



Association
de Pneumologie
de Hồ Chí Minh



Association
Franco-Vietnamienne
de pneumologie



Association Vietnamienne
Contre la Tuberculose
et les Maladies pulmonaires

Kỷ yếu/ La procédure

VIFCOR
Viet nam 2018

Cần Thơ, Việt Nam, ngày 2 - 4 tháng 11 năm 2018

HỘI NGHỊ HÔ HẤP PHÁP VIỆT

10ÈME CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE ET CHIRURGIE THORACIQUE

Thực hành tốt bệnh phổi để chấm dứt bệnh lao

Bien traiter les maladies pulmonaires pour arrêter la tuberculose



Tổ chức bởi: HỘI HÔ HẤP TP. HỒ CHÍ MINH - HỘI PHỔI PHÁP VIỆT - HỘI LAO VÀ BỆNH PHỔI VIỆT NAM



HỘI PHỔI PHÁP VIỆT
Association Franco-Vietnamienne
de Pneumologie



HỘI PHỔI CÁC NƯỚC NÓI TIẾNG PHÁP
Espace Francophone
de Pneumologie



M

MỤC LỤC

Table Des Matières

- 04 THÔNGIỆP CHÀO MỪNG**
Message de Bienvenue
- 05 BAN TỔ CHỨC, HỘI ĐỒNG KHOA HỌC**
Message de bienvenue
- 08 THÔNG TIN HỘI**
Société de l'information
- 09 CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC – CME**
Formation médicale continue
- 10 CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ**
Programme de la conférence
- 22 CHƯƠNG TRÌNH POSTER, CME**
Poster, FMC
- 34 BÁO CÁO TÓM TẮT**
Rapport
- 158 HỒ HẤP**
Magazine Respiratoire
- 164 SƠ ĐỒ MẶT BẰNG HỘI NGHỊ**
Plan de la conférence

Thưa các bạn đồng nghiệp,

Sinh thời, Bác sỹ Phạm Ngọc Thạch, Bộ trưởng Bộ Y tế đầu tiên, đồng thời cũng là Viện trưởng đầu tiên của Viện Chông Lao, bây giờ là Bệnh viện Phổi trung ương đã từng nói: “Chỉ có nắm vững tình hình bệnh phổi trong nước mới chẩn đoán bệnh lao ít sai lầm”. Đây không đơn thuần chỉ là lời căn dặn mà nó còn là kim chỉ nam cho nhiều thế hệ các thầy thuốc làm việc trong chuyên ngành lao và bệnh phổi học tập, nghiên cứu và công hiến, nhằm từng bước kiểm soát tốt bệnh phổi trong nước và tiến tới chấm dứt bệnh lao ở Việt Nam.

Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam với truyền thống gần 60 năm, đặc biệt từ 2005 đến nay, cứ 2 năm một lần liên tục tổ chức Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc, đã góp phần quan trọng trong xây dựng một mạng lưới chuyên khoa từ trung ương đến địa phương được Tổ chức Y tế Thế giới và cộng đồng đánh giá cao.

Hội Phổi Pháp-Việt được thành lập từ 1992 với mục tiêu hợp tác, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật chuyên ngành phổi, phẫu thuật lồng ngực và hỗ trợ cả vật chất trang thiết bị hướng đến những người bệnh mắc bệnh phổi ở Việt Nam.

Hội Hồ hấp thành phố Hồ Chí Minh không chỉ giới hạn hoạt động tại Thành phố mà đã đóng góp phần quan trọng đến thực hành hô hấp tại nhiều tỉnh thành phía Nam.

Hội nghị này là sự kiện lần đầu tiên với sự phối hợp của cả 3 Hội và đã chọn Thành phố Cần Thơ, trung tâm của miền Tây Nam bộ là nơi hội tụ. Tại đây, gánh nặng bệnh đường hô hấp trong đó có lao phổi còn rất nặng nề, nhưng cũng là khu vực đang diễn ra một nghiên cứu tầm cỡ quốc tế cung cấp bằng chứng của việc chấm dứt bệnh lao là có thật trên trái đất này.

Do vậy chủ đề của Hội nghị là: “Thực hành tốt bệnh phổi để chấm dứt bệnh lao” để kế thừa và phát triển tư tưởng chỉ đạo của BS Phạm Ngọc Thạch, Cội rễ của chuyên ngành lao và bệnh phổi Việt Nam.

Hội nghị lần này sẽ được chia sẻ bởi các chuyên gia hàng đầu của Việt Nam và Pháp về những vấn đề ưu tiên và cập nhật những kinh nghiệm mới nhất hiện nay.

Thêm nữa, Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ 8 theo thông lệ vào 2019 sẽ chuyển thành hội nghị chuyên gia để tránh trùng lặp với hội nghị APSR sẽ được tổ chức tại Việt Nam, do vậy VIFCOR 2018 lần này sẽ là diễn đàn rộng với hàm lượng chuyên môn cao và phủ rộng toàn quốc.

Bên cạnh Tạp chí lao và Bệnh phổi ISN 1859-3925, từ năm 2013 tài liệu HỒ HẤP phát hành hàng quý dành cho hội viên do văn phòng Hội tại Cần Thơ khởi xướng được chọn làm tài liệu chính thức của Hội nghị VIFCOR 2018 bao gồm các abstracts song ngữ và các bài toàn văn theo chương trình thường quy. Tài liệu điện tử cũng sẵn có trên website của 3 Hội phục vụ độc giả.

Ban tổ chức trân trọng cảm ơn và hân hạnh tiếp đón các bậc thầy và các bạn đồng nghiệp trong nước và quốc tế tại thành phố Cần Thơ đậm đà bản sắc Miền Tây sông nước.

Trân trọng giới thiệu.

PGS. TS. BS. Nguyễn Viết Nhung
Chủ tịch Hội Lao và Bệnh Phổi Việt Nam
Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương
Chủ nhiệm Chương trình chống lao Quốc gia
Chủ nhiệm Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Đại học Y Hà Nội
Hội đồng Tư vấn Chiến lược Phòng chống lao WHO, Geneva, Thụy Sĩ
Chủ tịch Quỹ hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao

THÔNG ĐIỆP CHÀO MỪNG WELCOME MESSAGE

Dear colleagues,

Dr. Pham Ngoc Thach, the first Minister of Health of Viet Nam, also the first Director of the Institute of Tuberculosis and nowadays the National Lung Hospital, once said: "Only when the situation of lung disease throughout the country is discerned, less false tuberculosis diagnosis can be achieved". This is not only a recommendation, but also a guidance for generations of tuberculosis and lung disease physicians to study, research and to make progress in controlling lung diseases, and to end TB in Vietnam.

The Vietnam Association against Tuberculosis and Lung Disease has a tradition of nearly 60 years, especially since 2005, the National Scientific Conference on Lung Diseases is organized every two years, contributing an important part to the development of a network of specialists from the central to local levels, which is highly appreciated by the World Health Organization and the community.

The French-Vietnamese Association of Pulmonology (AFVP) was established in 1992 with the aim of cooperating, training, pulmonology technique transferring, thoracic surgery and supporting supplies and equipment for patients with lung diseases in Vietnam.

Ho Chi Minh City Respiratory Society is not limited to activities in the City, but has contributed significantly to the practice of respiratory caring in many southern provinces.

This conference is the first of its kind with the cooperation of the three associations and has chosen Can Tho, the center of the southwestern region, as the meeting place. In Can Tho, the burden of respiratory disease including pulmonary tuberculosis is severe, but this also is the site of an ongoing international research that provides evidence to prove that ending TB in the whole world exists.

Therefore, the theme of the conference is: "Good practice of pulmonary diseases to end tuberculosis" to inherit and develop the guiding ideology of Dr. Pham Ngoc Thach, the founder of tuberculosis and lung diseases specialty in Vietnam.

The conference will be presented by leading Vietnamese and French experts on priority issues and updates on latest experiences.

Additionally, the 8th National Scientific Conference on Lung Diseases in 2019 will become an expert meeting to avoid overlapping with the APSR conference that will be held in Vietnam. That is why VIFCOR 2018 will be a wide forum with high professional content and nationwide coverage.

In addition to the Journal of Tuberculosis and Lung Diseases ISSN 1859-3925, from 2013, the quarterly pulmonology materials published by the VATLD Office in Can Tho. This has been chosen as the official document of the VIFCOR 2018 conference, including bilingual abstracts and full-text articles by routine program. Electronic documents are also available on the websites of the three organizations.

We would like to give our warmest gratitude and welcome to the professors and colleagues in the whole country and around the world to Can Tho, the charming city of the southwestern region.

Best regards.

A/Prof. Nguyễn Việt Nhung, MD. PhD

President, Viet Nam Association against TB and Lung Diseases

Director, National Lung Hospital

Manager, National TB Program

Head, TB and Lung Diseases Faculty, HMU

WHO STAG TB. Geneva, Switzerland

Chairman, Patient Support Foundation to End TB



Dr. Jean Paul Homasson

Chủ tịch Hội Phổi Pháp Việt

Président de l'Association Franco - Vietnamienne de Pneumologie

PGS.TS. Nguyễn Viết Nhung

Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Président de l'Association Vietnamienne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaires

PGS.TS. Trần Văn Ngọc

Chủ tịch Hội Hô hấp thành phố Hồ Chí Minh

Président de l'Association de Pneumologie de Hồ Chí Minh

TS.BS. Nguyễn Văn Thành

Phó Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Vice-président de l'Association Vietnamienne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaire

PGS.TS. Vũ Xuân Phú

Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Association Vietnamienne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaires

PGS.TS. Lê Văn Hợi

Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Association Vietnamienne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaires

TS.BS. Nguyễn Hữu Lân

Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Association Vietnamienne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaires

ThS.BS. Phạm Tiến Thịnh

Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Association Vietnamienne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaires

TS.BS. Hoàng Thanh Vân

Tổng Thư ký, Chánh Văn phòng Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Secrétaire Général de Association Vietnamienne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaires



Dr. Jean Paul Homasson
 PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ
 PGS.TS. Nguyễn Việt Nhung
 PGS.TS. Trần Văn Ngọc
 TS.BS. Nguyễn Văn Thành
 GS.TS Đinh Xuân Anh Tuấn
 Pr. Marc Humbert
 Dr. Gilles Mangiapan
 Pr. Gilles Marchal
 Dr.Francis Martin
 Pr. Yves Martinet
 Dr. Laurent Portel
 Pr. Marie-Pierre Revel
 Dr. Franck Soyez
 PGS.TS. Vũ Xuân Phú
 PGS. TS. Lê Văn Hoi
 PGS.TS. Nguyễn Chi Lăng
 PGS.TS Lê Trung Thọ
 PGS.TS Khương Văn Duy
 TS.BS Hàn Trung Điền
 TS.BS Nguyễn Đức Chính
 TS.BS Nguyễn Bình Hòa
 PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng
 TS.BS Đinh Văn Lượng
 PGS.TS. Hoàng Thị Phụng
 PGS.TS. Trần Thị Dung
 GS.TS. Đỗ Quyết
 GS.TS. Đồng Khắc Hưng
 PGS.TS. Nguyễn Huy Lực
 PGS.TS. Tạ Bá Thắng
 PGS.TS. Mai Xuân Khấn
 TS.BS Đặng Văn Khoa
 PGS.TS. Lê Văn Phụng
 PGS.TS. Lê Ngọc Hưng
 PGS.TS. Bùi Diệu
 PGS.TS. Bùi Công Toàn
 GS.TS. Lê Ngọc Thành
 PGS.TS. Đào Minh Tuấn
 TS.BS Trần Anh Tuấn

PGS.TS. Phạm Thọ Tuấn Anh
 TS.BS Phạm Hùng Vân
 TS.BS Lê Khắc Bảo
 PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan
 PGS.TS. Nguyễn Đình Tiến
 TS.BS Ngô Tất Trung
 TS.BS Hoàng Bùi Hải
 GS.TSKH. Dương Quý Sỹ
 TS.BS Nguyễn Hữu Lân
 TS.BS Nguyễn Huy Dũng
 TS.BS Đỗ Quốc Huy
 PGS.TS. Nguyễn Văn Kính
 PGS.TS. Trần Quang Phục
 TS.BS Lưu Thị Liên
 PGS.TS. Trần Văn Sáu
 PGS.TS Nguyễn Quốc Dũng
 GS.TS. Nguyễn Trần Hiền
 GS.TS Thái Hồng Quang
 GS.TS. Nguyễn Bá Đức
 PGS.TS. Trịnh Tuấn Dũng
 PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước
 PGS.TS. Lê Tiến Dũng
 GS.TS. Ngô Quý Châu
 GS.TS. Mai Trọng Khoa
 GS.TS. Phạm Minh Thông
 GS.TS. Nguyễn Gia Bình
 PGS.TS. Phan Thị Thu Phương
 PGS.TS. Chu Thị Hạnh
 PGS. TS. Vũ Văn Giáp
 PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng
 PGS.TS. Nguyễn Văn Đoàn
 PGS.TS. Nguyễn Thanh Hồi
 TS.BS Trần Quang Huy
 ThS.BS Phạm Đức Mục
 PGS.TS. Lê Thị Luyến
 ThS.BS Phạm Hữu Thường



HỘI HÔ HẤP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Chủ tịch: PGS.TS Trần Văn Ngọc

Hội sở chính: Hội Hô hấp TP. Hồ Chí Minh

Số: 14 Lãnh Binh Thăng, P.3, Q.11, TPHCM.

HỘI PHỔI PHÁP VIỆT

Chủ tịch: Dr. J.P Homasson

Hội sở chính: 24, Rue Albert Thuret; 94669 CHEVILLY-LARUE Cedex

CỘNG HÒA PHÁP

Điện thoại: (33) 0660672963

Fax: ((33) 0149599298

E.mail: ass.franco-viet.pn@orange.fr

HỘI LAO VÀ BỆNH PHỔI VIỆT NAM

Chủ tịch: PGS.TS Nguyễn Việt Nhung

Hội sở chính: Văn phòng Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Số 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội

Tel: +84.024.3247.4544

Email: hלבpvn@gmail.com; <http://hoitho-cuocsong.org.vn>

Văn phòng Đại diện tại thành phố Hồ Chí Minh

Phó Chủ tịch/Trưởng VPĐD tại Hồ Chí Minh: PGS.TS Trần Văn Ngọc

Số 14 Lãnh Binh Thăng, Phường 13, Quận 11, thành phố Hồ Chí Minh

Tel: 08.62643616

Email: tranvanngocdhyd@yahoo.com

Văn phòng Đại diện thành phố Cần Thơ

Phó Chủ tịch / Trưởng VPĐD tại Cần Thơ: TS.BS Nguyễn Văn Thành

Địa chỉ: 75 Võ Văn Tần, Phường Tân An, Quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ

Tel: +84.71.3.822.946 – Fax: +84.71.3.822.946

Văn phòng Đại diện tại thành phố Hải Phòng

Phó Chủ tịch / Trưởng VPĐD tại Hải Phòng: PGS.TS Trần Quang Phục

Địa chỉ: 124 Nguyễn Đức Cảnh, Phường Cát Dài, Quận Lê Chân, Hải Phòng



CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC - CME

THỨ SÁU 02/11/2018 / Vendredi matin le 02/11/2018

Horaire: 8:00 -11:30

CME 1 - X Quang và CT Ngực (1)
Radiographie et tomodensitométrie pulmo-
naire (1)

Hội trường / Salle: 5

Điều phối/ Thư ký: TS.BS Cung Văn Công

CME 2 - Bệnh lý hô hấp trẻ em Maladies
respiratoires chez l'enfant

Hội trường / Salle: 6

Điều phối/ Thư ký: TS.BS Trần Anh Tuấn;
 ThS.Bùi Thị Dương Văn

CME 3 - Phục hồi chức năng sau phẫu thuật

Récupération améliorée après chirurgie

Hội trường / Salle: 4

Điều phối/ Thư ký: ThS.BS Nguyễn Thị Phương Anh

CME 4 - Chẩn đoán vi khuẩn học bệnh lao
và bệnh do các Mycobacteria không lao
Microbiologie diagnostique de la tuberculose
et des maladies causées par NTM

Hội trường / Salle: 1

Điều phối/ Thư ký: PGS.TS Nguyễn Văn Hưng;
 CN. Nguyễn Thùy Linh

CME 5 - Bệnh lý giấc ngủ

Les maladies du sommeil

Hội trường / Salle: 2

Điều phối/ Thư ký: ThS.BS Đặng Thị Tuyết

CME 6 - Thông khí nhân tạo không xâm nhập

Ventilation non invasive

Hội trường / Salle: 3

Điều phối/ Thư ký: ThS.BS Nguyễn Quang Hòa

CHỦ NHẬT 04/11/2018 / Dimanche 4 Novembre 2018

Horaire: 8:00 -11:30

CME 7 - Thăm dò CNHH

L'exploration fonctionnelle respiratoire

Hội trường / Salle: 4

Điều phối/ Thư ký: ThS.BS Đào Bích Vân

CME 8 - X Quang và CT Ngực (2)

Radiographie et tomodensitométrie pulmo-
naire (2)

Hội trường / Salle: 5

Điều phối/ Thư ký: TS.BS Cung Văn Công

CME 9 - Vai trò của xét nghiệm vi sinh lâm
sàng trong nhiễm trùng hô hấp dưới

Rôle de la microbiologie clinique dans les
infections des voies respiratoires inférieures

Hội trường / Salle: 1

Điều phối/ Thư ký: PGS.TS Nguyễn Văn Hưng;
 CN. Nguyễn Thùy Linh

CME 10 - Ung thư phổi và giải phẫu bệnh
chuyên ngành

Le cancer du poumon et l'Anatomo-pathologie

Hội trường / Salle: 6

Điều phối/ Thư ký: PGS.TS Lê Trung Thọ;

BSCKII. Đặng Văn Khiêm

CME 11 - Hen và dị ứng

Asthme et allergie

Hội trường / Salle: 2

Điều phối/ Thư ký: ThS.BS Vũ Văn Thành

CME 12 - Khí máu động mạch trên bệnh
nhân suy hô hấp

La gazométrie artérielle chez les patients
atteints l'insuffisance respiratoire

Hội trường / Salle: 3

Điều phối/ Thư ký: BSCKI. Nguyễn Thanh Hà



CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ / PROGRAMME DU CONGRES

Thứ sáu / Vendredi, ngày 02 tháng 11 năm 2018

Sáng/Samedi 10:00 – 11:00

Đại hội Đại biểu toàn quốc Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam
 Bất thường năm 2018 đổi tên thành Hội Phổi Việt Nam
 Hội trường / Salle 7

Thứ sáu / Vendredi, ngày 02 tháng 11 năm 2018

Chiều / Après-midi 13:30 - 16:30

KHAI MẠC – BÁO CÁO PHIÊN TOÀN THỂ I / OUVERTURE ET SESSION PLENIERE I (Code PLS I)

Hội trường / Salle 7

| | |
|-------------|--|
| 13:30-13:50 | Đón tiếp đại biểu/ Bienvenue aux délégués |
| 13:50-14:00 | <ul style="list-style-type: none"> - Tuyên bố lý do, Giới thiệu đại biểu/ Présentation des délégués - Phát biểu/ Discours <ul style="list-style-type: none"> Chủ tịch/Président PGS.TS. Nguyễn Viết Nhung Chủ tịch/Président Dr. Jean-Paul Homasson Chủ tịch/Président PGS. TS. Trần Văn Ngọc - Trao Giấy chứng nhận cho đối tác / Distribuer des certificats aux partenaires - Chụp ảnh kỷ niệm / Photographies |
| | <p>Chủ tọa/Modérateurs</p> <p><i>PGS. TS. Nguyễn Viết Nhung, Dr. Jean-Paul Homasson; PGS. TS. Trần Văn Ngọc; GS.TS Đinh Xuân Anh Tuấn; GS. TS. Ngô Quý Châu; PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên; PGS. TS. Đinh Ngọc Sỹ; PGS. TS. Nguyễn Hữu Ước; TS. BS. Nguyễn Văn Thành</i></p> <p>Thư ký/Secrétaires</p> <p><i>TS.BS Nguyễn Bình Hòa; TS.BS Nguyễn Kim Cương</i></p> |
| 14:00-14:30 | <p>1. Tiến Trình Chấm Dứt Bệnh Lao ở Việt Nam La fin De la tuberculose au Vietnam <i>PGS. TS. Nguyễn Viết Nhung</i></p> |
| 14:30-15:00 | <p>2. Tình hình bệnh COPD năm 2018 Etats des lieux de la BPCO en 2018 <i>Pr. Ali Ben kheder</i></p> |
| 15:00-15:20 | Giải lao/Pause |



HỘI NGHỊ HÔ HẤP PHÁP VIỆT - VIFCOR 2018

VIETNAMESE - FRENCH CONFERENCE ON RESPIROLOGY 2018
 10ÈME CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE ET CHIRURGIE THORACIQUE

THỰC HÀNH TỐT BỆNH PHỔI ĐỂ CHẤM DỨT BỆNH LẠO

Cần Thơ, Việt Nam, ngày 2 - 4 tháng 11 năm 2018

| | |
|-------------|--|
| 15:20-15:50 | 3. Tình hình bệnh Hen và COPD tại đồng bằng sông Cửu Long Etats des lieux de l'Asthme et de la BPCO dans le delta du Mékong. <i>TS.BS Nguyễn Văn Thành</i> |
| 15:50-16:20 | 4. Những thay đổi tim mạch trong hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ Complications cardiovasculaires du syndrome d'apnées obstructives du sommeil <i>Pr. Jean-Claude Meurice</i> |
| 16:20-17:00 | Thăm quan gian hàng, báo cáo poster Visite des stands, rapport sur les posters <i>Hội trường / Salle 8</i> |
| 18:00-20:00 | Ăn tối/ dîner |

CÁC PHIÊN CHUYÊN ĐỀ / SESSION ORALE PARALLÈLE (Code SO)

Thứ bảy/Samedi, ngày 03 tháng 11 năm 2018

Sáng/Matin 8:00 – 11:30

| | Hội trường/ Salle 5 | Hội trường/ Salle 6 | Hội trường/ Salle 7 | Hội trường/ Salle 1 |
|--------------------------------|---|---|---|--|
| 08:00-09:30 | SO 1 Hen Asthme | SO 3 Ung thư phổi Cancer du poumon | SO 5 Lao và NTM TB et NTM | SO 7 Bệnh phổi Maladies pulmonaires |
| Nghỉ giải lao (30 phút) | | | | |
| 10:00-11:30 | SO 2 COPD BPCO | SO 4 Nội soi & Phẫu thuật lồng ngực Endoscopie & Chirurgie thoracique | SO 6 Lao kháng thuốc TB résistante aux médicaments | SO 8 Ngưng thở khi ngủ SAOS |
| 11:30-13:30 | Hội thảo chuyên đề/Symposium à midi Hội trường/ Salle 7 | | | |

HỘI THẢO ỨỆ TỈNH / SYMPOSIUM À MIDI**Thứ bảy/Samedi, ngày 03 tháng 11 năm 2018**

Sáng/Matin 11:30 – 12:30

Hội trường / Salle 7

| | |
|-------------|---|
| 11:30-12:30 | Symposium à midi: Một số tiến bộ mới trong điều trị ung thư phổi và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính / Quelques nouvelles avancées dans le traitement du cancer du poumon et de la bronchopneumopathie chronique obstructive Chủ tọa/ Modérateurs: Chủ tịch/Président PGS.TS. Nguyễn Việt Nhung Chủ tịch/Président PGS.TS. Trần Văn Ngọc |
| 11:30-11:35 | Phát biểu chào mừng / Discours de bienvenue Đại diện VPDD Boehringer Ingelheim Représentant du bureau de Boehringer Ingelheim |
| 11:35-11:40 | Phát biểu khai mạc / Discours de la cérémonie d'ouverture <i>PGS. TS. Nguyễn Việt Nhung</i> |
| 11:40-12:00 | Afatinib – EGFR TKI thế hệ II trong điều trị Ung thư Phổi KTBN có đột biến EGFR Afatinib - Deuxième génération de l'EGFR TKI dans le traitement du cancer du poumon non à petites cellules avec mutation de l'EGFR <i>TS.BS. Lê Thượng Vũ</i> |
| 12:00-12:20 | Vai trò nền tảng của LABA/LAMA trong việc nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm đợt cấp cho bệnh nhân COPD Rôle basique de LABA/LAMA dans l'amélioration de l'efficacité du traitement, de la qualité de vie et de la diminution du nombre des exacerbations de patients atteints de la BPCO <i>TS.BS. Lê Khắc Bảo</i> |
| 12:20-12:30 | Thảo luận và tổng kết / Discussion et résumé <i>PGS.TS. Trần Văn Ngọc</i> |

Thứ bảy/Samedi, ngày 03 tháng

Chiều / Après-midi 13:30 - 16:30

PHIÊN TOÀN THỂ II / SESSION PLENIERE II (Code PLS II)

Hội trường / Salle 7

| | |
|-------------|--|
| 13:30-16:00 | Chủ tọa/Modérateurs <i>PGS. TS. Nguyễn Viết Nhung; Dr. Jean-Paul Homasson; GS.TS. Đinh Xuân Anh Tuấn; GS. TS. Ngô Quý Châu; PGS. TS. Đinh Ngọc Sỹ; PGS. TS. Trần Văn Ngọc; TS. Nguyễn Văn Thành</i> Thư ký/Secrétaires <i>TS. Nguyễn Bình Hòa; TS. Nguyễn Kim Cương</i> |
| 13:30-13:55 | 1. Viêm phổi trong kỷ nguyên kháng kháng sinh Les infections pulmonaires à l'ère de la résistance aux antibiotiques <i>PGS.TS. Trần Văn Ngọc</i> |
| 13:55-14:20 | 2. Lựa chọn trên lâm sàng liệu pháp điều trị sinh học bệnh hen phế quản mức độ nặng dai dẳng Cheminement clinique pour la sélection des traitements biologiques dans l'asthme sévère réfractaire. <i>Pr. Marc Humbert</i> |
| 14:20-14:45 | 3. Chẩn đoán bệnh hô hấp bằng xét nghiệm phân tử khí thở ra La "breathomique" <i>GS.TS Đinh Xuân Anh Tuấn</i> |
| 14:45-15:05 | Giải lao/Pause |
| 15:05-15:30 | 4. Tiếp cận quản lý Ung thư phổi Approche pratique du cancer du poumon <i>PGS.TS. Nguyễn Viết Nhung</i> |

PHIÊN TỔNG KẾT / RESUME SESSION

| | |
|-------------|---|
| 15:30-16:30 | Định hướng hợp tác và phát triển/Orientation de la coopération et du développement - Hội Lao và Bệnh Phổi Việt Nam/ Association vietnamienne de la tuberculose et des maladies respiratoires - Hội Phổi Pháp Việt/ Association franco-vietnamienne de pneumologie Professor Jacques Azorin: "35 years of surgery: progress or chimera" - Hội Hô hấp TP HCM/ Association respiratoire de Ho Chi Minh ville Tổng kết / Le Résumé |
|-------------|---|

CHƯƠNG TRÌNH CHI TIẾT CÁC PHIÊN CHUYÊN ĐỀ / PROGRAMME DES SESSIONS ORALES

Thứ bảy/Samedi, ngày 03 tháng 11 năm 2018

Sáng/Matin 8:00 – 9:30

SESSION ORALE PARALLÈLE 1: HEN – ASTHME

Hội trường / Salle 5

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|--|
| 8:00-9:30 | Chủ tọa/ Modérateurs: <i>Pr. Marc Humbert; PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan; TS.BS Nguyễn Văn Thành; PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng; PGS.TS. Tạ Bá Thắng; GS.TS. Ngô Quý Châu; PGS.TS. Nguyễn Thị Vân</i> Thư ký/Secrétaire : <i>ThS. Vũ Văn Thành</i> |
| 8:00-8:15 | 1. Chẩn đoán hen ở trẻ nhũ nhi Diagnostic de l'asthme chez le nourrisson <i>TS.BS Trần Anh Tuấn</i> |
| 8:15-8:35 | 2. Hen mức độ nặng: dịch tễ, kiểu hình và xử trí. Nghiên cứu FASE-CPHG Asthmes sévères: épidémiologie, phénotypes & prise en charge. Etude FASE-CPHG <i>Dr. Laurent Portel</i> |
| 8:35-8:55 | 3. Hen ở trẻ em: thực hành dự phòng Asthme de l'enfant : prévention en pratique <i>Dr. François Payot</i> |
| 8:55-9:10 | 4. Quản lý nền viêm trong hen và những nghịch lý trong điều trị Management de l'inflammation et paradoxes de traitement dans l'asthme <i>PGS.TS. Nguyễn Thị Vân</i> |
| 9:10-9:20 | 5. Các chiến lược khác biệt trong quản lý Hen phế quản Différentes stratégies dans la gestion de l'asthme <i>ThS.BS Nguyễn Như Vinh</i> |
| 9:20-9:35 | 6. Ảnh hưởng của ô nhiễm không khí lên hen suyễn và viêm mũi Influence de la pollution de l'air sur l'asthme et la rhinite <i>PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan</i> |
| 9:35- 9:45 | 7. Omalizumab trong điều trị hen dị ứng nặng L'omalizumab dans le traitement de l'asthme allergique grave <i>TS.BS Bùi Văn Khánh</i> |

| | |
|-------------|---|
| 10:00-11:45 | <p>Chủ tọa/ Modérateurs: <i>Dr. Nathalie Wirth; PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan; TS.BS Nguyễn Văn Thành; PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng; PGS.TS. Tạ Bá Thắng; PGS.TS. Nguyễn Thị Vân</i></p> <p>Thư ký/ Secrétaire: <i>ThS.BS Vũ Văn Thành</i></p> |
| 10:00-10:15 | <p>1. Cập nhật các kiểu hình đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Mise à jour des phénotypes de BPCO exacerbation <i>PGS.TS. Tạ Bá Thắng</i></p> |
| 10:15-10:30 | <p>2. Kiểu hình COPD: Khí phế thũng và căng phòng phổi quá mức - Nhận biết và tiếp cận điều trị Phénotype du BPCO: Emphysème et hyperinflation extensive du poumon – Identification, approche et traitement <i>TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh</i></p> |
| 10:30-10:50 | <p>3. Thuốc lá điện tử và thuốc lá dạng đốt năm 2018 Cigarette électronique et tabac chauffé en 2018 <i>Pr. Yves Martinet</i></p> |
| 10:50-11:10 | <p>4. Ứng dụng tế bào gốc điều trị bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Appliquer des cellules souches pour traiter les patients BPCO <i>GS.TS. Đồng Khắc Hưng</i></p> |
| 11:10-11:30 | <p>5. Điều trị dinh dưỡng cho bệnh nhân COPD Nutrition pour les patients BPCO <i>TS.BS. Lưu Ngân Tâm</i></p> |
| 11:30-11:45 | <p>6. Chuyển đổi trong điều trị COPD – Từ nghiên cứu đến thực tế điều trị lâm sàng Changement de traitement de la BPCO - De la recherche à la pratique clinique <i>TS.BS. Lê Thuợng Vũ</i></p> |

| | |
|-------------|---|
| 08:00-09:30 | <p>Chủ tọa/Modérateurs : <i>Dr. Jean-Paul Homasson; PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ; PGS.TS. Bùi Diệu; PGS.TS. Lê Trung Thọ; Dr. Léa Betser, GS.TS. Đỗ Quyết; GS.TS. Mai Trọng Khoa</i></p> <p>Thư ký/ Secrétaire: <i>BSCKII. Đặng Văn Khiêm</i></p> |
| 08:00-08:15 | <p>1. Đột biến EGFR và điều trị đích EGFR TKI ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Việt Nam Mutation de l'EGFR et traitement par TKI de l'EGFR chez les patients vietnamiens atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules <i>TS.BS Lê Thượng Vũ</i></p> |
| 8:15-8:35 | <p>2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt phổi ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I trên lâm sàng Résultats oncologiques des résections pulmonaires majeures par thoroscopie chez les patients atteints de cancer pulmonaire non à petites cellules stade I clinique <i>Dr. Jon Lutz</i></p> |
| 8:35-8:45 | <p>3. Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR (+) bằng Erlotinib tại Bệnh viện Phổi Trung ương Évaluer les résultats du traitement du cancer du poumon avancé non à petites cellules avec mutation d'EGFR (+) par l'Erlotinib à l'hôpital central du poumon <i>BS. Phương Ngọc Anh</i></p> |
| 8:45-9:05 | <p>4. Giải phẫu ngoại khoa tiểu thùy phổi Anatomie chirurgicale sous-lobaire <i>Dr. Léa Betser</i></p> |
| 9:05-9:20 | <p>5. Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phương pháp hóa xạ đồng thời tại Bệnh viện Phổi Trung ương Évaluer l'efficacité du traitement du cancer du poumon non à petites cellules par co-irradiation à l'Hôpital National Pulmonaire <i>BS. Nguyễn Đức Hạnh</i></p> |
| 9:20-9:30 | <p>6. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh nốt phổi đơn độc có đường kính >8mm trên cắt lớp vi tính đa dãy Étude des images du nodule pulmonaire solitaire avec le diamètre > 8mm dans la tomodesitometre multidétecteur <i>BS. Hoàng Văn Lương</i></p> |

| | |
|---------------|--|
| 10:00 - 11:30 | <p>Chủ tọa/ Modérateurs : <i>Dr. François Barbotin-Larrieu, GS.TS. Đỗ Quyết;</i> <i>PGS.TS. Nguyễn Chi Lăng; PGS.TS. Công Quyết Thắng;</i> <i>PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước; TS.BS Đinh Văn Lượng</i></p> <p>Thư ký/ Secrétaire : <i>ThS. Nguyễn Lê Nhật Minh</i></p> |
| 10:00 - 10:20 | <p>1. Xử trí toàn diện đau (cấp) sau mổ và đau mạn tính trong phẫu thuật lồng ngực. Prise en charge globale de la douleur (aiguë) post-opératoire et de la douleur chronique en Chirurgie Thoracique <i>Dr. François Barbotin-larrieu</i></p> |
| 10:20 -10:40 | <p>2. Nội soi can thiệp nhi khoa Bronchoscopie interventionnelle en pédiatrie <i>Dr. Lionel Donato</i></p> |
| 10:40 - 10:55 | <p>3. Báo cáo về Nội soi phế quản ống cứng can thiệp hẹp khí phế quản Rapport de l'endoscopie rigide interventionnelle de la sténose trachéale <i>TS.BS Vũ Khắc Đại</i></p> |
| 10:55 - 11:05 | <p>4. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi điều trị Ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Phổi Trung ương Résultats initiaux de la lobectomie par la chirurgie thoracoscopique assistée par vidéo pour le traitement du cancer primitif du poumon non à petites cellules à l'Hôpital National Pulmonaire <i>ThS.BS Nguyễn Sỹ Khánh</i></p> |
| 11:05 - 11:20 | <p>5. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi bóc vỏ màng phổi điều trị ổ cận màng phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương Caractéristiques cliniques et paracliniques et résultats de décortication à cause d'empyème chronique par la chirurgie thoracoscopique assistée par vidéo à l'Hôpital National Pulmonaire <i>ThS.BS Đinh Văn Tuấn</i></p> |
| 11:20 - 11:30 | <p>6. Báo cáo ca bệnh được phẫu thuật thành công bằng hệ thống phẫu thuật nội soi lồng ngực 3D tại Bệnh viện Phổi Trung ương Rapport de cas: le succès de la chirurgie pulmonaire par vidéo-thoracoscopie 3D à l'Hôpital National Pulmonaire <i>ThS. Đặng Duy Đức</i></p> |

| | |
|-------------|---|
| 08:00-09:30 | <p>Chủ tọa/ Modérateurs: <i>PGS.TS. Nguyễn Việt Nhung; Pr. Gilles Marchal; PGS.TS. Hoàng Thị Phương; GS.TS. Đồng Khắc Hưng; PGS.TS. Lê Văn Hợi; PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng; TS.BS Nguyễn Bình Hoà</i></p> <p>Thư ký/ Secrétaire: <i>TS. Nguyễn Kim Cương</i></p> |
| 8:00-8:15 | <p>1. Tổng quan tình hình dịch tễ lao/lao kháng đa thuốc trên thế giới và tại Việt Nam Epidémiologie de la tuberculose/tuberculose multi-résistante aux médicaments dans le monde et au Vietnam <i>TS.BS Hoàng Thị Thanh Thủy</i></p> |
| 8:15-8:30 | <p>2. Báo cáo kết quả nghiên cứu về đánh giá độ nhạy – độ đặc hiệu của xét nghiệm TRC trong chẩn đoán lao. Résultats de l'étude sur la sensibilité et la spécificité du TRC dans le diagnostic de la tuberculose <i>PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng</i></p> |
| 8:30-8:50 | <p>3. Các báo cáo gần đây về chẩn đoán bệnh lao. Góc nhìn từ y tế công cộng. Récents rapports dans le diagnostic de la tuberculose. Perspectives en matière de santé publique. <i>Pr. Gilles Marchal</i></p> |
| 8:50-9:05 | <p>4. Các biến cố bất lợi trong suốt quá trình điều trị lao đa kháng tại Việt Nam: Một nghiên cứu theo dõi biến cố thuần tập Les effets indésirables des médicaments chez les patients tuberculeux multirésistants au Vietnam: une étude de cohorte de suivi <i>ThS.BS Cao Thị Thu Huyền</i></p> |
| 9:05-9:20 | <p>5. Báo cáo tiến độ nghiên cứu: Tăng cường tác động của can thiệp Y tế công cộng đối với việc chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn (ACT 4) Rapport du procès d'avancement de l'étude: Renforcer l'impact de l'intervention de santé publique sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose-infection latente (ACT 4) <i>TS.BS Trần Ngọc Bửu</i></p> |
| 9:20-9:30 | <p>6. Nhiệm trùng phôi do Mycobacteria không lao – Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán BTS-2017 Mise à jour des lignes directrices de BTS 2017 sur les infections pulmonaires par NTM. <i>TS.BS Nguyễn Kim Cương</i></p> |

Hội trường / Salle: 7

| | |
|---------------|--|
| 10:00 - 11:30 | <p>Chủ tọa/ Modérateurs: <i>PGS.TS. Nguyễn Việt Nhung; PGS.TS. Lê Văn Hợi; GS.TS. Đồng Khắc Hưng; PGS.TS. Hoàng Thị Phương; PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng; TS.BS Hoàng Thị Thanh Thủy</i></p> <p>Thư ký/ Secrétaire : <i>CN. Nguyễn Thùy Linh</i></p> |
| 10:00 - 10:15 | <p>1. Kết quả sơ bộ Điều tra tình hình hiện mắc lao toàn quốc ở Việt Nam lần thứ 2, năm 2017. Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur l'incidence de la tuberculose au Vietnam pour la deuxième fois en 2017 <i>TS.BS Nguyễn Bình Hòa</i></p> |
| 10:15 - 10:30 | <p>2. Kết quả điều trị của phác đồ thí điểm có Bedaquiline điều trị lao tiền siêu kháng và siêu kháng / Kế hoạch triển khai tiếp theo. Résultats thérapeutiques du traitement pilote par la bédaquiline de la tuberculose pre-ultrarésistante et ultra-résistante/ Plan suivi <i>TS.BS Hoàng Thanh Thủy</i></p> |
| 10:30 - 10:45 | <p>3. Báo cáo Kết quả điều trị của phác đồ thí điểm 9 tháng điều trị lao đa kháng. Résultat du protocole de 9 mois pour le traitement de la tuberculose multirésistante. <i>CN. Lê Thị Ngọc Anh</i></p> |
| 10:45 - 11:00 | <p>4. Báo cáo Đề cương nghiên cứu và tiến độ triển khai Nghiên cứu “Sử dụng thuốc kháng sinh Levofloxacin trong phòng ngừa lao kháng đa thuốc ở nhóm người tiếp xúc hộ gia đình với bệnh nhân lao kháng đa thuốc – Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng VQUIN”. Rapport de recherche et étude du progrès de la mise en œuvre "Utilisation d'antibiotiques lévofloxacine dans la prévention de la tuberculose multirésistante chez les personnes qui sont en contact avec des patients atteints de la tuberculose multirésistante – Essai clinique VQUIN <i>TS.BS Nguyễn Thị Cẩm Bình</i></p> |
| 11:00 - 11:15 | <p>5. Báo cáo sơ bộ kết quả nghiên cứu “Đo lường mức độ báo cáo thiếu và ước tính tỷ lệ mới mắc lao tại Việt Nam: Nghiên cứu kiểm đếm và phân tích capture-recapture”. Rapport préliminaire sur les résultats de l'étude "Mesure du niveau de la déclaration déficiente et estimation de l'incidence de la tuberculose au Viet Nam : étude du comptage et analyse de la capture-recapture". <i>TS.BS Nguyễn Bình Hòa</i></p> |
| 11:15 - 11:30 | <p>6. Kết quả ban đầu triển khai Dự án Zero TB Việt Nam “Mô hình toàn diện phát hiện và chăm sóc bệnh nhân lao tại các thành phố lớn”. Résultats initiaux du projet Zero TB Vietnam "Modèle complet pour la détection et la prise en charge des patients tuberculeux dans les grandes villes" <i>PGS.TS. Lê Văn Hợi</i></p> |

Hội trường / Salle: 1

| | |
|-------------|---|
| 08:00-09:30 | <p>Chủ tọa/ Modérateurs : <i>Dr. Gilles Mangiapan; PGS.TS. Trần Văn Ngọc; GS.TS Đinh Xuân Anh Tuấn; TS. Lê Tiến Dũng; TS.BS Phạm Hùng Vân; PGS.TS. Đào Minh Tuấn</i></p> <p>Thư ký/ Secrétaire : <i>BS. Nguyễn Mạnh Thế</i></p> |
| 8:00-8:15 | <p>1. Nhiễm khuẩn màng phổi : thực trạng Pleurésies infectieuses : actualités <i>Dr. Sophie Laroumagne</i></p> |
| 8:15-8:30 | <p>2. Hội chứng Kartagener Syndrome de Kartagener <i>Dr. Dominique Muller</i></p> |
| 8:30-8:50 | <p>3. Tiếp cận thực hành chẩn đoán và quản lý bệnh viêm phổi kẽ Approche de la pratique du diagnostic et du management de la pneumonie interstitielle <i>PGS.TS Đinh Xuân Anh Tuấn</i></p> |
| 8:50-9:00 | <p>4. Những điểm mới hướng dẫn điều trị viêm phổi cộng đồng và áp dụng thực tế tại Việt Nam Nouveaux points pour guider le traitement de la pneumonie acquise en communauté et application pratique au Vietnam <i>PGS.TS Lê Tiến Dũng</i></p> |
| 9:00-9:15 | <p>5. Nghiên cứu đa trung tâm nhiễm khuẩn hô hấp cộng đồng tại Việt Nam Étude multicentrique sur les infections respiratoires en communauté au Vietnam <i>TS.BS. Phạm Hùng Vân</i></p> |
| 9:15-9:30 | <p>6. Tối ưu hóa điều trị Phế cầu kháng thuốc trong nhiễm khuẩn hô hấp cấp cộng đồng Optimiser le traitement du pneumocoque résistant aux médicaments dans les infections respiratoires aiguës acquises en communauté <i>ThS. BS. Trần Thị Tố Quyên</i></p> |

| | |
|---------------|--|
| 10:00 - 11:30 | <p>Chủ tọa/ Modérateurs: <i>Dr. Francis Martin, Dr. Bernard Pigearias, GS.TS. Ngô Quý Châu, GS.TS Đinh Xuân Anh Tuấn; PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ; PGS. TS. Lê Tiến Dũng; PGS.TS Trần Văn Ngọc;</i></p> <p>Thư ký/ Secrétaire : <i>ThS. Nguyễn Thị Phương Anh</i></p> |
| 10:00 - 10:30 | <p>1. Dịch tễ học hội chứng ngưng thở khi ngủ Epidémiologie du SAOS <i>Dr. Franck Soyez</i></p> |
| 10:30 - 11:00 | <p>2. Các bệnh lý đồng mắc về thần kinh-mạch máu của hội chứng ngưng thở khi ngủ SAOS et comorbidités neurovasculaires <i>Pr. Jean-Philippe Neau</i></p> |
| 11:00 - 11:10 | <p>3. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, đa ký giấc ngủ ở những bệnh nhân nghi mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ tại bệnh viện Vinmec Caractéristiques cliniques et Polysomnographie chez les patients avec SAOS à l'Hôpital Vinmec <i>ThS.BS Nguyễn Minh Sang</i></p> |
| 11:10 - 11:20 | <p>4. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn Caractéristiques cliniques and paracliniques et facteurs de risques de SAOS <i>TS.BS Vũ Hoài Nam</i></p> |
| 11:20 - 11:30 | <p>5. Rối loạn hành vi trên trẻ em ngủ ngáy tại Việt Nam Troubles comportementaux et cognitifs chez les enfants ronfleurs au vietnam <i>BS. Nguyễn Xuân Bích Huyền</i></p> |



BÁO CÁO POSTER / RAPPORT D'AFFICHE

Chiều/Autre, ngày 2 tháng 11 năm 2018

PS1: Hen, COPD, Khác / Asthme, BPCO, Autre

Hội trường / Salle: 8

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|----------------------|--|
| 16:20 – 17:00 | 1. Vai trò của chỉ số Neutrophil/Lymphocyte trong dự báo đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính <i>ThS. Vũ Văn Thành</i> |
| | 2. Thay đổi nồng độ globulin miễn dịch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có đợt cấp thường xuyên <i>ThS. Vũ Văn Thành</i> |
| | 3. Những thói quen về giấc ngủ của sinh viên y khoa tại Huế, kết quả sơ bộ <i>BS. Đỗ Văn Lợi</i> |
| | 4. Lối sống và chế độ ăn uống của sinh viên y khoa ở thành phố Huế, kết quả sơ bộ. <i>BS. Trần Thị Bảo Nhi</i> |
| | 5. Những rối loạn về giấc ngủ của sinh viên y khoa Huế, kết quả sơ bộ <i>BS. Trần Thị Mai Diệu</i> |
| | 6. Nghiên cứu về tình trạng buồn ngủ ban ngày của sinh viên y khoa tại thành phố Huế, kết quả sơ bộ. <i>BS. Xuân Quang Trương</i> |
| | 7. Tắc nghẽn đường thở trung tâm được chẩn đoán nhầm thành đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính <i>BS. Dương Thanh Huyền</i> |
| | 8. Bệnh mô bào X phổi: Tổng quan tài liệu và nhân một trường hợp <i>BS. Phạm Thị Giang</i> |
| | 9. Không có tĩnh mạch phổi một bên: Tổng quan tài liệu và nhân một trường hợp <i>TS.BS Cung Văn Công</i> |
| | 10. Báo cáo trường hợp ca bệnh: Thoái hóa dạng bột ở khí phế quản <i>ThS.BS Khổng Thanh Tâm</i> |
| | 11. Phương pháp phun khí dung liên tục trong điều trị cơn hen cấp tại khoa hô hấp Bệnh viện Nhi Đồng 1 <i>ThS.BS Hồ Thiên Hương</i> |



PS2: Nội soi – Phẫu thuật lồng ngực / Endoscopie et chirurgie
Hội trường / Salle: 8

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|----------------------|---|
| 16:20 – 17:00 | 1. Vai trò Nội soi màng phổi ống mềm trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính |
| | <i>TS.BS Vũ Khắc Đại</i> |
| | 2. Băng chéo động mạch phổi trái phổi hợp chít hẹp khí quản |
| | <i>PGS.TS Nguyễn Chi Lăng</i> |
| | 3. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị dị vật hít phải bỏ qua ở người lớn bằng nội soi phế quản ống mềm. |
| | <i>ThS. Chử Quang Huy</i> |
| | 4. Vai trò của PTNS lồng ngực kín trong điều trị sớm các di chứng TDMP do lao tại Bv Phổi Trung ương |
| | <i>ThS. Vũ Đỗ</i> |
| | 5. Kết quả điều trị và chăm sóc bệnh nhân sau ghép phổi từ người cho sống đầu tiên tại Việt Nam |
| | <i>ThS. Phạm Thị Kim Nhung</i> |
| | 6. Bước đầu thực hiện sinh thiết phổi xuyên phế quản với dụng cụ dẫn đường các sang thương phổi ngoại biên |
| | <i>BS. Dương Minh Ngọc</i> |
| | 7. Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số chức năng thông khí của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thùy phổi sau 1 tháng do ung thư |
| | <i>ThS.BS Đặng Thị Tuyết</i> |
| | 8. Đánh giá hiệu quả PHCNHH cho bệnh nhân phẫu thuật bóc vỏ màng phổi dựa trên khả năng vận động và gắng sức sau phẫu thuật |
| | <i>ThS.BS Nguyễn Thị Phương Anh</i> |
| | 9. Ứng dụng siêu âm trong thực hành lâm sàng tại khoa hô hấp Bệnh viện Chợ Rẫy |
| | <i>ThS.BS Đậu Nguyễn Anh Thư</i> |
| | 10. Sán lá phổi: Tổng quan tài liệu và nhân một trường hợp |
| | <i>TS.BS Cung Văn Công</i> |



PS3: Ung thư, Lao / Cancer, Tuberculose

Hội trường / Salle: 8

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|----------------------|---|
| 16:20 – 17:00 | 1. Kết quả 2 case lâm sàng đầu tiên điều trị các khối u bằng vi sóng (Microwave ablation– MWA) tại Bệnh viện Phổi Trung ương <i>BSCCK2. Đặng Văn Khiêm</i> |
| | 2. Case lâm sàng sử dụng liệu pháp miễn dịch điều trị ung thư phổi tại khoa Ung Bướu – Bệnh viện Phổi Trung ương <i>ThS.BS Nguyễn Thanh Dương</i> |
| | 3. Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR(+) bằng Gefitinib tại Bệnh viện Phổi Trung ương <i>ThS.BS Nguyễn Thị Oanh</i> |
| | 4. Nhận xét một số đặc điểm đột biến EGFR và đánh giá sự bộc lộ PD-L1 trên mảnh sinh thiết nhỏ ở người bệnh ung thư phổi biểu mô tuyến phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương <i>ThS.BS. Trần Thị Tuấn Anh</i> |
| | 5. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ <i>BSCCKII. Vũ Văn Nguyễn</i> |
| | 6. Chỉ định thừa thãi chụp hình ảnh sọ não trong ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IA: chi phí bị coi thường <i>BS. Nguyễn Thành Long</i> |
| | 7. Lao phổi AFB (-) ở trẻ em <i>TS.BS Hoàng Thanh Vân</i> |
| | 8. Mô tả một số đặc điểm tổn thương trên phim Xquang lồng ngực và chụp cộng hưởng từ sọ ở trẻ em lao màng não <i>BSCCKII. Nguyễn Thị Ngoạn</i> |
| | 9. Đánh giá kết quả điều trị lao phổi kháng đa thuốc tại Bệnh viện phổi Hà Nội giai đoạn 2013 – 2017 <i>BSCCKII. Nguyễn Văn Hồng</i> |
| | 10. Báo cáo Kết quả sơ bộ Nghiên cứu “Đánh giá Phương pháp phát hiện lao chủ động tại cộng đồng sử dụng GeneXpert MTB/RIF trong việc giảm tỷ lệ hiện mắc lao tại tỉnh Cà mau – Việt Nam (ACT 3)” sau 03 năm triển khai. <i>ThS.BS Nguyễn Thị Bích Phượng</i> |
| | 11. Báo cáo tiến độ Dự án IMPACT sau 18 tháng triển khai tại TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam <i>(Dự phòng của SS3)</i> <i>ThS. Võ Nguyễn Quang Luân</i> |

Thứ sáu/Vendredi, 02/11/2018

Horaire 8:00 – 11:30

CME 1: Xquang và CT ngực / Radiographie et tomodensitométrie pulmonaire

Điều phối/Secrétaire: TS. Cung Văn Công

Hội trường / Salle: 5

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|---|
| 08:00 - 08:30 | Lồng ngực bình thường và tràn khí màng phổi / Thorax normal et pneumothorax <i>BS. Sophie Laroumagne</i> |
| 08:30 - 09:00 | Hướng dẫn trên siêu âm các thủ thuật về màng phổi / Echoguidage des procédures pleurale <i>BS. Gilles Mangiapan</i> |
| 09:00 - 09:30 | Viêm màng phổi / Pleurésie <i>TS.BS. Lê Thuợng Vũ</i> |
| 09:30 - 10:00 | Các nốt mờ phổi và vấn đề chẩn đoán ung thư phổi / Nodules et le diagnostic du cancer pulmonaire <i>PGS.TS. Nguyễn Quốc Dũng</i> |
| 10:30 - 11:30 | Các thuật ngữ Điện quang ngực / Les termes de la radiographie pulmonaire <i>TS.BS. Cung Văn Công</i> |

CME 2: Bệnh lý hô hấp trẻ em / Maladies respiratoires chez l'enfant

Điều phối/Secrétaire: TS.BS. Trần Anh Tuấn; ThS. Bùi Thị Dương Vân

Hội trường / Salle: 6

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|--|
| 08:00 - 08:30 | Nguyên nhân vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em và tính nhạy cảm kháng sinh Bactériologie de la pneumonie chez l'enfant et la sensibilité aux antibiotiques <i>BS. Nguyễn Duy Bộ (BV Nhi Trung ương)</i> |
| 08:30 - 09:10 | Viêm phổi hoại tử ở trẻ em Pneumonie nécrosante chez les enfants <i>TS. BS. Trần Anh Tuấn (BV Nhi đồng 1 TPHCM)</i> |
| 09:10 – 09:45 | Trường hợp lâm sàng bệnh hô hấp trẻ em Cas de la maladie respiratoire pédiatrique <i>PGS.TS. Phan Hữu Nguyệt Diễm (Đại học Y Dược TPHCM)</i> |
| 09:45 – 10:00 | Giải lao/Délassement |
| 10:00 - 11:00 | Nội soi phế quản ống mềm ở trẻ em với an thần tĩnh Bronchoscopie souple chez les enfants avec sédation <i>BS. Lionel DONATO (Trung tâm trường viện Strasbourg, Pháp)</i> |
| 11:00 - 11:30 | Thảo luận chung Discussion |

POSTER - GME

Thứ sáu/Vendredi, 02/11/2018

Horaire 8:00 – 11:30

CME 3: Phục hồi chức năng sau phẫu thuật / Récupération améliorée après chirurgie

Điều phối/Secrétaire: ThS. BS. Nguyễn Thị Phương Anh

Hội trường / Salle: 4

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|--|
| 08:00 - 08:30 | Phục hồi chức năng sau phẫu thuật - Lịch sử, cơ sở sinh lý, các nguyên tắc chung. RAAC - Historique, bases physiologiques, principes généraux. <i>BS. François Barbotin-Larrieu (Antony, Pháp)</i> |
| 08:30 - 09:00 | Phục hồi chức năng sau phẫu thuật và gây mê - gây mê, bù dịch, giảm đau. RAAC et anesthésie - anesthésie, fluides, analgésie. ERAS and anesthesia - anesthesia, fluids, analgesia <i>BS. François Barbotin-Larrieu (Antony, Pháp)</i> |
| 09:00 - 09:50 | Phục hồi chức năng sau phẫu thuật và nhân viên hỗ trợ chăm sóc y tế - điều dưỡng, các nhà cung cấp vật lý trị liệu RAAC et le personnel paramédical - kinésithérapeutes infirmières, aides soignants. <i>Bà Anne Bisserier</i> |
| 09:50 - 10:30 | Phục hồi chức năng sau phẫu thuật - Thiết kế và thực hiện: Những nét đặc trưng của phẫu thuật lồng ngực trong phục hồi chức năng sau phẫu thuật RAAC - Design et Mise en œuvre: Spécificités de la Chirurgie Thoracique dans un parcours RAAC. <i>BS. Madalina Grigoroiu (Paris, Pháp)</i> |
| 10:30 - 11:10 | Phục hồi chức năng sau phẫu thuật và bệnh nhân - Kiểm định, đâu là những kết quả quan trọng. RAAC et le patient – Audit, quels sont les résultats importants. <i>Bà Anne Bisserier, BS. Madalina Grigoroiu</i> |
| 10:30 - 11:30 | Chương trình Phục hồi chức năng sau phẫu thuật lồng ngực Programme de RAAC après la Chirurgie Thoracique <i>ThS.BS. Nguyễn Thị Phương Anh (BV Phổi Trung ương)</i> |

Thứ sáu/Vendredi, 02/11/2018

Horaire 8:00 – 11:30

**CME 4: Chẩn đoán vi khuẩn học bệnh lao và bệnh do các mycobacteria không lao /
Microbiologie diagnostique de la tuberculose et des maladies causées par NTM**

Điều phối/Secrétaire: PGS.TS.BS. Nguyễn Văn Hưng ; CN. Nguyễn Thùy Linh

Hội trường / Salle: 1

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|---|
| 08:00 – 08:30 | Vai trò chẩn đoán vi khuẩn học bệnh lao, và bệnh do NTM Rôle de la microbiologie diagnostique de la tuberculose et des maladies causées par NTM <i>PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 08:30 – 09:00 | Khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới; Đường lối của Chương trình chống lao Quốc gia. Recommandations le l'ONU; Stratégies du Programme national de lutte contre la tuberculose <i>PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 09:00 - 09:30 | Hệ thống phòng xét nghiệm chẩn đoán; Đảm bảo chất lượng Le système du laboratoire diagnostique; Assurant de la qualité <i>PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 09:30 – 10:40 | Các kĩ thuật chẩn đoán Des techniques diagnostiques <i>PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 10:40 – 11:30 | Giải trình tự trong chẩn đoán lao Séquençage dans le diagnostic tuberculosis <i>TS.BS. Phạm Hùng Vân (ĐH Y Dược TPHCM)</i> |

CME 5: Bệnh lý giấc ngủ / Les maladies du sommeil

Điều phối/Secrétaire: ThS. BS. Đặng Thị Tuyết

Hội trường / Salle: 2

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|--|
| 08:00 - 08:45 | Équipement BluePro dans le traitement du ronflement et d'apnée du sommeil Khí cụ điều trị ngáy và ngưng thở khi ngủ BluePro <i>BS. Nguyễn Xuân Bích Huyền</i> |
| 08:45 - 9:45 | Les pièges de la polygraphie Các cạm bẫy khi đọc Đa ký hô hấp <i>GS. MSAAD Sameh ; BS. KOTTI Amina</i> |
| 09:45 - 10h:40 | Lecture de la polysomnographie Các biểu đồ đọc Đa ký giấc ngủ <i>BS. NGUYỄN-MICHEL Vi-Huong</i> |
| 10:40 - 12:00 | Mise en place et suivi d'un traitement par pression positive continue (PPC) Thiết lập và theo dõi điều trị áp lực dương liên tục (CPAP) <i>BS. Francis MARTIN ; BS. Laurent PORTEL</i> |

