

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP TP.HCM VÀ  
CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC LẦN THỨ 11.



NỘI SAN THÁNG 3/2017

**CẬP NHẬT TIỀN BỘ**  
**CHẨN ĐOÁN**  
**& ĐIỀU TRỊ**  
**BỆNH LÝ HÔ HẤP**  
**ATS, ERS 2016**

---

TP CẦN THƠ, 17-18/3/2017

**BAN TỔ CHỨC**  
**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP**  
**TP.HCM VÀ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO**  
**Y KHOA LIÊN TỤC LẦN THỨ 11**  
**TRÂN TRỌNG CẢM ƠN**  
**CÁC NHÀ TÀI TRỢ**

**NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG**



**NHÀ TÀI TRỢ VÀNG**



**NHÀ TÀI TRỢ BẠC**



**NHÀ TÀI TRỢ ĐỒNG**



# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH



ngày  
**17**  
**03**

## 1. CHƯƠNG TRÌNH CME CHUNG

10:30-12:00, phòng Hội nghị Trấn Giang (Lầu 4)

🌐 **Hội thảo trực tuyến: <http://tinyurl.com/hhhcm032017>**  
(Password:1234)

- ▶ **Cơ chế viêm trong hen và COPD - Ứng dụng trong thực hành.** (60p) - **TS BS Nguyễn Văn Thành** - Phó Chủ tịch Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam
- ▶ **Đóng góp của siêu âm trong lâm sàng phổi học.** (30p) - **Bs Gilles Mangiapan**, Cộng Hòa Pháp



## 2. CHƯƠNG TRÌNH CME CHUYÊN ĐỀ

13:30-16:30

### **CME1: CHUYÊN ĐỀ NHI KHOA**

**Chủ đề: HEN TRẺ EM TRÊN THỰC HÀNH LÂM SÀNG.**

**Chủ tọa: PGS TS Phan Hữu Nguyệt Diễm ,**

**PGS TS Phạm Thị Minh Hồng**

▶ **Phòng Hội nghị Trấn Giang 1 (Lầu 4)**

🌐 **Hội thảo trực tuyến: <http://tinyurl.com/hhhcm032017>**  
(Password:1234)

	THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
1	13:30-14:15	Hướng dẫn điều trị hen ở trẻ dưới 5 tuổi	PGS TS Phan Hữu Nguyệt Diễm
2	14:15-15:00	Phòng ngừa hen ở trẻ em	PGS TS Phạm Thị Minh Hồng
	15:00-15:20	Tea break	
3	15:20 - 16:00	Hen khó điều trị ở trẻ em	TS BS Trần Anh Tuấn
4	16:00- 16:30	Thực hành: Sử dụng cụ hít định liều ở trẻ em	TS BS Trần Anh Tuấn và Bs BV Nhi Đồng 1

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

## ■■■■■■■■■■■ **CME 2 : CHUYÊN ĐỀ THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP**

### CHỦ ĐỀ : PHƯƠNG PHÁP HÔ HẤP KÝ VÀ ÁP DỤNG LÂM SÀNG

Chủ tọa: PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan

► Phòng Hội nghị Trấn Giang 2 (Lầu 4)

ngày  
**17**  
/  
**03**

STT	THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
1	13:30 -14:10	Phương pháp Hô hấp ký -Đại cương -Thực hành hô hấp ký trên máy	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan
2	14:10 - 14:55	Diễn giải Hô hấp đồ -Tiêu chuẩn Hô hấp đồ -Các lỗi cần tránh	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan
	14:55 – 15:10	Giải lao và tham quan triển lãm	
3	15:10 - 15:50	Áp dụng Hô hấp ký trong lâm sàng	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan
4	15:50 -16:30	Các chống chỉ định trong Hô hấp ký	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan

## ■■■■■■■■■■■ **CME 3 :CHUYÊN ĐỀ THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP**

### CHỦ ĐỀ : DAO ĐỘNG XUNG KÝ VÀ ÁP DỤNG LÂM SÀNG

Chủ tọa : PGS TS Lê Tiến Dũng. Báo cáo viên: ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh

► Phòng họp Vĩnh Định (Lầu 4)

STT	THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
1	13:30 - 14:10	Dao động xung ký (IOS) - Đại cương - Thực hành IOS trên máy	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh
2	14:10 - 14:55	Diễn giải IOS - Tiêu chuẩn IOS - Các lỗi cần tránh	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh
	14:55 - 15:10	Giải lao và tham quan triển lãm	
3	15:10 - 15:50	Áp dụng IOS trong lâm sàng	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh
4	15:50 - 16:30	Thực hành IOS trên máy	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh



# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

## IIIIIIIIIIIIIIIIIIII **CME 2 : CHUYÊN ĐỀ THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP**

ngày  
**17**  
**03**

### **CHỦ ĐỀ : PHƯƠNG PHÁP HÔ HẤP KÝ VÀ ÁP DỤNG LÂM SÀNG**

**Chủ tọa: PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan**

► **Phòng Hội nghị Trần Giang 2 (Lầu 4)**

STT	THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
1	13:30 -14:10	Phương pháp Hô hấp ký -Đại cương -Thực hành hô hấp ký trên máy	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan
2	14:10 - 14:55	Diễn giải Hô hấp đồ -Tiêu chuẩn Hô hấp đồ -Các lỗi cần tránh	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan
	14:55 – 15:10	Giải lao và tham quan triển lãm	
3	15:10 - 15:50	Áp dụng Hô hấp ký trong lâm sàng	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan
4	15:50 -16:30	Các chống chỉ định trong Hô hấp ký	PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan

## IIIIIIIIIIIIIIIIIIII **CME 3 :CHUYÊN ĐỀ THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP**

### **CHỦ ĐỀ : DAO ĐỘNG XUNG KÝ VÀ ÁP DỤNG LÂM SÀNG**

**Chủ tọa : PGS TS Lê Tiến Dũng. Báo cáo viên: ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh**

► **Phòng họp Vĩnh Định (Lầu 4)**

STT	THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
1	13:30 - 14:10	Dao động xung ký (IOS) - Đại cương - Thực hành IOS trên máy	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh
2	14:10 - 14:55	Diễn giải IOS - Tiêu chuẩn IOS - Các lỗi cần tránh	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh
	14:55 - 15:10	Giải lao và tham quan triển lãm	
3	15:10 - 15:50	Áp dụng IOS trong lâm sàng	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh
4	15:50 - 16:30	Thực hành IOS trên máy	ThS BS Hoàng Đình Hữu Hạnh

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH



ngày  
**17**  
**03**

## CME 5 : CHUYÊN ĐỀ BỆNH LÝ HÔ HẤP

### CHỦ ĐỀ : CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HO RA MÁU

Chủ tọa: PGS. TS. Trần Văn Ngọc, TS .BS. Nguyễn Thị Tố Như

► Phòng họp Vĩnh An (lầu 4)

🌐 Hội thảo trực tuyến: <http://tinyurl.com/hhhcm032017>  
(Password:1234)

STT	THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
1	13:30-13:40	<b>Phát biểu khai mạc</b>	PGS. TS. Trần Văn Ngọc
2	13:40-13:55	<b>Pretest</b>	
3	13:55-14:25	Giải phẫu Chức năng của các hệ thống mạch máu phổi	TS BS Lê Thượng Vũ Phó Khoa Hô hấp BVCR GV BM Nội ĐHYD TP.HCM
4	14:25-14:55	Chẩn đoán ho ra máu	TS BS Nguyễn Thị Tố Như GV BM NỘI ĐHYD TP.HCM
	14:55-15:10	Giải lao	
5	15:10-15:40	Điều trị ho ra máu	PGS TS BS Trần Văn Ngọc Trưởng Khoa Hô hấp BVCR PCN BM Nội-ĐHYD TP.HCM
6	15:40-16:10	Ca lâm sàng minh họa	ThS BS Dương Minh Ngọc GV BM Nội – ĐHYD TP.HCM
7	16:10-16:20	Post test và Tổng kết lớp học	



## 3. CHẤM THI POSTER

16:00 - 17:00

Giám khảo: PGS TS BS Tạ Bá Thắng, BS CKII Nguyễn Đình Duy , PGS Ts Bs Lê Tiến Dũng , TS BS Nguyễn Văn Thọ

### KHOA HÔ HẤP - BV NDGD:

**1. Ca lâm sàng nhuyễn khí phế quản người lớn (Tracheo bronchomalacia in adult).**

Nguyễn Bảo Hòa, Nguyễn Hải Thanh.

**2. Ca lâm sàng hội chứng rối loạn đường thở phản ứng (Reactive airways dysfunction syndrome).**

Huỳnh Thị Thanh Phương, Hồ Quốc Khải, Võ Lâm Bình

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**17**  
**03**

## **KHOA HÔ HẤP BVCR**

### **1. Ca lâm sàng Viêm phổi có biến chứng nhiễm Clostridium difficile**

BS Trương Thái , Lê Thượng Vũ

### **2. Nhân một trường hợp bệnh phổi mô bào X .**

Trần Văn Sang, Nguyen thi Thu Ba.

### **3. Nhân một trường hợp bệnh viêm phổi mô kẽ vô căn dạng bong biểu mô .**

Nguyễn Xuân Trí, NguyễnThị Mộng Trinh, Lê Hồng Ngọc.

### **4. U quái trung thất dò vào phổi . Báo cáo một trường hợp.**

Trần Thị Thúy Tường, Vũ Quang Việt, Huỳnh Thị Thùy Trang.

### **5. Báo cáo một trường hợp . Khó thở gắng sức kèm tắc nghẽn được chẩn đoán nhầm là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.**

Trần Ngọc Thái Hoà, Lê Thượng Vũ.

### **6. Lao Phổi và Ung thư phổi nhận một trường hợp.**

Lê Kim Chi.

## **BM NỘI ĐHYD TP HCM**

### **1. Ca lâm sàng Brugada Phenocopy syndrome .**

BS Trương Thái

### **2. Ca lâm sàng đặt stent khí quản khó.**

ThS BS Dương minh Ngọc

### **3. Di vật phế quản và lao phổi đồng thời ở thùy giữa biểu hiện như một u phổi: Báo cáo một trường hợp hiếm gặp**

ThS BS Nguyễn Hồ Lam

## **BV QUỐC TẾ THÀNH PHỐ ( ICH ) TPHCM**

### **1. Ca lâm sàng: U lao nội khí quản.**

ThS BS Hoàng Chân Phương

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**17**  
**03**

## **BVĐK THÁI NGUYÊN**

**1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi khuẩn học qua dịch rửa phế quản của bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên**

BS Phạm Kim Liên

**2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn học bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người cao tuổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên**

BS Phạm Kim Liên



## **4. HỘI THI CÁC NHÀ NGHIÊN CỨU TRẺ**

**16:30 - 19:00**

**Ban giám khảo 1: TS Nguyễn Văn Thành, BS CKII Võ Đức Chiến, TS BS Lê Thượng Vũ**

STT	Họ tên	Đơn vị	Tên đề tài
01	ThS BS Hoàng Thái Dương	BM Nội ĐHYD TP HCM	Đặc điểm lâm sàng và đề kháng sinh của VPCSYT tại Khoa Hô hấp BVCR.
02	ThS BS Đinh Vũ Quốc Dũng	Khoa hô hấp BV Chợ Rẫy	Đặc điểm lâm sàng và vi sinh của Viêm phổi nặng.
03	ThS BS Lê Hoàn	Trung Tâm Hô hấp BV Bạch Mai	Nghiên cứu tình trạng kháng thuốc ức chế Tyrosine kinase ở BN ung thư phổi không tế bào nhỏ mang đột biến EGFR
04	THS Nguyễn Thanh Thăng	Đơn vị Sinh học phân tử - BV Chợ Rẫy	Phát hiện đột biến gen EGFR trong mẫu huyết tương bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại BV Chợ Rẫy.

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**17**  
**03**

05	Nguyễn Lợi Toàn	Khoa Hô Hấp Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tiểu phế quản cấp và đánh giá hiệu quả của khí dung Natri Clorua 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.
06	Nguyễn Đức Vinh	Khoa nội Tổng hợp Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ	Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi trẻ em điều trị tại khoa Nội Tổng hợp, bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2015.

**Ban giám khảo 2: PGS TS Phan Hữu Nguyệt Diễm,  
TS BS Trần Anh Tuấn, PGS TS Phạm Thị Minh Hồng**

STT	Họ tên	Đơn vị	Tên đề tài
01	Trần Quang Khải	Bộ môn Nhi Đại học Y Dược TP.HCM	Đặc điểm bệnh viêm phổi thùy ở trẻ em từ 2 tháng đến 15 tuổi tại khoi Nội tổng quát 2 - BV Nhi Đồng 1
02	Phạm Ngọc Hiệp	Khoa Hô Hấp 1 - Bệnh viện Nhi Đồng 2	Đặc điểm của viêm màng phổi ở trẻ em tại khoa hô hấp BV Nhi Đồng 2
03	Nguyễn Phước Truyền	Khoa Hồi sức - Bệnh viện Nhi Đồng 1	Đặc điểm của trẻ nhập viện vì cơn suyễn nặng tại khoa hồi sức BV Nhi Đồng 1
04	Trần Thị Thùy Dung	Bộ môn Nhi – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị trong bệnh phổi mô kẽ tại khoa hô hấp BV Nhi Đồng 1

||||| 5. HỘI NGHỊ VỆ TINH CỦA CÔNG TY  
17:00 - 19:00  
MSD

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH



ngày  
**18**  
**03**

## HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP TP.HỒ CHÍ MINH LẦN 11

▶ Phòng Hội nghị Trấn Giang (Lầu 4)

🌐 Hội thảo trực tuyến: <http://tinyurl.com/hhhcm032017>  
(Password:1234)

- ▶ 8:00-8:30: Văn nghệ chào mừng
- ▶ 8:30-9:00: Khai mạc hội nghị & tổng kết một năm hoạt động Hội Hô Hấp Tp.Hồ Chí Minh.
- ▶ 9:00-11:00: **HỘI NGHỊ PHIÊN TOÀN THỂ**  
**Chủ tọa:** PGS TS Đinh Ngọc Sỹ, GS Ngô Quý Châu, GS Đỗ Quyết, PGS TS Trần Văn Ngọc.

### 1. KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GHÉP PHỔI TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI HỌC VIỆN QUÂN Y. 30p

GS Đỗ Quyết - Giám đốc Học viện Quân Y.

### 2. NHỮNG THÁCH THỨC HIỆN TẠI VÀ TRIỂN VỌNG MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ COPD. 30p

GS Claus Vogelmeier, CHLB Đức

### 3. CẬP NHẬT XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ . 20p

GS TS Nguyễn Gia Bình, Chủ tịch Hội Hô sức chống độc VN

### 4. KHẢO SÁT ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH – NGHIÊN CỨU SOAR

PGS. TS. Sibel Ascioğlu . Đại học Y Khoa Hacettepe, Ankara, Thổ Nhĩ Kỳ.

Cố vấn y khoa GSK khu vực Châu Á. 10p

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**18**  
**03**

▶ 11:00-12:00: **LUNCH SYMPOSIUM CỦA CÁC CÔNG TY**

**Boehringer Ingelheim: Những bằng chứng nền tảng trong điều trị COPD giai đoạn ổn định.**

▶ **Phòng Hội nghị Trấn Giang 1 (Lầu 4)**

**Chủ tọa: PGS TS Trần Văn Ngọc**

**Báo cáo viên: PGS Lê Thị Tuyết Lan , GS Claus Vogelmeier (CHLB Đức )**

1. Cập nhật GOLD 2017
2. Vai trò của LAMA trong điều trị COPD giai đoạn ổn định.

**Sanofi-Aventis: Tối ưu hoá điều trị kháng sinh trong viêm phổi nặng.**

▶ **Phòng Hội nghị Trấn Giang 2 (Lầu 4)**

**Chủ tọa: GS. TS. BS. Ngô Quý Châu**

**Báo cáo viên: PGS. TS. BS. Lê Tiến Dũng , PGS. TS. BS. Vũ Văn Giáp**

1. Tối ưu hóa liều kháng sinh glycopeptide trong điều trị viêm phổi do MRSA
2. Điềm qua các khuyến cáo trong điều trị viêm phổi cộng đồng và vai trò Quinolone

**Sanofi-Aventis : Cập nhật ứng dụng lâm sàng của Probiotics**

▶ **Phòng họp Vĩnh Thanh (Lầu 4)**

**Chủ tọa: PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm**

**Báo cáo viên: TS. BS. Trần Anh Tuấn, PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm**

1. Sử dụng kháng sinh hiện nay trên bệnh lý nhiễm trùng hô hấp ở trẻ em và mối quan ngại
2. Những tiến bộ gần đây trong hiểu biết về probiotics



# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày

18

03

**GSK: Quản lý hiệu quả bệnh hô hấp trên thực hành lâm sàng**

▶ Phòng họp Vĩnh An (Lầu 4)

🌐 **Hội thảo trực tuyến: <http://tinyurl.com/hhhcm032017>  
(Password:1234)**

**Chủ tọa: TS.BS. Nguyễn Văn Thành**

**Báo cáo viên : PGS. TS. Sibel Ascioğlu . Đại học Y Khoa Hacettepe, Ankara, Thổ Nhĩ Kỳ , ThS Nguyễn Như Vinh**

1. Quản lý hen tốt trong thực hành
2. Quản lý nhiễm khuẩn hô hấp dưới theo các khuyến cáo mới và dựa trên tình hình đề kháng hiện nay

||||| ▶ 12:00-13:00: **Cơm trưa tại Trung tâm Hội nghị lầu 3**

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**18**  
**03**

▶ 13:15–16:30: **HỘI THẢO TẠI 5 HỘI TRƯỞNG**

## SESSION 1: NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

▶ Phòng Hội nghị Trần Giang 1 (Lầu 4)

🌐 Hội thảo trực tuyến: <http://tinyurl.com/hhhcm032017>  
(Password:1234)

Chủ tọa: **GS TS Ngô Quý Châu, TS BS Phạm Hùng Vân, TS BS Nguyễn Văn Thành.**

THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15–13:35	Cơ chế đề kháng kháng sinh của vi khuẩn	TS BS Phạm Hùng Vân Chủ tịch Hội Vi sinh Lâm sàng TP HCM
13:35–13:55	Cập nhật điều trị sốc nhiễm khuẩn	BS CK 2 Phan Thị Xuân TK HSCC BVCR
13:55–14:05	Lựa chọn quinolone trong điều trị theo kinh nghiệm VPCĐ nhập viện.	Sanofi: PGS. TS. BS. Phan Thu Phương
14:05–14:35	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:35–14:55	Nhiễm trùng hô hấp dưới cấp tính ở cộng đồng do tác nhân vi sinh khó điều trị.	TS BS Nguyễn Văn Thành PCT Hội Lao & Bệnh phổi Việt Nam
14:55–15:10	Nhiễm trùng cấp và mạn tính trong COPD	ThS BS Lê Thị Thu Hương TK Hô hấp BV NDGD
15:10–15:20	Viêm phổi do MRSA và lựa chọn điều trị.	Sanofi : ThS. BS. Nguyễn Quốc Thái
15:20–15:30	Tiếp cận mới trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp	Abbott: DS Trương Phan Ngọc My
15:30–15:45	Tiếp cận mới trong điều trị VP do Burkholderia Pseudomalei	PGS TS Trần Quang Bính PGĐ BV ICH TPHCM Abbott DS Trương Phan Ngọc My
15:45–16:00	Tình hình nhiễm nấm và kháng nấm tại BVCR 2016	BS CKII Trần Thị Thanh Nga. Nguyên TK Vi sinh BVCR
16:00–16:15	Tiếp cận chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn theo kinh nghiệm	ThS BS Cao Xuân Thực Phó Khoa Hô hấp BVCR
16:15–16:30	Thảo luận	

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**18**  
**03**

## SESSION 2: HÔ HẤP NHI

► Phòng họp Vĩnh Thanh (Lầu 4)

