILD) is not only one but a group of diverse respiratory disorders including nearly 200 various types of pathological conditions, accounting for 15% of all lung diseases, with idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) being the most frequent ILD and the leading cause of lung transplantation in the world (1). Combined with pulmonary functional tests (PFTs), computed tomography scan (CT scan) are primary tools for diagnostic, follow-up and prognostic of the ILD (2-4). Nevertheless, the clinical information are indispensable keys to unravel the underlying mechanisms disorders leading to imaging and functional changes in each individual patient (5, 6). This presentation aims to introduce a systematic approach in combination of CT scan, PFTs and the clinical signs in the analysis of ILD.

Key words: *Interstitial Lung Disease, Computed tomography scan, Pulmonary functional tests*

References

1. Demedts M, Wells AU, Antó JM, Costabel U, Hubbard R, Cullinan P, et al. Interstitial lung diseases: an epidemiological overview. *Eur Respir J*. 2001 Jan 1;18(32 suppl):2s.
2. Eva M van Rikxoort and Bram van Ginneken. Automated segmentation of pulmonary structures in thoracic computed tomography scans: a review. *Phys Med Biol*. 2013;58(17):R187.
3. Colombi D, Dinkel J, Weinheimer O, Obermayer B, Buzan T, Nabers D, et al. Visual vs Fully Automatic Histogram-Based Assessment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF) Progression Using Sequential Multidetector Computed Tomography (MDCT). *PLOS ONE*. 2015 Jun 25;10(6):e0130653.
4. Wells AU, Desai SR, Rubens MB, Goh NSL, Cramer D, Nicholson AG, et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003 Apr 1;167(7):962–9.
5. Nakagawa H, Nagatani Y, Takahashi M, Ogawa E, Tho NV, Ryujin Y, et al. Quantitative CT analysis of honeycombing area in idiopathic pulmonary fibrosis: Correlations with pulmonary function tests. *Eur J Radiol*. 2015;85(1):125–30.
6. Wells AU. The revised ATS/ERS/JRS/ALAT diagnostic criteria for idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) - practical implications. *Respir Res*. 2013;14(Suppl 1):S2–S2.

(*) ThS,BS. Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh, BV Quốc tế Vinmec TP HCM



Opesinkast[®]

Montelukast 4mg, 5mg, 10mg

- Dự phòng và điều trị hen phế quản mạn tính (người lớn & trẻ em > 12 tháng tuổi).
- Dự phòng co thắt phế quản do gắng sức (người lớn & trẻ em > 06 tuổi).
- Giảm triệu chứng viêm mũi dị ứng theo mùa (người lớn & trẻ em > 02 tuổi).
- Giảm triệu chứng viêm mũi dị ứng quanh năm (người lớn & trẻ em > 06 tháng tuổi)



6 tháng - 5 tuổi

Opesinkast
4mg



6 tuổi - 14 tuổi

Opesinkast
5mg



từ 15 tuổi trở lên

Opesinkast
10mg

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Opesinkast®

Montelukast 4mg, 5mg, 10mg



THÀNH PHẦN:

OPESINKAST 4:

Mỗi viên chứa:

Hoạt chất: Montelukast 4 mg (dưới dạng Montelukast natri)

Tá dược: Mannitol, hydroxy propyl cellulose, croscarmellose natri, aspartam, tutti fruitti flavor powder, oxyd sắt đỏ, magnesi stearat.

OPESINKAST 5:

Mỗi viên chứa:

Hoạt chất:

Montelukast 5 mg (dưới dạng Montelukast natri)

Tá dược: Mannitol, hydroxy propyl cellulose, croscarmellose natri, aspartam, bột mùi trái cây tổng hợp, oxyd sắt đỏ, magnesi stearat.

OPESINKAST 10:

Mỗi viên chứa:

Hoạt chất: Montelukast 10mg (dưới dạng Montelukast natri)
Tá dược: Lactose đập thẳng, cellulose vi tinh thể PH 102, natri croscamellose, silic oxyd dạng keo khan, oxyd sắt vàng, oxyd sắt đỏ, opadry II white, magnesi stearate.

CHỈ ĐỊNH:

Opesinkast được chỉ định trong:

- Dự phòng và điều trị hen phế quản mạn tính cho người lớn và trẻ em từ 12 tháng tuổi trở lên, bao gồm dự phòng các triệu chứng hen ban ngày và ban đêm, điều trị người hen nhạy cảm với aspirin.

- Dự phòng cơn co thắt phế quản do gắng sức ở người lớn và trẻ em 6 tuổi trở lên. Làm giảm triệu chứng ban ngày và ban đêm của viêm mũi dị ứng (viêm mũi dị ứng theo mùa ở người lớn và trẻ em từ 2 tuổi trở lên và viêm mũi dị ứng quanh năm ở người lớn và trẻ em từ 6 tháng tuổi trở lên).

CÁCH DÙNG - LIỀU DÙNG:

Opesinkast được uống mỗi ngày 1 lần lúc no hoặc đói. Để chữa hen, nên uống thuốc vào buổi tối. Với viêm mũi dị ứng, thời gian dùng thuốc tùy thuộc vào nhu cầu của từng bệnh nhân. Đối với người bệnh vừa bị hen vừa bị viêm mũi dị ứng, nên uống mỗi ngày 1 viên vào buổi tối.

Bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên bị hen và/hoặc viêm mũi dị ứng: mỗi ngày 1 viên 10 mg hoặc 2 viên 5 mg.

Trẻ em 6 đến 14 tuổi bị hen và/hoặc viêm mũi dị ứng: mỗi ngày 1 viên 5 mg.

Trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi bị hen và/hoặc viêm mũi dị ứng: mỗi ngày 1 viên 4 mg.

Dự phòng cơn co thắt phế quản do gắng sức:

Trẻ em từ 6 đến 14 tuổi: uống ít nhất 2 giờ trước khi tập thể dục, 1 viên 5mg

Từ 15 tuổi trở lên: uống ít nhất 2 giờ trước khi tập thể dục, 1 viên 10mg hoặc 2 viên 5mg.

Khuyến cáo chung: Hiệu lực điều trị của Opesinkast trên các thông số kiểm tra hen sẽ đạt được trong vòng 1 ngày. Cần dặn người bệnh tiếp tục dùng Opesinkast mặc dù cơn hen đã bị khống chế, cũng như trong các thời kỳ bị hen nặng hơn. Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận, suy gan nhẹ và trung bình, người cao tuổi, hoặc cho từng giới tính.

Điều trị Opesinkast liên quan tới các thuốc chữa hen khác: Opesinkast có thể dùng phối hợp cho người bệnh đang theo các chế độ điều trị khác.

Giảm liều các thuốc phối hợp: thuốc giãn phế quản, corticosteroid dạng hít hoặc uống. Không nên thay thế đột ngột thuốc corticosteroid dạng hít hoặc uống bằng Opesinkast.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Quá mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

LƯU Ý VÀ THẬN TRỌNG:

- Nếu hen hoặc khó thở nặng thêm, cần báo cho bác sĩ ngay lập tức.

- Không nên dùng montelukast các dạng uống để điều trị cơn hen cấp. Bệnh nhân cần được dặn dò dùng những thuốc thích hợp có sẵn.

- Có thể giảm corticosteroid dạng hít dần dần với sự giám sát của bác sĩ, nhưng không được thay thế đột ngột corticosteroid dạng uống hoặc hít bằng thuốc montelukast.

- Phải cảnh giác với bất kỳ dấu hiệu nào của hội chứng Churg-Strauss.

- Không nên dùng aspirin hoặc các thuốc kháng viêm (như các thuốc kháng viêm không steroid) nếu chúng làm cho cơn hen nặng hơn.

- Chưa có nghiên cứu về tính an toàn và hiệu lực của thuốc trên bệnh nhi dưới 6 tháng tuổi.

- **Phụ nữ có thai:** Chưa nghiên cứu ở người mang thai. Montelukast chỉ được dùng trong thời kỳ mang thai nếu đã cân nhắc kỹ.

- **Phụ nữ cho con bú:** Chưa rõ montelukast có bài tiết qua sữa mẹ hay không. Vì vậy, thuốc này chỉ có thể dùng cho phụ nữ cho con bú nếu đã cân nhắc kỹ.

- **Ảnh hưởng lên khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc:** Chưa có cơ sở chứng minh montelukast ảnh hưởng tới khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc. Tuy nhiên, một vài tác dụng phụ (như chóng mặt và buồn ngủ) đã được báo cáo rất hiếm có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc của một vài bệnh nhân.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:

Rất thường gặp, ADR \geq 1/10:

Nhiễm khuẩn: Nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Thường gặp, 1/100 \leq ADR < 1/10:

Tiêu hóa: Tiêu chảy, buồn nôn, nôn

Gan: Tăng nồng độ Transaminase trong huyết thanh (ALT, AST)

Da: Ban

Chung: Sốt

Ít gặp, 1/1000 \leq ADR < 1/100:

Miền dịch: Phản ứng quá mẫn bao gồm sốc phản vệ

Tâm thần kinh: Giấc mơ bất thường bao gồm ác mộng, mất ngủ, mộng du, lo âu, kích động, bao gồm hành vi hung hăng hoặc thù địch, trầm cảm, dễ bị kích thích, bồn chồn, run.

Thần kinh trung ương: Hoa mắt, buồn ngủ, dị cảm/ giảm cảm giác, động kinh

Hô hấp: Chảy máu cam

Tiêu hóa: Khô miệng, chứng khó tiêu

Da: Vết tím, mề đay, ngứa

Cơ xương: Đau khớp, đau cơ bao gồm chuột rút.

Chung: Suy nhược, mệt mỏi, khó chịu, phù.

Hiếm gặp: 1/10000 \leq ADR < 1/1000

Máu: Có xu hướng gia tăng chảy máu

Tâm thần kinh: Mất tập trung, suy giảm trí nhớ

Tim mạch: Tim đập nhanh

Da: Phù mạch

Rất hiếm gặp, ADR < 1/10000

Miền dịch: tăng bạch cầu ưa eosin trong gan.

Tâm thần: Áo giác, mất phương hướng, có ý nghĩ tự sát và hành vi tự tử.

Hô hấp: Hội chứng Churg- Strauss (CSS), tăng bạch cầu ưa eosin trong phổi.

Gan: Viêm gan (bao gồm ứ mật, tế bào gan, tổn thương gan).