POSTER - GME

CME 6: Thông khí nhân tạo không xâm nhập / Ventilation non invasive

Điều phối/Secrétaire: TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn ; ThS.BS. Nguyễn Quang Hòa

Hội trường / Salle: 3

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|---|
| 08h30-08h45 | Khai mạc và giới thiệu chương trình / L'ouverture et l'introduction du programme <i>TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn (BV Bạch Mai)</i> |
| 08h45-09h15 | Sinh lý hô hấp trong Thông khí áp lực dương / Physiologie respiratoire en ventilation en pression positive <i>TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn (BV Bạch Mai)</i> |
| 09h15-09h45 | Thông khí nhân tạo không xâm nhập: Nguyên lý, các loại máy thở và Cài đặt / Ventilation non invasive: principes, ventilateurs et l'installation <i>Ông Valeric RRT (Đại diện hãng Philips)</i> |
| 09h45-10h00 | Giải lao/Délassement |
| 10h00-10h30 | Các mode thông khí không xâm nhập: Nguyên lý và Đánh giá kết quả Modes de ventilation non invasive: le principe et l'évaluation des résultats <i>TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn (BV Bạch Mai)</i> |
| 10h30-11h00 | Giao diện với bệnh nhân: Làm cách nào đảm bảo Thông khí không xâm nhập hiệu quả nhất? Interface avec patient: Comment peut-on assurer la ventilation non invasive la plus efficace? <i>ThS.BS. Khương Quốc Đại (BV Bạch Mai)</i> |
| 11h00-11h30 | Thời điểm tối ưu để ngừng thở máy không xâm nhập ở bệnh nhân COPD Moment optimal pour la ventilation non invasive chez les patients atteints de BPCO <i>ThS.BS. Nguyễn Quang Hòa (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 11h30-12h00 | Thực hành trên máy thở Pratique sur les ventilateurs |

Chủ nhật/Dimanche, 04/11/2018**Horaire 8:00 – 11:30****CME 7: Thăm dò chức năng hô hấp / L'exploration fonctionnelle respiratoire**

Điều phối/Secrétaire: ThS. BS. Đào Bích Vân

Hội trường / Salle: 4

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|---|
| 08:00 - 08:45 | Thể tích ký thân : Vai trò và ứng dụng trên lâm sàng Pléthysmographie corporelle (considérations théoriques et pratiques) <i>BS. Gérard BODY</i> |
| 08:45 - 09:30 | Rối loạn nuốt: Từ giải phẫu và sinh lý học đến thực hành lâm sàng, phòng ngừa và điều trị Troubles de la déglutition: de l'anatomie et de la physiologie à la pratique clinique, à la prévention et aux traitements <i>Bà Charlotte Lefebvre & bà Camille Germain</i> |
| 09:30 - 10:00 | Những ứng dụng trong lâm sàng của thể tích ký thân L'application clinique de la pléthysmographie corporelle <i>ThS.BS. Đặng Thị Tuyết (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 10:00 - 11:30 | - Quy trình thực hiện kỹ thuật đo chức năng hô hấp trên máy KOKO Spirometry - Thực hành trên máy KOKO - Thực hành các bước theo Video La procédure pour effectuer une mesure de La fonction respiratoire sur KOKO Spirometry Pratiquer sur La machine KOKO Pratiquer les étapes sous Vidéo <i>ThS.BS. Đào Bích Vân (BV Phổi Trung ương)</i> |

CME 8: Xquang và CT ngực (2) / Radiographie et tomodensitométrie pulmonaire (2)

Điều phối/Secrétaire: TS.BS Cung Văn Công

Hội trường / Salle: 5

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|---|
| 08:00 - 09:00 | Chẩn đoán hình ảnh viêm phổi kẽ tự phát Imagerie diagnostique de pneumonie interstitielle idiopathique <i>TS.BS. Cung Văn Công (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 09:00 - 11:00 | Chẩn đoán hình ảnh nhiễm trùng phổi (Vi khuẩn, Virus, Nấm, Trùng khuẩn, Ký sinh trùng) Imagerie diagnostique des infections pulmonaires (bactéries, virus, champignons, bacilles, parasites) <i>TS.BS. Cung Văn Công (BV Phổi Trung ương)</i> |

Chủ nhật/Dimanche, 04/11/2018

Horaire 8:00 – 11:30

CME 9: Vai trò của xét nghiệm vi sinh lâm sàng trong nhiễm trùng hô hấp dưới / Rôle de la microbiologie clinique dans les infections des voies respiratoires

Điều phối/Secrétaire: PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng; CN. Nguyễn Thùy Linh

Hội trường / Salle: 1

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|---|
| 08:00 – 08:30 | Các phương pháp chẩn đoán vi sinh kinh điển Méthodes traditionnelles de diagnostic microbiologique <i>TS.BS. Phạm Hùng Vân (ĐH Y Dược TP HCM)</i> |
| 08:30 – 09:00 | Hạn chế của các phương pháp kinh điển Limitations des méthodes traditionnelles <i>TS.BS. Phạm Hùng Vân (ĐH Y Dược TP HCM)</i> |
| 09:00 - 09:30 | Giải pháp Solutions <i>TS.BS. Phạm Hùng Vân (ĐH Y Dược TP HCM)</i> |
| 09:30 – 10:45 | Kết quả của các giải pháp Résultats des solutions <i>TS.BS. Phạm Hùng Vân (ĐH Y Dược TP HCM)</i> |
| 10:45 – 11:30 | <i>A.baumannii</i> kháng thuốc <i>A.baumannii</i> antibiotics résistants <i>PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng (BV Phổi Trung ương)</i> |

CME 10: Ung thư phổi và giải phẫu bệnh chuyên ngành / Le cancer du poumon et l'Anatomo-pathologie

Điều phối/Secrétaire: PGS.TS. Nguyễn Văn Hưng; CN. Nguyễn Thùy Linh

Hội trường / Salle: 6

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|--|
| 08:00–08:30 | Cập nhật chẩn đoán giải phẫu bệnh ung thư phổi Mise à jour diagnostic de l'anatomo-pathologie du cancer pulmonaire <i>PGS.TS Lê Trung Thọ (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 08:30–09:00 | Điều trị UTPKTBN có đột biến gen EGFR bằng các thế hệ thuốc ức chế TKI Treatment du cancer pulmonaire non à petites cellules par les générations TKI <i>TS.BS. Lê Thuỵng Vũ (BV Chợ Rẫy, TP HCM)</i> |
| 09:00-09:10 | Giải lao/Délassement |
| 09:10-09:30 | Điều trị UTPKTBN bằng liệu pháp miễn dịch Treatment du cancer pulmonaire non à petites cellules par l'immunothérapie <i>BSCKII. Đặng Văn Khiêm (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 09:30–10:30 | Kiểm soát đau trong điều trị bệnh ung thư Contrôle la douleur dans le treatment du cancer <i>BSCKII. Đặng Văn Khiêm (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 10:30–11:30 | Thảo luận, trả lời câu hỏi/Discussion |

Chủ nhật/Dimanche, 04/11/2018**Horaire 8:00 – 11:30****CME 11: Hen và Dị ứng / Asthme et allergie**

Điều phối/Secrétaire: ThS.BS Vũ Văn Thành

Hội trường / Salle: 2

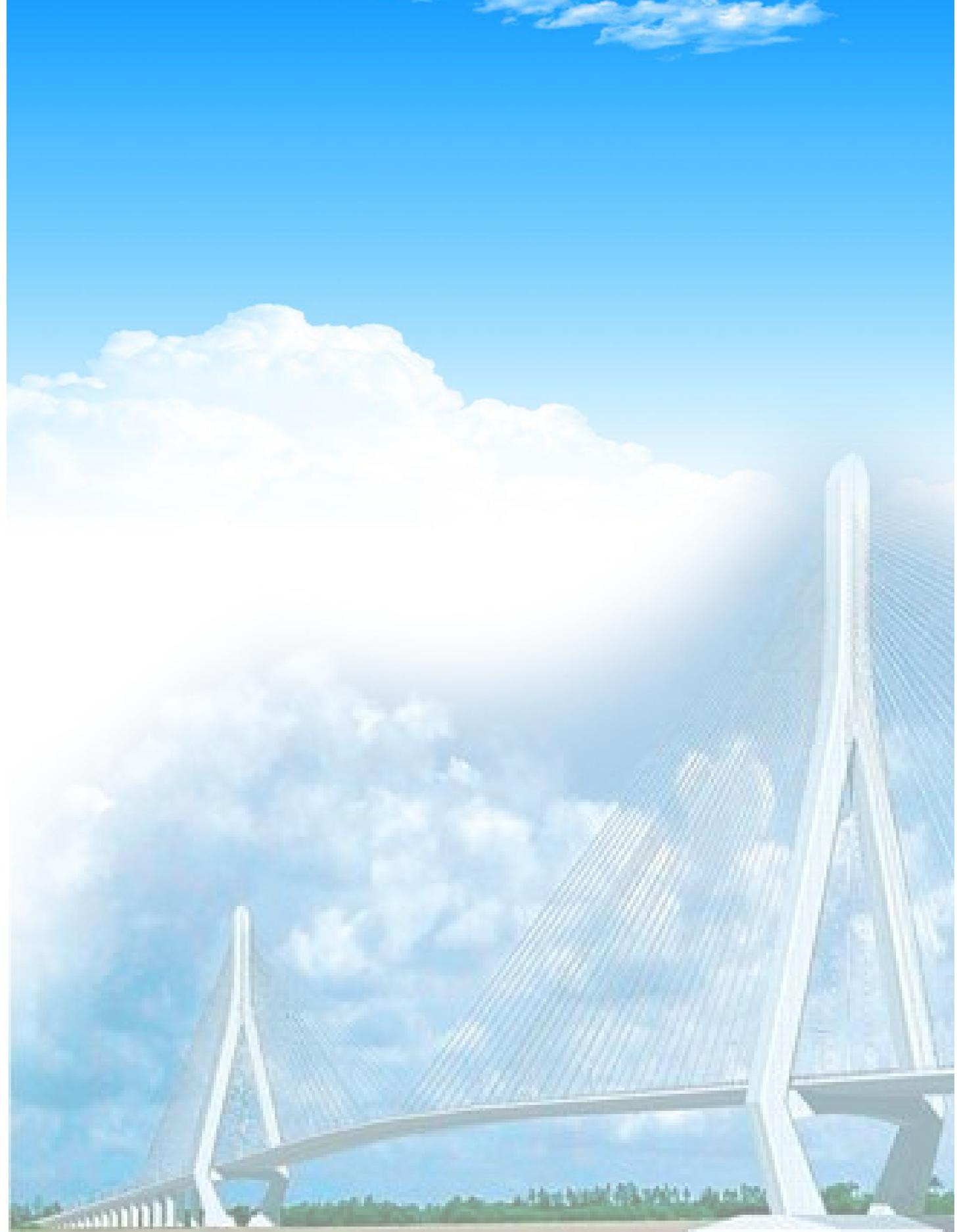
| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|--|
| 08:00 - 08:30 | Tình hình mẫn cảm với dị nguyên không khí ở trẻ mắc bệnh hen. État de la hypersensibilité aux allergènes dans l'air chez les enfants asthmatiques <i>BS. Phan Thúy Mai (BV Nhi đồng 1)</i> |
| 08:30 - 09:00 | Viêm kết mạc dị ứng với <i>Blomia tropica</i> La conjonctivite allergique avec <i>Blomia tropica</i> <i>BS. Gérard BODY</i> |
| 09:00 - 09:30 | Dị ứng sữa bò ở trẻ em tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1 Allergie au lait de vache chez l'enfant à l'Hôpital pour enfants 1 <i>BS. Nguyễn Thị Ngọc (BV Nhi đồng 1)</i> |
| 9:30 - 10:00 | Bilan dị ứng trong hen Bilan allergique dans l'asthme <i>BS. Michèle RAFFARD</i> |
| 10:30 - 11:00 | Phương pháp và kỹ thuật thực hiện test da trong dị ứng hô hấp Méthodes et techniques pour effectuer des tests cutanés dans les allergies respiratoires <i>BS. Michèle RAFFARD</i> |

CME 12: Khí máu động mạch trên bệnh nhân suy hô hấp / La gazométrie artérielle chez les patients atteints l'insuffisance respiratoire

Điều phối/Secrétaire: BSCKI. Nguyễn Thanh Hà

Hội trường / Salle: 3

| Thời gian Horaire | Nội dung/Contenu |
|------------------------------|--|
| 08:00 - 08:30 | Đón tiếp đại biểu/Bienvenue aux délégués |
| 08:30 - 09:00 | Rối loạn thăng bằng toan kiềm theo các cách tiếp cận mới Nouveaux approches des troubles de l'équilibre acide-base <i>TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn (BV Bạch Mai)</i> |
| 09:00 – 09:30 | Phương trình thông khí phế nang và các thông số đánh giá ô xy hóa máu L'équation de la ventilation alvéolaire et les paramètres d'oxygénation du sang <i>ThS.BS. Huỳnh Quang Đại (BV Chợ Rẫy, TPHCM)</i> |
| 09:30 - 09:45 | Giải lao/Délassement |
| 9:45-10:00 | Ca lâm sàng khí máu trên bệnh nhân suy hô hấp Case clinique: Gaz du sang chez le patient avec l'insuffisance respiratoire <i>ThS.BS. Khương Quốc Đại (BV Bạch Mai)</i> |
| 10:00-10:30 | Chuẩn hóa quy trình xét nghiệm khí máu Standardiser le processus des gaz du sang <i>BSCKI. Nguyễn Thanh Hà (BV Phổi Trung ương)</i> |
| 10:00 – 11:30 | Thảo luận và bế mạc/Discussion |



BÁO CÁO KHOA HỌC

RAPPORTS



PGS. TS. BS. Nguyễn Việt Nhung*Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương**Chủ nhiệm Chương trình chống lao Quốc gia**Chủ nhiệm Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Đại học Y Hà Nội**Hội đồng Tư vấn Chiến lược Phòng chống lao WHO, Geneva, Thụy Sĩ***TÓM TẮT**

Bệnh lao đã tồn tại hàng ngàn năm và thế giới đã biết nguyên nhân của bệnh là vi khuẩn lao trên 136 năm nhưng cho đến nay vẫn là một bệnh nhiễm trùng gây tử vong hàng đầu, "một sát thủ thầm lặng", đe dọa an ninh y tế toàn cầu. Điều này cho thấy giải quyết bệnh lao là vô cùng khó khăn thách thức. Trong lịch sử, chúng ta đã thành công trong việc khống chế những đại dịch nguy hiểm như Bại liệt, Ebola, SARS, H5N1 và chúng ta cũng đang thành công với HIV, sốt rét, ...

Với phát triển của khoa học công nghệ và văn minh của loài người, con số gần 2 triệu người chết vì lao trên thế giới và 12.000 người chết vì lao ở Việt Nam năm 2017 là những số không thể chấp nhận được vì chúng ta đã có đủ công cụ để chẩn đoán, có đủ phác đồ để điều trị hiệu quả kể cả lao siêu kháng thuốc.

Ngày 26 tháng 9 năm 2018 là một ngày lịch sử của tiến trình chấm dứt bệnh lao toàn cầu. Đó là ngày diễn ra cuộc họp cấp cao lần đầu tiên của Đại hội đồng Liên hiệp quốc tại New York bàn về chấm dứt bệnh lao toàn cầu với sự đồng thuận cao của nguyên thủ các quốc gia thành

viên. Chấm dứt bệnh lao đã trở thành quyết tâm chính trị của cả thế giới thông qua nghị quyết của Liên hiệp quốc. Tuy nhiên, quyết tâm chính trị này phải chuyển thành hành động cụ thể dựa trên cơ sở khoa học và thực tiễn thể hiện trên 4 đổi mới đó là tư duy, công nghệ, tiếp cận và đầu tư dựa trên khung trách nhiệm đa ngành.

Trong những năm gần đây, công tác chống lao ở Việt Nam đã đạt được một số thành tựu bước đầu, cung cấp cho thế giới một số bằng chứng về tiến trình chấm dứt bệnh lao, Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá Việt Nam là mô hình đi đầu thực hiện chiến lược chấm dứt bệnh lao. Mô hình đó bao gồm cam kết chính trị các cấp, chương trình hành động quốc gia, mạng lưới y tế chuyên khoa lồng ghép hệ thống y tế chung với phác đồ chuẩn phổ cập trong bao phủ y tế toàn dân và sự vào cuộc của toàn thể nhân dân. Áp dụng tối ưu các công cụ hiện có song song với tích cực nghiên cứu và ứng dụng các công cụ mới với tiếp cận hiệu quả nhất sẽ là định hướng chấm dứt bệnh lao ở Việt Nam.

THE PROGRESS OF ENDING TB IN VIETNAM

A/Prof. Nguyễn Việt Nhung, MD. PhD

Director, National Lung Hospital

Manager, National TB Program

Head, TB and Lung Diseases Faculty, HMU

WHO STAG TB. Geneva, Switzerland

Tuberculosis (TB) has existed for thousands of years and the world has known the cause of TB disease for over 136 years, but until now TB is still an infection disease with leading mortality, a "silent killer", a threat for global health security. This shows that dealing with tuberculosis is extremely difficult and challenging. In the past, we had succeeded in controlling dangerous epidemics such as Polio, Ebola, SARS, H5N1, and we are also making significant progress with HIV, malaria, and so on.

With the development of science and technology, the number of nearly 2 million deaths in the world and 12,000 deaths in Vietnam caused by TB in 2017 are unacceptable because we have enough diagnostic tools, adequate regimens for effective treatment, even for extensively drug resistant TB.

September 26, 2018 is a historic day in the progress of ending TB globally. This is the day when the first ever high-level meeting of the United Nations General Assembly was held in New York to discuss the ending of TB globally with high consensus from the heads of all member states. Ending tuberculosis has become the political commitment of the world through the resolution of the United Nations. This political commitment, however, must be turned into action based on the scientific and practical evidences of the four innovations: thinking, technology, approach and investment

based on a multisectorial accountability framework.

In recent years, TB control in Vietnam has achieved some initial achievements, providing the world with some evidence of the ending TB progress. The World Health Organization evaluates Vietnam as a role model for End TB strategy implementation, - pathfinder. Such model includes the political commitment at all levels, a national action program, a specialized health network that integrates the universal health system with standardized regimens in the universal healthcare coverage, and the participation of every people in the whole country. The optimal use of existing tools while actively researching and applying new tools with the most effective approach will be the direction of ending TB in Vietnam.

Prof. Ali Ben Kheder

Professor at the Faculty of Medicine of Tunis and coordinator of the EFP

COPD, an acronym for chronic obstructive pulmonary disease, is a public health problem that is essentially related to smoking and exposure to air pollution (third leading cause of death in 2020).

In fact, it is much more of a concept uniting chronic bronchitis and emphysema than a disease.

Its approach has changed totally since it is considered treatable especially with the advent of long-acting bronchodilators (LABA-LAMA) and inhaled corticosteroids (ICS).

It is mainly the GOLD which was responsible for establishing international recommendations published for the most important in 1998, in 2001, in 2011, in 2017.

These recommendations emphasize the definition, the diagnostic approach, the 1-2-3-4 (severity) and A-B-C-D (therapeutic) classification, exacerbations and Asthma / COPD combination.

In 2018, the novelties concern the exclusion of inflammation from the definition, the weak influence of FEV1 in the therapeutic decision, the important role of LABA-LAMA in the treatment and the probable return of ICS thanks to the results of the IMPACT study.

TÌNH HÌNH VÀ QUẢN LÝ HEN, COPD Ở ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG

Nguyễn Văn Thành

*Phó Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi VN
drthanhbk@gmail.com*

TÓM TẮT

Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL) là khu vực đồng bằng châu thổ sông Cửu Long nằm ở cực Tây Nam Bộ, chiếm 13% diện tích và 19% dân số cả nước.

Theo các kết quả nghiên cứu tầm quốc gia, tỷ lệ mắc Hen và COPD có thể thấp hơn so với đánh giá chung của cả nước. Tuy nhiên, các nghiên cứu cục bộ (phạm vi tỉnh) cho thấy tỷ lệ mắc cao hơn. Có thể do phương pháp tầm soát (screening) của các nghiên cứu địa phương mạnh hơn.

Về đặc điểm chẩn đoán và kiểm soát bệnh nhìn chung còn rất kém. Có thể kém hơn so với mặt bằng chung của cả nước. Cộng đồng đã có nhận thức về bệnh phổi tắc nghẽn. Ngành y tế đã có triển khai các hoạt động nghiên cứu đánh giá và triển khai các hoạt động hướng tới kiểm soát bệnh. Tuy nhiên hiệu quả thực tế còn thấp, thiếu tính bền vững. Các địa phương đã thực hiện quản lý bệnh mạn tính nhưng chưa dựa trên nền tảng hệ thống, nhất là hệ thống có tính phân tuyến.

Những công việc cần thực hiện trong tương lai cần bao gồm xây dựng trung tâm đào tạo thực hành chuẩn của khu vực. Hình thành các cấu trúc mạng tính hệ thống và phân tuyến chức năng trong quản lý và điều trị. Biên soạn tài liệu có tính thực hành cao và có tính thực tế Việt Nam. Triển khai được các hình thức CME (cơ bản và cập nhật thường xuyên). Khai thác mối quan hệ Thầy thuốc – Bệnh nhân nhằm làm tốt hơn việc tầm soát, quản lý điều trị và phòng bệnh.

SITUATION ET GESTION DE L'ASTHME ET DE LA BPCO DANS LE DELTA DU MEKONG AU VIETNAM

RÉSUMÉ

Le delta du Mékong est situé à l'extrême sud-ouest et représente 13% de la superficie et 19% de la population nationale.

Selon des études nationales, la prévalence de la BPCO et de l'asthme pourrait être inférieure à l'évaluation nationale. Cependant, les études locales (provinciales) montrent des taux de prévalence plus élevés. La méthode de dépistage de la recherche locale est probablement plus forte.

Les caractéristiques de diagnostic et de contrôle de la maladie sont généralement pauvres. Cela peut être inférieur au niveau général du pays. La communauté avait conscience de la maladie pulmonaire obstructive. Le secteur de la santé a mis en œuvre des activités de recherche, d'évaluation et de mise en œuvre en vue du contrôle des maladies. Cependant, l'efficacité est faible et manque de durabilité. Les autorités locales ont mis en place une gestion des maladies chroniques mais ne se sont pas fondées sur un système, en particulier sur un système directif.

Les travaux futurs devront inclure la construction d'un centre de pratique standard dans ce domaine, la mise en place de structures systémiques et fonctionnelles dans la gestion et le traitement, la production de guides pratiques et réels au Vietnam, l'amélioration de la relation entre médecin et patient pour développer le dépistage, la gestion et la prévention des maladies.

VIÊM PHỔI TRONG KỶ NGUYÊN KHÁNG KHÁNG SINH

Trần Văn Ngọc

Phó Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

Chủ tịch Hội Hô hấp thành phố Hồ Chí Minh

Trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Chợ Rẫy TP.Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Tình hình đề kháng kháng sinh của các tác nhân gây viêm phổi cộng đồng

Streptococcus pneumoniae: Trong nghiên cứu của tổ chức ANSORP (Asian Network for Surveillance of Resistance Pathogens) cho thấy phế cầu kháng PNC tại Việt Nam đang ở mức cao và , 71% kháng với PNC V (MIC \geq 2 mg/l). Khi phế cầu kháng PNC sẽ kháng các kháng sinh khác như macrolide , bactrim , ciprofloxacin , tetracycline. *S. pneumoniae* kháng PCN G (MIC \geq 8 mg/l) tại Việt nam là 1,6%

Hemophilus influenzae* và *M. catarrhalis : Là hai tác nhân rất thường gặp gây VPCĐ . Sản xuất beta-lactamase được phát hiện trong 56% *H. influenzae* và gần tất cả *M. catarrhalis* . Khoảng 30% *H. influenzae* kháng với azithromycin .

Ngoài ra , hiện nay tác nhân gây VPCĐ do vi khuẩn gram âm đường ruột như *E.coli* , *Klebsiella pneumoniae* và những vi khuẩn không lên men như *Pseudomonas aeruginosa* , *Acinetobacter baumannii* ngày càng gia tăng về tần suất và mức độ kháng thuốc , đặc biệt trên những bệnh nhân có bệnh đồng thời như tiểu đường , xơ gan , nghiện rượu , suy giảm miễn dịch gây khó khăn nhiều trong điều trị , nằm lâu trong bệnh viện và tăng tử suất.

Đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan thở máy (VPBV-VPTM) hiện nay là cực kỳ nghiêm trọng và ngày càng gia tăng .VPBV và VPTM vẫn còn là nguyên nhân tử vong quan trọng mặc dù có những tiến bộ trong điều trị kháng sinh và những biện pháp điều trị nâng đỡ tốt hơn .Tỉ lệ tử vong do VPBV khoảng 33-50% , đặc biệt do *Pseudomonas aeruginosa* hay *Acinetobacter baumannii*.

Tác nhân gây bệnh thay đổi tùy bệnh viện , tác nhân thường gặp là trực trùng gram âm hiếu khí như *Escherichia coli* , *Klebsiella pneumoniae* , *Enterobacter* sinh ESBL (45-62%) ; *P. aeruginosa* , *Acinetobacter baumannii* đa kháng kháng sinh ngày càng nghiêm trọng , kê cả những kháng sinh mạnh nhất hiện nay ; *Staphylococcus aureus* , đặc biệt MRSA với MIC gia tăng (MIC $>$ 1,5 mg/l) đối với vancomycin ngày càng gia tăng tại Châu Á gây rất nhiều khó khăn trong điều trị một mình với vancomycin.

Quyết định điều trị kinh nghiệm phụ thuộc vào bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng do vi khuẩn đa kháng kháng sinh hay không , mức độ viêm phổi và thời gian khởi phát . Điều trị nên là những kháng sinh có hiệu quả diệt những tác nhân này, điều trị kháng sinh sớm , đủ liều và tối ưu hóa được động lực học dựa trên tình hình đề kháng kháng sinh tại chỗ của tác nhân gây bệnh.

RÉSUMÉ

Résistance aux antibiotiques des agents causant la pneumonie acquise en communauté

Streptococcus pneumoniae : Des études de l'ANSORP ont montré que la prévalence du *S.pneumoniae* résistant à la PNC était élevée. Dans les pays asiatiques, le *S.pneumoniae* résistant à la PNC V était le plus élevé chez les femmes avec 71% (CMI ≥ 2 mg/l). Le *S.pneumoniae* résistant à la PNC est également résistant à d'autres antibiotiques tels que les macrolides, la ciprofloxacine, la tétracycline. le *S.pneumoniae* résistant au PNC G est actuellement de 1,6% au Vietnam.

Hemophilus influenzae et *M. catarrhalis* sont deux agents responsables de la PAC. *H.influenzae* et *M.catarrhalis* qui produisent de la bêtalactamase étaient respectivement de 56% et 100%. 30% des *H.influenzae* étaient résistants à l'azithromycine

En outre, les CAP causés par des bactéries Gram négatives entériques telles que *E.coli*, *Klebsiella* et des agents non fermentaires tels que *P.aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* ont augmenté en prévalence et en résistance aux antibiotiques, en particulier chez les patients présentant des comorbidités telles que la cirrhose, le diabète, l'immunodéficience ... Ces facteurs de risque entraînent une mortalité élevée, une hospitalisation plus longue et peu de chances de guérison.

La résistance aux antibiotiques des agents pathogènes provoquant une pneumonie acquise en milieu hospitalier et une pneumonie associée à un ventilateur étaient extrêmement élevées et augmentaient rapidement. Les PAH et les PAV restent les principales causes de morbidité et de mortalité malgré l'avance en matière de thérapie antimicrobienne et de meilleures modalités de soins. La mortalité de la PAH est comprise entre 33 et 50%, en particulier les pneumonies dues à *P.aeruginosa* et *A.baumannii*. Les organismes provoqués par les PAH et les PAV ont été transférés de cet hôpital à d'autres qui sont généralement des bactéries aérobies négatives telles que *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Enterobacter* (45-62%). *P. aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* multirésistants sont en augmentation, même pour les antibiotiques à spectre large.

La CMI de la vancomycine pour le SARM supérieure à 1,5 mg/l est maintenant très souvent causée par l'échec du traitement par la vancomycine seule dans les pays asiatiques et au Vietnam.

La décision du traitement empirique initial dépend du fait que le patient présente ou non des facteurs de risque pour les agents pathogènes multirésistants. Le traitement doit comprendre des antibiotiques dont l'efficacité est reconnue contre ces organismes. Le traitement de la PAH et de la PAV doit être précoce et optimiser la posologie et les profils pharmacocinétiques de l'antibiotique en fonction de la résistance locale des agents pathogènes.

LỰA CHỌN TRÊN LÂM SÀNG LIỆU PHÁP SINH HỌC ĐỐI VỚI HEN PHẾ QUẢN NẶNG DAI DẰNG

Pr Marc Humbert

*Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bicêtre (AP-HP), Đại học Paris-Sud, Université Paris-Saclay, Faculté de Médecine, Le Kremlin Bicêtre, France
marc.humbert@aphp.fr*

Những bệnh nhân mắc hen phế quản nặng rõ, được giáo dục và được điều trị bằng các phương pháp chuẩn (corticosteroid dạng hít và thuốc cường beta-2 giao cảm có thể kết hợp với thuốc kháng cholinergic tác dụng dài, với theophylline và với corticosteroid đường uống) có thể được hưởng lợi ích từ phương pháp điều trị bổ sung bởi các thuốc sinh học, một bước tiến điều trị quan trọng. Tuy nhiên, do chi phí rất cao, phương pháp điều trị sinh học phải được kê bởi các bác sĩ chuyên khoa theo các tiêu chuẩn rất nghiêm ngặt. Ở Pháp, vào tháng 6-2018, có hai loại thuốc sinh học trên thị trường (omalizumab, kháng thể đơn dòng kháng IgE và mepolizumab, kháng IL-5). Ba thuốc khác (reslizumab, kháng IL-5, benralizumab, kháng thụ thể IL-5, dupilumab, kháng chuỗi alpha của thụ thể IL4 gây chẹn đường IL4 và IL-13) hiện đang dưới sự đánh giá của các cơ quan có thẩm quyền. Đứng trước sự đa dạng của các phương pháp sinh học điều trị cho hen nặng, ta cần có hướng dẫn cho các bác sĩ theo hình thức khuyến cáo sử dụng thuốc. Cách tiếp cận này không đơn giản vì không có nghiên cứu so sánh trực tiếp và các nghiên cứu phân tích tổng hợp để so sánh các sản phẩm thì lại theo phương pháp không chấp nhận được.

Một số tiêu chí quan trọng cần được xem xét. Các IgE đặc hiệu và IgE toàn phần là các dấu ấn sinh học của omalizumab. Tỷ lệ bạch cầu ưa acid trong máu là một tiêu chí để lựa chọn bệnh nhân cho điều trị bằng

kháng IL-5. Tuy nhiên, không có dấu ấn sinh học nào có thể giúp các nhà lâm sàng dự đoán hoặc đánh giá hiệu quả của các điều trị này. Đặc biệt, xét nghiệm định lượng IgE không có giá trị gì sau khi đã bắt đầu điều trị bằng omalizumab.

Omalizumab được tiêm dưới da với liều biến thiên tùy theo nồng độ IgE toàn phần và cân nặng của bệnh nhân. Mepolizumab được tiêm dưới da liều duy nhất và reslizumab được tiêm tĩnh mạch với liều biến thiên tùy theo cân nặng của bệnh nhân. Các nhà lâm sàng thường gặp khó khăn trong việc xác định hiệu quả của điều trị sinh học vì mặc dù thuốc giúp ta ngăn ngừa đợt cấp, ta không có dấu ấn sinh học hay lâm sàng nào để chứng minh hiệu quả sớm của các thuốc kháng IL-5. Ngược lại, các nhà lâm sàng nên đánh giá hiệu quả của omalizumab sau 16 tuần qua câu hỏi đơn giản mà giá trị đã được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng và trong đời thực.

Phân tầng bệnh nhân để điều trị sinh học được dựa trên lâm sàng, trên sự có mặt của dị ứng với các dị nguyên hít phải quanh năm trong môi trường, tỷ lệ IgE và bạch cầu đa nhân ái toan. Dựa trên các tiêu chí lựa chọn và các dữ liệu hiện tại có trong một lĩnh vực nghiên cứu tích cực đang đi lên rất nhanh, các chuyên gia đã đề xuất một sơ đồ tiếp cận để giúp các bác sĩ chọn lựa một liệu pháp sinh học (Bousquet et al. Eur Respir J 2017 50: 1701782)

CHEMINEMENT CLINIQUE POUR LA SÉLECTION DES TRAITEMENTS BIOLOGIQUES DANS L'ASTHME SÉVÈRE RÉFRACTAIRE

Pr Marc Humbert

*Service de Pneumologie, Hôpital Bicêtre (AP-HP), Université Paris-Sud, Université Paris-Saclay, Faculté de Médecine, Le Kremlin Bicêtre, France
marc.humbert@aphp.fr*

Les patients souffrant d'asthme sévère bien caractérisés, éduqués et traités par les traitements de référence (corticostéroïdes inhalés et bêta-2 sympathomimétiques éventuellement associés à des anticholinergiques de longue durée d'action, à la théophylline et aux corticostéroïdes oraux) peuvent tirer bénéfice de traitements additionnels par des agents biologiques qui constituent avancée thérapeutique importante. Cependant, en raison de leur coût très élevé, les traitements biologiques doivent être prescrits par des spécialistes selon des conditions très strictes. En France, il existe deux biologiques sur le marché en Juin 2018 (omalizumab, anticorps monoclonal contre les IgE et mépolizumab, anti-IL-5). Trois autres traitements (reslizumab, anti-IL-5, benralizumab, anti-récepteur de l'IL-5, dupilumab, anti-chaîne alpha du récepteur de l'IL-4 bloquant la voie de l'IL-4 et de l'IL-13) sont actuellement soumis à l'appréciation des autorités. Devant la diversité des traitements biologiques pour l'asthme sévère, il convient de proposer un guide pour les praticiens dans le cadre des recommandations d'utilisation. Cette approche n'est pas simple car il n'y a pas d'études comparatives directes et les méta-analyses comparant les produits ne sont pas acceptables méthodologiquement. Certains critères sont importants à considérer. Les IgE spécifiques et totales représentent des biomarqueurs de l'omalizumab. Le taux d'éosinophiles sanguins est un critère de sélection des

patients traités par anti IL-5. Cependant, il n'existe pas de biomarqueurs qui peuvent aider les cliniciens à prédire ou évaluer l'efficacité de ces traitements. En particulier, le dosage des IgE n'a aucun intérêt après l'initiation du traitement par omalizumab.

L'omalizumab est administré par voie sous-cutanée avec un dosage variable selon le taux d'IgE totale et le poids du sujet. Le mépolizumab est administré par voie sous-cutanée à dose unique et le reslizumab est administré par voie intra-veineuse avec un dosage variable selon le poids du sujet. Les cliniciens ont souvent des difficultés à déterminer l'efficacité des traitements biologiques car, s'ils préviennent les exacerbations, il n'y a pas de marqueurs biologiques ou cliniques démontrés d'efficacité précoce pour les anti-IL-5. Par contre, l'efficacité de l'omalizumab doit être recherchée par le clinicien après 16 semaines par un questionnaire simple qui a montré sa valeur dans les essais cliniques et en vraie vie.

La stratification des patients pour un traitement biologique est fondée sur la clinique, la présence d'une allergie aux pneumallergènes perannuels, les taux d'IgE et de polynucléaires éosinophiles. En tenant compte des critères de sélection et en fonction des données actuelles dans un domaine de recherche très actif qui peut évoluer très vite, des experts ont proposé un algorithme pour aider les cliniciens à choisir un traitement biologique (Bousquet et al. Eur Respir J 2017; 50 :1701782).

PGS.TS.BS. Nguyễn Việt Nhung*Chủ tịch, Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam**Giám đốc, Bệnh viện Phổi Trung ương**Chủ nhiệm, Chương trình chống Lao Quốc gia**Trưởng Bộ môn Lao và Bệnh Phổi, ĐHY Hà Nội***TÓM TẮT**

Ung thư phổi là ung thư phổ biến nhất không chỉ ở các nước phát triển mà còn ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, có 1,6 triệu trường hợp ung thư phổi hàng năm, trong đó 58% ở những nước đang phát triển. Ở Việt Nam, theo số liệu của Chương trình Ung thư Quốc gia, ung thư phổi được xếp hàng đầu ở nam giới và thứ ba trong số các bệnh ung thư ở nữ giới (ít hơn ung thư vú và ung thư dạ dày). Ước tính năm 2020, tỷ lệ mắc ung thư phổi có thể lên đến 34.000 trường hợp mỗi năm và ung thư phổi sẽ xếp hàng thứ hai ở nữ giới, phổ biến nhất là ung thư vú. Tiên lượng ung thư phổi vẫn còn rất hạn chế, tỷ lệ sống trung bình 5 năm trở lên còn thấp khoảng 20%. Nguyên nhân chính là do phát hiện rất muộn, vì tỷ lệ sống trên 5 năm của ung thư phổi giai đoạn I và II có thể đạt tới 73%. Điều này cho thấy phát hiện sớm là yếu tố quan trọng nhất để cải thiện hiệu quả điều trị ung thư phổi.

Gần đây, sàng lọc ung thư phổi bằng CT liều thấp cho người có nguy cơ cao được khuyến cáo vì can thiệp này có thể phát hiện sớm và giảm tỷ lệ tử vong ung thư phổi. Tuy nhiên,

đề can thiệp này có hiệu quả cần chuẩn hoá kỹ thuật và tăng tiếp cận của mọi người dân. Sau khi chẩn đoán, người bệnh ung thư phổi cần được chỉ định một chương trình điều trị tổng thể dựa trên phân loại mô học, giai đoạn TNM, chẩn đoán di truyền và các yếu tố khác. Đối với ung thư phổi giai đoạn sớm, lựa chọn đầu tiên là phẫu thuật cắt bỏ. Các giai đoạn muộn hơn, chúng ta cần phối hợp nhiều phương thức điều trị bao gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, đích, đốt u, điều trị miễn dịch và điều trị giảm nhẹ.

Để chỉ định một phác đồ điều trị toàn diện cho người bệnh ung thư phổi với tất cả các phương thức lựa chọn cần có các trung tâm chuyên khoa ung thư phổi và một mạng lưới ung thư phổi với cơ chế điều phối hợp lý và cách tiếp cận thực hành. Bằng cách này chúng ta có thể mang lại lợi ích cho người bệnh ung thư phổi với chi phí hiệu quả cho cả hệ thống y tế.

Từ khóa: điều trị đa mô thức, trung tâm ung thư phổi, mạng lưới ung thư phổi, phương pháp tiếp cận thực hành

Nguyen Viet Nhung

Director, National Lung Hospital

Manager, National Tuberculosis Program

Head, TB and Lung Diseases Faculty

President, Vietnam Association against TB and Lung Diseases

Lung cancer (LC) is most common cancer not only in developed countries but also in the low and middle income countries. According to WHO / International Agency for Lung Cancer report, there were 1.6 million LC cases and 58% of those in developing countries.

In Viet Nam, according to National Cancer Programme data, LC was ranked first among men and third among women cancer (less than breast and gastric cancers). Estimation of the year 2020, LC incidence could reach number of 34.000 cases a year and among women LC will be ranked as second, only less than breast.

Prognosis of LC is still very limited, average survival of 5 years or more just only less than 20%. The main reason is very late detection, because 5-year survival of stage I and II could reach 73%. This finding emphasizes that early detection is vital factor for improving quality of LC treatment.

Recently, low dose CT screen for high risk population is recommended as this intervention can detect LC early and reduce mortality. Anyway, to implement it

effectively we need standardized technique and feasible accessibility of people.

After diagnosis, a LC patient needs to be indicated an individualized treatment program based on histopathological type, TNM stage, genetic diagnostic and other factors. For the case with early stage of LC, first choice is resection. The later stages of LC diagnosis, we need a multiple modality of treatment including surgery, chemotherapy, radiotherapy, target therapy, microway ablation, immunotherapy and palliative treatment.

To provide a comprehensive treatment regimen for LC patients with all therapy options available we need LC specialized centers and a LC network with reasonable referral mechanism and practical approach. By this way we can bring benefits for LC patients with cost-effectiveness for health system.

Keywords: *multimodality treatment, lung cancer center, lung cancer network, practical approach*

CHẨN ĐOÁN HEN Ở TRẺ NHỮ NHI

Trần Anh Tuấn

Phó Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM

Trưởng khoa Hô hấp – Bệnh viện Nhi Đồng 1

Ban biên soạn Hội Hô hấp TPHCM: Trần Văn Ngọc, Lê Thị Tuyết Lan, Phan Hữu Nguyệt Diễm, Phạm Thị Minh Hồng, Trần Anh Tuấn, Trần Thiện Ngọc Thảo, Đặng Thị Kim Huyền, Trịnh Hồng Nhiên, Lê Bình Bảo Tịnh, Võ Lê Vi Vi

Hen, bệnh lý hô hấp mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em, thường có khởi phát trước 6 tuổi. Đặc biệt, nhiều trẻ nữ nhi có các triệu chứng hen với khò khè, thường khởi phát bởi nhiễm virus đường hô hấp. Tuy nhiên, cũng có bàn cãi về việc có chẩn đoán hen ở trẻ nữ nhi (trẻ dưới 2 tuổi) hay không. Sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị góp phần vào mức độ bệnh tật cả ngắn lẫn dài hạn. Hội Hô hấp TPHCM thành lập nhóm công tác nhằm xây dựng một Đồng thuận trong chẩn đoán và điều trị hen ở trẻ nữ nhi.

Do không thể thực hiện thăm dò chức năng phổi cũng như các xét nghiệm chẩn đoán “tiên chuẩn vàng” khác, chẩn đoán hen ở trẻ dưới 2 tuổi cần là chẩn đoán lâm sàng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán trên thực hành cho hen nữ nhi (trẻ dưới 2 tuổi) bao gồm:

1. Có bằng chứng tắc nghẽn đường thở: khò khè do bác sĩ xác nhận: khò khè ≥ 3 lần (trẻ < 12 tháng tuổi), ≥ 2 lần (trẻ 12-24 tháng tuổi).
2. Có đáp ứng với điều trị hen: có bằng chứng cải thiện tắc nghẽn đường thở với SABA (ở trẻ có khó thở), hay với điều trị thử hen trong 3 tháng với ICS \pm SABA (ở trẻ không có khó thở, API dương tính).
3. Không có bằng chứng gợi ý chẩn đoán khác

Các tác giả trình bày các chìa khóa cho chẩn đoán, xử trí hen ở trẻ nữ nhi. Việc giới thiệu, đánh giá, phổ biến, nghiên cứu các ưu tiên liên quan đến hen ở trẻ nữ nhi vẫn cần được quan tâm đúng mức.

RÉSUMÉ:

L'asthme, maladie respiratoire la plus fréquente chez l'enfant, souvent débute très tôt, avant l'âge de 6 ans. En particulier, beaucoup nourrissons présentent des sifflements lors de l'infection respiratoire virale. Actuellement, le diagnostic de l'asthme du nourrisson (enfant moins de 2 ans) constitue toujours un sujet à discuter. Et le retard du diagnostic et du traitement contribue possiblement à la morbidité de la maladie asthmatique non seulement à court terme mais aussi à long terme. Un group de spécialistes a été organisé par la Société de Respirologie de HCMV dans le but de construire un Consensus du diagnostic et de la prise en charge de l'asthme du nourrisson. En raison des difficultés dans l'exploration de la fonction respiratoire et dans les autres examens complémentaires de "standard en or", le diagnostic de l'asthme du nourrisson s'est basé sur le plan clinique.

En pratique, les critères du diagnostic de l'asthme du nourrisson (enfant moins de 2 ans) comportent:

1. Preuve de l'obstruction des voies respiratoires: épisodes de sifflement confirmés par médecins: ≥ 3 épisodes (chez l'enfant < 12 mois), ≥ 2 épisodes (chez l'enfant de 12 à 24 mois).
2. Réponse au traitement de l'asthme: preuve de la réversibilité de l'obstruction des voies respiratoires sous BACA (chez l'enfant avec dyspnée), ou sous un essai thérapeutique pendant 3 mois avec CSI \pm BACA (chez l'enfant sans dyspnée mais Index de Prédiction de l'Asthme positif).
3. Absence de présomption clinique d' un autre diagnostic

Les auteurs présentent les clés principaux du diagnostic et de la prise en charge de l'asthme du nourrisson.

FASE (FRANCE ASTHME SEVÈRE) : ETUDE OBSERVATIONNELLE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE DES PATIENTS ATTEINTS D'ASTHME SÉVÈRE SUIVIS DANS LES CENTRES HOSPITALIERS GÉNÉRAUX

L.Portel¹, C.Nocent², C.Maurer³, J-P.Osler⁴, B.Lemaire⁵, D.Coëtmeur⁶, T.Didi⁷, A. Prud'Homme⁸, E.Parrat⁹, C. Raheison¹⁰

¹Centre Hospitalier Robert Boulin, Libourne, France ; ²CH de Bayonne, Bayonne, France ;
³CHI de Montfermeil, Montfermeil, France ; ⁴CH de Colmar, Colmar, France ; ⁵CHR d'Orléans,
Orléans, France ; ⁶CH de Saint-Brieuc, Saint-Brieuc, France ; ⁷CH d'Annecy, Annecy, France ;
⁸CH de Bigorre, Tarbes, France ; ⁹CH de Tahiti, Tahiti, France ; ¹⁰CHU , Bordeaux, France

* Auteur correspondant: laurent.portel@ch-libourne.fr (L. Portel)

Introduction :

L'asthme sévère concernerait plus de 250 000 personnes en France. Il n'existe que peu de données concernant ces patients dont la prise en charge est parfois difficile. L'objectif de cette étude est de réaliser une étude descriptive des patients asthmatiques sévères pris en charge dans les CHG de France.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude non-interventionnelle et transversale réalisée auprès des pneumologues des centres hospitaliers généraux et portant sur patients asthmatiques sévères selon les critères ATS/ERS âgés de plus de 18 ans.

Résultats :

Parmi les 1502 patients inclus, 1465 sont analysables. La moyenne d'âge est de 54 ans (± 16), 27% des patients ont plus de 65 ans et 63% sont des femmes. L'âge médian de début de l'asthme est de 24 ans avec un début avant l'âge de 12 ans pour 34% des patients. Les fumeurs représentent 12% de la population et 29% sont des ex-fumeurs. Une atopie personnelle est présente chez 66% des patients et une atopie familiale dans 39%.

L'intolérance à l'aspirine concerne 11% de la population et la maladie de Widal, 7%. Parmi les atteintes ORL, 45% des patients ont une rhinite chronique, 24% une rhino-sinusite chronique et 18,2% une polyposse. Les autres comorbidités les plus courantes sont le RGO

(39%) et l'HTA (26%). Selon le pneumologue, 40% des patients présentent une anxiété et 14% une dépression.

Concernant les traitements de l'asthme, la majorité des patients (92%) reçoit une association bêta-2 mimétiques de longue durée d'action / corticostéroïdes inhalés, 30% des patients sont sous anticholinergiques, 52% sous anti-leucotriènes, 27% sous anti-IgE, et 17% sous corticothérapie orale au long cours.

Un bilan allergologique a été réalisé dans 93% des cas, avec réalisation de tests cutanés pour 71% des patients, dosage des IgE totales pour 62% des patients, dosage des IgE spécifiques pour 37% des patients et un compte des éosinophiles sanguins pour 75% des patients, une sérologie aspergillaire pour 45% des patients.

Conclusions :

Ces résultats préliminaires permettent d'avoir pour la première fois une description épidémiologique des patients asthmatiques sévères vus dans les CHG, en termes de caractéristiques sociodémographiques, médicales, comorbidités et antécédents médicaux. Des analyses ultérieures permettront également de décrire plus précisément les phénotypes d'asthme sévère en France, et d'apporter des informations supplémentaires sur la prise en charge, les facteurs déclenchants et l'observance des patients à leur traitement.

DỰ PHÒNG HEN Ở TRẺ EM: CÁC KHÍA CẠNH THỰC HÀNH

Francois Payot

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ gây bệnh hen ở trẻ em, cả về mặt cá nhân (tiền sử gia đình có người bị hen, sinh non, kiểu hình dị ứng...) và về mặt môi trường (thuốc lá, ô nhiễm không khí, nhiễm trùng đường hô hấp, phơi nhiễm với các dị nguyên trong không khí...) và vấn đề dự phòng hen có thể được đề xuất ở nhiều cấp bậc:

- Dự phòng bậc 1: trẻ có nguy cơ hen và dị ứng nhưng không bị mẫn cảm cũng như không mắc hen
- Dự phòng bậc 2: trẻ có bị hen nhũ nhi và có nguy cơ bị hen ở tuổi học đường, hoặc trẻ đã có một bệnh dị ứng (viêm da atopi, dị ứng thức ăn, viêm mũi dị ứng) nhưng vẫn chưa bị hen
- Dự phòng bậc 3: trẻ đã bị hen và chúng ta tìm cách phòng tránh tình trạng bệnh nặng lên

Dự phòng hen bậc 1 dựa trên các phương pháp đơn giản: tránh đẻ non, hút thuốc lá thụ động, nhiễm trùng đường hô hấp dưới

tái phát, béo phì sơ sinh. Các biện pháp khác, nhất là chế độ ăn đang được thảo luận, và tương lai sẽ dựa trên điều trị điều hòa miễn dịch của đáp ứng chống virus, cũng như dựa trên miễn dịch trị liệu dự phòng mẫn cảm dị ứng.

Dự phòng hen bậc 2 một mặt dựa trên điều trị bệnh hen thích hợp và kéo dài ở trẻ nhũ nhi, nhằm tránh tình trạng suy giảm chức năng hô hấp, mặt khác dựa vào điều trị sớm bệnh viêm mũi dị ứng, đặc biệt bằng miễn dịch trị liệu dị ứng.

Dự phòng hen bậc 3 dựa trên việc kiểm soát hen tốt bằng việc dùng thuốc có hiệu quả và đã được đánh giá, bao gồm trong tương lai các liệu pháp sinh học đích, bằng cách cải thiện sự tuân thủ điều trị (mà giáo dục trị liệu có vai trò chủ đạo), bởi sự kiểm soát môi trường (chất gây dị ứng, thuốc lá, ô nhiễm), và trong tương lai bằng miễn dịch trị liệu dị ứng vốn đã khẳng định vị trí trong điều trị hen người lớn.

PREVENTION DE L'ASTHME DE L'ENFANT : ASPECTS PRATIQUES

Francois Payot

Les facteurs de risque d'asthme chez l'enfant sont multiples, à la fois personnels (antécédents familiaux d'asthme, prématurité, phénotype atopique...) et environnementaux (tabagisme, pollution atmosphérique, infections respiratoires, exposition aux aéroallergènes...) et la prévention peut s'envisager à plusieurs niveaux :

-Prévention primaire : l'enfant est à risque d'asthme et d'allergie mais n'est ni sensibilisé ni asthmatique

-Prévention secondaire : l'enfant a présenté un asthme du nourrisson et est à risque d'asthme à l'âge scolaire, ou l'enfant est déjà porteur d'une maladie allergique (dermatite atopique, allergie alimentaire, rhinite allergique) mais pas encore d'asthme

-Prévention tertiaire : l'enfant est asthmatique et l'on cherche à éviter son aggravation

La prévention primaire de l'asthme repose sur des mesures simples : lutte contre la prématurité, le tabagisme passif, les infections respiratoires basses récidivantes,

l'obésité infantile. D'autres mesures, en particulier diététiques, sont discutées, est l'avenir reposera sur les traitements immunomodulateurs de la réponse antivirale, ainsi que sur l'immunothérapie préventive de la sensibilisation allergénique

La prévention secondaire de l'asthme repose d'une part sur le traitement adapté et prolongé des asthmes du nourrisson, afin d'éviter l'amputation du capital respiratoire, et sur le traitement précoce des rhinite allergiques, en particulier par immunothérapie allergénique.

La prévention tertiaire de l'asthme repose sur le bon contrôle de la maladie par des traitements médicamenteux efficaces et évalués, dont à l'avenir des biothérapies ciblées, par une amélioration de l'observance thérapeutique (rôle majeur de l'éducation thérapeutique), par le contrôle de l'environnement (allergènes, tabac, pollution), et à l'avenir par l'immunothérapie allergénique, qui a déjà sa place dans le traitement de l'asthme de l'adulte

SINH LÝ BỆNH HỌC VÀ NHỮNG NGHỊCH LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH HEN PHẾ QUẢN

Nguyễn Thị Vân

Nguyên giảng viên chính, Khoa khám bệnh Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen phế quản là bệnh mạn tính và cần phải điều trị dự phòng thường xuyên . Cơ chế gây bệnh là do nền viêm niêm mạc đường thở do tác động của các dị nguyên . Những hiểu biết về sinh lý bệnh học trong bệnh hen là rất cần thiết . Việc điều trị dự phòng hen đã có nhiều bước tiến quan trọng từ GINA 2006 và đến nay phương pháp điều trị kiểm soát nền viêm đã đạt được rất nhiều kết quả tốt đẹp . Tuy nhiên còn tồn tại nhiều nghịch lý trong điều trị như lạm dụng SABA, corticoide... Chính vì vậy bài trình bày này sẽ đề cập đến các vấn đề còn tồn tại trong điều trị dự phòng hen nhằm đem lại những chia sẻ và thông tin mới trong điều trị dự phòng hen [8].

Nội dung trình bày: cơ chế sinh bệnh học trong hen, các nghịch lý trong điều trị hen , những nghịch lý đã được giải quyết , những nghiên cứu trong tương lai

Sinh lý bệnh trong hen: Hen là bệnh mạn tính đặc trưng bởi tình trạng viêm và từng đợt triệu chứng diễn tiến xấu và cơn kịch phát liên quan đến nền viêm tiến triển.[1,2]

Hen được chẩn đoán từ đánh giá chức năng hô hấp và tiền sử triệu chứng như khò khè, ho, nặng ngực và khó thở ra do viêm đường thở và co thắt cơ trơn phế quản³

Hen được phân loại theo triệu chứng và mức độ nặng của triệu chứng, nhưng không được phân theo sinh lý bệnh cơ bản

Nghịch lý trong hen: Nghịch lý 1: Đơn trị liệu SABA ở bước 1 dù Hen là bệnh viêm đường hô hấp mạn tính Nghịch lý 2: Khuyến cáo thay đổi từ chỉ sử dụng đơn độc SABA khi cần ở bậc 1 sang sử dụng ICS thường xuyên và giảm thiểu tối đa dùng SABA ở bậc 2. Nghịch lý 3: ICS điều trị nền viêm cơ bản, nhưng BN vẫn cho rằng SABA mới là thuốc đem lại lợi ích cho họ. Nghịch lý 4: Mâu thuẫn về tính an toàn của SABA và LABA trong các hướng dẫn điều trị. Nghịch lý 5: Có sự nhầm lẫn trong nhận thức của BN về “kiểm soát Hen” và tần số, tác động, mức độ nghiêm trọng của triệu chứng.[5,6]

Thực trạng về quản lý hen hiện nay: Kiểm soát Hen kém ở tất cả các bậc điều trị GINA, Chỉ ~ 50% BN tuân thủ điều trị bất kể nhận thức của họ về kiểm soát hen

Điều trị duy trì sử dụng dưới mức khi hen kiểm soát tốt và quá mức trong giai đoạn hen diễn tiến xấu, Lạm dụng SABA và sử dụng dưới mức ICS ở tất cả các mức nặng

Những nghịch lý đã được giải quyết?: Từ GINA 2014 đánh giá kiểm soát Hen toàn diện tức là kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, do bản chất hen là quá trình viêm, nếu chỉ dùng SABA thì chỉ giảm phế quản còn nền viêm ko được kiểm soát nên tiếp tục diễn tiến xấu dẫn đến cơn hen.[8]

Nhưng, nếu tại thời điểm cửa sổ cơ hội (tức là ít nhất 1 tuần trước cơn kịch phát) tăng sử dụng ICS thì kết cục giả định là giảm cơn kịch phát nặng. Từ giả thuyết này, liệu pháp BUD/FOR duy trì và cắt triệu chứng được

MANAGEMENT DE L'INFLAMMATION ET PARADOXES DE TRAITEMENT DANS L'ASTHME

RÉSUMÉ:

Introduction:

L'asthme bronchique est une maladie chronique qui nécessite des soins préventifs réguliers. La pathogenèse est due à l'inflammation de la muqueuse des voies respiratoires due aux effets des allergènes. Les connaissances de la physiopathologie de l'asthme est très nécessaire. La prophylaxie de l'asthme a pris un certain nombre de mesures importantes à partir de GINA 2006 et, jusqu'à présent, le traitement inflammatoire a connu beaucoup de succès. Cependant, il existe de nombreux paradoxes dans le traitement, tels que l'abus de SABA, corticoïde.... Cette présentation abordera des problèmes restant en matière de prévention de l'asthme afin de fournir de nouvelles informations et un partage dans la prévention de l'asthme.

Paradoxe dans l'asthme: Paradoxe 1: La monothérapie par SABA à l'étape 1, bien que l'asthme soit une maladie respiratoire chronique. Paradoxe 2: les recommandations de changement d'un SABA si besoin à l'étape 1 à une utilisation régulière du CSI et une diminution maximale de SABA à l'étape 2. Paradoxe 3: CSI traite l'inflammation basique, mais le patient pense toujours que le SABA est le médicament qui lui est bénéfique. Paradoxe 4: Conflits concernant la sécurité de SABA et LABA dans les directives de traitement. Paradoxe 5: Il existe une confusion dans la perception du "contrôle de l'asthme" et dans la fréquence, l'impact et la gravité des symptômes.