Chủ tọa: PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm, PGS TS BS Phạm Minh Hồng, TS BS Trần Anh Tuấn

THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15-13:30	Hen ở trẻ nhũ nhi	TS BS Trần Anh Tuấn Phó Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
13:30-13:45	Cập nhật điều trị viêm phổi trẻ em	PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm . PCN BM Nhi ĐHYD TPHCM
13:45-14:05	Bronchovaxom trong phòng ngừa nhiễm trùng hô hấp	Cty Ever pharma: PGS TS Trần Văn Ngọc
14:05-14:35	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:35-14:50	Cập nhật chẩn đoán và điều trị hen trẻ em theo ERS 9/2016	PGS TS BS Phạm Thị Minh Hồng Phó TK Y ĐHYD TP.HCM
14:50-15:10		
15:10-15: 25	Tiếp cận khò khè và hen ở trẻ em"	BS CKII Đặng Thị Kim Huyền TK Khám bệnh BV Nhi Đồng 2
15:25-15: 40	"Cập nhật về vai trò của Xquang trong bệnh lý hô hấp ở trẻ em"	TS BS Nguyễn Anh Tuấn Tổng thư ký Hội Chẩn đoán hình ảnh TPHCM
15:40-15:55	Bệnh hen và thuyết vệ sinh: Có phải dễ bị mắc hen vì quá sạch sẽ	ThS BS Nguyễn Như Vinh Trưởng TT Hô hấp ĐHYD TP.HCM
15:55 16: 10	Chẩn đoán dị ứng ở trẻ mắc bệnh hen	BS Nguyễn Thị Ngọc Khoa hô hấp - BV Nhi Đồng 1
16:10-16: 30	Thảo luận	

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**18**  
**03**

## SESSION 3: UNG THƯ PHỔI VÀ BỆNH PHỔI KHÁC

► Phòng Hội nghị Trấn Giang 2 (Lầu 4)

Chủ tọa: TS BS Nguyễn Hữu Lân, TS BS Vũ Văn Vũ

THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15-13:35	Tiếp cận chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ	PGS TS Trần Văn Ngọc Trưởng khoa Hô hấp BVCR PCN BM Nội - ĐHYD TP.HCM
13:35-13:55	Tạm biệt viêm mũ màng phổi cần bóc vỏ phổi : phân tích 100 ca tại BV Chợ rẫy; 795 ca BV NDGD	PGS TS Lê Nữ Thị Hoà Hiệp PCN BM Ngoại lồng ngực ĐHYD TP HCM
13:55-14:15	Giới thiệu sản phẩm của Newtech	Newtech
14:15-14:35	Chiến lược điều trị ung thư phổi tái phát	TS BS Vũ Văn Vũ TK Hoá trị BV Ung Bướu
14:35-14:55	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:55-15:15	Immune check point inhibitor: lý thuyết và kết quả bước đầu	TS BS Lê Thượng Vũ Phó Khoa Hô Hấp BVCR
15:15-15:25	Giới thiệu sản phẩm	
15:25-15:45	Thách thức trong chẩn đoán và điều trị lao	TS BS Nguyễn Hữu Lân GD BV Phạm Ngọc Thạch
15:45-16:05	Chẩn đoán và xử trí ho kéo dài	BS Hồ Thanh Nhàn Bến Tre
16:05-16:30	Thảo luận	

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**18**  
**03**

## SESSION 4: TƯƠNG TÁC CA LÂM SÀNG VỀ VIÊM PHỔI và HEN-COPD

► Phòng họp Vĩnh Định (Lầu 4)

Chủ tọa: PGS. TS. Trần Văn Ngọc, TS BS Lê Tiến Dũng, BS CKII Nguyễn Đình Duy, PGS TS Trần Quang Bính.

THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15-14:15	HEN-COPD-ACOS Cập nhật GOLD-GINA 2017	PGS TS BS Lê tiến Dũng TK Hô hấp BV ĐHYD TPHCM
14:15-14:35	- Lựa chọn mới trong phòng ngừa đợt cấp COPD : Phối hợp Indacaterol/Glycopyrronium trong nghiên cứu FLAME -Cập nhật điều trị kháng sinh trong đợt cấp COPD nhiễm khuẩn -Tối ưu liều kháng sinh teicoplanin trong thực hành lâm sàng	Novartis : PGS TS Trần Văn Ngọc  Sanofi : ThS. BS. Vũ Văn Thành  TS BS Phạm Lực
14:35-15:05	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:05-15:25	-Tối ưu liều quinolone trong viêm phổi cộng đồng -Tiêu chảy liên quan đến kháng sinh và hướng xử trí	Sanofi : ThS. BS. Cao Xuân Thực  PGS TS Bùi Hữu Hoàng
15:25-16:25	Chọn lựa kháng sinh trong viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy - Cập nhật điều trị VAP-HAP của ATS-IDSA 2016	PGS TS BS Trần Văn Ngọc Trưởng Khoa Hô hấp BVCR

# NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

ngày  
**18**  
**03**

## SESSION 5: HEN - COPD

► Phòng họp Vĩnh An (Lầu 4)

🌐 Hội thảo trực tuyến: <http://tinyurl.com/hhhcm032017>  
(Password:1234)

Chủ tọa: GS Đỗ Quyết, PGS TS Đinh Ngọc Sỹ, PGS TS BS Nguyễn Việt Nhung.



THỜI GIAN	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
13:15-13:35	Bệnh Hô hấp ở nông dân Việt Nam.	PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan. Chủ tịch Hội hen-dị ứng TP HCM
13:35-13:55	Thay đổi thông số CNHH đo bằng thể tích khí thân ở BN COPD ngoài đợt cấp	PGS TS Tạ Bá Thắng Trưởng Khoa Phổi BV 103
13:55-14:15	Giới thiệu sản phẩm của công ty : Glenmark, Astra	Glenmark , Astra-Zeneca: Đồng hành cùng BN hen và COPD
14:15-14:35	Thực hành chế độ dinh dưỡng cho BN COPD	TS BS Lưu Ngân Tâm TK Dinh dưỡng BVCR
14:35-14: 55	Giải lao và tham quan triển lãm	
14:55-15:15	Kiểu hình COPD nhiều đợt cấp	TS BS Đỗ Thị Tường Oanh TK COPD BV PNT
15:15-15:35	Probiotics và tiêu chí lựa chọn đúng	Sanofi: TS BS Phạm Hùng Vân
15:35-15:55	Điều trị COPD bằng tế bào gốc	ThS BS Lê Thị Hồng Vân
15:55-16:15	Cảnh giác với lao nội phế quản có biểu hiện giống hen!	TS BS Nguyễn Văn Thọ BM Lao ĐHYD TP HCM
16:15-16:30	Thảo luận	

► 19:00: **GALA DINNER BAN TỔ CHỨC**

Nhà hàng Ninh Kiều

Vui lòng giữ lại thư mời để tham gia bốc thăm trúng thưởng.



-  **Phổ kháng khuẩn rộng: vi khuẩn gram âm, gram dương và vi khuẩn không điển hình <sup>(1)</sup>**
-  **Hiệu quả trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp do vi khuẩn nhạy cảm gây ra ở người lớn <sup>(1)</sup>:**
  - ✓ **Viêm phổi mắc phải cộng đồng**
  - ✓ **Đợt kịch phát nhiễm khuẩn cấp của viêm phế quản mạn**
  - ✓ **Viêm xoang nhiễm khuẩn cấp**



**Thông tin sản phẩm<sup>(1)</sup>**

**THÀNH PHẦN:** Levofloxacin hemihydrate.

**DẠNG BÀO CHẾ:** Viên nén bao phim 500 mg.

**CHỈ ĐỊNH:** Được chỉ định để điều trị nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm với levofloxacin gây ra ở người lớn: Viêm xoang nhiễm khuẩn cấp, đợt kịch phát nhiễm khuẩn cấp của viêm phế quản mạn, viêm phổi mắc phải cộng đồng, nhiễm khuẩn đường tiểu có biến chứng (kể cả viêm thận-bể thận), viêm tuyến tiền liệt nhiễm khuẩn mạn, nhiễm khuẩn da và mô mềm.

**CÁCH DÙNG:** Thuốc được uống qua đường miệng. Nuốt trọn viên thuốc với một ly nước. Viên Tavanic có thể được chia theo khía ngang để phân liều thích hợp. Có thể uống thuốc trong bữa ăn hoặc bất cứ lúc nào giữa các bữa ăn.

**LIỀU DÙNG:** Tavanic được dùng một hoặc hai lần mỗi ngày. Liều dùng tùy thuộc vào loại và độ nặng của nhiễm khuẩn và độ nhạy cảm của tác nhân gây bệnh già định.

**Thời gian điều trị:** Thời gian điều trị thay đổi tùy theo loại bệnh (xem bên dưới). Như điều trị kháng sinh nói chung, nên tiếp tục sử dụng Tavanic trong ít nhất 48 đến 72 giờ sau khi hết sốt hoặc có bằng chứng đã trừ diệt vi khuẩn.

**Liều dùng ở bệnh nhân có chức năng thận bình thường:**

(Thanh thải creatinine >50 ml/phút)

Chỉ định	Liều dùng mỗi ngày (tùy theo độ nặng) điều trị	Đường dùng	Thời gian
Viêm xoang cấp	500 mg/lần/ngày	Uống	10-14 ngày
Đợt kịch phát cấp của viêm phế quản mạn	250 mg - 500 mg/lần	Uống mỗi ngày	7-10 ngày
Viêm phổi mắc phải cộng đồng	500 mg/1 - 2 lần/ngày	Uống mỗi ngày	7-14 ngày
Nhiễm khuẩn đường tiểu không biến chứng	250 mg/lần/ngày	Uống	3 ngày
Nhiễm khuẩn đường tiểu có biến chứng (kể cả viêm thận, bể thận)	250 mg <sup>(2)</sup> /lần/ngày	Uống	7-10 ngày
Viêm tuyến tiền liệt nhiễm khuẩn mạn	500 mg/lần/ngày	Uống	28 ngày
Nhiễm khuẩn da và mô mềm	250 mg/lần/ngày hoặc 500 mg/1 - 2 lần/ngày	Uống	7-14 ngày

(2) Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng cần xem xét tăng liều bằng đường tiêm truyền tĩnh mạch

**Thận trọng đối với bệnh nhân suy thận:**

Vì levofloxacin chủ yếu được bài tiết trong nước tiểu, nên giảm liều ở bệnh nhân suy thận. Các thông tin liên quan được trình bày trong bảng sau:

Thanh thải creatinine	250 mg/24 giờ liều đầu tiên: 250 mg	500 mg/24 giờ liều đầu tiên: 500 mg	500 mg/12 giờ liều đầu tiên: 500 mg
50-20 ml/phút	liều kế tiếp: 125 mg/24 giờ	liều kế tiếp: 250 mg/24 giờ	liều kế tiếp: 250 mg/12 giờ
19-10 ml/phút.	liều kế tiếp: 125 mg/48 giờ	liều kế tiếp: 125 mg/24 giờ	liều kế tiếp: 125 mg/12 giờ
< 10 ml/phút (kể cả lọc máu và CAPD*)	liều kế tiếp: 125 mg/48 giờ	liều kế tiếp: 125 mg/24 giờ	liều kế tiếp: 125 mg/24 giờ

\* Không cần dùng thêm liều sau khi lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc liên tục lưu động (CAPD).

**Thận trọng đối với bệnh nhân suy gan:** Không cần điều chỉnh liều dùng, vì levofloxacin ít được chuyển hóa ở gan.

**Bệnh nhân cao tuổi:** Không cần chỉnh liều trên người cao tuổi, ngoài việc xem xét khả năng suy giảm chức năng thận.

**Bảo vệ da tránh ánh nắng:** Cần tránh ánh nắng trực tiếp trong thời gian dùng Tavanic. Da của bạn sẽ nhạy cảm hơn với ánh nắng và có thể bị bỏng, rát hoặc phỏng rộp nếu không áp dụng các biện pháp đề phòng sau đây: Dùng kem chống nắng có chỉ số cao, Luôn luôn đội mũ và mặc áo dài tay và

quần dài, Tránh tắm nắng.

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với levofloxacin, các quinolones khác hoặc với bất cứ tá dược nào của thuốc, bệnh nhân động kinh, bệnh nhân có tiền sử đau gân cơ liên quan với việc sử dụng fluoroquinolones, trẻ em hoặc thiếu niên, phụ nữ có thai và cho con bú.

**THẬN TRỌNG:** Bệnh nhân cao tuổi (>65 tuổi), bệnh nhân đang dùng corticosteroids, bệnh nhân đã từng có cơn ngất hoặc choáng, đã từng bị tổn thương não do đột quy hoặc chấn thương não khác, có bệnh thận, có chứng thiếu glucose-6-phosphat dehydrogenase, bệnh nhân đã từng bị rối loạn tâm thần, từng có bệnh tim, đái tháo đường hoặc có bệnh gan. Nên thận trọng khi dùng các fluoroquinolones, bao gồm levofloxacin, trên bệnh nhân đã biết có các yếu tố nguy cơ kéo dài khoảng QT chẳng hạn như: rối loạn điện giải chưa được điều chỉnh (ví dụ hạ kali máu, hạ magesi máu), hội chứng QT kéo dài bẩm sinh, bệnh tim (ví dụ suy tim, nhồi máu cơ tim, nhịp tim chậm), sử dụng đồng thời với những thuốc gây kéo dài khoảng QT, bệnh nhân cao tuổi và phụ nữ có thể nhạy cảm hơn đối với các thuốc gây kéo dài khoảng QT. Có tiền sử bệnh nhược cơ.

**TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: Rất hiếm gặp** (xảy ra ở <1/10 000 người): Phản ứng dị ứng như: phát ban, khó nuốt hoặc khó thở, phù môi, mặt, họng hoặc lưỡi. Cảm giác rất bỏng, kim châm, đau hoặc tê rần. Có thể là dấu hiệu của bệnh lý dây thần kinh. Giảm lượng đường trong máu. Rối loạn thính giác hoặc thị giác hoặc thay đổi vị giác và khứu giác. Áo giặc, phản ứng loạn thần với nguy cơ có ý định hoặc hành động tự tử. Truy tuần hoàn. Yếu cơ, có thể trầm trọng ở bệnh nhân nhược cơ. Viêm gan, rối loạn chức năng thận và đôi khi suy thận. Sốt, đau họng và cảm giác không khỏe kéo dài. Những triệu chứng này có thể do giảm số lượng bạch cầu. Sốt và phản ứng dị ứng ở phổi. **Hiếm gặp** (xảy ra ở <1/1000 người): Tiêu chảy toàn nước hoặc có máu, có thể kèm đau quặn bụng và sốt cao. Đây có thể là những dấu hiệu của một bệnh nặng đường ruột. Đau và viêm gân, có thể đứt gân. Co giật. Cảm giác kim châm ở bàn tay và bàn chân (dị cảm) hoặc run. Cảm giác căng thẳng, lo lắng, trầm cảm, các vấn đề tâm thần, bứt rứt hoặc lú lẫn. Nhịp tim nhanh bất thường hoặc hạ huyết áp. Đau khớp hoặc đau cơ. Bầm máu và dễ chảy máu do giảm số lượng tiểu cầu. Giảm bạch cầu trung tính. Khó thở hoặc thở khò khè. **Ít gặp** (xảy ra ở <1/100 người): Ngứa và phát ban. Rối loạn tiêu hóa. Nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, buồn ngủ hoặc căng thẳng thần kinh. Xét nghiệm máu có thể cho kết quả bất thường do các rối loạn ở gan và thận. Thay đổi số lượng bạch cầu. Yếu sức. Tăng số lượng của các vi khuẩn hoặc nấm khác. **Thường gặp** (xảy ra ở <1/10 người): Buồn nôn và tiêu chảy. Tăng men gan trong máu. **TƯƠNG TÁC:** Với corticosteroids, bệnh nhân rất có thể sẽ bị viêm và/hoặc đứt gân. Với warfarin, bệnh nhân rất có thể sẽ bị chảy máu, cần xét nghiệm máu thường xuyên để kiểm tra tình trạng đông máu. Với theophylline, thuốc kháng viêm không-steroid (NSAIDs), bệnh nhân rất có thể sẽ bị co giật (động kinh). Với ciclosporin, bệnh nhân rất có thể sẽ gặp tác dụng phụ của ciclosporin. Với thuốc ảnh hưởng đến nhịp tim (thuốc chống loạn nhịp như quinidine và amiodarone), thuốc chữa trầm cảm (thuốc chống trầm cảm ba vòng như amitriptyline và amipramine) và thuốc chữa nhiễm trùng (các kháng sinh 'macrolides' như erythromycin, azithromycin và clarithromycin). Probenecid và cimetidine, cần thận trọng đặc biệt khi dùng chung những thuốc này với Tavanic. Nếu bệnh nhân có bệnh thận, bác sĩ sẽ cho dùng liều thấp hơn. Không được dùng viên bao phim Tavanic cùng lúc với những thuốc sau đây, vì chúng có thể ảnh hưởng đến cơ chế tác động của Tavanic: viên sắt, thuốc kháng acid chứa magesi hoặc nhóm dung sulcralfate.

**PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Không dùng Tavanic.  
**LÁI XE VÀ SỬ DỤNG MÁY MÓC:** Một số tác dụng phụ có thể ảnh hưởng đến khả năng tập trung và tốc độ phản ứng. Nếu xảy ra, không nên lái xe hoặc làm bất cứ việc gì cần sự chú ý cao độ.  
**NHÀ SẢN XUẤT:** Sanofi Winthrop Industrie: 56, route de Choisy au Bac 60205 Compiègne – Pháp  
**NHÀ PHÂN PHỐI CHÍNH:** Công ty CP Dược Liệu Trung ương 2 24 Nguyễn Thị Nghĩa, P. Bến Thành, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh  
Tel: (+84) 08 3832 3058 – Fax: (+84) 08 38323012

**PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Không dùng Tavanic.  
**LÁI XE VÀ SỬ DỤNG MÁY MÓC:** Một số tác dụng phụ có thể ảnh hưởng đến khả năng tập trung và tốc độ phản ứng. Nếu xảy ra, không nên lái xe hoặc làm bất cứ việc gì cần sự chú ý cao độ.