Da: Ban nốt đỏ, hồng ban đa dạng

Hội ý kiến bác sĩ nếu gặp phải tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc.

TƯƠNG TÁC THUỐC:

- Có thể dùng montelukast với các thuốc thường dùng khác trong dự phòng và điều trị mạn tính bệnh hen và điều trị viêm mũi dị ứng. Trong các nghiên cứu về tương tác thuốc, liều khuyến cáo làm sáng của montelukast không có ảnh hưởng đáng kể tới dược động học của các thuốc sau: theophyllin, prednisolone, prednisolon, thuốc uống ngừa thai (norethindron 1 mg/ethinyl estradiol 35 mcg), terfenadin, digoxin và warfarin.

- Vùng dưới đường còng (AUC) của montelukast giảm khoảng 40% ở người dùng đồng thời với phenobarbital. Vì montelukast được chuyển hóa bởi CYP 3A4, cần thận trọng, nhất là ở trẻ em khi montelukast dùng đồng thời với các thuốc được chuyển hóa bởi CYP 3A4 như phenytoin, phenobarbital và rifampicin.

TRÌNH BÀY :

- OPESINKAST 4: Hộp 3 vỉ x 10 viên nén.

- OPESINKAST 5: Hộp 4 vỉ x 7 viên nén.

- OPESINKAST 10: Hộp 4 vỉ x 7 viên nén bao phim.

BẢO QUẢN:

Bảo quản ở nhiệt độ dưới 30°C, nơi khô ráo, tránh ánh sáng.

HẠN DÙNG:

36 tháng kể từ ngày sản xuất. Không dùng thuốc khi quá hạn sử dụng.

NHÀ SẢN XUẤT VÀ PHÂN PHỐI:

CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM OPV

Lô 27, Đường số 3A, Khu Công Nghiệp Biên Hòa II, Phường

An Bình, Thành phố Biên Hòa, Tỉnh Đồng Nai.

ĐT: (061) 3992999 - Fax: (061) 3835088

Trang 02

BIẾN CHỨNG TIM MẠCH TRONG BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

Lê Thị Thu Thủy ()*

Tóm tắt: Biến chứng tim mạch của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) thì đa dạng và khá phức tạp. Các biến chứng bao gồm loạn chức năng thất P, tăng áp động mạch phổi, bệnh mạch vành và rối loạn nhịp. COPD gây thiếu oxy mạn và điều này sẽ tiếp tục gây tăng áp động mạch phổi (TAĐMP). TAĐMP dẫn đến tâm phế và loạn chức năng thất P vào giai đoạn muộn của COPD. Thông tim P vẫn còn là tiêu chuẩn vàng để đánh giá bệnh lý mao mạch phổi. Tuy nhiên, siêu âm tim mới là kỹ thuật không xâm lấn tốt nhất để đo dòng hở van 3 lá và áp lực động mạch phổi. TAĐMP tăng tỉ lệ tàn phế và giảm sống còn của bệnh nhân COPD. Tuy không có 1 phương pháp điều trị đặc hiệu nào ngoài liệu pháp oxy được công nhận, gần đây các bác sĩ bắt đầu quan tâm tới điều trị bằng các thuốc dẫn mạch phổi. Bệnh nhân COPD đứng trước nguy cơ cao bị bệnh mạch vành (BMV). Nhiều nghiên cứu báo cáo có mối liên hệ mạnh mẽ giữa COPD và BMV. C-reactive protein (CRP) tăng ở bệnh nhân COPD ổn định hoặc đợt cấp. Sự gia tăng CRP cũng xảy ra ở bệnh nhân có BMV. Điều này giả thiết phải chăng sinh bệnh học của COPD lẫn BMV bắt nguồn từ phản ứng viêm toàn thân. Điều trị cho bệnh nhân vừa có COPD vừa có BMV gần tương tự như điều trị cho bệnh nhân không bị COPD. Thuốc ức chế beta là một điều trị cơ bản cho BMV. Vấn đề là thuốc này hay gây co thất phế quản trong COPD. Tuy nhiên, sử dụng các ức chế beta chọn lọc trên tim, chẳng hạn atenolol và metoprolol, được xem là an toàn. Nguy cơ rối loạn nhịp tăng ở cả COPD ổn định và trong đợt cấp. Các nhịp nhanh trên thất thường gặp như rung nhĩ và nhịp nhanh nhĩ đa ổ có thể tồn tại kéo dài và gây tụt huyết áp, thuyên tắc mạch hệ thống và suy tim xung huyết. Nhịp nhanh nhĩ đa ổ thường xảy ra trong đợt cấp của COPD và liên hệ với tỉ lệ tử vong cao. Điều trị nhịp nhanh nhĩ đa ổ bao gồm điều trị những yếu tố thúc đẩy COPD vào đợt cấp và kiểm soát nhịp bằng ức chế beta hoặc diltiazem.

CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Le Thi Thu Thuy

Abstract: The cardiovascular complications of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are numerous and subtle. They include right ventricular (RV) dysfunction, pulmonary artery hypertension (PAH), coronary artery disease (CAD) and arrhythmias. COPD results in chronic hypoxia and consequently which causes PAH. PAH then leads to cor pulmonale and RV dysfunction lately in the clinical course of COPD. Right heart catheterization remains gold standard to assess pulmonary vasculature disease. However, 2D echocardiography is probably the best technique to measure tricuspid regurgitation and pulmonary arterial pressure non-invasively. PAH associated with COPD increases morbidity and worsens survival. Although no specific treatment other than oxygen has been accepted for patients with PAH in COPD, there has been renewed interest in specific pulmonary vasodilators. Patients with COPD are at increased risk for CAD. Various studies have reported a strong relation between the occurrences of COPD and the coexistence of CAD. C-reactive protein (CRP) has been shown to be elevated in patients with both stable COPD and during exacerbation. Because elevation in CRP also occurs in patients with CAD, it suggests the pathogenesis of both COPD and CAD may stem from enhanced systemic inflammation. Management strategies of the patients with COPD and CAD are likely similar to those without COPD. A pivotal treatment of CAD is β -blocker. There has been longstanding concern that it may provoke bronchospasm in COPD. However, the use cardioselective β -blocker such as atenolol and metoprolol, appears to be safe. The risk of arrhythmias increases in both stable COPD and during exacerbation. Supraventricular tachycardia commonly atrial fibrillation and multifocal atrial tachycardia (MAT) may persist for a long time and cause hypotension, systemic embolization and congestive heart failure. MAT is often seen in acute exacerbation of COPD and related to high mortality rate. Treatment of MAT in COPD concludes managing the precipitating causes and rate control with β -blocker or diltiazem.

() TS BS. Phó Khoa Tim Mạch BV Chợ Rẫy*

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI ĐA KHÁNG THUỐC THEO SÁNG KIẾN ỦY BAN ÁNH SÁNG XANH TẠI BÌNH THUẬN

BS CKII Lê Huy Thuần, TS BS Nguyễn Văn Thọ***

TÓM TẮT

Giới thiệu: Lao phổi đa kháng thuốc (LPĐKT) là gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội vì việc điều trị bệnh rất tốn kém. Sáng Kiến Ủy Ban Ánh Sáng Xanh (Green Light Committee Initiative—GLC) hỗ trợ bệnh nhân lao phổi đa kháng thuốc được điều trị miễn phí. Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bình Thuận bắt đầu điều trị LPĐKT theo GLC từ tháng 10 năm 2012.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị LPĐKT tại Bình Thuận theo GLC từ 10/2012 đến 12/2015.

Phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân LPĐKT được điều trị miễn phí theo phác đồ chuẩn quốc gia “8EZKm(Cm)LfxPtoCs(PAS)/12EZLfxPtCs(PAS)” tại Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Bình Thuận. Kết quả điều trị được đánh giá bằng cách cấy đàm tìm vi khuẩn lao mỗi tháng 1 lần trong giai đoạn tấn công và 3 tháng một lần trong giai đoạn duy trì.

Kết quả: Trong số 90 bệnh nhân LPĐKT, tỷ lệ điều trị thành công là 81,1%, thất bại là 5,5%, chết là 5,6% và bỏ trị là 7,8%. Thời gian trung vị để âm hóa đàm qua nuôi cấy là 4 tháng (KTC95% 3-5 tháng). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy, bắt đầu điều trị kháng lao trễ sau khi có triệu chứng lâm sàng làm giảm khả năng điều trị thành công [OR 0,49 (KTC 95% 0,27-0,91)], sau khi hiệu chỉnh cho các yếu tố khác.

Kết luận: Tỷ lệ điều trị thành công LPĐKT tại Bình Thuận là 81,1%. Bắt đầu điều trị lao đa kháng trễ làm giảm khả năng điều trị thành công.

Từ khóa: lao phổi đa kháng thuốc, phác đồ chuẩn quốc gia, tỷ lệ điều trị thành công

TREATMENT OUTCOMES OF PUMONARY MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS FOLLOWING THE GREEN LIGHT COMMITTEE INITIATIVE IN BINH THUAN PROVINCE

BS CKII Lê Huy Thuận, TS BS Nguyễn Văn Thọ***

Introduction: Pulmonary multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) is a burden on the patients themselves, their families and the society because it is expensive to treat. Green Light Committee Initiative (GLC) provides free treatment for patients with MDR-TB.

Objectives: To evaluate the treatment outcomes of MDR-TB in Binh Thuan Province following GLC from 10/2012 to 12/2015.

Study method: Patients with MDR-TB were treated without fee following the national standard regimen of “8EZKm(Cm)LfxPtoCs(PAS)/12EZLfxPtCs(PAS)” at Binh Thuan TB and Lung Diseases Hospital. Treatment outcomes were evaluated by sputum cultures for *Mycobacterium tuberculosis* once a month during the intensive phase and once every 3 months during the maintenance phase.

Results: Of the 90 patients with MDR-TB, the treatment outcomes were as follows: success 81.1%, failure 5.5%, death 5.6%, and default 7.8%. The median time to sputum culture conversion was 4 months (95%CI 3-5 months). Multiple logistic regression analysis showed that delayed treatment after symptoms onset significantly decreased the successful rate [OR 0,49 (95%CI 0.27-0.91)], after adjusted for other factors.

Conclusion: The successful rate of MDR-TB treatment in Binh Thuan Province was 81.1%. Late initiation of MDR-TB treatment decreased the successful rate.