État actuel de la prise en charge de l'asthme: mal contrôle de l'asthme dans toutes les étapes de GINA, environ 50% des patients suivent le traitement, en dépit de leur connaissance du contrôle de l'asthme.

contenu: mécanisme physiopathologique de l'asthme, paradoxes dans le traitement de l'asthme, paradoxes résolus, recherches futures

Physiopathologie dans l'asthme: l'asthme est une maladie chronique caractérisée par une inflammation et une progression graduelle des symptômes et une exacerbation liée à une inflammation progressive.

On a diagnostiqué l'asthme par le test de la fonction respiratoire et des antécédents de symptômes tels que: wheezing, toux, douleur thoracique, dyspnée dû à une inflammation des voies respiratoires et à un spasme des muscles bronchiques.

L'asthme est classée selon des symptômes et la gravité des symptômes, et non selon la physiopathologie.

Le maintien du traitement est plus léger lorsque l'asthme est bien contrôlé et plus excessif lorsque l'asthme est progressif. L'abus de SABA et l'utilisation du CSI très légère présents à tous les étages.

Les paradoxes ont été résolus ? De GINA 2014, le contrôle globale de l'asthme comprend le contrôle des symptômes et des facteurs de risque. Cependant, parce que l'asthme est un progrès inflammatoire, si vous utilisez uniquement SABA, la bronchodilatation est résolue, mais l'inflammation n'est pas contrôlée, c'est pourquoi il y a encore des exacerbations.

Cependant, au moment où la fenêtre d'opportunité (c'est-à-dire au moins une semaine avant l'exacerbation), si le patient augmente l'utilisation du SCI, le résultat sera moins sévère. Sur la base de cette hypothèse, la thérapie BUD/FOR est considérée comme un traitement efficace pour prévenir l'apparition de l'exacerbation.

CẬP NHẬT CÁC KIỂU HÌNH ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Tạ Bá Thắng

*Trung tâm Nội hô hấp, BV Quân y 103,
Học viện Quân y*

TÓM TẮT

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là hiện tượng nặng lên cấp tính của các triệu chứng hô hấp đòi hỏi phải điều trị bổ sung. Đợt cấp là biến cố quan trọng ảnh hưởng xấu đến BPTNMT như tăng tốc độ giảm chức năng phổi, giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ nhập viện và nguy cơ tử vong, tăng quá trình tiến triển của bệnh và chi phí của người bệnh. Đợt cấp thường biểu hiện không đồng nhất, đa dạng và có tính lặp lại. Với những tiến bộ gần đây về nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng, dấu ấn viêm cũng như các bệnh đồng mắc giúp hiểu biết sâu hơn về các kiểu hình đợt cấp BPTNMT. Hiểu biết các kiểu hình đợt cấp BPTNMT giúp can thiệp điều trị thích hợp, đặc biệt là điều trị đúng đích - “đúng thuốc, đúng bệnh, đúng thời điểm” và tiên lượng bệnh nhân tốt hơn.

Từ khóa: Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Kiểu hình.

MISE A JOUR DES PHÉNOTYPES DE L'EXACERBATION DE LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

RÉSUMÉ

L'exacerbation de la BPCO est une aggravation prolongée de l'état d'un patient atteint de BPCO, à partir de l'état stable et au-delà des variations quotidiennes normales, d'apparition brutale et nécessitant une modification du traitement habituel. L'exacerbation est un événement important qui a des effets négatifs sur le système immunitaire, notamment une diminution de la fonction pulmonaire, une baisse de la qualité de vie, une augmentation du nombre d'hospitalisations et de mortalité, une augmentation de la progression de la maladie et du coût du patient. Les exacerbations sont souvent hétérogènes, variées et répétitives. Les nouvelles connaissances récentes en matière de causalité, de manifestations cliniques, de marqueurs inflammatoires et de comorbidités permettent de mieux comprendre les caractéristiques des phénotypes de l'exacerbation de la BPCO. Les connaissances des caractéristiques des phénotypes de l'exacerbation de la BPCO devraient aider à intervenir de manière efficace, en particulier par le traitement approprié - "bon médicament, bonne maladie, bon moment" et un meilleur pronostic.

Mots-clés: BPCO, phénotype

Kiểu hình COPD: KHÍ PHẾ THÙNG VÀ CĂNG PHÒNG PHỔI QUÁ MỨC NHẬN BIẾT VÀ TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ

Đỗ Thị Tường Oanh

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiều nghiên cứu gần đây trên dân số bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) cho thấy các biến số như mức khó thở, khả năng gắng sức, căng phòng phổi là yếu tố dự đoán tốt hơn FEV1. Những bệnh nhân BPTNMT có bẫy khí và căng phòng phổi thường liên quan đến khó thở và khả năng dung nạp gắng sức hơn là liên quan đến mức độ tắc nghẽn luồng khí. Kiểu hình khí phế thũng & căng phòng phổi quá mức được định hình là một nhóm bệnh nhân BPTNMT với những đặc trưng về lâm sàng, cận lâm sàng, có tỉ lệ tử vong cao và có những lưu ý khác biệt trong điều trị.

Bệnh học: Các rối loạn sinh lý bệnh trong BPTNMT như giảm lực đàn hồi thành phế nang, tăng kháng lực đường thở cuối kỳ thở ra và tăng trương lực cholinergic của phế quản nhỏ dẫn đến hiện tượng chậm làm trống phế nang ở cuối kỳ thở ra. Hiện tượng này dẫn đến hậu quả tăng thể tích phổi cuối kỳ thở ra (EELV: End – expiratory lung volume) hay còn gọi là thể tích cận chức năng (FRC: Functional residual capacity) dẫn đến bẫy khí trong phổi hay căng phòng phổi quá mức (CPPQM). Có hai hiện tượng: CPPQM

tĩnh và CPPQM động, hai hiện tượng này có thể xuất hiện độc lập hoặc kết hợp với nhau.

Lâm sàng: Khó thở là triệu chứng nổi bật, khó thở xuất hiện nhiều khi gắng sức dẫn đến kém dung nạp gắng sức. Tổng trạng gầy ốm, BMI thấp. Xquang phổi có hình ảnh khí phế thũng. Chụp HRCT với phần mềm đo được Emphysema Index giúp định lượng mức độ khí phế thũng. Đo thể tích phổi có ↑ FRC, ↑ RV, ↑ TLC; phế dung ký có biểu hiện gián tiếp làm giảm IC, nhất là khi gắng sức.

Điều trị: Thuốc giãn phế quản đơn độc hoặc phối hợp là thuốc điều trị chủ lực, làm tăng FVC, giảm triệu chứng, cải thiện khả năng gắng sức, cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân khí phế thũng. ICS chỉ định kết hợp khi có tiền sử hen hoặc tăng eosinophil. Ức chế PDE4 ít hiệu quả trên nhóm bệnh nhân này. Điều trị không dùng thuốc bao gồm thở oxy tại nhà, phục hồi chức năng hô hấp, thở chum môi. Có thể xem xét chỉ định phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi và các kỹ thuật giảm thể tích phổi qua nội soi.

PHENOTYPE DE LA BPCO: EMPHYSEME ET HYPERINFLATION - APPROCHE DE RECONNAISSANCE ET DE TRAITEMENT

RÉSUMÉ

Introduction : Des études récentes sur la BPCO ont montré que de nombreuses autres variables, telles que la dyspnée, la capacité d'exercice et l'hyperinflation, sont de meilleurs facteurs prédictifs que le VEMS. Les patients atteints de la BPCO ayant un piégeage de l'air et une hyperinflation sont généralement associés à une dyspnée et à une tolérance à l'effort supérieure à une obstruction des voies respiratoires. Les phénotypes de l'emphysème et de l'hyperinflation sont définis comme un groupe de patients atteints de la BPCO présentant des symptômes cliniques et paracliniques spéciaux avec des taux de mortalité élevés et des différences de traitement.

Physiopathologie : Les caractéristiques physiopathologiques de la BPCO, telles que la perte de rétraction élastique du parenchyme pulmonaire, la résistance des voies respiratoires à la fin de l'expiration élevée et le tonus cholinergique des petites voies aériennes élevé prolongent le temps nécessaire pour vider les alvéoles. Ce phénomène se traduit par une augmentation du volume pulmonaire à la fin de l'expiration ou encore appelée capacité résiduelle fonctionnelle (CRF), ce qui crée un piégeage de l'air ou une hyperinflation pulmonaire. Il en existe deux types: l'hyperinflation statique et l'inflation dynamique; Ces types peuvent se produire séparément ou ensemble.

Présentation clinique: La dyspnée est le symptôme prédominant, la dyspnée apparaît lorsque l'exercice entraîne une intolérance à l'exercice. Apparence maigre, IMC faible. La radiographie pulmonaire présente un emphysème. HRCT avec logiciel peut mesurer l'emphysème, ce qui aide à déterminer le degré d'emphysème. Les mesures du volume pulmonaire montrent \uparrow FRC, \uparrow RV, \uparrow TLC; la spirométrie a un effet indirect sur l'abaissement du CI, en particulier lors de l'exercice.

Traitement : Les bronchodilatateurs seuls ou combinés avec différentes classes augmentent la CVF, réduisent les symptômes, augmentent la tolérance à l'exercice, améliorent la qualité de vie des patients atteints d'emphysème. Le CSI combiné est indiqué lorsque le patient a des antécédents d'asthme ou une augmentation de l'éosinophile dans les expectorations. L'inhibiteur de PDE4 n'a pas beaucoup d'effet sur ce groupe. La non pharmacologie comprend l'oxygénothérapie à domicile, la réadaptation pulmonaire, la respiration pincée par les lèvres. On devrait tenir compte des indications d'une chirurgie de réduction du volume pulmonaire et d'une réduction bronchoscopique du volume pulmonaire...

Yves Martinet, Nathalie Wirth,

Đơn vị chống nghiện thuốc lá ; Bệnh viện trường đại học Nancy

Nhà Ph Canton ; F-54511, Vandoeuvre les Nancy

y.martinet@chru-nancy.fr ; n.wirth@chru-nancy.fr

Nicotine là một chất kiềm yếu, được sản xuất từ cây thuốc lá, có đặc tính diệt côn trùng. Nó tác dụng trên người như một “kẻ giả mạo” thông qua các thụ thể sinh lý của acetylcholine ở trung ương và ngoại vi. Sức mạnh gây nghiện của nicotine tăng lên trong thuốc lá khi cho thêm ammoniac và trong một số loại thuốc lá điện tử khi cho thêm acid benzoic. Sức mạnh gây nghiện của nicotine thay đổi tùy theo tốc độ vào não, tốc độ càng nhanh thì sức mạnh gây nghiện càng mạnh. Tốc độ này biến động từ, ít nhất 8 giây đối với thuốc lá dạng hút và vài giờ đối với các dạng miếng dán. Sức mạnh gây nghiện của nicotine cao hơn so với các chất nghiện khác như rượu, cocaine, heroin. Cứ 2 trong 3 người trẻ khi thử một điếu thuốc lá sẽ trở thành người hút thuốc hàng ngày, ít nhất trong một khoảng thời gian. Những nguy cơ với sức khỏe do nicotine ít được biết rõ, chủ yếu trên tim mạch, với nguy cơ « có thể» cho thai nhi và nguy cơ gây ung thư “không chắc”. Nicotine liều cao gây tử vong, đặc biệt là ở trẻ em. Các hình thức sử dụng nicotine rất đa dạng: đường hô hấp (dạng thuốc lá khói, dạng đốt và thuốc lá điện tử), đường mũi (hút thuốc lá, thuốc xịt mũi), đường da (miếng dán) và đường miệng (xi gà, tẩu, dạng bột, dạng viên, các sản phẩm thay thế nicotin dạng uống). Các hình thức sử dụng nicotine khác nhau có thể được phân loại theo sức gây nghiện tương ứng và những nguy cơ nó gây ra cho sức khỏe. Những nguy cơ cho sức khỏe do thuốc lá dạng khói, dạng đốt và thuốc lá

điện tử chủ yếu liên quan đến nhiệt phân và ít liên quan đến sự đốt cháy thực sự. Thuốc lá dạng khói có sức gây nghiện mạnh và sự tiêu thụ nó tạo ra môi nguy hại lớn cho sức khỏe. Thuốc lá dạng đốt, còn ít được hiểu rõ, có sức gây nghiện mạnh và dường như là môi nguy hại lớn cho sức khỏe. Sức gây nghiện của thuốc lá điện tử ngày càng giống với thuốc lá dạng khói và môi nguy hại với sức khỏe có lẽ thấp hơn so với thuốc lá dạng khói, dù ta chưa rõ là thấp hơn bao nhiêu. Hiệu quả của nó trong việc giúp ngừng hút thuốc không được chứng minh một cách khoa học. Giảm số lượng thuốc lá dạng khói nhưng lại hút thuốc lá điện tử sẽ không làm giảm nguy hại tới sức khỏe do hút thuốc dạng khói.

Sức gây nghiện của các chất thay thế nicotin là ít hoặc không có, tùy vào dạng bào chế, và chúng thực sự không nguy hiểm cho sức khỏe người hút thuốc. Hiệu quả của chúng trong việc giúp người hút thuốc bỏ thuốc lá đã được chứng minh một cách chính thức.

Kết luận:

- Các mục tiêu y tế là dừng hẳn và nhanh các loại thuốc lá dạng khói hút và dạng đốt.
- Việc tạm thời chuyển sang thuốc lá điện tử phải đi kèm với việc dừng hẳn thuốc lá dạng khói và dạng đốt và phải càng ngăn càng tốt.
- Cần chỉ định rộng rãi nhất có thể các chất thay thế nicotine với thời gian và các phương thức thích hợp với từng người hút thuốc.

LA NICOTINE, UNE DROGUE DURE

Yves Martinet, Nathalie Wirth,

*Unité de coordination de tabacologie ; CHRU de Nancy
Bâtiment Ph Canton ; F-54511, Vandoeuvre les Nancy
y.martinet@chru-nancy.fr ; n.wirth@chru-nancy.fr*

La nicotine est une base faible, produite par les plants de tabac, ayant des propriétés insecticides. Elle agit chez l'homme comme « faussaire » sur les récepteurs physiologiques à l'acétylcholine centraux et périphériques.

Le pouvoir addictif de la nicotine est boosté dans les cigarettes par l'ajout d'ammoniaque et dans certaines cigarettes électroniques par celui d'acide benzoïque.

Le pouvoir addictif de la nicotine varie en fonction de sa vitesse d'administration au cerveau, plus celle-ci est élevée, plus le pouvoir addictif est puissant. Cette vitesse varie entre, au minimum, 8 secondes pour le tabac fumé et quelques heures pour les patches.

Le pouvoir addictif de la nicotine est supérieur à celui d'autres drogues telles que alcool, cocaïne, héroïne.

Deux jeunes sur 3 qui essaient une cigarette deviendront, au moins temporairement, fumeurs journaliers.

Les risques pour la santé de la nicotine sont mal connus, essentiellement cardiovasculaires, avec un risque fœtal « possible » et oncogénique « incertain ». A doses élevées, la nicotine est mortelle, en particulier chez l'enfant.

Les modes d'administration de la nicotine sont variés : voie respiratoire (tabacs fumé et chauffé et cigarettes électroniques), voie nasale (prise de tabac, spray nasal), cutanée (patch) et buccale (cigare, pipe, snus, chique, substituts nicotiniques buccaux).

Les différents modes d'administration de la nicotine peuvent être classés en fonction de leurs pouvoirs addictifs respectifs et des risques pour la santé qu'ils entraînent.

Les risques pour la santé des tabacs fumé et chauffé et des cigarettes électroniques sont essentiellement liés à la pyrolyse et peu à la combustion proprement dite.

Le tabac fumé a un pouvoir addictif puissant et sa consommation constitue un risque majeur pour la santé.

Le tabac chauffé, encore très mal connu, a un pouvoir addictif puissant et constitue très vraisemblablement un risque majeur pour la santé.

Le pouvoir addictif des cigarettes électroniques est de plus en plus proche de celui du tabac fumé et leurs risques pour la santé sont vraisemblablement inférieurs à ceux dus au tabac fumé, bien que l'importance de cette différence soit encore mal connue. Leur efficacité pour arrêter de fumer n'est pas scientifiquement prouvée. Réduire le nombre de cigarettes fumées en vapotant ne réduit pas les risques pour la santé liés au tabac fumé.

Le pouvoir addictif des substituts nicotiniques est modeste ou nul selon la forme galénique, et ils sont sans danger réel pour la santé des fumeurs. Leur efficacité pour aider les fumeurs à arrêter est formellement démontrée.

Au total :

- Les objectifs sanitaires sont l'arrêt complet et rapide des tabacs fumé et chauffé,
- Le passage éventuel par la cigarette électronique doit s'accompagner d'un arrêt complet des tabacs fumé et chauffé et doit être le plus court possible,
- La prescription des substituts nicotiniques doit être la plus large possible avec des durées et modalités de prescription adaptées à chaque fumeur.

ỨNG DỤNG TẾ BÀO GỐC ĐIỀU RI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Đồng Khắc Hưng

Học viện Quân Y

TÓM TẮT

Cho đến thời điểm hiện nay có 226 thử nghiệm lâm sàng ứng dụng tế bào gốc đối với một số bệnh hô hấp trong tổng số 4891 thử nghiệm lâm sàng tế bào gốc trên phạm vi toàn cầu.

Trong đó có 16 thử nghiệm lâm sàng đối với COPD (có 2 thử nghiệm ở khu vực Đông Nam Á, 1 tiến hành ở bệnh viện Vạn Hạnh-Thành phố Hồ Chí Minh-Việt Nam); 9 thử nghiệm trong bệnh xơ phổi kẽ vô căn, 6 thử nghiệm trong bệnh hen phế quản (chưa có công bố từ các nước Đông Nam Á).

Tế bào gốc trung mô tự thân từ mô mỡ, tủy xương (máu), mô dây rốn hoặc tế bào gốc đồng loài (thường từ mô dây rốn) được sử dụng nhiều nhất.

Hiện tại có 2 đề tài cấp nhà nước ứng dụng tế bào gốc trong COPD (Bệnh viện Bạch Mai và Học viện Quân y) với mục tiêu xác định hiệu quả, tính an toàn và xây dựng quy trình điều trị.

APPLIQUER DES CELLULES SOUCHES POUR TRAITER LES PATIENTS BPCO

RÉSUMÉ

À ce jour, il y a 226 essais cliniques d'applications de cellules souches pour certaines maladies respiratoires sur un total de 4891 essais cliniques de cellules souches à l'échelle mondiale.

Il y a eu 16 essais cliniques sur la BPCO (deux essais en Asie du Sud-Est et un à l'hôpital Van Hanh à Ho Chi Minh ville - Vietnam); 9 essais sur la fibrose pulmonaire idiopathique, 6 sur l'asthme (non encore disponibles en Asie du Sud-Est).

Les cellules souches autologues dérivées du tissu adipeux, ou celles dérivées de la moelle osseuse (sang), ou celles dérivées du tissu du cordon ombilical allogénique sont les plus couramment utilisées.

Il existe actuellement deux applications de cellules souches pour la BPCO financées par le gouvernement (l'Hôpital Bach Mai et l'Académie de médecine militaire) avec le but d'identifier l'efficacité, la sécurité et le développement de procédures de traitement.

Lưu Ngân Tâm

Bệnh viện Chợ Rẫy

TÓM TẮT

Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân COPD được báo cáo từ 50- 60% bệnh nhân nhập viện tại một số bệnh viện ở nước ta. Tình trạng này thường diễn tiến xấu đi ở bệnh nhân nằm viện do sự mất cân bằng năng lượng, đạ giữa tiêu hao dinh dưỡng và khả năng dung nạp dinh dưỡng ở người bệnh, dẫn đến giảm miễn dịch, suy mòn cơ, yếu cơ, chậm hồi phục và nguy cơ nằm viện kéo dài... Tăng tiêu hao năng lượng, đạ là kết quả của tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn huyết. Trong khi đó sự suy giảm khả năng dung nạp thức ăn là biểu hiện thường thấy ở nhóm bệnh nhân nhập viện bởi ho đạ, khó thở, sốt hoặc do giảm vị giác, hạn chế tiêu hóa hấp thu do tác dụng phụ của thuốc. Cho nên việc nhận diện, chẩn đoán sớm vấn đề dinh dưỡng là cần thiết, để từ đó đưa đến can thiệp dinh dưỡng sớm, công thức dinh dưỡng hợp lý đóng góp quan trọng trong việc cải thiện chất lượng điều trị chung cho nhóm bệnh nhân này.

RÉSUMÉ

La malnutrition chez les patients atteints de (la) BPCO est présente chez 50 à 60% des patients hospitalisés dans certains hôpitaux de notre pays. Cette condition s'aggrave généralement chez les patients hospitalisés en raison d'un déséquilibre énergétique, d'une relation entre la consommation alimentaire et la tolérance nutritionnelle des patients, entraînant une diminution de l'immunité, une perte musculaire, une récupération tardive et le risque d'hospitalisation prolongée ... L'augmentation de la consommation d'énergie, des protéines est le résultat d'infections respiratoires, la septicémie. Dans le même temps, la diminution de la tolérance alimentaire est courante chez les patients admis à l'hôpital en raison de la production d'expectorations, de la dyspnée, de la fièvre ou d'une perte d'appétit, et d'une absorption limitée par le médicament. Par conséquent, l'identification et le diagnostic précoce des problèmes nutritionnels sont nécessaires pour une intervention nutritionnelle précoce, des formules nutritionnelles appropriées qui contribuent de manière significative à améliorer la qualité du traitement de la maladie de ces patients.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BẰNG CẮT PHỔI RỘNG, HOÀN TOÀN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI LỒNG NGỰC TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

JA Lutz^{1,2}, A Seguin¹, M Grigoroiu¹, E Brian¹, Ph Girard¹, D Gossot¹.

¹ Khoa lồng ngực, Học viện Mutualiste Montsouris, Paris, Pháp

² Khoa lồng ngực, Bệnh viện Đại học Bern, Inselspital, Bern, Thụy Sĩ

Mục tiêu : Phương pháp nội soi lồng ngực toàn bộ áp dụng cho cắt phổi rộng bị coi là khó khăn và người ta đã nghi ngờ về sự hợp thức hoá của nó trong điều trị ung thư. Nghiên cứu có mục đích phân tích phương pháp này cho ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) trên sự nâng giai đoạn ung thư theo hạch và thời gian sống còn dài hạn.

Phương pháp : Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật bằng nội soi lồng ngực cắt phổi rộng cho UTPKTBN từ năm 2007 đến tháng 8 năm 2016 được phân tích từ cơ sở dữ liệu tiến cứu "có ý định điều trị". Thời gian sống còn toàn bộ, thời gian sống còn đặc hiệu và thời gian sống bệnh không tái phát được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier.

Kết quả : Tổng cộng có 648 bệnh nhân đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn và trong số này, 621 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I trên lâm sàng và 27 bệnh nhân có giai đoạn lâm sàng cao hơn. Trong số này, 11 bệnh nhân có khối u cT3 hoặc cT4 N0 được đưa vào phân tích, 16 bệnh nhân có di căn tối

thiểu đã bị loại khỏi nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung bình là 34,5 tháng. 40 bệnh nhân (6,3%) đã buộc phải chuyển sang phẫu thuật ngực. Tỷ lệ tử vong 30 ngày là 0,95%. 29,3% bệnh nhân có biến chứng. Phân tích giải phẫu bệnh làm nâng giai đoạn ở 22,5% bệnh nhân giai đoạn I trên lâm sàng. Nâng giai đoạn theo hạch (N1 hoặc N2) được quan sát thấy ở 15,8% bệnh nhân. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của tất cả các nhóm là 75%, 76,4% đối với giai đoạn IA so với 70,9% ở giai đoạn IB ($p = 0,05$). Đối với các khối u nhỏ hơn 2cm không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ sống còn toàn bộ giữa các bệnh nhân được điều trị cắt thùy phổi so với nhóm cắt phân thùy phổi: 78,9% so với 74% ($p = 0,634$).

Kết luận : Thời gian sống còn dài hạn không bị ảnh hưởng bởi phương pháp hoàn toàn qua nội soi lồng ngực. Kết quả của chúng tôi tương đương với các kỹ thuật nội soi lồng ngực khác.

RÉSULTATS ONCOLOGIQUES DES RÉSECTIONS PULMONAIRES MAJEURES PAR VOIE COMPLÈTEMENT THORACOSCOPIQUE POUR CARCINOME PULMONAIRE NON À PETITES CELLULES DE STADE CLINIQUE I

JA Lutz^{1,2}, A Seguin¹, M Grigoroiu¹, E Brian¹, Ph Girard¹, D Gossot¹.

¹ Département thoracique, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

² Département thoracique, Hôpital universitaire de Berne, Inselspital, Berne, Suisse

Objectif : L'approche thoracoscopique complète pour les résections pulmonaires majeures est considérée comme difficile et on a mis en doute sa validité oncologique. Le but de cette étude est d'analyser cette approche pour les cancers pulmonaires non à petites cellules (CBNPC) du point de vue de l'upstaging nodal et de la survie à long terme.

Méthodes : Tous les patients opérés par thoracoscopie d'une résection pulmonaire majeure pour CBNPC entre 2007 et août 2016 ont été analysés à partir d'une base de donnée prospective « en intention de traiter ». La survie globale, spécifique et la survie sans récurrence ont été estimées par la méthode Kaplan-Meier.

Résultats : Un total de 648 patients ont rempli les critères d'inclusion et, parmi ces derniers, 621 patients avaient un CBNPC de stade clinique I et 27 patients avaient un stade clinique plus élevé. Parmi ces derniers, 11 patients avec une tumeur cT3 ou cT4 N0 ont été retenus dans l'analyse, 16 patients oligométastatiques ont été exclus. La survie moyenne était de 34.5 mois. 40 patients (6.3%) ont dû être convertis en thoracotomie. La mortalité à 30 jours était de 0.95%. 29.3% des patients ont montré des complications. L'analyse anatomopathologique a abouti à l'upstaging de 22.5% des patients de stade clinique I. Un upstaging nodal (N1 ou N2) a été observé chez 15.8% des patients. La survie globale à 5 ans de toute la cohorte était de 75%, de 76.4% pour les stades IA versus 70.9% pour les stades IB ($p=0.05$). Pour les tumeurs plus petites que 2cm aucune différence significative de la survie globale n'a été trouvée entre les patients traités par lobectomie comparés au groupe segmentectomie : 78.9% versus 74%, ($p=0.634$).

Conclusion : La survie à long terme n'est pas compromise par l'abord complètement thoracoscopique. Nos résultats sont comparables aux autres techniques de thoracoscopie.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG ERLOTINIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Phương Ngọc Anh, Đặng Văn Khiêm, Đinh Ngọc Việt, Cấn Xuân Hạnh

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen EGFR bằng Erlotinib. (2) Đánh giá các tác dụng không mong muốn của thuốc.

1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: cắt ngang, mô tả 35 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen EGFR dương tính từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 8 năm 2018 được điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương.
2. Kết quả: Tuổi trung bình là: 60.6 ± 10.7 tuổi trong đó trẻ nhất là 31 tuổi và cao nhất là 78 tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 2.5/1, triệu chứng vào viện phổ biến nhất là ho với 32 bệnh nhân. Vị trí di căn phổ biến nhất là phổi đối bên với 16 trường hợp. Vị trí khối u gặp nhiều nhất là thùy dưới phải với 11 bệnh nhân. Đột biến exon 19 phổ biến hơn, tỷ lệ gặp đột biến exon 19/exon 21 là 3.37/1. Đáp ứng điều trị (ORR) là 88.6%, trong đó chủ yếu là đáp ứng một phần với 77.1. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển trung bình là 11.93 ± 0.71 tháng, PFS trung vị là 10.78 tháng, trong đó nhỏ nhất là 2.1 tháng và cao nhất là 18.2 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 18.76 tháng, OS trung bình là 16.45 ± 0.81 tháng. Điều trị phổi hợp phổ biến nhất là thuốc chống hủy xương

(Zoledronic acid). Ghi nhận tác dụng phụ thì nổi ban trên da chiếm tỉ lệ cao nhất với 85.7% trong đó chủ yếu là độ I và độ II có thể kiểm soát bằng thuốc bôi corticosteroid ngoài da. Trên hệ huyết học tác dụng phụ hay gặp nhất là hạ huyết sắc tố với 9 bệnh nhân chiếm 25.7%, trên chức năng gan thận thì tăng men gan với 14 bệnh nhân chiếm 40%, trong đó là tăng độ I và độ II, không có trường hợp nào ghi nhận tác dụng phụ độ III và IV cho tất cả các tác dụng phụ được ghi nhận.

3. Kết luận: Điều trị thuốc nhắm trúng đích Erlotinib với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen dương tính cho tỷ lệ đáp ứng cao: 88.6%, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển trung vị là 10.78 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 18.76 tháng. Tác dụng phụ ghi nhận thường mức độ nhẹ. Ngoài ra thuốc sử dụng đường uống, dễ sử dụng, an toàn cho người bệnh. Do vậy, nên điều trị thuốc Erlotinib với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen dương tính nhạy cảm với thuốc nhất là với bệnh nhân lớn tuổi hay toàn trạng không cho phép điều trị hóa trị toàn thân.

Từ khóa: *Erlotinib, Tarceva, Ung thư phổi, đột biến gen EGFR, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển, tác dụng không mong muốn.*

ÉVALUER DES RÉSULTATS DE L'ERLOTINIB DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU POUMON NON À PETITES CELLULES DE STADE IV AVEC MUTATION DE L'EGFR À L'HÔPITAL NATIONAL DES POUMONS

RÉSUMÉ

Objectifs: (1) Évaluer les résultats du traitement par l'erlotinib chez les patients atteints le cancer du poumon non à petites cellules de stade IV et portant une mutation de l'EGFR. (2) Évaluer les effets secondaires de l'erlotinib.

Méthode: C'est une étude descriptive transversale de 35 patients atteints le cancer du poumon non à petites cellules avec EGFR positive à l'Hôpital National Pulmonaire, de Juillet 2016 à Août 2018.

Résultats: La moyenne d'âge est de 60,6 ± 10,7 ans (31-78), le ratio homme/femme étant de 2,5/1, le symptôme le plus fréquent est la toux avec 32 patients. La localisation de la métastase la plus fréquente est le poumon d'opposition avec 16 patients. La position la plus commune est le lobe inférieur droit avec 11 patients. Les mutations de l'EGFR à l'exon 19 sont plus courantes qu'à l'exon 21 avec un ratio de 3,37/1. Le taux de réponse globale (ORR) est de 88,6%, avec une réponse partielle de 77,1%. La survie sans progression moyenne est de 11,93 ± 0,71 mois, la SSP moyenne de 10,78 mois avec un minimum de 2,1 mois et un maximum de 18,2 mois. La survie globale moyenne est de 18,76 mois et la SG moyenne de 16,45 ± 0,81 mois. Le traitement le plus courant accompagné est l'acide zolédronique. Parmi des effets secondaires, le rash sous-cutané est le plus fréquent, (85,7%); la plupart d'entre eux sont de grades I et II, pouvant être contrôlés avec les crèmes aux corticostéroïdes. Sur les effets secondaires en hématologie, la réduction de l'hémoglobine est le plus

courant chez 9 patients (27,5%), l'augmentation de l'aspartat transaminase et de l'alanine transaminase de grade I ou II avec 14 patients (40%) et aucun patient présentant des effets indésirables de grade III ou de grade IV.

Conclusion: Le traitement par le médicament cible comme l'Erlotinib chez les patients atteints le cancer du poumon non à petites cellules de stade IV avec EGFR positive a un taux de réponse global élevé: 88,6%, la survie sans progression moyenne est de 10,78 mois, la survie globale moyenne est de 18,76 mois. Les effets secondaires sont souvent légères. Donc, avec le cancer du poumon non à petites cellules avec EGFR positive, nous devrions pouvoir traiter par Erlotinib, notamment chez les patients âgés qui n'ont pas un bon statut, mais ils ne peuvent pas suivre un traitement de chimiothérapie.

Mots-clés: Erlotinib, Tarceva, cancer du poumon, mutations de l'EGFR, survie sans progression, effets secondaires, survie globale.

NHỮNG BIẾN THỂ ĐỘNG MẠCH PHÂN THÙY PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN PHẪU THUẬT CẮT PHÂN THÙY: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ CÁC ỨNG DỤNG TRONG PHẪU THUẬT

Léa Betser¹, Dominique GOSSOT²

¹*Phẫu thuật viên lồng ngực, Bệnh viện Foch, Suresnes, Pháp*

²*Phẫu thuật viên lồng ngực, Học viện lồng ngực Curie-Montsouris, Học viện Mutualiste Montsouris, Paris, Pháp*

Đặt vấn đề: Cắt phân thùy phổi điển hình là vấn đề thực hành thường quy và tỉ lệ loại phẫu thuật này tăng lên đáng kể trong những thập kỉ vừa qua nhờ vào sự gia tăng số lượng ung thư phổi được chẩn đoán sớm và vì vậy giúp cho bảo tồn được nhu mô phổi lành. Kiến thức về giải phẫu phân thùy phổi là rất cần thiết giúp cho phẫu thuật loại này thành công do có rất nhiều biến thể giải phẫu để duy trì khả năng sống của các phân thùy còn lại.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu các tài liệu và dựa trên đó tổng hợp thành một danh sách các biến thể động mạch. Chỉ ra mối liên quan giữa chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật.

Kết quả: Nhiều biến thể động mạch khác nhau đã được tìm ra. Ở bên phải, những biến thể có ảnh hưởng đến phẫu thuật là: Sự biến đổi động mạch trung thất thành một, hai, hoặc ba thân liên quan đến phẫu thuật cắt phân thùy đỉnh-sau và phân thùy trước; các động mạch rãnh sau cùng với động mạch Nelson liên quan đến phẫu thuật cắt phân thùy sau và phân thùy đỉnh của thùy dưới; số lượng các động mạch các phân thùy của thùy giữa và các động mạch rãnh sau liên quan đến phẫu thuật cắt các phân thùy thùy giữa và phân thùy trước, xu hướng tạo thành một hoặc nhiều thân của các động mạch phân thùy đáy áp dụng cho

cắt các phân thùy của thùy dưới. Ở bên trái, những biến thể có tác động phẫu thuật là: số lượng các động mạch rãnh sau, mối liên quan của chúng tới động mạch Nelson và các biến thể của chúng liên quan đến phẫu thuật cắt các phân thùy đỉnh-sau, và phân thùy đỉnh của thùy dưới; sự hiện diện của động mạch lười ở trung thất có liên quan hoặc không với một hoặc nhiều động mạch rãnh lười và có mối quan hệ với các động mạch rãnh trước liên quan đến phẫu thuật cắt các phân thùy trước và phân thùy lười; các động mạch phân thùy đáy có xu hướng tạo thành hai, ba hoặc bốn thân và có quan hệ với động mạch đỉnh ở thùy dưới và các động mạch lười, liên quan đến phẫu thuật cắt phân thùy của thùy dưới.

Kết luận: Giải phẫu động mạch phân thùy phổi đa dạng đến mức khó có thể xây dựng một mô hình giải phẫu điển hình theo cách thông thường. Cần phải có một danh pháp quốc tế rõ ràng. Nhiều công cụ đã được phát triển để giúp hiểu rõ hơn về cấu trúc giải phẫu này và để tạo thuận lợi cho phẫu thuật phân thùy phổi, đặc biệt là các phần mềm tái tạo hình ảnh 3D. Một số biến thể cần được biết trước khi phẫu thuật vì chúng có thể làm thay đổi chỉ định phẫu thuật, và để dự đoán quy trình phẫu thuật.

Từ khóa: các biến thể động mạch phổi, phẫu thuật cắt phân thùy, lập kế hoạch 3D

VARIATIONS ARTÉRIELLES SEGMENTAIRES DU POUMON INTÉRESSANT LES SEGMENTECTOMIES : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET IMPLICATIONS CHIRURGICALES

Léa Betsler¹, Dominique GOSSOT²

¹Chirurgie thoracique, Hôpital Foch, Suresnes, France

²Chirurgie thoracique, Institut du Thorax Curie-Montsouris, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

Introduction: Les résections pulmonaires segmentaires réglées sont devenues pratique courante et leur fréquence a largement augmenté ces dernières décennies en raison de l'augmentation du diagnostic des cancers pulmonaires à un stade précoce et de l'épargne parenchymateuse qu'elles comportent. Une connaissance de l'anatomie pulmonaire segmentaire est indispensable à la réussite de l'opération de part les multiples variations anatomiques existantes afin de préserver la viabilité des segments restant.

Matériel et méthode : Revue de la littérature et création d'un répertoire des variations artérielles. Montrer en s'aidant d'outils d'imagerie leur impact chirurgical.

Résultats: De nombreuses variations artérielles ont été retrouvées. A droite celles ayant un impact chirurgical sont: La conformation de l'artère médiastinale en un, deux, ou trois troncs pour les segmentectomies apico-dorsale et ventrale; les artères dorsales scissurales par rapport à l'artère nelsonienne pour les segmentectomies dorsale et apicale inférieure; le nombre d'artères segmentaires moyennes et d'artères ventrales scissurales pour les segmentectomies moyenne et ventrale, la disposition en un ou plusieurs troncs des artères segmentaires basales pour les segmentectomies du lobe inférieur. A gauche celles ayant un impact chirurgical

sont: le nombre d'artères scissurales dorsales, leur rapport avec l'artère nelsonienne et les variations de celle-ci pour les segmentectomies apico-dorsale, et apicale inférieure; la présence d'une artère médiastinale linguale associée ou non à une ou plusieurs artères linguales scissurales et leur rapport avec d'éventuelles artères ventrales scissurales pour les segmentectomies ventrale et linguale; la disposition des artères segmentaires basales en deux, trois ou quatre troncs et leur rapport avec l'artère apicale inférieure et les artères linguales pour les segmentectomies du lobe inférieur.

Conclusion: L'anatomie artérielle segmentaire pulmonaire est si variable qu'il est difficile de parler d'anatomie modale. Elle nécessite une dénomination internationale claire. De nombreux outils ont été développés afin de mieux comprendre cette anatomie et faciliter la chirurgie pulmonaire infralobaire, notamment des logiciels d'imagerie de reconstruction 3D scanographique. Certaines variations sont intéressantes à connaître en pré-opératoire car peuvent changer l'indication opératoire, d'autres intéressantes afin d'anticiper le geste chirurgical.

Mots-clés : variations artérielles pulmonaires, segmentectomie, planification 3D

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đức Hạnh, Đặng Văn Khiêm,
Đinh Ngọc Việt, Dương Thị Bình
Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và tác dụng phụ của phác đồ hóa xạ trị đồng thời trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 66 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 5/2015–5/2018.

Kết quả: Nhóm tuổi từ 50 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, nam giới 86,4, triệu chứng đau ngực 75,5%, sút cân 62,2%, ho đờm máu 28,8%, u thùy trên phổi phải 27,3%, u thùy trên trái 37,9%, tổn thương phế quản chít hẹp 67,2 %, thâm nhiễm 43,1 %, u sùi 29,3%, ung thư biểu mô tuyến 53 %, ung thư biểu mô vảy 22,7%. Đáp ứng điều trị 9% đáp ứng hoàn toàn, 71% đáp ứng một phần, 11% bệnh giữ nguyên, 6 % bệnh tiến triển, trung bình thời gian sống thêm không bệnh 16,9 tháng và trung bình thời gian sống thêm toàn bộ là 20,9 tháng. Độc tính hạ bạch cầu độ 1(21,2%), độ 2 (42,4%), độ 3 (4,5), hạ bạch cầu TT độ 1 (21,2%), độ 2 (18,2%), độ 3 (3%), hạ huyết sắc tố độ 1 (57,6%), độ 2 (19,7%), hạ tiểu cầu độ 1 (22,7%). Độc tính trên gan độ 1 (9,1%), độ 2 (6,1%), Không có độc tính trên thận, buồn nôn và nôn độ 1 là 40,9%, viêm da độ 1 (100%), viêm thực quản độ 1 (24,2%), xơ hóa phổi độ 1(28,8%).

Kết luận: Phác đồ hóa xạ trị đồng thời là phác đồ hiệu quả trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, độc tính và biến chứng của phác đồ điều trị là chấp nhận được.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, hóa xạ trị đồng thời.

ÉVALUER L'EFFICACITE DU TRAITEMENT DU CANCER DU POU MON NON A PETITES CELLULES PAR CO-IRRADIATION A L'HOPITAL NATIONAL PULMONAIRE

RÉSUMÉ

Objectif : Évaluation des caractéristiques cliniques, paracliniques et des résultats (et) des effets secondaires du traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade IIIB.

Méthode: C'est une étude descriptive rétrospective sur 66 patients atteints de CPNPC de stade III à l'Hôpital National Pulmonaire de Mai 2015 à Mai 2018.

Résultats: le groupe d'âge 50-60 ans représentait le pourcentage le plus élevé: 50%, hommes 86,4%, douleur thoracique 75,5%, perte de poids 62,2%, hémoptysie 28,8%, tumeur du lobe supérieur droit 27,3%, tumeur du lobe supérieur gauche 37,9%, sténose bronchique 67,2%, infiltration 43,1%, lésion fongueuses 29,3%, adénocarcinome 53%, carcinome épidermoïde 22,7%. La réponse complète 9%, la réponse partielle 71%, la maladie stable 11% et la maladie progressive 6%. La durée moyenne de survie sans progression et globale était respectivement de 16,9 mois et 20,9 mois. Les leucocytopenies de grade 1, 2 et 3 étaient respectivement de 21,2%, 42,4% et 4,5%. Les grades 1, 2 et 3 de la neutropénie étaient respectivement de 21,2%, 18,2% et 3%. Les toxicités hépatiques de grade 1 et 2 étaient respectivement de 9,1% et 6,1%. Il n'y a pas de toxicité sur les reins. Nausées et vomissements (40,9%), dermatite de grade 1 (100%), œsophagite de grade 1 (24,2%), fibrose pulmonaire (28,8%).

Conclusions: La chimioradiothérapie est une thérapie efficace pour la prise en charge du CPNPC au stade IIIB. Les toxicités et les complications du traitement étant acceptables.

Mots-clés: cancer du poumon non à petites cellules, chimioradiothérapie.

SO3.6

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NỐT PHỔI ĐƠN ĐỘC CÓ ĐƯỜNG KÍNH > 8MM TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY

Hoàng Văn Lương¹, Nguyễn Việt Nhung¹, Lâm Khánh²

¹Bệnh viện Phổi Trung ương, ²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh nốt phổi đơn độc đường kính > 8mm trên cắt lớp vi tính đa dây với các lớp cắt mỏng đồng trục và kỹ thuật tiêm thuốc cản quang mới. *Đối tượng và phương pháp:* Tiễn cứu, cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện của 44 bệnh nhân có nốt phổi đơn độc đường kính > 8mm, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương. *Kết quả:* Tỷ lệ nam/ nữ ~ 1,3/1, tuổi trung bình 53,32 ± 14,97. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 50-69 tuổi. Đa số nốt có ĐK trung bình từ 21-30mm (54.5%). Hầu hết tổn thương có đường bờ không đều (65.6%), kèm theo dấu hiệu tua gai (56.8%). Nốt phổi dạng đặc (SN) chiếm phần lớn (95.4%). Tổn thương chủ yếu ở thùy trên, hay gặp ở ngoại vi (88.6%), trong đó phổi phải nhiều hơn (53.8%) phổi trái (46.1%). Những nốt ác tính có ĐK trung bình cao hơn nốt lành tính. Tổn thương chủ yếu ngấm thuốc cản quang mạnh, chiếm 68.2%. Bất thường kèm theo chủ yếu là hạch trung thất (22.7%) và COPD (13.6%). *Kết luận:* Cắt lớp vi tính đa dây đầu thu với các lớp cắt mỏng đồng trục, kết hợp kỹ thuật tiêm thuốc cản quang mới cho phép đánh giá chi tiết tổn thương nốt phổi đơn độc, giúp phân biệt tổn thương lành hay ác tính.

Key word: Solitary Pulmonary, Pulmonary Nodules, Lung cancer

ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES IMAGERIQUES DE NODULE SOLITAIRE AVEC LE DIAMÈTRE PLUS DE 8MM SUR LA TOMODENSITOMÉTRIE MULTI-DÉTECTEUR

Objectifs: Etudier les caractéristiques imagériques de nodule solitaire avec le diamètre >8 mm sur la tomodensitométrie multidétecteur avec des couches minces coaxiales et la nouvelle technique d'injection de contraste. Méthodes: c'est une étude prospective, transversale de 44 patients présentant un nodule pulmonaire avec le diamètre > 8 mm, ils ont été diagnostiqué et traité à l'Hôpital National Pulmonaire. Résultats: Le ratio homme/femme était de 1,3: 1; l'âge moyen 53,32 ± 14,97, la proportion du tranche d'âge de 50-69 ans est la plus élevée. Le diamètre moyen de la majorité des nodules était de 21-30 mm (54,5%). La plupart des lésions avaient des bords irréguliers (65,6%). La proportion des lobes solides est principale (95,4%). La position des nodules se trouvaient dans les lobes supérieurs, périphériques (88,6%), poumon droit (53,8%), poumon gauche (46,1%). Le diamètre des nodules malins étaient significativement plus élevés que celui des lésions bénignes. Les lésions étaient principalement constituées d'un produit de contraste (68,2%). Les lésions associées les plus courantes étaient les ganglions lymphatiques médiastinaux (22,7%) et la BPCO (13,6%). Conclusion: La TDM multidétecteur avec des couches minces coaxiales, associée à une nouvelle technique d'injection de contraste, permet d'évaluer détaillée du nodule pulmonaire solitaire et de distinguer les lésions bénignes ou malignes. Mots-clés: Nodule pulmonaire solitaire, Cancer du poumon

Dr Lionel Donato

Bệnh viện Đại học Strasbourg

Nội soi phế quản can thiệp nhi khoa không nhằm mục đích chẩn đoán bao gồm vô số các thao tác khó chuẩn hóa do thiếu các nghiên cứu ngẫu nhiên và do thực hành thiếu đồng nhất. Tuy nhiên, các chỉ định nội soi vẫn gia tăng, đặc biệt là trong hồi sức nhi khoa và trong phòng mổ ; đôi khi nó cho phép tránh được phẫu thuật hoặc để hướng dẫn một thủ thuật xâm lấn tối thiểu. Điều trị hẹp đường thở bằng nội soi tận dụng những kinh nghiệm từ nội soi phế quản can thiệp ở người lớn – gây giãn, laser, đặt stent - tuy nhiên những chỉ định và hạn chế về kỹ thuật của nó lại khác hẳn. Tiến bộ công nghệ đã cho phép can thiệp lên trẻ nhỏ. Số lượng các nhà nội soi được đào tạo về nội soi can thiệp nhi khoa vẫn còn thấp và hầu hết các dữ liệu được công bố là dưới hình thức các nghiên cứu serie hồi cứu nhỏ và không có đối chứng.

Dr Lionel Donato

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

La bronchoscopie interventionnelle (BI) à visée non diagnostique, comprend une multitude d'actes difficiles à standardiser du fait de l'absence d'études randomisées et de pratiques hétérogènes. Les indications augmentent toutefois, en particulier en réanimation pédiatrique et au bloc opératoire; elles permettent parfois d'éviter un geste chirurgical ou de guider un acte mini-invasif. Le traitement endoscopique de sténose bénéficie de l'expérience de la BI chez l'adulte - dilatation, laser, stents - mais ses indications et contraintes techniques sont complètement différentes. L'évolution technologique permet d'intervenir chez de très jeunes enfants. Le nombre d'endoscopistes formés à la BI pédiatrique reste faible et la plupart des données sont publiées sous la forme de petites séries rétrospectives et non comparatives.

Vũ Khắc Đại, Nguyễn Lê Nhật Minh,
Chữ Quang Huy, Nguyễn Chi Lăng
Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Từ năm 2009 – 2018 tại Bệnh viện Phổi Trung ương, chúng tôi đã tiến hành nội soi phế quản can thiệp cho 24 bệnh nhân hẹp khí quản. Trong đó 13 bệnh nhân u khí quản được nội soi phế quản kết hợp điện đông cao tần và 11 bệnh nhân sẹo xơ chít hẹp khí quản được nong bằng ống soi phế quản, 05 trong 11 bệnh nhân được nong và đặt stent Dumon. Tất cả 24 bệnh nhân kết quả điều trị tốt, ra viện với toàn trạng tốt, hết hoàn toàn các dấu hiệu lâm sàng. Chúng tôi nhận thấy nội soi phế quản kết hợp điện đông cao tần và nong, đặt stent khí quản là một phương pháp điều trị tốt, an toàn, hiệu quả và ít xâm lấn cho bệnh nhân u và sẹo xơ gây hẹp khí quản.

RÉSUMÉ

De 2009 à 2018, à l'Hôpital National Pulmonaire, nous avons réalisé la bronchoscopie interventionnelle chez 24 patients présentant une sténose trachéale. Parmi eux, 13 patients atteints la tumeur trachéale sont réalisé la bronchoscopie avec l'électronique haute fréquence et 11 patients atteints de sclérose trachéale étaient dilatés avec la bronchoscopie, et 5 des 11 patients étaient dilatés et mis le stent Dumon. Tous les 24 patients ont été bien traités, il a sorti avec un bon état général et il n'y a pas de signe clinique. Nous avons constaté que la bronchoscopie avec l'électronique haute fréquence et dilatation, et mis un stent trachéal, c'est une méthode efficace, sûre, et moins invasive pour les patients atteints de la sténose trachéale à caus de tumeurs et de sclérose.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY PHỔI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

**Đình Văn Lượng¹, Nguyễn Sĩ Khánh¹, Đình Văn Tuấn¹, Đặng Duy Đức¹,
Nguyễn Lê Vinh¹, Lê Ngọc Thành², Dương Xuân Phương³**
¹Bệnh viện Phổi Trung ương, ²Bệnh viện E, ³Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) cắt thùy phổi do ung thư phổi nguyên phát giai đoạn sớm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 160 bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn I-IIIa được điều trị PTNSLN cắt thùy phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 3 năm 2018. Thực hiện PTNSLN dựa theo kỹ của TS. BS. Hyoeng Ryul Kim (Hàn Quốc) từ chuẩn bị BN, trang thiết bị, thực hiện kỹ thuật tới đánh giá kết quả sau mổ. Nghiên cứu hồi cứu, không đối chứng.

Kết quả: Có 160 trường hợp PTNSLN cắt thùy phổi do ung thư phổi được thực hiện tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Trong đó 146 trường hợp thực hiện PTNSLN hoàn toàn, 14 trường hợp thực hiện PTNSLN không hoàn toàn do diễn biến không thuận lợi. Tuổi trung bình 58,4 (từ 34-80 tuổi), nam/nữ = 92/68. Trước mổ, tất cả các BN đều được đánh giá chức năng hô hấp, chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao có tiêm thuốc cản quang; sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học trước mổ là ung thư; các BN được chụp cộng hưởng từ sọ não; 150 BN được chụp PET/CT; 15 bệnh nhân được chụp xạ hình xương. 33 trường hợp cắt thùy trên phổi trái, 29 trường hợp thùy dưới phổi trái, 46 trường hợp thùy trên phổi phải, 15 trường hợp thùy giữa phổi phải, 37 trường hợp thùy dưới phổi phải. Chẩn đoán giai đoạn trước mổ gồm có

54 trường hợp ung thư phổi giai đoạn IA, 52 trường hợp giai đoạn IB, 15 trường hợp giai đoạn IIA, 20 trường hợp giai đoạn IIB, 19 trường hợp giai đoạn IIIA. Chẩn đoán giai đoạn sau mổ gồm có 51 trường hợp ung thư phổi giai đoạn IA, 58 trường hợp giai đoạn IB, 15 trường hợp giai đoạn IIA, 19 trường hợp giai đoạn IIB, 17 trường hợp giai đoạn IIIA. Thời gian phẫu thuật trung bình trung bình: 161,36 phút (90 – 270 phút). Lượng máu mất trung bình 94,05 ml (50 – 700ml); Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình 4,27 ngày (1 – 9 ngày); Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 5,5 ngày (3-11 ngày). 10 trường hợp chảy máu trong mổ chuyển sang mổ mở ngực nhỏ (a-VATS). 03 trường hợp chảy máu sau mổ được mổ lại cầm máu kịp thời, sau mổ bệnh nhân ổn định. Sau giai đoạn hậu phẫu bệnh nhân được chuyển điều trị hóa chất theo phác đồ chuẩn của hiệp hội Ung thư Hoa kỳ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lồng ngực hoàn toàn cắt thùy phổi trong ung thư phổi đang được ứng dụng rộng rãi được nhiều tác giả trên thế giới chứng minh qua các nghiên cứu với nhiều ưu điểm: xâm lấn tối thiểu; giảm đau sau mổ, chức năng hô hấp sau mổ được phục hồi nhanh; rút ngắn thời gian nằm viện, biến chứng và di chứng giảm so với mổ mở, thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi.

PREMIER RÉSULTAT DE LA LOBECTOMIE PULMONAIRE PAR CHIRURGIE THORACIQUE VIDÉO-ASSISTÉE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS LE CANCER DU POU MON NON À PETITES CELLULES À L'HÔPITAL NATIONAL PULMONAIRE

RÉSUMÉ

Objectif: Évaluer les premiers résultats de la lobectomie par la chirurgie thoracique vidéo-assistée chez les patients atteints le cancer du poumon au stade précoce

Méthode: 160 patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules de stade I-IIIa traités par VATS à l'Hôpital National Pulmonaire, de juin 2015 à mars 2017. VATS applique la technique du Dr Hyoeng Rylul Kim (Coréen), comprenant la préparation des patients et des équipements; la performance de la technique; l'évaluation des patients après la chirurgie. C'est une étude clinique prospective non comparative.

Résultats: 160 patients ont été réalisé la lobectomie par la chirurgie thoracique vidéo-assistée à l'Hôpital National Pulmonaire de juin 2015 à mars 2018. 146 patients ont été traités par c-VATS; 14 patients par a-VATS, en raison du saignement, de gros ganglions lymphatiques médiastinaux, d'une grosse tumeur. L'âge moyen est de 58,4 ans (34-80 ans), ratio homme/femme = 92/68. Avant le traitement, tous les patients présentaient des résultats de la fonction pulmonaire, la tomographie à haute résolution, la pathologie par biopsie et

l'imagerie par résonance magnétique du cerveau. 150 patients avaient le PET-CT et 15 patients avaient une scintigraphie. Avant la chirurgie, 54 cas de cancer du poumon de stade IA, 52 cas de stade IB, 15 cas de stade IIA, 20 cas de stade IIB, 19 cas de stade IIIA. Après la chirurgie, 51 cas de cancer du poumon au stade IA, 58 cas au stade IB. 15 cas de stade IIA, 19 cas de stade IIB, 17 cas de stade IIIA. La durée moyenne du temps de l'opération est de 161,36 min (90-270 min), la perte de sang en opération est de 94,05ml (50 - 700 ml), la durée moyenne du drainage thoracique: 4,27 jours (1-9 jours); la durée du séjour postopératoire 5,5 jours (3-11 jours). 9 cas ont eu des saignements en chirurgie et sont changé à a- VATS. Après la chirurgie, les patients ont reçu un traitement de chimiothérapie par des recommandations du NCCN.

Conclusion: La lobectomie thoroscopique présente de nombreux avantages, tels qu'une invasion minimale, moins de douleur, une récupération rapide, un séjour plus court, moins de complications et une beauté considérable par rapport à la chirurgie ouverte.

Mots-clés: Cancer du poumon non à petites cellules, Lobectomie thoroscopique

SO4.5

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC VỎ MÀNG PHỔI ĐIỀU TRỊ Ô CẶN MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

**Đinh Văn Tuấn¹, Nguyễn Mạnh Thế¹,
Đinh Văn Lượng¹,
Phạm Tiến Thịnh¹, Nguyễn Sĩ Khánh¹,
Nguyễn Lê Vinh¹, Lê Ngọc Thành².**

¹Bệnh viện Phổi Trung ương, ²Bệnh viện E

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị ô cận màng phổi (OCMP).

Đối tượng, Phương pháp: Nghiên cứu 145 bệnh nhân (BN) bị OCMP được phẫu thuật nội soi (PTNS) bóc vỏ màng phổi từ tháng 1/2017 tới tháng 12/2017 tại Bệnh viện Phổi trung ương. Phân tích các thông số trước mổ, trong mổ và sau mổ.

Kết quả: 145 BN được PTNS với 121 nam (83,4%) và 24 nữ (16,6%). Độ tuổi trung bình 43,69 (12 – 79). Triệu chứng chính khi vào viện là đau ngực (96,6%), ho (64,1%) và khó thở (58,6%). Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh thường gặp là ổ dịch khu trú. Thời gian phẫu thuật trung bình trung bình: 128,7 phút (60 – 200 phút); Thời gian dẫn lưu trung bình 7,6 ngày (2 – 16 ngày), thời gian điều trị sau mổ 10,6 ngày, Phẫu thuật thành công đạt 86,2%, tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ là 9,7%, không có trường hợp nào tử vong. 121/ 126 BN khám lại sau mổ 1 tháng phổi nở hoàn toàn.

Kết luận: PTNS bóc vỏ màng phổi là phương pháp an toàn, khả thi, kết quả tốt.

Từ khóa: Ô cận màng phổi, phẫu thuật nội soi lồng ngực.

ÉVALUATION DES CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET PARACLINIQUES ET DES PREMIERS RESULTATS DE LA DECORTICATION CHIRURGICALE THORACIQUE VIDEO-ASSISTEE POUR L'EMPYEME A L'HOPITAL NATIONAL PULMONAIRE

RÉSUMÉ

Objectif: Évaluation des caractéristiques cliniques et paracliniques et des premiers résultats de la décortication chirurgicale thoracique vidéo-assistée pour l'empyème à l'hôpital national pulmonaire.

Méthode : C'est une étude prospective sur 145 patients qui sont opérés entre janvier 2017 et décembre 2017 pour la décortication à l'Hôpital National Pulmonaire. Les caractéristiques préopératoires, opératoires, postopératoires des patients ont été analysées.