**NHÀ SẢN XUẤT:** Sanofi Winthrop Industrie: 56, route de Choisy au Bac 60205 Compiègne – Pháp

**NHÀ PHÂN PHỐI CHÍNH:** Công ty CP Dược Liệu Trung ương 2 24 Nguyễn Thị Nghĩa, P. Bến Thành, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh

Tel: (+84) 08 3832 3058 – Fax: (+84) 08 38323012

**Thông tin chi tiết xin liên hệ:**

**Văn phòng đại diện Sanofi-Aventis Singapore Pte. Ltd. tại TP. HCM**

**Địa chỉ:** Lầu 3, số 10, đường Hàm Nghi, phường Bến Nghé, Quận 1, TP. HCM

**Điện thoại:** +84. 8.3829 8526; **Fax:** +84. 8.3914 4801



VN-19455-15

## MỤC LỤC

FENO VÀ PHẢN ỨNG VIÊM TYPE 2 Ở BỆNH NHÂN HEN .....	4
FENO AND TYPE 2 INFLAMMATION IN ASTHMA .....	6
NHỮNG THÁCH THỨC HIỆN TẠI VÀ HƯỚNG ĐIỀU TRỊ MỚI COPD .....	10
CURRENT AND FUTURE MAINTENANCE TREATMENT OF COPD.....	11
ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ CẤP CỨU PHẢN VỆ DO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI XÂY DỰNG ÁP DỤNG QUA 161 CA LÂM SÀNG.....	12
ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF AN ANAPHYLAXIS TREATMENT GUIDELINE BUILT BY THE INTENSIVE CARE UNIT – BACH MAI HOSPITAL.....	13
ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH VÀ CÁC CƠ CHẾ ĐỀ KHÁNG CÁC KHÁNG SINH HIỆN NAY.....	14
CẬP NHẬT VỀ ĐỊNH NGHĨA VÀ XỬ TRÍ NHIỄM TRÙNG HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM TRÙNG (Sepsis-3 và SSC 2016) .....	15
NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP DƯỚI CẤP TÍNH Ở CỘNG ĐỒNG DO TÁC NHÂN VI SINH GÂY BỆNH KHÓ ĐIỀU TRỊ .....	19
ACUTE LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS IN COMMUNITY CAUSED BY DIFFICULT-TO-TREAT MICROBIAL PATHOGENS .....	20
NHIỄM TRÙNG CẤP VÀ MẠN TÍNH TRONG BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH .....	21
ACUTE AND CHRONIC INFECTION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.....	22
VIÊM PHỔI DO BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TRONG 3 NĂM 2013-2015 .....	23
PNEUMONIA DUE TO BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI AT CHO RAY HOSPITAL IN THREE YEARS 2013-2015.....	24
KHẢO SÁT TÌNH HÌNH NHIỄM VI NẤM GÂY BỆNH VÀ ĐỀ KHÁNG THUỐC KHÁNG NẤM HIỆN NAY.....	25
SITUATION AND PATHOGENIC FUNGAL INFECTION FROM THE RESPIRATORY TRACT AND ANTIFUNGAL DRUG RESISTANCE IN CHO RAY HOSPITAL .....	26
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM THEO KINH NGHIỆM .....	27
DIAGNOSIS AND IMPIRICAL TREATMENT OF FUNGAL INFECTIONS IN ADULT PULMONARY AND CRITICAL CARE PATIENTS .....	28
HEN Ở TRẺ NHỮ NHỊ .....	29
INFANTILE ASTHMA .....	30
CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TRẺ EM	32

UPDATE ON THE ANTIBIOTIC THERAPY IN PEDIATRIC COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA.....	33
CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HEN TRẺ EM TỪ HỘI NGHỊ HỒ HẤP CHÂU ÂU 9/2016 .....	34
TIẾP CẬN KHÒ KHÈ TRÊN TRẺ TUỔI ĐI HỌC.....	35
APPROACH TO PRESCHOOL WHEEZING .....	36
VAI TRÒ CỦA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG BỆNH LÝ HỒ HẤP KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG Ở TRẺ EM .....	37
THE ROLE OF IMAGING DIAGNOSIS IN PEDIATRIC NON-TRAUMATIC THORACIC DISEASE .....	38
THUYẾT VỆ SINH VÀ HEN: CÓ PHẢI DỄ BỊ HEN VÌ QUÁ SẠCH SẼ?.....	39
ASTHMA AND HYGIENE THEORY: TOO CLEAN MAY INCREASE ASTHMA RISK? .....	41
CHẨN ĐOÁN DỊ ỨNG Ở TRẺ MẮC BỆNH HEN .....	43
DIAGNOSIS OF ALLERGY IN ASTHMATIC CHILDREN .....	44
SINH LÝ VÀ SINH BỆNH HỌC CỦA BỆNH PHỔI VÔ CĂN .....	45
PHYSIOLOGY AND PHYSIOPATHOGENESIS OF IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS .....	47
TẠM BIỆT MỦ MÀNG PHỔI PHẢI BÓC VỎ PHỔI, PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ NGUYÊN NHÂN CẦN CAN THIỆP NGOẠI KHOA .....	50
ANALYSIS CAUSES OF EMPYEMA THAT NEED SURGICAL TREATMENT .....	51
XỬ TRÍ BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI DI CĂN CÓ ĐỘT BIẾN EGFR TIẾN TRIỂN SAU ĐIỀU TRỊ EGFR TKI –VAI TRÒ CỦA SINH THIẾT LẠI.....	52
MANAGEMENT OF EGFR MUTATED NSCLC PROGRESSING ON FIRSTLINE TKI- THE ROLE OF REBIOPSY. ....	52
LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH: LÝ THUYẾT ĐẾN THỰC HÀNH.....	53
IMMUNE CHECK POINT INHIBITORS: THEORY TO PRACTICE.....	54
THÁCH THỨC TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO.....	55
CHALLENGES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TUBERCULOSIS INFECTION.....	57
ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ HO KÉO DÀI Ở NGƯỜI LỚN: NHỮNG CHÚ Ý THỰC HÀNH QUAN TRỌNG.....	60
EVALUATION AND TREATMENT OF PROLONGED COUGH IN ADULTS: THE IMPORTANTLY PRACTICAL NOTES .....	61
CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN , VIÊM PHỔI THỞ MÁT DO VI KHUẨN ĐA KHÁNG KHÁNG SINH.....	63
TREATMENT OF HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA AND VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA DUE TO MULTI DRUG RESISTANT BACTERIA.....	65

BỆNH HÔ HẤP Ở NÔNG DÂN VIỆT NAM .....	67
RESPIRATORY DISEASES IN VIETNAMESE FARMERS.....	67
THAY ĐỔI CÁC THÔNG SỐ CHỨC NĂNG HÔ HẤP ĐO BẰNG PHƯƠNG PHÁP THỂ TÍCH KÝ THÂN Ở BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NGOÀI ĐỢT CẤP..	68
CHANGES OF SOME PARAMETERS OF RESPIRATORY FUNCTION ARE MEASURED BY WHOLE BODY PLETHYSMOGRAPHY IN PATIENTS WITH THE STABLE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE .....	69
DINH DƯỠNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COPD .....	70
NUTRITIONAL SUPPORT IN COPD PATIENTS.....	70
TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ COPD ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN.....	71
APPROACH AND MANAGEMENT FREQUENT EXACERBATOR COPD PHENOTYPE .....	72
LIỆU PHÁP TẾ BÀO TRONG BỆNH LÝ HÔ HẤP .....	74
STEMCELL THERAPY IN LUNG DISEASES.....	73
CẢNH GIÁC VỚI LAO NỘI PHẾ QUẢN CÓ BIỂU HIỆN GIỐNG HEN! .....	75
BE ALERT TO ENDOBRONCHIAL TUBERCULOSIS MIMICKING ASTHMA! .....	76
KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN HỌC Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI LIÊN QUAN CHĂM SÓC Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY .....	77
CLINICAL FEATURES AND MICROBIOLOGY IN HCAP AT CHORAY HOSPITAL	77

# FENO VÀ PHẢN ỨNG VIÊM TYPE 2 Ở BỆNH NHÂN HEN

*Prof. Đinh Xuân Anh Tuấn, MD, PhD Cantab, FERS*

*Bệnh viện Cochin, Đại học Paris Descartes, Paris, Pháp*

Nitric oxide (NO) là chất truyền tin phổ biến trong tế bào và giữa các tế bào có bản chất khí, mà vai trò sinh học có thể có trước oxy trong quá trình tiến hóa của tất cả các sinh vật sống [1]. Đã một phần tư thế kỷ sau lần mô tả đầu tiên về phương pháp đo NO ở người [2] và với gần 4.000 tài liệu được liệt kê trên PubMed [3], câu hỏi đặt ra là bằng cách nào, và khi nào thực hiện phép đo này vẫn còn là một vấn đề gây tranh cãi trong cộng đồng khoa học. Tương tự như tất cả các đề tài khoa học, các phương pháp đo lường NO trong hơi thở ra là dựa trên cơ sở khoa học và chỉ định của việc áp dụng kỹ thuật này để phát hiện tình trạng viêm ở phổi đều là dựa trên các bằng chứng lâm sàng. Bài tổng quan này là một nỗ lực để xem xét và thảo luận về các nền tảng sinh lý của các phương pháp đo NO trong hơi thở ra và các bằng chứng lâm sàng của tính hữu ích của phương pháp này trong hen và các bệnh lý hô hấp khác.

Khi tăng FENO đầu tiên được phát hiện ở bệnh nhân hen [4, 5] tăng FENO đã đẩy lên hy vọng đáng kể như là một công cụ để chẩn đoán và theo dõi bệnh hen. Tuy nhiên, từ khi nhiều kiểu hình viêm khác nhau của hen được mô tả [6], rõ ràng rằng FENO có thể không phải là một công cụ phổ quát để đo hoạt động kháng viêm ở tất cả các kiểu hen nhưng lợi ích của nó có thể giới hạn trong một số kiểu hình bệnh sinh viêm hen nào đó. Trong thực tế, người ta thấy rằng FENO tăng nổi bật nhất trong hen có tăng eosinophil với hoạt động Th2 cao [7-10].

## **Chẩn đoán hen**

Hen được định nghĩa là một bệnh lý không đồng nhất với giới hạn luồng khí thở ra có thể thay đổi, “thường đặc trưng bởi tình trạng viêm đường thở mạn tính” với các thể (type) khác nhau [11]. Vì FENO không phải là một phương pháp đo giới hạn luồng khí thở ra và vì các thành phần viêm của hen có thể có là các loại (type) không làm tăng sản xuất NO nên FENO không thể được sử dụng như một công cụ để chẩn đoán hen trong mọi trường hợp. Quan điểm này được Cơ Quan Thẩm Định Công Nghệ Y Tế gần đây ủng hộ theo đó các bằng chứng về khả năng chẩn đoán của FENO là không đồng nhất và khó lý giải dựa trên 27 nghiên cứu riêng rẽ [12]. Theo hiểu biết của chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào khảo sát chuyên biệt vào khả năng chẩn đoán hen tăng bạch cầu ái toan của FENO.

## **Tiên đoán khả năng đáp ứng với ICS ở bệnh nhân hen**

Mặc dù FENO không phải là một công cụ để phát hiện tất cả các kiểu hình bệnh sinh của hen, nó có thể có ích trong việc phát hiện tình trạng viêm tăng eosinophil nhạy với điều trị ICS, một “đặc tính có thể điều trị được” thường gặp ở những bệnh nhân có các bệnh lý đường thở [13]. Người ta thấy rằng ở bệnh nhân hen cả người lớn và trẻ em, người hen chưa điều trị steroid bao giờ mức độ FENO cao liên quan với giảm triệu chứng tốt hơn và cải thiện chức năng phổi tốt hơn khi điều trị ICS [14-17] và giá trị

tiên đoán của NO trong hơi thở ra trong việc điều trị hen đã được đánh giá gần đây [18].

Ở các bệnh nhân hen được điều trị ICS thường xuyên, mức độ FENO cao dự đoán tăng nguy cơ mất kiểm soát hen và vào đợt cấp [19-21], nhưng dữ liệu còn mâu thuẫn liệu rằng tăng điều trị glucocorticoid ở các bệnh nhân này với FENO cao có cải thiện kiểm soát hen và ngăn chặn các đợt cấp không[22-25]. Cùng với điều này, những bệnh nhân có FENO thấp khi điều trị ICS, có nguy cơ thấp về mất kiểm soát hen hoặc vào đợt cấp[19-21] và không có lợi khi tăng liều điều trị glucocorticoid [18, 22-25].

#### Chỉnh liều điều trị ICS ở bệnh nhân hen dựa trên FENO

Vì FENO có khả năng dự đoán đáp ứng điều trị với ICS ở bệnh nhân hen, nên người ta suy đoán rằng điều chỉnh liều ICS dựa trên FENO ở 1 số cá thể hen theo các lần khám theo dõi đều đặn có thể giúp tập trung điều trị ICS tốt hơn cho những bệnh nhân có tình trạng viêm tăng bạch cầu ái toan. Giả thuyết này đã được kiểm tra trong một số thử nghiệm ở cả người lớn và trẻ em và đánh giá lại một cách kỹ lưỡng trong các phân tích gộp gần đây [12, 26]. Theo các báo cáo này, các bằng chứng không thuyết phục mặc dù phù hợp với việc sử dụng FENO dẫn đến đợt cấp ít hơn, với giảm ít hoặc không giảm trong sử dụng ICS ở người lớn và có thể tăng sử dụng ICS ở trẻ em hoặc ở bệnh nhân hen nặng hơn. Tuy nhiên, đã có sự không đồng nhất quan trọng trong thiết kế của các nghiên cứu, các điểm cắt cho điều trị chỉnh theo FENO và các bước điều trị lựa chọn theo FENO. Điều quan trọng cũng cần nhớ rằng các nghiên cứu không chỉ tập trung vào hen có tăng eosinophil mà còn bao gồm các kiểu hình khác mà lượng NO có thể không liên quan hoạt tính của hen. Điều này có thể làm yếu đi giá trị lâm sàng của FENO trong hiệu chỉnh điều trị và trong tương lai những nghiên cứu này nên tập trung vào những bệnh nhân có FENO ngay từ đầu cao.

Vì FENO tăng chủ yếu liên quan với viêm tăng bạch cầu ái toan [7-10] và có những phương pháp điều trị kháng viêm mới được giới thiệu bên cạnh corticosteroid nhắm đến mục tiêu chuyên biệt là viêm tăng bạch cầu ái toan hoặc viêm qua Th2 nên FENO có thể là một công cụ lâm sàng hữu ích trong định kiểu hình ở bệnh nhân hen. Trong thực tế FENO cao ở bệnh nhân hen liên quan với đáp ứng tốt hơn với điều trị bằng kháng thể đơn dòng kháng IgE [27] hoặc interleukin-13.

# FENO AND TYPE 2 INFLAMMATION IN ASTHMA

*Prof. Đinh Xuân Anh Tuấn, MD, PhD Cantab, FERS.*

*Cochin Hospital, Paris Descartes University, Paris, France*

Nitric oxide (NO) is a ubiquitous gaseous intra- and inter-cellular messenger whose biological role probably preceded the one of oxygen during evolution of all living species [1]. A quarter of century after the first description of measuring NO in humans [2] and with nearly 4,000 papers listed on PubMed [3], the question as to how, and when, to perform this measurement are still a matter of debates within the scientific community. As for all scientific topics, the methodology for NO measurement in the exhaled breath and the indication of applying this technique to detect lung inflammation are based on scientific grounds for the former and clinical evidence for the latter. This narrative review is an attempt to examine and discuss the physiological basis underlying exhaled NO measurements and the clinical evidence of the usefulness of this method in asthma and various respiratory disorders.

When increased FENO was first discovered in asthma [4, 5] it raised considerable hope as a tool to diagnose and follow-up asthma. However, as many different inflammatory phenotypes of asthma have since been characterised [6], it has become evident that FENO is likely not a universal tool to measure inflammatory activity in all types of asthma but its utility may be restricted to certain inflammatory endotypes of asthma. In fact, it has been suggested that FENO increases most prominently in eosinophilic asthma with high Th2 activity [7-10].

## **Diagnosing asthma**

Asthma is defined as a heterogeneous disease with variable airflow limitation that is "usually characterised by chronic airway inflammation" of different types [11]. As FENO is not a measure of airflow limitation and as the inflammatory component of asthma may be of such type that it does not increase NO output, FENO cannot be used as a diagnostic tool of asthma in every case. This is supported by the recent Health Technology Assessment where the evidence on the diagnostic ability of FENO was found to be heterogeneous and difficult to interpret based on 27 individual studies [12]. To our knowledge there are no studies that have specifically looked at the ability of FENO to diagnose eosinophilic asthma.

## **Predicting treatment responses to ICS in asthma**

Although FENO is not a tool to detect all endotypes of asthma, it might be useful in detecting eosinophilic inflammation susceptible to treatment with ICS, a common "treatable trait" among subjects with airway diseases [13]. It has actually been shown in both adults and children that among steroid-naïve asthmatics higher levels of FENO are associated with better symptom alleviation and improvement of lung function during ICS treatment [14-17] and the predictive value of exhaled NO in the management of asthma has been lately reviewed [18].



In asthmatics subjects on regular ICS treatment high FENO level predicts increased risk of losing asthma control and experiencing an exacerbation [19-21], but there is conflicting data whether increasing glucocorticoid treatment in these subjects with high FENO would improve their asthma control and prevent exacerbations [22-25]. In line with this, those subjects who have low FENO during ICS treatment are at low risk of losing asthma control or experiencing an exacerbation [19-21] and they do not benefit from augmenting glucocorticoid treatment [18, 22-25].

### **Tailoring ICS treatment in asthma based on FENO**

As FENO has the ability to predict treatment responses to ICS in asthma, it has been speculated that adjusting ICS dose based on FENO in individual asthmatics on a regular follow-up visit might better focus ICS treatment to those subjects with active eosinophilic inflammation. This hypothesis has been tested in a number of trials in both adults and children and extensively reviewed in recent meta-analyses [12, 26]. According to these reports the evidence is inconclusive although consistent with FENO use resulting in fewer exacerbations, with a small or zero reduction in ICS use in adults and a possible increase in ICS use in children or patients with more severe asthma. However, there was considerable heterogeneity in the designs of the studies, cut-off levels in FENO guided management and treatment steps chosen based on FENO. It is also important to bear in mind that the studies were not focused solely on eosinophilic asthma but included also other phenotypes where NO output may not be related to the activity of asthma. This probably weakens the clinical value of FENO in treatment tailoring and in the future these studies should be focused on subjects with high FENO in the beginning.

As FENO is increased mainly in association with eosinophilic inflammation [7-10] and there are new anti-inflammatory therapies introduced in addition to corticosteroids that specifically target eosinophilic or Th2-type inflammation, FENO is likely a useful clinical tool in phenotyping subjects with asthma. In fact high FENO in subjects with asthma has been associated with better response to treatment with monoclonal antibodies against IgE [27] or interleukin-13.

## Tài liệu tham khảo

1. Minning DM, Gow AJ, Bonaventura J, et al. Ascaris haemoglobin is a nitric oxide-activated 'deoxygenase'. *Nature* 1999; 401: 497-502.
2. Gustafsson LE, Leone A, Persson M, et al. Endogenous nitric oxide is present in the exhaled air of rabbits, guinea pigs and humans. *Biochem Biophys Res Commun* 1991; 181: 852-7.
3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=exhaled+nitric+oxide> (access on October 28, 2016).
4. Alving K, Weitzberg E, Lundberg JM. Increased amount of nitric oxide in exhaled air of asthmatics. *Eur Respir J* 1993; 6: 1368-70.
5. Kharitonov SA, Yates D, Robbins RA, et al. Increased nitric oxide in exhaled air of asthmatic patients. *Lancet* 1994; 343: 133-5.
6. Wenzel SE. Emergence of Biomolecular Pathways to Define Novel Asthma Phenotypes. Type-2 Immunity and Beyond. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2016; 55: 1-4.
7. Jatakanon A, Lim S, Kharitonov SA, et al. Correlation between exhaled nitric oxide, sputum eosinophils, and methacholine responsiveness in patients with mild asthma. *Thorax* 1998; 53: 91-5.
8. Berlyne GS, Parameswaran K, Kamada D, et al. A comparison of exhaled nitric oxide and induced sputum as markers of airway inflammation. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 638-44.
9. Payne DN, Adcock IM, Wilson NM, et al. Relationship between exhaled nitric oxide and mucosal eosinophilic inflammation in children with difficult asthma, after treatment with oral prednisolone. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 1376-81.
10. Warke TJ, Fitch PS, Brown V, et al. Exhaled nitric oxide correlates with airway eosinophils in childhood asthma. *Thorax* 2002; 57: 383-7.
11. Harnan SE, Tappenden P, Essat M, et al. Measurement of exhaled nitric oxide concentration in asthma: a systematic review and economic evaluation of NIOX MINO, NIOX VERO and NObreath. *Health Technol Assess* 2015; 19: 1-330.
12. Agusti A, Bel E, Thomas M, et al. Treatable traits: toward precision medicine of chronic airway diseases. *Eur Respir J* 2016; 47: 410-9.
13. Szeffler SJ, Martin RJ, King TS, et al. Significant variability in response to inhaled corticosteroids for persistent asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109: 410-8.
14. Szeffler SJ, Phillips BR, Martinez FD, et al. Characterization of within-subject responses to fluticasone and montelukast in childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115: 233-42.
15. Cowan DC, Cowan JO, Palmay R, et al. Effects of steroid therapy on inflammatory cell subtypes in asthma. *Thorax* 2010; 65: 384-90.