Key words: multidrug-resistant tuberculosis, national standard regimen, successful rate.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN –ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN

Nguyễn Đình Duy()*

Nhiễm trùng lao tiềm ẩn (LTBI) là một trạng thái đáp ứng miễn dịch liên tục với sự kích thích bởi các kháng nguyên Mycobacterium tuberculosis mà không có bằng chứng về biểu hiện lâm sàng.

Một phần ba dân số thế giới được ước tính là bị nhiễm M. tuberculosis . Phần lớn những người bị bệnh không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh lao và không gây lây nhiễm bệnh, nhưng họ có nguy cơ phát triển thành bệnh lao hoạt động và trở thành nguồn lây truyền bệnh .

5-10% bệnh nhân nhiễm lao trong vòng 5 năm đầu tiên sẽ trở thành bệnh lao .Tuy nhiên nguy cơ để trở thành bệnh lao phụ thuộc vào nhiều yếu tố nhưng quan trọng nhất là tình trạng miễn dịch của cá thể .

Sự tái hoạt lao có thể ngăn ngừa bằng điều trị dự phòng .Lợi ích của việc điều trị cần cân nhắc khi so sánh với tác dụng phụ liên quan đến thuốc .

Việc tầm soát và điều trị lao tiềm ẩn cho tất cả mọi người là không khả thi vì các xét nghiệm không phải có tính chính xác tuyệt đối , tác dụng phụ liên quan đến thuốc cũng như chi phí cao .

Việc quản lý LTBI đòi hỏi các biện pháp can thiệp bao gồm: xác định và thử nghiệm những cá nhân cần được kiểm tra, đưa ra phác đồ điều trị hiệu quả và an toàn cũng như việc theo dõi và đánh giá kết quả để bệnh nhân có thể hoàn thành điều trị mà không có hay hạn chế mức thấp nhất tác dụng phụ của thuốc nếu có

() BS CKII, PGĐ BV PHẠM NGỌC THẠCH*

LATENT TB INFECTION (LTBI)

NGUYỄN ĐÌNH DUY(*)

Latent tuberculosis infection (LTBI) is defined as a state of persistent immune response to stimulation by *Mycobacterium tuberculosis* antigens without evidence of clinically manifested active TB). One- third of the world's population is estimated to be infected with *M. tuberculosis* . The vast majority of infected persons have no signs or symptoms of TB disease and are not infectious, but they are at risk for developing active TB disease and becoming infectious.

The lifetime risk of reactivation TB for a person with documented LTBI is estimated to be 5–10%, with the majority developing TB disease within the first five years after initial infection. However, the risk of developing TB disease following infection depends on several factors, the most important one being the immunological status of the host.

Reactivation TB can be averted by preventive treatment. The potential benefit of treatment needs to be carefully balanced against the risk of drug-related adverse events. Population-wide mass LTBI testing and treatment are not feasible due to imperfect tests, risk of serious and fatal side-effects and the high cost.

The management of LTBI requires a package of interventions that includes: identifying and testing those individuals who should be tested, delivering effective and safe treatment in a way that the majority of those starting a treatment regimen will complete it with no or minimal risk of adverse events, and ensuring monitoring and evaluation of the process.

(*) *BS CKII, PGĐ BV PHẠM NGỌC THẠCH*

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế



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 khí dung 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 thể 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 chảy, 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:** Mắt 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:** Sưng khớp. **Rối loạn thận và tiết niệu:** Bí 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 VSIPII, đường số 3, khu Việt Nam - Singapore 2 phường Phú Hòa, thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN TOÀN CẦU VỀ XỬ TRÍ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH – 2018

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD

PGS TS Lê Thị Tuyết Lan

TÓM TẮT

Tài liệu GOLD được xét duyệt lại mỗi 5 - 6 năm, lần xem xét gần nhất là năm 2017 với những thay đổi rất quan trọng.

GOLD 2018 chỉ là cập nhật của GOLD 2017 nên không có những thay đổi gì lớn

GOLD 2018 cập nhật dựa trên các bài nghiên cứu được bình duyệt công bố từ tháng giêng năm 2016 đến tháng bảy năm 2017

Chương 1: Cập nhật những thông tin về thuốc lá, PM 2,5 và PM 10 trên nhiễm trùng hô hấp ở trẻ em và COPD

Chương 2: Khuyến cáo việc lập lại Hô hấp ký khi FEV1/FVC ở trong khoảng 0,6 đến 0,8

Các nghiên cứu cho thấy tần suất kịch phát dao động nhiều giữa các bệnh nhân được phân nhóm theo GOLD

Chương 3:

Giới thiệu các nghiên cứu với các thuốc mới LABA/LAMA kết hợp, LABA/LAMA/ICS, phục hồi chức năng và thở máy tại nhà

Chương 4: Cho thấy dù phơi nhiễm ngắn hạn với PM 2,5 cũng làm tăng nhập viện và tử vong do COPD

Chương 5: nói về mối liên quan giữa khó thở và đợt cấp, các yếu tố tiên lượng đợt cấp. Bản kế hoạch hành động sẽ giúp làm giảm đợt kịch phát.

- Quy trình điều trị đợt kịch phát dựa trên Procalcitonin có thể hiệu quả trên lâm sàng nhưng cần nhiều nghiên cứu hơn nữa
- Vai trò của oxy lưu lượng cao qua cannula mũi được đề cập

UPDATE OF GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE – GOLD 2018

Lê Thị Tuyết Lan

ABSTRACT

GOLD is revised every 5 – 6 years. The last GOLD revision was in 2017 with very important changes. GOLD 2018 is only an updated version of GOLD 2017 with minor modifications

GOLD 2018 updated is based on peer reviewed publications from January 2016 to July 2017

Chapter 1: Provides information on the effect of smoking fumes, PM 2,5 and PM 10 on respiratory infections of children and COPD

Chapter 2: Recommends the repetition of spirometric test when FEV1/FVC is in the range of 0,6 to 0,8

Studies have showed that the prevalence of exacerbations varies in patients classified by GOLD

Chapter 3: Presents results of new combination: LABA/LAMA, LABA/LAMA/ICS, rehabilitation and home- based mechanical ventilation

Chapter 4: Shows that even the short exposure of PM 2,5 could increase the hospitalization and mortality due to COPD exacerbation

Chapter 5: States about the relationship of breathlessness and exacerbations, predictors of exacerbation

The action plan of COPD will reduce the exacerbations Procalcitonin – based protocol in treating COPD exacerbation could have clinical effects but more researches are needed.

The role of high flow of oxygen through nasal cannula has been mentioned

Tài liệu tham khảo

1. Allinson, JP et al., Am J Respir Crit Care Med 2017, 196, 8, 1021.
2. Liu, S et al., Thorax 2017, 72, 9, 788.
3. Li, MH et al., Chest 2016, 149, 2, 447.
4. Polosukhin, VV et al., Am J Respir Crit Care Med 2017, 195, 8, 1010.
5. Alford, SK et al., Proc Natl Acad Sci U S A 2010, 107, 16, 7485
6. Schermer, TR et al., NPJ Prim Care Respir Med 2016, 26, 16059.
7. Aaron, SD et al., Am J Respir Crit Care Med 2017, 196, 3, 306.
8. Han, MK et al., Lancet Respir Med 2017, 5, 8, 619.
9. Frazer, K et al., Cochrane Database Syst Rev 2016, 11, Cd005992.
10. Reidel, B et al., Am J Respir Crit Care Med 2017,
11. Martinez, FJ et al., Chest 2017,
12. Vestbo, J et al., Lancet 2017, 389, 10082, 1919.

13. Lipson, DA et al., *Am J Respir Crit Care Med* 2017, 196, 4, 438.
14. Rabe, KF et al., *Eur Respir J* 2017, 50, 1,
15. Han, Mk et al., *Am J Respir Crit Care Med* 2014, 189, 12, 1503.
16. Hollan, AE et al., *Thorax* 2017, 72, 1, 57.
17. Guell, MR et al., *Am J Respir Crit Care Med* 2017, 195, 5, 622.
18. Ekstrom, M et al., *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 11, Cd006429.
19. Murphy, PB et al., *Jama* 2017, 317, 21, 2177.
20. Scioscia, G et al., *Thorax* 2017, 72, 2, 117.
21. Howcroft, M et al., *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 12, Cd005074.
22. Mathioudakis, AG et al., *Eur Respir J* 2017, 26, 143,
23. Frat, JP et al., *Ann Transl Med* 2017, 5, 14, 297.
24. Fraser, JF et al., *Thorax* 2016, 71, 8, 759.

CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH KHI CÓ VÀ KHÔNG CÓ HÔ HẤP KÝ

Ths. BS. Nguyễn Như Vinh()*

Tóm tắt:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh mạn tính quan trọng và thường gặp của đường hô hấp gây nhiều hệ lụy cho những người không may mắc phải. Việc chẩn đoán sớm để từ đó điều trị sớm bệnh này sẽ đem lại hiệu quả cao hơn rất nhiều so với khi can thiệp trễ. Để chẩn đoán chính xác BPTNMT, ngoài bằng chứng về các triệu chứng lâm sàng (như ho, khạc đàm kéo dài và khó thở đặc biệt khi gắng sức) và tiền căn có tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ thì bằng chứng có hội chứng tắc nghẽn trên hô hấp ký gần như là một tiêu chuẩn bắt buộc. Tuy nhiên, do nhiều lý do, máy đo hô hấp ký vẫn không được trang bị ở nhiều cơ sở y tế tại Việt Nam. Do vậy, ở những nơi như thế luôn có một câu hỏi mà các bác sĩ lâm sàng đặt ra là: “Có thể chẩn đoán được BPTNMT khi không có hô hấp ký hay không?”. Trái lại, khi đã trang bị được thiết bị này thì nhiều trường hợp chẩn đoán dưới mức (có bệnh nhưng không được chẩn đoán) hay quá mức (không có bệnh nhưng được chẩn đoán là có bệnh) vẫn thường xảy ra. Do vậy nội dung bài trình bày sẽ bàn thảo về vai trò của hô hấp ký cũng như các triệu chứng/dấu hiệu lâm sàng trong chẩn đoán COPD với các mục tiêu chính như sau:

- Nêu tình hình chẩn đoán dưới mức và quá mức BPTNMT khi sử dụng hô hấp ký và các lý do gây ra hậu quả này.
- Trình bày cách phân tích và áp dụng kết quả một xét nghiệm trong lâm sàng dựa vào các khái niệm xác suất mắc bệnh tiền nghiệm và xác suất mắc bệnh hậu nghiệm với công cụ chuyển đổi từ xác suất tiền nghiệm sang xác suất hậu nghiệm là likelihood ratios (LR).
- Mô tả cách chẩn đoán BPTNMT trong điều kiện không có hô hấp ký

(*) Khoa Khám dò chức năng hô hấp – Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

DIAGNOSE COPD WITH AND WITHOUT USING SPIROMETRY

Nguyen Nhu Vinh ()*

Abstract:

COPD is an important and common chronic respiratory disease which causes many serious consequences with high morbidity and mortality for unlucky sufferers. Early diagnosis that leads to early treatment will provide better outcomes compared to later intervention. Current guidelines recommend spirometry to confirm a diagnosis of COPD beside respiratory symptoms and history of exposure to risk factors. However, spirometers are still not available in many healthcare settings in Viet Nam, and consequently clinicians there may ask themselves “Whether COPD be diagnosed without using spirometry?”. Whereas, many cases of this disease still go under- and over-diagnosed in where spirometers are available with many reasons. Therefore, this presentation will cover roles of spirometry as well as respiratory symptoms/signs in diagnosis of COPD with following objectives:

- Describe current situation of under- and over-diagnosis of COPD when using spirometry and explain why.
- Present how to interpret and apply a test to solve a clinical problem based on conceptions of pre-test probability (proportion of people in the population at risk who have the disease at a specific time), post-test probability (proportion of patients testing positive who truly have the disease) which can be estimated from the early one by using likelihood ratios for the tests.
- Explain how to diagnose COPD without using spirometry.

(*) Department of Respiratory Functional Exploration - University Medical Center

ĐÁNH GIÁ LẠI VAI TRÒ CỦA CORTICOSTEROID ĐƯỜNG HÍT TRONG QUẢN LÝ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

ThS BS Lê Thị Thu Hương()*

Trong hướng dẫn của “Sáng kiến toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD)” cập nhật năm 2018, vai trò của thuốc giãn phế quản kháng muscarinic tác dụng kéo dài được nhấn mạnh do khả năng giảm nguy cơ đợt cấp. Tuy nhiên, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh phức tạp và không đồng nhất với nhiều cơ chế sinh bệnh khác nhau, do đó các nhóm thuốc khác nhau có thể tác động hiệu quả đối với một số kiểu hình này hơn với một số kiểu hình khác. Điều trị bằng corticosteroid đường hít (ICS) liều cao có liên quan đến tăng nguy cơ viêm phổi, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi và bệnh ở giai đoạn nặng. Khi kê toa một ICS, thầy thuốc nên cân nhắc đến nguy cơ /lợi ích của bệnh nhân. Điều trị ICS nhắm tới những bệnh nhân có khả năng đáp ứng sẽ giảm thiểu phơi nhiễm với ICS và chi phí không cần thiết đồng thời tăng cơ hội cải thiện kết cục. Một số chỉ điểm của đáp ứng ICS ở bệnh nhân COPD như có tiền sử hen, nghiệm pháp hồi phục với thuốc giãn phế quản dương tính, tăng phản ứng phế quản, nồng độ nitric oxit hơi thở ra cao, tăng bạch cầu ái toan trong đàm hoặc trong máu, kiểu hình nhiều đợt cấp.

=====

A RE-EVALUATION OF THE ROLE OF INHALED CORTICOSTEROIDS IN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Le Thi Thu Huong

In the 2018 updated version of Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD), the role of long-acting anti-muscarinic bronchodilators is emphasized for its ability to reduce the risk of exacerbations. Since chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is complex and heterogeneous with many different pathological mechanisms, different type of drugs may have different level of effect on certain phenotypes of the disease. High doses inhaled corticosteroid (ICS) therapy are associated with an increased risk of pneumonia, especially in elderly patients or at advanced stages. When prescribing an ICS, physicians should consider the risks / benefits posed to the patient. Targeting ICS to those patients who are likely to respond would minimize unnecessary exposure and costs while increasing opportunities for improved outcomes. Some indicators of ICS response in patients with COPD include a history of asthma, positive bronchodilator reversibility test, bronchial hyperresponsiveness, high levels of the fraction of exhaled nitric oxide, eosinophilia in sputum or in blood, frequent exacerbation phenotype.

(*) Trưởng khoa Nội hô hấp - BV Nhân Dân Gia Định

Head of the Respiratory Department. Gia Dinh People's hospital.

Tài liệu thông tin cho Cán bộ Y tế



Cancidas[®] I.V.

(caspofungin, MSD)

Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem trang 2,3.
Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của
Cục QLD-Bộ Y tế: 1238/14/QLD-TT, ngày 13 tháng 03 năm 2015
Ngày 15 tháng 12 năm 2016 in tài liệu



Bản quyền © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., công ty con của
Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All Rights Reserved.

Cancidas® I.V

(caspofungin, MSD)

Thông tin kê toa
CANCIDAS®, Bột đông khô pha dung dịch tiêm truyền
 (Caspofungin, MSD)