Résultats: 145 patients ont subi la décortication chirurgicale thoracique vidéo-assistée pour l'empyème avec 121 hommes (83,4%) et 24 femmes (16,6%). L'âge moyen était de 43,69 (12-79). Les principaux symptômes étaient douleur à la poitrine (96,6%), toux (64,1%) et dyspnée (58,6%). Les principales lésions de l'imagerie thoracique étaient des bandes fibreuses. La durée moyenne du temps opératoire était de 128,7 (60 - 200 min). Le drainage postopératoire moyen était de 7,6 jours (2-16 jours); Séjour postopératoire est de 10,6 jours. La chirurgie réussie a atteint 86,2%, le taux de complications était de 9,7%, il n'y a pas eu de décès. 121/126 patients examinés un mois après le suivi postopératoire avec une expansion pulmonaire complète.

Conclusion : la décortication chirurgicale thoracique vidéo-assistée pour l'empyème est une procédure sûre, réalisable et peut offrir des bons résultats.

Mots-clés: décortication, chirurgie thoracique vidéo-assistée

TỔNG QUAN TÌNH HÌNH DỊCH TỄ LAO/LAO KHÁNG ĐA THUỐC TRÊN THẾ GIỚI VÀ TẠI VIỆT NAM

Hoàng Thị Thanh Thủy

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Tình hình dịch tễ bệnh lao/ Lao kháng thuốc trên Thế giới

Bệnh lao vẫn đang tiếp tục là một trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng chính trên toàn cầu. TCYTTG ước tính năm 2017 (báo cáo WHO 2018) mỗi năm trên toàn cầu xuất hiện khoảng 10 triệu người mắc lao; 9% trong số mắc lao có đồng nhiễm HIV. Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ mười trong số các nguyên nhân gây tử vong toàn cầu và đứng đầu tiên trong các bệnh nhiễm trùng với khoảng 1,6 triệu người tử vong do lao bao gồm khoảng 300.000 người đồng nhiễm HIV. Ước tính mỗi năm trên thế giới xuất hiện 558,000 bệnh nhân lao kháng Rifampicin với số tử vong vào khoảng 230,000. 82% số người mắc lao kháng Rifampicin là lao đa kháng. Tỷ lệ mắc lao đa kháng trên toàn cầu là 3,5% trong số bệnh nhân mới và là 18% trong số bệnh nhân điều trị lại. Trong số bệnh nhân đa kháng, tỷ lệ bệnh nhân siêu kháng chiếm 8,5%.

Tình hình dịch tễ bệnh lao/ Lao kháng thuốc tại Việt Nam

Việt Nam là một nước thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương, khu vực có gánh bệnh lao đứng thứ 3 trên toàn cầu với số bệnh nhân lao chiếm 18%. Việt nam đứng thứ 16

trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đứng thứ 15 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới. Ước tính mỗi năm Việt Nam xuất hiện khoảng 124.000 bệnh nhân lao với 7.100 bệnh nhân lao kháng Rifampicin, bao gồm khoảng 4.900 bệnh nhân kháng R/MDR-TB trong số bệnh nhân lao phát hiện (4.1% trong số lao mới và 17% trong số bệnh nhân lao đã điều trị).

Xu hướng dịch tễ và nỗ lực tiến tới mục tiêu thiên niên kỷ

Xu hướng dịch tễ bệnh lao trên toàn cầu nói chung đang có chiều hướng giảm với tỷ lệ mới mắc giảm khoảng 1,5%/năm trong giai đoạn 2000-2017. Số tử vong do lao giảm từ 1.8 triệu (2000) xuống 1.3 triệu (2017). Việt Nam và đa số các nước trong khu vực cũng có diễn biến dịch tễ tương tự với xu hướng toàn cầu. Ước tính trong giai đoạn 1990-2010 tỷ lệ lao mới mắc ở Việt Nam giảm khoảng 2.6% hàng năm và tỷ lệ tử vong do lao giảm khoảng 4,4% hàng năm. Tuy nhiên, để đạt được mục tiêu phát triển thiên niên kỷ đến năm 2020 giảm 20% số người bệnh lao mới mắc so với năm 2015, tốc độ giảm toàn cầu cần đạt tới 4-5%/năm vào 2020.

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE/TUBERCULOSE MULTI-RÉSISTANTE AUX MÉDICAMENTS DANS LE MONDE ET AU VIETNAM

RÉSUMÉ

Épidémiologie de la tuberculose/tuberculose résistante aux médicaments dans le monde

La tuberculose reste l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde. L'OMS estime qu'en 2017 (WHO 2018), environ 10 millions de personnes dans le monde souffrent de tuberculose chaque année dans le monde. 9% de la tuberculose sont co-infectés par le VIH. La tuberculose est la dixième cause de décès parmi les principales causes de décès dans le monde et la première dans le domaine des maladies infectieuses avec environ 1,6 million de décès dus à la tuberculose, dont environ 300.000 personnes co-infectées par le VIH. On estime environ 558.000 de décès chaque année dans le monde chez les patients atteints de tuberculose résistante aux médicaments. 82% des personnes atteintes de tuberculose résistante à la rifampicine sont multirésistantes. La tuberculose multirésistante représente 3,5% des nouveaux patients dans le monde et 18% des patients sont traités à nouveau. Parmi les patients MDR, la proportion de patients XDR était de 8,5%.

Épidémiologie de la tuberculose/tuberculose résistante aux médicaments au Vietnam

Le Vietnam est un pays de la Région du Pacifique occidental qui se situe en troisième des régions à forte charge de la

tuberculose (18% des patients atteints la tuberculose). Le Vietnam se situe en 16ème dans 30 pays à forte charge de tuberculose et en 15ème sur 30 pays à forte charge de tuberculose multirésistante. On estime qu'environ 124.000 patients tuberculeux chaque année, dont 7.100 tuberculeux résistants à la rifampicine, 4.900 patients R-résistants/MDR parmi les nouveaux patients (4,1% chez les nouveaux patients et 17% chez les retraités patients).

Tendances épidémiologiques et efforts pour atteindre l'objectif du millénaire

Les épidémiologies mondiales de tuberculose ont tendance à diminuer, leur incidence diminuant de 1,5% par an pour la période 2000-2017. Le nombre de décès dus à la tuberculose est diminué de 1,8 million en 2000 à 1,3 million en 2017. Le Vietnam et la plupart des autres pays de la région ont des épidémies similaires aux tendances mondiales. On estime que sur la période 1990-2010, l'incidence de la tuberculose au Viet Nam a diminué d'environ 2,6% par an et la mortalité due à la tuberculose a diminué d'environ 4,4% par an. Cependant, pour atteindre les objectifs du Millénaire, le nombre des nouveaux patients à 2020 réducera de 20% par rapport à 2015, le taux de la diminution dans le monde devrait atteindre 4-5% par an à 2020.

SO 5.3

**NHỮNG ĐÓNG GÓP GẦN ĐÂY
TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO
TƯƠNG LAI TRONG Y TẾ
CÔNG CỘNG.**

Pr. Gilles Marchal

Giáo sư danh dự Pasteur

TÓM TẮT

Trong một bài báo năm 1969 trình bày các kết quả đầu tiên của phương pháp điều trị kết hợp rifampicin cho các bệnh nhân lao nằm viện từ vài tháng vì tổn thương lan rộng, người ta đã ghi nhận rằng 50% các bệnh nhân này có nhiều trực khuẩn lao trong đờm mà không cấy được sau một tháng rưỡi điều trị. Vi khuẩn lao thấy được trong đờm và cấy dương tính sẽ biến mất sau 4 tháng điều trị. Những vi khuẩn không mọc được trong các môi trường nuôi cấy tốt nhất thì không có khả năng lây nhiễm cũng như không gây cảm thụ cho vật chủ thí nghiệm. Chúng đã chết.

Những kết quả trước đó thu được trong những năm 1968-1971, vừa được khẳng định 50 năm sau nhờ các phương pháp tìm kiếm các hoạt tính men tồn tại dai dẳng trong vi khuẩn hoặc đo lường khả năng của chúng trong việc hỗ trợ sinh trưởng của các thực khuẩn bào.

Sự phát triển của các kỹ thuật mới, đơn giản, có thể cùng xuất hiện với các kỹ thuật khác, bằng cách sử dụng kính hiển vi huỳnh quang với ánh sáng trắng. Sự hiện diện của các trực khuẩn không sống được, trực khuẩn chết hay gặp trong đờm của các bệnh nhân được điều trị bệnh lao tổn thương lan rộng.

**RÉCENTS APPORTS DANS LE
DIAGNOSTIC DE LA
TUBERCULOSE. PERSPECTIVES EN
SANTÉ PUBLIQUE**

Pr . Gilles Marchal

Professeur honoraire Institut Pasteur

RÉSUMÉ:

Dans un article de 1969 présentant les premiers résultats des traitements associant la Rifampicine donnés à des malades tuberculeux hospitalisés depuis plusieurs mois pour une tuberculose étendue, il est rapporté que 50% d'entre eux présentent des bacilles nombreux et non cultivables dans l'expectoration après un mois et demi de traitement. Les bactéries visibles dans l'expectoration et donnant des cultures positives disparaissent après 4 mois de traitement. Ces bactéries non cultivables dans ou sur les meilleurs milieux de culture ne sont ni infectieuses ni sensibilisantes pour les cobayes. Elles sont mortes.

Les résultats précédents acquis au cours des années 1968 à 1971, viennent d'être confirmés 50 ans plus tard par des méthodes cherchant des activités enzymatiques persistantes dans ces corps bactériens ou mesurant leur capacité à être des supports de croissance pour des mycobactériophages.

La mise au point de nouvelles techniques, simples, apparaît possible entre autre en utilisant la microscopie à fluorescence avec l'éclairage à led. La présence de bacilles non viables, morts, est fréquente dans l'expectoration de malades traités pour une tuberculose étendue.

XÁC ĐỊNH TẦN SUẤT VÀ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ XUẤT HIỆN BIẾN CỐ BẤT LỢI TRÊN BỆNH NHÂN SỬ DỤNG PHÁC ĐỒ LAO ĐA KHÁNG TRONG CHƯƠNG TRÌNH CHỐNG LAO QUỐC GIA

Nguyễn Thị Thủy¹, Cao Thị Thu Huyền², Nguyễn Mai Hoa², Nguyễn Bảo Ngọc¹, Vũ Đình Hòa², Nguyễn Hoàng Anh², Nguyễn Việt Nhung^{1,3}.

¹Bệnh viện Phổi Trương ương; ²Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc; ³Chương trình Chống lao Quốc gia.

TÓM TẮT

Các vấn đề liên quan đến an toàn thuốc, đặc biệt là biến cố bất lợi (AE) có khả năng gây ảnh hưởng lớn đến việc điều trị lao đa kháng (MDR-TB) cũng như chất lượng sống của bệnh nhân. Một nghiên cứu theo dõi biến cố thuần tập (CEM) đã được triển khai tại 9 cơ sở trọng điểm ở Việt Nam với khoảng thời gian theo dõi từ tháng 4/2014 đến hết tháng 12/2016. Nghiên cứu có mục tiêu xác định tần suất của biến cố bất lợi trong điều trị lao đa kháng và các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện của các AE điển hình. Nghiên cứu đã thu nhận 659 bệnh nhân và ghi nhận 74,2% bệnh nhân gặp ít nhất một biến cố bất lợi và 18,2% bệnh nhân gặp biến cố ở mức độ nghiêm trọng. Các biến cố bất lợi thường gặp nhất là đau khớp (34,7%), tổn thương gan (32,2%), nôn (31,9%) và tăng acid uric

máu (29,3%). Tăng acid uric máu chủ yếu xuất hiện trong ba tháng đầu, còn các biến cố thường gặp khác có xu hướng xuất hiện muộn hơn. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy giá trị alanin amino transferase (ALT) ban đầu và liều prothionamid trung bình (mg/kg/ngày) là các yếu tố có ảnh hưởng đến khả năng xuất hiện biến cố trên gan. Trong khi đó, liều thuốc tiêm trung bình là một yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện của biến cố trên thận và biến cố trên thính giác-tiền đình. Nghiên cứu cho thấy biến cố bất lợi xuất hiện khá phổ biến trong điều trị MDR-TB, trong đó có nhiều biến cố thuộc loại nghiêm trọng và cần được xử trí kịp thời. Một số yếu tố ảnh hưởng được phát hiện đòi hỏi cán bộ y tế cần khai thác kỹ tiền sử bệnh nhân và có kế hoạch theo dõi chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị MDR-TB.

DÉTERMINATION DE LA PRÉVALENCE ET DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURVENUE DES EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX MULTIRÉSISTANTS DANS LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE TUBERCULOSE

RÉSUMÉ:

Les problèmes liés à la sécurité des médicaments, en particulier les effets indésirables, sont capables d'affecter de manière significative le traitement de TB-MR ainsi que la qualité de vie des patients. Des études de cohorte de suivi ont été menées dans 9 sites clés au Vietnam avec des visites de suivi d'avril 2014 à décembre 2016. L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence des effets indésirables de la TB-MR et les facteurs associés à la survenue des effets indésirables des médicaments. Nous avons collecté 659 patients. 74,2% des patients présentent au moins un effet indésirable et 18,2% des patients présentent des effets graves. Les effets indésirables les plus fréquents étaient la douleur articulaire (34,7%), les lésions hépatiques (32,2%), le vomissement (31,9%) et l'hyperuricémie (29,3%).

L'hyperuricémie est principalement présente au cours du premier trimestre, les autres événements étant susceptibles de se produire plus tard. Les résultats de l'analyse de régression multivariée ont révélé que la dose initiale d'alanine aminotransférase (ALT) et la dose moyenne de prothionamide (mg/kg/jour) étaient des facteurs associés à la survenue d'effets hépatiques. Dans le même temps, la dose moyenne est un facteur qui influe sur la survenue d'effets rénaux et d'effets audio-vestibulaire. Des études montrent que les effets indésirables surviennent assez fréquemment chez les personnes atteintes de TB-MR, dont beaucoup d'effets sont graves et doivent être gérés rapidement. Un certain nombre de facteurs associés ont été identifiés qui obligent les médecins à enquêter de manière approfondie sur les antécédents du patient et à planifier une surveillance étroite pendant le traitement de la TB-MR.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA NGHIÊN CỨU TĂNG CƯỜNG TÁC ĐỘNG CỦA CAN THIỆP Y TẾ CÔNG CỘNG

ĐỐI VỚI VIỆC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN TẠI QUẢNG NAM – ĐÀ NẴNG 2017 – 2018

G. Fox, N. T. Anh, T. N. Bửu^a

N.V. Nhung, L. A. Bình, N. B. Hoà, N. T. Anh^b

Viện Nghiên cứu y khoa Woolcock (a) và BV Phổi Trung Ương – CTCLQG (b)

TÓM TẮT

Cơ sở lý luận: Quản lý lao tiềm ẩn đã được nhiều quốc gia tại châu Âu, Bắc Mỹ áp dụng từ nửa sau thế kỷ XX. Chiến lược DOTS trước đây tập trung vào phát hiện – điều trị có kiểm soát nguồn lây **tại các nước thu thập thấp**. Các tính toán của các nhà dịch tễ cho thấy: để đạt được mục tiêu chấm dứt bệnh lao vào năm 2030 do tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG) đề ra, các nước cần chú trọng hoạt động quản lý lao tiềm ẩn. Ước tính 40% dân số Việt Nam mắc lao tiềm ẩn; người sống chung với HIV và trẻ tiếp xúc < 5 tuổi trong hộ gia đình bệnh nhân lao phổi là hai đối tượng chính trong quản lý lao tiềm ẩn của CTCLQG. Mở rộng quản lý lao tiềm ẩn cho đối tượng ≥ 5 tuổi (HIV âm) không đơn giản khi báo cáo mới nhất của TCYTTG 2017 cho thấy chỉ 1/5 trẻ tiếp xúc tại Việt Nam được điều trị dự phòng lao với INH. Nghiên cứu này khảo sát những yếu tố cản trở và áp dụng các giải pháp để làm tăng số người tiếp xúc được quản lý lao tiềm ẩn bao gồm mở rộng đối tượng quản lý ở người tiếp xúc ≥ 5 t.

Phương pháp: Khảo sát thực trạng ban đầu, đề xuất giải pháp, thực hiện các giải pháp được BV Phổi Trung Ương – CTCLQG đồng ý: sử dụng lao tốt để sàng lọc lao tiềm ẩn; chuyển dịch vụ sàng lọc lao tiềm ẩn từ trạm y tế xã phường sang TTYT quận huyện; hỗ trợ chi phí di chuyển cho

người tiếp xúc sau khi hoàn tất sàng lọc; điều trị lao tiềm ẩn theo phác đồ của CTCLQG. Thu thập số liệu theo chuỗi dịch vụ đa bậc để đánh giá hoạt động hàng quý của các điểm triển khai.

Kết quả ban đầu: Số liệu ban đầu tại các điểm can thiệp trước khi triển khai (1/1/2016 – 31/12/2016): các điểm can thiệp nhận diện được 13% và điều trị cho 0,6% tổng số người tiếp xúc ước tính.

Từ 1/7/2017 đến 30/6/2018: 1.034 người tiếp xúc hộ gia đình với bệnh nhân lao phổi mới/tái phát có bằng chứng vi khuẩn học được nhận diện (100% so với ước tính), Nhân viên y tế đã liên lạc được 942 người (91%) để tư vấn về quản lý lao tiềm ẩn. 670 người tiếp xúc đã đồng ý tham gia sàng lọc (65%), qua đó phát hiện được 21 ca lao mới (4% tổng số người hoàn tất sàng lọc). Và 307 trong 337 người người mắc lao tiềm ẩn đủ tiêu chuẩn đã đồng ý điều trị. Tỷ lệ người tiếp xúc ≥ 5 tuổi đủ chuẩn đồng ý điều trị là 262/278 người (94%) so với trẻ tiếp xúc < 5 tuổi: 45/59 (76%). Tổng số người tiếp xúc đượ điều trị lao tiềm ẩn: 320/1034 # 30%

Kết luận: So với số liệu thu thập ban đầu, các giải pháp cho thấy có hiệu quả trong thực hiện. Việc mở rộng quản lý lao tiềm ẩn cho đối tượng ≥ 5 tuổi là khả thi. Cần tiếp tục đánh giá kinh tế y tế.

LES PREMIERS RESULTATS DE L'ETUDE DES INTERVENTIONS DE SANTE PUBLIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LATENTE A VILLE QUANG NAM – VILLE DA NANG 2017 – 2018

RÉSUMÉ:

Introduction : La gestion de la tuberculose latente a été adoptée par de nombreux pays d'Europe et d'Amérique du Nord depuis la seconde moitié du 20^e siècle. L'ancienne stratégie DOTS a concentré à la détection et le traitement contrôlé dans les pays à faible revenu. Les calculs épidémiologiques montrent que, pour atteindre l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de mettre fin à la tuberculose à 2030, les pays devraient se concentrer sur la gestion de la tuberculose latente. Environ 40% de la population vietnamienne souffre de tuberculose latente; Les personnes VIH et les enfants âgés de moins de 5 ans dans la famille atteints de la tuberculose sont les deux groupes qui sont contrôlés par la gestion tuberculeuse latente. Élargir la prise en charge de la tuberculose latente chez les personnes de plus de 5 ans (séronégatif pour le VIH) n'est pas facile parce que le dernier rapport de l'OMS à 2017 montre que un enfant sur cinq exposé au Viet Nam reçoit un traitement antituberculeux avec INH. Cette étude examine les facteurs obstructifs et applique des mesures pour augmenter le nombre de personnes exposées qui sont contrôlées par la gestion tuberculeuse latente, y compris une gestion étendue chez les personnes exposées de plus de 5 ans.

Méthode : Nous avons enquêté sur l'état actuel initial, proposé des solutions, mis en œuvre les solutions approuvées par l'Hôpital National Pulmonaire: dépister la tuberculose latente; transférer les services de dépistage de la tuberculose latente des postes de santé des communes aux centres de santé de district; aider le prix de la mobilité pour les

exposés après la fin du dépistage; Traiter la tuberculose latente selon la thérapie du programme national de lutte contre tuberculose. Nous avons collecté de informations selon la chaîne de services multi-niveaux pour évaluer les performances trimestrielles des points de déploiement.

Résultats : Données initiales sur les sites d'intervention (1/1/2016 - 31/12/2016): les sites d'intervention ont été identifiés à 13% et traités pour 0,6% de tous les exposés estimés.

Du 07/01/2017 au 30/06/2018: 1.034 des exposés avec des nouveaux/retratés patients avec des preuves bactériennes sont identifiés (100% du nombre estimé), les personnels médicaux ont contacté 942 personnes (91%) pour fournir des conseils sur la gestion de la tuberculose latente. 670 exposés ont accepté de participer au dépistage (65%), parmi eux, nous avons détecté 21 nouveaux patients (4% des personnes avec dépistage complète). 307 des 337 patients avec la TB latente ont accepté de recevoir un traitement. La proportion de personnes de plus de 5 ans qui acceptent le traitement était de 262/278 (94%) par rapport à celles exposées à moins de 5 ans: 45/59 (76%). Le nombre des exposés: 320/1034 # 30%.

Conclusion : Comparées aux données initiales, les solutions ont montré une efficacité dans la mise en œuvre. L'extension de la prise en charge de la tuberculose latente à > 5 ans est réalisable. On a besoin de continuer à évaluer l'économie de la santé.

**NHIỄM TRÙNG PHỔI DO NTM
(NON-TUBERBERCULOSIS MYCOBACTERIA)
CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN HỘI LÒNG NGỰC ANH 2017**

Nguyễn Kim Cương^{1,2}, Đoàn Văn Hiến¹, Nguyễn Thu Thủy¹

¹Bệnh viện Phổi Trung ương, ²Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Từ năm 1930 một số *mycobacteria không lao* (*non-tuberculosis mycobacteria*-NTM), (*M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. suricattae*, *M. mungi*), đã được xác nhận gây bệnh ở người nhóm phát triển chậm, gây bệnh ở phổi bao gồm *M. avium* complex (MAC; consisting of *M. avium*, *M. intracellulare* and *M. chimaera*), *M. kansasii*, *M. malmoense*, and *M. xenopi*, nhóm phát triển nhanh *M. abscessus* (*M. a. abscessus*, *M. a. massiliense*, *M. a. bolletii* subspecies), *M. chelonae* and *M. fortuitum*. Tỷ lệ mắc NTM tăng có thể do các bác sỹ tăng nhận thức về bệnh cũng như các kỹ thuật chẩn đoán sinh học phân tử phát triển. Bệnh thường gặp ở những người có dị dạng cấu trúc phổi và những người suy giảm miễn dịch. NTM có thể là nguyên nhân gây tình trạng bệnh tại phổi, tuy nhiên NTM có thể tồn tại âm thầm, phát triển từng đợt hoặc tồn tại vĩnh viễn trong phổi mà không gây ra tình trạng bệnh. Chẩn đoán xác định dựa trên các tiêu chuẩn về nuôi cấy và định danh vi khuẩn. Quyết định điều trị cần cân nhắc dựa trên sự phù hợp, tiến triển lâm sàng và cận lâm sàng. Điều trị nhiễm trùng do NTM cần dựa trên đánh giá nguy cơ và lợi ích đối với từng bệnh nhân. Công thức điều trị

bệnh thường khác nhau ở các loài NTM. Phác đồ điều trị NTM cơ bản bao gồm Clarythromycin, Rifampicin và Inzoniazid và một số thuốc kháng sinh khác. Phác đồ điều trị có thể thay đổi dựa trên mức độ nặng của bệnh. Một số chủng NTM có khả năng kháng kháng sinh: kháng Clarithomycin, Rifampicin. Thời gian điều trị bệnh nhiễm trùng phổi do NTM được khuyến cáo kéo dài thêm 12 tháng kể từ khi nuôi cấy đờm âm tính.

Hướng dẫn điều trị NTM của hội lồng ngực Anh dựa trên các bằng chứng hiện có tốt nhất có được dựa trên các cơ sở dữ liệu y học. Việc triển khai hướng dẫn bắt đầu từ năm 2012 tài liệu tìm kiếm dựa trên tiêu chuẩn phù hợp về câu hỏi, thiết kế nghiên cứu phù hợp, hướng dẫn bao gồm các vấn đề về dịch tễ, vi khuẩn, định nghĩa ca bệnh NTM phổi, chỉ định điều trị, vấn đề kháng kháng sinh, phẫu thuật phổi và ảnh hưởng của NTM với ghép phổi

RÉSUMÉ

Dans les années 1930, les mycobactéries non tuberculeuses (MNT) (*M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. suricattae*, *M. mungi*) ont été documentées comme la cause de la maladie chez l'homme. Le groupe à croissance lente (*M. avium*, *M. intracellulare*, *M. chimaera*, *M. kansasii*, *M. malmoense*, et *M. xenopi*), le groupe à croissance rapide *M. abscessus* (*M. a. Abscessus*, *M. a. Massiliense*, *M. a. bolletii* sous-espèce), *M. chelonae* et *M. fortuitum*. La prévalence et l'incidence des infections par les MNT ont tendance à augmenter en raison des connaissances des médecins et du développement de la technique en matière de diagnostic. La maladie survient généralement chez un patient atteint de maladies pulmonaires structurelles et d'un déficit immunitaire.

Les infections à MNT peuvent provoquer des maladies pulmonaires, temporaires et permanentes dans les poumons sans signes ni symptômes. Le diagnostic définitif de l'infection par MNT sur la base de la culture microbiologique et de l'identification de l'isolement. La décision de traitement doit être considérée sur la base des symptômes compatibles et des tests de laboratoire, du risque et des avantages pour chaque patient.

Les régimes médicamenteux combinés se différencient entre les MNT. Le traitement standard lutte contre la MNT consiste en clarithromycine, rifampicine, izoniazide et autres antibiotiques. Les régimes sont adaptés à la gravité et à l'étendue des maladies. Certains MNT sont résistants aux antibiotiques tels que: clarithromycine, rifampicine. Le traitement dure 12 mois après la conversion en culture.

Les lignes directives de la British Thoracic Society 2017 ont été développées à partir des meilleures preuves disponibles. Le travail a débuté depuis 2012 pour la recherche de documents abordant la question de recherche, le type d'étude, l'épidémiologie, la bactériologie, la définition, la décision de traitement, la résistance aux antibiotiques, l'opération des poumons et la transplantation pulmonaire.

Nguyễn Viết Nhung, Nguyễn Bình Hòa và cộng sự

TÓM TẮT

Mục đích: Ước tính tỷ lệ hiện mắc lao phổi có bằng chứng vi khuẩn tại Việt Nam năm 2017 và ước tính mức độ giảm tỷ lệ hiện mắc lao phổi giai đoạn từ 2006/2007 đến năm 2017 tại Việt Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Điều tra cắt ngang theo hộ gia đình được chọn mẫu chùm theo nhiều giai đoạn. Tất cả những người ≥ 15 tuổi đủ điều kiện tham gia đều được mời phỏng vấn sàng lọc và chụp Xquang phổi. Những trường hợp được xác định là nghi lao (ho trên 2 tuần; tiền sử điều trị lao trong 2 năm gần đây, hoặc có hình ảnh tổn thương nghi lao trên Xquang phổi) được lấy đờm làm xét nghiệm Xpert, nuôi cấy và soi trực tiếp. Ước lượng tỷ lệ hiện mắc với khoảng tin cậy 95%, hiệu chỉnh theo thiết kế mẫu và tỷ lệ tham gia điều tra.

Kết quả: Trong số 87.779 người được mời tham gia nghiên cứu tại 82 điểm điều tra thuộc 55 tỉnh/thành phố, 61.819 (70,4%) người đã được sàng lọc. 2554 (4,1%) có hình ảnh Xquang nghi lao; 2923 (4,7%) được xác định nghi lao qua phỏng vấn. Tổng số 4787 người nghi lao (7,7%) được lấy đờm làm xét nghiệm. Phát hiện 219 ca bệnh lao có kết quả Xpert và/hoặc nuôi cấy dương tính. Kết quả phân tích sơ bộ (thô) cho thấy tỷ lệ hiện mắc lao là 359 / 100.000 người lớn từ 15 tuổi trở lên (95% CI: 290-428). Tỷ suất hiện mắc lao Nam/Nữ là 4,9. Tỷ lệ hiện mắc lao tăng theo nhóm tuổi, cao hơn ở khu vực miền Nam so với miền Bắc và miền Trung. Ước tính tỷ lệ hiện mắc lao trong các nhóm tuổi khoảng 269/100.000 dân.

Kết luận: Tình hình hiện mắc lao tại Việt Nam hiện nay vẫn ở mức cao. Để đạt được mục tiêu chấm dứt bệnh lao vào năm 2030 như Chiến lược Quốc gia Phòng chống lao, CTCLQG cần tăng cường và mở rộng các hoạt động phát hiện, điều trị và dự phòng bệnh lao để đẩy mạnh hơn nữa tốc độ giảm tỷ lệ hiện mắc lao tại Việt Nam.

L'ENQUETE NATIONALE 2EME DE LA PREVALENCE DE LA TUBERCULOSE

RÉSUMÉ

Objectif : Estimer la prévalence de la tuberculose avec la preuve bactérienne au Vietnam à 2017 et estimer la diminution de la prévalence de la tuberculose pulmonaire de 2007/2007 à 2017 au Vietnam

Méthode : C'est une transversale familiale par grappes en plusieurs stades. Toutes les personnes âgées de 15 ans ou plus sont invitées à la interview et à prendre la radiographie pulmonaire. Les personnes qui sont suspectées de la tuberculose (toux > 2 semaines, antécédents du traitement tuberculeux en 2 années récentes ou des lésions tuberculeuses dans la radiographie pulmonaire) sont réalisées le test Xpert, la culture et le frottis. Nous avons estimé la prévalence avec CI 95%, la modification selon le sample et le nombre des participants.

Résultats : Nous avons collecté 87.779 personnes à 82 régions de 55 villes, parmi eux, 61.819 (70,4%) sont participées au dépistage. 2554 (4,1%) ont les lésions tuberculeuses dans la radiographi ; 2923 (4,7%) sont suspectées de la tuberculose par

la interview. 4878 personnes qui sont suspectées de la tuberculose sont recueilli les crachats, parmi eux, 219 patients ont Xpert et/ou culture positive. Les résultats primatifs d'analyse montre que la prévalence de la tuberculose est de 359/100.000 personnes âgées de 15 ans ou plus (95%CI: 290-428). Le ratio de la prévalence selon le sexe : homme/femme 4,9/1. La prévalence de la tuberculose augmente par tranche d'âge et cette prévalence du Nord est plus élevée que celle du Central. L'estimation de la prévalence tuberculeuse dans les tranches d'âge est de 269/100.000 populations.

Conclusion : La prévalence de la tuberculose au Vietnam est encore élevée. Pour atteindre l'objectif de mettre fin à la tuberculose à 2030, le programme national de lutte contre tuberculose doit renforcer et élargir les activités du dépistage, du traitement et de la prévention de la tuberculose afin de diminuer plus fortement la prévalence de la tuberculose au Vietnam.

KẾT QUẢ PHÂN TÍCH GIỮA KỲ NGHIÊN CỨU THĂM DÒ SỬ DỤNG BEDAQUILINE TRONG PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LAO TIỀN SIÊU KHÁNG THUỐC, LAO SIÊU KHÁNG THUỐC, LAO KHÁNG THUỐC KHÔNG DUNG NẠP VỚI MỘT SỐ THUỐC CHỐNG LAO HÀNG 2 TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Mai Phương¹, Hoàng Thị Thanh Thủy¹, Nguyễn Hoàng Anh², Vũ Đình Hòa², Nguyễn Mai Hoa², Nguyễn Bảo Ngọc², Lê Minh Hòa³, Phan Thượng Đạt⁴, Huỳnh Văn Thanh⁵, Nguyễn Việt Nhung¹

¹Bệnh viện Phổi Trung ương; ²Đại học Dược Hà Nội; ³Bệnh viện Phổi Hà Nội; ⁴Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch – TP Hồ Chí Minh; ⁵Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam là một trong những quốc gia có gánh nặng bệnh lao và lao đa kháng thuốc cao (MDR-TB) với tỷ lệ cao kháng với thuốc fluoroquinolones và thuốc tiêm hàng 2. Nhu cầu sử dụng các thuốc chống lao mới để điều trị cho các bệnh nhân tiền siêu kháng và siêu kháng thuốc (pre/XDR-TB) là rất cấp thiết với ước tính khoảng 900 bệnh nhân mỗi năm và một số lượng đáng kể những bệnh nhân MDR-TB không dung nạp phác đồ điều trị chuẩn. Thuốc mới Bedaquiline được bắt đầu sử dụng ở Việt Nam trong nghiên cứu thăm dò từ năm 2015.

Mục tiêu: đánh giá ban đầu tính an toàn và hiệu lực của phác đồ chứa thuốc chống lao mới Bedaquiline điều trị bệnh nhân trưởng thành mắc lao phổi tiền siêu kháng thuốc, lao siêu kháng thuốc, lao kháng thuốc không dung nạp với một số thuốc chống lao hàng 2 tại Việt Nam

Phương pháp: Nghiên cứu theo dõi dọc có điều kiện/không nhóm chứng, thống kê mô tả trên 99 bệnh nhân thu nhận từ tháng 12/2015 tới tháng 03/2017 tại 3 cơ sở: BV Phổi Hà Nội; BV Phạm Ngọc Thạch TPHCM; BV Lao và Bệnh phổi Cần Thơ.

Kết quả: Trong tổng số 99 bệnh nhân được thu nhận vào nghiên cứu, 34 (34%) là bệnh nhân XDR-TB, 42 (42%) là bệnh nhân pre-XDR-TB kháng Fq và 23 (23%) bệnh nhân pre-XDR-TB kháng thuốc tiêm hàng 2. BDQ được dùng trong 6 tháng cho 2/3 số bệnh nhân

và 23 (23%) số bệnh nhân sử dụng kéo dài BDQ tới tối đa 32 tuần. Chuyển âm hóa đờm nuôi cấy sau 6 tháng (180 ngày) điều trị đạt được ở 65 trong tổng số 75 (87%) bệnh nhân có đờm nuôi cấy dương tính ban đầu; 58 (77%) trường hợp chuyển âm hóa trong vòng 90 ngày điều trị. Tới tháng 12/2017. 53 bệnh nhân vẫn đang điều trị, 27 bệnh nhân đã hoàn thành điều trị thành công, 11 bỏ trị, 1 thất bại và 7 tử vong; phân tích nhân quả cho thấy 2 trường hợp tử vong có khả năng liên quan tới phác đồ điều trị chứa thuốc mới BDQ.

Toàn bộ 99 bệnh nhân gặp phải ít nhất 1 biến cố bất lợi, trong đó 26% là biến cố bất lợi nặng. Biến cố thường gặp nhất là hạ canxi huyết (73%), hạ kali huyết (72%), tăng đường huyết (62%) và tăng acid uric máu (51%). Kéo dài khoảng QTcF > 500ms xuất hiện ở 14% số bệnh nhân, chỉ 4 trường hợp cần ngừng thuốc nghi ngờ, 2 trong số đó phải ngừng vĩnh viễn BDQ.

Kết luận: kết quả phân tích sơ bộ cho thấy phác đồ chứa thuốc mới Bedaquiline cho thấy hiệu quả chuyển âm hóa đờm ấn tượng sau 3 và 6 tháng điều trị. Tuy nhiên, cần có biện pháp theo dõi chặt chẽ số bệnh nhân đang điều trị để giải quyết vấn đề tỷ lệ bỏ trị và tử vong còn cao. Việc theo dõi chủ động an toàn thuốc (aDSM) là rất cần thiết, đặc biệt việc theo dõi lâm sàng và xử trí đúng các biến cố liên quan tới rối loạn điện giải và kéo dài khoảng QT.

Từ khóa: Lao phổi tiền siêu kháng thuốc, lao phổi siêu kháng thuốc, bedaquilin

RÉSULTATS D'ANALYSE DE L'UTILISATION DE LA BETAQUILINE DANS LA THÉRAPIE DE PRE-XDR/XDR-TB ET L'INTOLÉRANCE AUX MÉDICAMENTS DE LIGNE DEUXIÈME AU VIETNAM

RÉSUMÉ:

Introduction: Le Vietnam est un pays à forte charge de la TB-MR avec une forte résistance à la fluoroquinolone (Fq) et aux injections injectables de ligne deuxième. Des médicaments nouveaux et réutilisés sont nécessaires de manière urgente pour 900 patients dont on estime qu'ils présentent pré-XDR TB et XDR-TB, ainsi qu'un nombre significatif d'intolérance au traitement standardisé contre la TB-MR. La bédaquiline a été introduite par la cohorte d'étude en 2015.

Méthode: Une évaluation de la sécurité et de l'efficacité des thérapies contenant de la Bédaquiline (Bdq) chez les patients pré-XDR/XDR-TB et TB-MR intolérants à la thérapie de ligne deuxième de décembre 2015 à mars 2017.

Résultats : Nous avons collecté 99 patients dans la thérapie contenant de la Bdq, parmi eux, 34 (34%) étaient XDR-TB, 42 (42%) patients pré-XDR-TB présentant une résistance à la FQ et 23 (23%) patients pré-XDR présentant une résistance aux injections injectables de ligne deuxième. Le Bdq a été administré pendant six mois dans les trois quarts de la cohorte, 23 patients (23,2%) ayant reçu une Bdq prolongée pendant un maximum de 32 semaines. La conversion de la culture à 6 mois (180 jours) de traitement a été atteint chez 65 patients (75%) présentant une culture positive au départ; 58 (77%) dans les 90 jours du traitement. En décembre 2017, 53 étaient en traitement; 27 patients avaient terminé avec

succès, 11 perdus de suivi, 1 échoué et 7 étaient décédés; L'évaluation de la causalité a montré une association probable avec une thérapie contenant de la Bdq dans 02 des décès.

Les 99 patients ont présenté au moins un effet indésirable (EI), 26% étaient grave. Les effets indésirables les plus fréquents étaient l'hypocalcémie (73%), l'hypokaliémie (72%), l'hyperglycémie (62%) et l'hyperuricémie (51%). Un allongement de l'intervalle QTcF > 500 ms est survenu chez 14% des patients; 4 patients doivent arrêter les médicaments suspectés, parmi eux, 2 patients doivent arrêter de manière permanent de la Bdq.

Conclusion: Les résultats primitifs des patients avec la thérapie contenant de la Bdq au Vietnam montre que le taux de la conversion de la culture est impressionnant à 3 mois et 6 mois de traitement. Cependant, on a besoin de mesures du suivi pour faire face aux taux élevés de perte de suivi et de mortalité au cours du traitement. La surveillance et la gestion actives de la sécurité des médicaments sont également essentielles, notamment la surveillance clinique des électrolytes et de l'allongement de l'intervalle QT.

Mots-clés: préXDR-TB, XDR-TB, bedaquiline

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU TRONG LỘ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG THUỐC BẰNG PHÁC ĐỒ NGẮN HẠN CÓ SỬ DỤNG LEVOFLOXACIN TẠI VIỆT NAM

Nhung V. Nguyen^{1,2}, Anh. T.N. Le^{1,2}, Thuy T.T. Hoang¹, Hoa B. Nguyen^{1,2}, Phuong, T.M. Nguyen¹, Huong Nguyen³, Maria Imelda Quelpio³, Agnes Gebhard³

¹Bệnh viện Phổi Trung ương; ²Trung tâm Hợp tác nghiên cứu lao và bệnh phổi Việt Nam;

³Hội chống lao hoàng gia Hà Lan - KNCV

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam là quốc gia có gánh nặng bệnh lao kháng thuốc cao với 75% bệnh nhân được điều trị thành công bằng phác đồ chuẩn 20 tháng (số liệu năm 2015). Ba điểm triển khai nghiên cứu thí điểm ứng dụng phác đồ ngắn hạn có sử dụng Levofloxacin điều trị bệnh nhân lao kháng rifampicin.

Thiết kế nghiên cứu và mục tiêu: Nghiên cứu quan sát sử dụng phác đồ ngắn hạn 9 tháng điều trị bệnh nhân kháng Rifampicin, phác đồ sử dụng: Levofloxacin liều cao, clofazimine, ethambutol và pyrazinamide trong suốt quá trình điều trị, song song với việc sử dụng kanamycin, prothionamide và isoniazid liều cao từ 4 cho đến 6 tháng trong suốt giai đoạn điều trị tấn công.

Phương pháp: Kết quả Xpert xác định bệnh nhân lao phổi kháng Rifampicin đủ tiêu chuẩn thu nhận vào nghiên cứu (tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: không xác định/nghi ngờ kháng Rifampicin, không dung nạp các thuốc sử dụng trong phác đồ ngắn hạn, phụ nữ mang thai, bệnh nghiêm trọng khác,...). Xét nghiệm soi đờm trực tiếp, nuôi cấy và xét nghiệm theo dõi tính an toàn của phác đồ được thực hiện tại thời điểm sàng lọc và các lần tái khám hàng tháng. Xét nghiệm xác định tính nhạy cảm với thuốc hàng hai nhóm fluoroquinolones (FQ) và các thuốc tiêm hàng hai (SLI) cũng được thực hiện khi sàng lọc thu nhận bệnh nhân; nếu kết quả xét nghiệm cho thấy bệnh nhân kháng với một trong các thuốc tiêm SLI, thuốc nhóm FQ, bệnh nhân sẽ được chuyển điều trị phác đồ 20 tháng có chứa Bedaquiline (BQ).

Kết quả: Trong khoảng thời gian từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2016, 116 bệnh nhân lao kháng RR đã được thu nhận điều trị; 84% bệnh nhân thực hiện các xét nghiệm xác định tính nhạy cảm với các thuốc nhóm FQ và SLI; 17 bệnh nhân (15%) được chuyển điều trị phác

đồ chứa BDQ. Trong số 99 bệnh nhân còn lại điều trị bằng phác đồ ngắn hạn, 64% là nam, 81% trong độ tuổi từ 25 – 55 và 99% bệnh nhân không có HIV. Kết quả điều trị thành công đạt 80%, 6 bệnh nhân có kết quả điều trị thất bại, 6 bệnh nhân bị mất dấu và 8 bệnh nhân tử vong.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa liên quan đến giới tính và nhóm tuổi trong nhóm bệnh nhân tử vong; 3 trường hợp tử vong trong vòng 01 tháng kể từ khi đăng ký điều trị, 5 trường hợp còn lại tử vong trong giai đoạn từ 2 – 6 tháng trong quá trình điều trị; 01 bệnh nhân có HIV; kết quả kháng sinh đồ với các thuốc nhóm FQ không có ở 03 trường hợp (01 chết sau khi đăng ký điều trị, 01 trường hợp kết quả nuôi cấy dương tính và 01 trường hợp nuôi cấy cho kết quả ngoại nhiễm), 4 trường hợp còn lại có kết quả nhạy với thuốc lao nhóm FQ, 01 trường hợp kết quả kháng sinh đồ kháng với thuốc nhóm FQ.

Điều trị thất bại được nhận định trong khoảng thời gian từ 6 đến 10 tháng điều trị ở 06 bệnh nhân tuổi từ 31 – 58 (5 bệnh nhân là nam giới); trong đó 02 bệnh nhân không có kết quả kháng sinh đồ với các thuốc FQ (01 kết quả nuôi cấy đờm âm tính và 01 ngoại nhiễm), 3 trong số 6 bệnh nhân kháng sinh đồ nhạy với FQ và SLI, 01 bệnh nhân có kết quả kháng với các thuốc nhóm FQ/SLI được sử dụng trong phác đồ.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điều trị thành công tốt ở bệnh nhân lao kháng thuốc sử dụng phác đồ ngắn hạn có Levofloxacin tại Việt Nam. Để đánh giá một cách toàn diện kết quả điều trị trong lộ bệnh nhân điều trị thí điểm này, nghiên cứu cần tiến hành theo dõi bệnh nhân sau khi kết thúc điều trị. Các xét nghiệm được thực hiện và cho kết quả nhanh chóng góp phần giảm thiểu kết quả điều trị không mong muốn.

RESULTATS PRELIMINAIRES DU TRAITEMENT DE LA LEVOFLOXACINE PAR UNE THERAPIE PLUS COURTE CONTRE LA TB-MR: UNE ETUDE PILOTE OPERATIONNELLE AU VIETNAM

RÉSUMÉ

Introduction : Le Vietnam est un pays à forte charge de la tuberculose multirésistante, avec un taux de succès du traitement de 75% pour le traitement conventionnel de la multirésistance (2015). Trois provinces ont mis à l'essai un régime thérapeutique plus court contenant de la lévofloxacine pour la tuberculose résistante à la rifampicine.

Objectif: c'est une étude observationnelle portant sur un régime thérapeutique standard de 9 mois pour les patients atteints de TB-RR contenant de la lévofloxacine à haute dose, de la clofazimine, de l'éthambutol et du pyrazinamide dans le phase intensif.

Méthode: Les patients atteints de tuberculose RR pulmonaire confirmée par Xpert ont été soumis à des critères d'éligibilité (absence de résistance confirmée/présumée ou d'intolérance aux médicaments d'un régime thérapeutique plus court, grossesse, maladie avancée, etc). Des tests initiaux et mensuels du frottis, de la culture et de la sécurité ont été effectués. Une susceptibilité initiale au médicament de deuxième ligne pour les fluoroquinolones (FQ) et les injectables de deuxième ligne a été réalisée; en cas de résistance, les patients ont été transférés à un régime thérapeutique contenant de la bedaquiline (Bdq) d'une durée de 20 mois.

Résultats: Entre avril et décembre 2016, 116 patients atteints de TB-RR ont commencé un régime thérapeutique plus court; la couverture de la susceptibilité au médicament de deuxième ligne était de 84%; 17 patients (15%) ont ensuite été transférés à un régime thérapeutique contenant du Bdq. Parmi 99 patients retenus un

régime thérapeutique plus court, 64% étaient des hommes, 81% âgés de 25 à 55 ans et 99% négatifs pour le VIH. Le taux de succès était de 80%, 6 patients ont échoué, 6 ont été perdus de vue, 8 sont décédés.

Il n'y avait pas de différence significative dans les décès entre les sexes et les tranches d'âge; 3 sont morts moins d'un mois après le traitement, 5 patients sont morts de 2 à 6 mois; un patient était HIV(+); La susceptibilité de la FQ était inconnue sur 3 (un patient est mort lors de l'inscription, un patient négatif pour la culture, un patient contaminé), 4 étaient susceptibles, 1 résistant.

L'échec a été déclaré entre les mois 6 et 10 chez 6 patients âgés de 31 à 58 ans (5 hommes); le susceptibilité de la PQ inconnue était 2 (1 culture négative, 1 contaminée), 3 étaient susceptibles, 1 résistant.

Conclusions:

Cette étude a montré les bons résultats préliminaires du traitement à régime 9 mois contenant de la lévofloxacine chez des patients atteints de TB-RR au Vietnam. Pour évaluer pleinement les résultats du traitement des patients atteints de TB-RR, un suivi post-traitement plus long est nécessaire. Des tests bactériologiques plus complets et plus rapides sont susceptibles de réduire les résultats défavorables.

BÁO CÁO TIẾN ĐỘ NGHIÊN CỨU VQUIN
“SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH LEVOFLOXACIN TRONG PHÒNG NGỪA LAO KHÁNG ĐA THUỐC Ở NHÓM NGƯỜI TIẾP XÚC HỘ GIA ĐÌNH VỚI BỆNH NHÂN LAO KHÁNG ĐA THUỐC”

Nguyễn Thị Cẩm Bình¹, Nguyễn Việt Nhung⁴, Nguyễn Thu Anh¹, Guy B. Marks^{1,2}, Trần Phương Thủy¹, Nguyễn Bình Hòa⁴, Phạm Đức Cường¹, Greg J. Fox^{1,3}

¹ Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock, Việt Nam; ² Trường Đại học New South Wales, Sydney, Úc; ³ Trường Đại học Sydney, Sydney, Úc; ⁴ Bệnh viện Phổi Trung Ương, Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Giới thiệu: Có nhiều bằng chứng cho thấy rằng việc điều trị lao tiềm ẩn có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát tình trạng lao kháng đa thuốc. Người tiếp xúc hộ gia đình của bệnh nhân lao kháng đa thuốc là người có nguy cơ cao nhiễm vi khuẩn lao và mắc lao kháng thuốc. Do vậy, điều trị những người tiếp xúc hộ gia đình (NTX) mắc lao tiềm ẩn sẽ giúp dự phòng tiến triển lao kháng đa thuốc, và do đó giảm thiểu gánh nặng điều trị nếu họ trở thành bệnh nhân lao kháng đa thuốc. Hiện nay vẫn chưa có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, đối chứng nào đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng mắc lao tiềm ẩn ở nhóm người tiếp xúc hộ gia đình của bệnh nhân lao kháng đa thuốc. Trong bối cảnh đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu VQUIN - là một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng theo cụm, mù kép, so sánh nhóm sử dụng Levofloxacin với nhóm chứng sử dụng placebo (giả dược), được tiến hành trên

cộng đồng nhằm đánh giá hiệu quả của việc điều trị lao tiềm ẩn trong nhóm người tiếp xúc của bệnh nhân lao kháng đa thuốc. Nghiên cứu được thực hiện lồng ghép với chương trình điều trị lao kháng đa thuốc tại 132 đơn vị chống lao quận huyện trên 10 tỉnh thành Việt Nam bao gồm Hà Nội, Nam Định, Thanh Hóa, Quảng Nam, Đà Nẵng, Khánh Hòa, TP. Hồ Chí Minh, Tiền Giang, An Giang, Cần Thơ, dự kiến kéo dài 5 năm từ tháng 7/2015 đến 7/2020. Mục tiêu chính của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả của thuốc kháng sinh Levofloxacin (LEV) trong điều trị lao tiềm ẩn ở nhóm người tiếp xúc hộ gia đình của bệnh nhân lao kháng đa thuốc.

Báo cáo tiến độ thực hiện:

1) Tiến độ triển khai:

Nghiên cứu VQUIN được chính thức triển khai tại Hà Nội từ tháng 3/2016 và sau đó triển khai rộng đến 9 tỉnh còn lại từ tháng 4/2016 đến tháng 5/2017. Đến nay, nghiên cứu đang được thực hiện tại 9 tỉnh/thành và 20 Quận/Huyện tại TP. Hồ Chí Minh.

2) Tiến độ thu nhận:

Tính đến tháng 7/2018, nghiên cứu đã thu nhận được 1.043 bệnh nhân lao kháng đa thuốc và 2.462 người tiếp xúc hộ gia đình, trong đó có 1.273 người tiếp xúc hộ gia đình đủ tiêu chuẩn điều trị được phân bổ ngẫu nhiên để nhận thuốc, đạt 63% so với chỉ tiêu phân bổ ngẫu nhiên toàn dự án.

3) Số liệu sàng lọc và theo dõi sơ khởi:

| | |
|---|------|
| Tỷ lệ % BN đồng ý tham gia NC | 65% |
| Tỷ lệ % NTX đồng ý tham gia NC | 96% |
| Tỷ lệ NTX/BN được PBNN | 1.27 |
| Tỷ lệ NTX được PBNN trong tổng số NTX được thu nhận | 53% |
| Số ca biến cố bất lợi (30/07/2018) | 140 |
| Số ca nghi lao (30/07/2018) | 243 |

4) Tỷ lệ tiêm Mantoux dương tính ở nhóm người tiếp xúc hộ gia đình thu nhận tại 10 tỉnh/thành trong nghiên cứu

| Nhóm | TST dương tính/Quay lại đọc, n (%), ngưỡng dương tính 10 mm | Nhóm | TST dương tính/Quay lại đọc, n (%), ngưỡng dương tính 10 mm |
|--------------------|---|------------------|---|
| Tuổi <15 | | Tuổi ≥15 | |
| Tổng số | 231/398 (58.0) | Tổng số | 1257/1606 (78.3) |
| Nhóm tuổi | | Nhóm tuổi | |
| <2 | 7/13 (53.8) | <30 | 328/429 (76.5) |
| 2-4 | 25/87 (28.7) | 30-39 | 270/340 (79.4) |
| 5-9 | 64/135 (47.4) | 40-49 | 233/286 (81.5) |
| 10-14 | 135/163 (82.8) | ≥50 | 426/551 (77.3) |
| Giới tính | | Giới tính | |
| Nam | 134/234 (58.0%) | Nam | 483/594 (81.3) |
| Nữ | 97/164 (42.0%) | Nữ | 774/1012 (76.5) |

5) Các khó khăn, thách thức chính trong sàng lọc & thu nhận bệnh:

- Mức độ hiểu biết của cán bộ y tế và người tham gia nghiên cứu về tầm quan trọng của điều trị lao tiềm ẩn
- Mức độ tuân thủ điều trị của người tiếp xúc hộ gia đình
- Khó khăn trong việc đánh giá và báo cáo biến cố bất lợi ở quy mô cộng đồng

RAPPORT DE RECHERCHE VQUIN
"L'UTILISATION DE MEDICAMENTS DE LA LEVOFLOXACINE DANS LA
PREVENTION DE LA TB-MR CHEZ LES CONTACTS FAMILIAUX AUX
PATIENTS TB-MR"

RÉSUMÉ

Il est prouvé que le traitement de la tuberculose latente joue un rôle important dans le contrôle de la multirésistance aux médicaments. Les contacts familiaux des patients atteints de tuberculose multirésistante présentent un risque élevé d'infection tuberculeuse et de tuberculose résistante aux médicaments. Ainsi, un traitement des contacts familiaux à la tuberculose latente aidera à prévenir la progression de la TB multirésistante et réduira ainsi la charge du traitement si ils deviennent des patients TB-MR. Il n'y a actuellement aucun essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité de la prévention de la TB latente chez les contacts familiaux des patients TB-MR.

Dans ce contexte, nous avons réalisé l'étude VQUIN - un essai randomisé, en double aveugle, contrôlé (la lévofloxacine) versus placebo dans la communauté avec le but d'évaluer l'effet du traitement tuberculeux latent dans les contacts tuberculeux multirésistants. L'étude a été menée en association avec des programmes de lutte contre la tuberculose multirésistante dans 132 sites de 10 provinces du Viet Nam, dont Hanoi, Nam Dinh, Thanh Hoa, Quang Nam, Da Nang, Khanh Hoa, Ho Chi Minh Ville, Tien Giang, An Giang, Can Tho, devrait durer 5 ans, de 7/2015 à 7/2020. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité de la lévofloxacine dans le traitement de la tuberculose latente chez les contacts familiaux des patients TB-MR.

ĐO LƯỜNG MỨC ĐỘ BÁO CÁO THIẾU VÀ ƯỚC TÍNH TỶ LỆ MỚI MẮC LAO TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Bình Hòa

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Người ta ước tính các chương trình chống lao quốc gia bỏ sót tới ba triệu ca mới mắc lao mỗi năm trên toàn thế giới, tuy nhiên mức độ báo cáo thiếu các ca mắc lao ở những nơi có gánh nặng bệnh lao lớn vẫn hầu như là một ẩn số. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu ước tính mức độ báo cáo thiếu các ca bệnh lao người lớn và trẻ em trên hệ thống báo cáo của CTCLQG tại Việt Nam, đồng thời so sánh sự đầy đủ của số liệu dựa trên báo cáo giấy và số liệu trên hệ thống VITIMES của CTCLQG; mô tả những khu vực có báo cáo thiếu nhiều nhất; xác định các yếu tố liên quan đến vấn đề báo cáo thiếu và ước tính tỷ lệ mới mắc lao trong người lớn và trẻ em tại Việt Nam.

Nghiên cứu được triển khai ở 13 tỉnh (Cần Thơ, Long An, Ninh Thuận, Quảng Bình, Quảng Ngãi, Bến Tre, Nghệ An, Quảng Trị, Ninh Bình, Hà Nội, Đắk Lak, Gia Lai, Điện Biên) và 5 quận của Thành phố Hồ Chí Minh (Bình Thạnh, Củ Chi, Quận 4, Quận 6 và Gò Vấp). Tất cả cơ sở y tế (trong và ngoài CTCLQG) đang cung cấp dịch vụ chẩn đoán và/hoặc điều trị cho bệnh nhân lao tại các

tỉnh được lựa chọn vào nghiên cứu. Ở các cơ sở ngoài CTCLQG, các ca bệnh được ghi nhận trong 3 tháng từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2016 được đối chiếu với các ca bệnh đăng kí trong CTCLQG để tính toán tỷ lệ báo cáo thiếu và tỷ lệ mới mắc lao.

Sau khi kết nối bản ghi giữa các khu vực, tổng cộng 7779 ca bệnh không trùng lặp đã được ghi nhận trong giai đoạn nghiên cứu (72.8% bởi CTCLQG, 26.8% bởi y tế công ngoài CTCLQG và 10% bởi y tế tư nhân). Tỷ lệ báo cáo thiếu ca bệnh lao nói chung là 30.9% (95% CI: 14%-39%), trong đó tỷ lệ này ở nhóm bệnh lao có bằng chứng vi khuẩn học là 9.5% (5.6%-14.0%). Có 207 trẻ em dưới 15 tuổi bị lao được ghi nhận ở các cơ sở y tế ngoài CTCLQG trong nghiên cứu này, chiếm 2.4%. Trong số trẻ này, 8.2% được chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn học, 91.8% được chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Tỷ lệ báo cáo thiếu ở trẻ dưới 15 tuổi là 35.2%. Số liệu VITIMES theo từng ca bệnh đang được tiếp tục cập nhật để có thể tính toán chính xác hơn tỷ lệ mới mắc lao bằng phương pháp bắt-bắt lại.

MESURER DE SOUS-RAPPORT ET ESTIMER L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE AU VIETNAM

RÉSUMÉ

On estime que les programmes nationaux de lutte contre tuberculose dans le monde ont échappé trois millions de nouveaux cas de tuberculose chaque année, mais le nombre de cas sous-rapport dans les pays à forte charge de tuberculose est toujours un mystère. L'objectif de cette étude est d'estimer le nombre de cas tuberculeux sous-rapport chez l'adulte et chez l'enfant dans le système du rapport de Programme National de Lutte contre Tuberculose (PNT) au Viet Nam et comparer l'adéquation des données en papier et données sur le système VITIMES du PNT; décrire les sites sous-rapport; identifier les facteurs associés à sous-rapport et estimer l'incidence de la tuberculose chez les adultes et les enfants au Viet Nam.