**SPIRIVA<sup>®</sup> Respimat<sup>®</sup>**  
(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 NHẤT  
XIT**

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. Ông thuốc SPIRIVA chỉ sử dụng được với dụng cụ khí dung RESPIMAT. **Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác:** Mặc dù chưa tiến hành nghiên cứu tương tác thuốc chính thức, tiotropium bromide đã được dùng với các thuốc điều trị COPD (\*) phổ biến khác, bao gồm các thuốc giãn phế quản cường giao cảm, methylxanthine, steroid uống và hít, kháng histamin, thuốc tiêu nhầy, thuốc điều biến leukotrien, cromon và kháng IgE mà không thấy bằng chứng tương tác thuốc trên lâm sàng. Các thuốc thường dùng kết hợp (LABA, ICS và kết hợp của chúng) được sử dụng cho bệnh nhân COPD (\*) chưa được phát hiện gây thay đổi nồng độ tiotropium. Chưa nghiên cứu sử dụng kết hợp lâu dài tiotropium bromide với các thuốc kháng cholinergic. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT kết hợp với các thuốc kháng cholinergic khác trong thời gian dài. **Khả năng sinh sản, thai kỳ và cho con bú:** Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng SPIRIVA cho phụ nữ mang thai. Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng tiotropium cho phụ nữ cho con bú. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT cho phụ nữ mang thai hoặc cho con bú trừ khi lợi ích mong đợi vượt trội nguy cơ có thể xuất hiện ở thai nhi và nữ nhi. Chưa có dữ liệu lâm sàng trên khả năng sinh sản đối với tiotropium. Một nghiên cứu phi lâm sàng với tiotropium cho thấy không có bất kỳ tác dụng bất lợi đến khả năng sinh sản. **Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa tiến hành nghiên cứu về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, triệu chứng chóng mặt hoặc nhìn mờ có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. **Tác dụng ngoại ý:** Nhiều tác dụng ngoại ý dưới đây có thể do tác dụng kháng cholinergic của SPIRIVA RESPIMAT. Các phản ứng ngoại ý được xác định từ dữ liệu nghiên cứu lâm sàng và báo cáo tự phát trong thời gian lưu hành thuốc sau khi được cấp phép. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Mắt nước. **Rối loạn hệ thần kinh:** Chóng mặt, đau đầu, mất ngủ. **Rối loạn mắt:** Tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn, nhìn mờ. **Rối loạn tim mạch:** Rung nhĩ, đánh trống ngực, nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** Ho, chảy máu cam, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, viêm thanh quản, viêm xoang. **Rối loạn đường tiêu hóa:** Khô miệng: thường nhẹ, buồn nôn, táo bón, nhiễm nấm candida hầu họng, khó nuốt, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm lợi, viêm lưỡi, viêm miệng, tắc ruột bao gồm cả liệt ruột. **Rối loạn da và mô dưới da, Rối loạn hệ miễn dịch:** Phản ứng phản vệ, phát ban, ngứa, phù mạch thần kinh, mày đay, nhiễm khuẩn da và loét da, khô da, quá mẫn (bao gồm các phản ứng tức thì). **Rối loạn cơ xương và mô liên kết:** Sưng khớp. **Rối loạn thận và tiết niệu:** Bí tiểu (thường gặp ở nam với các yếu tố thúc đẩy), khó tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu. **Bảo quản:** Dưới 30°C. Không đông đá. **Hạn dùng:** 36 tháng kể từ ngày sản xuất. **Hạn dùng trong thời gian sử dụng:** 90 ngày. **Tên NSX:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG. **Địa chỉ:** Binger strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Germany. **Phân phối bởi:** Vimedimex Bình Dương, 18 L1-2 VSIP II, đường số 3, khu Việt Nam - Singapore 2 phường Phú Hòa, thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

16. Cowan DC, Taylor DR, Peterson LE, et al. Biomarker-based asthma phenotypes of corticosteroid response. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 135: 877-83e1.
17. Lehtimäki L, Csonka P, Mäkinen E, et al. Predictive value of exhaled nitric oxide in the management of asthma: a systematic review. *Eur Respir J* 2016; 48: 706-14.
18. Gelb AF, Flynn TC, Shinar CM, et al. Role of spirometry and exhaled nitric oxide to predict exacerbations in treated asthmatics. *Chest* 2006; 129: 1492-9.
19. Ozier A, Girodet PO, Bara I, et al. Control maintenance can be predicted by exhaled NO monitoring in asthmatic patients. *Respir Med* 2011; 105: 989-96.
20. Kupczyk M, ten Brinke A, Sterk PJ, et al. Frequent exacerbators -a distinct phenotype of severe asthma. *Clin Exp Allergy* 2014; 44: 212-21.
21. Little SA, Chalmers GW, MacLeod KJ, et al. Non-invasive markers of airway inflammation as predictors of oral steroid responsiveness in asthma. *Thorax* 2000; 55: 232-4.
22. Michils A, Baldassarre S, Van Muylem A. Exhaled nitric oxide and asthma control: a longitudinal study in unselected patients. *Eur Respir J* 2008; 31: 539-46.
23. Perez-de-Llano LA, Carballada F, Castro Anon O, et al. Exhaled nitric oxide predicts control in patients with difficult-to-treat asthma. *Eur Respir J* 2010; 35: 1221-7.
24. Kupczyk M, Haque S, Middelveld RJ, et al. Phenotypic predictors of response to oral glucocorticosteroids in severe asthma. *Respir Med* 2013; 107: 1521-30.
25. Essat M, Harnan S, Gomersall T, et al. Fractional exhaled nitric oxide for the management of asthma in adults: a systematic review. *Eur Respir J* 2016; 47: 751-68.
26. Hanania NA, Wenzel S, Rosen K, et al. Exploring the effects of omalizumab in allergic asthma: an analysis of biomarkers in the EXTRA study. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187: 804-11.
27. Corren J, Lemanske RF, Hanania NA, et al. Lebrikizumab treatment in adults with asthma. *N Engl J Med* 2011; 365: 1088-98.

# NHỮNG THÁCH THỨC HIỆN TẠI VÀ HƯỚNG ĐIỀU TRỊ MỚI COPD

*Claus F. Vogelmeier*

Bản cập nhật GOLD 2017 vừa chính thức được đăng và đối với việc quản lý bệnh nhân COPD đã có những thay đổi quan trọng liên quan đến việc đánh giá và điều trị bệnh nhân. GOLD 2011 đánh giá bệnh nhân theo (GOLD A, B,C,D) chủ yếu dựa trên mức độ tắc nghẽn đường hô hấp, độ nặng triệu chứng và tiền sử cơn kịch phát. Cách đánh giá cũ đã được thay đổi bằng cách tách rời kết quả đánh giá hô hấp ký với triệu chứng và nguy cơ đợt cấp COPD. Đánh giá phân loại bệnh nhân theo ABCD bây giờ được đề nghị dựa trên triệu chứng và nguy cơ đợt cấp từ đó đưa ra chiến lược sử dụng thuốc điều trị. Trong phiên bản GOLD trước đây khuyến cáo chỉ tập trung vào điều trị ban đầu tuy nhiên trong thực tế thì rất nhiều bệnh nhân đã được điều trị ban đầu và đến gặp bác sĩ với những triệu chứng nặng sau khi thất bại với trị liệu ban đầu. Chính vì vậy chiến lược tăng(hoặc giảm) mức trị liệu được đề nghị. Tất cả 4 nhóm bệnh nhân nên được điều trị ban đầu với thuốc giãn phế quản đơn trị hoặc giãn phế quản dạng phối hợp (kháng Cholinergic và đồng vận Beta 2). Việc sử dụng ICS là điều trị ban đầu cần được cân nhắc chỉ trong trường hợp bệnh nhân có đặc điểm của hội chứng chồng lấp hen-COPD (ACOS). Mục tiêu điều trị (giảm triệu chứng hiện tại và nguy cơ tương lai) không có thể đạt được chỉ với điều trị bằng thuốc mà những biện pháp không dung thuốc cũng đóng vai trò quan trọng như: cai thuốc lá, phục hồi chức năng hô hấp và tăng khả năng vận động thể lực.



# CURRENT AND FUTURE MAINTENANCE TREATMENT OF COPD

*Claus F. Vogelmeier*

Recently a major revision of the GOLD document has been published. For the care of COPD patients the most relevant changes are modifications of the assessment and the treatment recommendations. In 2011 a novel assessment system (GOLD A to D) had been introduced that was based on the level of airflow limitation, the intensity of symptoms and the history regarding exacerbations. This system has been refined now by separating the spirometric assessment from symptoms and the evaluation of exacerbation risk. ABCD groups are now proposed to be derived exclusively from patient symptoms and their history of exacerbations and are the basis of pharmacological treatments. Only in cases where a major discrepancy between symptoms and lung function is identified this concept may be overruled. In past versions of the GOLD report, recommendations were only given for initial therapy. However, many COPD patients are already on treatment and return with persistent symptoms after initial therapy. Therefore, escalation (and de-escalation) strategies are suggested, although it is well understood that treatment escalation has not been systematically tested. For all 4 groups preferred pharmacological treatment starts with a single bronchodilator or with a combination of two bronchodilators - a long-acting anticholinergic and a long-acting  $\beta$ -agonist. The use of an inhaled corticosteroid as first line treatment should only be considered if patients have features that are compatible with an asthma-COPD overlap (ACO). The treatment goals (reducing symptoms and reducing future risk) cannot be achieved by relying on pharmacological treatments only. Therefore, an array of non-pharmacological interventions ranging from smoking cessation, over rehabilitation and increasing physical activity, to palliative and end of life strategies are recommended.



# **ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ CẤP CỨU PHẢN VỆ DO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI XÂY DỰNG ÁP DỤNG QUA 161 CA LÂM SÀNG**

*Nguyễn Gia Bình\*, Đào Xuân Cơ\*, Đặng Quốc Tuấn\*, Nguyễn Đăng Tuấn\*, Phạm Thế Thạch\*, Mai Văn Cường\*, Lê Thị Diễm Tuyết\*, Nguyễn Công Tấn\*, Nguyễn Anh Tuấn\*\**

## **Tóm tắt:**

**Đôi tượng:** 161 bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ tại 8 bệnh viện (3 loại 1, 03 loại 2 và 01 loại 3) được áp dụng phác đồ cấp cứu phản vệ do khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai xây dựng trong thời gian 6/2014 đến 6/2016.

**Kết quả:** 42,9%% phản vệ mức độ nhẹ, 33,8%% mức độ nặng và 23,4% mức độ nguy kịch. Các triệu chứng phản vệ xuất hiện chủ yếu trong vòng từ 2 phút đến 2 giờ đầu (88,1%.) Điều dưỡng là người phát hiện đầu tiên (BV Bạch Mai 97,1%, BV Hùng Vương 90,3%, BV quốc tế Hải Phòng 91%), triệu chứng chủ yếu mày đay (80%), khó thở, thở rít (60%), đỏ da toàn thân (44%), phù niêm (42%). Huyết áp (HA) bình thường (26,5%), HA tụt 62,9%, tăng HA 10,6%. Điều trị phản vệ theo phác đồ có 154 BN, không có tử vong. Liều khởi đầu trung bình  $0,48 \pm 0,23$  mg, lặp lại  $0,99 \pm 0,56$  mg và duy trì  $0,2 \pm 0,29$ mg. Các triệu chứng thở rít, vật vã và phù niêm cải thiện hết trong vòng 30 phút. Nhóm không theo phác đồ 7/161 BN (4,3%), trong đó 5 BN nặng dùng adrenalin chậm đều tử vong

**Kết luận:** Phác đồ cấp cứu phản vệ do khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai tỏ ra hiệu quả, an toàn, dễ áp dụng ở mọi nơi.

# COMBIVENT® UIDV

Ipratropium + Salbutamol

## Giãn phế quản hiệu quả với dạng kết hợp

• **Giãn phế quản mạnh hơn so với từng hoạt chất riêng rẽ<sup>(\*)</sup>**

• **Không làm tăng tác dụng phụ<sup>(\*)</sup>**

• **Tiện lợi trong sử dụng với dạng bào chế lọ đơn liều (UDV)**



Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục QLD/Bộ Y Tế: 1140/11/QLD-TT, ngày 25 tháng 11 năm 2011.  
Ngày in tài liệu: Ngày 30 tháng 05 năm 2016  
Thông tin sản phẩm xin xem trang 2

# COMBIVENT® UIDV

Ipratropium + Salbutamol

## Giãn phế quản hiệu quả với dạng kết hợp

### THÔNG TIN KÊ TOA

#### Thành phần:

Một lọ đơn liều (2,5ml) dung dịch xống chứa 0,5mg ipratropium bromide khan và 2,5mg salbutamol.  
Tá dược: sodium chloride, hydrochloric acid, nước.

#### Đặc tính:

Ipratropium bromide tác dụng kháng Cholinergic, dạng hít chủ yếu tác dụng tại phổi, không gây tác dụng toàn thân. Salbutamol sulphate có tác dụng chọn lọc trên hệ giao cảm beta 2 gây giãn toàn bộ cơ trơn khí phế quản.

Nghiên cứu đối chứng ở những bệnh nhân cơ thắt phế quản có hồi phục đã chứng minh rằng Combivent lọ đơn liều có tác dụng giãn phế quản mạnh hơn từng thành phần chứa trong lọ đồng thời không làm tăng tác dụng phụ.

#### Chỉ định:

Combivent lọ đơn liều được chỉ định trong điều trị cơ thắt phế quản có hồi phục liên quan đến bệnh tắc nghẽn đường hô hấp ở những bệnh nhân cần điều trị nhiều hơn một thuốc giãn phế quản.

#### Liều lượng và cách sử dụng:

COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung dưới dạng lọ đơn liều có thể sử dụng cùng với máy khí dung thích hợp hoặc bằng máy thở áp lực dương ngắt quãng.  
Liều dùng cho người lớn và thanh thiếu niên trên 12 tuổi:

#### Điều trị cơn cấp tính:

1 lọ đơn liều thường là đủ để cắt cơn nhanh chóng trong đa số trường hợp.  
Trong những trường hợp nặng, nếu không cắt cơn được với một lọ đơn liều, có thể cần dùng đến 02 lọ đơn liều. Trong những trường hợp này, bệnh nhân nên hỏi ý kiến bác sĩ hoặc ngay lập tức đến bệnh viện gần nhất.

#### Điều trị duy trì:

1 lọ đơn liều, 03 đến 04 liều mỗi ngày.

#### Hướng dẫn sử dụng:

Lọ thuốc đơn liều chỉ được dùng để hít với dụng cụ thích hợp, không được uống hoặc dùng theo các đường khác. Vì lọ thuốc đơn liều không có chất bảo quản, nên cần dùng ngay dung dịch thuốc sau khi mở và các lọ thuốc mới chỉ được dùng cho mỗi lần để tránh nhiễm khuẩn. Nên loại bỏ những lọ thuốc đã dùng 01 phần, đã mở hoặc hư hỏng.

Tuyệt đối không được trộn dung dịch COMBIVENT với các thuốc khác trong cùng một dụng cụ khí dung.

**Cách dùng:** Chuẩn bị dụng cụ khí dung để nạp thuốc; tách rời một lọ đơn liều từ vỉ; mở lọ đơn liều bằng cách vặn mạnh đầu trên

của lọ thuốc; ép mạnh thân lọ để thuốc chảy vào bầu khí dung. Sau đó, lắp dụng cụ khí dung và sử dụng theo đúng hướng dẫn. Sau khi dùng, loại bỏ phần thuốc còn lại trong bầu khí dung và làm sạch dụng cụ khí dung theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

#### Chống chỉ định:

Bệnh cơ tim tắc nghẽn phì đại, loạn nhịp nhanh. Quá mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc, Atropine hoặc dẫn xuất của Atropine.

#### Thận trọng và cảnh báo:

Phản ứng quá mẫn (mày đay, phù mạch, phát ban, co thắt phế quản và sưng hầu họng) ngay lập tức có thể xuất hiện sau khi dùng COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung nhưng hiếm xảy ra.

Đã có báo cáo riêng rẽ của biến chứng tại mắt (giãn đồng tử, tăng áp lực nội nhãn, glaucoma góc hẹp, đau mắt) khi bị Ipratropium dạng khí dung dùng một mình hay kết hợp với chất chẹn vận Beta 2 adrenergic bắn vào mắt.

Đau mắt hoặc khó chịu ở mắt, nhìn mờ, độ hào quang hoặc nhìn hình ảnh bị nhuộm màu kết hợp với đỏ mắt do xung huyết kết mạc hay phù giác mạc có thể là dấu hiệu của glaucoma góc hẹp cấp. Cần điều trị bằng các thuốc nhỏ mắt có đồng tử và tham khảo ý kiến bác sĩ nếu có kết hợp phát triển các triệu chứng trên.

Bệnh nhân phải được hướng dẫn sử dụng đúng cách COMBIVENT lọ đơn liều. Cần thận, tránh để thuốc tiếp xúc với mắt. Khuyến cáo phải dùng ống ngậm khí xông khi dùng, nếu không có phải dùng mặt nạ khí dung thích hợp. Những bệnh nhân có tiền sử tăng nhãn áp cần được cảnh báo để tránh thuốc vào mắt. Cần cân nhắc lợi ích /nguy cơ khi dùng COMBIVENT trong các trường hợp sau, đặc biệt khi liều cao hơn liều khuyến cáo:

Bệnh tiểu đường chưa được kiểm soát tốt, nhồi máu cơ tim mới xảy ra, rối loạn tim mạch có tổn thương thực thể trầm trọng, cường giáp, u tể bào ưa chrom, nguy cơ glaucoma góc hẹp, phì đại tuyến tiền liệt hay hẹp cổ bàng quang.

Đã có một vài bằng chứng từ dữ liệu hậu marketing và trong y văn về hiếm xảy ra nhồi máu cơ tim liên quan đến Salbutamol. Nên cảnh báo các bệnh nhân mắc bệnh tim nặng (thiếu máu cục bộ, loạn nhịp nhanh hoặc suy tim nặng) mà đang dùng Salbutamol điều trị bệnh đường hô hấp hỏi ý kiến bác sĩ nếu họ bị đau ngực hoặc các triệu chứng khác của tình trạng bệnh tim xấu đi.

Khi điều trị với chất chẹn vận Beta 2 có thể dẫn đến giảm kali huyết. Những bệnh nhân bị xơ hóa nang có thể có rối loạn nhịp động đa dạng - ruột. Trường hợp khó thở cấp cần hỏi ý kiến Bác sĩ ngay lập tức.

#### Tương tác thuốc:

Dùng đồng thời Combivent với các dẫn xuất

nhóm Xanthin cũng như các thuốc tác dụng trên beta - Adrenergic và thuốc kháng Cholinergic khác có thể làm tăng tác dụng phụ. Cần theo dõi chặt chẽ Kali máu của bệnh nhân đang dùng Digoxin. Tác dụng giãn phế quản của Combivent có thể giảm đáng kể khi dùng đồng thời với các thuốc chẹn beta và tăng ở bệnh nhân đang điều trị với các chất ức chế MAO hoặc chất chống trầm cảm loại 3 vòng.

#### Thai kỳ và cho con bú:

Cần thận trọng khi sử dụng Combivent ở phụ nữ có thai, đặc biệt là trong 3 tháng đầu của thai kỳ. Tác dụng của chế độ co bóp tử cung của Combivent cũng nên được lưu ý. Salbutamol sulphate và Ipratropium bromide có thể bài tiết qua sữa mẹ và những tác dụng của chúng trên bào thai vẫn còn chưa được xác định, do đó cần thận trọng khi sử dụng Combivent ở phụ nữ đang cho con bú.