NHÓM THUỐC CANCIDAS là sản phẩm đông khô vô trùng để truyền tĩnh mạch, chứa hợp chất bán tổng hợp lipopeptid (echinocandin), được tổng hợp từ sản phẩm lên men của *Glaea lozoyensis*. CANCIDAS là thuốc đầu tiên của loại thuốc kháng nấm mới (các echinocandin), thuốc này ức chế sự tổng hợp β (1,3)-D-glucan, một thành phần hợp thành của vỏ tế bào nấm. **THÀNH PHẦN Hoạt chất:** Mỗi lọ CANCIDAS chứa 50 mg hoặc 70 mg caspofungin (dạng caspofungin acetate). **Tá dược:** Mỗi lọ CANCIDAS chứa các tá dược sau: sucrose, mannitol, acid acetic băng và natri hydroxyd (để điều chỉnh pH). **CHỈ ĐỊNH** CANCIDAS được chỉ định: 1. Điều trị theo kinh nghiệm các trường hợp được cho là nhiễm nấm ở những bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính, số 2. Điều trị nhiễm nấm *Candida* huyết và các bệnh nhiễm *Candida* sau áp-xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc và nhiễm nấm khoang miệng phổi. CANCIDAS chưa được nghiên cứu trong viêm nội tâm mạc, viêm xương tủy và viêm màng não do *Candida*, 3. Điều trị nhiễm nấm *Candida* thực quản, 4. Điều trị nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn ở bệnh nhân kháng trị hoặc không dung nạp với các trị liệu khác (ví dụ: amphotericin B, dạng công thức lipid của amphotericin B, itraconazole). CANCIDAS chưa được nghiên cứu như là điều trị khởi đầu cho nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG Khuyến cáo chung ở bệnh nhân người lớn** CANCIDAS được dùng cho người lớn (>18 tuổi) bằng cách truyền tĩnh mạch chậm trong khoảng 1 giờ. **Điều trị theo kinh nghiệm:** Một liều nạp duy nhất 70 mg được dùng vào Ngày 1, sau đó, mỗi ngày 50 mg. Thời gian điều trị dựa vào đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân. Việc điều trị theo kinh nghiệm cần tiếp tục cho đến khi tình trạng giảm bạch cầu trung tính đã được giải quyết. Bệnh nhân bị nhiễm nấm cần điều trị ít nhất 14 ngày; việc điều trị cần tiếp tục ít nhất 7 ngày sau khi tình trạng giảm bạch cầu trung tính và các triệu chứng lâm sàng đã được giải quyết. Nếu liều 50 mg được dùng nạp tốt nhưng không đạt đáp ứng lâm sàng thích hợp, thì liều hàng ngày có thể tăng lên 70 mg. Mặc dù hiệu quả tăng với liều hàng ngày 70 mg chưa được chứng minh, nhưng những số liệu về an toàn cho thấy việc tăng liều lên 70 mg mỗi ngày vẫn dung nạp tốt. **Nhiễm nấm Candida huyết và các bệnh nhiễm candida sau áp-xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc và nhiễm nấm khoang miệng phổi:** Một liều nạp duy nhất 70 mg được dùng vào Ngày 1, sau đó, mỗi ngày 50 mg. Thời gian điều trị dựa vào đáp ứng lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân. Thông thường, điều trị kháng nấm nên tiếp tục ít nhất 14 ngày sau khi cấy được tình cuối cùng. Bệnh nhân nào còn giảm bạch cầu trung tính dai dẳng có thể cần liều trình dài hơn cho tới khi giải quyết được tình trạng giảm bạch cầu trung tính. **Nhiễm nấm Candida thực quản:** Nên dùng liều hàng ngày 50 mg. **Nhiễm nấm Aspergillus xâm lấn:** Một liều nạp duy nhất 70 mg được dùng vào ngày 1, sau đó, mỗi ngày 50 mg. Thời gian điều trị dựa vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, sự phục hồi khỏi ức chế miễn dịch và đáp ứng lâm sàng. Hiệu lực của chế độ liều 70 mg ở bệnh nhân không đáp ứng với liều hàng ngày 50 mg chưa biết rõ. Những số liệu về an toàn cho thấy tăng liều hàng ngày lên 70 mg vẫn dung nạp tốt. Hiệu lực khi sử dụng liều lớn hơn 70 mg chưa được nghiên cứu đầy đủ ở bệnh nhân bị nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn. **Nhóm bệnh nhân đặc biệt** **Bệnh nhân cao tuổi:** Ở các bệnh nhân cao tuổi (> 65 tuổi), diện tích dưới đường cong (AUC) tăng lên khoảng 30%. Tuy nhiên, không cần điều chỉnh liều ở người cao tuổi. Còn ít kinh nghiệm điều trị ở bệnh nhân > 65 tuổi (xem phần Đặc tính dược động học). **Suy thận:** Không cần điều chỉnh liều khi suy thận (xem phần Đặc tính dược động học). **Bệnh nhân suy gan:** Không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân người lớn bị suy gan nhẹ (Chỉ số Child-Pugh 5 đến 6). Đối với bệnh nhân bị suy gan mức độ vừa (Chỉ số Child-Pugh 7 đến 8), liều dùng hàng ngày CANCIDAS là 35 mg dựa vào các dữ liệu nghiên cứu được động học. Một liều nạp 70 mg khởi đầu vẫn được khuyến cáo dùng vào Ngày 1. Chưa có kinh nghiệm lâm sàng ở bệnh nhân người lớn bị suy gan nặng (Chỉ số Child-Pugh lớn hơn 8) và bệnh nhi bị suy gan các mức độ. **Dùng đồng thời với các chất gây cảm ứng các enzym chuyển hóa:** Các dữ liệu hạn chế gợi ý sự gia tăng liều hàng ngày của caspofungin tới 70 mg theo sau liều nạp 70 mg nên được xem xét khi dùng đồng thời caspofungin ở người lớn với các thuốc gây cảm ứng các enzym chuyển hoá (xem phần Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác). Khi caspofungin dùng đồng thời ở bệnh nhi (12 tháng đến 17 tuổi) cùng các thuốc gây cảm ứng các enzym chuyển hoá (xem phần Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác), một liều caspofungin là 70 mg/m² hàng ngày (không vượt quá liều hàng ngày thực tế 70 mg) nên được xem xét. **Bệnh nhi** CANCIDAS được dùng cho bệnh nhi (12 tháng đến 17 tuổi) bằng cách truyền tĩnh mạch chậm trong khoảng 1 giờ. Liều dùng cho bệnh nhi (12 tháng đến 17 tuổi) cần dựa vào diện tích bề mặt cơ thể (xem "Hướng dẫn dùng cho bệnh nhi, Công thức Mosteller 1). Đối với tất cả các chỉ định, một liều nạp duy nhất 70 mg/m² (không vượt quá liều thực dụng 70 mg) được dùng vào Ngày 1, sau đó, dùng liều hàng ngày 50 mg/m² (không vượt quá liều thực dụng hàng ngày 70 mg). Thời gian điều trị tùy theo người bệnh và chỉ định, như đã nêu đối với mỗi chỉ định cho người lớn (xem mục "Khuyến cáo chung ở bệnh nhân người lớn"). Nếu liều hàng ngày 50 mg/m² dung nạp tốt, nhưng đáp ứng lâm sàng không đầy đủ, liều hàng ngày có thể tăng lên 70 mg/m² (không vượt quá liều thực dụng hàng ngày 70 mg). Mặc dù sự tăng hiệu lực với liều hàng ngày 70 mg/m² chưa được chứng minh, nhưng những số liệu về an toàn, tuy còn hạn chế, đã cho thấy liều hàng ngày tăng đến 70 mg/m² được dung nạp tốt. Khi CANCIDAS dùng ở bệnh nhi phối hợp với các thuốc gây cảm ứng sự thanh thải thuốc như rifampin, efavirenz, nevirapin, phenytoin, dexamethasone, hoặc carbamazepin, dùng CANCIDAS liều hàng ngày 70 mg/m² (không vượt quá liều thực dụng hàng ngày 70 mg) nên được xem xét. **PHẠ CHẾ CANCIDAS:** KHÔNG ĐƯỢC DÙNG BẤT KỲ DUNG MÔI NÀO CÓ CHỨA DEXTROSE (D-GLUCCOSE) vì CANCIDAS không ổn định trong các dung môi chứa dextrose. Không được hoà lẫn hoặc dùng truyền CANCIDAS với bất kỳ thuốc nào khác vì hiện chưa có tài liệu nào về sự tương hợp của CANCIDAS với các hợp chất, các chất phụ gia hoặc các thuốc tiêm tĩnh mạch khác. Phải kiểm tra bằng mắt thường dung dịch truyền xem có vệt lạ hoặc có bị biến màu. **HƯỚNG DẪN DÙNG CHO NGƯỜI LỚN: Bước 1: Pha lọ thuốc:** Để pha thuốc bột, lấy lọ thuốc CANCIDAS ở tủ lạnh ra nhiệt độ phòng và thêm trong điều kiện vô trùng 10,5 mL dung dịch tiêm NaCl 0,9% hoặc nước cất tiêm vô trùng hoặc nước cất tiêm kim khuẩn có methylparaben và propylparaben; hoặc nước cất tiêm kim khuẩn có 0,9% alcohol benzylic. Nồng độ của lọ thuốc pha ra sẽ là 7,2 mg/mL (lọ 70 mg) hoặc 5,2 mg/mL (lọ 50 mg). Khi bắt thuốc màu trắng đến trắng ngà sẽ tan hoàn toàn. Lắc nhẹ cho đến khi dung dịch trong suốt. Kiểm tra dung dịch đã pha bằng mắt thường xem có vệt lạ hoặc biến màu. Dung dịch đã pha có thể bảo quản trong vòng 24 giờ ở nhiệt độ dưới 25°C. **Bước 2: Thêm CANCIDAS đã pha vào dung dịch truyền cho bệnh nhân:** Dung môi để pha dung dịch truyền cuối cùng là: Nước muối tiêm vô trùng hoặc dung dịch Ringer-Lactat. Dịch truyền chuẩn cho bệnh nhân được pha bằng cách thêm trong điều kiện vô trùng một lượng thích hợp của thuốc đem pha (được ghi trong bảng dưới đây) vào một lít hoặc chai 250 mL để truyền tĩnh mạch. Thể tích dịch truyền giảm còn 100 mL, có thể được dùng khi cần thiết dùng các liều hàng ngày 50 hoặc 35 mg. Không dùng khi dung dịch bị đục hoặc kết tủa. Dung dịch truyền này phải được dùng trong vòng 24 giờ nếu được bảo quản dưới 25°C hoặc trong vòng 48 giờ nếu bảo quản trong tủ lạnh ở nhiệt độ 2°C đến 8°C. CANCIDAS cần được truyền tĩnh mạch chậm trong khoảng 1 giờ.

PHẠ CHẾ CÁC DUNG DỊCH TRUYỀN CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN

Liều dùng*	Thể tích CANCIDAS đã được pha dùng để chuyển vào túi hoặc chai truyền tĩnh mạch	Chế phẩm tiêu chuẩn (CANCIDAS pha ra được hoà vào 250 mL) nồng độ cuối cùng	Thể tích dịch truyền giảm (CANCIDAS pha ra được hoà vào 100 mL) nồng độ cuối cùng
70 mg	10 mL	0,28 mg/mL	Không khuyến cáo
70 mg (từ 2 lọ 50 mg)**	14 mL	0,28 mg/mL	Không khuyến cáo
50 mg	10 mL	0,20 mg/mL	0,47 mg/mL
35 mg cho suy gan mức độ vừa (từ 1 lọ 70 mg)	5 mL	0,14 mg/mL	0,34 mg/mL
35 mg cho suy gan mức độ nhẹ (từ 1 lọ 50 mg).	7 mL	0,14 mg/mL	0,34 mg/mL

*10,5 ml được dùng để pha tất cả các loại lọ thuốc. **Nếu không có loại lọ 70 mg, liều 70 mg có thể pha từ 2 lọ 50 mg