L'étude a été réalisée dans 13 provinces (Can Tho, Long An, Ninh Thuan, Quang Binh, Quang Ngai, Ben Tre, Nghe An, Quang Tri, Ninh Binh, Ha Noi, Dak Lak, Gia Lai, Dien Bien) et dans 5 districts de Ho Chi Minh ville (Binh Thanh, Cu Chi, District 4, District 6 et Go Vap). Tous les établissements médicaux (à l'intérieur et à l'extérieur du PNT) fournissent des services de diagnostic et/ou de traitement aux patients. Dans les lieux en dehors du PNT, les cas pendant 3 mois d'octobre à décembre 2016 sont comparés aux cas du PNT afin d'estimer le taux sous-rapport et l'incidence tuberculeuse.

Après la connexion des données entre les sites, il y a 7779 cas qui ont été enregistrés au cours de la période d'étude (72,8% du PNT, 26,8% de la santé publique en dehors du PNT et 10% du secteur de la santé privé). Le taux de sous-rapport est de 30,9% (IC 95%: 14%- 39%), celui avec l'épreuve bactériologiques est de 9,5% (5,6% à 14,0%). Dans cette étude, 207 enfants tuberculeux de moins de 15 ans en dehors du PNT représentent de 2,4%. Parmi ces enfants, 8,2% ont été diagnostiqués avec des preuves bactériologiques, 91,8% ont été diagnostiqués cliniquement. Le taux sous-rapport chez les enfants de moins de 15 ans est de 35,2%. Les données VITIMES pour chaque cas sont en cours de mise à jour afin d'estimer plus précisément de l'incidence par la méthode «capture-recapture».

KẾT QUẢ BAN ĐẦU TRIỂN KHAI DỰ ÁN ZERO TB VIỆT NAM “MÔ HÌNH TOÀN DIỆN PHÁT HIỆN VÀ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LAO TẠI CÁC THÀNH PHỐ LỚN”

Lê Văn Hội, Võ Nguyễn Quang Luân

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết hợp các đối tác kỹ thuật và các tổ chức cộng đồng trong việc mở rộng và thực hiện mô hình chăm sóc bệnh nhân lao tích cực, toàn diện, và dựa vào cộng đồng tại 3 thành phố (TP. Hồ Chí Minh, Hải Phòng và Hội An) ở Việt Nam; từ đó tạo ra bằng chứng cho mô hình can thiệp có tính bền vững và có thể nhân rộng trên toàn quốc để chấm dứt bệnh lao ở Việt Nam.

Phương pháp tiếp cận: Tăng cường phát hiện ca lao ở Thành phố Hồ Chí Minh, Hải Phòng và thúc đẩy chấm dứt bệnh lao (tỉ lệ mắc dưới 20/100.000 dân) ở Hội An thông qua tăng cường hoạt động tìm kiếm ca bệnh chủ động, áp dụng kỹ thuật tiên tiến để cải thiện chất lượng chẩn đoán, dự phòng và điều trị nhiễm lao tiềm ẩn, và chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm.

Kết quả: Từ tháng 1/7/2017 tới 30/6/2018, nghiên cứu đã sàng lọc (bằng bộ câu hỏi) được 199.974 người. Qua đó đã phát hiện 32.905 người có đủ điều kiện chụp X-quang và 23.432 người được xét nghiệm lao.

Có 482 bệnh nhân lao có bằng chứng vi khuẩn học được phát hiện và trong số đó 389 bệnh nhân được điều trị lao. Trong các chỉ số này gồm sàng lọc chủ động bằng Xquang lưu động cho 22.120 đối tượng, phát hiện 176 bệnh nhân lao có bằng chứng vi khuẩn học (tỉ lệ 0,8% đối tượng sàng lọc). Tác động dự án so sánh với xu hướng 3 năm và địa bàn chứng là tăng thu dung điều trị bệnh nhân lao có bằng chứng vi khuẩn học 494 ca (+17%) và cả thể tăng 349 ca (+10%). Trong việc chăm sóc bệnh nhân toàn diện, dự án đã hỗ trợ 25.910 phim Xquang và hỗ trợ tiền mặt cho 31 hộ gia đình bệnh nhân khổ nghèo để giảm thiểu tỉ lệ bỏ trị và tăng tỉ lệ điều trị thành công. Sàng lọc phát hiện lao tiềm ẩn cho 1.927 người tiếp xúc hộ gia đình đã phát hiện 763 ca có TST dương tính. 140 trẻ em dưới 5 tuổi được thu dung điều trị lao tiềm ẩn.

Kết luận: Can thiệp đã mang lại những kết quả tích cực trong việc tìm kiếm, phát hiện và báo cáo ca bệnh lao ở 3 thành phố. Tỉ lệ báo cáo ca bệnh lao ở các quận can thiệp đều tăng cao hơn so với quận chứng và so với cùng kỳ các năm trước. Những giải pháp mới (chiến lược X-Quang lưu động, phối hợp sàng lọc tại các cơ sở khám chữa bệnh) được đề xuất để tăng hiệu suất phát hiện ca bệnh lao đồng thời tăng cường các hoạt động phát hiện và thu dung điều trị lao tiềm ẩn sẽ được thực hiện trong thời gian tới.

**PREMIERS RESULTATS DU PROJET ZERO TB VIETNAM
"MODELE COMPLET POUR LA DETECTION ET LE TRAITEMENT DES PATIENTS
TUBERCULEUX DANS LES GRANDES VILLES"**

RÉSUMÉ

Objectif: intégrer les partenaires techniques et les organisations communautaires à l'extension et à la mise en œuvre de soins intensifs de la tuberculose, à base communautaire, dans trois villes (Ho Chi Minh, Hai Phong et Hoi An) au Vietnam; Cela fournit la preuve d'un modèle d'intervention durable et reproductible dans le pays pour mettre en fin la tuberculose au Viet Nam.

Méthode: Détecter des cas de tuberculose à Ho Chi Minh ville, Hai Phong et promouvoir la mise en fin de la tuberculose (le taux de la tuberculose moins de 20/100.000 personnes) à Hoi An ville grâce à une meilleure recherche des cas. Appliquer des techniques avancées pour améliorer la qualité du diagnostic, de la prévention et du traitement de l'infection tuberculeuse latente et des soins centrés sur le patient.

Résultats: Du 1/7/2017 au 30/6/2018, l'étude a été examinée (par questionnaire) 199.974 personnes. Il y avait 32.905 personnes éligibles pour les rayons X et 23.432 personnes pour le test de la tuberculose. 482 patients tuberculeux avec une preuve bactériologiques ont été identifiés et 389 d'entre eux ont reçu un traitement antituberculeux. Le dépistage actif par rayons X mobile est réalisé chez 22.120 sujets, 176 patients tuberculeux présentant des preuves bactériologiques (dépistage à 0,8%). Sur les soins complets aux patients, le projet a soutenu 25.910 radiographies pulmonaires et une aide financière à 31

familles pauvres afin de réduire le taux d'échec du traitement et d'augmenter le taux de succès du traitement. Le dépistage de la tuberculose latente chez 1.927 contacts familiaux a révélé 763 cas de Test cutané à la tuberculine positifs. 140 enfants de moins de 5 ans ont été traités pour un traitement antituberculeux latent.

Conclusion: les interventions ont donné des résultats positifs dans la détection, l'identification et le rapport des cas de tuberculose dans trois villes. Les taux de prévalence de la tuberculose dans tous les districts intervenus étaient plus élevés que ceux dans les districts contrôlés et à la même période des années précédentes. De nouvelles solutions (stratégies de mobilité par rayons X, dépistage combiné dans les établissements de santé) sont proposées pour accroître l'efficacité de la détection des cas de tuberculose et renforcer les activités de détection et de traitement de la tuberculose latent.

Dr Sophie DUMETRE-LAROU MAGNE,

Service d'oncologie thoracique- maladies de la plèvre et pneumologie interventionnelle, Hôpital Nord (AP-HM), CHU Marseille, France

Sophie.laroumagne@ap-hm.fr

RÉSUMÉ

L'incidence des pleurésies infectieuses n'a cessé de diminuer durant la majeure partie du XXème siècle en raison des progrès de l'antibiothérapie. Toutefois, depuis les années 1990, on observe une augmentation constante de son incidence à travers le monde. Si les pleurésies parapneumoniques sont l'étiologie majoritaire des pleurésies infectieuses (50 à 80% des cas), cinq autres mécanismes d'invasion pleurale par les bactéries sont possibles. On retiendra principalement : 1) la contamination directe de l'espace pleural à partir d'une brèche de la plèvre pariétale d'origine post-traumatique ou iatrogène (6 à 26%), 2) une atteinte de la plèvre viscérale avec contamination bactérienne en relation avec une lésion cancéreuse ou après radiothérapie (<10%). Plus rarement, l'infection pleurale peut être secondaire à : 3) une diffusion hématogène (bactériémie), 4) une atteinte médiastinale (fistule œsopleurale, rupture œsophagienne, médiastinite) ou 5) faire suite à une diffusion bactérienne transdiaphragmatique à partir d'un foyer infectieux intra-abdominal (<10%).

Une identification microbiologique est possible dans environ 50% des cas. En plus de la culture standard, il est nécessaire d'ensemencer du liquide sur flacon d'hémoculture et d'envoyer des biopsies pleurales en culture. Cela permet d'augmenter la rentabilité diagnostique de plus de 20%. L'épidémiologie microbienne des pleurésies infectieuses a considérablement évolué au cours du temps. Actuellement, les pathogènes en cause apparaissent beaucoup plus variés et sont dépendants de l'âge, des comorbidités, de l'origine géographique et du caractère communautaire ou nosocomial de l'infection. Ainsi en Asie, chez l'adulte, les Cocci Gram-positifs sont retrouvés dans près de 53% des

prélèvements positifs et les bacilles Gram-négatifs dans 49% des prélèvements.

La prise en charge thérapeutique de pleurésies infectieuses repose sur une antibiothérapie adaptée, une évacuation de la plèvre, une prise en charge précoce d'une dénutrition et des comorbidités et enfin sur de la kinésithérapie pleurale et respiratoire pour éviter les séquelles.

Trois phases sont ainsi décrites pour définir l'atteinte pleurale : 1) la phase exsudative, 2) la phase fibrinopurulente et 3) la phase tardive organisée avec formation d'un tissu cicatriciel. L'évolution du stade exsudatif au stade fibrinopurulent peut être très rapide (parfois quelques heures), l'évolution vers le stade organisé étant plus longue (une à plusieurs semaines).

Il faut donc prendre en charge précocement ces patients afin d'éviter les complications. La ponction pleurale précoce aide à la prise de décision thérapeutique. Mais c'est probablement grâce à l'échographie thoracique que l'on pourra améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette pathologie. L'échographie thoracique au lit du patient par le clinicien est un examen sensible et performant dans les pleurésies. La sensibilité de l'échographie est supérieure à l'examen clinique et à la radiographie thoracique. L'étude prospective de Lichtenstein et al. (2004) en réanimation retrouvait une sensibilité et une spécificité de 92 et 93% pour l'échographie, 39 et 85% pour la radiographie et 42 et 90% pour l'auscultation. Tasci et al. retrouvaient des chiffres similaires en 2016 avec une sensibilité de l'échographie de 100%, contre 81% pour la radiographie et 59% pour l'auscultation. L'échographie permet la détection précoce du multicloisonnement au sein de la pleurésie. Chen et al. (2000), sur une étude prospective de 183 patients, retrouvaient un impact pronostique du

multicloisonnement échographique avec une durée de séjour plus longue (35 vs. 27 j), une durée de drainage plus longue (13 vs. 7 j) et un recours à la chirurgie plus élevé (24 vs. 7%).

L'échographie apporte donc des informations plus précises que l'examen clinique et la radiographie thoracique sur l'évaluation initiale d'une pleurésie infectieuse. En particulier, la détection précoce du multicloisonnement permet le diagnostic rapide de complication.

Pour les pleurésies parapneumoniques compliquées (guidelines BTS 2010), la prise en charge repose sur une ponction pleurale et, en cas de cloisonnement, de pus ou de

culture positive, sur la mise en place d'un drain thoracique. On sait également aujourd'hui que le drainage seul ne suffit pas. Pour améliorer le pronostic de ces patients, il faut soit réaliser des lavages pleuraux au sérum physiologique, soit introduire des fibrinolytiques parfois associés à la DNase. Dans tous les cas, l'évaluation de l'efficacité (clinique, biologique) doit être précoce, dans les 72 heures de la prise en charge. En cas d'échec, une discussion médico chirurgicale doit être réalisée et s'appuyer sur les données d'un scanner thoracique. Si l'indication chirurgicale est retenue, la chirurgie thoracique doit être réalisée précocement.

Dr Sophie DUMETRE-LAROUAGNE,

khoa Ung bướu lồng ngực - bệnh màng phổi và phổi can thiệp, Bệnh viện Nord (AP-HM), Đại học Marseille, Pháp

TÓM TẮT

Tỷ lệ viêm màng phổi do nhiễm trùng đã không ngừng giảm trong phần lớn thế kỷ XX do những tiến bộ trong liệu pháp kháng sinh. Tuy nhiên, kể từ những năm 1990, đã có một sự gia tăng ổn định về tỷ lệ mắc bệnh trên toàn thế giới.

Nếu viêm màng phổi cận viêm phổi vẫn là nguyên nhân chủ yếu trong các bệnh viêm màng phổi do nhiễm trùng (50 đến 80% trường hợp), năm cơ chế khác để vi khuẩn xâm nhập vào màng phổi vẫn có thể xảy ra. Chủ yếu là: 1) lây nhiễm trực tiếp vào khoang màng phổi từ một lỗ hổng trên màng phổi thành sau chấn thương hoặc do thầy thuốc gây ra (6-26%), 2) lây nhiễm vi khuẩn vào màng phổi lá tạng do tổn thương ung thư hoặc sau xạ trị (<10%). Hiếm hơn nữa, nhiễm trùng màng phổi có thể là thứ phát: 3) qua đường máu (nhiễm khuẩn huyết), 4) bệnh lý trung thất (lỗ rò thực quản-màng phổi, vỡ thực quản, viêm trung thất) hoặc 5) sự lan tỏa của vi khuẩn qua cơ hoành có nguồn gốc từ một ổ nhiễm trùng trong ổ bụng (<10%).

Có thể xác định được vi sinh vật gây bệnh trong khoảng 50% các trường hợp. Bên cạnh việc nuôi cấy tiêu chuẩn, cần cấy dịch màng phổi vào bình cấy máu và gửi bệnh phẩm sinh thiết màng phổi để nuôi cấy. Điều này làm tăng khả năng chẩn đoán lên hơn 20%. Dịch tễ học vi sinh vật trong viêm màng phổi do nhiễm trùng đã phát triển đáng kể theo thời gian. Hiện nay, các tác nhân gây bệnh xuất hiện đa dạng hơn và phụ thuộc vào lứa tuổi, bệnh đồng mắc, nguồn gốc địa lý và đặc tính cộng đồng hoặc đặc điểm nhiễm trùng bệnh viện. Ở châu Á, với người lớn, các liên cầu Gram dương được tìm thấy trong gần 53% mẫu dương tính và trực khuẩn Gram âm thấy trong 49% mẫu.

Việc điều trị viêm màng phổi do nhiễm trùng dựa trên liệu pháp kháng sinh thích hợp, tháo dịch màng phổi, quản lý sớm suy dinh dưỡng và bệnh đồng mắc, và cuối cùng dựa trên vật lý trị liệu màng phổi và trị liệu hô hấp để ngăn ngừa di chứng.

Do đó, ba giai đoạn được mô tả để xác định tổn thương ở màng phổi: 1) giai đoạn xuất tiết, 2) giai đoạn lắng đọng fibrin hình thành mũ và 3) giai đoạn muộn tổ chức hóa với sự hình thành mô sẹo. Sự tiến triển của giai đoạn xuất tiết thành giai đoạn lắng đọng fibrin hình thành mũ có thể rất nhanh (đôi khi một vài giờ), tiến triển tới giai đoạn tổ chức hóa sẽ kéo dài hơn (một vài tuần).

Do đó, cần phải chăm sóc sớm những bệnh nhân này để tránh các biến chứng. Chọc dịch màng phổi sớm sẽ giúp ra quyết định điều trị. Nhưng có lẽ là nhờ siêu âm lồng ngực mà người ta có thể cải thiện việc đưa ra chẩn đoán và điều trị căn bệnh này. Siêu âm lồng ngực tại giường bệnh nhân được thực hiện bởi bác sĩ là một xét nghiệm có độ nhạy cao và hiệu quả trong viêm màng phổi. Độ nhạy của siêu âm vượt trội so với khám lâm sàng và chụp X quang ngực. Nghiên cứu tiên cứu của Lichtenstein và cộng sự (2004) tại khoa hồi sức cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm là 92% và 93%, của XQ là 39% và 85% và với nghe phổi là 42% và 90%. Tasci và cộng sự cho thấy những kết quả tương tự trong năm 2016 với độ nhạy của siêu âm là 100%, so với 81% đối với chụp X quang và 59% với nghe phổi. Siêu âm cho phép phát hiện sớm dấu hiệu vách hóa trong viêm màng phổi. Chen và cộng sự (2000), trên một nghiên cứu tiên cứu với 183 bệnh nhân, cho thấy tác động mang tính tiên lượng của dấu hiệu vách hóa trên siêu âm với thời gian nằm viện kéo dài hơn (35 ngày so với 27 ngày), thời

gian dẫn lưu (13 ngày so với 7 ngày) và tỉ lệ cần phẫu thuật cao hơn (24% so với 7%).

Vì vậy, siêu âm mang tới những thông tin chính xác hơn so với khám lâm sàng và XQ ngực trong việc đánh giá ban đầu viêm màng phổi do nhiễm trùng. Đặc biệt, việc phát hiện sớm dấu hiệu vách hóa cho phép chẩn đoán nhanh các biến chứng.

Đối với viêm màng phổi cận viêm phổi phức tạp (guideline BTS 2010), điều trị dựa trên chọc dịch màng phổi và, trong trường hợp vách hóa, có mũ hoặc nuôi cấy dương tính, điều trị dựa trên việc mở màng phổi. Ngày nay chúng ta cũng biết

được rằng chỉ dẫn lưu là không đủ. Để cải thiện tiên lượng trên những bệnh nhân này, cần phải hoặc tiến hành rửa màng phổi bằng huyết thanh sinh lý, hoặc đưa yếu tố tiêu fibrin đôi khi có kèm theo DNase. Trong tất cả các trường hợp, việc đánh giá độ hiệu quả (lâm sàng, sinh hóa) cần phải thực hiện sớm trong vòng 72 giờ điều trị. Trong trường hợp thất bại, hội chẩn với bác sĩ phẫu thuật cần phải được thực hiện và dựa vào những thông tin từ CT ngực. Nếu có chỉ định, phẫu thuật lồng ngực cần phải được thực hiện sớm.

Dominique Muller*Metz, Pháp***TÓM TẮT**

Hội chứng này được Kartagener mô tả vào năm 1933, là sự kết hợp của tình trạng đảo ngược phủ tạng, viêm xoang mạn tính và giãn phế quản. Đây là bệnh lý hiếm gặp (tỉ lệ 1/20000 đến 1/32000 ở trẻ sơ sinh), có sự kết hợp của rối loạn vận động lông chuyển nguyên phát (1/16000 ở trẻ sơ sinh) và đảo ngược phủ tạng (1/7000 ở trẻ sơ sinh).

Chúng tôi báo cáo trường hợp của một nam giới được theo dõi trong 29 năm và có chẩn đoán đảo ngược phủ tạng được xác định bằng siêu âm trước sinh. Các vấn đề về phế quản phổi tương tự như bệnh nhày nhớt, đặc biệt là sự xâm nhập của *Pseudomonas*, rối loạn thông khí tắc nghẽn, chăm sóc vật lý trị liệu, vô sinh.

Ngoài các giả định trên lâm sàng, chẩn đoán được dựa trên việc quan sát thấy sự bất động của lông chuyển bằng microcinema và dựa trên nghiên cứu siêu cấu trúc (trong ca bệnh của chúng tôi, không có cánh tay bên trong của dynein).

Chẩn đoán có thể được hoàn thiện bằng nghiên cứu di truyền nhưng hơn 30 gen đã được mô tả là có khả năng liên quan. Tư vấn di truyền được thêm vào phần điều trị.

Chúng tôi có các khuyến cáo chính thức về điều trị (Haute Autorité de Santé, Pháp) và có danh sách về mặt dịch tễ học của Pháp với hơn 700 ca bệnh.

Nếu chẩn đoán hội chứng Kartagener nhanh chóng được gợi ý vì tình trạng đảo ngược phủ tạng và các vấn đề hô hấp, sẽ khó khăn hơn trong trường hợp rối loạn vận động lông chuyển nguyên phát cùng với các vấn đề hô hấp ở mức trung bình. Việc tìm kiếm rối loạn vận động lông chuyển nguyên phát là một phần của quá trình chẩn đoán các vấn đề hô hấp tái phát ở trẻ em, khi việc tìm kiếm các bệnh thông thường (dị ứng, bệnh nhày nhớt...) và điều trị bị thất bại.

Dr. Dominique Muller

Metz, France

RÉSUMÉ

Le Syndrome, décrit en 1933 par Kartagener, associe un situs inversus, une sinusite chronique et des bronchectasies. C'est un tableau rare (1/20000 à 1/32000 naissances) combinant une dyskinésie ciliaire primitive (DPC) (1/16000 naissances) et un situs inversus (1/7000 naissances).

Nous rapportons le cas d'un garçon suivi depuis 29 ans et dont le diagnostic de *situs inversus* a été porté par échographie prénatale. Les problèmes broncho-pulmonaires sont voisins de ceux de la mucoviscidose avec, en particulier, la colonisation par *Pseudomonas*, le trouble ventilatoire obstructif, les soins de kinésithérapie, la stérilité.

Outre la présomption clinique, le diagnostic repose sur l'observation de l'immotilité ciliaire en microcinéma et sur l'étude ultrastructurale (dans notre cas, l'absence du bras interne de dynéïne).

Il peut être complété par l'étude génétique mais plus de 30 gènes sont décrits comme pouvant être impliqués. Le conseil génétique est intégré à la prise en charge.

Nous disposons de recommandations officielles pour la prise en charge (Haute Autorité de Santé, France) et d'un registre épidémiologique français de plus de 700 cas.

Si le diagnostic de Syndrome de Kartagener est vite évoqué du fait du situs inversus et des problèmes respiratoires, il est plus difficile en cas de dyskinésie ciliaire primitive avec problèmes respiratoires modérés. La recherche de DCP fait partie de la démarche diagnostique des problèmes respiratoires répétés chez l'enfant, lorsque les recherches habituelles (allergies, mucoviscidose...) et la prise en charge sont en échec.

Lê Tiến Dũng

TÓM TẮT

Viêm phổi cộng đồng thường có tác nhân gây bệnh là *S. pneumonia*, *H. influenza*, *M. catarrhalis*. Ngoài ra, ở vùng châu Á trong đó có Việt nam, có sự gia tăng những tác nhân vi khuẩn đề kháng kháng sinh cao như *P. aeruginosa*, *K.pneumonia*... Việt nam cũng là vùng có phế cầu kháng thuốc cao.

Những viêm phổi cộng đồng nặng nhập viện, vi khuẩn thường gặp là *S. pneumonia* và các vi khuẩn đa kháng khác. Việc điều trị cần tích cực, sử dụng kháng sinh trúng đích hướng về những vi khuẩn đa kháng

RÉSUMÉ

Dans la pneumonie acquise en communauté, les bactéries communes sont *S. pneumonia*, *H. influenza*, *M. catarrhalis*. En outre, en Asie, y compris le Vietnam, il y a de plus en plus de bactéries à résistance aux médicaments, telles que *P. aeruginosa*, *K. pneumonia*. Le Vietnam est également une région ayant une pneumonie à streptocoque résistante à la pénicilline.

Dans les cas de pneumonie grave hospitalisée, les bactéries communes est *S.pneumonie* et d'autres bactéries à résistance aux médicaments. Le traitement nécessite un traitement intensif avec des antibiotiques ciblé à la bactérie à résistance aux médicaments

TÁC NHÂN VI SINH GÂY NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP DƯỚI CỘNG ĐỒNG CẤP TÍNH KHÔNG NHẬP VIỆN - KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TỪ NGHIÊN CỨU EACRI

P.H.Vân^{1,7*}, N.V.Thành², T.V.Ngọc³,
N.Đ.Duy⁴, L.T.T.Huong⁵,
C.T.M.Thúy⁶, L.T.K.Thảo¹, N.T.H.Thảo¹,
P.T.Hương⁸, P.Q.Camelia⁹, P.T.Son⁹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay trong nước chưa có dữ liệu về phổ tác nhân vi sinh gây nhiễm trùng hô hấp dưới cộng đồng không phải nhập viện vì đây là các đối tượng không có chỉ định làm xét nghiệm vi sinh, trong khi đó dữ liệu như vậy lại rất cần thiết để giúp các bác sĩ cho chỉ định điều trị kháng sinh.

Mục tiêu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nuôi cấy và real-time PCR để phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh có trong mẫu đàm tin cậy lấy từ các bệnh nhân được lâm sàng chẩn đoán nhiễm trùng hô hấp dưới cấp tính không cần nhập viện.

Đối tượng và phương pháp: Đây là nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện đa trung tâm với sự tham gia của 4 trung tâm lâm sàng và 1 phòng thí nghiệm trung tâm. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được lâm sàng chẩn đoán là nhiễm trùng hô hấp dưới cấp tính không cần thiết phải nhập viện và có đủ các tiêu chuẩn đưa vào cũng như đồng ý tham gia nghiên cứu. Mẫu bệnh phẩm được làm xét nghiệm là mẫu đàm và phương pháp xét nghiệm là nuôi cấy và real-time PCR để phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh. Ngoài ra mẫu quét mũi sau cũng được lấy để làm xét nghiệm real-time PCR phát hiện tác nhân virus.

Kết quả và bàn luận: Trong thời gian từ 1/2017 đến 2/2018 đã có 157 mẫu đàm lấy từ 157 bệnh nhân được khảo sát. Phối hợp cả hai kết quả nuôi cấy và real-time PCR thì có đến 144 (91.7%) trường hợp phát hiện được tác nhân vi sinh gây bệnh trong đó phát hiện đơn tác nhân là 24 trường hợp (15.3%) với *S. pneumoniae* chiếm đa số là 11 (7.0%) và *H. influenzae* là 9 (5.7%) và phát hiện đa tác nhân trong 120 (76.4%) trường hợp với đa số là có hiện diện *S. pneumoniae* và hay *H. influenzae* hoặc là phối hợp với nhau hoặc là phối hợp với tác nhân khác. Kết quả cũng cho thấy có một tỷ lệ đáng kể phát hiện được tác nhân virus nhưng thường là phối hợp với tác nhân khác chứ rất ít khi là đơn tác nhân. Kết quả nghiên cứu cũng cho đánh giá được hiệu quả của phương pháp nuôi cấy và phương pháp vi sinh trong phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh. Tất cả *S. pneumoniae* (39) và *H. influenzae* (99) phân lập được là được làm kháng sinh đồ tìm MIC. Kết quả cho thấy trên 80% *S. pneumoniae* đề kháng với các macrolides, trên 30% kháng với các fluoroquinolone, 36% kháng amoxicillin với điểm gãy MIC ≥ 8 mcg/ml, tuy nhiên 100% là còn nhạy với vancomycine. Kết quả cũng cho thấy trên 34% *H. influenzae* là kháng với ampicillin và cơ chế đề kháng là tiết beta-lactamase, và chỉ có 11% kháng các macrolide thế hệ mới,

Kết luận: Đây là nghiên cứu đầu tiên áp dụng phương pháp nuôi cấy và real-time PCR trong phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh nhiễm trùng hô hấp dưới cấp tính cộng đồng. Kết quả này là một đóng góp rất cần thiết để các nhà lâm sàng có thể sử dụng trong chỉ định kháng sinh điều trị và đồng thời cũng là bằng chứng giúp xây dựng các phát độ kháng sinh điều trị.

¹Phòng xét nghiệm công ty Nam Khoa, ²Hội Lao và Bệnh Phổi Việt Nam, ³Khoa Hô Hấp BV. Chợ Rẫy, ⁴Khoa Hô Hấp BV. Phạm Ngọc Thạch, ⁵Khoa Hô Hấp BV. Nhân Dân Gia Định, ⁶Khoa Hô Hấp BV. Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, ⁷Đại Học Phan Châu Trinh, ⁸Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, ⁹Đại Học Sydney, *Chịu trách nhiệm chính

**PATHOGENES MICROBIENS PROVOQUANT DES INFECTIONS AIGUËS DES VOIES
RESPIRATOIRES INFÉRIEURES CHEZ DES PATIENTS AMBULATOIRES
LES RESULTATS PRELIMINAIRES DE L'ETUDE EACRI**

RÉSUMÉ

Introduction: Il n'y a actuellement aucune donnée disponible sur les pathogènes microbiologiques causant des infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les patients ambulatoires, car ils ne sont pas indiqués pour les tests microbiologiques, alors que ces données sont nécessaires pour aider le médecin à prescrire correctement un traitement antibiotique.

Principaux buts: Utilisation de méthodes de culture et de real-time PCR pour détecter les pathogènes microbiologiques présentant dans des échantillons d'expectorations qui sont obtenus par les patients avec l'infection aiguë des voies respiratoires inférieures.

Objectifs et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective, transversale et multicentrique, avec la participation de quatre centres cliniques et d'un laboratoire central. Les patients âgés de 16 ans et plus avec un diagnostic clinique d'infection aiguë des voies respiratoires inférieures n'étaient pas obligés d'être admis à l'hôpital et étaient éligibles pour l'inclusion ainsi que pour le consentement à participer à l'étude. Les échantillons à tester sont les crachats et les méthodes de test consistent la culture et real-time PCR pour la détection de micro-organismes pathogènes. En outre, des tampons post-nasaux sont également collectés pour la détection du virus par real-time PCR.

Résultats et discussions: Entre le 1/2017 et le 2/2018, 157 échantillons ont été obtenus. En combinant les résultats de la culture et de real-time PCR, des pathogènes microbiologiques ont été détectés dans 144 cas (91,7%), parmi eux 24 (15,3%) étaient des monopathogènes dans lesquels *S. pneumoniae* avait été détecté chez 11 patients (7,0%) ; *H. influenzae* 9 patients (5,7%)

et multi-pathogènes ont été détectés dans 120 (76,4%) des cas. La majorité était *S. pneumoniae* en association avec *H. influenzae* et/ou en association avec d'autres agents pathogènes, *S. pneumoniae* en association avec d'autres agents pathogènes et *H. influenzae* se combinent avec d'autres agents pathogènes. Les résultats montrent également qu'un pourcentage significatif des pathogènes viraux ont été détectés, mais qu'ils étaient généralement associés à d'autres agents pathogènes et rarement en tant qu'agents isolés. Les résultats de l'étude ont également évalué l'efficacité des méthodes de culture et de real-time PCR pour la détection des pathogènes microbiologiques. *S. pneumoniae* (39) et *H. influenzae* (99) isolés ont été soumis au test de susceptibilité pour la CMI. Les résultats ont montré que plus de 80% des *S. pneumoniae* étaient résistants aux macrolides, plus de 30% aux fluoroquinolones, 36% résistants à l'amoxicilline avec des seuils de CMI ≥ 8 $\mu\text{g/ml}$, mais 100% sensibles à la vancomycine. Les résultats montrent également que plus de 34% *H. influenzae* étaient résistants à l'ampicilline et que la production de bêta-lactamase était le mécanisme de résistance. 11% d'entre eux étaient résistants aux nouveaux macrolides.

Conclusions: Il s'agit de la première étude à appliquer la culture et real-time PCR à la détection des pathogènes microbiologiques responsables d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures. Ces résultats sont une contribution très nécessaire pour les cliniciens à utiliser dans la prescription d'un traitement antibiotique et fournit également la preuve de la ligne directrice d'un traitement antibiotique.

Mots-clés: pathogènes des voies respiratoires inférieures

SO 8.1

DỊCH TỄ HỌC CỦA HỘI CHỨNG NGUNG THỞ KHI NGỦ (OSAS)

Franck Soyez

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nắm được đặc điểm về mặt “y tế công cộng” của các bệnh lý giấc ngủ nói chung và hội chứng ngưng thở khi ngủ (HCNTKN) nói riêng.

Phương pháp: Phân tích các nghiên cứu dịch tễ học trọng điểm trên toàn cầu.

Mô tả: Số lượng các HCNTKN đã tăng gấp 4 lần từ năm 1999 đến năm 2010 tại Hoa Kỳ. Cũng tại Hoa Kỳ, trong khoảng thời gian này, số lượng các chẩn đoán bệnh lý giấc ngủ nói chung hoặc số lượng thuốc được kê toa cho một bệnh lý giấc ngủ đã tăng lên gấp 3 lần.

Tại Pháp, cho đến nay, một triệu người được điều trị bằng CPAP. Một nghiên cứu dịch tễ học gần đây được thực hiện ở Thụy Sĩ (Hypnolaus) cho thấy rằng khoảng 50% nam giới và 25% nữ giới có chỉ số ngưng thở-giảm thở trên 15 lần mỗi giờ.

Mối liên hệ chặt chẽ đã được minh chứng giữa HCNTKN và các bệnh lý tim mạch, tiểu đường, rối loạn trầm cảm, chất lượng cuộc sống vẫn chưa được quan tâm tới nhiều.

Nghiên cứu Epsasie, thực hiện ở Việt Nam, khẳng định tỉ lệ mắc cao của HCNTKN và những phàn nàn về giấc ngủ tại quốc gia này.

Kết luận: Tất cả những dữ liệu này thôi thúc các chuyên gia y tế nói chung và các chuyên gia về phổi nói riêng phải quan tâm đến các bệnh lý giấc ngủ, trong đó HCNTKN là phổ biến nhất.

EPIDÉMIOLOGIE DU SYNDROME D'APNÉE DURANT LE SOMMEIL (SAOS)

Dr F Soyez

RÉSUMÉ

Objectif : Prendre conscience du caractère « santé publique » des pathologies du sommeil et du SAOS en particulier.

Méthodes : Analyse des principales études épidémiologiques mondiales.

Descriptif : Le nombre de diagnostics de syndrome d'apnée du sommeil a été multiplié par 4 entre 1999 et 2010 aux Etats-Unis. Dans ce même pays, durant la même période, le nombre de diagnostic d'une pathologie du sommeil en général ou la quantité de médicaments prescrits pour une pathologie du sommeil a été multiplié par 3.

En France, à ce jour, un million de personnes bénéficient d'un traitement par PPC.

Une étude épidémiologique récente, réalisée en Suisse (Hypnolaus) met en évidence chez environ 50 % des hommes et 25 % des femmes des index d'apnée-hypopnée supérieurs à 15 par heure.

Les liens étroits objectivés entre le syndrome d'apnée durant le sommeil et les pathologies cardio-vasculaires, le diabète, les troubles dépressifs, la qualité de vie ne sont toujours pas remis en cause.

L'étude Epsasie, réalisée au Vietnam confirme une prévalence importante du SAOS et des plaintes somnologiques dans ce pays.

Conclusion : Toutes ces données invitent le corps médical en général et les pneumologues en particulier à s'intéresser aux pathologies du sommeil, au syndrome d'apnée durant le sommeil en particulier, cette affection étant la plus fréquentes des maladies du sommeil.

NGUNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ VÀ CÁC BỆNH LÝ TIM MẠCH THẦN KINH ĐỒNG MẮC

Jean-Philippe Neau

Poitiers France

TÓM TẮT

Mối liên quan giữa hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và tai biến mạch não (TBMN) từ lâu đã được nhấn mạnh vì tỉ lệ mắc cao của hai bệnh lý này ảnh hưởng đến cùng một quần thể (những người trên 60 tuổi) và cả hai bệnh đều có chung các yếu tố nguy cơ (nam giới, tăng huyết áp, béo phì ...) với các nghiên cứu ban đầu với nhiều sai số dịch tễ học và thường chỉ tính đến chứng thở ngáy như một dấu hiệu của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ thấy nhiều hơn trong giai đoạn cấp tính của tai biến mạch não đã được chứng minh đây là một yếu tố nguy cơ hơn là hậu quả của TBMN vì nhiều lý do, trong số đó, tỉ lệ mắc bệnh tăng cao một cách giống nhau giữa một cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua mà không có tổn thương não và TBMN thiếu máu cục bộ khu trú ở hố sau, đây là vị trí của trung tâm hô hấp hoặc ở bán cầu đại não. Mặt khác, cơn ngưng thở chủ yếu là do nguyên nhân tắc nghẽn, hiếm khi do nguyên nhân trung tâm và trong phần lớn trường hợp, cơn ngừng thở kéo dài từ lúc xảy ra TBMN. Khoảng 30% bệnh nhân bị TBMN có chỉ số ngưng thở/giảm thở > 30/giờ trong giai đoạn cấp tính cho thấy tình trạng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức độ nặng.

Sự hiện diện của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ trong giai đoạn cấp tính của

TBMN có vẻ là một yếu tố tiên lượng xấu nói lên rằng TBMN có mức độ nghiêm trọng hơn, thời gian nằm viện lâu hơn, tỉ lệ tử vong sau 6 tháng cao hơn và nguy cơ tái phát TBMN cao hơn. Tác động của bệnh đối với tiên lượng chức năng về sau vẫn còn gây tranh cãi.

Cơ chế sinh lý bệnh lý khác nhau giải thích nguy cơ tăng cao của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ dẫn tới TBMN: chủ yếu là tăng huyết áp động mạch, rối loạn nhịp tim bao gồm rung nhĩ, sự tăng nhanh xơ vữa động mạch, thay đổi đông máu và huyết động nội sọ.

Việc điều trị hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân TBMN vẫn còn phức tạp, bởi sự theo dõi các bệnh nhân thở CPAP vẫn còn kém do rối loạn ý thức, không gian, mất ngôn ngữ và rò khí có thể có liên quan đến liệt mặt. Ngoài ra, hiệu quả lâu dài của nó vẫn còn gây tranh cãi kể từ khi Mc Evoy công bố vào năm 2016, cho thấy sự thiếu hiệu quả của thông khí áp lực dương ban đêm so với sự chăm sóc thông thường (tử vong do bệnh tim mạch, nhồi máu cơ tim, nhập viện vì bệnh lý mạch vành không ổn định, TBMN và TBMN thoáng qua) sau khi theo dõi khoảng 4 năm. Mặt khác, bệnh nhân được theo dõi tốt (> 4 giờ mỗi đêm) có sự giảm đáng kể nguy cơ TBMN.

Jean-Philippe Neau,

Poitiers France

RÉSUMÉ

Les relations unissant le SAS et les accidents vasculaires cérébraux ont été longtemps critiquées en raison de la grande fréquence de ces 2 pathologies qui affectent la même population (sujet volontiers âgés de plus de 60 ans) et qui partagent les mêmes facteurs de risque (sujet masculins, hypertendus, obèses...) avec initialement des études comportant de nombreux biais épidémiologiques et ne prenant souvent en compte que le ronflement comme témoin du SAS.

Rapidement, il a été démontré que le SAOS observé fréquemment à la phase aiguë d'un AVC était davantage un facteur de risque qu'une conséquence de ce même AVC pour de nombreuses raisons, dont, entre autres, le fait que cette prévalence élevée était similaire entre un accident ischémique transitoire (AIT) sans lésion cérébrale et un accident ischémique constitué que la lésion cérébrale soit localisée dans la fosse postérieure où sont situés les centres de la respiration ou au niveau des hémisphères cérébraux. D'autre part, les apnées constatées étaient essentiellement de type obstructif plus rarement de type central et persistaient, pour la grande majorité, à distance de cet AVC. Environ 30 % des patients victimes d'un AVC présentaient à la phase aiguë un index d'apnées/hypopnées > 30/heure témoignant d'un SAOS sévère.

L'existence d'un SAS à la phase aiguë de l'AVC semble être un facteur de mauvais pronostic avec une gravité initiale de l'AVC plus importante, une durée d'hospitalisation plus longue, une mortalité vasculaire à 6 mois plus importante et un

risque de récurrence d'AVC plus important. Son impact sur le pronostic fonctionnel à distance reste discuté.

Différents mécanismes physiopathogéniques sont impliqués pour expliquer cette augmentation du risque d'AVC induite par la SAOS : principalement l'hypertension artérielle, les troubles du rythme cardiaque dont la fibrillation atriale, l'accélération de l'athérosclérose, les modifications de la coagulation et de l'hémodynamique intracérébrale

Le traitement de ce SAOS chez les patients victime d'un AVC reste complexe, en raison de la faible observance à moyen terme des patients de la CPAP en raison des troubles cognitifs, visuo-spatiaux, aphasiques et de la fuite d'air possible liée à la paralysie faciale. De plus son efficacité à long terme reste discutée depuis la publication de Mc Evoy en 2016 montrant l'absence d'efficacité de la ventilation nocturne par pression positive en comparaison de soins classiques sur le facteur combiné (décès de pathologie cardio-vasculaire, infarctus du myocarde, hospitalisation pour décompensation cardiaque coronaropathie instable, AVC et AIT) après un suivi d'environ 4 ans. Par contre, les patients ayant une bonne observance (> 4 heures par nuit) ont une diminution significative du risque d'AVC.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐA KÝ GIÁC NGỦ Ở NHỮNG BỆNH NHÂN NGHI MẮC HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ TẠI BỆNH VIỆN VINMEC

Nguyễn Minh Sang¹, Nguyễn Ngọc Bách², Nguyễn Mạnh Tường², Trần thị Diễm Trang³, Nguyễn Duy Bộ², Francis Martin⁴, Đinh Xuân Anh Tuấn⁵.

(1) Khoa Hô hấp – Dịch vụ Bệnh viện Hữu Nghị, (2) Bệnh viện ĐK Quốc Tế Vinmec Times City, (3) Bệnh viện ĐK Quốc Tế Vinmec Central Park, (4) Bệnh Viện Chantilly, (5) Bệnh Viện Cochin, DH Paris Descartes.

TÓM TẮT

Đặt câu hỏi: Trong những năm gần đây hội chứng ngừng thở khi ngủ (HCNTKN) đã được nhiều cơ sở y tế quan tâm, đưa vào áp dụng tầm soát cho những bệnh nhân có nguy cơ cao. Tuy nhiên, việc tiếp cận với dịch vụ chẩn đoán và điều trị HCNTKN còn nhiều khó khăn do cộng đồng chưa được cung cấp đủ thông tin, giá thành dịch vụ đo đa ký giấc ngủ (ĐKGN) cao và còn ít cơ sở y tế làm được ĐKGN. Vì vậy, còn một số lượng rất lớn bệnh nhân chưa được tiếp cận với chẩn đoán và điều trị HCNTKN. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1) Xác định tỷ lệ mắc HCNTKN ở những người đến kiểm tra sức khỏe và những người đến khám vì nghi mắc HCNTKN tại BV Vinmec Times City. 2) Tìm hiểu một số đặc điểm về lâm sàng, ĐKGN của nhóm BN trên.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên các bệnh nhân đến khám tại BV Vinmec và có đo ĐKGN, trong thời gian từ 1/1/2017 đến 31/7/2018.

Kết quả: Chúng tôi thu nhận được 102 bệnh nhân trong đó 49 (48%) BN đến khám vì nghi mắc HCNTKN, 53 (52%) BN đến khám sức khỏe. Độ tuổi trung bình là $48,3 \pm 12,4$ tuổi,

thấp nhất 19 tuổi, cao nhất 84 tuổi. Tỷ lệ mắc HCNTKN chung của nhóm BN NC là 72,5% (74/102), trong đó 58,6% (31/53) bệnh nhân đến khám sức khỏe và 87,8 (43/49) đến khám vì nghi bệnh mắc HCNTKN, $p < 0.001$. Tỷ lệ mắc HCNTKN nặng chung là 37,3% (38/102BN), trong nhóm BN khám vì nghi bệnh mắc HCNTKN có 59,2% (29/49) và nhóm BN đến khám sức khỏe có 17% (9/53), $p < 0.01$. Các triệu chứng thường gặp nhất bao gồm ngáy (53,9%), mất ngủ (39,2%), buồn ngủ ban ngày (39,2%). Nhóm đến khám vì nghi mắc HCNTKN có mức độ ngừng thở nặng hơn, giảm oxy máu nặng hơn, chỉ số vi thức liên quan đến hô hấp nhiều hơn và có tỷ lệ béo phì nhiều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đến khám sức khỏe.

Kết luận: tỷ lệ mắc HCNTKN ở nhóm BN của chúng tôi là rất cao, ngay cả ở nhóm bệnh nhân chỉ đơn thuần đến kiểm tra sức khỏe. Tuy nhiên những bệnh nhân đến khám vì nghi mắc HCNTKN có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng và đa ký giấc ngủ nặng hơn./.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES, PARACLIQUES ET FACTEURS DE RISQUE DU SYNDROME D'APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Vũ Hoài Nam

Service Respiratoire, L'Hôpital Cho Ray

Objectif: Identifier la relation entre les caractéristiques cliniques, paracliniques et le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) à l'Hôpital Cho Ray.

Méthode: Du Mars 2013 au Décembre 2014, nous avons collecté 189 patients au service Respiratoire de l'hôpital Cho Ray qui ont des symptômes de la trouble du sommeil comme: le ronflement, la somnolence diurne excessive, la diminution de la concentration en travaillant... Les patients ont été examinés la polygraphie et symptômes cliniques communs.

Résultats: L'âge moyen $49,3 \pm 14,8$ et homme/femme était de 2,6/1. IMC = $25,8 \pm 3,9$ kg/m², collier = $37,6 \pm 3,4$ cm, tour de taille = $91,4 \pm 9,2$ cm. Au cours de l'examen ORL, on n'a retrouvé aucune anomalie du nez et de la bouche. Friedman au stade 2 était de 91,2%, au stade 3 en 8,8% et en l'absence du stade de Friedman 1. Le ronflement intense (87,8%), l'apnée du sommeil (73%),

la somnolence diurne (63,5%), Epworth = 7 (4-10,5), maux de tête au matin (23,3%), la somnolence au volant (20,1%), des accidents dans la rue à cause de la somnolence (1,6%), la concentration faible au travail (21,2%) et l'habitude de boire avant le coucher (3,7%). Nous avons constaté que l'âge, l'homme, l'IMC, le collier, la taille, l'apnée du sommeil, la somnolence diurne, Epworth ≥ 7 , les maux de tête au matin et la somnolence au volant sont associés au SAOS.

La base crânienne $71,9 \pm 5,1$ mm, l'angle du maxillaire supérieur $82,9 \pm 4,7$ (degrés), l'angle de la mandibule $80,8 \pm 4,4$ (degrés), la distance hyoïde au plan mandibulaire $18,7 \pm 6,8$ mm, l'angle maxillaire et maxillaire inférieur $2 (1 - 3,5)$ (degrés).

Conclusions: Les facteurs associés au SAOS sont l'âge, l'homme, l'IMC, le collier, la taille, l'apnée du sommeil, la somnolence diurne, Epworth ≥ 7 ans, les maux de tête et la somnolence au volant des véhicules.

Mots-clés: SAOS.

Vũ Hoài Nam

khoa Hô Hấp, bệnh viện Chợ Rẫy,
vuhoainamcrh@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định mối liên quan của các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn (NTLNTN) tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Phương pháp: Trong thời gian từ 03/2010 đến 12/2014 tại khoa Hô Hấp, Bệnh Viện Chợ Rẫy, chúng tôi nghiên cứu 189 bệnh nhân có một hay nhiều triệu chứng rối loạn giấc ngủ như ngáy to, buồn ngủ ban ngày, ngộp thở lúc ngủ, khó tập trung khi làm việc,... Những bệnh nhân này được đo giấc ngủ và khảo sát các triệu chứng lâm sàng thường gặp.

Kết quả: Tuổi $49,3 \pm 14,8$ tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 2,6/1. Chỉ số khối cơ thể (BMI) là $25,8 \pm 3,9$ kg/m², vòng cổ là $37,6 \pm 3,4$ cm, vòng eo là $91,4 \pm 9,2$ cm. Khám tai mũi họng, chưa phát hiện bất thường mũi và vòm họng, Friedman giai đoạn 2 có 91,2%, Friedman giai đoạn 3 có 8,8% và chưa phát hiện Friedman giai đoạn 1. Các triệu chứng ngáy to (87,8%), ngộp thở lúc ngủ (73%), buồn ngủ ban ngày (63,5%), Epworth = 7(4 - 10,5) điểm, đau đầu buổi sáng (23,3%), buồn ngủ khi lái xe (20,1%), tai nạn giao

thông do buồn ngủ (1,6%), kém tập trung khi làm việc (21,2%) và thói quen uống rượu bia trước lúc ngủ (3,7%).

Tuổi, giới nam, BMI, vòng cổ, vòng eo, ngộp thở lúc ngủ, buồn ngủ ban ngày, Epworth ≥ 7 điểm, đau đầu buổi sáng, buồn ngủ khi lái xe liên quan NTLNTN.

Trên xquang sọ nghiêng, chiều dài nền sọ (SN) là $71,9 \pm 5,1$ mm, góc giữa nền sọ và xương hàm trên (SNA) là $82,9 \pm 4,7$ độ, góc giữa nền sọ và xương hàm dưới (SNB) là $80,8 \pm 4,4$ độ, khoảng cách giữa xương móng và mặt phẳng xương hàm dưới (H-MP) là $18,7 \pm 6,8$ mm, góc giữa xương hàm trên và xương hàm dưới (ANB) là $2(1 - 3,5)$ độ.

Kết luận: Các đặc điểm liên quan NTLNTN là tuổi, giới nam, BMI, vòng cổ, vòng eo, ngộp thở lúc ngủ, buồn ngủ ban ngày, Epworth ≥ 7 điểm, đau đầu buổi sáng và buồn ngủ khi lái xe.

Từ khóa: ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn (NTLNTN), đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.

RỐI LOẠN HÀNH VI TRÊN TRẺ EM NGỦ NGÁY TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Xuân Bích Huyền

TÓM TẮT

Mục tiêu: Các trẻ em bị Hội chứng ngưng thở lúc ngủ, với triệu chứng chính là ngáy, thường hay có rối loạn hành vi (giảm chú ý và tăng động) và có khi bị chẩn đoán là Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) cho đến khi ngừng thở được phát hiện. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá sự kết hợp của ngáy và các rối loạn hành vi này ở trẻ em.

Phương pháp : Nghiên cứu mô tả, so sánh, cắt ngang,

Địa điểm nghiên cứu: Phòng Khám Đa Khoa CHAC, 10 Lý Thường Kiệt P 7 Q 10 TP HCM.

Thời gian nghiên cứu: Từ 1/4/2016-1/6/2016.

Bệnh nhân: Tất cả các phụ huynh đưa con (6t-16t) đến khám tại PKĐK đều được mời trả lời bảng câu hỏi pediatric sleep questionnaire PSQ (đánh giá về các triệu chứng ngáy và buồn ngủ ban ngày) và câu hỏi trích từ bảng “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition” (đánh giá hành vi của trẻ về phương diện giảm chú ý và tăng động).

Kết quả: Xác định được sự kết hợp giữa ngáy, buồn ngủ ban ngày và giảm chú ý, tăng động trên trẻ bị ngáy.

Kết luận: Trẻ em ngáy, kể cả ngáy đơn thuần hay kết hợp với Hội chứng ngưng thở lúc ngủ, có thể có các rối loạn hành vi tương tự như ADHD. Do đó trên những trẻ được chẩn đoán ADHD nhưng không đáp ứng với điều trị chúng ta cần truy tìm một rối loạn giấc ngủ và điều trị nó để tránh sai lầm.

TROUBLES COMPORTEMENTAUX ET CONGNITIFS CHEZ LES ENFANTS RONFLEURS AU VIETNAM

Nguyễn xuân Bích Huyền

RÉSUMÉ

Objectif: Les enfants ronfleurs ou ayant le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) ont souvent les troubles comportementaux et cognitifs pendant la journée. Ils sont souvent diagnostiqués comme ayant un TDAH (déficits d'attention et hyperactivité) jusqu'à ce que le SAOS soit détecté. Cette étude a été réalisée pour évaluer l'association du ronflement et des troubles neurocognitifs chez les enfants ronfleurs au Vietnam.

Méthode : Etude descriptive, transversale.

Lieu d'étude: Clinique CHAC, Ho chi Minh ville, Vietnam.

Durée d'étude: Avril 2016- Juin /2016.

Participants: Tous les parents des enfants (6-16 ans) venant à CHAC pour divers symptômes sont invités à répondre au questionnaire Pediatric sleep questionnaire PSQ (évaluant le ronflement et la somnolence diurne) et au questionnaire extrait du questionnaire "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ,

Fourth Edition" (évaluant les déficits d'attention et l'hyperactivité). A partir des réponses, nous déterminons les scores liés au ronflement, à la dyspnée nocturne, à la somnolence diurne et le score IHS (Inattention Hyperactivity Score).

Résultats: Il y a une corrélation entre les scores liés au ronflement et à la somnolence diurne avec le score IHS (Inattention Hyperactivity Score) chez les enfants ronfleurs.

Conclusion :

Les enfants qui ronflent pendant le sommeil, que ce soit un ronflement simple ou un SAOS, peuvent avoir des troubles neurocognitifs pendant la journée, semblables aux symptômes du TDAH. Il faut donc dépister le SAOS et le traiter chez les enfants étant initialement diagnostiqués comme TDAH mais ne répondant pas au traitement.

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ NEUTROPHIL/LYMPHOCYTE TRONG DỰ BÁO ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH**Vũ Văn Thành¹; Khổng Thị Thanh Tâm¹**¹*Bệnh viện Phổi Trung ương***TÓM TẮT**

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với biểu hiện đáp ứng viêm mạn tính ở phổi và phế quản. BPTNMT là bệnh lý toàn thân, một số dấu ấn viêm như CRP, bạch cầu trung tính, fibrinogen và một số cytokin được ghi nhận có liên quan đến bệnh sinh BPTNMT. Gần đây, chỉ số Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) được đề cập trong đánh giá tiến triển các bệnh lý viêm trong đó có BPTNMT.

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của chỉ số NLR trong dự báo đợt cấp BPTNMT

Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 43 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT và 42 bệnh nhân BPTNMT ổn định, điều trị tại khoa bệnh phổi mạn tính và đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU), bệnh viện phổi trung ương từ 6/2017 đến 7/2018. Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được làm xét nghiệm

tổng phân tích tế bào máu, định lượng CRP, hoàn thành thông tin trong bệnh án nghiên cứu

Kết quả: 43 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT (50,6%), tuổi $65,3 \pm 7,7$ và 42 bệnh nhân BPTNMT ổn định (49,4%) tuổi $69,4 \pm 6,2$. Giá trị NLR trong đợt cấp cao hơn ngoài đợt cấp có ý nghĩa $p < 0,001$. NLR có tương quan thuận với nồng độ CRP huyết thanh ($r = 0,45$; $p < 0,001$) và tương quan nghịch với FEV1 ($r = -0,2$; $p = 0,047$). Giá trị ngưỡng NLR = 3,37, có độ nhạy trong phát hiện đợt cấp là 72,1% và độ đặc hiệu là 78,6% (AUC 0,812, $p = 0,001$)

Kết luận: NLR là chỉ số đơn giản đánh giá tình trạng viêm ở bệnh nhân BPTNMT và có thể giúp ích trong phát hiện sớm đợt cấp

Từ khóa: *đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bạch cầu trung tính – lympho*

LE ROLE DU RATIO NEUTROPHILE/LYMPHOCYTE DANS LE PRONOSTIC DES EXACERBATIONS DE LA BPCO

Vũ Văn Thành¹; Khổng Thị Thanh Tâm¹

¹L'Hôpital National Pulmonaire

RÉSUMÉ:

Introduction: La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) présente une réponse inflammatoire chronique dans les poumons et les bronches. La BPCO est une maladie systémique; certains marqueurs inflammatoires tels que le CRP, les neutrophiles, la fibrinogène et certaines cytokines ont été associés à la pathogénésie de la BPCO. Le ratio neutrophiles/lymphocytes (NLR) a été signalé dans l'évaluation de la progression de la pathologie inflammatoire, notamment la BPCO.

Objectif: Évaluer le rôle du NLR dans le pronostic des exacerbations de la BPCO

Méthode: C'est une étude transversale sur 43 patients avec des exacerbations de la BPCO et 42 patients avec la BPCO stable, ils sont traités dans le service de Pneumopathie Chronique et dans l'Unité de Gestion de la maladie pulmonaire chronique à l'Hôpital National Pulmonaire de Juin 2017 à Juillet 2018. Tous les patients ont été réalisés la numération-formule sanguine, la CRP et des

informations complètes dans l'observation médicale.

Résultats

43 patients avec exacerbation de la BPCO (50,6%), l'âge moyen $65,37 \pm 7,7$ et 42 patients avec la BPCO stable (49,4%), l'âge moyen $69,4 \pm 6,2$. La valeur de NLR chez les patients avec exacerbation de la BPCO est supérieure à celle chez les patients avec la BPCO stable ($p < 0,001$). La valeur de NLR était positivement corrélée à la CRP sérique ($r = 0,45$; $p < 0,001$) et négativement corrélée au VEMS ($r = -0,2$; $p = 0,047$). Avec la valeur NLR = 3,37, la sensibilité dans la détection des exacerbations de la BPCO était de 72,1% et la spécificité était de 78,6% (AUC 0,812, $p = 0,001$).

Conclusion

NLR est un simple indicateur d'inflammation chez les patients BPCO et il peut aider à la détection précoce des exacerbations de la BPCO.

Mots-clés: exacerbations de la BPCO, neutrophile/lymphocyte

**THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ GLOBULIN MIỄN DỊCH Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC
NGHẼN MẠN TÍNH CÓ ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN****Vũ Văn Thành¹; Không Thị Thanh Tâm¹**¹*Bệnh viện Phổi Trung ương***TÓM TẮT**

Nhiễm trùng là nguyên nhân chính gây đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đã được ghi nhận và nhiễm trùng thường liên quan đến tình trạng suy giảm miễn dịch của cơ thể và tại phổi chống lại tác nhân nhiễm trùng. Do đó, một giả thuyết đưa ra, bệnh nhân BPTNMT có đợt cấp thường xuyên do nhiễm trùng liên quan đến giảm nồng độ globulin miễn dịch trong máu.