#### Qua liều:

##### Triệu chứng:

Các ảnh hưởng quá liều thường liên quan chính đến Salbutamol: nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, rung mình, tăng huyết áp, tụt huyết áp, tăng áp lực mạch, đau thắt ngực, loạn nhịp tim và nóng bừng mặt. Các triệu chứng quá liều liên quan đến Ipratropium: khô miệng, rối loạn điều tiết mắt... thường nhẹ và thoáng qua do bản chất của phạm vi điều trị rộng và dùng tại chỗ.

##### Điều trị:

Dùng thuốc ngủ, thuốc an thần, trong trường hợp nặng cần điều trị tích cực.  
Dùng các thuốc chẹn Beta, ưu tiên chọn lọc trên Beta 1 có thể xem như chất đối kháng đặc hiệu, tuy nhiên, có thể gây tắc nghẽn phế quản, do đó nên điều chỉnh liều cần thận ở những bệnh nhân hen phế quản.

#### Quy cách đóng gói:

Lọ đơn liều chứa dung dịch dùng cho khí dung. Hộp 10 lọ 2,5ml dung dịch dùng cho khí dung.

#### Nhà sản xuất:

Laboratoire UNITHER  
10 rue André Dorouchec, 80084 Amiens  
Cedex 2, Pháp.

#### Nhà phân phối chính:

CTY Cổ phần Y Dược Phẩm Việt Nam (Vimedimex) - 246 Đường Quỳnh, Q.1, TP.HCM.

#### Tài liệu tham khảo:

(\*) Xem phần Dược lý học của Thông tin sản phẩm Combivent; Thông tin này chỉ dùng để tham khảo.



### Mọi thông tin sản phẩm xin liên hệ:

TP.HCM: Tòa nhà Kumho Asiana - Lầu 14 - 39 Lê Duẩn - Q1 - TP.HCM; ĐT: (08)3.823.6919 - Fax: (08)3.823.6916  
Hà Nội: Tòa nhà VIT - Lầu 14 - 519 Kim Mã - Hà Nội; ĐT: (04)3.562.4128 - Fax: (04)3.562.4129  
Đà Nẵng: 167 Trần Phú - Q. Hải Châu - TP. Đà Nẵng; ĐT: (0511)381.7404 - Fax: (0511)389.6628

## **ABSTRACT**

### **ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF AN ANAPHYLAXIS TREATMENT GUIDELINE BUILT BY THE INTENSIVE CARE UNIT – BACH MAI HOSPITAL**

**Subject:** 161 patients were diagnosed with anaphylaxis at 8 hospitals in the north of Vietnam. These patients were treated follow the anaphylaxis treatment guideline that was built by the ICU – Bachmai hospital, from June 2014 to June 2016.

**Results:** Among those 161 patients that were enrolled in the study; 42.9% were diagnosed with mild anaphylaxis, 33.8% with severe anaphylaxis and 23.4% with very severe anaphylaxis. Anaphylaxis symptoms mostly appeared during the first 2 minutes up to 2 hours (88.1%); in most cases Nurses was the first person who recognized anaphylaxis (97.1% in Bachmai hospital, 90.3% in Hungvuong hospital and 91% in International Haiphong hospital); the common anaphylaxis symptoms were acute urticaria (80%), dyspnea or wheezing (60%), red skin whole body (44%), quincke edema (42%). 26.5% patients had normal blood pressure (BP), 62.9% had hypotension and 10.6% had high BP. 154 patients were treated following the guideline (95.7%), the average initial dose was  $0.48 \pm 0.23$  mg; the average repeat dose was  $0.99 \pm 0.56$  mg and dose was maintained at  $0.2 \pm 0.29$  mg. Anaphylaxis symptoms include wheezing, agitation and quincke disappeared within 30 minutes. 7 patients were not treated following the guideline (4.3%), among them 5 severe patients who were not treated with adrenaline had died.

**Conclusion:** The anaphylaxis treatment guideline that was built by the ICU Bachmai hospital seems to be effective, safe and easy to apply for every hospital in Vietnam.

# ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH VÀ CÁC CƠ CHẾ ĐỀ KHÁNG CÁC KHÁNG SINH HIỆN NAY

*Phạm Hùng Vân\**

**Tóm tắt:** Bài viết đưa ra tình hình đề kháng và cơ chế đề kháng các kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn cộng đồng và nhiễm khuẩn bệnh viện hiện nay cũng như giải pháp để sử dụng kháng sinh hợp lý trong cộng đồng cũng như trong bệnh viện.

Từ khóa: Đề kháng kháng sinh

**Abstract:** The text state the current situation of antibiotic resistance and the mechanisms of the antibiotic resistance as well as the solution for rational using of antibiotic in community acquired infections and in hospitalized infections

Key words: Antibiotic resistances

(\*) *Hội vi sinh Lâm sàng TP Hồ Chí Minh*

# CẬP NHẬT VỀ ĐỊNH NGHĨA VÀ XỬ TRÍ NHIỄM TRÙNG HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM TRÙNG (Sepsis-3 và SSC 2016)

*BS Phan Thị Xuân, Trưởng Khoa HSCC, Bệnh Viện Chợ Rẫy.*

Năm 2016, Hội Hôi Súc Tích Cực (the Society of Critical Care Medicine) và Hội Hôi Súc Tích cực Châu Âu (the European Society of Intensive Care Medicine) công bố kết quả của Hội Nghị Đồng Thuận Quốc Tế Về **Định Nghĩa Nhiễm Trùng Huyết Và Sốc Nhiễm Trùng** lần 3 (Sepsis-3) [2], sau đây là một số điểm chính:

1. Nhiễm trùng huyết được định nghĩa là rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng, do đáp ứng của cơ thể đối với nhiễm trùng bị mất kiểm soát (những tổn thương mô và cơ quan là do đáp ứng của cơ thể đối với nhiễm trùng). Không sử dụng thuật ngữ "nhiễm trùng huyết nặng" vì nhiễm trùng huyết là nặng rồi.
2. Rối loạn chức năng cơ quan là sự tăng cấp tính  $\geq 2$  của điểm SOFA do hậu quả của nhiễm trùng. Chấp nhận điểm SOFA nền là 0 nếu không biết bệnh nhân có rối loạn chức năng cơ quan trước đó hay không. Bệnh nhân nghi ngờ nhiễm trùng có điểm SOFA bằng 2 có tỉ lệ tử vong 10%.
3. qSOFA (quick SOFA) gồm thở nhanh  $\geq 22$  lần / phút, rối loạn tri giác, và huyết áp tâm thu  $\leq 100$  mmHg là các dấu hiệu có thể đánh giá nhanh tại giường, nếu có, nghi ngờ bệnh nhân bị nhiễm trùng huyết.
4. Sốc nhiễm trùng là nhiễm trùng huyết có bất thường về tuần hoàn và chuyển hoá/tế bào, có tỉ lệ tử vong hơn 40%, chẩn đoán khi bệnh nhân nhiễm trùng huyết có huyết áp thấp cần phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình 65 mmHg và lactate máu  $> 2$  mmol/L (18 mg/dL) dù đã bù dịch đủ.

Đầu năm 2017, Surviving Sepsis Campaign (SSC) công bố khuyến cáo mới về **Xử trí bệnh nhân nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng 2016** (SSC 2016) [1], sau đây là một số điểm chính của khuyến cáo về hồi sức ban đầu, kháng sinh, dịch truyền, thuốc vận mạch và corticosteroid.

## **Hồi sức ban đầu:**

1. Nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng là cấp cứu nội khoa, việc điều trị và hồi sức cần được tiến hành ngay (BPS (Best practice statement): khuyến cáo mạnh, không phân loại).
2. Ở bệnh nhân có giảm tưới máu do nhiễm trùng huyết, truyền tĩnh mạch dịch tinh thể với liều ít nhất 30ml/kg trong 3 giờ đầu (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp).
3. Sau khi bù dịch ban đầu, nên thường xuyên tái đánh giá tình trạng huyết động để quyết định lượng dịch bù sau đó (BPS).

4. Nên đánh giá huyết động kỹ hơn (như đánh giá chức năng tim) để xác định loại sốc nếu thăm khám lâm sàng chưa có được chẩn đoán rõ ràng (BPS).
5. Các thông số động nên được dùng hơn là các thông số tĩnh để dự đoán đáp ứng với bù dịch nếu có sẵn (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
6. Mục tiêu huyết áp trung bình là 65 mmHg ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).
7. Lactate máu tăng là chỉ điểm của giảm tưới máu mô, hồi sức để đưa lactate máu về bình thường là mục tiêu ở các bệnh nhân có tăng lactate máu (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).

### **Kháng sinh (KS):**

1. KS đường tĩnh mạch nên được bắt đầu càng sớm càng tốt trong vòng 1 giờ sau khi chẩn đoán bệnh nhân bị nhiễm trùng huyết hoặc sốc nhiễm trùng (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).
2. Sử dụng theo kinh nghiệm một hoặc nhiều hơn KS phổ rộng để bao phủ hết các tác nhân gây bệnh có thể có (gồm cả vi trùng, nấm, siêu vi) (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).
3. Sử dụng theo kinh nghiệm kháng sinh phổ hẹp chỉ khi đã xác định được tác nhân gây bệnh và kháng sinh đồ (BPS).
4. Không nên dùng KS toàn thân để dự phòng ở bệnh nhân có tình trạng viêm không do nhiễm trùng (viêm tụy cấp, bỏng) (BPS).
5. Nên chỉnh liều KS dựa vào dược động, dược lực và tính chất đặc biệt của thuốc (BPS).
6. Phối hợp KS theo kinh nghiệm có thể chọn hai KS thuộc 2 nhóm khác nhau phù hợp với tác nhân gây bệnh có thể có (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
7. Phối hợp KS không nên xem là điều trị thường qui ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết mà không có sốc (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
8. Không nên thường qui phối hợp KS ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết có giảm bạch cầu (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).
9. Nếu dùng kháng sinh phối hợp, nên xuống thang KS bằng cách giảm số loại KS trong vòng vài ngày khi lâm sàng cải thiện và/hoặc có bằng chứng nhiễm trùng đã giảm, áp dụng cho bệnh nhân có kết quả cấy dương tính lẫn âm tính (BPS).
10. Thời gian dùng KS có thể là 7 - 10 ngày (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
11. Thời gian dùng KS dài hơn ở bệnh nhân đáp ứng chậm, ổ nhiễm không dẫn lưu được, tác nhân gây bệnh là tụ cầu, vài loại nấm và siêu vi, bệnh nhân suy giảm miễn dịch bao gồm giảm bạch cầu (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
12. Procalcitonin có thể dùng để hỗ trợ việc ngưng KS ở bệnh nhân lúc đầu nghĩ đến nhiễm trùng huyết, nhưng sau đó bằng chứng nhiễm trùng không rõ (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).



AMOXICILLIN - ACID CLAVULANIC

# AUGMENTIN®



500 MG/62.5 mg

Kháng sinh được chỉ định trong điều trị ngắn hạn các nhiễm khuẩn cộng đồng

gây ra bởi các vi khuẩn nhạy cảm với amoxicillin-clavulanate tại các vị trí

- Nhiễm khuẩn hô hấp trên
- Nhiễm khuẩn hô hấp dưới
- Nhiễm khuẩn niệu sinh dục
- Nhiễm khuẩn da mô mềm
- Nhiễm khuẩn xương khớp
- Nhiễm khuẩn sản khoa, ổ bụng



Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký thông tin thuốc của Cục Quản Lý Dược – Bộ Y Tế 230/16/16/QLD-TT, ngày 15/07/2016  
Ngày in tài liệu: 26/08/2016  
Tài liệu này có 02 trang, thông tin chi tiết về sản phẩm xem ở trang 2



AMOXICILLIN - ACID CLAVULANIC  
**AUGMENTIN**<sup>®</sup>  
500 MG/62.5 mg



## THÔNG TIN KÊ TOA TÓM TẮT

**TRÌNH BÀY:** Mỗi gói Augmentin 250 mg/31.25mg chứa: amoxicillin trihydrate 250 mg, clavulanate K 31.25 mg. **Mỗi gói Augmentin 500 mg/62.5 mg:** amoxicillin trihydrate 500 mg, clavulanate K 62.5 mg.

**Trình bày:** Hộp 12 gói chứa bột uống.

**CHỈ ĐỊNH AUGMENTIN:** : Nên sử dụng AUGMENTIN theo thông tin kê toa chính thức và dữ liệu về tính nhạy cảm của các vi khuẩn tại địa phương. AUGMENTIN được chỉ định để điều trị ngắn hạn các nhiễm khuẩn gây ra bởi các vi khuẩn nhạy cảm với amoxicillin- acid clavulanic ở các vị trí dưới đây:

**Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên** (gồm cả tai-mũi-họng) viêm amidan tái phát, viêm xoang, viêm tai giữa điển hình gây bởi *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis* và *S. pyogenes*

**Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới:** đợt cấp của viêm phế quản mạn, viêm phổi thùy và viêm phế quản - phổi điển hình gây bởi *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*

**Nhiễm khuẩn đường niệu- sinh dục:** viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm thận - bể thận, nhiễm khuẩn sinh dục nữ điển hình gây bởi *Enterobacteriaceae*\* (chủ yếu *E. coli*), *Staphylococcus saprophyticus* và *Enterococcus species* và bệnh lậu do *Neisseria gonorrhoeae*

**Nhiễm khuẩn da và mô mềm:** nhọt, áp xe, viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn vết thương điển hình gây ra bởi *Staphylococcus aureus*, *S. pyogenes* và *Bacterioides species*

**Nhiễm khuẩn xương và khớp như viêm tủy xương** điển hình gây bởi *Staphylococcus aureus* thường phải điều trị kéo dài

**Các nhiễm khuẩn khác** như nạo thai nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn sản khoa, nhiễm khuẩn trong ổ bụng

**LIỀU DÙNG:** Liều lượng tùy thuộc vào tuổi, cân nặng, chức năng thận của bệnh nhân và mức độ nặng của nhiễm khuẩn.

**Người lớn và trẻ em > 40 kg:**

- Nhiễm khuẩn nhẹ đến vừa: 1000/125 mg x 2 lần/ngày
- Nhiễm khuẩn nặng (bao gồm nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát và mạn tính, nhiễm khuẩn hô hấp dưới) : 1000mg/125mg x 3 lần/ngày

**Trẻ em dưới 12 tuổi:** 40mg/5mg/kg/ngày tới 80mg/10mg/kg/ngày không quá 3000 mg/375 mg mỗi ngày) chia 3 lần tùy thuộc vào mức độ nặng của nhiễm khuẩn

**Không có khuyến cáo dùng cho trẻ sinh non**

**Liều dùng cho bệnh nhân suy thận:** không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân có độ thanh thải CrCl > 30ml/phút

**Thăm phân máu:** chỉ nên dùng cho bệnh nhân có độ thanh thải creatinin cao hơn 30ml/phút

**Liều dùng cho bệnh nhân suy gan:** Thận trọng khi kê toa, không đủ dữ liệu để đưa ra liều khuyến cáo

**CÁCH DÙNG:**

Hòa tan gói bột vào nửa cốc nước. Tốt nhất là dùng khi bắt đầu bữa ăn

**THẬN TRỌNG:**

Hỏi kỹ 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 penicillin. Các phản ứng này thường xảy ra hơn ở những bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với penicillin. Nếu phản ứng xảy ra nên ngừng điều trị bằng Augmentin và thay thế bằng phương pháp điều trị thích hợp. 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 và lập tức kiểm tra thêm. Hiếm có báo cáo về sự kéo dài thời gian bắt 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 thể niệu ở những bệnh nhân giảm bài tiết nước tiểu nhưng rất hiếm, chủ yếu gặp khi bệnh nhân dùng đường tiêm truyền. Nên khuyến 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 thể amoxicillin niệu

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Quá mẫn với penicillin. Nhạy cảm chéo với cephalosporin. Tiền sử vàng da, rối loạn chức năng gan khi dùng Augmentin hoặc penicillin

**PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ**

Không nên dùng trong thai kỳ, nhất là 3 tháng đầu, trừ khi BS cho là cần thiết. Có thể dùng trong khi cho con bú

**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. Penicillins có thể làm giảm thải trừ Methotrexat dẫn đến tăng khả năng gây độc tính

**TÁC DỤNG PHỤ:**

**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, mày đay.

**Hiếm (>1/10.000 và <1/1000):** giảm bạch cầu có hồi phục, giảm tiểu cầu và hồng ban đa dạng.

**Rất hiếm (<1/10.000):** Mất bạch cầu hạt có hồi phục. Kéo dài thời gian chảy máu và thời gian prothrombin, hội chứng giống bệnh huyết thanh, viêm mạch quá mẫn, tăng động có hồi phục và co giật. Thay đổi màu răng ở trẻ tuy nhiên có thể loại bỏ bằng đánh răng. 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 biểu bì nhiễm độc, viêm thận kẽ, tình thể niệu, tăng hoạt động có hồi phục và co giật, đầu lưỡi có màu đen, viêm da bóng nước bong vảy và ngoại ban viêm mủ cấp tính toàn thân (AGEP). Những biến cố về gan chủ yếu được báo cáo ở nam giới có thể liên quan đến thời gian điều trị kéo dài. Trẻ em rất hiếm có báo cáo biến cố này.

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.

**Nhà sản xuất:** Glaxo Wellcome Production, Terras II, Zone Industrielle de la Peyrennière 53100, Mayenne, France.

**Nhà phân phối:** Công ty cổ phần Dược liệu TW2 (PHYTOPHARMA), 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q1, TP.HCM

AUGMENTIN là nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. Augmentin 250 mg: Dựa trên GDS21 ban hành ngày 18 tháng 1 năm 2013. Augmentin 500 mg: Dựa trên GDS20 ban hành ngày 29 tháng 6 năm 2011  
SDK: Augmentin 250 mg VN-17444-13; Augmentin 500 mg VN-16487-13

Xin vui lòng thông báo tác dụng ngoại ý của thuốc về VPĐD của GSK Pte Ltd tại TP HCM và Hà Nội hoặc số điện thoại di động 0963.905.235 hoặc email antoanthuoc@gsk.com

VPĐD GlaxoSmithKline Pte, Ltd tại HCM: Cao ốc Metropolitan-701, 235 Đông Khởi, Quận 1, TP HCM. ĐT 08.3824 8744 –Fax:08.3824 8722.

VPĐD GlaxoSmithKline Pte Ltd tại Hà Nội: Hà Nội Tower Center- Phòng 704, 49 Hai Bà Trưng, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, ĐT: 04.3936 2607 – Fax: 04.3936 2608

Code: VN/CAM/0030/16 CCNB 19/08/2016





### **Bù dịch:**

1. Thử nghiệm bù dịch nhanh (fluid challenge technique) vẫn nên tiếp tục khi các thông số huyết động vẫn còn cải thiện (BPS).
2. Nên chọn dịch tinh thể trong hồi sức ban đầu và duy trì thể tích tuần hoàn sau đó (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).
3. Có thể dùng dịch tinh thể cân bằng hoặc NaCl 0,9% để bù dịch (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
4. Có thể dùng dịch albumin để hồi sức ban đầu và duy trì thể tích tuần hoàn sau đó ở bệnh nhân đã được truyền lượng lớn dịch tinh thể (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
5. Không nên bù dịch bằng dịch hydroxyethyl starches (HES) (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao).
6. Nên dùng dịch tinh thể hơn là dịch gelatin (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).

### **Thuốc vận mạch:**

1. Norepinephrin là thuốc vận mạch được chọn đầu tiên (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).
2. Có thể phối hợp vasopressin (lên đến 0,03 đơn vị/phút) (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng trung bình) hoặc epinephrin (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp) với norepinephrin để đạt mục tiêu huyết áp trung bình, hoặc phối hợp với vasopressin (lên đến 0,03 đơn vị/phút) để giảm liều norepinephrin (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng trung bình).
3. Dopamin chỉ dùng như thuốc vận mạch thay thế cho norepinephrin ở nhóm bệnh nhân được chọn lọc kỹ: nguy cơ loạn nhịp thấp, nhịp chậm tương đối hoặc tuyệt đối (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
4. Không nên dùng dopamin liều thấp với mục đích bảo vệ thận (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao).
5. Nên dùng dobutamin ở bệnh nhân có bằng chứng giảm tưới máu dai dẳng dù đã bù dịch đủ và dùng thuốc vận mạch (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).
6. Nên đặt catheter động mạch ở tất cả bệnh nhân dùng thuốc vận mạch (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng rất thấp).