CHỐNG CHỈ ĐỊNH CANGIDAS chống chỉ định dùng cho bệnh nhân quá mẫn với bất kỳ thành phần nào của thuốc. **THẬN TRỌNG** Phần vệ đã được báo cáo trong khi điều trị bằng caspofungin. Nếu điều này xảy ra, nên ngưng điều trị bằng caspofungin và thay thế bằng một liệu trình điều trị thích hợp. Các phản ứng dị ứng qua trung gian histamin bao gồm phát ban, phù mắt, phù mạch, ngứa, cảm giác nóng bừng hoặc có thể phát quai cứng được ghi nhận và có thể cần ngưng điều trị và/hoặc áp dụng một điều trị thích hợp. Có ít dữ liệu cho thấy vai trò của caspofungin trên các chủng nấm men không thuộc họ Candida (non-Candida) và nấm mốc không thuộc họ Aspergillus (non-Aspergillus). Hiệu quả của caspofungin trên các tác nhân này chưa được đánh giá đầy đủ. Dùng đồng thời CANGIDAS với cyclosporine đã được đánh giá ở người lớn tình nguyện khỏe mạnh và bệnh nhân người lớn. Một số người lớn khỏe mạnh dùng 2 liều 3 mg/kg cyclosporine với caspofungin thấy alanine transaminase (ALT) và aspartate transaminase (AST) tăng thoáng qua ít hơn hoặc bằng 3 lần giới hạn trên của bình thường (ULN: upper limit of normal) sẽ trở về bình thường khi ngưng thuốc điều trị. Trong một nghiên cứu hồi cứu, 40 bệnh nhân dùng CANGIDAS phối hợp với cyclosporine từ 1 đến 290 ngày (trung bình 17,5 ngày), không thấy có tác dụng ngoại ý nặng trên gan. Những kết quả này cho thấy CANGIDAS có thể được dùng cho bệnh nhân đang dùng cyclosporine khi thấy lợi ích lớn hơn nguy cơ. Cần theo dõi chặt chẽ men gan nếu sử dụng đồng thời caspofungin và cyclosporine trong điều trị. Ở những bệnh nhân người lớn bị suy gan nhẹ và trung bình, AUC tăng khoảng 20% và 75% tương ứng. Giảm liều caspofungin hàng ngày xuống 35 mg được khuyến cáo cho người lớn bị suy gan trung bình. Không có kinh nghiệm lâm sàng ở người lớn suy gan nặng hoặc bệnh nhân nhi suy gan ở bất kỳ mức độ nào. Với các bệnh nhân suy gan ở mức độ trung bình, mức độ phơi nhiễm cao hơn có thể xảy ra và caspofungin nên được sử dụng thận trọng trên những bệnh nhân này (Xem thêm phần Liều lượng và cách dùng. Đặc tính dược động học của caspofungin). Thuốc có chứa đường sucrose. Bệnh nhân có các bệnh di truyền hiếm gặp về việc không dung nạp fructose hoặc không đủ men sucrase-isomaltase không nên dùng thuốc này. **DÙNG CHO PHỤ NỮ CÓ THAI KHÔNG** Có hoặc có ít dữ liệu về sử dụng caspofungin trên phụ nữ có thai. CANGIDAS không nên dùng trong thời kỳ có thai trừ khi thật cần thiết. Các nghiên cứu trên động vật cho thấy độc tính trong giai đoạn phát triển. Caspofungin được chứng minh là qua hàng rào nhau thai khi nghiên cứu trên động vật. **DÙNG CHO PHỤ NỮ CHO CON BÚ** Chưa biết caspofungin có được tiết vào sữa mẹ hay không. Các dữ liệu về được lực học, độc tính trong các nghiên cứu trên động vật cho thấy có sự bài tiết caspofungin qua sữa. Không nên cho con bú khi sử dụng CANGIDAS ở thời kỳ này. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG SINH SẢN** Caspofungin không ảnh hưởng đến khả năng sinh sản trong các nghiên cứu trên chuột đực và chuột cái. Không có dữ liệu lâm sàng báo cáo về ảnh hưởng của caspofungin lên khả năng sinh sản ở người. **TÁC DỤNG NGOẠI Y** Các phản ứng quá mẫn (phản vệ và phản ứng qua trung gian histamin) đã được báo cáo (xem phần Thận trọng). Phù phổi, hội chứng suy hô hấp ở người lớn (ARDS) và viêm nhiễm thấy trên X-quang cũng đã được báo cáo ở bệnh nhân nhiễm aspergillus xâm lấn. **Bệnh nhân người lớn:** Trong các nghiên cứu lâm sàng, 1365 người lớn dùng đơn liều hoặc nhiều liều CANGIDAS: 564 bệnh nhân sốt, giảm bạch cầu trung tính (nghiên cứu điều trị theo kinh nghiệm), 382 bệnh nhân nhiễm nấm Candida xâm lấn, 297 bệnh nhân nhiễm nấm Candida khu trú và 394 người trong nghiên cứu giai đoạn I. Trong nghiên cứu điều trị theo kinh nghiệm, bệnh nhân dùng hoá trị liệu cho các trường hợp ác tính hoặc tế bào gốc tạo máu (bao gồm 39 trường hợp dị ghép). Trong các nghiên cứu có liên quan đến bệnh nhân bị nhiễm nấm Candida, đa số bệnh nhân nhiễm Candida xâm lấn ở các bệnh nền nặng (như bệnh suy sinh về huyết học hoặc bệnh ác tính khác, virus viêm gan virus, viêm gan virus, HIV), cần dùng nhiều biện pháp y học đồng thời. Bệnh nhân nhiễm nấm Aspergillus trong nghiên cứu không so sánh, thường ở tình trạng bệnh nặng (như ghép tế bào gốc tủy xương hoặc ngoại vi, nhiễm nấm huyết ác tính, u rốn hoặc ghép cơ quan) đối với nhiều liệu pháp y học đồng thời. Viêm tĩnh mạch là một phản ứng ngoại ý tại nó thêm thường được báo cáo ở tất cả các nhóm bệnh nhân. Các phản ứng tại chỗ khác bao gồm ban đỏ, đau/ ngứa đau, ngứa, tiết dịch, và cảm giác bỏng. Những bất thường về lâm sàng hoặc xét nghiệm được báo cáo ở tất cả các bệnh nhân người lớn điều trị với CANGIDAS (tổng cộng 1780) thường nhẹ và hiếm khi phải ngưng thuốc. Các phản ứng ngoại ý như sau đã được báo cáo: **liệt thường gặp (> 10%), thường gặp (> 1% - < 10%), ít gặp (0,1% - < 1%)/ **Rối loạn máu và hệ bạch huyết:** Thường gặp: giảm hemoglobin, giảm hematocrit, giảm số lượng bạch cầu. Ít gặp: thiếu máu, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, suy giảm bạch cầu, tăng bạch cầu ưa eosin, giảm/ tăng tiểu cầu, giảm số lượng bạch cầu lympho, tăng số lượng bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính. **Rối loạn chuyển hóa & dinh dưỡng:** Thường gặp: hạ kali máu ít gặp: quá tải dịch, hạ magiê máu, chán ăn, mất cân bằng điện giải, tăng/ hạ canxi máu, nhiễm toan chuyển hóa, **Rối loạn tâm thần:** Ít gặp: lo âu, mất phương hướng, mất ngủ. **Rối loạn hệ thần kinh:** Thường gặp: nhức đầu ít gặp: chóng mặt, loạn vị giác, dị cảm, ngứa gò, run, giảm cảm giác **Rối loạn về mắt:** Ít gặp: vàng mắt, nhìn mờ, phù mi, chảy nước mắt. **Rối loạn tim:** Ít gặp: đánh trống ngực, nhịp tim nhanh, loạn nhịp, rung nhĩ, suy tim sung huyết **Rối loạn mạch:** Thường gặp: viêm tĩnh mạch. Ít gặp: viêm tĩnh mạch huyết khối, cơn nóng bừng mặt, đỏ mặt, tăng huyết áp, hạ huyết áp. **Rối loạn hô hấp, lồng ngực, trong mắt:** Thường gặp: khô mắt ít gặp: sung huyết mũi, đau họng-thanh quản, thở nhanh, có thể phát quai cứng, ho, khó thở kịch phát về đêm, hạ oxy máu, ran phổi, khó khò. **Rối loạn tiêu hóa:** Thường gặp: buồn nôn, tiêu chảy, nôn mửa ít gặp: đau bụng, đau bụng trên, khô miệng, khó tiêu, chướng bụng, ứ dịch trong ổ bụng, táo bón, khó nuốt, đầy hơi. **Rối loạn gan mật:** Thường gặp: tăng các chỉ số về gan (alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), phosphatase kiềm, bilirubin kết hợp, bilirubin máu), ít gặp: ứ mật, gan to, tăng bilirubin máu, vàng da, bất thường chức năng gan, nhiễm độc gan, rối loạn chức năng gan. **Rối loạn da & mô dưới da:** Thường gặp: phát ban, ngứa, ban đỏ, tăng tiết mồ hôi. Ít gặp: đau ban da dạng, ban dát-sần, mẩn ngứa, mày đay, viêm da dị ứng, ngứa toàn thân, ban đỏ, ban đỏ toàn thân, ban dạng vẩy, sang thương da. **Rối loạn cơ xương & mô liên kết:** Thường gặp: đau khớp ít gặp: đau lưng, đau đầu chi, đau xương, yếu cơ, đau cơ. Rối loạn thận, tiết niệu: Ít gặp: suy thận, suy thận cấp **Rối loạn chung và tại nơi tiêm truyền:** Thường gặp: sốt, ớn lạnh, ngứa nơi tiêm truyền. Ít gặp: đau, đau tại vị trí đặt catheter, mất ngủ, cảm giác lạnh/ nóng, đau vùng tiêm truyền; đau-sưng nề-viêm tĩnh mạch-ban đỏ vị trí tiêm truyền, phù ngoại biên, ngứa đau, khó chịu vùng ngực, đau ngực, phù mắt, cảm giác thay đổi thân nhiệt, chai cứng, thoát mạch vị trí tiêm; đau rát-ngứa-mày đay-phù vùng tiêm, khó chịu, phù. **Trong các nghiên cứu:** Thường gặp: hạ kali máu, giảm albumin máu ít gặp: tăng creatinin máu, có hồng cầu trong nước tiểu, giảm protein toàn phần, protein niệu, kéo dài/giảm thời gian prothrombin, tăng/ hạ natri máu, tăng/ hạ canxi máu, tăng/ hạ clo máu, tăng đường huyết, hạ magiê máu, tăng/ hạ phospho máu, tăng ure máu, tăng gamma-globulin/transferase, kéo dài thời gian thromboplastin hoạt hóa, hạ bicarbonate máu, tăng kali máu, tăng huyết áp, giảm acid uric máu, xuất hiện máu trong nước tiểu, bất thường âm phổ bề, giảm CO2 máu, tăng nồng độ các thuốc ức chế miễn dịch, tăng INR, try niệu, bạch cầu trong nước tiểu, tăng pH nước tiểu. Caspofungin cũng đã được đánh giá ở liều 150 mg mỗi ngày (đến 51 ngày) trên 100 bệnh nhân (xem phần dược lực học). Nghiên cứu so sánh caspofungin 50 mg mỗi ngày (theo sau liều nạp 70 mg ngày 1) với 150 mg mỗi ngày trong điều trị nhiễm candida xâm lấn. Trong nhóm bệnh nhân này, tính an toàn của caspofungin ở liều cao hơn tương tự nhóm bệnh nhân dùng liều 50 mg/ngày. Tỷ lệ bệnh nhân gặp tác dụng ngoại ý nghiêm trọng liên quan đến thuốc, hoặc phản ứng ngoại ý liên quan đến thuốc cần phải ngưng caspofungin là tương đương giữa 2 nhóm nghiên cứu. **HAY BÁO NGAY CHO BÁC SĨ HOẶC DƯỢC SĨ CỦA BẠN VỀ BẤT KỲ CÁC PHẢN ỨNG NGOẠI Y NÀY HOẶC BẤT KỲ TRIỆU CHỨNG BẤT THƯỜNG NÀO KHÁC.** Tính an toàn và hiệu quả của chế độ liều lên đến 150 mg mỗi ngày (trong khoảng từ 1-51 ngày; trung bình 14 ngày) đã được nghiên cứu trên 100 bệnh nhân người lớn bị nhiễm nấm candida xâm lấn. CANGIDAS nói chung dạng nạp tốt ở nhóm bệnh nhân được dùng liều cao; tuy nhiên, hiệu quả điều trị trên bệnh nhân dùng CANGIDAS liều cao tương tự như những bệnh nhân được điều trị với liều CANGIDAS 50mg mỗi ngày. **BẢO QUẢN Bảo quản các lọ chưa mở** Bật đồng khò kết lại thành khối trong lọ được bảo quản ở 20°C đến 30°C. **Bảo quản CANGIDAS đã pha trong lọ** CANGIDAS đã pha trong lọ để ở 25°C trở xuống bảo quản được 24 giờ trước khi pha dung dịch truyền cho bệnh nhân. **Bảo quản sản phẩm đã pha loãng để truyền** Dung dịch pha xong để truyền cho bệnh nhân trong túi hoặc chai truyền tĩnh mạch có thể bảo quản từ 25°C trở xuống trong vòng 24 giờ hoặc 48 giờ khi để trong tủ lạnh ở 2°C đến 8°C. **HẠN DÙNG** 24 tháng kể từ ngày sản xuất. **QUI CÁCH ĐÓNG GÓI** Hộp 1 lọ bột đồng khò pha dung dịch tiêm truyền. **ĐỂ XA TẮM TAY TRƯỚC EN. ĐỌC KỸ TỜ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TRƯỚC KHI DÙNG. NẾU CẦN THÊM THÔNG TIN, XIN HỎI Y KIỂM CỦA BÁC SỸ. THÔNG BÁO CHO BÁC SỸ NHỮNG TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN GẤP PHẢI KHI SỬ DỤNG THUỐC.** Sản xuất bởi: Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret, Route de Marsat, Riom, 63963 Clermont-Ferrand Cedex 9, France/Pháp. US SmPC, EU SmPC & WPC-MK0991-IV-032014.**

TÊN & ĐỊA CHỈ CƠ SỞ SẢN PHẨM CHÍNH: Phytopharma, Số 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh.