Mục tiêu: Đánh giá thay đổi nồng độ IgA, IgM, IgG trong huyết thanh bệnh nhân BPTNMT và liên quan đến đợt cấp thường xuyên

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 85 bệnh nhân BPTNMT quản lý tại đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU) – Bệnh viện Phổi Trung ương từ 01/1/2017 đến 30/6/2018.

Kết quả: Tuổi trung bình $67,3 \pm 7,3$ (nam 97,6%). 65,9% bệnh nhân có từ 2 đợt cấp/năm, trong đó 40,0% bệnh nhân có từ 3 đợt cấp/năm. Nồng độ IgA, IgM trong huyết thanh nhóm có từ 3 đợt cấp/năm ($221,7 \pm 119,2$ và $96,8 \pm 20,3$ mg/dl, tương ứng) thấp hơn nhóm có dưới 3 đợt cấp/năm ($255,7 \pm 118,1$ và $117,3 \pm 83,2$ mg/dl, tương ứng) nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Nồng độ IgG thấp < 800 mg/dl liên quan đến tăng tần xuất đợt cấp/năm (3,9 so với 2,3), $p=0,008$. Điều trị ICS không thấy ảnh hưởng đến nồng độ IgA, IgM, IgG.

Kết luận: Có sự liên quan giữa giảm nồng độ IgA, IgM, IgG trong huyết thanh với tần xuất đợt cấp BPTNMT, và không thấy liên quan giữa điều trị duy trì ICS với giảm nồng độ IgA, IgM, IgG.

Từ khóa: *Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đợt cấp, immunoglobulin*

CHANGEMENTS DE LA CONCENTRATION DES IMMUNOGLOBULINES CHEZ LES PATIENTS BPCO AVEC PLUSIEURS EXACERBATIONS

Vũ Văn Thành¹; Khổng Thị Thanh Tâm¹

¹L'Hôpital National Pulmonaire

RÉSUMÉ:

Introduction: Les infections sont la principale cause d'exacerbations de BPCO et les infections sont souvent associées à un déficit immunitaire dans le corps et dans les poumons. Ainsi, une hypothèse suggère que les patients BPCO avec plusieurs exacerbations causées par les infections sont associés à une diminution de la concentration des immunoglobulines dans le sang.

Objectifs: Évaluer le changement de la concentration d'IgA, d'IgM, d'IgG dans le sang chez les patients BPCO avec plusieurs exacerbations.

Méthode: L'étude repose sur 85 patients BPCO qui sont administrés par l'Unité de gestion de la maladie pulmonaire chronique à l'Hôpital National Pulmonaire du 1er janvier 2017 au 30 juin 2018.

Résultats: L'âge moyen $67,3 \pm 7,3$ (Homme: 97,6%). 65,9% des patients avaient ≥ 2 exacerbations/an, parmi eux, 40,0% avaient

≥ 3 exacerbations/an. La concentration d'IgA et d'IgM dans le sang chez le groupe avec ≥ 3 exacerbations/an ($221,7 \pm 119,2$ et $96,8 \pm 20,3$ mg/dl, respectivement) est inférieure à ceux qui avec < 3 exacerbations/an ($255,7 \pm 118,1$ et $117,3 \pm 83,2$ mg/dl, respectivement), mais la différence n'était pas statistiquement significative. La concentration d'IgG < 800 mg/dl a été associée à une augmentation du nombre d'exacerbations/an (3,9 contre 2,3), $p = 0,008$. Le traitement par l'ICS n'affecte pas la concentration d'IgA, d'IgM, d'IgG.

Conclusion:

Il y avait une association entre la concentration sérique d'IgA, d'IgM, d'IgG et le nombre d'exacerbations, et il n'y avait pas d'association entre le maintien de l'ICS et la diminution de la concentration d'IgA, d'IgM et d'IgG.

Mots-clés: BPCO, exacerbation, immunoglobuline

NHỮNG THÓI QUEN VỀ GIÁC NGỦ CỦA SINH VIÊN Y KHOA TẠI HUẾ, KẾT QUẢ SƠ BỘ

**Lợi Đỗ Văn¹, Xuân Quang Trương¹, Diệu Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹
Nhi Trần¹, Trần Việt Khôi¹, Trần Bích Nga¹, Hoàng Anh Tiến², Phương Thanh Hà³,
Francis Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-
Francoise Vecchierini⁴, Vi-Hương Nguyễn-Michel⁴**

¹Sinh viên y khoa, CLB tiếng Pháp, Trường Đại học Y Dược Huế, Việt Nam

²Bác sĩ Tim mạch, Khoa Tim mạch, Bệnh viện trường ĐHY Dược Huế, Việt Nam

³Bác sĩ Thần kinh, Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội

⁴Bác sĩ thuộc nhóm giấc ngủ, Hội Phôi Pháp – Việt, Pháp

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu những thói quen về giấc ngủ ban ngày và ban đêm của sinh viên y khoa tại Huế

Phương pháp nghiên cứu. – Nghiên cứu cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi tự trả lời dành cho các sinh viên y khoa trong vòng 3 ngày trong tháng 4,5,6 năm 2018. Các lớp được lựa chọn ngẫu nhiên và sinh viên được điền phiếu trả lời sau buổi học trong ngày làm điều tra.

Kết quả. – Trong số 550 bộ câu hỏi phân phát, có 500 bộ được điền (Y 1: 50, Y 2: 95, Y3: 66, Y4: 110, Y 5: 93, Y 6: 86). Sinh viên nữ chiếm 55% và độ tuổi trung bình chung là $21,9 \pm 1,7$ tuổi (17-30).

Các sinh viên ngủ trung bình $6,3 \pm 1$ giờ mỗi đêm, trong khi họ nói có nhu cầu ngủ là $7,6 \pm 1,3$ giờ.

Đa số sinh viên ngủ bù bằng ngủ trưa trung bình 68 ± 33 phút mỗi ngày trong tuần (459/496, 92%), và 117 ± 54 phút mỗi ngày cuối tuần (439/487, 90%). Điều này cho phép họ đạt tổng thời gian ngủ là $7,4 \pm 1,4$ giờ trên 24 giờ.

Mặc dù tổng thời gian ngủ như vậy, đa số họ (382/492, 77,6%) báo cáo có ít nhất một triệu chứng vào ban ngày (thiếu ngủ, mệt mỏi, mất tập trung....)

320/496 (64,5%) sinh viên có thói quen đi ngủ vào nửa đêm hoặc muộn hơn. 52/496 (10,4%) thức dậy trước 6 giờ sáng. Vào những lúc thức dậy trong đêm, 121/485 (25%) bạn tranh thủ học bài, 125/486 (25,7%) bạn xem máy vi tính, và 300/489 (61,3%) bạn kiểm tra tin nhắn.

Lúc còn nhỏ, 268/476 (56%) bạn có thói quen ngủ chung với bố mẹ cho đến độ tuổi trung bình $8,7 \pm 6$ tuổi. Tiếp đó, 113/481 (23%) báo cáo rằng tiếp tục ngủ chung với mẹ khi có dịp về thăm nhà, 45 bạn là do nhớ thói quen cũ và 31 là để dễ ngủ hơn.

Kết luận. – Nghiên cứu này gợi ý sinh viên y khoa dường như bị thiếu ngủ và có một số thói quen có thể làm kém ngủ. Nghiên cứu cũng cho phép cảnh báo sinh viên về việc cần thiết duy trì thời gian ngủ đủ cho độ tuổi của họ, mặc dù học Y vất vả. Thói quen ngủ với mẹ trong thời thơ ấu là phổ biến ở Việt Nam và đáng chú ý là một vài bạn trẻ vẫn còn giữ thói quen này.

LES HABITUDES DE SOMMEIL CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA VILLE D'HUẾ, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Lợi Đỗ Văn¹, Xuân Quang Trương¹, Diệu Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹
Nhi Trần¹, Trần Việt Khôi¹, Trần Bích Ngà¹, Hoàng Anh Tiến², Phương Thanh Hà³,
Francis Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-
Francoise Vecchierini⁴, Vi-Hương Nguyễn-Michel⁴

¹Étudiants en médecine, Club Francophone, Université de Médecine et de Pharmacie de Huế, Viet Nam

²Cardiologue, Service de Cardiologie, Hôpital Universitaire de Huế, Viet Nam

³Neurologue, Service de Neurologie, Hôpital Bach mai, Hà Nội

⁴Médecins du Groupe de Sommeil, Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie, France

RÉSUMÉ:

Objectif. –Étudier les habitudes de sommeil diurnes et nocturnes des étudiants en médecine à Huế.

Méthode. –Enquête transversale basée sur un auto-questionnaire soumis aux étudiants en médecine durant 3 jours en Avril, Mai et Juin 2018. Les classes ont été sélectionnées au hasard et les étudiants ont été interrogés après leurs cours, les jours de l'enquête.

Résultats. – Parmi 550 questionnaires distribués, 500 ont été remplis (1^{ère} année: 50, 2^{ème} année : 95, 3^{ème} année : 66, 4^{ème} année : 110, 5^{ème} année : 93, 6^{ème} année : 86). Les étudiants sont de sexe féminin pour 55% d'entre eux et d'âge moyen de 21,9 ±1,7 ans (17-30).

Ils dorment en moyenne 6,3±1,1h par nuit, alors que le besoin exprimé est de 7,6±1,3h.

La plupart d'entre eux récupèrent en faisant une sieste au début de l'après midi d'une durée moyenne de 68±33 mn chaque jour de la semaine (459/496, 92%), et de 117±54 mn par jour durant le week-end (439/487,90%). Ceci leur permet d'obtenir la durée de sommeil totale sur 24h de 7,4±1,4h.

Malgré cette durée totale de sommeil, beaucoup d'entre eux (382/492, 77,6%) rapportent au moins un symptôme diurne

(sommolence, fatigue, baisse de concentration...).

On note que 320/496 (64,5%) étudiants ont l'habitude de se coucher à minuit ou plus tard, 52/496 (10,4%) se lèvent avant 6 heures du matin. A l'occasion d'un réveil dans la nuit, 121/485 (25%) personnes étudient, 125/486 (25,7%) regardent l'ordinateur, et 300/489 (61,3%) vérifient leurs SMS.

Dans l'enfance, 268/476 (56%) personnes avaient l'habitude de co-dormir avec leurs parents jusqu'à l'âge de 8,7 ± 6 ans en moyenne. De plus, 113/481 (23%) rapportent continuer à dormir dans le lit de leur mère à l'occasion du retour à la maison, dont 45 rapportent par nostalgie et 31 pour mieux s'endormir.

Conclusion. – Cette étude suggère une possible insuffisance de sommeil chez les étudiants en médecine et certaines habitudes pouvant nuire au sommeil. Elle permet d'attirer l'attention des étudiants sur la durée du sommeil nécessaire à préserver pour leur âge, malgré des études prenantes. L'habitude de dormir avec la mère dans l'enfance est connue au Vietnam et il est remarquable que certains adultes jeunes gardent encore cette habitude.

LỐI SỐNG VÀ CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG CỦA SINH VIÊN Y KHOA Ở THÀNH PHỐ HUẾ, KẾT QUẢ SƠ BỘ

**Nhi Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹, Diệu Trần¹, Lợi Đỗ Văn¹, Xuân Quang Trương¹,
Phương Thanh Hà³, Trần Việt Khôi¹, Trần Bích Nga¹, Hoàng Anh Tiến², Francis
Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-Francoise
Vecchierini⁴, Vi-Hương Nguyễn-Michel⁴**

¹Sinh viên y khoa, CLB tiếng Pháp, Trường Đại học Y Dược Huế, Việt Nam

²Bác sĩ Tim mạch, Khoa Tim mạch, Bệnh viện trường ĐH Y Dược Huế, Việt Nam

³Bác sĩ Thần kinh, Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội

⁴Bác sĩ thuộc nhóm giấc ngủ, Hội Phổi Pháp – Việt, Pháp

TÓM TẮT

Mục tiêu. – Nghiên cứu lối sống và chế độ ăn uống của sinh viên y khoa.

Phương pháp nghiên cứu. –Nghiên cứu cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi tự trả lời dành cho các sinh viên y khoa trong vòng 3 ngày trong tháng 4,5,6 năm 2018. Các lớp được lựa chọn ngẫu nhiên và sinh viên được điền phiếu trả lời sau buổi học trong ngày làm điều tra.

Kết quả. – Trong số 550 bộ câu hỏi phân phát, có 500 bộ được điền (Y 1 : 50, Y 2: 95, Y3: 66, Y4: 110, Y 5: 93, Y 6: 86). Sinh viên nữ chiếm 55% và độ tuổi trung bình chung là 21,9 ±1,7 tuổi (17-30).

Đối với các chất kích thích, mức sử dụng cà phê là 88/496 (17,7%), trà 32/495 (6,4%), RedBull 11/497(2,2%) và rượu là 40/499 (8%). Chỉ có một bạn báo cáo hút thuốc lá và ngoài ra không sử dụng chất nghiện khác.

Đặc biệt, 150/497 (30%) dùng vitamin (A, B, C, E ..) để bổ sung.

Về các bữa ăn, 15% bỏ qua bữa sáng và 100% ăn trưa và ăn tối. Các bạn có dùng bữa sáng đều ăn các món mặn trừ 4 bạn ăn đồ ngọt. Các bữa trưa và bữa tối đều là cơm kèm thức ăn. Rất ít bạn dùng đồ uống có đường.

211/496 (42,5%) chơi thể thao, đặc biệt là vào cuối buổi chiều sau giờ học. Không có tình trạng thừa cân (BMI 20,7 ± 2,4 kg / m², n = 39), ít có bệnh lý mãn tính 40/486 (8,2%) và không có ca bệnh lý đái tháo đường nào được báo cáo.

Kết luận. Nghiên cứu này cho thấy rằng các sinh viên y khoa có thói quen ăn uống "mặn" hơn là "ngọt". Sinh viên y khoa ít sử dụng rượu, hầu như không sử dụng thuốc lá và không tiêu thụ các chất nghiện khác. Chơi thể thao đặc biệt vào buổi tối là khá phổ biến.

LES HABITUDES DE VIE ET ALIMENTAIRES CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA VILLE D'HUÊ, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Nhi Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹, Diệu Trần¹, Lợi Đỗ Văn¹, Xuân Quang Trương¹,
Phuong Thanh Hà³, Trần Việt Khôi¹, Trần Bích Ngà¹, Hoàng Anh Tiến², Francis
Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-Francoise
Vecchierini⁴, Vi-Huong Nguyễn-Michel⁴

¹Étudiants en médecine, Club Francophone, Université de Médecine et de Pharmacie de Huê, Viet Nam

²Cardiologue, Service de Cardiologie, Hôpital Universitaire de Huê, Viet Nam

³Neurologue, Service de Neurologie

⁴Médecins du Groupe de Sommeil, Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie, France

RÉSUMÉ:

Objectif. –Étudier les habitudes de vie et alimentaires des étudiants en médecine.

Méthode. –Enquête transversale basée sur un auto-questionnaire soumis aux étudiants en médecine durant 3 jours en Avril, Mai et Juin 2018. Les classes ont été sélectionnées au hasard et les étudiants ont été interrogés après leurs cours, les jours de l'enquête.

Résultats. – Parmi 550 questionnaires distribués, 500 ont été remplis (1^{ère} année: 50, 2^{ème} année : 95, 3^{ème} année : 66, 4^{ème} année : 110, 5^{ème} année : 93, 6^{ème} année : 86). Les étudiants sont de sexe féminin pour 55% d'entre eux et d'âge moyen de 21,9 ±1,7 ans (17-30).

Concernant les substances excitantes, on note la consommation de café chez 88/496 (17,7%), de thé chez 32/495 (6,4%), de RedBull chez 11/497, 2,2%, et d'alcool chez 40/499 (8%). Une seule personne rapporte une consommation de tabac et aucune consommation d'autres drogues.

En particulier, 150/497 (30%) prennent des vitamines (A,B,C,E..) en supplémentation.

Concernant les repas, 15 sautent le petit déjeuner et 100% déjeunent et dînent. Les petits déjeuners se composent de plats salés pour tous sauf 4 personnes. Les plats de riz accompagnés sont systématiques à midi et au soir. On note très peu de consommation de boissons sucrées.

211/496 (42,5%) pratiquent du sport, surtout en fin d'après midi après les cours. Il n'y a pas de surcharge pondérale (IMC 20,7 ± 2,4 kg/m², n= 39), peu de pathologie chronique 40/486 (8,2%) et pas de diabète rapporté.

Conclusion. – Cette étude montre que les étudiants en médecine ont des habitudes alimentaires plutôt « salées » que « sucrées ». Il y a peu de consommation d'alcool, quasiment pas de tabac et pas de drogue. La pratique sportive notamment en soirée est assez répandue.

NHỮNG RỐI LOẠN VỀ GIÁC NGỦ CỦA SINH VIÊN Y KHOA HUẾ, KẾT QUẢ SƠ BỘ

**Diệu Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹, Nhi Trần¹, Lợi Đỗ Văn¹, Xuân Quang Trương¹,
Trần Việt Khôi¹, Trần Bích Ngà¹, Hoàng Anh Tiến², Phương Thanh Hà³, Francis
Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-Francoise
Vecchierini⁴, Vi-Hương Nguyễn-Michel⁴**

¹Sinh viên y khoa, CLB tiếng Pháp, Trường Đại học Y Dược Huế, Việt Nam

²Bác sĩ Tim mạch, Khoa Tim mạch, Bệnh viện trường ĐHY Dược Huế, Việt Nam

³Bác sĩ Thần kinh, Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội

⁴Bác sĩ thuộc nhóm giấc ngủ, Hội Phôi Pháp – Việt, Pháp

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu những rối loạn giấc ngủ của sinh viên y khoa Huế và các yếu tố liên quan.

Phương pháp nghiên cứu. –Nghiên cứu cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi tự trả lời dành cho các sinh viên y khoa trong vòng 3 ngày trong tháng 4,5,6 năm 2018. Các lớp được lựa chọn ngẫu nhiên và sinh viên được điền phiếu trả lời sau buổi học trong ngày làm điều tra.

Kết quả. – Trong số 550 bộ câu hỏi phân phát, có 500 bộ được điền (Y 1 : 50, Y 2: 95, Y3: 66, Y4: 110, Y 5: 93, Y 6: 86). Sinh viên nữ chiếm 55% và độ tuổi trung bình chung là 21,9 ±1,7 tuổi (17-30).

Về những triệu chứng của giấc ngủ, 193/495 bạn (39%) có biểu hiện khó đi vào giấc ngủ, 49 (9,8%) bị thức giấc về đêm và 34 (7%) bị tỉnh giấc sớm.

Về chẩn đoán chứng mất ngủ, 83 bạn bị đủ những tiêu chuẩn mất ngủ mạn tính (Có ít nhất một triệu chứng về giấc ngủ + ít nhất một triệu chứng vào ban ngày, ít nhất 3 lần/tuần và kéo dài từ 3 tháng), chiếm tỉ lệ 16,7%.

So với nhóm không có, nhóm có ít nhất một triệu chứng ban đêm và ban ngày (n=199) có thời gian ngủ ban đêm (6,1h sv 6,5h, p <0,0001) và thời gian ngủ trong 24 giờ (7,2h sv 7,6h, p=0,006) ngắn hơn. Trong khi đó nhu cầu ngủ nhiều hơn (7,8h sv 7,5h, p= 0,04), bị buồn ngủ (48% sv 25% p<0,001) và mệt mỏi nhiều hơn (79% sv 46%, p<0,0001).

Họ cũng báo cáo bị tiếng ồn từ môi trường làm phiền (23% sv 13%, p 0,01), các bệnh mạn tính (14% sv 3,8%, p<0,0001), chứng tiểu đêm (27% sv 16%, p= 0,004), suy nghĩ tiêu cực về đêm (46% sv 24% p <0,0001), dùng vi tính (41% sv 31% p 0,004), hay dùng điện thoại trước khi đi ngủ (75% sv 66%, p= 0,05) nhiều hơn.

Ngược lại, không có sự khác nhau với giới tính, tuổi, ngày đi trực, dùng cà phê hay trà, sử dụng vitamines, thói quen nghỉ trưa, đau và ngủ ngáy.

Kết luận. – Nghiên cứu này cho thấy những rối loạn giấc ngủ và thiếu ngủ thường gặp ở sinh viên Y, và cần có những nghiên cứu sâu hơn để xác định nguyên nhân.

LES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA VILLE D'HUÊ, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Diệu Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹, Nhi Trần¹, Lợi Đỗ Văn¹, Xuân Quang Trương¹, Trần Việt Khôi¹, Trần Bích Ngà¹, Hoàng Anh Tiến², Phương Thanh Hà³, Francis Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-Francoise Vecchierini⁴, Vi-Hương Nguyễn-Michel⁴

¹Étudiants en médecine, Club Francophone, Université de Médecine et de Pharmacie de Huê, Viet Nam

²Cardiologue, Service de Cardiologie, Hôpital Universitaire de Huê, Viet Nam

³Neurologue, Service de Neurologie, Hôpital Bach mai, Hà Nội

⁴Médecins du Groupe de Sommeil, Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie, France

RÉSUMÉ:

Objectif. –Étudier les troubles du sommeil chez les étudiants en médecine et les facteurs associés.

Méthode. –Enquête transversale basée sur un auto-questionnaire soumis aux étudiants en médecine durant 3 jours en Avril, Mai et Juin 2018. Les classes ont été sélectionnées au hasard et les étudiants ont été interrogés après leurs cours, les jours de l'enquête.

Résultats. – Parmi 550 questionnaires distribués, 500 ont été remplis (1^{ère} année: 50, 2^{ème} année : 95, 3^{ème} année : 66, 4^{ème} année : 110, 5^{ème} année : 93, 6^{ème} année : 86). Les étudiants sont de sexe féminin pour 55% d'entre eux et d'âge moyen de 21,9 ±1,7 ans (17-30).

Concernant les symptômes de sommeil, 193 étudiants /495 (39%) rapportent des difficultés d'endormissement, 49 (9,8%) des réveils nocturnes et 34 (7%) des réveils précoces.

Concernant le diagnostic d'insomnie, 83 remplissent les critères d'insomnie chronique (au moins un symptôme de sommeil + au moins un symptôme diurne, au moins 3 fois /semaine, depuis 3 mois), réalisant une prévalence de 16,7%.

Comparés avec le reste du groupe, ceux qui cumulent au moins un symptôme de sommeil et un symptôme diurne, n=199) ont une durée de sommeil nocturne (6,1h vs 6,5h, p <0,0001) et une durée de sommeil sur 24h (7,2h vs 7,6h, p=0,006) plus brèves. Ils expriment un besoin de sommeil plus important (7,8h vs 7,5h, p= 0,04), et rapportent plus de somnolence (48% vs 25% p<0,001) et de fatigue (79% vs 46%, p<0,0001).

Ils rapportent aussi plus de dérangements par le bruit environnemental (23 % vs 13%, p 0,01), de pathologies chroniques (14% vs 3,8%, p<0,0001), de nycturie (27% vs 16%, p= 0,004), de pensées négatives la nuit (46% vs 24% p <0,0001), d'utilisation d'ordinateur (41% vs 31% p 0,004) ou de téléphone portable au coucher (75% vs 66%, p= 0,05).

En revanche, il n'y pas de différence concernant le sexe, l'âge, le nombre de gardes, la consommation de café ou de thé, la prise de vitamines, les habitudes de sieste, la douleur ou encore les ronflements rapportés.

Conclusion. – Dans cette étude, les troubles du sommeil et l'insomnie sont fréquents chez les étudiants en médecine, méritant des études plus approfondies pour en rechercher la ou les causes.

NGHIÊN CỨU VỀ TÌNH TRẠNG BUỒN NGỦ BAN NGÀY CỦA SINH VIÊN Y KHOA TẠI THÀNH PHỐ HUẾ, KẾT QUẢ SƠ BỘ

Xuân Quang Trương¹, Nhi Trần¹, Phương Thanh Hà³, Trần Việt Khôi¹, Lợi Đỗ Văn¹, Diệu Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹, Trần Bích Ngà¹, Hoàng Anh Tiến², Francis Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-Francoise Vecchierini⁴, Vi-Hương Nguyễn-Michel⁴

¹*Sinh viên y khoa, CLB tiếng Pháp, Trường Đại học Y Dược Huế, Việt Nam*

²*Bác sĩ Tim mạch, Khoa Tim mạch, Bệnh viện trường ĐHY Dược Huế, Việt Nam*

³*Bác sĩ Thần kinh, Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội*

⁴*Bác sĩ thuộc nhóm giấc ngủ, Hội Phổi Pháp – Việt, Pháp*

Mục tiêu: Nghiên cứu tỉ lệ, đặc điểm và các yếu tố liên quan đến tình trạng buồn ngủ ban ngày của sinh viên y khoa

Phương pháp nghiên cứu. – Nghiên cứu cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi tự trả lời dành cho các sinh viên y khoa trong vòng 3 ngày trong tháng 4,5,6 năm 2018. Các lớp được lựa chọn ngẫu nhiên và sinh viên được điền phiếu trả lời sau buổi học trong ngày làm điều tra.

Kết quả. – Trong số 550 bộ câu hỏi phân phát, có 500 bộ được điền (Y 1 : 50, Y 2: 95, Y3: 66, Y4: 110, Y 5: 93, Y 6: 86). Sinh viên nữ chiếm 55% và độ tuổi trung bình chung là 21,9 ±1,7 tuổi (17-30).

Đối với câu hỏi "*Bạn có cảm thấy bị buồn ngủ trong ngày không?*" 488 bạn trả lời, trong đó 328 (67%) trả lời CÓ.

Đối với câu hỏi về *tần suất buồn ngủ*, 291 câu trả lời trong đó : 157 (54%) nhiều hơn 3 lần / tuần, 85 (29%) 2 đến 3 lần / tuần và 49 (17%) ít hơn 2 lần / tuần.

Đối với câu hỏi về *các thời điểm buồn ngủ*, 194 câu trả lời, trong đó 95 (49%) vào buổi sáng, 81 (41,7%) vào buổi trưa và 83 (42,8%) vào buổi chiều.

Đối với câu hỏi về *hoàn cảnh buồn ngủ*, 230 bạn trả lời, trong đó 138 (60%) trong lúc không hoạt động, 195 (84%) trong giờ học, 27 (11,7%) trong thời gian hoạt động thể chất.

Những bạn báo cáo là "buồn ngủ" có cùng nhu cầu giấc ngủ (7,7h sv 7,5h, p = 0,56), cũng ngủ trưa như vậy (p = 0,2) và có cùng thời gian ngủ trong 24 giờ (7,4 sv 7,5, p = 0,3). Nhưng họ ngủ ít hơn vào ban đêm (6,3h sv 6,5h p = 0,03), bị nhiều bệnh lý mãn tính hơn (82% sv 17%, p = 0,03), có điểm số Epworth (7,8 sv 5, p <0,0001) và EVA (4,1 sv 2,3 p <0,0001) cao hơn so với những người nói "không buồn ngủ". Không có sự khác biệt về tình trạng ngày ngủ được báo cáo.

Kết luận : Trong nghiên cứu này, tỷ lệ cảm thấy buồn ngủ ban ngày là cao trong số các sinh viên y khoa, có thể liên quan đến giấc ngủ không đủ vào ban đêm, đòi hỏi phải cần thêm các nghiên cứu nhằm xác định nguyên nhân.

ETUDE DE SOMNOLENCE DIURNE CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA VILLE D'HUÊ, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Xuân Quang Trương¹, Nhi Trần¹, Phương Thanh Hà³, Trần Việt Khôi¹, Lợi Đỗ Văn¹, Diệu Trần¹, Ngân Nguyễn Huỳnh Vũ¹, Trần Bích Nga¹, Hoàng Anh Tiến², Francis Martin⁴, Franck Soyez⁴, Laurent Portel⁴, Frédéric Chalumeau⁴, Marie-Francoise Vecchierini⁴, Vi-Huong Nguyễn-Michel⁴

¹Étudiants en médecine, Club Francophone, Université de Médecine et de Pharmacie de Huê, Viet Nam

²Cardiologue, Service de Cardiologie, Hôpital Universitaire de Huê, Viet Nam

³Neurologue, Service de Neurologie, Hôpital Bach mai, Hà Nội

⁴Médecins du Groupe de Sommeil, Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie, France

RÉSUMÉ:

Objectif. –Etudier la prévalence, les caractéristiques et les facteurs associés à la somnolence diurne chez les étudiants en médecine.

Méthode. –Enquête transversale basée sur un auto-questionnaire soumis aux étudiants en médecine durant 3 jours en Avril, Mai et Juin 2018. Les classes ont été sélectionnées au hasard et les étudiants ont été interrogés après leurs cours, les jours de l'enquête.

Résultats. – Parmi 550 questionnaires distribués, 500 ont été remplis (1^{ère} année: 50, 2^{ème} année : 95, 3^{ème} année : 66, 4^{ème} année : 110, 5^{ème} année : 93, 6^{ème} année : 86). Les étudiants sont de sexe féminin pour 55% d'entre eux et d'âge moyen de 21,9 ±1,7 ans (17-30).

A la question « *Vous sentez-vous somnolent dans la journée ?* » 488 ont répondu dont 328 (67%) ont répondu OUI.

A la question sur la fréquence de la somnolence, 291 ont répondu dont 157 (54%) plus de 3 fois/semaine, 85 (29%) de 2 à 3 fois/semaine et 49 (17%) moins de 2 fois /semaine.

A la question sur les moments de somnolence, 194 ont répondu dont 95 (49%) au matin, 81 (41,7%) à midi et 83 (42,8%) dans l'après midi.

A la question sur le contexte de somnolence 230 ont répondu dont 138 (60%) lors de périodes d'inactivité, 195 (84%) lors de cours, 27 (11,7%) lors de périodes d'activité physique.

Ceux qui rapportent être « somnolents » expriment le même besoin de sommeil (7,7h vs 7,5h, p=0,56), font pareillement la sieste (p=0,2), et ont la même durée de sommeil sur 24h (7,4 vs 7,5, p=0,3). Mais ils dorment moins la nuit (6,3h vs 6,5h p=0,03), souffrent plus de pathologie chronique (82% vs 17%, p= 0,03), ont un score d'Epworth (7,8 vs 5, p<0,0001) et d'EVA (4,1 vs 2,3 p<0,0001) plus élevé que ceux qui disent « non somnolents ». Il n'y pas de différence pour le ronflement rapporté.

Conclusion. – Dans cette étude, la prévalence du ressenti de la somnolence est élevée chez les étudiants en médecine, possiblement liée à l'insuffisance du sommeil de nuit, nécessitant des études supplémentaires pour en déterminer les causes.

TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ TRUNG TÂM ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN NHẦM THÀNH ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Dương Thanh Huyền, Nguyễn Hồ Lam, Trần Văn Ngọc

TÓM TẮT

Giới thiệu: Tắc nghẽn đường thở trung tâm thường không có biểu hiện lâm sàng điển hình và rất dễ dàng được chẩn đoán nhầm thành các bệnh hô hấp thường gặp khác như cơn hen hay đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT).

Mô tả trường hợp: Một bệnh nhân nam 51 tuổi với tiền sử hút thuốc lá 30 gói-năm, nhập viện vì khó thở. Bệnh kéo dài khoảng 3 tháng, khởi đầu với ho khan thỉnh thoảng có đờm trắng và khó thở nhẹ. Bệnh tiến triển với những cơn khó thở phải nhập bệnh viện vài lần, được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT. Tuy nhiên bệnh nhân vẫn xuất hiện những cơn khó thở ngày càng nặng hơn kèm tím tái trong cơn nên được chuyển lên tuyến trên. Tại đây, bệnh nhân tiếp tục chẩn đoán và điều trị như đợt cấp BPTNMT. Bệnh nhân ngoài cơn khó thở: tỉnh táo, thở êm dịu, âm phế bào êm dịu hai phế trường. Bệnh nhân trong cơn khó thở: bút rút vật vã, tím tái, thở cơ kéo nhiều, ran rít lan tỏa 2 phế trường và lồng ngực gập như căng phồng bất động. Bệnh nhân xuất hiện thêm ho ra máu và khởi phát cơn khó thở gây ngưng hô hấp tuần hoàn trong lúc đang nằm viện. Khí máu động mạch trong cơn cho thấy tình trạng tăng thán nổi bật. X

quang ngực thẳng như hình 1A và kết quả chụp cắt lớp vi tính ngực như hình 1B. Bệnh nhân được chẩn đoán tắc nghẽn đường thở trung tâm do u nhưng thân nhân không đồng ý can thiệp, xin xuất viện và tử vong sau đó.

Bàn luận: Tắc nghẽn đường thở trung tâm có thể biểu hiện lâm sàng với ho nhẹ, khó thở khi gắng sức hay nghỉ ngơi với tình trạng tắc nghẽn nặng. Do đó, tình trạng này có thể giả trang như những bệnh lý hô hấp thường gặp: hen hay COPD. Trường hợp chúng tôi là một ví dụ cụ thể và việc chẩn đoán sẽ rất khó khăn khi thiếu sự nghi ngờ về mặt lâm sàng. Bài học kinh nghiệm có thể rút ra từ trường hợp trên để giúp chẩn đoán sớm bệnh bao gồm: (1) cần nghi ngờ lâm sàng khi điều trị BPTNMT không đáp ứng, (2) khó thở cơn rõ ràng tái đi tái lại hay gập như ngạt thở thường không phù hợp biểu hiện đợt cấp BPTNMT, (3) tiến triển lâm sàng bệnh không giống BPTNMT, (4) phân tích X quang ngực cần thận để không bỏ sót tắc nghẽn đường thở trung tâm.

Kết luận: Tắc nghẽn đường thở trung tâm nên được xem xét là một trong những chẩn đoán phân biệt đợt cấp COPD trong những bệnh cảnh lâm sàng phù hợp.

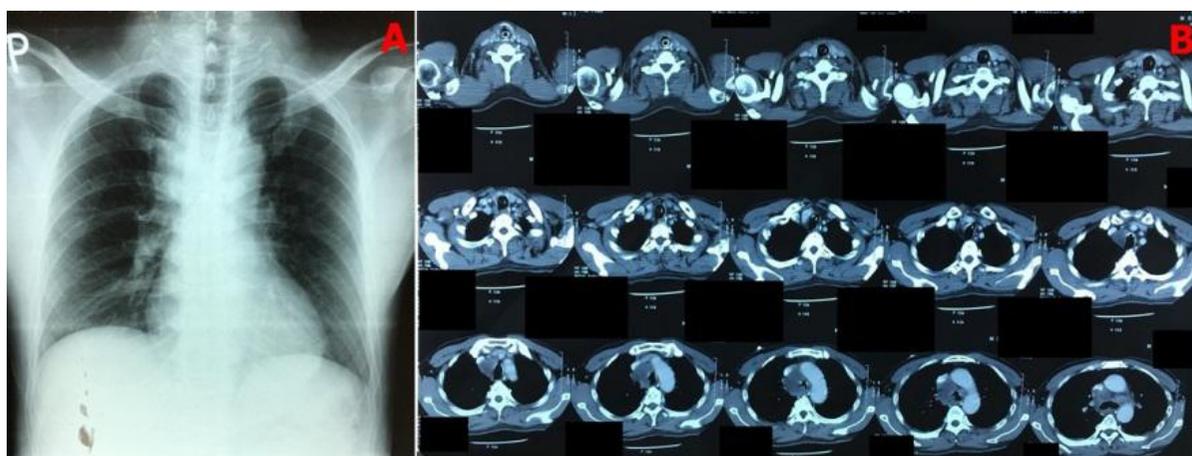
OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES CENTRALES DIAGNOSTIQUÉE À TORT À L'EXACERBATION DE LA BPCO

RÉSUMÉ:

Introduction : L'obstruction des voies aériennes centrales n'a pas souvent de symptômes spécifiques et il est facile de la diagnostiquer à tort comme d'autres maladies respiratoires, voire l'asthme ou l'exacerbation de la BPCO.

Rapport de cas : Un homme, âgé de 51 ans, consommant 30 paquets/an, est hospitalisé pour une dyspnée. La maladie dure environ 3 mois, et commence par une toux sèche occasionnelle et une légère dyspnée. La maladie a progressé avec la dyspnée et le patient doit être hospitalisé plusieurs fois avec comme diagnostic l'exacerbation de la BPCO. Cependant, la dyspnée avec

cyanose est encore plus grave et doit être référée au niveau supérieur. À ce stade, les patients continuent à être diagnostiqués et traités pour une exacerbation de la BPCO. Des caractéristiques de non-dyspnée : bonne conscience, murmure vésiculaire normal. Des caractéristiques en dyspnée: irritation, cyanose, utilisation des muscles respiratoires accessoires, wheezing diffusé et poitrine presque immobile. Le patient a présenté une hémoptysie et ensuite, il a commencé une dyspnée qui a provoqué un arrêt cardio-respiratoire. Les gaz sanguins ont montré une hypercapnie importante. Il a été diagnostiqué une obstruction des voies aériennes centrales, mais ses proches ont refusé l'intervention, le patient est sorti de l'hôpital et par la suite il est décédé.



Hình 1

Cung Văn Công, Phạm Thị Giang

Bệnh viện Phổi trung ương

TÓM TẮT

Thuật ngữ LCH (Langerhans Cell Histiocytosis) đề cập đến một nhóm các bệnh không rõ căn nguyên, thường được phát hiện trong thời kỳ thơ ấu, trong đó tích tụ tế bào Langerhans (tế bào bạch cầu, nhân to, có thể X trong tương bào) liên quan đến một hoặc nhiều hệ thống cơ thể, bao gồm xương, phổi, tuyến yên, màng nhày, da, hạch bạch huyết và gan. Bệnh còn được gọi là bệnh mô bào X, bệnh u hạt ưa bạch cầu ái toan. Liên quan đến phổi là phổ biến, nó xuất hiện ở 40% số bệnh nhân, và có thể là một bất thường tách biệt (chỉ tổn thương ở phổi đơn thuần). Ở bệnh nhân tổn thương có tính hệ thống, các vị trí thường bị ảnh hưởng phổ biến nhất đó là xương và tuyến yên [1], [3].

Trong giai đoạn đầu, phổi LCH được đặc trưng bởi sự hiện diện của u hạt có chứa một lượng lớn tế bào Langerhans và bạch cầu ái toan, kết quả là mô phổi bị tiêu hủy. Các tổn thương LCH điển hình là phân bố quanh phế quản. Trong giai đoạn sau của bệnh, u hạt được thay thế bằng tổ chức xơ và kén phổi. Mặc dù LCH được đặc trưng

bởi sự gia tăng vô hạn định của các tế bào, điều đó cũng tương tự như LCH ở người lớn mà ở đó đại diện là một phản ứng miễn dịch bất thường với một kháng nguyên không xác định được chứ không phải là một khối u.

Hầu hết các bệnh nhân phổi có LCH là trẻ tuổi hoặc trung niên (trung bình 32 tuổi). Trên 90% người lớn có LCH là người hút thuốc, và căn bệnh này được xem là có liên quan đến khói thuốc trong hầu hết các trường hợp. Các triệu chứng thường gặp bao gồm ho và khó thở. Có đến 20% bệnh nhân có mặt với tràn khí màng phổi. So với bệnh nhân bị bệnh hệ thống, tiên lượng ở những bệnh nhân chỉ bị ở phổi là tốt. Bệnh tự thoái triển trong 25% và ổn định lâm sàng và chụp X quang là 50%. Trong 25% trường hợp còn lại, bệnh tiếp tục diễn biến xấu, và dĩ nhiên, dẫn đến sự phá hủy phổi và tạo kén lan rộng. Trong một số ít trường hợp, bệnh nhân tử vong do suy hô hấp hoặc tăng huyết áp phổi [1].

RÉSUMÉ:

L'histiocytose langerhansienne (anciennement appelée "Histiocytose X") désigne un groupe de maladies d'étiologie inconnue, le plus souvent reconnues chez les enfants, pour lesquels les accumulations de cellules langerhansiennes impliquent un ou plusieurs systèmes du corps, y compris les os, les poumons, les pituitaires, les muqueuses, la peau, les ganglions lymphatiques et le foie. Cette maladie est également connue sous le nom Histiocytose X ou granulome à éosinophiles. L'atteinte pulmonaire est fréquente, observée chez 40% des patients et peut être une anomalie isolée. Chez les patients atteints d'une maladie multisystémique, les os et la glande pituitaire sont également touchés. À un stade précoce, l'histiocytose langerhansienne pulmonaire est caractérisée par la présence de granulomes contenant un grand nombre de cellules de Langerhans et d'éosinophiles, entraînant la destruction du tissu pulmonaire. Les lésions de cette maladie ont généralement une distribution péribronchiolaire. Au stade avancé de la maladie, les granulomes cellulaires sont remplacés par une fibrose et des kystes pulmonaires. Bien que cette maladie soit caractérisée par une prolifération clonale de cellules, il est probable que l'histiocytose langerhansienne chez l'adulte représente une réponse immunitaire anormale en réponse à un stimulus antigénique non identifié plutôt qu'à un néoplasme.

La plupart des patients atteints de l'histiocytose langerhansienne pulmonaire sont des adultes jeunes ou d'âge moyen (moyenne d'âge: 32 ans). Plus de 90% des adultes atteints de l'histiocytose langerhansienne sont des fumeurs, et cette maladie est considérée comme liée au tabagisme dans la plupart des cas. Les symptômes courants incluent la toux et la dyspnée. Jusqu'à 20% des patients présentent un pneumothorax. Comparé aux patients atteints d'une maladie multisystémique, le pronostic chez les patients présentant une atteinte pulmonaire isolée est bon; la maladie régresse spontanément dans 25% des cas et se stabilise cliniquement et radiologiquement dans 50%. Dans les 25% de cas restant, la maladie suit une descente progressive, entraînant une destruction pulmonaire kystique diffuse. Dans un petit nombre de cas, le décès est dû à une insufflation respiratoire ou à une hypertension pulmonaire.

KHÔNG CÓ TĨNH MẠCH PHỔI MỘT BÊN: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Cung Văn Công

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Không có tĩnh mạch phổi một bên là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp. Triệu chứng lâm sàng thường hay gặp là ho ra máu và nhiễm trùng nên rất dễ chẩn đoán nhầm với lao phổi. Giải phẫu bệnh lý cho thấy thiếu vắng tĩnh mạch phổi từ tĩnh mạch phân thùy cho đến 4 tĩnh mạch phổi đổ vào nhĩ trái. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò tuyệt đối trong chẩn đoán. Kích thước

phổi cùng bên có thể bình thường hoặc nhỏ, thường tăng đậm độ tổ chức kẽ và dày vách liên tiểu thùy do ứ trệ tĩnh mạch, phù nề và xơ hóa. Chụp CT mạch cho thấy không thấy tĩnh mạch phổi, động mạch phổi cùng bên nhỏ, mật độ thưa thớt ở ngoại vi, ứ trệ cản quang. Chụp ghi hình đồng vị phóng xạ thấy sự giảm tưới máu phổi.

ATRÉSIE UNILATÉRALE DES VEINES PULMONAIRES : SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE ET RAPPORT DE CAS

RÉSUMÉ:

L'atrésie unilatérale des veines pulmonaires est une autre entité rare, des longs segments des veines pulmonaires d'un poumon sont atrétiques congénitaux. Le poumon impliqué peut être de taille normale ou hypoplastique et présente souvent une densité interstitielle augmentée et un épaississement septal interlobulaire en raison d'une stase veineuse,

d'un œdème et d'une fibrose. L'artère pulmonaire ipsilatérale peut sembler petite. L'imagerie par radionucléides montre une diminution de la perfusion. L'angiographie montre une diminution de la taille de l'artère pulmonaire ipsilatérale, une diminution périphérique, une stase de contraste et une non-visualisation des veines pulmonaires. Les symptômes incluent une hémoptysie et une infection.

Không Thị Thanh Tâm, Vũ Khắc Đại

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh thoái hóa dạng bột khí phế quản. Đây là bệnh hiếm gặp, chỉ chẩn đoán xác định được qua nội soi phế quản sinh thiết.

Phương pháp nghiên cứu: Trường hợp nghiên cứu của chúng tôi được thăm khám đánh giá lâm sàng, chụp CT ngực, nội soi phế quản sinh thiết làm mô bệnh học.

Kết quả: Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng khó thở tăng dần, thở rít liên tục. CT ngực có hình ảnh xẹp thùy giữa, dày thành khí quản, phế quản gốc hai bên. Bệnh nhân

được nội soi phế quản sinh thiết. Kết quả mô bệnh học mảnh sinh thiết và nhuộm đỏ Congo khẳng định bệnh thoái hóa dạng bột khí phế quản. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, thuốc giãn phế quản, corticoid toàn thân, thở oxy; sau 10 ngày bệnh nhân hết khó thở, không còn tình trạng co thắt và ra viện.

Kết luận: Bệnh thoái hóa dạng bột khí phế quản là bệnh hiếm gặp với các triệu chứng không đặc hiệu, chỉ được chẩn đoán xác định qua nội soi phế quản sinh thiết tổn thương làm mô bệnh học, với nhuộm đỏ Congo.

RAPPORT DE CAS : AMYLOSE PULMONAIRE DE L'ARBRE TRACHEOBRONCHIQUE

Không Thị Thanh Tâm, Vũ Khắc Đại

Hôpital National Pulmonaire

RÉSUMÉ:

Objectif : Nous rapportons un cas d'amylose pulmonaire de l'arbre trachéobronchique. C'est une maladie rare qui est seulement diagnostiquée par la biopsie à travers de la bronchoscopie.

Méthode : Nous avons évalué les caractéristiques cliniques, la tomodensitométrie, la biopsie à travers de la bronchoscopie pour une histologie.

Résultats : Le patient a une dyspnée et un wheezing continuels. Dans la TDM, on note une atélectasie au lobe moyen, un épaississement de la paroi trachéobronchique bilatérale. Ce patient a subi une biopsie par bronchoscopie.

Le résultat histopathologique des échantillons de biopsie et la coloration au rouge Congo confirment l'amylose pulmonaire de l'arbre trachéobronchique. Il est traité par les antibiotiques, les bronchodilatateurs, le corticostéroïde systémique, et l'oxygène. Après 10 jours, le patient n'a plus eu de dyspnée, aucune contraction bronchiale et il a pu sortir de l'hôpital.

Conclusion : L'amylose pulmonaire est une maladie rare avec des symptômes non-spécifiques, elle est seulement diagnostiquée par biopsie à travers la bronchoscopie, l'échantillon est coloré au rouge Congo.

PHƯƠNG PHÁP PHUN KHÍ DUNG LIÊN TỤC TRONG ĐIỀU TRỊ CƠN HEN CẤP TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG CƠN HEN NẶNG-NGUY KỊCH

Hồ Thiên Hương*, Trần Anh Tuấn**

Khoa Hô hấp bệnh viện Nhi đồng 1

TÓM TẮT

Trình bày 2 ca lâm sàng cơn hen nặng- nguy kịch (ATS 14 đ) nhập viện với biểu hiện co thắt phế quản nặng và suy hô hấp độ 2 cần hỗ trợ oxy, đáp ứng nhanh chóng với phương pháp khí dung liên tục liều cao Ipratropium bromide và Salbutamol. Cả 2 bệnh nhi đều được phun nhiều cử Salbutamol tại phòng khám và sử dụng corticoid uống trước khi nhập khoa Hô hấp bệnh viện Nhi đồng 1. Bệnh nhân vẫn còn triệu chứng khó thở và khô khè, tím tái sau thất bại với điều trị 3 liều khí dung kết hợp Ipratropium bromide và Salbutamol liều thông thường mỗi 20 phút trong 1 giờ. Vì kém đáp ứng và triệu chứng suy hô hấp diễn tiến nặng lên, bệnh nhân đã được áp

dụng phương pháp phun khí dung liên tục liều cao Ipratropium bromide (1000mcg) và Salbutamol (15mg) sau khi loại trừ tình trạng viêm phổi và bệnh nền kết hợp. Sau điều trị phun khí dung liên tục trong 1 giờ, chúng tôi ghi nhận ở 2 ca lâm sàng đáp ứng rất tốt, 1 trường hợp ATS còn 7 đ (cơn hen nhẹ) và được phun khí dung giãn cứ mỗi 4 giờ, trong khi trường hợp còn lại ATS 9 đ được tiếp tục phun khí dung mỗi 2 giờ. Cả 2 trường hợp đều không cần truyền Magnesulfate và Theophylline và ra cơn hen hoàn toàn sau 4-8 giờ. Phương pháp phun khí dung liên tục liều cao Ipratropium bromide và Salbutamol có thể là 1 phương pháp điều trị hiệu quả trên những bệnh nhân nhập viện vì cơn hen nặng hoặc nguy kịch kém đáp ứng với điều trị Salbutamol và Ipratropium liều thông thường.

*Thạc sĩ-chuyên khoa 1-bác sĩ khoa Hô hấp bệnh viện Nhi đồng 1. Số điện thoại:0963188943. Email: dr.sophieho@gmail.com

**Tiến sĩ-bác sĩ, trưởng khoa Hô hấp bệnh viện Nhi đồng 1.

THÉRAPIE CONTINUE DE TRAITEMENT DES ENFANTS AVEC LE STATUT D'ASTHME GRAVE DANS LE DÉPARTEMENT RESPIRATOIRE DE L'HÔPITAL POUR ENFANTS 1: 2 RAPPORTS DE CAS D'ASTHME GRAVE AVEC AMÉLIORATION CLINIQUE RAPIDE ET TRAITEMENT DE NEBULISATION CONTINUE

RÉSUMÉ:

Pour décrire deux cas d'asthme sévère (ATS 14) avec bronchospasme persistant et insuffisance respiratoire qui ont besoin de thérapie oxygénique, ils sont résolus avec l'inhalation continue de fortes doses (1.000 µg/h) et d'agonistes β₂. Les deux patients avaient reçu plusieurs doses de salbutamol, ainsi que des stéroïdes oraux avant son admission au service respiratoire de l'Hôpital pour Enfants 1. Ils ont encore dyspnées et wheezing malgré des stéroïdes intraveineux systémiques, une association nébulisée de salbutamol et de bromure d'Ipratropium toutes les 20 minutes in 1 heure. En raison de l'absence de réponse, ils ont commencé à prendre du bromure d'ipratropium à forte dose (1 000 µg / h) et du Salbutamol (15 mg) par nébulisation continue pendant 1 heure.

L'amélioration clinique était évidente au bout d'une heure: premier cas avec résolution complète des symptômes en une heure (ATS 7) et nébulisation toutes les 4 heures; le reste (ATS 9) continue de nébuliser toutes les 2 heures. Les deux cas montrent une amélioration clinique sans utiliser de magnésulfate ni de théophylline. L'inhalation continue de fortes doses de bromure d'ipratropium et de salbutamol peut constituer un régime thérapeutique efficace pour le traitement des patients hospitalisés pour un asthme aigu considérés comme ne répondant pas aux doses habituelles de β₂-agoniste et du bromure d'ipratropium.

Mots-clés: traitement continu par nébulisation, ATS, bromure d'ipratropium, salbutamol.

VAI TRÒ NỘI SOI MÀNG PHỔI ỚNG MỀM TRONG CHẨN ĐOÁN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH

Vũ Khắc Đại, Nguyễn Chi Lăng

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả của nội soi màng phổi ớng mềm trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính và các tai biến của nội soi màng phổi ớng mềm.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 130 bệnh nhân tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân trong đó có 83 bệnh nhân tràn dịch màng phổi ác tính được chẩn đoán bằng nội soi màng phổi ớng mềm.

Kết quả: tổng số 130 bệnh nhân (Nam 83:63,8%; Nữ 47:36,2%; Tuổi trung bình là 56,13±13,61, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 91 tuổi) tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân, có 88 trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính trong đó có 83

bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính bằng nội soi màng phổi ớng mềm. Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi ác tính: u trung biểu mô ác tính chiếm 27/88 (30,7%), ung thư phổi di căn màng phổi 61/88 (69,3%). Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính của nội soi màng phổi ớng mềm cho chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính là: 94,3%, 100%, 100%, 88,9% tương ứng. Không có biến chứng nặng xảy ra.

Kết luận: nội soi màng phổi ớng mềm là an toàn, đơn giản, và là phương tiện có giá trị lớn trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính.

Từ khóa: nội soi màng phổi ớng mềm, tràn dịch màng phổi ác tính

LE RÔLE DE LA PLEUROSCOPIE AVEC LE BRONCHOSCOPE FLEXIBLE DANS LE DIAGNOSTIC D'ÉPANCHEMENT PLEURAL MALIN

RÉSUMÉ:

Objectifs: évaluer l'effet de la pleuroscopie avec le bronchoscope flexible dans le diagnostic d'épanchement pleural malin et les complications de la pleuroscopie avec le bronchoscope flexible.

Méthode: C'est une étude transversale descriptive de 130 patients présentant un épanchement pleural inexplicé, parmi eux, 83 patients présentant un épanchement pleural malin ont été diagnostiqué par la pleuroscopie avec le bronchoscope flexible.

Résultats: 130 patients présentant un épanchement pleural inexplicé (homme 83: 63,8%, femme 47: 36,2%, âge moyen 56,13 ± 13,61, le plus bas 20 ans, le plus élevé 91 ans). Dans 88 cas d'épanchement pleural malin, 83 ont été diagnostiqués par la pleuroscopie avec le bronchoscope flexible. Les causes de l'épanchement

pleural malin: le mésothéliome malin représente 27/88 (30,7%), la métatase pleurale du poumon 61/88 (69,3%). La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive, la valeur prédictive négative de la pleuroscopie avec le bronchoscope flexible étaient de 94,3% ; 100% ; 100% ; 88,9% respectivement. Pas de complications sérieuses.

Conclusion: La pleuroscopie avec le bronchoscope flexible est sûre, simple et c'est une méthode précieuse dans le diagnostic de l'épanchement pleural malin.

Mots-clés: pleuroscopie avec le bronchoscope flexible, épanchement pleural malin

BĂNG CHÉO ĐỘNG MẠCH PHỔI TRÁI PHỐI HỢP CHÍT HẸP KHÍ QUẢN

Nguyễn Chi Lăng, Nguyễn Thị Ngoạn, Nguyễn Đức Khôi, Cung Văn Công,
Nguyễn Lê Nhật Minh

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhi nữ, 4 tuổi, soi phế quản ống mềm (đường kính ống soi 2,8mm): vị trí 1/3 dưới của khí quản chia làm 2 lỗ phải và trái, lỗ bên phải rộng hơn, luồn ống soi vào lỗ bên phải, quan sát thấy chia tiếp 2 lỗ phế quản, bên trái lòng khí quản bị chít hẹp không đưa ống soi qua được, niêm mạc khí quản phù nề không quan sát thấy vòng sụn của khí quản. X quang: trên phim lồng ngực thẳng có tổn thương thâm nhiễm thùy dưới phải. CT lồng ngực đa đầu có tiêm thuốc cản quang phát hiện có sự bất thường động mạch phổi trái: động mạch phổi trái xuất phát từ phía sau của động mạch phổi phải ngang vị trí đốt sống ngực

6 -7, sau đó động mạch dị thường này đi sau khí quản và trước thực quản rồi đến rốn phổi trái. Phế quản thùy trên phải được phân chia từ khí quản ở ngang mức đốt sống ngực 4-5, tiếp theo khí quản thu nhỏ khẩu kính đến rốn phổi trái chia 2 nhánh: phế quản gốc trái và “phế quản cầu”, phế quản này từ rốn phổi trái đi về phổi phải.

Bệnh nhi được chẩn đoán xác định dị tật bẩm sinh: Băng chéo động mạch phổi trái phối hợp chít hẹp khí quản, type IIA.

Từ khoá: *Dị tật bẩm sinh động mạch phổi trái, băng chéo động mạch phổi trái, chít hẹp khí quản*

ÉCHARPE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE GAUCHE AVEC STÉNOSE DE LA TRACHÉE

RÉSUMÉ:

Nous rapportons le cas d'un patient de 4 ans souffrant d'une bronchofibrescopie (diamètre de 2,8 mm): le tiers inférieur de la trachée se divise en deux orifices (droit et gauche). Celui à droite est plus large et divisé en 2 sous-orifices, observé fendu dans deux poches bronchiques. Le bronchoscope ne peut pas passer à l'orifice à gauche à cause d'une sténose, de l'œdème muqueux des voies respiratoires, donc nous ne pouvons pas observer le cartilage de la trachée. Radiographie pulmonaire: il y a une infiltration au lobe inférieur droit. Le multi-détecteur TDM avec un agent de contraste ont confirmé que: l'artère pulmonaire droit est l'origine postérieure de l'artère pulmonaire gauche au 6ème et 7ème vertèbre thoracique, puis l'artère pulmonaire gauche passe entre la trachée et

l'œsophage pour entrer l'hile pulmonaire gauche.

De la quatrième à la cinquième vertèbre thoracique, la bronche supérieure droite se produit de la trachée, puis la trachée réduit le diamètre, à l'hile pulmonaire gauche, elle est divisée en 2 bronches: la bronche principale gauche et la "bronche pontant" Cette bronche du poumon gauche revient au poumon droit. Ce patient est diagnostiqué d'une anomalie congénitale: Écharpe de l'artère pulmonaire gauche, avec une sténose de la trachée, type IIA.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT HÍT PHẢI BỎ QUA Ở NGƯỜI LỚN BẰNG NỘI SOI PHẾ QUẢN ỚNG MỀM

Nguyễn Lê Nhật Minh, Nguyễn Chi Lăng, Vũ Khắc Đại, Chử Quang Huy,
Dương Danh Bộ

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị vật đường thở hít phải bỏ qua ở người lớn và đánh giá hiệu quả của nội soi phế quản ống mềm trong chẩn đoán và điều trị dị vật đường thở hít phải bỏ qua ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 50 bệnh nhân người lớn được chẩn đoán là dị vật đường thở hít phải bỏ qua và được gặp thành công dị vật bằng nội soi phế quản ống mềm. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh nam chiếm 62%, tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 38%. 74% người bệnh có triệu chứng ho

có đờm. Có 4% người bệnh có hình ảnh cản quang của dị vật qua chụp XQ và 68% qua chụp cắt lớp vi tính. 32% dị vật gặp ở vị trí phế quản thùy dưới phải, 28% gặp ở thùy trung gian, 22% gặp ở phế quản gốc trái, dị vật là xương chiếm tỷ lệ 58%, 24% dị vật là các hạt và có 18% dị vật có nguồn gốc vô cơ.