### **Corticosteroid:**

Không nên dùng hydrocortison tĩnh mạch ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng đã ổn định huyết động với dịch và thuốc vận mạch. Nếu huyết động chưa ổn định với dịch và thuốc vận mạch, có thể dùng hydrocortison tĩnh mạch 200 mg / ngày (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).

## **Tài liệu tham khảo**

1. Rhodes A, Evans LE, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, Kumar A, Sevransky JE, Sprung CL, Nunnally ME, Rochweg B, Rubenfeld GD, Angus DC, Annane D et al (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2016. *Crit Care Med* 45(3):486-552.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, MD; Bernard GR, MD; Chiche JD et al (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 315(8):801-810.

# NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP DƯỚI CẤP TÍNH Ở CỘNG ĐỒNG DO TÁC NHÂN VI SINH GÂY BỆNH KHÓ ĐIỀU TRỊ

*TS.BS Nguyễn Văn Thành(\*)*

## **Tóm tắt:**

Nhiễm trùng hô hấp dưới (NTHHD) cấp tính ở cộng đồng là nguyên nhân bệnh tật và tử vong hàng đầu ở cả trẻ em và người lớn. Gánh nặng bệnh tật do nhóm bệnh lý này (không kể lao) gây ra lớn hơn HIV, sốt rét, ung thư hay sự cố tim. Ở Mỹ nhóm bệnh này gây bệnh tật và tử vong nhiều hơn bất kỳ bệnh nhiễm trùng nào và tỷ lệ tử vong ít thay đổi trong khoảng 5 thập niên vừa qua.

Tiếp nhận và xử trí NTHHD là câu chuyện hàng ngày của y tế cơ sở và xử trí chủ yếu là kháng sinh để giải quyết nhiễm khuẩn. Đã một thời gian dài, việc xử trí kháng sinh một cách thường quy như vậy được xem là hợp lý vì cho rằng có thể giúp phòng các biến chứng sau đó. Tuy nhiên, các biến chứng của NTHHD cấp tính được đánh giá là thấp và không có bằng chứng thuyết phục để kết luận rằng sử dụng kháng sinh ít sẽ làm gia tăng biến chứng. Bên cạnh những hệ lụy về việc sử dụng kháng sinh quá mức, không hợp lý, đã có bằng chứng cho rằng kháng thuốc có liên quan chặt chẽ với tình hình sử dụng kháng sinh ở hệ thống y tế chăm sóc ban đầu.

Xuất phát điểm từ vi sinh gây bệnh, bài trình bày cung cấp một cách nhìn cụ thể, cần thiết và cập nhật về tình hình kháng thuốc của vi sinh gây bệnh phổ biến và những tác nhân vi sinh gây bệnh đặc biệt. Trên cơ sở này tác giả muốn xác định các quan điểm điều trị kháng sinh cần thiết và hợp lý trong thực hành, nhất là ở tuyến y tế ban đầu.

(\*)PCT Hội Lao và bệnh phổi Việt Nam

**ABSTRACT:**

**ACUTE LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS IN COMMUNITY CAUSED BY DIFFICULT-TO-TREAT MICROBIAL PATHOGENS**

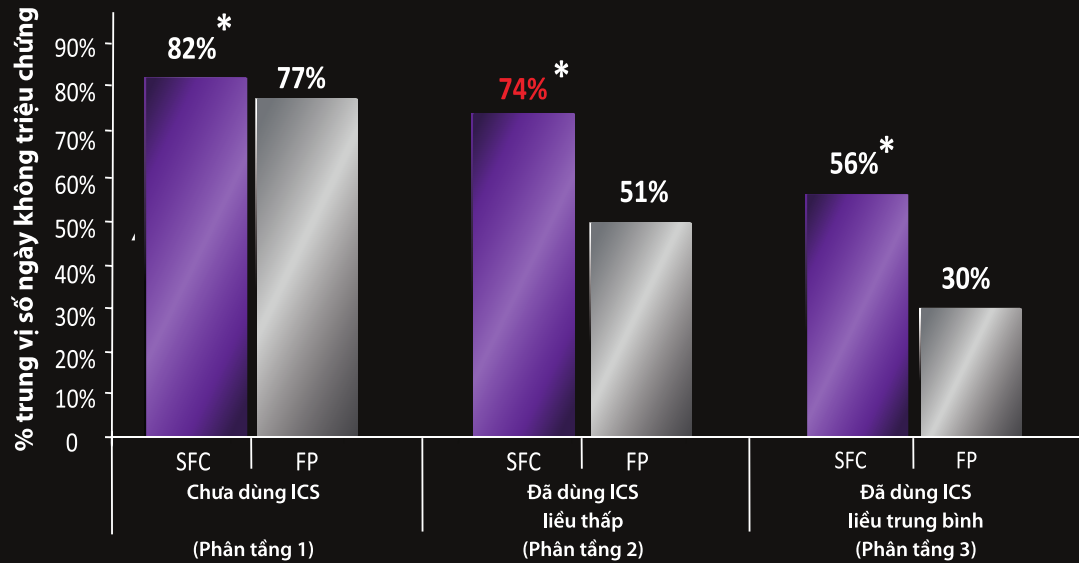
Lower respiratory infections (LRTI) in community is the a leading cause of acute disease and death in both children and adults. The burden of disease caused by this pathology group (excluding TB) greater than that caused by HIV, malaria, cancer or heart trouble. In America this pathology cause morbidity and mortality more than any other infections and mortality does not change for about 5 decades.

Receiving and handling LRTI patient is the daily work of the primary medical setting and management mainly is antibiotics in order to treat infections. A long time ago, the routine use of antibiotic by such way seems reasonable because think that may help prevent later complications. However, complications of acute LRTI is assessed to be low and there is no convincing evidence to conclude that the less use of antibiotics increases complications. Besides the implications of the use of antibiotics excessive, unreasonable, there were the evidences that the drug resistance is closely related to the use of antibiotics in the initial health care system.

Beginning from point of pathogenic microorganism, this presentation provides a specific perspective, necessary and updated on antibiotic resistance situation of common and particular pathogenic microbial pathogens. On this basis the author wanted to determine the views of antibiotic treatment necessary and reasonable in practice, especially at the initial health care.

Trên nhóm bệnh nhân đã dùng ICS liều thấp

## Giúp bệnh nhân hen đạt được 74% số ngày trong năm không có triệu chứng<sup>1</sup>



\* $p < 0,001$ , SFC so với FP

SFC: Salmeterol phối hợp Fluticasone propionate; FP: Fluticasone propionate;  
ICS: Inhaled corticosteroid (corticosteroid dạng hít)

Nghiên cứu phân tầng, ngẫu nhiên, mù đôi, nhóm song song tiến hành trong 1 năm trên 3421 bệnh nhân, tại 326 trung tâm. Bệnh nhân được chia thành phân tầng 1: bệnh nhân chưa dùng ICS ( $n=1098$ ), phân tầng 2: bệnh nhân dùng ICS liều thấp ( $n=1163$ ), phân tầng 3: bệnh nhân dùng ICS liều trung bình ( $n=1155$ ). Nghiên cứu so sánh hiệu quả của SFC và FP nhằm xác định tỉ lệ bệnh nhân được kiểm soát Hen triệt để và kiểm soát Hen tốt; xác định sự ảnh hưởng của việc kiểm soát Hen trên chất lượng cuộc sống, ngăn ngừa cơn hen cấp, tính an toàn. Phân tích của tác giả Woodcock nhằm đánh giá mức độ thay đổi của từng tiêu chí đơn vốn được tích hợp trong tiêu chí chính của nghiên cứu ban đầu.

### CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN THƯỜNG GẶP:

- Rất phổ biến: đau đầu
- Phổ biến: nhiễm nấm candida miệng và họng, viêm phổi (ở bệnh nhân COPD), khàn giọng/khàn tiếng; chột rít; đau khớp.

1. Woodcock AA et al. Prim Care Respir J 2007; 16(3):155-161





## THÔNG TIN KÊ TOA

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

và thanh thiếu niên, giảm mật độ khoáng xương, đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp (glôcôm). Vì thế, đối với bệnh nhân hen điều quan trọng là nên điều chỉnh liều corticosteroid đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì kiểm soát bệnh một cách hiệu quả. Cần luôn nghĩ đến khả năng suy giảm đáp ứng thượng thận trong trường hợp cấp cứu và một số tình huống nhất định có thể gây stress và cần nhắc điều trị bằng corticosteroid thích hợp. Khuyến cáo nên kiểm tra thường xuyên chiều cao của trẻ khi điều trị kéo dài bằng corticosteroid hít. Vì có khả năng đáp ứng thượng thận suy giảm, nên cần đặc biệt thận trọng khi chuyển bệnh nhân từ điều trị steroid uống sang điều trị fluticasone propionate hít, và cần kiểm tra chức năng vỏ tuyến thượng thận thường xuyên. Ngừng điều trị toàn thân cần thực hiện từ từ và bệnh nhân nên mang theo tấm thẻ cảnh báo về steroid chỉ rõ có thể cần điều trị bổ sung trong thời gian bị stress. Có thất phế quản nghịch lý có thể xuất hiện với tình trạng khô khè tăng ngay sau khi hít. Khi đó nên điều trị ngay lập tức bằng thuốc giãn phế quản dạng hít tác dụng nhanh và ngắn. Nên ngừng điều trị Salmeterol-Fluticasone Propionate Accuhaler ngay, bệnh nhân nên được đánh giá và thay thế phương pháp điều trị nếu cần thiết. Đã có báo cáo về tác dụng không mong muốn dược lý của điều trị bằng chất chủ vận beta2, như run, đánh trống ngực chủ quan và đau đầu, nhưng có xu hướng thoáng qua và giảm khi điều trị thường xuyên. **TUANG TÁC:** Nên tránh dùng cả chất chẹn beta chọn lọc và không chọn lọc ở bệnh nhân trừ khi có lý do bắt buộc. Trong điều kiện bình thường, do chuyển hóa bước đầu mạnh và thanh thải toàn thân cao qua trung gian cytochrome P450 3A4 tại ruột và gan cao nên nồng độ fluticasone propionate huyết tương đạt được thấp sau khi hít. Do đó ít gặp các tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng qua trung gian fluticasone propionate. Trong nghiên cứu về tương tác thuốc ở người khỏe mạnh cho thấy ritonavir có thể gây tăng cao nồng độ fluticasone propionate trong huyết tương, gây giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Đã có báo cáo về tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng ở những bệnh nhân dùng fluticasone propionate hít theo đường mũi hoặc miệng và ritonavir dẫn đến tác động toàn thân của corticosteroid bao gồm hội chứng Cushing và ức chế thượng thận. Do đó tránh dùng đồng thời fluticasone propionate và ritonavir trừ khi lợi ích điều trị vượt trội nguy cơ tác dụng phụ toàn thân của corticosteroid. Các chất ức chế cytochrome P450 3A4 khác làm tăng không đáng kể (erythromycin) và tăng ít (ketoconazole) mức phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate mà không làm giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Tuy nhiên nên thận trọng khi sử dụng đồng thời các chất ức chế mạnh cytochrome P450 3A4 (như ketoconazole) do khả năng tăng phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate. Sử dụng đồng thời ketoconazole và SEREVENT (salmeterol) làm tăng đáng kể nồng độ salmeterol trong huyết tương và điều này có thể gây kéo dài khoảng QTc. **THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** Chỉ nên cân nhắc dùng SERETIDE cho thai phụ và người mẹ đang cho con bú nếu lợi ích cho người mẹ lớn hơn bất cứ nguy cơ nào có thể xảy ra cho thai hoặc trẻ. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: - Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng.** Rất phổ biến: Đau đầu. Phổ biến: Nhiễm nấm candida miệng và họng; viêm phổi (ở bệnh nhân COPD); khàn giọng/khàn tiếng; chuột rút; đau khớp. Không phổ biến: Phản ứng quá mẫn trên da; khó thở; đục thủy tinh thể; tăng đường huyết; lo lắng; rối loạn giấc ngủ; run; đánh trống ngực; nhịp tim nhanh; rung nhĩ; kích ứng họng, vết thâm tím. Hiếm: Nấm candida thực quản; phản ứng phản vệ; tăng nhãn áp; thay đổi hành vi, bao gồm tăng hoạt động và kích thích (chủ yếu ở trẻ em); loạn nhịp tim bao gồm nhịp nhanh trên thất và ngoại tâm thu. **- Dữ liệu sau khi lưu hành thuốc:** Các phản ứng quá mẫn biểu hiện dưới dạng: phù mạch (chủ yếu phù mắt và miệng hầu) và co thắt phế quản (hiếm). Hội chứng Cushing; các dấu hiệu Cushing; ức chế thượng thận; chậm lớn ở trẻ em và thanh thiếu niên; giảm mật độ khoáng xương (hiếm). Có thất phế quản nghịch lý (hiếm). **QUÁ LIỀU:** Dấu hiệu và triệu chứng có thể xảy ra do quá liều salmeterol là những biểu hiện điển hình của kích thích quá mức thụ thể beta2-adrenergic, bao gồm run, đau đầu, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp tâm thu và hạ kali máu. Không có điều trị đặc hiệu cho quá liều salmeterol và fluticasone propionate. Nếu quá liều xảy ra, bệnh nhân nên được điều trị hỗ trợ với sự theo dõi thích hợp nếu cần. Nếu hít SERETIDE với liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài có thể gây ức chế đáng kể vỏ tuyến thượng thận. Rất hiếm có báo cáo về cơn thượng thận cấp, chủ yếu xuất hiện ở trẻ dùng liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài (vài tháng hoặc vài năm); những biểu hiện quan sát thấy bao gồm hạ đường huyết kèm với giảm ý thức và/hoặc co giật. **THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI BẢO QUẢN:** Bảo quản ở nơi khô ráo, không quá 30°C. **SẢN XUẤT BỞI:** Glaxo Operations UK Limited, Priory Street, Ware, Hertfordshire, SG12 0DJ, Anh. SERETIDE và ACCUHALER là các nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. API- SERACC 0314-17/201213. **PHÂN PHỐI BỞI:** Công ty cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, Tp. Hồ Chí Minh. VN-15447-12, VN-17041-13.

# NHIỄM TRÙNG CẤP VÀ MẠN TÍNH TRONG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

*Ths Bs Lê Thị Thu Hương, Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định*

## TÓM TẮT

Bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) có sự thay đổi microbiome phổi có thể dẫn đến nhiễm trùng mạn tính với vi sinh vật gây bệnh ngay cả trong giai đoạn ổn định lâm sàng. Nhiễm trùng phế quản mạn tính có liên quan với tăng viêm tại phổi và viêm toàn thân, là một yếu tố nguy cơ cho tiến triển của BPTNMT và tăng tần suất các đợt kịch phát nhiễm khuẩn. Mặc các chủng vi khuẩn mới liên quan khởi phát đợt kịch phát BPTNMT. Vì vậy, kháng sinh là điều trị quan trọng cho bệnh nhân BPTNMT bị đợt kịch phát trung bình và nặng, đặc biệt là khi một trong những triệu chứng của bệnh nhân là đàm mủ hoặc cần thông khí cơ học. Điều trị BPTNMT thông thường với thuốc giãn phế quản và corticosteroid dạng hít có thể không đủ để phòng ngừa các đợt kịch phát ở bệnh nhân BPTNMT trong giai đoạn ổn định có "kiểu hình nhiễm trùng". Kháng sinh dự phòng đã được chứng minh là làm giảm tần suất đợt kịch phát và nhập viện ở nhóm bệnh nhân BPTNMT này. Những ảnh hưởng này có thể đạt được bằng cách giảm tải lượng vi khuẩn trong đường hô hấp và giảm viêm ở phế quản. Tuy nhiên việc sử dụng kháng sinh dài hạn liên quan đến các tác dụng phụ nghiêm trọng và gia tăng nguy cơ phát triển vi khuẩn kháng thuốc; Vì vậy, cả lợi ích và tác hại tiềm năng phải được đánh giá theo từng bệnh nhân cụ thể. Những nghiên cứu về microbiome phổi sẽ tiếp tục cung cấp những hiểu biết mới về nhiễm trùng trong BPTNMT và hy vọng mang đến các liệu pháp điều trị mới.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), nhiễm trùng cấp/ mạn, microbiome.

# ACUTE AND CHRONIC INFECTION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

*Le Thi Thu Huong, MD, Msc. Gia Dinh People's Hospital*

## ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients have alterations in the lung microbiome that can result in chronic infection with potentially pathogenic microorganisms even in the periods of clinical stability. Chronic bronchial infection is associated with increased pulmonary and systemic inflammation, is a risk factor for accelerated progression of COPD and a higher frequency of bacterial exacerbations. Acquisition of new bacterial strains is associated with onset of acute exacerbation of COPD. Therefore, antibiotics are mainstay treatment for patients with moderate and severe exacerbation, especially when purulent sputum is one of the presenting symptoms or mechanical ventilation is required. The usual treatment of stable COPD with bronchodilators and inhaled corticosteroids may not be sufficient to completely prevent exacerbations in COPD patients with an 'infective phenotype'. Antibiotic prophylaxis has been shown to reduce exacerbation frequency and hospitalizations in these COPD patients. These effects may be achieved by reducing bacterial load in the airways and bronchial inflammation. Nevertheless, it is evidenced that long-term use of antibiotics is associated with potentially serious adverse events and increased risk of bacterial resistance; therefore, both benefits and potential harm must be evaluated on a case by case indication. Lung microbiome studies will continue to provide new insights into the infection of COPD and hope to bring novel therapies.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), acute/chronic infection, microbiome.



# VIÊM PHỔI DO BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TRONG 3 NĂM 2013-2015

*Trần Quang Bình\**, *Nguyễn Thị Thủy Ngân\**, *Đỗ Thị Ngọc Khánh \**, *Bùi Ngọc Tuyền\**, *Trần Thị Thúy\**, *Trần Thị Thanh Nga\*\**, *Nguyễn Thị Vui\*\*\**

## TÓM TẮT:

**Cơ sở nghiên cứu:** Nhiễm trùng do *Burkholderia pseudomallei* (*B. pseudomallei*), là bệnh có thể gây ra tổn thương nhiều cơ quan, trong đó viêm phổi là bệnh cảnh thường gặp nhất. Viêm phổi do *B. pseudomallei* có xu hướng tăng trong thời gian gần đây, nhưng ít được chú ý đến trong chẩn đoán và điều trị. Việc chẩn đoán sớm và dự đoán được loại vi khuẩn này gây bệnh trong lâm sàng giúp cho lựa chọn kháng sinh thích hợp và cải thiện được tỉ lệ tử vong.

**Thiết kế nghiên cứu:** Một nghiên cứu hồi cứu thu thập dữ liệu các trường hợp cấy bệnh phẩm dương tính với *B. pseudomallei* và có tổn thương phổi trên phim X-quang ngực hoặc CT-scan ngực, trong 3 năm 2013-2015 tại bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) nhằm đánh giá lại việc phân bố dịch tễ, hình ảnh lâm sàng, và đáp ứng điều trị của bệnh này với các kháng sinh hiện có nhằm mục đích cải thiện tiên lượng điều trị.