Candidas[®] I.V.

(caspofungin, MSD)

Chỉ định

CANCIDAS được chỉ định:

- **Điều trị theo kinh nghiệm** các trường hợp được cho là nhiễm nấm ở những bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính, sốt.
- **Điều trị nhiễm nấm *Candida* huyết** và các bệnh nhiễm *Candida* sau: ap-xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc và nhiễm nấm khoang màng phổi. CANCIDAS chưa được nghiên cứu trong viêm nội tâm mạc, viêm xương tủy và viêm màng não do *Candida*.
- **Điều trị nhiễm nấm *Candida* thực quản.**
- **Điều trị nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn** ở bệnh nhân kháng trị hoặc không dung nạp với các trị liệu khác (ví dụ: amphotericin B, dạng công thức lipid của amphotericin B, itraconazole). CANCIDAS chưa được nghiên cứu như là điều trị khởi đầu cho nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn.

Liều lượng và cách dùng - Khuyến cáo chung ở bệnh nhân người lớn

CANCIDAS được dùng cho người lớn (≥ 18 tuổi) bằng cách truyền tĩnh mạch chậm trong khoảng 1 giờ.

Điều trị theo kinh nghiệm

Một liều nạp duy nhất 70mg được dùng vào ngày 1
Sau đó, mỗi ngày 50mg

Thời gian điều trị dựa vào đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân. Việc điều trị theo kinh nghiệm cần tiếp tục cho đến khi tình trạng giảm bạch cầu trung tính đã được giải quyết. Bệnh nhân bị nhiễm nấm cần điều trị ít nhất 14 ngày; việc điều trị cần tiếp tục ít nhất 7 ngày sau khi tình trạng giảm bạch cầu trung tính và các triệu chứng lâm sàng đã được giải quyết. Nếu liều 50 mg được dung nạp tốt nhưng không đạt được đáp ứng lâm sàng thích hợp, thì liều hàng ngày có thể tăng lên 70 mg. Mặc dù hiệu quả tăng với liều hàng ngày 70 mg chưa được chứng minh, nhưng những số liệu về an toàn cho thấy việc tăng liều lên 70 mg mỗi ngày vẫn dung nạp tốt.



VPĐD MERCK SHARP & DOHME (ASIA) LTD., VIỆT NAM

HÀ NỘI

LẦU 14, KEANGNAM HANDI LANDMARK TOWER,
PHẠM HÙNG, CẦU GIẤY, MÈ TRÌ, QUẬN TỪ LIÊM
ĐT: (84-4) 3782 4360 * FAX: (84-4) 3837 8415

TP. HỒ CHÍ MINH

TÒA NHÀ KUMHO ASIANA, LẦU 16,
39 LÊ DUẬN, Q. 1, TP. HCM

ĐT: (84-8) 3915 5800 * FAX: (84-8) 3827 8101

Đỗ thị Tường Oanh()*

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG OXY TRỊ LIỆU

Oxy được sử dụng nhiều nhất trong cấp cứu nhưng thường được chỉ định theo cảm tính. Những sai lầm thường gặp là chỉ định oxy trị liệu rộng rãi quá mức cần thiết ngay cả khi oxy máu ở mức bình thường hoặc nhận biết không đầy đủ về mối nguy của tăng oxy máu, đặc biệt trong các trường hợp suy hô hấp có tăng CO₂ máu. Chỉ định oxy trị liệu thường được cho không đúng cách, không đầy đủ và thiếu theo dõi.

OXY TRỊ LIỆU TRONG CẤP CỨU THEO KHUYẾN CÁO BTS 2017

- Oxy liều cao cần cho ngay lập tức ở những bệnh nhân rất nặng đe dọa tử vong. Oxy trị liệu chỉ giúp cải thiện tình trạng oxy hóa chứ không điều chỉnh các nguyên nhân hạ oxy máu. SpO₂ nên được đo ở tất cả bệnh nhân như là dấu hiệu sinh tồn thứ 5 và cần được khám lâm sàng khi thấp hơn SpO₂ mục tiêu hoặc giảm $\geq 3\%$ so với SpO₂ trước đây.

- Độ bão hòa oxy mục tiêu là 94-98% đối với hầu hết bệnh nhân bệnh nặng cấp tính và 88-92% đối với các bệnh nhân có nguy cơ suy hô hấp type 2. Oxy trị liệu bao gồm dụng cụ sử dụng và lưu lượng cần được điều chỉnh để duy trì độ bão hòa oxy mục tiêu và cần được đánh giá lại bằng khí máu động mạch nếu cần phải tăng liều oxy. Nên giảm liều và ngưng oxy khi người bệnh có thể tự duy trì được mức bão hòa oxy hơn hoặc bằng mức mục tiêu với khí trời.

- Oxy phải được xem như là một loại thuốc và cần được chỉ định thích hợp: Ghi rõ trong hồ sơ bệnh án với lưu lượng, thiết bị sử dụng và mục tiêu độ bão hòa cụ thể, và nên được đánh giá lại thường xuyên.

Đỗ thị Tường Oanh

OXYGEN THERAPY IN CLINICAL USAGE

Oxygen is the most commonly used drug in the ER but usually indicated inappropriately. The common mistakes is indicating oxygen even it is not needed when normoxemia or not fully aware the risks of hyperoxemia, especially in respiratory failure with hypercapnia. Prescription of oxygen is usually inappropriately, and lack of monitoring.

OXYGEN USE IN EMERGENCY SETTINGS UPDATED TO BTS GUIDELINE 2017

- High - concentration oxygen should be administered immediately for critical ill patients. Supplemental oxygen improves oxygenation but does not treat the underlying causes of hypoxemia. SpO₂ should be monitored in all patients as a fifth vital sign and clinical assessment is recommended when the saturation is below the target range or falls by $\geq 3\%$.
- Target saturation is 94-98% for most acutely ill patients and 88-92% for those at risk of respiratory failure type 2. Oxygen delivery devices and flow rates should be adjusted to keep the the oxygen saturation in the target range and the patients should be re-evaluate with ABG if oxygen therapy need to increase. Oxygen should be reduced and discontinued once patients can maintain saturation within or above the target breathing air.
- Oxygen must be bared in mind as a drug and needs to be appropriately prescribed: Oxygen prescription should be written on the drug chart with delivery devices and target saturation, and should be re-assess frequently.

Tài liệu tham khảo

1. BR O'Driscoll. BTS guideline for oxygen use in adult in healthcare and emergency settings. Thorax 2017; 72 i1 – i90. Doi 10.1136/thoraxjnl-2016. 209729
2. B. Kane, S. Decalmer, BR O'Driscoll. Emergency oxygen therapy: from guideline to implementation. Breathe June 2013, Vol 9 No4: 247-254.
3. DS Martin, MPW Grocott. Oxygen therapy in critical illness. Crit Care Med. 2013;41(2):423-432

() TK COPD BV Phạm Ngọc Thạch, TPHCM*

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP COPD CÓ BỆNH TIM MẠCH ĐỒNG MẮC NHẬP CẤP CỨU

*Lê Bảo Huy, Vũ Đình Chánh**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân COPD cao tuổi thường có các bệnh tim mạch đồng mắc. Triệu chứng nhập viện trong đợt cấp thường gặp như khó thở, nặng ngực, đờn thuần không chỉ do nguyên nhân viêm nhiễm cấp tính ở tại phổi mà có thể do tình trạng nặng lên của bệnh tim mạch đồng mắc. NT proBNP là một chỉ số sinh học được sử dụng để phân biệt nguyên nhân gây khó thở cấp tính do tim mạch hay do hô hấp ở khoa cấp cứu. Chưa có nhiều nghiên cứu riêng về giá trị của nồng độ NT proBNP trên nhóm bệnh nhân COPD có bệnh tim mạch đồng mắc nhập viện vì đợt cấp.

Mục tiêu: Xác định giá trị của nồng độ proBNP trong chẩn đoán nguyên nhân khó thở cấp trên bệnh nhân đợt cấp COPD có bệnh tim mạch đồng mắc nhập cấp cứu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên bệnh nhân đợt cấp COPD nhập khoa Cấp cứu bệnh viện Thống Nhất từ 5/2016-12/2017.

Kết quả: Trong 189 bệnh nhân COPD nhập viện vì đợt cấp: 174 nam (92,1%), 15 nữ (7,9%), tuổi trung bình $75,6 \pm 10,1$ (năm), 88 ca có tiền sử bệnh tim mạch đồng mắc: 70 ca (37%) kèm tăng huyết áp; 62 ca (32,8%) thiếu máu cơ tim, 58 ca (30,7%) kèm suy tim mạn, 11 ca (5,8%) rung nhĩ. Tình huống đưa bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp do suy tim cấp chiếm 58 ca (30,7%); do nguyên nhân tại đường hô hấp 131ca (69,3%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp: khó thở cấp 154 ca (81,5%), ho 114 ca (60,37%), lượng đàm tăng 62 ca (32,8%) chủ yếu ở nhóm COPD đờn thuần, khó thở khi nằm chủ yếu ở nhóm có suy tim mạn 27 ca (34,2%), nặng ngực 47 ca (28,1%) phân chia đều ở cả hai nhóm. Giá trị điểm cắt chung của NT proBNP để loại trừ suy tim cấp/đợt cấp COPD là 300pg/ml (Sens = 96%, Spec = 81,2%, NPV 98,5%, AUC 0,94, độ chính xác 88,6%); điểm cắt loại trừ cho nhóm có bệnh tim mạch đồng mắc là 750 pg/ml (Sens = 100%, Spec 76,8%, NPV 100%, ACU 0,91). Giá trị điểm cắt chung của NT proBNP để chẩn đoán suy tim cấp/đợt cấp COPD là 400pg/ml (Sens = 94,6%, Spec = 95,1%, PPV 76,8%, NPV 97%, AUC 0,94, độ chính xác 94,9%). Giá trị cắt NT-proBNP cho bệnh nhân <75 tuổi và ≥ 75 tuổi là 412 pg/ml (Sens = 91,9%, Spec = 94,3%, PPV 80%, NPV 97%, AUC 0,95) và 814 pg/ml (Sens = 90,9%, Spec = 95,2%, PPV 85%, NPV 98,5%, AUC 0,96) với $p < 0,001$.