Kết luận: Dị vật đường thở hít phải bỏ qua ở người lớn thường gặp là dị vật xương ở phế quản trung gian và phế quản thùy dưới phải. Nội soi phế quản ống mềm là kỹ thuật an toàn và hiệu quả giúp phát hiện và điều trị các dị vật đường thở hít phải bỏ qua ở người lớn.

CARACTERISTICS CLINIQUES, PARACLIQUES ET TRAITEMENT DES CORPS ETRANGERS INCONNUS PAR LA BRONCHOSCOPIE FLEXIBLE CHEZ L'ADULTE

RÉSUMÉ:

Objectif: Décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques et évaluer l'efficacité de la diagnose et du traitement des corps étranger par la bronchoscopie flexible chez l'adulte.

Méthode: C'est une étude transversale de 50 adultes chez lesquels un corps étranger a été diagnostiqué et traité avec succès. **Résultats:** homme 62%, femme 38%. 74% des patients présentaient l'expectoration. 4% des patients présentaient des contrastes visuels de l'objet par la radiographie et 68% par la tomodensitométrie. 32% des corps étrangers se trouvent dans la bronche

inférieure droit, 28% dans le lobe moyen, 22% dans la bronche gauche, 58% sont des os, 24% sont des graines et 18% des objets inorganiques.

Conclusion: le corps étranger chez l'adulte est souvent un os, à la bronche moyenne et la bronche inférieure droit. La bronchoscopie est une technique sûre et efficace qui permet de détecter et de traiter le corps étranger chez l'adulte.

Mots clés: corps étranger chez l'adulte, bronchoscopie

**VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC KÍN TRONG
ĐIỀU TRỊ SỚM CÁC DI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO LAO
TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG TRONG 8 NĂM
(TỪ THÁNG 1 / 2010 - 01 / 2018)**

Vũ Đỗ

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề : Phẫu thuật nội soi lồng ngực kín được chỉ định trong điều trị một số di chứng sớm của tràn dịch màng phổi do lao

Mục tiêu : Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả của Phẫu thuật nội soi lồng ngực kín trong điều trị các di chứng sớm của Tràn dịch màng phổi do lao.

Phương pháp: Nghiên cứu 125 bn >15 tuổi tràn dịch màng phổi do lao được điều trị các di chứng sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực kín tại Bệnh viện Phổi trung ương từ 01/2010 đến 01/2018

Kết quả: Trong nhóm nghiên cứu có 109 bn nam 87,2%, 16 bn nữ 12,8%. Chỉ định gặp nhiều nhất là ổ dịch màng phổi có vách 114 bn

(91,2%) và/hoặc dày dính màng phổi 11 bn (8,8%). 8 bn (6,4 %) có biến chứng, không có tử vong sau mổ. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình 2,5 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật $2,6 \pm 3,4$ ngày. Kết quả phẫu thuật 118 bn (94,4%) hết dịch, phổi nở hoàn toàn; 7 bn (5,6%) hết dịch, còn dày dính màng phổi nhẹ.

Kết luận : Phẫu thuật nội soi lồng ngực kín trong điều trị các di chứng sớm của tràn dịch màng phổi do lao là phương pháp điều trị tương đối an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp và có kết quả tốt

Từ khóa: Di chứng, Lao, Tràn dịch màng phổi, Phẫu thuật nội soi

ROLE DE LA CHIRURGIE THORACOSCOPIQUE DANS LE TRAITEMENT DES SÉQUELLES PRÉCOCES D'UN ÉPANCHEMENT PLEURAL TUBERCULEUX À L'HÔPITAL NATIONAL DES MALADIES RESPIRATOIRES DURANT 8 ANS (DE 01/2010 À 01/2018)

RÉSUMÉ

Introduction : Une chirurgie thoracoscopique peut être envisagée pour traiter des séquelles précoces d'un épanchement pleural tuberculeux.

Objectif : Décrire certaines caractéristiques cliniques, radiologiques et les résultats de la chirurgie thoracoscopique dans le traitement des séquelles précoces de l'épanchement pleural tuberculeux.

Méthode : 125 patients > 15 ans d'épanchement pleural tuberculeux sont traités pour des séquelles précoces par une chirurgie thoracoscopique à l'Hôpital National des Maladies Respiratoires de 01/2010 à 01/2018, ont fait l'objet d'une étude prospective

Résultat : Parmi le groupe d'étude : 109 hommes 87,2%, 16 femmes 12,8%. L'indication la plus fréquente est la cavité pleurale enkystée 114 patients (91,2%) et / ou la symphyse pleurale 11 patients (8,8%). Complications

postopératoires 8 patients (6,4%)

pas de décès. Le retrait de drain pleural moyen à 2,6 jours après l'opération. La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire : $2,6 \pm 3,4$ jours. Le résultat après traitement chirurgical : 118 patients (94,4%) sans épanchement pleural avec une expansion complète du poumon, 7 patients (5,6%) sans épanchement pleural avec un léger épaississement pleural.

Conclusion : La chirurgie thoracoscopique pour traiter les séquelles de l'épanchement pleural tuberculeux est une méthode de traitement d'une bonne sécurité avec un faible pourcentage de complications et donnant un bon résultat.

Mots-clés: séquelles, tuberculose, épanchement pleural, thoracoscopique, chirurgie

BIẾN ĐỔI LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN GHÉP PHỔI TỪ NGƯỜI CHO SỐNG ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM

Phạm Thị Kim Nhung, Đỗ Quyết, Tạ Bá Thắng, Đào Ngọc Bằng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghép phổi là biện pháp điều trị tối ưu cho những bệnh nhân bệnh phổi ở giai đoạn cuối như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giãn phế quản, xơ phổi kẽ không đặc hiệu, tăng áp lực động mạch phổi... Có nhiều kỹ thuật ghép phổi: ghép khối tim-phổi, ghép 1 phổi, ghép 2 phổi, ghép thùy phổi từ người cho sống. Ngày 21/02/2017 tại Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y, ca ghép phổi đầu tiên từ người cho sống đã được thực hiện tại Việt Nam, đánh một dấu mốc quan trọng trong lịch sử ghép tạng tại Việt Nam và khu vực.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá biến đổi lâm sàng, cận lâm sàng ca ghép phổi đầu tiên từ người cho sống tại nước ta.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Người nhận là bệnh nhân nam, 7 tuổi, được chẩn đoán xác định giãn phế quản lan toả bẩm sinh biến chứng suy hô hấp, tâm phế mạn, suy dinh dưỡng độ III, tiền sử có nhiễm trùng hô hấp tái diễn. Người sống cho phổi gồm bố của bệnh nhân 28 tuổi và bác ruột của bệnh nhân 30 tuổi, nghề nghiệp nông dân, tiền sử khỏe mạnh. Người cho 2 có tiền sử hút thuốc lá 15 năm với mức độ 15 bao năm và đã bỏ 2 tháng trước phẫu thuật ghép phổi. Người nhận và 2 người cho đều được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm, tư vấn tâm lý để lựa chọn chỉ định nhận và cho phổi. Chỉ định nhận phổi theo chỉ định của Hội ghép tim phổi quốc tế. Chỉ định người sống cho phổi theo tiêu chuẩn của Nhật Bản.

Kết quả: Bệnh nhân được thông khí hỗ trợ qua nội khí quản 3 ngày, sau đó chuyển

sang thở oxy lưu lượng cao qua mũi, giảm dần đến lưu lượng 1 lít/phút ở ngày 7, tình trạng huyết động và xét nghiệm đánh giá chức năng các cơ quan khác ổn định. 4 dẫn lưu ngực được rút hết sau 4 ngày và đến ngày 6 sau mổ đã đi lại nhẹ nhàng trong phòng. Tại thời điểm ngay sau ghép, số lượng bạch cầu tăng nhẹ (13,14 G/L), giảm xuống ở ngày thứ 1 (11,36 G/L), về giới hạn bình thường và duy trì ổn định từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 sau ghép, tương xứng với tăng và giảm dần của CRP và PCT. Trên phim chụp X quang phổi chuẩn và cắt lớp vi tính ngực cho thấy phổi ghép đã nở ra gần hoàn toàn ngay sau ghép và nở hoàn toàn theo theo kích thước lồng ngực của bệnh nhân ở ngày thứ 7. Ở thời điểm sau 1, 3, 6 và 11 tháng sau ghép, bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, phục hồi chức năng hô hấp và khả năng vận động nhanh, không có biến chứng nhiễm trùng hay thải ghép.

Kết luận: Bệnh nhân 7 tuổi được ghép 2 phổi từ 2 thùy phổi của 2 người thân hiến phổi, kết quả bước đầu cho thấy sự hồi phục nhanh chóng về chức năng hô hấp, chức năng vận động, không có các tai biến và biến chứng sớm cũng như biến chứng nhiễm trùng hay thải ghép sau 12 tháng. Thành công bước đầu của ca ghép phổi đầu tiên này đã mở ra tương lai cho ngành ghép phổi và đánh dấu một thành tựu quan trọng trong lĩnh vực ghép tạng của Việt Nam và khu vực.

Từ khoá: Ghép phổi, Người sống cho phổi

CHANGEMENTS CLINIQUES ET PARACLIQUES DU PREMIER CAS DE TRANSPLANTATION DE POUMON PROVENANT DE DONNEURS VIVANTS AU VIETNAM

RÉSUMÉ

Introduction : La transplantation pulmonaire est le moyen de traitement le plus efficace pour les maladies pulmonaires en phase terminale, telles que la BPCO, la bronchiectasie, la fibrose pulmonaire idiopathique, l'hypertension artérielle pulmonaire... Il y a certains types de transplantation pulmonaire : transplantation cœur-poumon, transplantation pulmonaire unilatérale, transplantation double/bilatérale du poumon et transplantation de lobe à partir d'un donneur vivant. Le 21 février 2017, le premier cas de transplantation de poumon provenant de donneurs vivants a été réalisé à l'Hôpital militaire 103, à l'Université de médecine militaire au Vietnam, marquant une étape importante dans l'histoire de la transplantation d'organes au Vietnam et dans la région. L'objectif de l'étude: évaluer les modifications cliniques et paracliniques du premier cas de transplantation pulmonaire par des donneurs vivants au Vietnam.

Méthode : Le receveur est un garçon de 7 ans diagnostiqué d'une bronchiectasie congénitale diffuse, d'une insuffisance respiratoire et cor-pulmonaire chronique et d'une malnutrition du troisième degré avec récurrence d'une inflammation respiratoire. Les donneurs vivants sont son père âgé de 28 ans et son oncle âgé de 30 ans. Ce sont des agriculteurs avec une histoire normale. Le deuxième donneur est fumeur avec 15 paquets/an et ayant abandonné la cigarette 2 mois avant le jour de la greffe. Le receveur et les donneurs ont été examinés, testés et sélectionnés par un consultant en psychologie. Le receveur a été sélectionné selon les critères de la Société internationale de transplantation cardiaque et pulmonaire (ISHLT). Les donneurs ont été indiqués par les critères du Japon.

Résultats : Le receveur a été ventilé par intubation endotrachéale pendant 3 jours,

puis basculé en oxygène nasal à débit élevé et diminué à 1 litre par minute le 7^e jour post-opératoire avec un statut hémodynamique stable et une évaluation normale de la fonction d'autres organes. Les tubes thoraciques ont été complètement retirés après 4 jours et il pouvait marcher lentement dans la pièce au 6^e jour post-opératoire. Immédiatement après l'opération, le nombre de globules blancs a légèrement augmenté (13,14 G/L), puis diminué au 1^{er} jour post-opératoire (11,36 G/L) et s'est normalisé et est resté stable du 2^e jour post-opératoire au 7^e jour post-opératoire, correspondant à l'augmentation et à la diminution des valeurs de CRP et de PCT. Sur la radiographie thoracique standard et le tomogramme thoracique, les greffes lobaires pulmonaires s'étendaient presque entièrement à la taille thoracique du patient immédiatement après l'opération et complètement au 7^e jour post-opératoire. Après 1, 3, 6 et 11 mois de la transplantation, le patient ne présentait aucun symptôme clinique, sa fonction respiratoire et ses exercices physiques ne se rétablissaient pas rapidement, aucune infection opportuniste et aucun rejet aigu ou chronique.

Conclusion : Le patient âgé de 7 ans a reçu une greffe pulmonaire bilatérale du lobe de deux donneurs vivants apparentés. Les premiers résultats ont montré une récupération rapide de la fonction respiratoire, des exercices physiques, l'absence de complications précoces ainsi qu'une infection opportuniste et un rejet après 11 mois. Le succès initial de la première greffe de poumon a ouvert la voie à la transplantation de poumon et a constitué une avancée importante dans le domaine de la transplantation d'organes au Vietnam et dans la région.

Mots clés: Transplantation pulmonaire, Donneur vivant.

BƯỚC ĐẦU THỰC HIỆN SINH THIẾT PHỔI XUYÊN PHẾ QUẢN VỚI DỤNG CỤ DẪN ĐƯỜNG CÁC SANG THƯƠNG PHỔI NGOẠI BIÊN

Dương Minh Ngọc, Lê Thượng Vũ

Khoa Nội Phổi, Bệnh viện Chợ Rẫy; Bộ môn Nội tổng quát, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Cơ sở: Các sang thương phổi ở ngoại biên là vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng. Để chẩn đoán mô học, có nhiều phương pháp lấy mẫu khác nhau. Nội soi bằng ống soi mềm sinh thiết phổi xuyên phế quản từ lâu được chấp nhận là phương pháp chẩn đoán các sang thương phổi ngoại biên. Sinh thiết phổi xuyên phế quản với dụng cụ dẫn đường là kỹ thuật có hiệu quả và độ an toàn cao.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của sinh thiết phổi xuyên phế quản với dụng cụ dẫn đường

Phương pháp: Báo cáo tổng kết 5 trường hợp lâm sàng

Kết quả: Năm trường hợp được thực hiện sinh thiết phổi xuyên phế quản với dụng cụ dẫn đường. Xác định được chẩn đoán mô học ở hai ca và không ghi nhận biến chứng ho ra máu hay tràn khí màng phổi

Kết luận: Sinh thiết phổi xuyên phế quản với dụng cụ dẫn đường là kỹ thuật an toàn, hiệu quả và được dung nạp tốt ở bệnh nhân có các sang thương phổi ở ngoại biên.

DÉBUT DE LA RÉALISATION DE LA BIOPSIE TRANSBRONCHIQUE DES LÉSIONS PULMONAIRES PÉRIPHÉRIQUES AVEC DES INSTRUMENTS DE NAVIGATION

RÉSUMÉ

Introduction : La lésion pulmonaire périphérique est un problème courant en pratique clinique. Pour le diagnostic histologique, il existe de nombreuses méthodes de collecte d'échantillons. La bronchoscopie flexible avec la biopsie transbronchique est depuis longtemps acceptée comme un outil de diagnostic des lésions pulmonaires périphériques. La biopsie pulmonaire transbronchique avec des instruments de navigation est une technique très efficace et sans danger.

Objectif : Évaluer l'efficacité et la sécurité de la biopsie pulmonaire transbronchique à l'aide d'instruments de navigation.

Méthode : Reportage de 5 cas cliniques

Résultats : Cinq cas de biopsie pulmonaire transbronchique ont été réalisés avec un instrument de navigation. Deux diagnostics histologiques ont été identifiés et aucune complication comme hémoptysie ou pneumothorax n'a été rapportée.

Conclusion : La biopsie pulmonaire transbronchique avec des instruments de navigation est une technique sûre, efficace et bien tolérée chez les patients présentant des lésions pulmonaires périphériques

Đặng Thị Tuyết

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Thăm dò chức năng hô hấp là một trong những xét nghiệm quan trọng để tiên lượng số phân thùy phổi có thể cắt bỏ và những biến chứng hô hấp trong và sau phẫu thuật.

Mục tiêu nghiên cứu: xác định sự thay đổi một số chỉ số chức năng thông khí của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật cắt thùy phổi 1 tháng do ung thư. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiền cứu so sánh trước và sau phẫu thuật. **Kết quả:** sau phẫu thuật 1 tháng các chỉ số chức năng thông khí giảm đáng kể so với trước phẫu thuật, sự giảm

phụ thuộc chỉ số tương ứng trước phẫu thuật và số phân thùy phổi bị cắt bỏ, cụ thể: nam giới có FVC giảm 16%, FEV₁ giảm 15%, VC giảm 16%, TLC giảm 15%, RV giảm 13%, T_{LCO} giảm 8% và nữ giới có FVC giảm 31%, FEV₁ giảm 24%, VC giảm 28%, TLC giảm 23%, RV giảm 12%, T_{LCO} giảm 1%. Chỉ số FEV₁, TLC và T_{LCO} là 3 chỉ số quan trọng trong theo dõi sự thay đổi chức năng thông khí của phổi.

Từ khóa: chức năng thông khí phổi, sau phẫu thuật ung thư phổi, cắt thùy phổi, FEV₁, TLC, T_{LCO}

RECHERCHE DES CHANGEMENTS DU TEST DE LA FONCTION PULMONAIRE APRÈS UN MOIS DE LA LOBECTOMIE CAUSÉE PAR LE CANCER PULMONAIRE

RÉSUMÉ

Introduction

Le test de la fonction respiratoire est l'un des tests les plus importants pour le pronostic du nombre de lobes pulmonaires qui peut être réséqué et des complications respiratoires pendant et après la chirurgie.

Objectif : Identifier les changements du test de la fonction respiratoire des patients avant et après la chirurgie.

Méthode : C'est une étude prospective avec la comparaison des résultats avant et après la chirurgie

Résultats : Après un mois de chirurgie, les indices de la fonction respiratoire étaient significativement plus inférieurs à ceux d'avant, la diminution dépend de l'indice

préopératoire et du nombre de lobes pulmonaires réséqués: chez les hommes, FVC a diminué de 16%, FEV₁ a diminué de 15%, VC a diminué de 16%, TLC a diminué de 15%, RV a diminué de 13%, T_{LCO} a diminué de 8%. Chez les femmes, FVC a diminué de 31%, FEV₁ a diminué de 24%, VC a diminué de 28%, TLC a diminué de 23%, RV a diminué de 12%, T_{LCO} a diminué de 1%. Le FEV₁, le TCL et le T_{LCO} sont les trois indicateurs les plus importants du changement de la fonction pulmonaire.

Mots-clés : test de la fonction respiratoire, cancer pulmonaire, lobectomie, FEV₁, TLC, T_{LCO}

PS 2.8

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP CHO BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BÓC VỎ MÀNG PHỔI DỰA TRÊN KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG VÀ GẮNG SỨC SAU PHẪU THUẬT

Nguyễn Thị Phương Anh¹, Nguyễn Thị Vân², Phạm Văn Minh³.

¹Bệnh viện Phổi Trung ương, ²Trường Cao đẳng y tế Khánh Hòa, ³Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT:

Điều trị phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH) cho bệnh nhân (BN) phẫu thuật bóc vỏ màng phổi (BVMP) là một thành phần rất quan trọng, tuy nhiên chưa được quan tâm đúng mức từ phía các thầy thuốc. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của PHCNHH cho BN phẫu thuật BVMP tại bệnh viện Phổi Trung Ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị can thiệp có đối chứng thực hiện trên 60 BN phẫu thuật BVMP, trong đó 30 BN có PHCNHH trước và sau phẫu thuật 1 tuần và 30 BN đối chứng. Đánh giá dựa trên khoảng cách đi bộ 6 phút và

thang điểm khó thở mệt mỏi Borg CR10 sau phẫu thuật.

Kết quả: Sau phẫu thuật nhóm can thiệp tăng khoảng cách đi bộ 6 phút (30.97m) so với nhóm chứng (18.03m) với $p < 0,05$. Cải thiện khả năng gắng sức ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng: sau phẫu thuật điểm Borg ở nhóm can thiệp (1.22 ± 0.98 điểm) thấp hơn nhóm chứng (2.12 ± 1.14 điểm) với $p < 0.05$.

Kết luận: Điều trị PHCNHH có hiệu quả tốt cho BN phẫu thuật BVMP làm tăng khoảng cách đi bộ 6 phút và cải thiện khả năng gắng sức.

Từ khóa: Phục hồi chức năng, bóc vỏ màng phổi, nghiệm pháp đi bộ 6 phút.

EFFICACITÉ DE L'APPLICATION DE LA RÉHABILITATION RESPIRATOIRE CHEZ LES PATIENTS QUI REÇOIVENT UNE DÉCORTICATION CHIRURGICALE THORACIQUE SUR LA MOBILITÉ ET L'EXERTION APRÈS LA CHIRURGIE

RÉSUMÉ

Introduction: Malgré l'application de la réhabilitation respiratoire chez les patients présentant une décortication chirurgicale thoracique est très importante, des médecins n'ont pas une attention suffisante. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité du programme de réhabilitation respiratoire chez les patients qui reçoivent une décortication chirurgicale thoracique de l'Hôpital National Pulmonaire.

Méthode: Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une intervention contrôlée chez 60 patients qui recevoient la décortication chirurgicale thoracique, 30 patients avec une réhabilitation respiratoire pré-opératoire et 30 patients avec une réhabilitation respiratoire post-opératoire en une semaine. L'évaluation était basée sur une distance de marche de 6 minutes (6-MWD) et

le score de fatigue Borg CR10 après la chirurgie.

Résultats: Le groupe d'intervention a augmenté la distance de marche de 6 minutes (30,97 m) par rapport au groupe contrôlé (18,03 m) ($p < 0,05$). Sur l'amélioration de l'effort dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôlé: le score de Borg postopératoire du groupe d'intervention ($1,22 \pm 0,98$ points) était inférieur au groupe contrôlé ($2,12 \pm 1,14$) avec $p < 0,05$.

Conclusion: L'application de la réhabilitation respiratoire chez les patients qui reçoivent une décortication chirurgicale thoracique ont une bonne valeur. Il augmente le résultat de 6-MWD et l'amélioration de l'effort des patients.

Mots-clés : réhabilitation, décortication chirurgicale thoracique, 6-MWD

ỨNG DỤNG SIÊU ÂM TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Đậu Nguyễn Anh Thư, Trần Văn Ngọc, Lê Thượng Vũ, Dương Minh Ngọc

Bệnh viện Chợ Rẫy;

TÓM TẮT

Siêu âm phổi, màng phổi hỗ trợ rất nhiều trong việc chẩn đoán và can thiệp bệnh lý phổi. Siêu âm phổi màng phổi tại giường với máy siêu âm cầm tay được triển khai tại khoa phổi bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4 .2017 đến tháng 7.2018 đã giúp chẩn đoán nhanh và can thiệp hiệu quả cho trên 200 lượt bệnh nhân : chọc dịch màng phổi ,sinh thiết màng phổi ,sinh thiết u xuyên ngực ,đặt dẫn lưu màng phổi ,đặt CVC, với độ an toàn và hiệu quả cao trong điều trị bệnh nhân nặng

Đặt vấn đề: Với đặc thù là bệnh viện tuyến cuối tại khu vực phía Nam, khoa hô hấp bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận chẩn đoán và điều trị cho nhiều bệnh nhân có bệnh lý hô hấp nặng, cần hồi sức, thở máy và có nhiều bệnh đồng mắc nên gặp khó khăn trong việc vận chuyển cũng như chờ đợi siêu âm tại khoa siêu âm, ảnh hưởng không nhỏ tới hiệu quả điều trị. Vì thế siêu âm phổi màng phổi tại giường với máy siêu âm cầm tay được triển khai tại khoa hô hấp bệnh viện Chợ Rẫy với mục tiêu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân có chỉ định siêu âm phổi, màng phổi chẩn đoán và can thiệp: chọc dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi, sinh thiết u phổi xuyên thành ngực, đặt ống dẫn lưu màng phổi, đặt CVC

Kết quả: 201 bệnh nhân với 132 nam, 69 nữ với tuổi trung bình 58 (lớn nhất 92 tuổi, nhỏ nhất 19 tuổi). Trong đó chọc dịch màng phổi 120 bệnh nhân, sinh thiết u phổi xuyên ngực 29 bệnh nhân, sinh thiết màng phổi 37 bệnh nhân, đặt CVC 7 bệnh nhân, đặt dẫn lưu màng phổi 3 bệnh nhân, chọc dịch màng bụng 5 bệnh nhân. Có 3 trường hợp bị tràn khí màng phổi lượng ít chỉ cần điều trị nội, 2 bệnh nhân bị ho ra máu lượng ít tự cầm.

Kết luận: Siêu âm phổi màng phổi tại giường với máy siêu âm cầm tay giúp chẩn đoán nhanh và có tính an toàn cao trong can thiệp một số bệnh lý phổi màng phổi, giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

APPLICATION DE L'ECHOGRAPHIE DANS LE PRACTIQUE CLINIQUE AU SERVICE RESPIRATOIRE A L'HOPITAL CHO RAY

RÉSUMÉ

L'échographie pulmonaire et pleurale joue un rôle important dans le diagnostic et l'intervention des maladies pulmonaires. D'avril 2017 à juin 2018, le service respiratoire de l'Hôpital de Cho Ray a mis en pratique la

technique portable d'échographie pulmonaire et pleurale, qui a permis de traiter de manière sûre et précise plus de 200 patients présentant des problèmes majeurs tels que l'épanchement pleural, la biopsie pleurale, la biopsie transthoracique du cancer du poumon, la thoracentèse.

KẾT QUẢ 2 CASE LÂM SÀNG ĐẦU TIÊN ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U BẰNG VI SÓNG (Microwave ablation– MWA) TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đặng Văn Khiêm, Nguyễn Thanh Dương, Cung Văn Công

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT:

Microwave Ablation (MWA) là một dạng sử dụng nhiệt được sử dụng trong X quang can thiệp để điều trị ung thư. MWA sử dụng sóng điện từ trong phổ năng lượng vi sóng (300 MHz đến 300 GHz) để tạo ra các hiệu ứng làm

ấm mô. Sự dao động của các phân tử phân cực tạo ra sự gia tăng nhiệt ma sát, cuối cùng tạo ra hoại tử mô trong các khối u rắn. Nó thường được sử dụng để điều trị và / hoặc giảm khối u đặc ở những bệnh nhân không phẫu thuật

RÉSULTATS DE DEUX PREMIERS CAS DE TUMEUR PULMONAIRE QUI SONT TRAITÉS PAR ABLATION PAR MICRO-ONDES À L'HÔPITAL NATIONAL PULMONAIRE

RÉSUMÉ

L'ablation par micro-ondes est une forme d'ablation thermique utilisée en radiologie interventionnelle pour traiter le cancer. L'ablation par micro-ondes utilise des ondes électromagnétiques dans le spectre d'énergie des micro-ondes (300 MHz à 300 GHz) pour produire des effets de

chauffage des tissus. L'oscillation des molécules polaires produit un réchauffement par friction, générant finalement une nécrose des tissus dans les tumeurs solides. Il est généralement utilisé pour le traitement et/ou la diminution de tumeurs solides chez des patients au traitement non chirurgical.

CA BỆNH LÂM SÀNG SỬ DỤNG LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẠI KHOA UNG BƯỚU – BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Dương , Đặng Văn Khiêm

Khoa Ung bướu – Bệnh viện Phổi Trung Ương

TÓM TẮT

Liệu pháp điều trị ung thư đã được thay đổi với những tiến bộ gần đây trong liệu pháp miễn dịch ung thư. Các liệu pháp kết hợp miễn dịch có liên quan đến các giai đoạn khác nhau của chu kỳ miễn dịch chống ung thư, có thể làm tăng khả năng ngăn chặn sự thoát khỏi hệ miễn dịch của tế bào ung thư bằng cách nhắm đích nhiều cơ chế mà tế bào khối u dùng để tránh bị loại bỏ bởi hệ thống miễn dịch. CTLA-4

hoạt động trong hệ bạch huyết, trong khi PD-1 và PD-L1 hoạt động trong môi trường vi thể khối u. Bệnh nhân đã được sử dụng liệu pháp kết hợp Tremelimumab và Durvalumab tác động vào CTLA-4 và PDL-1. Kết quả sau hơn 1 năm điều trị ung thư phổi giai đoạn IV bệnh đáp ứng 1 phần, hoạt động thể lực bình thường PS = 0, chưa ghi nhận tác dụng phụ nào.

RAPPORT DE CAS: UTILISATION DE LA IMMUNOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE CANCER PULMONAIRE AU SERVICE DE ONCOLOGIE – L'HOPITAL NATIONAL PULMONAIRE

RÉSUMÉ

Les traitements du cancer ont été transformés avec les progrès récents en immunothérapie. Des immunothérapies combinées impliquant différentes phases du cycle immunitaire de lutte contre le cancer peuvent renforcer la capacité de prévention des fuites immunitaires en ciblant de multiples mécanismes permettant aux cellules tumorales d'éviter leur élimination par le système immunitaire. CTLA-4 agit dans le système

lymphoïde, tandis que PD-1 et PD-L1 agissent dans le microenvironnement tumoral. Les patients reçoivent une combinaison de Tremelimumab et de Durvalumab qui affecte le CTLA-4 et le PDL-1. Après plus d'un an de traitement du cancer du poumon au stade IV, les patients présentent une réponse partielle, une activité physique normale PS = 0, aucun effet secondaire n'a été observé.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG GEFITINIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Oanh, Trần Thị Chung, Đặng Văn Khiêm, Dương Thị Bình
Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá tỉ lệ đáp ứng toàn bộ với thuốc đích Gefitinib ở nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ bước 1 giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR và (2) Đánh giá thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS), thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và một số tác dụng phụ sau điều trị gefitinib ở nhóm bệnh nhân này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả 45 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV có đột biến EGFR được điều trị Gefitinib bước 1 tại Bệnh viện Phổi TW từ 2013 đến nay.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là 64, giới nữ và không hút thuốc chiếm tỉ lệ cao (80%), ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ chủ yếu 97.8%. Đột

biến trên exon 19 (55.6%) chiếm tỉ lệ cao hơn trên exon 21. Tác dụng phụ thường gặp nhất là nổi ban (71.3%) và chủ yếu ở độ 1-2. Đáp ứng toàn bộ 88,8%, cao nhất ở tháng thứ 6, có 2 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (4,4%). Trung vị PFS và OS là 11.8 và 17.1 tháng.

Kết luận: Gefitinib hiệu quả trong điều trị ung thư phổi không tế bào bước 1 giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR với tác dụng phụ là không đáng kể mang lại chất lượng cuộc sống được nâng cao, kéo dài thời gian sống PFS và OS cho bệnh nhân.

Từ khóa: Iressa, ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa, đột biến EGFR.

ÉVALUER LES RÉSULTATS DU GEFITINIB DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU POU MON NON À PETITES CELLULES DE STADE IV AVEC MUTATION DE L'EGFR À L'HÔPITAL NATIONAL PULMONAIRE

RÉSUMÉ

Objectif : (1) Évaluer le taux de réponse complète du géfitinib dans le traitement des patients atteints de CPNPC avancé de première ligne avec un EGFR positif. (2) Évaluer la SSP, la SG et certains effets secondaires courants des ITK lors du traitement de ce groupe de patients.

Méthode : C'est une étude rétrospective de 45 patients atteints de CPNPC de stade IIIB/IV avec EGFR positive qui ont été traités en première ligne avec du géfitinib à l'Hôpital National Pulmonaire de 2013 jusqu'à présent.

Résultats : L'âge moyen est de 64 ans, les femmes ne fumant jamais (80%), le type d'histologie principal est l'adénocarcinome (97,8%). La délétion de l'exon 19 est la

mutation prédominante (55,6%) et supérieure à celle de l'exon 21. L'effet indésirable le plus couramment observé était une éruption cutanée (71,3%), principalement de grade 1-2. Le taux de réponse en général était de 88,8% avec un pic au sixième mois, 2 cas avaient une réponse complète (4,4%). Le temps moyen de survie sans progression et de survie globale était respectivement de 11,8 et 17,1 mois.

Conclusions: Le géfitinib montre un bénéfice dans le traitement des patients atteints de CBNPC avancé de première ligne, EGFR positif. Les effets secondaires n'étaient pas significatifs, amélioration de la qualité de vie, SSP et SG prolongés.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM ĐỘT BIẾN EGFR VÀ ĐÁNH GIÁ SỰ BỘC LỘ PD-L1 TRÊN MẢNH SINH THIẾT NHỎ Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

**Trần Thị Tuấn Anh¹, Lê Trung Thọ², Nguyễn Sỹ Lánh³,
Dương Minh Phương¹, Phạm Thị Thu Phương¹**

¹Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Phổi trung ương

²Giảng viên cao cấp Bộ môn Giải phẫu bệnh, Trường đại học Y Hà Nội – Trường khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Phổi Trung ương.

³Trưởng khoa Giải phẫu bệnh, tế bào học và pháp y – Bệnh viện HN Việt Đức.

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến phổi là tít ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất hiện nay với hơn 50%. Ngày nay, cùng với sự hiểu biết được mở rộng trong thực hành chẩn đoán và điều trị, ung thư biểu mô tuyến phổi được điều trị nhắm trúng đích khi có đột biến gen EGFR hay liệu pháp miễn dịch cho các trường hợp có bộc lộ PD-L1 trên nhuộm hóa mô miễn dịch là bổ sung có ý nghĩa vào cách điều trị đa mô thức giúp cải thiện thời gian và chất lượng cuộc sống cho NB.

Ở Việt Nam, những nghiên cứu về mối liên quan giữa đột biến EGFR và bộc lộ PD-L1 còn chưa được cập nhật nhiều, như về kỹ thuật giải trình tự gen với hệ thống COBAS Version 2 và cách lựa chọn kit kháng thể và đánh giá sự bộc lộ PD-L1 đặc biệt với sự tiếp cận từ sinh thiết nhỏ (Khoảng hơn 80% bệnh phẩm có được từ bệnh nhân ung thư phổi là sinh thiết nhỏ).

Nghiên cứu với mục tiêu: “Nhận xét một số đặc điểm của đột biến EGFR và đánh giá sự bộc lộ PD-L1 trên sinh thiết nhỏ ở người bệnh UTBMT phổi tại bệnh viện Phổi trung ương”

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 người bệnh có UTP nguyên phát, có sinh thiết nhỏ tại phổi được chẩn đoán UTBMT trên nhuộm Hematoxylin Eosin (HE). Mẫu bệnh phẩm của các bệnh nhân còn đủ để thực hiện xét nghiệm EGFR và nhuộm hóa mô miễn dịch với dẫn ấn PD-L1.

Kết quả cho thấy tỷ lệ đột biến gen EGFR ở UTBMT phổi 34,1%; hay gặp đột biến ở mất đoạn ở exon 19, tiếp đến là L858R ở exon 21; 4,5 % đồng đồng biến và xuất hiện đột biến kháng thuốc T790M. Tỷ lệ dương tính với PD-L1 là 45,5%, dương tính mạnh chiếm 20,5%. Do nghiên cứu có cỡ mẫu thấp nên chưa chỉ ra mối liên quan giữa đột biến gen EGFR và sự bộc lộ PD-L1 với các đặc điểm khác của người bệnh.

Từ khóa: UTBMT phổi, đánh giá PD-L1 trên HMMD ở UTBMT phổi, đột biến EGFR

REVUE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA MUTATION DE L'EGFR ET ÉVALUATION DE L'EXPRESSION DU PD-L1 DANS UNE PETITE PIÈCE EN BIOPSIE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'ADÉNOCARCINOME PULMONAIRE À L'HÔPITAL NATIONAL PULMONAIRE

RÉSUMÉ

L'adénocarcinome pulmonaire est le type de cancer du poumon le plus courant, avec plus de 50%. Aujourd'hui, ces patients sont traités avec une thérapie ciblée par mutations du gène EGFR ou par immunothérapie dans les cas présentant une expression de PD-L1 sur une coloration immunohistochimique, c'est un complément significatif au traitement multimodal qui améliore la qualité de vie du patient.

Au Vietnam, les études sur la relation entre les mutations d'EGFR et l'expression de PD-L1 n'ont pas été mises à jour, par exemple le séquençage de gènes avec le système COBAS version 2 et la manière de choisir le kit d'anticorps pour l'évaluation de PD-L1 dans une petite pièce en biopsie (Environ 80% des échantillons de patients atteints de cancer du poumon sont de petites biopsies).

Le but de cette étude est de : Revue des caractéristiques de la mutation de l'EGFR et l'évaluation de l'expression du PD-L1 dans une petite pièce en biopsie chez les patients atteints l'adénocarcinome pulmonaire à l'Hôpital National Pulmonaire.

Méthode :

C'est une étude transversale sur 44 patients atteints d'adénocarcinome pulmonaire primitif, diagnostiqué lors de petites biopsies avec coloration à l'hématoxyline-éosine (HE). Les échantillons de patients sont suffisants pour effectuer le séquençage de l'EGFR avec le système COBAS version 2 et la coloration immunohistochimique avec PD-L1.

Les résultats ont montré que le taux de mutation du gène EGFR dans l'adénocarcinome pulmonaire était de 34,1%, la mutation la plus courante dans l'exon 19, suivante était le L858R de l'exon 21, la mutation de T790M avec L858R dans l'exon 21, la prévalence de l'expression de PD-L1 était de 45,5%, avec expression forte dans 20,5% des cas. En raison de la petite taille de l'échantillon, il n'y avait pas d'association entre la mutation du gène EGFR et l'expression de PD-L1 avec d'autres caractéristiques.

Mots-clés: adénocarcinome pulmonaire, expression de PD-L1 sur l'immunohistochimie, mutation de l'EGFR

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Vũ Văn Nguyên, Ngô Quý Châu

Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Ung thư phổi là bệnh ác tính của phổi xuất phát từ biểu mô niêm mạc phế quản, tiểu phế quản, phế nang, từ các tuyến của phế quản, hoặc các thành phần khác của phổi. Nghiên cứu này sử dụng thiết kế mô tả tiến cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư phổi không tế bào nhỏ. Trong thời gian từ 9/2017 đến 7/2018, tại trung tâm Hồ hấp - Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi thực hiện triển khai nghiên cứu trên 100 bệnh nhân có kết quả mô bệnh học chẩn đoán là ung thư phổi qua các bệnh phẩm. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các bệnh nhân vào viện do đau ngực (43%), ho kéo dài (24%), ho máu (15%). Triệu chứng đường hô hấp hay gặp ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ là ho (71%), khạc đờm (50%), ho máu (22%). Các triệu chứng do

sự lan tỏa tại chỗ của u bao gồm đau ngực (73%), khó thở (34%), hội chứng Pancoast Tobias 24%. Phần lớn kích thước u khi phát hiện có kích thước >3 cm chiếm 79%. 32% bệnh nhân phát hiện u ở thùy trên phổi trái, 22% bệnh nhân phát hiện u ở thùy dưới phổi phải. Vị trí ít phát hiện có u nhất là ở thùy giữa phổi phải 13%. Kết quả soi phế quản bệnh nhân có tổn thương phù nề chít hẹp (10%), tiếp đến là dạng tổn thương thâm nhiễm (9%), dạng đờ ép từ ngoài (6%) và dạng tổn thương u sùi (6%). Phần lớn các trường hợp bệnh trong nghiên cứu là loại ung thư biểu mô tuyến 88%, tiếp đến là ung thư biểu mô vảy 8%, ung thư tế bào lớn là 2%.

Từ khoá: ung thư phổi không tế bào nhỏ, ung thư phổi

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET PARACLIQUES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DU POU MON NON A PETITES CELLULES

RÉSUMÉ

Le cancer du poumon est une maladie maligne du poumon provenant de l'épithélium des bronches, des bronchioles, des alvéoles, des glandes bronchiques ou d'autres composants du poumon. C'est une étude descriptive des caractéristiques cliniques et paracliniques du cancer du poumon non à petites cellules. De 9/2017 à 7/2018, au Centre Respiratoire de l'Hôpital Bach Mai, nous avons mené l'étude de 100 patients présentant des résultats histopathologiques diagnostiqués comme un cancer du poumon. Les résultats ont montré que la plupart des patients ont été admis à l'hôpital en raison de douleurs à la poitrine (43%), de toux prolongée (24%) et d'hémoptysie (15%). Les symptômes respiratoires courants chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules

sont la toux (71%), les expectorations (50%) et l'hémoptysie (22%). Les symptômes dus à l'extension de la tumeur sont: douleur thoracique (73%), dyspnée (34%), syndrome de Pancoast Tobias (24%). La majorité des tumeurs avec le diamètre de plus de 3 cm était de 79%. 32% des patients avec la tumeur au lobe supérieur à gauche et 22% avec la tumeur au lobe inférieur à droite. La bronchoscopie a provoqué un œdème rétréci (10%), des lésions infiltrées (9%), des lésions extérieures (6%) et lésions fongueuses (6%). La majorité des cas de l'étude sont l'adénocarcinome (88%), suivis du carcinome épidermoïde (8%) et du carcinome à grandes cellules de 2%.

Mots-clés: cancer du poumon non à petites cellules

CHỈ ĐỊNH THỪA THẢI CHỤP HÌNH ẢNH SỌ NÃO TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ (UTPKTBN) GIAI ĐOẠN IA: CHI PHÍ BỊ COI THƯỜNG

T.-L. Nguyen, J.A. Lutz, R. Schmid và G.J. Kocher

Đơn nguyên Phẫu thuật lồng ngực tổng quát, bệnh viện Đại học Bern, trường đại học Bern, Thụy Sĩ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ta thấy có một sự mâu thuẫn giữa các khuyến cáo về vai trò của chẩn đoán hình ảnh sọ não trong giai đoạn đầu của UTPKTBN. American College of Chest Physicians (ACCP) và National Comprehensive Cancer Network (NCCN) không khuyến cáo chụp não cho bệnh nhân giai đoạn IA nếu không kèm triệu chứng thần kinh (Mức độ bằng chứng IIb, cấp B), trong khi thì British Thoracic Society (BTS) và National Institute for Health and Care Excellence (NICE) đều khuyến nghị chụp não cho tất cả các bệnh nhân được coi như điều trị để khỏi bệnh (Mức độ bằng chứng III, cấp B). Mục tiêu của nghiên cứu này là để điều tra sự tuân thủ các khuyến cáo nói trên bao gồm cả tác động ảnh hưởng đến kết cục của bệnh nhân trong trung tâm chăm sóc của chúng tôi.

Phương pháp: Tất cả bệnh nhân UTPKTBN được bàn luận tại hội đồng các khối u lồng ngực từ năm 2012 đến năm 2015 được chọn vào nghiên cứu này. Chúng tôi áp dụng hệ thống phân loại TNM phổi và phân loại giai đoạn lần thứ 7. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức (KEK 23-12-13 (5)).

Kết quả: 504 bệnh nhân đã được đưa vào trong nghiên cứu của chúng tôi, 323 nam và 181 phụ nữ với tuổi trung bình là 67 (IQR 60-72). Các loại ung thư chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến trên 296 bệnh nhân (58,7%) và ung thư biểu mô tế bào vảy trên 173 bệnh nhân (34,3%). Có 101 bệnh nhân giai đoạn IA (20,04%), 50 IB (9,92%), 45 IIA (8,92%), 38 IIB (7,53%), 69 IIIA (13,69%), 32 IIIB (6,35%) và 169 IV (33,53%). Trong số bệnh nhân giai đoạn IA lâm sàng, 44 (43,56%) được chụp não ngay từ đầu (mặc dù không kèm các triệu chứng thần kinh) và 57 (56,44%) không được chụp não. Ở những

bệnh nhân này không tìm thấy bất kỳ dấu hiệu di căn não nào.

84 bệnh nhân có giai đoạn \geq IB cho thấy các triệu chứng thần kinh và do đó được chụp CT hoặc MRI sọ não, kết quả cho thấy di căn não ở 59 bệnh nhân (70,2%). Trong nhóm này, chỉ có một bệnh nhân có UTPKTBN cT1bN0 khu trú nhưng bệnh nhân này ngay từ đầu đã có một khối choán chỗ lớn nằm ở thùy trán kèm triệu chứng giúp đến chẩn đoán. Không có sự khác biệt về tỷ lệ phát hiện di căn giữa CT-Scan và MRI ($p = 0,64$).

Trong số những bệnh nhân không triệu chứng còn lại và không được chụp sọ não ($n = 183$), có 2 bệnh nhân đã tiến triển di căn não. Một bệnh nhân bị UTPKTBN giai đoạn IIIB (cT4 pN3) và không đáp ứng với liệu pháp xạ trị giảm nhẹ. Bệnh nhân thứ hai cần phẫu thuật cắt thùy cấp cứu vì nhiễm trùng huyết thứ phát do viêm phổi sau chít hẹp. Trong ca bệnh này, chẩn đoán giai đoạn sau phẫu thuật là IIA (pT2b pN1) và bệnh nhân đã phát triển di căn não trong vòng 3 tháng kể từ sau khi phẫu thuật mặc dù đã hóa trị hỗ trợ. 8 bệnh nhân khác (giai đoạn IIA-IV) đã phát triển di căn não mặc dù ban đầu hình ảnh sọ não âm tính.

Chỉ có 11/70 bệnh nhân (15,71%) bị di căn não mà không hề có triệu chứng thần kinh ban đầu. Tất cả đều là N+ ngoại trừ 2 bệnh nhân (T2aN0 và T4N0).

Kết luận: Chụp sọ não không giúp nâng giai đoạn trên bệnh nhân ở giai đoạn IA, điều này khẳng định các khuyến cáo của ACCP và NCCN. Nếu chúng ta tính tất cả các chụp não được thực hiện trong nghiên cứu này thì chi phí tiết kiệm tiềm năng là 30'800.- CHF (44 x 700.- CHF). Điều này sẽ phải thúc đẩy sự tuân thủ tốt hơn các hướng dẫn đã được thiết lập.

EXCÈS D'IMAGERIE CÉRÉBRALE AU STADE IA DU CANCER DU POU MON NON À PETITES CELLULES (CPNPC): UN COÛT SOUS-ESTIMÉ

T.-L. Nguyen, J.A. Lutz, R. Schmid et G.J. Kocher

Division of General Thoracic Surgery, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Switzerland

RÉSUMÉ

Introduction : Il existe une controverse entre les différentes lignes directrices concernant le rôle de l'imagerie cérébrale au stade précoce du cancer du CPNPC. L'American College of Chest Physicians (ACCP) et le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ne recommande pas l'imagerie cérébrale pour les patients au stade IA qui n'ont pas de symptômes neurologiques (niveau de preuve IIb, grade B), alors que le British Thoracic Society (BTS) et le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommandent l'imagerie cérébrale pour tous les patients considérés pour un traitement curatif (niveau de preuve III, grade B). Le but de cette étude était d'étudier le respect des directives mentionnées ci-dessus, y compris l'influence sur les résultats des patients dans notre centre de soins tertiaires.

Méthode: Tous les patients atteints de CPNPC qui ont été examinés dans le tableau institutionnel pour les tumeurs thoraciques de 2012 à 2015 ont été inclus dans cette étude. Le 7^{ème} édition de la classification TNM et des stades du cancer a été utilisé. L'approbation éthique a été obtenue (KEK 23-12-13 (5)).

Résultats : 504 patients ont été inclus dans notre étude, 323 hommes et 181 femmes avec un âge médian de 67 ans (IQR 60-72). Les types cellulaires prédominants étaient l'adénocarcinome chez 296 patients (58,7%) et le carcinome cellulaire chez 173 patients (34,3%). Il y avait 101 stade IA (20,04%), 50 stade IB (9,92%), 45 stade IIA (8,92%), 38 stade IIB (7,53%), 69 stade IIIA (13,69%), 32 stade IIIB (6,35%) et 169 stade IV (33,53%). Parmi les patients au stade clinique IA, 44 (43,56%) avaient une imagerie cérébrale (malgré pas d'initiales symptômes neurologiques), alors que 57 (56,44%) ne l'ont pas été. Aucune de ces

métastases cérébrales de ces patients a été trouvée.

84 patients avec un stade initial \geq IB ont présenté des symptômes neurologiques et ont donc eu une TDM ou une IRM du tête, montrant des métastases cérébrales chez 59 patients (70,2%). Dans ce groupe, un seul patient avait cT1bN0 NSCLC mais il présentait initialement une grande masse frontale symptomatique qui a conduit au diagnostic. Il n'y avait pas de différence dans le taux de détection entre TDM et IRM ($p = 0,64$).

Parmi les patients asymptomatiques n'ayant reçu aucune imagerie cérébrale initiale ($n = 183$), deux ont finalement développé des métastases cérébrales. Un patient a souffert d'un CBNPC de stade IIIB (cT4 pN3) et n'a pas répondu à la radiochimiothérapie palliative. Le deuxième patient avait besoin d'une lobectomie d'urgence en raison d'une septicémie secondaire à une pneumonie post-sténotique. Dans ce cas, le postopératoire stade était IIA (pT2b pN1) et il a développé une métastase cérébrale en 3 mois après la chirurgie malgré la chimiothérapie adjuvante. Huit autres patients (stade IIA-IV) ont développé des métastases cérébrales malgré l'imagerie cérébrale négative.

Seuls 11 patients sur 70 (15,71%) présentant une métastase cérébrale ne présentaient aucun symptôme neurologique initial. Ils étaient tous N+ sauf pour deux patients (T2aN0 et T4N0).

Conclusions: L'imagerie cérébrale n'a pas conduit à une augmentation de stade chez les patients de stade IA, confirmant les recommandations de l'ACCP et le NCCN. Si l'on considère toutes les études sur le cerveau effectuées dans cette cohorte, il y avait un coût potentiel économie de 30'800.- CHF (44 x 700.- CHF). Cela devrait motiver une meilleure adhésion à la des lignes directrices

LAO PHỔI AFB (-) Ở TRẺ EM

Hoàng Thanh Vân¹, Trần Văn Sáng²

¹ Bệnh viện Phổi Trung ương, số 463 Hoàng Hoa Thám, Hà Nội

² Trường Đại học Y Hà Nội, số 1 Tôn Thất Tùng, Hà Nội

TÓM TẮT

Lao phổi AFB (-) ở trẻ em hiện nay chiếm khoảng hơn 60% trong tổng số trẻ được chẩn đoán lao phổi. Chẩn đoán lao phổi AFB (-) ở trẻ em còn khó khăn và muộn vì chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng, tổn thương trên phim Xquang và khai thác tiền sử tiếp xúc nguồn lây. **Đối tượng và phương pháp:** 122 bệnh nhân ≤ 15 tuổi được chẩn đoán lao phổi AFB (-), tại Khoa Nhi Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 1/2006 đến tháng 6/2010. **Kết quả và bàn luận:** Về tuổi mắc bệnh, nhóm < 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 61,5% trong đó < 1 tuổi 38,5% và 5 - < 10 tuổi chiếm tỷ lệ 28,7%. Các triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất ho khan (46,7%) và ho có đờm (44,3%). Có 49,2% trẻ không có

triệu chứng thực thể. Có 66,4% trẻ có sốt, trong đó sốt cao 13,1%. Khai thác được tiền sử tiếp xúc nguồn lây là 37,7%. Phản ứng Mantoux dương tính 50,8%, trong đó phản ứng Mantoux dương tính mạnh 25,4%. Hình ảnh tổn thương Xquang phổi: thâm nhiễm (63,9%), đông đặc (50,0%), nốt (37,7%) và hạch rốn phổi (18,0%). Hình ảnh tổn thương CT lồng ngực: đông đặc (56,6%), nốt (40,2%), hạch rốn phổi (39,3%), kính mờ (38,5%) và phát hiện thêm hạch rốn phổi (21,3%) và vôi hóa (21,4%). Tình hình kháng thuốc chung 25,0% và kháng INH 13,6%; Kháng SM 15,9% và kháng INH + RMP 2,3%.

TUBERCULOSE PULMONAIRE A FROTTIS NEGATIF CHEZ LES ENFANTS

Hoàng Thanh Vân¹, Trần Văn Sáng²

¹ *Hôpital National Pulmonaire, 463 rue Hoang Hoa Tham, Hanoi*

² *Université de médecine de Hanoi, 1 rue Ton That Tung, Hanoi*

RÉSUMÉ

La tuberculose pulmonaire à frottis négatif chez les enfants représente aujourd'hui plus de 60% de tous les enfants atteints de tuberculose pulmonaire. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire à frottis négatif chez les enfants est difficile et retardé à cause de ce diagnostic repose principalement sur les manifestations cliniques, les caractéristiques de la radiographie pulmonaire et l'antécédent d'exposition des contacts. **Méthode:** De janvier 2006 à juin 2010, nous avons sélectionné 122 patients âgés de 15 ans et moins qui ont été diagnostiqués avec une tuberculose pulmonaire à frottis négatif au service de Pédiatrie de l'Hôpital National Pulmonaire. **Résultats et discussion:** Les enfants âgés de 5 ans ou moins représentaient la plus forte proportion (61,5%), parmi eux, les enfants < 1 an représentaient 38,5%; les enfants de 5 ans à 10 ans représentaient 28,7%. Les symptômes les plus courants étaient la toux sèche (46,7%) et la

production des crachats (44,3%). 49,2% des enfants n'avaient aucun symptôme. Il y avait 66,4% des enfants atteints de la fièvre, dont une forte fièvre était de 13,1%. L'antécédent d'exposition des contacts était de 37,7%. Le test Mantoux avec la taille de 5mm ou plus était de 50,8%, celui avec la taille de 15mm ou plus était de 25,4%. Les caractéristiques de la radiographie pulmonaire: l'infiltration (63,9%), la consolidation (50,0%), le nodule (37,7%) et le ganglion pulmonaire hilair (18,0%). Les caractéristiques de la TDM thoracique: la consolidation (56,6%), le nodule (40,2%), le ganglion pulmonaire hilair (39,3%), le verre dépoli (38,5%) et la calcification (21,4%). La prévalence de la tuberculose résistante aux antibiotiques était de 25,0% et la résistance à l'isoniazid était de 13,6%; la résistance à la streptomycine était de 15,9% et la tuberculose multirésistante était de 2,3%.

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM XQUANG LÒNG NGỰC VÀ CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ SỌ Ở TRẺ EM LAO MÀNG NÃO

Nguyễn Thị Ngoạn, Cung Văn Công, Nguyễn Việt Nhung

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương trên phim Xquang ngực, phim cộng hưởng từ sọ, mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ và giai đoạn bệnh của lao màng não trẻ em điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Phổi Trung ương từ năm 2007 đến năm 2017.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, tiến cứu 136 bệnh nhân lao màng não trẻ em vào điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Phổi Trung ương có hồ sơ bệnh án lưu trữ từ năm 2007 đến năm 2017, chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: 56,6% (77/136) có hình ảnh X-quang bất thường: 7,4% hạch trung thất, đông đặc 5,9%, kê 20,6%, nốt nhỏ 22,8%, hang 2,9% và tràn dịch màng phổi 3,7%. 90 bệnh nhân chụp MRI não trước khi điều trị: 83,3% (75/90) có tổn thương,

45,6%(41/90) dày màng não nền sọ, 66,7%(60/90) dẫn não thất, 12,2% (11/90) nhồi máu não và 11,1% (10/90) có các tổn thương hình ảnh vòng nhẵn, hình ảnh hạt kê ở nhu mô não. Dẫn não thất có liên quan đến giai đoạn muộn của bệnh Tổn thương dày màng não, ổ nhồi máu não thường gặp ở giai đoạn sớm của lao màng não.

Kết luận: Lao màng não là một thể lao nặng, tỷ lệ tử vong và di chứng cao. Việc chẩn đoán sớm và điều trị ngay là yếu tố then chốt để có được kết quả tốt nhất. Trong một số trường hợp hình ảnh tổn thương trên phim Xquang lồng ngực và hình ảnh cộng hưởng từ sọ góp phần củng cố chẩn đoán lao màng não khi có dấu hiệu lâm sàng gợi ý nhưng không thể chẩn đoán xác định lao màng não, đặc biệt ở những vùng dịch tễ lao cao.

DESCRIPTION DE CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE ET DE LA RÉSONANCE MAGNÉTIQUE CÉRÉBROVASCULAIRE CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE

RÉSUMÉ

Objectif : Description de certaines caractéristiques de la radiographie pulmonaire et de la résonance magnétique cérébrovasculaire et la relation avec la stade de la méningite tuberculeuse chez les enfants qui sont traités au service pédiatrique de l'Hôpital National Pulmonaire de 2007 à 2017.

Méthode : C'est une étude descriptive, transversale et rétrospective de 136 enfants atteints d'une méningite tuberculeuse qui sont traités au service pédiatrique de l'Hôpital National Pulmonaire de 2007 à 2017.

Résultats : 56,6% (77/136) des patients présentent des esamens radiographiques anormaux: ganglions médiastinaux 7,4%, condensation 5,9%, miliaire 20,6%, nodule 22,8%, cavité 2,9% et épanchement pleural 3,7%. 90 patients avec une IRM cérébrale avant le traitement, parmi eux, 83,3% (75/90) des patients ayant des lésions, 45,6% (41/90) une épaisseur de la méninge

à la base du cerveau, 66,7% (60/90) une hydrocéphalie 12,2% (11/90) des infarctus cérébraux et 11,1% (10/90) avec des lésions en anneau et des images de miliaire cérébrale. L'hydrocéphalie est associée aux stades avancés de cette maladie. L'épaisseur de la méninge et l'infarctus cérébral sont courants aux premiers stades de la méningite tuberculeuse.

Conclusion: La méningite tuberculeuse est une forme grave de la tuberculose, avec une mortalité et des séquelles élevées. Un diagnostic précoce et un traitement immédiat sont essentiels pour obtenir les meilleurs résultats. Dans certains cas, une image de la radiographie pulmonaire et de l'IRM contribue au diagnostic de la méningite tuberculeuse avec des signes cliniques évocateurs, mais elle ne peut pas confirmer le diagnostic de la méningite tuberculeuse, notamment dans les pays à forte charge de tuberculose.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LAO PHỔI KHÁNG ĐA THUỐC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2013 - 2017

Nguyễn Văn Hồng¹, Lê Ngọc Hưng², Phạm Hữu Thường¹

¹Bệnh viện Phổi Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề : WHO ước tính năm (2016), trên toàn cầu có khoảng 10,4 triệu người mới mắc lao, trong đó 5,9 triệu là nam và 3,5 triệu là nữ, 1 triệu trẻ em.

Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai trong các bệnh nhiễm trùng với khoảng 1,4 triệu người tử vong do lao. Tình hình dịch tễ lao kháng thuốc đang có diễn biến phức tạp và đã xuất hiện ở hầu hết các quốc gia. Cũng theo WHO năm (2016), trên toàn cầu ước tính tỷ lệ mắc lao kháng đa thuốc là 3,9% trong số bệnh nhân lao mới và 21% trong số bệnh nhân điều trị lại. Theo CTCLQG (2016) tại Việt Nam, tỷ lệ lao kháng đa thuốc là 4,1% trong số bệnh nhân lao mới và 25% trong số bệnh nhân điều trị lại [1].

Hàng năm số lượng bệnh nhân lao phổi thất bại điều trị phác đồ tái trị ở nước ta là (20,5%), số bệnh nhân này hầu như đã kháng với các thuốc chống lao hàng I [2].

Mục tiêu : Đánh giá kết quả điều trị lao phổi kháng đa thuốc bằng phác đồ IV(a) tại Bệnh viện phổi Hà Nội từ 1/2013 đến 6/2017.

Đối tượng và phương pháp : Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu 120 bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi kháng đa thuốc, tại Bệnh viện Phổi Hà Nội từ 01/2013 đến 6/2017.

Kết quả : Tuổi từ 35-44 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (31,6%) Tỷ lệ nam/nữ 3,8/1. Sốt về chiều

trước điều trị 80,1% giảm xuống 12,8% sau điều trị ($p < 0,05$), BMI có nhiều cải thiện gây trước điều trị 66,2% giảm xuống 31,6% sau điều trị. Ho kéo dài trước điều trị 100%, sau điều trị 17,8% ($p < 0,05$). Đau ngực 78,2%, sau điều trị 12,8% ($p < 0,05$), khó thở 39,6%, sau điều trị 6,9% ($p < 0,05$), ran ẩm, ran nổ tỷ lệ 95% sau điều trị 12,8% ($p < 0,05$). Hội chứng đông đặc 72,2% sau điều trị 19,8% ($p < 0,05$).

Kết quả kháng sinh đồ thuốc lao: Kháng 4 loại thuốc SRHE chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%, kháng SRH 30%, Kháng RHE 3,3%, Kháng RH 20%. Sau 1 tháng âm hóa đờm đạt 73,3%, sau 18 tháng âm hóa đờm đạt 99%. Nuôi cấy vi khuẩn lao sau 3 tháng âm tính 91,5%, đến tháng 21 vẫn còn bệnh nhân âm hóa đờm. Xquang phổi tổn thương độ I trước điều trị 12% tăng lên 47% sau điều trị, độ III trước điều trị 51% sau điều trị 18%. Kết quả điều trị khỏi 72,5%, hoàn thành điều trị 1,7% thất bại 10%, bỏ trị 10,8%. Tử vong 5%.

Kết luận: Bệnh nhân lao phổi kháng đa thuốc điều trị phác đồ VI(a) lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau điều trị có thay đổi rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ khỏi bệnh đạt 72,5%, hoàn thành điều trị 1,7%, thất bại 10%, bỏ trị 10,8%. Tử vong 5%.

Từ khóa: Lao phổi kháng đa thuốc

ÉVALUATION DES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE MULTIRÉSISTANTE À L'HÔPITAL PULMONAIRE DE HANOI DURANT LA PÉRIODE 2013 – 2017

RÉSUMÉ

Introduction : L'OMS estime qu'en 2016, il y a environ 10,4 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde : 5,9 millions d'hommes, 3,5 millions de femmes et un million d'enfants.

La tuberculose est la deuxième cause de décès parmi les maladies infectieuses, avec environ 1,4 million de décès dus à la tuberculose. L'épidémie de tuberculose résistant aux médicaments est complexe et est présente dans la plupart des pays. Selon l'OMS (2016), l'estimation mondiale de la TB-MR est de 3,9% chez les nouveaux patients atteints de tuberculose et de 21% chez les patients retraités. Selon le Programme national contre la tuberculose (2016) au Vietnam, le taux de la tuberculose multirésistante était de 4,1% chez les nouveaux patients tuberculeux et de 25% chez les patients retraités.

Chaque année, le taux d'échec du régime de retraitement au Vietnam est de 20,5%, ces patients ont une résistance presque à tous les antituberculeux de 1^{ère} ligne.

Objectif : Evaluer les résultats du traitement de la tuberculose multi-résistante utilisant 4 régimes à l'Hôpital Pulmonaire de Hanoi de Janvier 2013 à Juin 2017.

Méthode : C'est une étude descriptive, transversale, rétrospective de 120 patients qui sont diagnostiqués atteints de tuberculose multi-résistante à l'Hôpital Pulmonaire de Hanoi de Janvier 2013 à Juin 2017.

Résultats : La proportion la plus élevée (31,6%) est observée entre 35 et 44 ans, le ratio hommes/femmes est de 3,8/1. La fièvre a diminué de 80,1% à 12,8% après le traitement ($p < 0,05$), l'IMC s'est beaucoup amélioré avant le traitement, ce qui a diminué de 66,2% à 31,6% après le traitement. Une toux prolongée avant le traitement (100%), après le traitement 17,8% ($p < 0,05$). Douleur thoracique 78,2%, après traitement 12,8% ($p < 0,05$), dyspnée 39,6%, après traitement 6,9% ($p < 0,05$), râle crépitant et râle humide 95%, après traitement 12,8% ($p < 0,05$). Le syndrome de congélation était de 72,2%, après le traitement 19,8% ($p < 0,05$).

Résultats du test de sensibilité aux médicaments : le taux le plus élevé de la résistance aux 4 médicaments SRHE (46,7%), la résistance à SRH 30%, la résistance à la RHE 3,3%, la résistance à RH 20%. Après 1 mois, le taux de conversion de crachats est de 73,3%, après 18 mois, ce taux est de 99%. La culture tuberculose négative après 3 mois est de 91,5%, jusqu'au 21^{ème} mois, il y a quelques patients avec conversion des crachats. Dans la radiographie, la lésion pulmonaire en premier grade avant traitement est de 12% et est de 47% après traitement, en troisième grade avant traitement 51% et après traitement 18%. Résultats du traitement: guérison 72,5%, traitement complet 1,7%, échec du traitement 10%, arrêt du traitement 10,8% et mort 5%.

Conclusion: Les patients atteints de la tuberculose multirésistante présentent des modifications significatives sur les caractéristiques cliniques et paracliniques. Le taux de guérison était de 72,5%, traitement complet 1,7%, échec du traitement 10%, arrêt du traitement 10,8% et mort 5%.

Mots-clés: tuberculose multi-résistante.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU SÀNG LỌC LAO CHỦ ĐỘNG TRONG CỘNG ĐỒNG LÊN TỈ LỆ MẮC LAO Ở VIỆT NAM

Guy B. Marks^{1,2,3,4},
 Nguyen Viet Nhung^{4,5}
 Nguyen Thi Bich Phuong¹
 Nguyen Thu Anh^{1,3}
 Nguyen Binh Hoa^{4,5,6}
 Luu Boi Khanh¹
 Jennifer Ho^{1,2}
 Greg J. Fox^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chủ động tìm kiếm ca bệnh lao đã và đang được thực hiện ở nhiều cấp độ nhưng vẫn có ba hạn chế chủ yếu: 1) sàng lọc dựa trên triệu chứng bệnh lao có độ nhạy thấp; 2) chụp Xquang phổi khó thực hiện ở những vùng xa xôi hẻo lánh; và 3) ở những nơi có gánh nặng bệnh lao cao thì hầu hết ca lao là những người không thuộc nhóm có nguy cơ mắc bệnh. Do đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu sàng lọc bệnh lao chủ động trong cộng đồng sử dụng Xpert[®] MTB/RIF để xét nghiệm đàm. Đây là một chiến lược để giảm tỉ lệ mắc lao ở đất nước có gánh nặng bệnh lao cao.

Phương Pháp: Chúng tôi đã tiến hành thử nghiệm ngẫu nhiên theo cụm có nhóm chứng ở Cà Mau, Việt Nam. Các cụm được chọn mẫu là các xóm/ấp (dân số ~1000 người trưởng thành). Các xóm/ấp thuộc nhóm can thiệp được sàng lọc hàng năm trong ba năm liên tục. Hoạt động sàng lọc bao gồm thu thập mẫu đàm không có tác động, bao gồm cả những người không có triệu chứng. Mẫu đàm được xét nghiệm Xpert[®] MTB/RIF. Chúng tôi không thực

hiện bất cứ hoạt động sàng lọc nào ở các ấp được phân chia vào nhóm chứng. Kết quả chính là so sánh tỉ lệ mắc lao phổi ở người trưởng thành từ 15 tuổi trong bốn năm nghiên cứu.

Kết quả : Có 60 xóm/ấp được chọn ngẫu nhiên phân chia vào nhóm can thiệp và 60 xóm/ấp trong nhóm chứng. Số người tham gia được sàng lọc/số người đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu (tỉ lệ %) trong ba năm lần lượt là: 43,425 / 51,453 (84.4%), 44,085 / 55,069 (80.1%), và 44,317 / 56,888 (77.9%). Trong năm thứ tư, con số ở nhóm can thiệp là 42,161 / 56,629 (74.5%) và nhóm chứng là 41,649 / 48,221 (86.4%). Tỉ lệ vi khuẩn lao (MTB) trong đàm bằng xét nghiệm Xpert[®] được thể hiện trong Hình 1. Tỉ lệ bệnh lao giữa nhóm can thiệp: nhóm chứng ở năm thứ tư là 0.56 (95%, 0.40-0.78, P=0.0009).

Kết luận : Sàng lọc lao rộng rãi trong cộng đồng sử dụng Xpert để xét nghiệm đàm của tất cả những người có thể khạc được đàm hàng năm trong ba năm liên tục có thể giảm 44% tỉ lệ mắc lao.

EFFETS DU DÉPISTAGE À L'ÉCHELLE DE LA POPULATION SUR LA PRÉVALENCE DE LA TUBERCULOSE: ESSAI RANDOMISÉ PAR GRAPPES AU VIETNAM

RÉSUMÉ

Introduction : La recherche active de cas de tuberculose est en cours d'évaluation dans de nombreux contextes, mais les stratégies existantes présentent trois limitations importantes : 1) le dépistage reposant sur les symptômes est peu sensible; 2) la radiographie thoracique est complexe à mettre en œuvre dans des situations distantes; et 3) dans les pays à forte charge de morbidité, la plupart des cas de tuberculose surviennent chez des personnes ne présentant pas un «risque élevé». Par conséquent, nous avons évalué le rôle de la recherche active de cas au niveau de la communauté, en utilisant le test Xpert® MTB / RIF (Cepheid, Sunnyvale, CA) des expectorations, en tant que stratégie pour réduire la prévalence de la tuberculose dans un contexte de forte charge.

Méthode : Nous avons réalisé un essai contrôlé randomisé par grappes dans la province Ca Mau, au Vietnam. Les grappes étaient des sous-communes (population ~ 1000 adultes). Les groupes d'interventions actives ont été sélectionnés chaque année pendant trois ans. Le dépistage consistait à recueillir les crachats spontanément expectorés de tous les adultes, indépendamment des symptômes. Les expectorations ont été testées par Xpert® MTB/RIF. Il n'y a pas eu d'intervention dans les grappes de contrôle. Le critère d'évaluation principal de l'étude était la prévalence de la TB pulmonaire chez les personnes âgées de 15 ans et plus au cours de la quatrième année de l'étude.

Résultats : Il y avait 60 groupes d'intervention actifs et 60 groupes de contrôle. Le nombre de participants sélectionnés/éligibles (% de participation) aux trois dépistages annuels était de 43425/51453 (84,4%), 44085/55069 (80,1%) et 44317/56888 (77,9%). Dans l'enquête de prévalence de quatrième année, ces chiffres étaient respectivement de 42161/56629 (74,5%) et 41649/48221 (86,4%), dans les groupes d'intervention active et de contrôle. La figure ci-dessous montre la prévalence des résultats positifs de MTB par Xpert®. Le ratio de prévalence (intervention active: contrôle) dans l'enquête de dernière année était de 0,56 (intervalle de confiance de 95%: 0,40 à 0,78, $p = 0,0009$).

Conclusion : Le dépistage à l'échelle de la population utilisant le test Xpert du crachat spontanément expectoré de tous les adultes capables de produire un échantillon, répété annuellement pendant trois ans, permet de réduire la prévalence de la tuberculose de 44%.



Đơn vị tổ chức

HỘI HÔ HẤP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HoChiMinh City Respiratory Society

Địa chỉ: 14 Lãnh Binh Thăng, P.3, Q.11, TPHCM

Tel: 028 62643616 - <http://.hoihohaptphcm.org>



HOCHIMINH CITY
RESPIRATORY SOCIETY

THỊ THƯỜNG
HẤP TP. HỒ CHÍ M
TẠO Y KHOA LIÊN T
LẦN THỨ 12





MỘT TÂM NHÌN

Bệnh viện Phổi chất lượng cao ngang tầm quốc tế.

HAI SỨ MỆNH

1. Thanh toán bệnh lao
2. Chăm sóc, nâng cao sức khỏe phổi cho nhân dân Việt Nam và khách quốc tế.

BA GIÁ TRỊ CỐT LÕI

1. Không ngừng chinh phục đỉnh cao khoa học chuyên ngành lao và bệnh phổi
2. Tạo dựng, gìn giữ niềm tin của nhân dân và đồng nghiệp với Bệnh viện như chính con người của mắt mình
3. Đoàn kết, năng động, sáng tạo, trách nhiệm dựa trên tình đồng chí, tình anh em và đạo đức nghề nghiệp cao quý.

SÁU GIẢI PHÁP CHIẾN LƯỢC

1. Chuẩn và chuẩn hóa các kỹ thuật cơ bản, thường quy
2. Phát triển kỹ thuật mũi nhọn chuyên ngành lao và bệnh phổi
3. Cung cấp các dịch vụ y tế với 6 tiêu chí: an toàn, minh bạch, thân thiện, dễ tiếp cận, toàn diện và hiện đại
4. Phát triển bệnh viện gắn liền với phát triển mạng lưới chống lao và bệnh phổi toàn quốc
5. Tạo dựng và củng cố môi trường công tác chuẩn mực để hội tụ sự thông thái và trung thực
6. Mở rộng hợp tác đa ngành và hội nhập quốc tế.

ONE VISION

Being a World-Class Teaching Hospital in Lung Health.

TWO MISSIONS

1. Tuberculosis elimination.
2. Lung Health Care for Vietnamese people and foreigners.

THREE CORE VALUES

1. Persistent investigating and applying high technologies for ending tuberculosis and managing lung diseases.
2. Creating and preserving trust of colleagues and people in the Hospital as our own pupils.
3. Solidarity, dynamism, creation, responsibility based on comradeship, brotherhood and noble professional ethics.

SIX STRATEGIC SOLUTIONS

1. Conducting all routine, basic medical techniques in standard and standardized manner.
2. Adequate investigation on key specialized techniques for Tuberculosis and Lung diseases care and management.
3. Provision of medical services that meet criteria of safety, transparency, friendliness, easy access, comprehensiveness and modernity.
4. The Hospital development is closely associated with development of the national network for Tuberculosis and Lung diseases management.
5. Creating and strengthening a standard working environment in which the wise and the honest can repair .
6. Multidisciplinary collaboration and international integration.



QUỸ HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH CHIẾN THẮNG BỆNH LAO

PASTB
PATIENT SUPPORT FOUNDATION TO END TUBERCULOSIS

Quỹ Hỗ trợ Người bệnh chiến thắng bệnh lao (PASTB) là tổ chức phi lợi nhuận, hoạt động trong lĩnh vực xã hội, từ thiện theo quy định của pháp luật, nhằm hỗ trợ người bệnh lao, người bị ảnh hưởng bởi bệnh lao trong điều trị, dự phòng và chăm sóc bệnh lao nhằm hỗ trợ giúp chữa trị và điều trị thành công, vượt qua những ảnh hưởng của bệnh tật; góp phần vào việc thực hiện mục tiêu hỗ trợ việc thực hiện mục tiêu phòng chống lao quốc gia; góp phần nâng cao chất lượng phòng, chống bệnh lao ở Việt Nam và bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Nhiệm vụ:

1. Chi hỗ trợ bệnh nhân Lao trên cả nước:

- Mua thẻ hoặc hỗ trợ mua thẻ bảo hiểm y tế cho người bệnh lao chưa có thẻ BHYT;
- Chi trả phần đồng chi trả với BHYT, trong thời gian chữa bệnh lao
- Hỗ trợ một phần chi phí (dinh dưỡng, sinh hoạt cơ bản) cho người bệnh lao nghèo cần giúp đỡ.

2. Thực hiện sự ủy thác của các nhà tài trợ, góp phần nâng cao chất lượng phòng chống Lao ở Việt Nam.

3. Chi cho hoạt động quản lý Quỹ.

4. Thực hiện các chương trình vận động tài trợ, quyên góp cho Quỹ.



Trụ sở chính: Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh Lao PASTB

Số 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội - Điện thoại: 0912.507.993 - Email: pastb2017@yahoo.com





HỘI NGHỊ HÔ HẤP PHÁP VIỆT – VIFCOR 2018
 VIETNAMESE – FRENCH CONFERENCE ON RESPIROLOGY 2018
 VIÈMNE CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE ET CHIRURGIE THORACIQUE

THỰC HÀNH TỐT BỆNH PHỔI ĐỂ CHẤM DỨT BỆNH LÃO
 Cần Thơ, Việt Nam, ngày 2 - 4 tháng 11 năm 2018



| Mã | TÀI TRỢ KIM CƯƠNG |
|----|----------------------|
| KC | Boehringer Ingelheim |

| Mã | TÀI TRỢ VÀNG |
|----|-----------------|
| V1 | Novartis |
| V2 | GlaxoSmithKline |

| Mã | TÀI TRỢ BẠC |
|----|-------------|
| B1 | Astrazeneca |
| B2 | Pfizer |

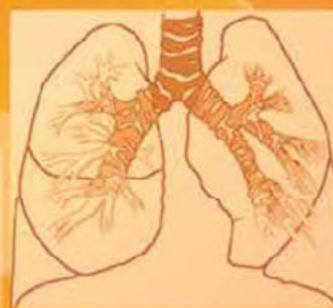
| Mã | ĐỒNG TÀI TRỢ |
|----|--------------|
| O3 | OPV |
| O4 | Imexpharm |
| O5 | Pier-Fabre |
| O6 | Ever pharma |
| O7 | Bayer |

NAVELBINE[®] VIÊN

vinorelbine



ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ & UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ



Pierre Fabre

183 Điện Biên Phủ, P. 15, Q. Bình Thạnh, Tp. Hồ Chí Minh
ĐT: (+84.8) 3514 058/59 - Fax: (+84.8) 3514 0057
Email: info@pierre-fabre.vn

Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế 0685/14/QLD-TT, ngày 31 tháng 07 năm 2014
Ngày in tài liệu: 12 tháng 04 năm 2017.

Tài liệu gồm 2 trang, thông tin chi tiết về sản phẩm xem ở trang 2





Pharmaceuticals

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

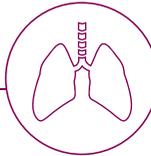


CHƯƠNG TRÌNH

VÌ LÁ PHỔI KHỎE

Healthy Lung

Vietnam



Cam kết đồng hành của AstraZeneca trong việc nâng cao chất lượng quản lý Hen và Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) tại Việt Nam

Chương trình “VÌ LÁ PHỔI KHỎE” là sự hợp tác giữa ngành Y tế Việt Nam và AstraZeneca nhằm nâng cao chất lượng quản lý bệnh Hen và BPTNMT, đảm bảo rằng bệnh nhân có thể tiếp cận với sự chăm sóc tốt nhất mà họ cần, giúp kiểm soát và giảm gánh nặng bệnh.

Những thách thức về Hen và BPTNMT tại Việt Nam



29,1%

Chỉ có 29,1% bệnh nhân hen dùng thuốc điều trị kiểm soát.¹



43,9%

Khảo sát chương trình quốc gia cho thấy chỉ có 43,9% bác sĩ Việt Nam có thể kể ra 4 tiêu chuẩn để chẩn đoán BPTNMT và chỉ 23,5% bác sĩ trả lời đúng về xếp loại BPTNMT theo GOLD 2011.²



62,3%

Lạm dụng thuốc giãn phế quản mà không dùng thuốc kiểm soát có mối liên hệ với sự tăng nguy cơ tử vong do Hen.³ Tuy nhiên, 62,3% bệnh nhân được thống kê chỉ dùng thuốc giãn phế quản để điều trị khi lên cơn Hen.⁴



x10

Lước tính chi phí điều trị mỗi năm của một bệnh nhân BPTNMT đến nhập viện vì đợt kịch phát cao gấp 10 lần so với chi phí điều trị ngoại trú trong giai đoạn ổn định.⁵

Quản lý ngoại trú trong giai đoạn ổn định giúp giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân so với việc chỉ quản lý bệnh nhân trong đợt cấp.⁶

Mục tiêu chương trình “VÌ LÁ PHỔI KHỎE”



Hợp tác và nhận thức

Phối hợp nâng cao chất lượng quản lý bệnh Hen và BPTNMT, đồng thời nâng cao nhận thức đúng của cộng đồng về căn bệnh này



Năng lực và kỹ năng

Nâng cao năng lực (chẩn đoán, điều trị và quản lý) cho cán bộ y tế thông qua các buổi đào tạo và cập nhật kiến thức y khoa



Hạ tầng và khả năng tiếp cận

Cải thiện chất lượng và thành lập 150 đơn vị quản lý ngoại trú Hen và BPTNMT mới đạt chuẩn trên cả nước

Sulperazone

sulbactam/cefoperazone IM/IV*



ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH TRONG NHỮNG TRƯỜNG HỢP NHIỄM KHUẨN DO NHỮNG VI KHUẨN NHẠY CẢM SAU:

- Nhiễm khuẩn hô hấp
- Nhiễm khuẩn ổ bụng
- Nhiễm khuẩn da - mô mềm
- Nhiễm khuẩn xương khớp
- Nhiễm khuẩn tiết niệu
- Nhiễm khuẩn sinh dục
- Nhiễm khuẩn huyết

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: 0443/2017/XNTT/QLD, ngày 02 tháng 02 năm 2018

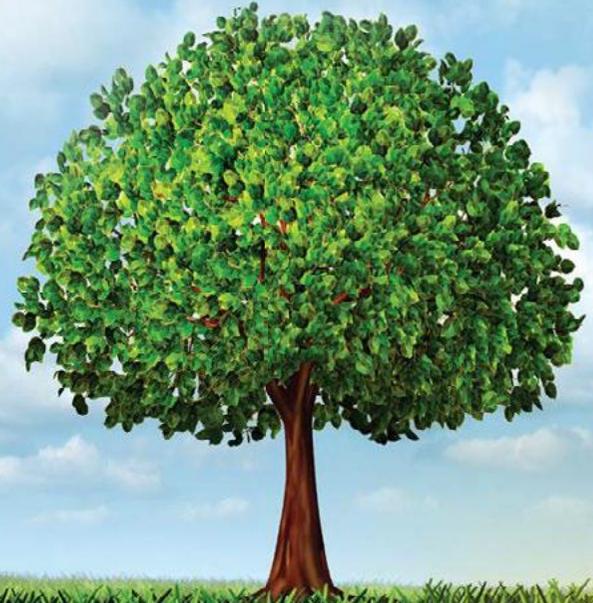
Ngày in tài liệu: 26/02/2018

Tài liệu gồm 2 trang. Phần thông tin chi tiết về sản phẩm xem ở trang 2.

* IM/IV: tiêm bắp/ tiêm tĩnh mạch.

PP-SUL-VNM-0003

Pfizer Anti-Infectives



*Indacaterol và
glycopyrronium
được dùng kết hợp trong*

**ultibro[®]
breezhaler[®]**

Indacaterol/Glycopyrronium 110/50 mcg



- ➔ Tác dụng hiệp đồng cộng¹
- ➔ Tác thời trong vòng **5 phút**
và duy trì trong vòng **24 giờ¹**

Ngày in tài liệu: Ngày 25 tháng 05 năm 2018. Tài liệu gồm 2 trang.

Thông tin chi tiết sản phẩm vui lòng xem trang 2.

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế: 0305/2018/XN TT-QLD, ngày 02 tháng 05 năm 2018



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG VÀ THAO TÁC VỚI DỤNG CỤ BREEZHALER®

- Tài liệu này giúp nhân viên y tế, khi kê toa cho bệnh nhân thuốc giãn phế quản dạng hít, hướng dẫn cho bệnh nhân sử dụng dụng cụ hít đúng với kỹ thuật để đạt hiệu quả.
- Tài liệu này chỉ được sử dụng cho bệnh nhân đã được bác sĩ kê toa thuốc dùng với dụng cụ này.

Ventolin[®] Inhaler

salbutamol

Giảm triệu chứng khi xảy ra cơn hen

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

Giảm co thắt phế quản cấp

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

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

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

CÁC BƯỚC RÚT GỌN SỬ DỤNG BÌNH XỊT VENTOLIN INHALER



Bước 1: Mở nắp

Tháo nắp bình xịt bằng cách bóp nhẹ hai bên nắp



Bước 2: Lắc kỹ

Giữ bình xịt thẳng đứng, lắc kỹ bình xịt



Bước 3: Thở ra

Thở ra hết cữ đến chừng nào còn cảm thấy dễ chịu



Bước 4: Ngậm kín

Đưa đầu ngậm vào miệng giữa hai hàm răng, khép môi xung quanh



Bước 5: Hít vào

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



Bước 6: Nín thở

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

THÔNG TIN KÊ TOA

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



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

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

Ngày 20 tháng 09 năm 2018 in tài liệu. Tài liệu này có 2 trang.

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

VENTOLIN dùng khi cần nhưng không sử dụng vượt quá 4 lần một ngày. Sự phụ thuộc vào việc dùng thuốc bổ sung hoặc việc tăng liều đột ngột cho thấy bệnh hen đang tiến triển xấu đi (xem mục Cảnh báo và Thận trọng) **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Salbutamol chống chỉ định dùng cho những bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với bất kỳ thành phần nào có trong thuốc (xem mục Tác dụng). Các dạng bào chế không dùng theo đường tĩnh mạch của VENTOLIN không được sử dụng để ngăn chuyển dạ sớm không biến chứng hay dọa sảy thai. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Việc quản lý bệnh hen thường nên tiến hành theo phương pháp tiếp cận bậc thang, và sự đáp ứng của bệnh nhân nên được theo dõi trên lâm sàng và bằng các xét nghiệm chức năng phổi. Việc tăng sử dụng các thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn, đặc biệt là các chất đồng vận beta2 để làm giảm triệu chứng cho thấy tình trạng kiểm soát bệnh hen bị xấu đi. Khi đó, cần đánh giá lại kế hoạch điều trị của bệnh nhân. Tình trạng kiểm soát bệnh hen bị xấu đi đột ngột và tăng dần là có khả năng đe dọa tính mạng bệnh nhân và nên xem xét việc bắt đầu điều trị hay tăng liều điều trị với corticosteroid. Ở những bệnh nhân được coi là có nguy cơ, có thể tiến hành theo dõi lưu lượng đỉnh hàng ngày. Nên đặc biệt thận trọng khi dùng VENTOLIN ở những bệnh nhân bị cường giáp. Nguy cơ hạ kali huyết nặng có thể là kết quả của việc điều trị bằng chất đồng vận beta2 chủ yếu bằng đường tiêm và khí dung. Cần thận trọng đặc biệt đối với hen nặng cấp tính do tác dụng phụ này có thể bị khởi phát khi điều trị đồng thời với các dẫn xuất nhóm xanthin, các steroid, các thuốc lợi tiểu và khi thiếu oxy mô. Đối với những trường hợp này nên theo dõi nồng độ kali huyết thanh. Cũng như liệu pháp điều trị dạng hít khác, co thắt phế quản nghịch lý có thể xuất hiện, làm tăng ngay tức thì triệu chứng khó khè sau khi dùng thuốc. Nên được điều trị ngay bằng dạng chế phẩm khác hoặc bằng một thuốc giãn phế quản dạng hít tác dụng nhanh khác nếu có sẵn. Nên ngưng sử dụng VENTOLIN Inhaler ngay và thay thế bằng một thuốc giãn phế quản nhanh khác để sử dụng tiếp nếu cần. Trường hợp liều dùng hiệu quả trước đây của VENTOLIN dạng hít nay không thể làm giảm triệu chứng hen trong ít nhất 3 giờ, bệnh nhân nên đi đến bác sỹ khám để được có thêm các bước điều trị cần thiết. Nên kiểm tra kỹ thuật hít thuốc của bệnh nhân để đảm bảo rằng xịt thuốc đúng lúc bệnh nhân hít vào để việc đưa thuốc đến hai phổi là tối ưu. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Thường không nên kê toa cho bệnh nhân dùng salbutamol đồng thời với những thuốc ức chế beta không chọn lọc, như propranolol. VENTOLIN không có chống chỉ định cho những bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc ức chế monoamine oxidase (MAOIs). **THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** **Khả năng sinh sản:** Chưa có thông tin về ảnh hưởng của salbutamol đến khả năng sinh sản ở người. Không thấy tác dụng bất lợi trên khả năng sinh sản ở động vật (xem mục Dữ liệu an toàn tiền lâm sàng).

Thai kỳ: Thuốc chỉ được cân nhắc sử dụng trong thai kỳ khi lợi ích điều trị cho mẹ vượt trội nguy cơ có thể có trên thai. Trong thời gian lưu hành thuốc trên toàn thế giới, hiếm gặp bất thường bẩm sinh các loại bao gồm chẻ vòm miệng và các dị tật ở chi đã được báo cáo ở con của những bệnh nhân đã từng được điều trị với VENTOLIN. Vài người trong số những người mẹ này đã sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau trong suốt thời kỳ mang thai. Do không phân biệt được dạng hít tác dụng nhanh khác nhau về tỷ lệ các bất thường bẩm sinh thường gặp là 2 đến 3% nên chưa xác định được mối liên quan giữa VENTOLIN và dị tật. **Cho con bú:** Do salbutamol có thể được bài tiết vào sữa mẹ, việc dùng thuốc ở nên những bà mẹ cho con bú không được khuyến cáo trừ khi lợi ích điều trị mong đợi cho mẹ vượt trội bất cứ nguy cơ tiềm tàng nào. Chưa biết liệu salbutamol trong sữa mẹ có gây ra tác dụng có hại cho trẻ sơ sinh hay không. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không có báo cáo. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Tác dụng không mong muốn được liệt kê dưới đây được sắp xếp theo hệ cơ quan và tần suất. Tần suất được định nghĩa như sau: rất phổ biến ($\geq 1/10$), phổ biến ($\geq 1/100$ đến $<1/10$), không phổ biến ($\geq 1/1000$ đến $<1/100$), hiếm ($\geq 1/10.000$ đến $<1/1000$) và rất hiếm ($<1/10.000$), bao gồm những báo cáo riêng lẻ. Các biến cố rất phổ biến và phổ biến thường được xác định từ dữ liệu của các thử nghiệm lâm sàng. Các biến cố hiếm và rất hiếm thường được xác định từ các dữ liệu tự phát. **Rối loạn hệ miễn dịch:** Rất hiếm: Các phản ứng quá mẫn bao gồm phù mạch, mày đay, co thắt phế quản, hạ huyết áp và trụy mạch. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Hiếm: Hạ kali huyết. Hạ kali huyết nặng có thể là hậu quả của việc điều trị bằng chất đồng vận beta2. **Rối loạn hệ thần kinh:** Phổ biến: Rùng mình, đau đầu. Rất hiếm: Tăng hoạt động **Rối loạn tim:** Phổ biến: Nhịp tim nhanh. Không phổ biến: Đái tháo đường. Rất hiếm: Loạn nhịp tim bao gồm rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất và ngoại tâm thu. **Rối loạn mạch:** Hiếm: Giãn mạch ngoại biên. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** Rất hiếm: Co thắt phế quản nghịch lý. **Rối loạn tiêu hóa.** Không phổ biến: Kích thích họng và miệng. **Rối loạn cơ xương và mô liên kết** Không phổ biến: Chuột rút. **Thông báo cho bác sĩ biết bất kỳ tác dụng không mong muốn nào liên quan đến thuốc**

QUẢ LIỀU: Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến nhất của quá liều VENTOLIN là các biến cố thoáng qua do tác dụng dược lý của chất đồng vận beta (xem mục Cảnh báo và Thận trọng và Tác dụng không mong muốn). Có thể xuất hiện hạ kali huyết sau khi dùng quá liều VENTOLIN. Nên theo dõi lượng kali huyết thanh. Đã có báo cáo về nhiễm acid lactic có liên quan đến việc dùng liều cao cũng như quá liều chất đồng vận beta tác dụng ngắn, do đó trong các trường hợp quá liều có thể cần chỉ định theo dõi độ tăng lactate huyết thanh và hậu quả nhiễm toan chuyển hóa (đặc biệt nếu có thở nhanh kéo dài hoặc ngày càng xấu đi mặc dù đã hết các dấu hiệu co thắt phế quản khác như thở khó khè). **HẠN DÙNG:** 24 tháng kể từ ngày sản xuất. **BẢO QUẢN:** Đặt nắp bình xịt (dùng để chứa chỗ ngậm và miệng) một cách dứt khoát và đóng nó vào đúng vị trí. Bảo quản VENTOLIN dưới 30°C. Tránh đông lạnh và ánh sáng mặt trời trực tiếp. Giống như hầu hết các thuốc hít trong bình xịt, hiệu quả điều trị của thuốc có thể giảm đi khi bình xịt bị làm lạnh. Không nên đặt thùng, làm vỡ hay đốt bình chứa thuốc xịt kể cả khi bình hoàn toàn hết thuốc. **ĐỂ XA TẮM TAY TRẺ EM. ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TRƯỚC KHI DÙNG. NẾU CẦN THÊM THÔNG TIN XIN HỎI BÁC SỸ HOẶC DƯỢC SỸ.** HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG/ XỬ LÝ: **Kiểm tra bình xịt của bạn:**

Trước khi sử dụng lần đầu tiên, tháo nắp bình xịt bằng cách bóp nhẹ hai bên nắp, lắc kỹ bình xịt, và xịt 2 nhát vào không khí để chắc chắn rằng bình xịt hoạt động. Nếu bình xịt không được sử dụng trong 5 ngày trở lên, lắc kỹ bình xịt và xịt 2 nhát vào không khí để chắc chắn rằng bình xịt hoạt động. **Sử dụng bình xịt của bạn:** 1. Mở nắp bình xịt bằng cách bóp nhẹ hai bên của nắp. 2. Kiểm tra bình xịt cả bên trong và bên ngoài, kể cả chỗ ngậm và miệng để xem có chỗ nào bị long ra hay không. 3. Lắc kỹ bình xịt để đảm bảo các vật lạ bị long ra đã được loại bỏ và các thành phần thuốc trong bình xịt được trộn đều. 4. Giữ bình xịt thẳng đứng giữa ngón tay cái và các ngón khác, với vị trí ngón tay cái ở đáy bình, phía dưới của chỗ ngậm. 5. Thở ra hết cỡ đến chừng nào còn cảm thấy dễ chịu và sau đó đưa chỗ ngậm vào miệng giữa hai hàm răng và khép môi xung quanh nhưng không cắn miệng bình. 6. Ngay sau khi bắt đầu hít vào qua đường miệng, ấn xuống vào phần đỉnh của bình xịt để phóng thích VENTOLIN trong khi vẫn đang hít vào một cách đều đặn và sâu. 7. Trong khi nín thở, lấy bình xịt ra khỏi miệng và đặt ngón tay lên phần đỉnh của bình xịt. Tiếp tục nín thở cho đến khi còn cảm thấy dễ chịu. 8. Nếu bạn tiếp tục xịt thêm liều khác, giữ bình xịt thẳng đứng và đợi khoảng nửa phút trước khi lặp lại các bước từ 3 đến 7. 9. Đặt nắp bình xịt lại bằng cách đẩy chặt nắp bình vào đúng vị trí. **CHÚ Ý:** Không thực hiện các bước 5, 6 và 7 một cách vội vàng. Điều quan trọng là bạn bắt đầu hít vào càng chậm càng tốt ngay trước khi vận hành bình xịt. Hãy tập luyện sử dụng trước gương vài lần đầu tiên. Nếu bạn thấy "sương" bốc ra từ đỉnh của bình xịt hoặc hai bên khoe miệng của bạn thì bạn nên bắt đầu lại từ bước 2. Nếu bác sỹ của bạn đưa ra hướng dẫn sử dụng khác, hãy làm theo một cách cẩn thận. Hãy nhớ cho bác sỹ của bạn biết nếu bạn còn có bất cứ vấn đề khó khăn nào. **VỀ SINH BÌNH XỊT:** Nên lau bình xịt của bạn ít nhất một lần một tuần.

1. Kéo bình chứa thuốc bằng kim loại ra khỏi vỏ nhựa của bình xịt và tháo rời nắp bình (dùng để chứa chỗ ngậm và miệng). 2. Rửa kỹ vỏ nhựa dưới vòi nước ấm. 3. Làm khô vỏ nhựa kỹ lưỡng cả bên trong lẫn bên ngoài. 4. Lắp lại bình chứa thuốc bằng kim loại và nắp bình xịt. **KHÔNG ĐỂ BÌNH CHỨA THUỐC BẰNG KIM LOẠI VÀO NƯỚC. SẢN XUẤT BỞI Glaxo Wellcome S.A.,** Avda. de Extremadura, no 3 09400 Aranda de Duero (Burgos), Tây Ban Nha. **ĐÓNG GÓI VÀ XUẤT XƯỞNG BỞI GlaxoSmithKline Pty Ltd Australia,** 1061 Mountain Highway, Boronia, 3155 Victoria, Úc. Dựa trên GDS25/PI09; cấp ngày 14 tháng 4 năm 2014 VENTOLIN là nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. API VENINH 0614-09/140414. Số đăng ký: VN-18791-15. **PHÂN PHỐI BỞI:** Công ty Cổ phần Dược liệu TỰ 2 (Phytopharma), số 24 Nguyễn Thị Nghĩa, P. Bến Thành, Q.1, TP Hồ Chí Minh.

VN/SAL/0023/16b, ngày 09/07/2018

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

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

VPDD GlaxoSmithKline Pte.Ltd.:

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

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

AUGMENTIN[®]

amoxicillin + clavulanate potassium



AUGMENTIN được chỉ định điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm, bao gồm:

- **Nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp trên (gồm cả tai-mũi-họng)** như viêm amidan cấp, viêm xoang cấp, viêm tai giữa cấp
- **Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới** như đợt cấp của viêm phế quản mạn, viêm phổi thùy và viêm phế quản phổi
- **Nhiễm khuẩn tiết niệu** như viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm thận-bể thận
- **Nhiễm khuẩn da và mô mềm** như nhọt, áp-xe, viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn vết thương
- **Nhiễm khuẩn xương và khớp** như viêm tủy xương
- **Nhiễm khuẩn răng** như áp-xe ổ răng nặng kèm theo viêm mô tế bào lan tỏa hoặc nhiễm khuẩn răng không đáp ứng với các kháng sinh ban đầu



THÔNG TIN KÊ TOA TÓM TẮT

TRÌNH BÀY: AUGMENTIN 625mg: mỗi viên chứa amoxicillin 500 mg, acid clavulanic 125 mg. Dạng bào chế: Viên nén bao film. Hộp 2 vỉ x 7 viên nén

CHỈ ĐỊNH: Augmentin được chỉ định điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm, bao gồm: Nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp trên (gồm cả tai-mũi-họng) như viêm amidan cấp, viêm xoang cấp, viêm tai giữa cấp. Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới như đợt cấp của viêm phế quản mạn, viêm phổi thùy và viêm phế quản phổi. Nhiễm khuẩn tiết niệu như viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm thận-bể thận. Nhiễm khuẩn da và mô mềm như nốt, áp-xe, viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn vết thương. Nhiễm khuẩn xương và khớp như viêm tủy xương. Nhiễm khuẩn răng như áp-xe ổ răng nặng kèm theo viêm mô tế bào lan tỏa hoặc nhiễm khuẩn răng không đáp ứng với các kháng sinh ban đầu.

LIỀU DÙNG: Liều thông thường để điều trị nhiễm khuẩn: Người lớn và trẻ trên 12 tuổi: Nhiễm khuẩn nhẹ đến vừa: 1 viên 625 mg x 2 lần/ngày; Nhiễm khuẩn nặng: 1 viên 1g x 2 lần/ngày. Có thể bắt đầu bằng đường tiêm truyền và tiếp nối bằng đường uống. Liều dùng cho nhiễm khuẩn răng (như áp-xe ổ răng): Người lớn và trẻ trên 12 tuổi: 1 viên 625 mg x 2 lần/ngày, dùng trong 5 ngày. Không khuyến cáo dùng viên 625 mg và 1g cho trẻ 12 tuổi và nhỏ hơn. Liều dùng cho bệnh nhân suy thận: Người lớn: Chỉ nên dùng viên AUGMENTIN 1g cho bệnh nhân có mức lọc cầu thận (CrCl) > 30 ml/phút).

| Suy thận nhẹ (CrCl >30ml/phút) | Suy thận trung bình (CrCl : 10-30ml/phút) | Suy thận nặng (CrCl <10ml/phút) |
|--|--|--|
| Không thay đổi liều dùng (1 viên 625mg x 2 lần/ngày hoặc 1 viên 1g x 2 lần/ngày) | 1 viên 625mg x 2 lần/ngày. Không nên dùng viên 1g | Không dùng quá 1 viên 625mg mỗi 24 giờ |

Bệnh nhân lọc máu: Người lớn: 1 viên 625 mg mỗi 24 giờ, thêm một viên 625 mg khi đang chạy thận, được lặp lại ở cuối quá trình lọc máu (vì nồng độ huyết thanh của cả hai amoxicillin và acid clavulanic đều giảm).

Liều dùng cho bệnh nhân suy gan: Thận trọng khi dùng, nên kiểm tra chức năng gan định kỳ

CÁCH DÙNG: Nền nuốt cả viên và không được nhai. Nếu cần, có thể bẻ đôi viên thuốc rồi nuốt và không được nhai. Uống thuốc vào đầu bữa ăn để hạn chế tối đa khả năng không dung nạp đường tiêu hóa. Không nên điều trị quá 14 ngày mà không kiểm tra.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Quá mẫn với beta-lactam. Quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc. Tiền sử vàng da/ rối loạn chức năng gan liên quan đến amoxicillin-clavulanat.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG: Hồi ký tiền sử quá mẫn với penicillin, cephalosporin hoặc các chất dị ứng khác trước khi khởi đầu điều trị bằng AUGMENTIN. Đã có báo cáo về các phản ứng quá mẫn nặng (sốc phản vệ) đôi khi có tử vong ở những bệnh nhân điều trị bằng penicilin. Các phản ứng này thường xảy ra hơn ở những bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với penicillin. Nên tránh sử dụng AUGMENTIN nếu nghi ngờ tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn do sự xuất hiện của ban dạng sởi liên quan đến tình trạng này sau khi dùng amoxicillin. Sử dụng kéo dài đôi khi có thể gây tăng sinh các chủng vi khuẩn không nhạy cảm. Viêm đại tràng giả mạc đã được báo cáo khi dùng kháng sinh với mức độ nghiêm trọng từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Nếu tiêu chảy nhiều hoặc kéo dài hoặc bệnh nhân bị đau bụng co thắt nên ngưng điều trị ngay lập tức và kiểm tra thêm.

Hiếm có báo cáo về sự kéo dài thời gian bất thường thời gian prothrombin ở những bệnh nhân dùng AUGMENTIN và các thuốc chống đông máu dùng đường uống. Nên theo dõi thích hợp khi các thuốc chống đông máu được kê toa đồng thời. Có thể cần điều chỉnh liều các thuốc chống đông máu dùng đường uống để duy trì mức độ chống đông mong muốn.

Nên dùng AUGMENTIN thận trọng ở những bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn chức năng gan. Hiếm có báo cáo vàng da ứ mật, có thể nặng nhưng thường hồi phục. Các dấu hiệu và triệu chứng có thể không trở nên rõ ràng cho đến tận 6 tuần sau khi ngừng điều trị. Nên điều chỉnh liều AUGMENTIN ở bệnh nhân suy thận theo khuyến cáo trong phần Liều lượng và cách dùng. Chứng co giật có thể xảy ra ở những bệnh nhân bị suy giảm chức năng thận hoặc đang sử dụng liều cao. Đã quan sát thấy tình trạng giảm bài tiết nước tiểu nhưng rất hiếm, chủ yếu gặp khi bệnh nhân dùng đường tiêm truyền.

Nên khuyên bệnh nhân duy trì đủ lượng nước đưa vào và lượng nước tiểu đào thải trong thời gian dùng amoxicillin liều cao để làm giảm khả năng xuất hiện tình trạng giảm bài tiết nước tiểu.

ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC: Không có nghiên cứu nào được thực hiện ảnh hưởng lên khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, tác dụng không mong muốn có thể xảy ra (trong các phản ứng dị ứng, chóng mặt, co giật), trong đó có thể ảnh hưởng đến khả

năng lái xe và sử dụng máy móc.

THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ: Những nghiên cứu về khả năng sinh sản trên động vật (chuột nhắt và chuột cống) khi dùng AUGMENTIN đường uống và tiêm truyền không cho thấy tác dụng sinh quái thai. Trong một nghiên cứu đơn ở những phụ nữ sinh non do vỡ màng ối sớm (pPROM), đã có báo cáo về việc điều trị dự phòng với AUGMENTIN có thể liên quan đến tăng nguy cơ viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh. Cũng như tất cả các thuốc khác, nên tránh dùng thuốc trong thai kỳ, nhất là trong ba tháng đầu, trừ khi bác sĩ cho là cần thiết.

Có thể dùng AUGMENTIN trong thời gian cho con bú. Ngoại trừ nguy cơ bị mẫn cảm, liên quan đến việc thuốc bài tiết một lượng rất ít vào sữa mẹ, chưa có tác dụng bất lợi nào cho trẻ đang bú mẹ.

TƯƠNG TÁC: Không khuyến cáo sử dụng đồng thời với probenecid. Probenecid làm giảm bài tiết amoxicillin qua ống thận. Sử dụng đồng thời với AUGMENTIN có thể gây tăng và kéo dài nồng độ amoxicillin trong máu nhưng không ảnh hưởng đến clavulanate.

Sử dụng đồng thời allopurinol trong khi điều trị với amoxicillin có thể gây tăng khả năng xảy ra các phản ứng dị ứng trên da. Không có dữ liệu về việc sử dụng kết hợp AUGMENTIN với allopurinol.

Cũng giống như các kháng sinh khác, AUGMENTIN có thể ảnh hưởng đến hệ vi khuẩn đường ruột dẫn đến làm giảm tái hấp thu oestrogen và làm giảm hiệu quả của các thuốc tránh thai đường uống dùng kết hợp. Hiếm có các trường hợp tăng INR ở những bệnh nhân dùng acenocoumarol hoặc warfarin và được kê toa 1 đợt amoxicillin. Nếu cần thiết kê toa đồng thời, nên theo dõi cẩn thận thời gian prothrombin hoặc INR khi bắt đầu hoặc ngưng dùng AUGMENTIN. Ở những bệnh nhân đang dùng mycophenolate mofetil, đã có báo cáo về sự giảm nồng độ trước liều (pre-dose concentration) của chất chuyển hóa có hoạt tính mycophenolic acid (MPA) khoảng 50% sau khi bắt đầu dùng amoxicillin đường uống kết hợp acid clavulanic. Sự thay đổi nồng độ trước liều có thể không thể hiện chính xác những thay đổi về mức phơi nhiễm MPA tổng thể. Penicillin có thể làm giảm sự bài tiết của methotrexat gây tăng tiềm năng độc tính.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: Rất phổ biến (>1/10): Tiêu chảy ở người lớn. Phổ biến (>1/100 và <1/10): Buồn nôn, nôn, nhiễm nấm candida trên da và niêm mạc, tiêu chảy ở trẻ em. Không phổ biến (>1/1000 và <1/100): Chóng mặt, đau đầu, khó tiêu, có báo cáo tăng vừa phải AST và/hoặc ALT, ban trên da, ngứa, mề đay. Hiếm (>1/10.000 và <1/1000): giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu có hồi phục, ban đỏ đa hình.

Rất hiếm (<1/10.000): Viêm đại tràng do kháng sinh, phù mạch thần kinh, phản vệ và thiếu máu tan máu, Viêm gan và vàng da ứ mật, Hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc, viêm thận kẽ, tinh thể niệu, thiếu máu tan máu, tăng động có thể hồi phục và co giật, lưỡi lông đen, viêm da bóng nước bong vảy và ngoại ban viêm mủ cấp tính toàn thân (AGEP).

Các dấu hiệu và triệu chứng thường xuất hiện trong hoặc ngay sau khi điều trị nhưng một số trường hợp có thể không trở nên rõ ràng cho đến vài tuần sau khi ngừng thuốc. Các biến cố này thường hồi phục.

QUẢ LIỀU: Các triệu chứng trên đường tiêu hóa và rối loạn cân bằng nước điện giải có thể là biểu hiện của quá liều. Có thể điều trị triệu chứng biểu hiện trên đường tiêu hóa với lưu ý cân bằng nước và điện giải. Đã gặp triệu chứng amoxicillin, trong một số trường hợp dẫn đến suy thận (xem Cảnh báo và Thận trọng). AUGMENTIN có thể được loại bỏ khỏi vòng tuần hoàn bằng thẩm phân máu

SẢN XUẤT BỞI: SmithKline Beecham Limited, Clarendon road, Worthing, West Sussex, BN14 8QH, Vương Quốc Anh

NHÀ PHÂN PHỐI: Công ty cổ phần Dược liệu TW 2 (PHYTOPHARMA), 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q1, TP HCM.

Dựa trên GDS21/PI09 ban hành ngày 18 tháng 01 năm 2013, AUGMENTIN là nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies: AUGTAB 1215-09/180113

VISA: VN-20169-16

Thông tin đầy đủ xin xem tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.

Xin liên hệ VPDD GlaxoSmithKline Pte, Ltd. Cao ốc Metropolitan- 701, 235 Đồng Khởi, Quận 1, TP HCM. ĐT 028.38248744- Fax: 08.38248722.

Hà Nội Tower Center-Phòng 704, 49 Hai

BàTrưng, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội,

ĐT 024.39362607 – Fax: 04.39362608

Xin vui lòng thông báo các tác dụng ngoại

ý của thuốc về văn phòng đại diện của

GSK Pte Ltd tại TPHCM và Hà Nội hoặc số

điện thoại di động 0963905235 hoặc email

antoanthuoc@gsk.com

Code: VN/CAM/0016/17 CCNB 22/01/2018

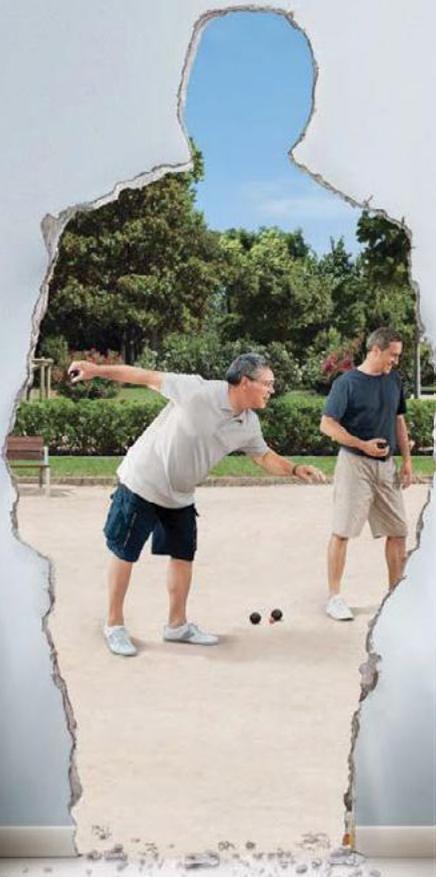




SPIRIVA[®] Respimat[®]
(tiotropium)

**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 (**)**



**NGÀY
1 LẦN
2 NHÁT
XỊT**

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

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

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

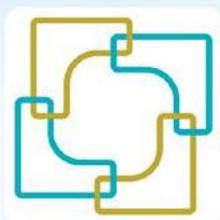


**Boehringer
Ingelheim**

THÔNG TIN SẢN PHẨM SPIRIVA® RESPIMAT®

Dung dịch khí dung.

Thành phần: Mỗi nhát xịt cung cấp 2,5 mcg tiotropium (một liều tương đương 2 nhát xịt). 2,5 mcg tiotropium tương đương 3,124 mcg tiotropium bromide monohydrate. **Chỉ định điều trị: COPD:** SPIRIVA RESPIMAT được chỉ định để điều trị duy trì cho bệnh nhân COPD (bao gồm viêm phế quản mạn và khí phế thũng), điều trị duy trì khi khó thở, cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD và giảm đợt kịch phát. **Hen:** SPIRIVA RESPIMAT được chỉ định điều trị bổ sung duy trì nhằm cải thiện các triệu chứng hen ở bệnh nhân người lớn bị bệnh hen đang điều trị duy trì bằng phối hợp corticoid dạng hít và chủ vận beta-2 tác dụng kéo dài mà vẫn có ít nhất một cơn hen nặng trong vòng một năm trước đó. **Liều lượng và cách dùng:** Liều khuyến cáo của SPIRIVA RESPIMAT là hai nhát xịt từ dụng cụ khí dung RESPIMAT một lần mỗi ngày vào cùng thời gian (xem Hướng dẫn sử dụng). Trong điều trị hen, hiệu quả điều trị đầy đủ sẽ thấy sau vài liều SPIRIVA RESPIMAT. **Nhóm bệnh nhân đặc biệt:** Bệnh nhân cao tuổi có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. Bệnh nhân suy thận có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. Tuy nhiên, cũng như tất cả các thuốc được thải trừ chủ yếu qua thận, nên theo dõi thận trọng khi dùng SPIRIVA RESPIMAT ở những bệnh nhân suy thận trung bình đến nặng. Bệnh nhân suy gan có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. **Trẻ em (dưới 18 tuổi):** COPD (*) không thường gặp ở trẻ em vì 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 quầng 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. Ống thuốc SPIRIVA chỉ sử dụng được với dụng cụ khí dung RESPIMAT. **Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác:** Mặc dù chưa tiến hành nghiên cứu tương tác thuốc chính thức, tiotropium bromide đã được dùng với các thuốc điều trị COPD (*) phổ biến khác, bao gồm các thuốc giãn phế quản cường giao cảm, methylxanthine, steroid uống và hít, kháng histamin, thuốc tiêu nhầy, thuốc điều biến leukotrien, cromon và kháng IgE mà không thấy bằng chứng tương tác thuốc trên lâm sàng. Các thuốc thường dùng kết hợp (LABA, ICS và kết hợp của chúng) được sử dụng cho bệnh nhân COPD (*) chưa được phát hiện gây thay đổi nồng độ tiotropium. Chưa nghiên cứu sử dụng kết hợp lâu dài tiotropium bromide với các thuốc kháng cholinergic. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT kết hợp với các thuốc kháng cholinergic khác trong thời gian dài. **Khả năng sinh sản, thai kỳ và cho con bú:** Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng SPIRIVA cho phụ nữ mang thai. Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng tiotropium cho phụ nữ cho con bú. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT cho phụ nữ mang thai hoặc cho con bú trừ khi lợi ích mong đợi vượt trội nguy cơ có thể xuất hiện ở thai nhi và nữ nhi. Chưa có dữ liệu lâm sàng trên khả năng sinh sản đối với tiotropium. Một nghiên cứu phi lâm sàng với tiotropium cho thấy không có bất kỳ tác dụng bất lợi đến khả năng sinh sản. **Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa tiến hành nghiên cứu về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, triệu chứng chóng mặt hoặc nhìn mờ có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. **Tác dụng ngoại ý:** Nhiều tác dụng ngoại ý dưới đây có thể do tác dụng kháng cholinergic của SPIRIVA RESPIMAT. Các phản ứng ngoại ý được xác định từ dữ liệu nghiên cứu lâm sàng và báo cáo tự phát trong thời gian lưu hành thuốc sau khi được cấp phép. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Mất nước. **Rối loạn hệ thần kinh:** Chóng mặt, đau đầu, mất ngủ. **Rối loạn mắt:** Tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn, nhìn mờ. **Rối loạn tim mạch:** Rung nhĩ, đánh trống ngực, nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** Ho, chảy máu cam, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, viêm thanh quản, viêm xoang. **Rối loạn đường tiêu hóa:** Khô miệng: thường nhẹ, buồn nôn, táo bón, nhiễm nấm candida hầu họng, khó nuốt, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm lợi, viêm lưỡi, viêm miệng, tắc ruột bao gồm cả liệt ruột. **Rối loạn da và mô dưới da, Rối loạn hệ miễn dịch:** Phản ứng phản vệ, phát ban, ngứa, phù mạch thần kinh, mày đay, nhiễm khuẩn da và loét da, khô da, quá mẫn (bao gồm các phản ứng tức thì). **Rối loạn cơ xương và mô liên kết:** 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.



EGFR TKI THẾ HỆ II

***Hiệu quả trong điều trị ung thư phổi
không tế bào nhỏ có đột biến EGFR***



TÀI TRỢ KIM CƯƠNG / SPONSOR DE DIAMANT



Boehringer
Ingelheim

TÀI TRỢ VÀNG / SPONSOR DE OR



NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

TÀI TRỢ BẠC / SPONSOR DE ARGENT



AstraZeneca 

NHÀ TÀI ĐỒNG / SPONSOR DE CO



Pierre Fabre



Pharmaceuticals



© 2018 VATLD. Tous les droits sont réservés.

463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Tel: +84.4.3.3832.6249 - Fax: +84.4.3247.4544

Email: contact@vatld.org.vn; <http://hoitho-cuocsong.org.vn>

Co-organisé: l'Association Vietnamiennne Contre la Tuberculose et les Maladies pulmonaires;

l'Association Franco-Vietnamiennne de Pneumologie;

l'Association de Pneumologie de Hồ Chí Minh.