**Kết quả nghiên cứu:** 42 trường hợp phù hợp tiêu chuẩn nhận bệnh được thu thập. Tỉ số nam/nữ là 3,6:1 (33/9), tuổi trung bình là  $48,5 \pm 14,6$ . Bệnh thường xảy ra vào mùa mưa (71,4%), bệnh nền liên quan chiếm 73,8%, trong đó đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất đến 59,5%. Bên cạnh các triệu chứng không đặc hiệu được ghi nhận trên các ca bệnh, các biểu hiện bất thường ở đường hô hấp là thường gặp nhất bao gồm ho, ran ở phổi, khạc đàm và khó thở với tỉ lệ 52,4%, 48 %, 33,3 %, và 28,6%, theo thứ tự. Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, thường gặp nhất là nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi (45,2%), kể đến là viêm phổi phổi hợp với nhiễm trùng cơ quan khác như mô mềm, gan, lách, não, v.v. Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu này là  $16,5 \pm 11,0$  ngày và tỉ lệ hồi phục vào khoảng 71,4%. Các kháng sinh cephalosporin thế hệ 3rd, nhóm carbapenem còn nhạy cảm tốt với *B. pseudomallei*. Việc tiếp tục điều trị ít nhất 4-6 tháng sau khi ra viện cần được chú ý để điều trị triệt căn và ngăn ngừa tái phát bệnh.

**Kết luận:** Viêm phổi do *B. pseudomallei* có thể bị chẩn đoán nhầm hoặc không được điều trị dẫn đến tử vong. Để chẩn đoán cần lưu ý về yếu tố dịch tễ như mùa mưa, nghề nghiệp, địa phương, ..., và các yếu tố nguy cơ của bệnh như tiểu đường, suy thận mạn, sỏi thận, xơ gan, nghiện rượu hoặc cơ địa suy giảm miễn dịch ... Chẩn đoán sớm kịp thời và chọn lựa kháng sinh thích hợp giúp cải thiện được tỉ lệ sống còn và tiên lượng bệnh. Để phòng bệnh tái phát, việc tiếp tục điều trị kháng sinh củng cố kéo dài sau giai đoạn tấn công trong thời gian ít nhất 4-6 tháng được khuyến cáo.

**Từ khóa:** Melioidosis, *Burkholderia pseudomallei*, viêm phổi, đái tháo đường.

# PNEUMONIA DUE TO BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI AT CHO RAY HOSPITAL IN THREE YEARS 2013-2015

*Tran Quang Binh\**, *Nguyen Thi Thuy Ngan\**, *Do Thi Ngoc Khanh \**, *Bui Ngoc Tuyen\**, *Tran Thi Thuy\**, *Tran Thi Thanh Nga\*\**, *Nguyen Thi Vui\*\*\**

## ABSTRACT

**Background:** Infection due to *Burkholderia pseudomallei* (*B. pseudomallei*) can involve multiple organs, in which pneumonia is one of the most common presentations of this disease. The incidence of pneumonia caused by *B. pseudomallei* is increasing in recent years but it is one of neglected tropical diseases in diagnosis and treatment. The early diagnosis and bacterial prediction for this disease in clinical practice will help to choose appropriate antibiotics and can reduce the mortality.

**Study design:** A retrospective study was carried out at Cho Ray hospital in 2013-2015 to collect data with a microbiologically-confirmed diagnosis of melioidosis and the abnormalities in chest X-ray or chest CT-scan in order to evaluate the epidemiological distribution, clinical aspects, and respond to the treatment with current antibiotics for improving the treatment and prognostic of patients.

**Results:** 42 cases met the inclusive criteria were collected into study. The male/female ratio was roughly 3-6:1 (33/9), the mean of age was  $48,5 \pm 14,6$ . The disease is markedly seasonal, approximately 71,4% cases presenting during the rainy season. Underlying diseases were found in up to 73,8%, in which diabetes mellitus was with the highest proportion 59,5%. Apart from other nonspecific manifestations seen in these cases, the clinical findings of respiratory system accounted for the largest rate consisting cough, rales, sputum production and shortness of breath with 52,4%, 48 %, 33,3 %, and 28,6%, respectively. The clinical aspects were pleomorphic and pneumonia, sepsis comprised the highest percentage (45,2%), followed by pneumonia combined with the infection of other organs such as soft tissue, spleen, liver and brain, etc. The mean of treatment duration was  $16,5 \pm 11$  days and the recovery rate was approximately 71,4 %. Pneumonia caused by *B. pseudomallei* were still good susceptible with antibiotics as cephalosporin 3rd generation, carbapenem group. The continuation of treatment at least 4-6 months after hospital discharge was noted for radical treatment and prevention of relapse.

**Conclusion:** Pneumonia caused by *B. pseudomallei* can be misdiagnosed or untreated which may lead to death. To confirm the diagnosis of disease, some risk factors and underlying diseases should be noted as rainy season, career, geographic areas, diabetes, chronic renal failure, renal lithiasis, liver cirrhosis, alcoholism, immuno suppression... The early diagnosis and appropriate antibiotic treatment will help to improve survivals and prognostic of disease. To prevent the relapse, the continuation of treatment should be recommended at least 4-6 months after hospital discharge.

**Key words:** Melioidosis, *Burkholderia pseudomallei*, Pneumonia, diabetes mellitus.

**AERIUS**  
desloratadine



## HIỆU QUẢ- KIỂM SOÁT TRIỆU CHỨNG MÀY ĐAY<sup>(1)</sup>



**NGỨA**



**NỔI MẪN**



**PHÙ**



**NGÀY 1 LẦN**

- **THÀNH PHẦN:** Mỗi viên nén Aerius chứa 5mg desloratadine | Mỗi ml Aerius chứa 0,5 mg desloratadine.
- **AERIUS (Desloratadine)** được chỉ định để **giảm** các triệu chứng liên quan đến mày đay như giảm ngứa, giảm kích cỡ và số lượng ban.
- **AERIUS (Desloratadine)** cũng được chỉ định để **giảm nhanh** các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng như hắt hơi, sổ mũi, sung huyết/nghet mũi, cũng như ngứa, chảy mũi, đỏ mắt, ngứa họng và ho.

Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo thuốc của Cục Quản lý dược: 0617/15/QLD-TT, ngày 18 tháng 09 năm 2015  
Ngày 27 tháng 09 năm 2015 in tài liệu  
Thông tin chi tiết về sản phẩm xem ở trang 2



(1) Thông tin kê toa

**CHAI SIRO  
CHO TRẺ EM  
TỪ 6 THÁNG TUỔI**





# Thông tin kê toa tóm tắt

\* Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

## MÔ TẢ:

Aerius viên nén là viên dập nổi hình tròn, màu xanh nhạt; mỗi viên chứa 5 mg desloratadine. Aerius sirô là dung dịch trong, màu cam; mỗi mL chứa 0,5 mg desloratadine

## THÀNH PHẦN:

-Mỗi viên nén Aerius chứa 5mg desloratadine  
-Mỗi ml Aerius chứa 0,5 mg desloratadine

## CHỈ ĐỊNH:

Aerius được chỉ định để **giảm nhanh các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng, như hắt hơi, sổ mũi và ngứa mũi, sung huyết/ngẹt mũi, cũng như ngứa, chảy nước mắt và đỏ mắt, ngứa họng và ho.**

Aerius cũng được chỉ định để **giảm các triệu chứng liên quan đến mày đay như giảm ngứa, giảm kích cỡ và số lượng ban.**

## LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:

**Người lớn và thanh thiếu niên (≥12 tuổi):** Một viên nén bao phim Aerius 5 mg hoặc 10 mL (5 mg) Aerius sirô, uống 1 lần/ngày uống cùng hoặc không cùng bữa ăn, để giảm các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng (bao gồm viêm mũi dị ứng không liên tục và viêm mũi dị ứng kéo dài) và mày đay. Chỉ dùng đường uống.

**Trẻ từ 6 đến 11 tuổi:** 5 mL (2,5 mg) Aerius sirô, uống 1 lần/ngày cùng hoặc không cùng bữa ăn, để giảm các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng (bao gồm viêm mũi dị ứng không liên tục và viêm mũi dị ứng kéo dài) và mày đay.

**Trẻ từ 1 đến 5 tuổi:** 2,5 mL (1,25 mg) Aerius sirô, uống 1 lần/ngày cùng hoặc không cùng bữa ăn, để giảm các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng (bao gồm viêm mũi dị ứng không liên tục và viêm mũi dị ứng kéo dài) và mày đay.

**Trẻ từ 6 tháng đến 11 tháng tuổi:** 2 mL (1 mg) Aerius sirô, uống 1 lần/ngày cùng hoặc không cùng bữa ăn, để giảm các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng (bao gồm viêm mũi dị ứng không liên tục và viêm mũi dị ứng kéo dài) và mày đay.

## DƯỢC LỰC HỌC:

Desloratadine **ức chế chọn lọc thụ thể histamine H1 ngoại biên** do thuốc hoàn toàn không thấm vào hệ thần kinh trung ương. Đã xác định tính an toàn của Aerius sirô trong ba thử nghiệm lâm sàng ở bệnh nhi. Trẻ từ 6 tháng đến 11 tuổi được điều trị kháng histamine liều hàng ngày 1 mg (6 đến 11 tháng), 1,25 mg (1 đến 5 tuổi) hoặc 2,5 mg (6 đến 11 tuổi). Điều trị được dung nạp tốt như ghi nhận bởi các xét nghiệm cận lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn, và dữ liệu về khoảng cách điện tâm đồ (ECG), kể cả QTc.

Với liều điều trị 5 mg/ngày, **tỷ lệ buồn ngủ không cao hơn so với giả dược (placebo)**. 7,5 mg/ngày không thấy có ảnh hưởng đến hoạt động tâm thần vận động.

Ở những bệnh nhân viêm mũi dị ứng, Aerius viên nén có tác dụng giảm các triệu chứng như hắt hơi, sổ mũi và ngứa mũi, sung huyết/ngạt mũi, cũng như ngứa mắt, chảy nước mắt và đỏ mắt, ngứa họng. **Aerius viên nén kiểm soát triệu chứng hiệu quả trong 24 giờ.**

Trong những thử nghiệm ở người lớn và thanh thiếu niên bị mày đay mạn tính tự phát, Aerius viên nén có hiệu quả làm giảm ngứa và giảm kích cỡ, số lượng ban 1 ngày sau khi bắt đầu điều trị. Ở mỗi thử nghiệm lâm sàng, hiệu quả này kéo dài suốt 24 giờ giữa các liều dùng. Điều trị với Aerius viên nén cũng cải thiện giấc ngủ và hoạt động ban ngày, được xác định bởi giảm ảnh hưởng đến giấc ngủ và các hoạt động thường ngày.

## DƯỢC ĐỘNG HỌC:

Có thể định lượng được nồng độ huyết tương của desloratadine trong vòng 30 phút dùng desloratadine. Desloratadine được hấp thu tốt với **nồng độ tối đa** đạt được sau khoảng **3 giờ; thời gian bán thải** giai đoạn cuối khoảng **27 giờ.**

## TƯƠNG TÁC THUỐC:

Không quan sát thấy tương tác có ý nghĩa lâm sàng với Aerius viên nén trong các thử nghiệm lâm sàng. Thức ăn hoặc nước uống không

ảnh hưởng đến dược động học của desloratadine. Uống Aerius cùng với rượu không làm tăng nguy cơ suy giảm hành vi của rượu.

## TÁC DỤNG BẤT LỢI:

Trong các thử nghiệm lâm sàng trên bệnh nhi, Aerius sirô được dùng cho 246 trẻ từ 6 tháng đến 11 tuổi. Nhìn chung tỷ lệ tác dụng bất lợi ở trẻ 2 đến 11 tuổi tương tự ở cả hai nhóm dùng Aerius sirô và placebo. Ở trẻ em và trẻ nhỏ từ 6 đến 23 tháng, những tác dụng bất lợi thường gặp nhất được báo cáo nhiều hơn so với placebo là tiêu chảy (3,7%), sốt (2,3%) và mất ngủ (2,3%).

Trong những thử nghiệm lâm sàng với các chỉ định về viêm mũi dị ứng và mày đay tự phát mạn tính, với liều đề nghị 5 mg/ngày, những tác dụng ngoại ý do Aerius viên nén được báo cáo ở 3% bệnh nhân và cao hơn so với bệnh nhân dùng placebo. Những tác dụng bất lợi thường gặp nhất với tần xuất cao hơn placebo là mệt mỏi (1,2%), khô miệng (0,8%), và nhức đầu (0,6%).

Trong quá trình lưu hành desloratadine trên thị trường, rất hiếm có báo cáo về phản ứng quá mẫn (kể cả phản vệ và phát ban), nhanh nhịp tim, đánh trống ngực, tăng hoạt động tâm thần vận động, cơn động kinh, buồn ngủ, tăng các men gan, viêm gan và tăng bilirubin.

**Xin thông báo cho bác sĩ những biểu hiện bất lợi trong thời gian dùng thuốc.**

## CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Quá mẫn với hoạt chất hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

## THẬN TRỌNG:

Chưa đánh giá tính an toàn và hiệu quả của Aerius viên nén ở trẻ dưới 12 tuổi.

Chưa đánh giá an toàn và hiệu quả của Aerius sirô ở trẻ dưới 6 tháng tuổi.

## ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:

Không quan sát thấy ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc.

## THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:

Do chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng desloratadine trong thai kỳ nên **chưa xác định được tính an toàn của Aerius trong thời kỳ mang thai.** Không sử dụng Aerius trong thai kỳ trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ.

Không dùng Aerius cho phụ nữ cho con bú do **desloratadine được tiết vào sữa mẹ.**

## QUÁ LIỀU:

Khi có quá liều, cần nhắc dùng các biện pháp chuẩn để loại bỏ phần hoạt chất chưa được hấp thu. Nên điều trị triệu chứng và điều trị nâng đỡ. Trên một nghiên cứu lâm sàng đa liều ở người lớn và thanh thiếu niên sử dụng desloratadine lên đến 45 mg (cao gấp 9 lần liều lâm sàng) đã không quan sát thấy biểu hiện lâm sàng của quá liều. Desloratadine không được bài tiết qua thẩm phân máu; chưa rõ liệu có được bài tiết qua thẩm phân phúc mạc hay không.

## HẠN DÙNG:

**24 tháng kể từ ngày sản xuất.**

Aerius sirô chỉ được sử dụng trong vòng 3 tháng kể từ ngày mở nắp.

## BẢO QUẢN:

**Aerius viên nén:** bảo quản từ 2 đến 30°C, tránh ẩm.

**Aerius sirô:** Bảo quản dưới 25°C, giữ thuốc trong bao bì gốc, để xa tầm tay trẻ em.

## Sản xuất và đóng gói bởi:

Schering-Plough Labo N.V., Industriepark 30, B-2220 Heist-op-den-Berg, Belgium.

## DÙNG CHO TRẺ TỪ 6 THÁNG TUỔI



6 tháng - <1 tuổi	1 - 5 tuổi	6 - 11 tuổi	≥ 12 tuổi
2 ml (1mg)	2,5 ml (1,25mg)	5ml (2,5mg)	10ml (5mg)



VPĐD MERCK SHARP & DOHME (ASIA) LTD.

TP HỒ CHÍ MINH: Phòng 1, Lầu 16, Kumho Asiana Plaza, 39 Lê Duẩn, Quận 1

ĐT: 84-8-39155800 \* Fax: 84-8-38278101

HÀ NỘI: Lầu 14, Keangnam Hanoi Landmark Tower, Phạm Hùng, Cầu Giấy, Mễ Trì, Quận Từ Liêm.

ĐT: 84-4-37824360 \* Fax: 84-4-38378415

Code: RESP-1110589-0031-0915

# KHẢO SÁT TÌNH HÌNH NHIỄM VI NẤM GÂY BỆNH VÀ ĐỀ KHÁNG THUỐC KHÁNG NẤM HIỆN NAY

*Trần Thị Thanh Nga\**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ nhiễm vi nấm gây bệnh trong nhiễm nấm huyết và nhiễm nấm đường hô hấp của các bệnh nhân tại Bệnh viện Chợ Rẫy, đánh giá độ nhạy cảm với thuốc kháng nấm hiện nay nhằm giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm nấm xâm lấn gây ra.

**Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang, thu thập dữ liệu từ kết quả nuôi cấy, phân lập, định danh vi nấm và kết quả kháng nấm đồ từ các bệnh phẩm cấy máu, bệnh phẩm đường hô hấp (bệnh phẩm dịch rửa phế quản (DRPQ) và bệnh phẩm đàm) tại khoa Vi sinh lâm sàng bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2014 đến 2015.

**Kết quả:** Tổng số 169 bệnh phẩm cấy máu dương tính (13.8%), Chủ yếu là Candida 99 %, và 1.154 bệnh phẩm đường hô hấp dương tính (58.5 %), chủ yếu là Candida 95 %, Aspergillus 4%, Penicillium sp 1% Các thuốc trên kháng nấm đồ: Ketoconazole, Voriconazole Amphotericin B, Fluconazole, Econazole, Caspofungin, Itraconazole, đa số có tỷ lệ đề kháng cao, chỉ còn Caspofungin, Amphotericin B có tỷ lệ nhạy cảm 90%.

**Kết luận:** Bệnh nhiễm nấm huyết t tỷ lệ cấy dương tính (13.8%), nhiễm nấm đường hô hấp chiếm tỷ lệ cấy dương tính cao (> 50%) trong bệnh phẩm đàm, (>30%) trong bệnh phẩm DRPQ. Chủng vi nấm thường gặp là Candida (> 90%) chủ yếu là Candida albicans (>60%). Trên kháng nấm đồ cho thấy có ít thuốc kháng nấm còn nhạy cảm, cần có thêm các thuốc kháng nấm mới nhằm giảm bớt đề kháng, cần nhu cầu phát triển các phương tiện có độ nhạy, độ đặc hiệu cao để có thể chẩn đoán sớm và điều trị sớm nhiễm nấm xâm lấn.

**Từ khóa:** Bệnh nhiễm nấm Candida, độ nhạy với thuốc kháng nấm.

(\*) Khoa Vi sinh lâm sàng Bệnh Viện Chợ Rẫy

Tác giả liên hệ: BSCKII. Trần Thị Thanh Nga ĐT: 0908185491

Email: ngatrancrh@gmail.com

# **SITUATION AND PATHOGENIC FUNGAL INFECTION FROM THE RESPIRATORY TRACT AND ANTIFUNGAL DRUG RESISTANCE IN CHO RAY HOSPITAL**

## **ABSTRACT**

**Object:** Survey prevalence of fungal pathogens from specimens of the respiratory tract in patients hospitalized at Cho Ray Hospital, evaluate sensitivity of current antifungal drugs in order to help clinicians improve more diagnosis and treatment experiences for fungus.

**Method:** Retrospective, cross-sectional descriptive, collect results data from cultured isolates, fungal identification and antifungal results from specimens of the respiratory tract at Clinical Microbiology at Cho Ray Hospital 2014 to 2015.

**Results:** Total 169 positive blood cultures (13.8%), mainly *Candida* 99%, and 1,154 respiratory specimens positive (58.5%), mainly *Candida* 95%, 4% *Aspergillus*, *Penicillium* sp 1%.

The antifungal drug test: Ketoconazole, Voriconazole, Amphotericin B, Fluconazole, Econazole, Caspofungin, Itraconazole mostly have high resistance rate, only Caspofungin, Amphotericin B has 90% sensitivity rate.

**Conclusion:** Fungal infection from the respiratory tract positive has high proportion (> 50%) in the sputum, (> 30%) in bronchoalveolar lavage (BAL).

Common strains of *Candida* (> 90%) are mainly *Candida albicans* (> 60%).

There are also less sensitive to antifungal drugs, and a need for more new antifungal drugs to reduce the resistance. There is also a need to develop tests that have high sensitivity and specification in order to be able to diagnosis and apply treatment early for infection invasive fungal.