Kết luận: Bệnh nhân COPD chủ yếu là người cao tuổi, nam nhiều hơn nữ, thường kèm bệnh tim mạch đồng mắc. Giá trị cắt để loại trừ nguyên nhân suy tim cấp trên nhóm dân số này là 750 pg/ml.

Từ khóa: Khó thở cấp, đợt cấp COPD, suy tim cấp, bệnh tim mạch đồng mắc, NT-proBNP, khoa Cấp cứu.

EVALUATION VALUE OF THE N- terminal Pro-BNP TESTING FOR DIAGNOSIS IN EXACERBATION ACUTE COPD PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES COEXISTENCE ADMITTED DEPARTMENT OF EMERGENCY MEDICINE

*Le Bao Huy, Vu Dinh Chanh **

ABSTRACT:

Background: The elderly COPD patients often have many comorbidities, especially cardiovascular disease. NT-proBNP testing is a biomarker utilized to differentiate causes of acute dyspnea in the emergency department. Cut-off points of NT-proBNP concentration recommended for diagnosis of acute heart failure are varied and not yet have studies only COPD.

Objectives: We conducted this cross-sectional descriptive study in Thong Nhat hospital in Ho Chi Minh city to aim at finding out a cut-off point of NT-proBNP concentration for making differential diagnosis in causes of exacerbation acute COPD (EACOPD) with or without acute heart failure.

Method: We enrolled 189 COPD patients admitted in the emergency with acute onset symptoms. They were divided into three groups based on the diagnosis of acute dyspnea including acute heart failure, EACOPD with or without cardiovascular disease comorbidity.

Results: 189 EACOPD cases (47,3%) with 88 cases (46,6%) coexist cardiovascular disease, 58 cases of decompensated CHF (30,7%) and 131 EACOPD (69,7%) without AHF came to ED. Common symptoms were acute onset dysnea, cough, increasing sputum volume, changing color sputum, chest tightness. An optimal strategy to identify acute HF was to use age-related cut-points of 412, 814 pg/mL for ages <75, and \geq 75, which yielded 91,9% and 90,9% sensitivity, 94,3% and 95,2% specificity, 80% and 85% PPV, 97% and 98,5% NPV, 0,95 and 0,96 AUC for acute HF. An age-independent cut-point of 300 pg/mL had 96% sensitivity, 81,2% specificity, 98,5% negative predictive value (NPV), AUC 0,94 and and of 750 pg/ml to cardiovascular disease coexist group had 100% sens, 76,8% spec; 100% NPV; AUC 0,91, p <0,001, respectively to exclude acute HF.

Conclusions: EACOPD patients are mainly elderly, male more than female. Cut values to rule out ACHF in EACOPD with or without cardiovascular disease comorbidity are 750 pg / ml.

Keywords: Acute dyspnea patients, EACOPD, NT-proBNP, Department of Emergency Medicine.

BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG MÁU CÓ THỰC SỰ HỮU ÍCH TRONG VIỆC LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ CHO COPD?

TS. BS. Nguyễn Văn Thọ¹

Bệnh nhân COPD có kiểu hình tăng bạch cầu ái toan (BCAT), được xác định bởi tỉ lệ BCAT trong đàm $\geq 3\%$, thường đáp ứng tốt với corticoid đường hít (ICS). Tuy nhiên, xét nghiệm đếm BCAT trong đàm rất khó thực hiện trong thực hành lâm sàng. Ở bệnh nhân COPD, vì BCAT trong máu tương quan trung bình với BCAT trong đàm nên BCAT/máu có thể được dùng để đánh giá tình trạng viêm tăng BCAT. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, bệnh nhân COPD trong giai đoạn ổn định có BCAT/máu cao thường có nhiều đợt cấp, nhưng những đợt cấp này có thể giảm với điều trị bằng ICS/LABA. Ngược lại, bệnh nhân COPD có BCAT/máu thấp không những kém đáp ứng mà còn làm tăng tỉ lệ viêm phổi khi được điều trị bằng ICS/LABA. BCAT/máu cao trong giai đoạn ổn định thường tiên đoán đợt cấp có BCAT/máu cao, kiểu đợt cấp có đáp ứng tốt với điều trị bằng corticoid toàn thân. Do đó, BCAT/máu trong giai đoạn ổn định có thể hữu ích trong việc phân loại bệnh nhân COPD để lựa chọn điều trị phù hợp. Tuy nhiên, ngưỡng dương tính của BCAT/máu cho từng dân số cụ thể hoặc các mức độ tăng BCAT/máu có ý nghĩa về mặt lâm sàng cần được nghiên cứu thêm. Bài trình bày này sẽ cung cấp các bằng chứng hiện có và các thận trọng trong việc áp dụng BCAT/máu để lựa chọn thuốc điều trị cho bệnh nhân COPD.

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

IS BLOOD EOSINOPHIL COUNT PRACTICALLY USEFUL FOR SELECTING MEDICATIONS FOR PATIENTS WITH COPD?

Nguyen Van Tho

COPD patients with a phenotype of eosinophilic airway inflammation, defined by induced sputum eosinophil $\geq 3\%$, usually respond well to inhaled corticosteroids (ICS). However, differential counting of eosinophil in induced sputum is very difficult to perform in clinical practice. In patients with COPD, because blood eosinophil count is moderately correlated with induced sputum eosinophil count, blood eosinophil count may be used as a surrogate for detecting eosinophilic airway inflammation. Recent findings show that patients with COPD with blood eosinophilia during stable state suffer from frequent acute exacerbations, but those acute exacerbations may be mitigated by the treatments containing ICS/LABA. On the contrary, COPD patients with low blood eosinophil count not only respond poorly to but also suffer from high rate of pneumonia when treated with ICS/LABA. Blood eosinophilia during stable state can predict eosinophilia-associated exacerbations, the exacerbations responds well with systemic corticosteroid. Therefore, blood eosinophil count during stable state may be useful for classifying patients with COPD into different groups suitable for appropriate treatments. However, the cut-off points of blood eosinophilia for specific populations or clinically meaningful levels of blood eosinophilia need more future studies. In this presentation, we will provide available evidence and potential pitfalls in applying blood eosinophil count to select medications for patients with COPD.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐA HÌNH GEN *GLCCII* VÀ ĐÁP ỨNG VỚI CORTICOID HÍT Ở BỆNH NHÂN HEN VIỆT NAM

*Ngô Nguyễn Hải Thanh
Trần Văn Ngọc*

TÓM TẮT

Mở đầu: Corticoid dạng hít (ICS) là điều trị nền tảng trong hen. Tuy nhiên, vẫn còn 10 – 15% bệnh nhân hen kiểm soát kém dù đã được điều trị tối ưu. Theo Tantisira và cộng sự (2011), có mối liên quan giữa đa hình rs37972 trên gen *GLCCII* và đáp ứng với corticoid hít ở bệnh nhân hen da trắng.

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa đa hình rs37972 trên gen *GLCCII* và đáp ứng với corticoid hít ở bệnh nhân hen Việt Nam.

Phương pháp: Đánh giá mức độ kiểm soát triệu chứng hen và kết quả chức năng hô hấp của 92 bệnh nhân hen từ 18 tuổi trở lên tại các thời điểm: lúc bắt đầu điều trị ICS, sau điều trị 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Xác định kiểu gen rs37972 bằng phương pháp giải trình tự trực tiếp, DNA li trích từ máu toàn phần.

Kết quả: Tỷ lệ alen nguy cơ (alen T) là 48%. Tỷ lệ kiểm soát triệu chứng hen sau 12 tháng điều trị ICS liên tục ở các bệnh nhân mang kiểu gen CC cao hơn kiểu gen TT, sự khác biệt này chỉ rõ ràng ở nhóm bệnh nhân không có tiếp xúc nghề nghiệp liên quan hen (92,3% so với 41,7%, $p=0,011$). Tương tự, các bệnh nhân mang kiểu gen CC có mức FEV1 cải thiện cao hơn so với nhóm mang các kiểu gen CT và TT sau điều trị ICS 3 tháng (118% so với 32%, $p=0,05$) cũng như 6 tháng (69,5% so với 30,9%, $p=0,006$).

Kết luận: Nghiên cứu bước đầu gợi ý có mối liên quan giữa đa hình rs37972 trên gen *GLCCII* và đáp ứng với corticoid hít ở bệnh nhân hen Việt Nam.

Từ khóa: *GLCCII*, đáp ứng với corticoid hít, hen.

ASSOCIATION BETWEEN THE GLCCI1 VARIANT AND RESPONSE TO INHALED CORTICOSTEROID IN VIETNAMESE ASTHMATICS

*Ngô Nguyễn Hải Thanh
Trần Văn Ngọc*

Background: Inhaled corticosteroid (ICS) is the mainstay of asthma treatment. Unfortunately, about 10 – 15% of patients still have poor asthma control despite receiving optimal therapy. A significant association between the GLCCI1 variant rs37972 and response to ICS in white asthmatics was reported by Tantisira et al.

Objective: to determine whether variant rs37972 related to ICS efficacy in Vietnamese asthmatics.

Method: We enrolled 92 adult patients and assessed their asthma control as well as spirometry testing over the first 12 months starting ICS therapy at 4 time points: at starting ICS treatment, after 3 months, 6 months and 12 months. Genotyping for rs37972 was done with direct sequencing method using DNA extracted from whole blood samples.

Result: The frequency of the risk allele (“T” allele) was 48%. The rate of asthma control in patients who had CC genotype was higher than TT genotyped patients after 12 months continuously treated with ICS. This genotype-dependent difference was only evident among patients unexposed to occupational asthmagens (92.3% vs 41.7%, $p=0.011$). Similarly, the CC genotype had the improvement of FEV1 better than the CT and TT genotype after ICS therapy not only 3 months (118% vs 32%, $p=0.05$) but also 6 months (69.5% vs 30.9%, $p=0.006$).

Conclusion: This primary study in the assessment of GLCCI1 variant suggested an association between SNP rs37972 and ICS response in Vietnamese asthmatics.

Keywords: GLCCI1, inhaled corticosteroid response, asthma.