**Keywords:** *Candida* fungus infections, antifungal sensitivity.

Author contacts: Tran Thi Thanh Nga MD., Clinical Microbiology Dpt., Choray Hospital. Email: ngatrancrh@gmail.com, Mobie: 0908185491

# CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM THEO KINH NGHIỆM

*ThS BS Cao Xuân Thục(\*)*

## **Tóm tắt:**

Viêm phổi do nấm chiếm một phần nhỏ trong viêm phổi và Candida là tác nhân thường gặp nhất gây nhiễm nấm xâm lấn, chiếm tỉ lệ 70-90%. Nấm có thể thường trú trong cơ thể mà không gây bệnh hoặc có thể là tác nhân gây bệnh thật sự, đặc biệt trên các cơ địa suy giảm miễn dịch. Mặc dù khởi đầu nhanh chóng điều trị kháng nấm thích hợp giúp kiểm soát nhiễm nấm Candida xâm lấn và cải thiện tiên lượng, tuy nhiên chẩn đoán sớm nhiễm nấm xâm lấn vẫn còn là thách thức và các tiêu chuẩn khởi đầu điều trị kháng nấm theo kinh nghiệm vẫn chưa được định nghĩa đầy đủ.

Việc quan trọng nhất trong kiểm soát nhiễm nấm là nâng cao nhận thức của các bác sĩ lâm sàng khi nào nấm gây bệnh có ý nghĩa và dân số bệnh nhân nào có nguy cơ, cũng như có thể dự đoán được sự nhạy cảm với thuốc. Về lâu dài, cần phát triển các xét nghiệm chẩn đoán mới nhanh và chính xác. Cần biết cơ thể người làm thế nào nhận biết và chống nấm xâm nhập và làm thế nào nấm trốn tránh hệ thống miễn dịch và tồn tại bên trong các tế bào chủ giúp kiểm soát và loại bỏ nhiễm nấm.

(\*) Phó khoa Hô hấp BV Chợ Rẫy

**Abstract:**

**DIAGNOSIS AND EMPIRICAL TREATMENT OF FUNGAL INFECTIONS IN ADULT PULMONARY AND CRITICAL CARE PATIENTS**

Fungal pneumonia accounted for only a small portion of pneumonia and *Candida* is the most common cause of invasive fungal infection, accounting for 70-90%. Fungi may colonize body sites without producing disease or they may be a true pathogen, especially in immunosuppressed patients. Although prompt initiation of appropriate antifungal therapy is essential for the control of invasive *Candida* infections and an improvement of prognosis, early diagnosis of invasive candidiasis remains a challenge and criteria for starting empirical antifungal therapy are poorly defined.

The most important immediate step in controlling fungal infections is to increase awareness among clinicians of the significance of these pathogens and

the changing patient population at risk. Longer term, it is essential that new diagnostic tests be developed that can provide a rapid and accurate diagnosis. It also will be important to be able to predict their susceptibility to drugs. Knowing how the human host recognizes and counteracts invading fungi and how fungi evade the immune system and survive inside the host cells is important for controlling and eliminating infection.



## Nhóm bệnh nhân dùng

**Symbicort® Turbuhaler**giảm **26%** cơn kịch phát  
bệnh **Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính (COPD)**<sup>1</sup>

Thông tin kê toa

Symbicort® Turbuhaler

Budesonide / Formoterol 160/4,5 µg

**SYMBICORT TURBUHALER 160/4,5 µg/liều Budesonide/Formoterol**

**THÀNH PHẦN:** Mỗi liều phóng thích chứa: budesonide 160 µg và formoterol fumarate dihydrate 4,5 µg. **DANG BẢO CHẾ:** Bột dùng để hít. **ĐÓNG GÓI:** Ống hít thuốc bột, hộp 1 ống hít 60 liều hoặc 120 liều. **CHỈ ĐỊNH: Hen suyễn:** Điều trị thường xuyên bệnh hen (suyễn) khi: Bệnh nhân không được kiểm soát tốt với corticosteroid dạng hít và chất chủ vận beta-2 dạng hít tác dụng ngắn sử dụng 'khi cần thiết' hoặc Bệnh nhân đã được kiểm soát tốt bằng corticosteroid dạng hít và chất chủ vận beta-2 tác dụng kéo dài trong từng ống hít riêng. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD):** Trị triệu chứng cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nặng (FEV1 < 50% so với giá trị bình thường ước tính) và tiền sử nhiều lần có cơn kịch phát, là những người có các triệu chứng đáng kể mặc dù được điều trị thường xuyên bằng các thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài. **LIỀU LƯỢNG: Hen suyễn:** Symbicort Turbuhaler không chủ định dùng để điều trị khởi đầu cho bệnh hen. Nên điều chỉnh đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì hiệu quả kiểm soát triệu chứng. Đối với Symbicort có hai xu hướng điều trị: **A. Liều pháp điều trị duy trì bằng Symbicort:** Liều khuyến cáo: Người lớn (≥18 tuổi): 1-2 hít, 2 lần /ngày, tối đa 4 hít /lần, 2 lần /ngày. Trẻ vị thành niên (12-17 tuổi): 1-2 hít/lần, 2 lần /ngày. Trẻ em (≥6 tuổi): Đã có loại hàm lượng thấp hơn cho trẻ 6-11 tuổi. **B. Liều pháp điều trị duy trì và giảm triệu chứng hen bằng Symbicort (Symbicort SMART):** Liều khuyến cáo: Người lớn (≥18 tuổi): Liều duy trì khuyến cáo là 2 hít /ngày. Một số bệnh nhân có thể cần dùng liều duy trì 2 hít, 2 lần /ngày. Bệnh nhân nên dùng thêm 1 liều hít khi cần thiết để giảm triệu chứng. Không dùng quá 6 liều hít trong 1 lần. Tổng liều mỗi ngày lên đến 12 hít có thể dùng trong một khoảng thời gian giới hạn. Bệnh nhân dùng hơn 8 hít/ngày phải đi khám lại, tái đánh giá và xem xét lại liều pháp duy trì. Trẻ em và trẻ vị thành niên < 18 tuổi: Liều pháp điều trị duy trì và giảm triệu chứng hen bằng Symbicort không khuyến cáo dùng cho trẻ em và trẻ vị thành niên. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD):** Người lớn: 2 hít/lần, 2 lần/ngày. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Quá mẫn (dị ứng) với budesonide, formoterol hay lactose (trong đó có chứa lượng nhỏ protein sữa). **THẬN TRỌNG:** Giảm dần liều khi ngưng điều trị, không ngưng thuốc đột ngột. Bệnh nhân cảm thấy việc điều trị không đạt hiệu quả hay dùng vượt quá liều thuốc khuyến cáo sử dụng cao nhất của Symbicort, phải có sự theo dõi của bác sĩ. Nên xem xét đến nhu cầu tăng liều điều trị với corticosteroid như dùng một đợt corticosteroid uống hoặc điều trị bằng kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn. Bệnh nhân được khuyến nên luôn luôn có sẵn thuốc cắt cơn. Bệnh nhân nên ghi nhớ dùng liều duy trì Symbicort như đã được kê toa ngay cả khi không có triệu chứng. Các liều hít giảm triệu chứng Symbicort được dùng để đối phó với các triệu chứng hen suyễn nhưng không có chủ định để dự phòng thường xuyên như trừ khi gắng sức. Khi các triệu chứng hen được kiểm soát, cần xem xét giảm liều Symbicort từ từ. Nên sử dụng liều Symbicort thấp nhất có hiệu quả. Không nên khởi đầu điều trị bằng Symbicort khi bệnh nhân đang ở trong đợt kịch phát hen hoặc bệnh diễn tiến xấu hoặc cấp tính. Cần tham khảo ý kiến bác sĩ nếu triệu chứng hen vẫn không được kiểm soát hoặc xấu hơn sau khi điều trị bằng Symbicort. Có thể phế quản kịch phát có thể xảy ra với triệu chứng thờ khờ khờ tăng lên đột ngột sau khi hít thuốc. Lúc đó, nên ngưng dùng Symbicort; nên đánh giá lại việc điều trị và thay thế bằng liệu pháp khác nếu cần thiết. Các tác động toàn thân có thể xảy ra khi dùng bất kỳ corticosteroid đường hít nào, đặc biệt khi dùng liều cao trong một thời gian dài, ít xảy ra khi dùng corticosteroid đường hít so với khi dùng corticosteroid uống. Theo dõi chiều cao trẻ điều trị dài hạn với corticosteroid đường hít. Theo dõi mật độ xương khi dùng liều cao trong thời gian dài mà đã có yếu tố nguy cơ gãy loãng xương. Nếu có bất kỳ lý do nào cho thấy chức năng tuyến thượng thận bị suy giảm khi điều trị bằng steroid toàn thân trước đó, nên thận trọng khi chuyển sang dùng Symbicort cho bệnh nhân. Để giảm thiểu nguy cơ nhiễm Candida hầu họng, bệnh nhân nên được chỉ dẫn súc miệng bằng nước rồi nhổ ra sau mỗi lần hít liều duy trì. Nên tránh điều trị đồng thời với itraconazole, ritonavir hoặc các chất ức chế CYP3A4 mạnh. Nếu không thể tránh được, nên kéo dài khoảng cách giữa các lần dùng các thuốc có tương tác với nhau càng lâu càng tốt. Không khuyến cáo dùng liệu pháp điều trị duy trì và giảm triệu chứng hen bằng Symbicort ở bệnh nhân dùng chất ức chế CYP3A4 mạnh. Thận trọng đối với bệnh nhân nhiễm độc giáp, u tế bào ưa crôm, đái tháo đường, giảm kali máu chưa điều trị, bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn, hẹp động mạch chủ dưới van ở van, tăng huyết áp nặng, phình mạch hay các rối loạn tim mạch trầm trọng khác như là bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi tim nhanh hoặc suy tim nặng, khoảng thời gian QTc kéo dài. Khả năng hạ kali máu nặng có thể xảy ra khi dùng liều cao chất chủ vận beta-2. Giống như các chất chủ vận beta-2, nên xem xét đến tăng cường kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Tá dược lactose chứa một lượng nhỏ protein sữa có thể gây phản ứng dị ứng). **CÁC PHẢN ỨNG NGOẠI Ý:** Tác dụng toàn thân của corticosteroid đường hít có thể xảy ra khi dùng liều cao trong một thời gian dài. Các phản ứng phụ này thường nhẹ và biến mất sau vài ngày điều trị. **Thường gặp:** hồi hộp, nhiễm Candida hầu họng, nhức đầu, run rẩy, kích ứng nhẹ tại họng, ho, khan tiếng. **Ít gặp:** nhịp tim nhanh, buồn nôn, chuột rút, chóng mặt, kích động, bồn chồn, nóng nực, rối loạn giấc ngủ, vết bầm da. **Hiếm gặp:** rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất, ngoại tâm thu, ngoại ban, nổi mề đay, ngứa, viêm da, phù mạch, hạ K máu, rối loạn vị giác, co thắt phế quản. **Rất hiếm gặp:** cơn đau thắt ngực, co thắt phế quản kịch phát, đau hiệu hay triệu chứng về tác dụng glucocorticosteroid toàn thân, tăng đường huyết, trầm cảm, rối loạn hành vi, dao động huyết áp. Điều trị bằng chất chủ vận beta-2 có thể làm tăng nồng độ insulin, axit béo tự do, glycerol và các thể cetone trong máu. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Không có dữ liệu lâm sàng về việc dùng Symbicort hoặc dùng phối hợp formoterol và budesonide ở phụ nữ có thai. Dữ liệu trên khoảng 2.000 phụ nữ có thai sử dụng thuốc cho thấy không có nguy cơ gây quái thai liên quan đến việc dùng budesonide hít. Trong thai kỳ, Symbicort chỉ nên dùng khi cần nhắc thấy hiệu quả vượt trội nguy cơ. Nên dùng liều budesonide thấp nhất có hiệu quả để duy trì sự kiểm soát hen (suyễn) tốt. Budesonide được bài tiết qua sữa mẹ. Tuy nhiên, ở liều điều trị, chưa ghi nhận có tác động nào ở trẻ bú mẹ được dự đoán. Chưa biết formoterol có vào sữa mẹ hay không. Việc dùng Symbicort cho phụ nữ đang cho con bú chỉ nên được cân nhắc nếu lợi ích cho người mẹ cao hơn các nguy cơ có thể xảy ra đối với trẻ. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY:** không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng không đáng kể. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Các chất chuyển hóa qua CYP P450 3A4 (như itraconazole, ritonavir) làm cản trở quá trình chuyển hóa budesonide. Thuốc chẹn beta có thể làm giảm hoặc ức chế tác động của formoterol. Dùng đồng thời với quinidine, disopyramide, procainamide, phenothiazine, thuốc kháng histamin (terfenadine), IMAO và chất chống trầm cảm 3 vòng có thể làm kéo dài khoảng QTc và gia tăng nguy cơ loạn nhịp thất. L-Dopa, L-thyroxine, oxytocin và rượu có thể ảnh hưởng tính dung nạp của tim đối với thuốc cường giao cảm beta-2. Dùng đồng thời với IMAO, furazolidone, procabazine có thể làm tăng huyết áp. Tăng nguy cơ loạn nhịp tim ở bệnh nhân đang gây mê với hydrocarbon halogen hóa. Có thể có tác động hợp mạnh khi dùng với các thuốc cường giao cảm beta khác. Giảm kali máu có thể làm tăng khuynh hướng loạn nhịp tim ở bệnh nhân điều trị bằng digitalis glycoside.

**Nhà sản xuất:** AstraZeneca AB SE-151 85 Sodertajje, Sweden**Tài liệu tham khảo:**

1. K. Larsson et al. J Intern Med 2013; 273: 584-594
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Revised 2013, GOLD 2013

Mọi chi tiết xin liên hệ VPDD AstraZeneca

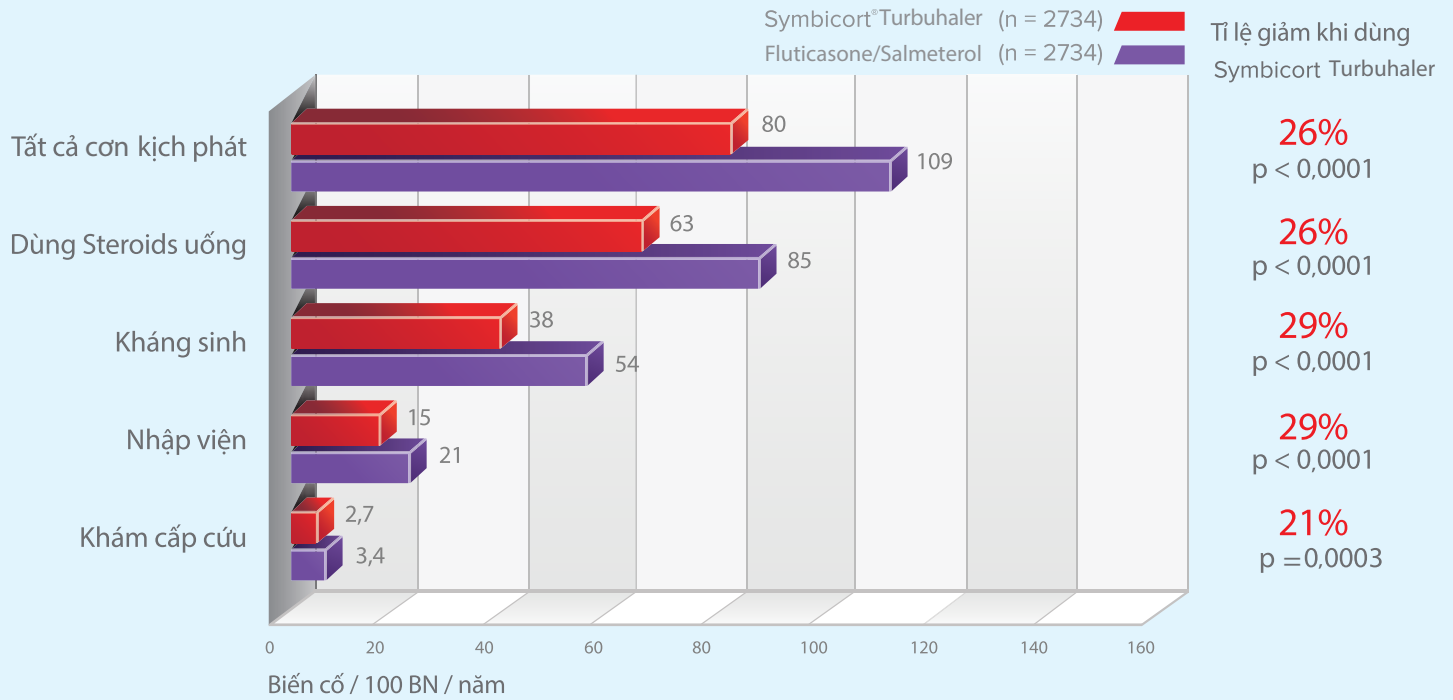
Tại HCM: Tòa nhà AB, Lầu 18, 76 Lê Lai, Quận 1, TP. HCM, Việt Nam - Tel: 848-3827 8088 - Fax: 848-3827 8089

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

**Symbicort®**  
budesonide/formoterol



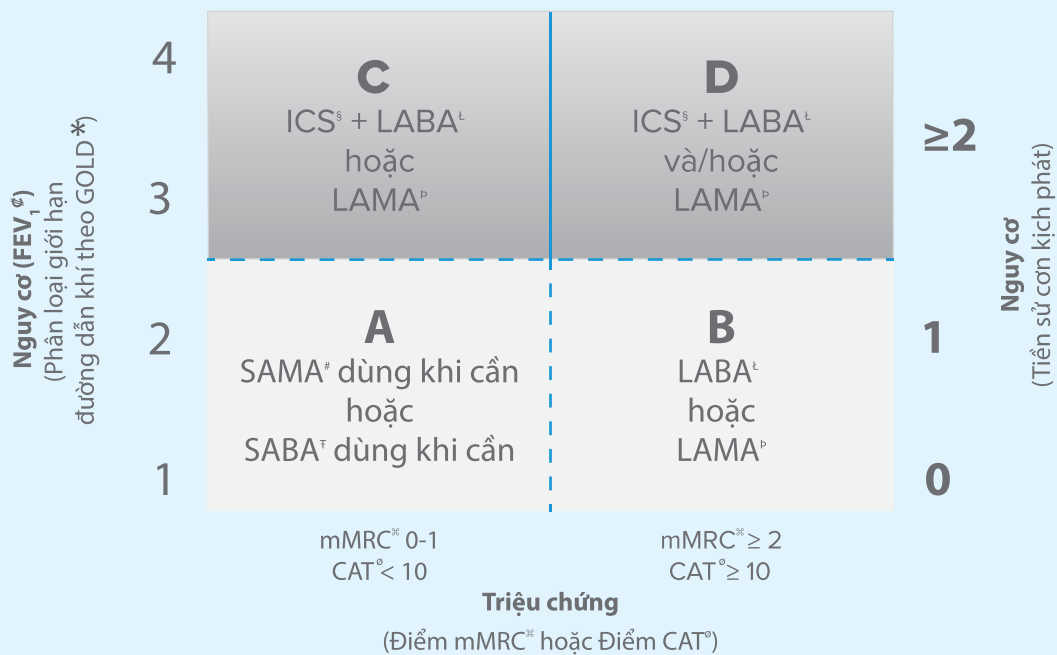
# Nhóm bệnh nhân dùng **Symbicort® Turbuhaler GIẢM 26%** cơn kịch phát bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính (COPD)<sup>1</sup>



Thiết kế nghiên cứu **PATHOS**

- Quan sát, hồi cứu, dựa trên dữ liệu thực tế từ 76 trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu kết nối hồ sơ y tế quốc gia của Thụy Điển.
- So sánh hiệu quả giảm cơn kịch phát của 2734 bệnh nhân dùng Symbicort® Turbuhaler và 2734 bệnh nhân dùng Fluticasone/Salmeterol
- Đối tượng bệnh nhân: Được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), tỉ lệ nữ chiếm 53%, tuổi trung bình 67,6.

## ICS & LABA - Lựa chọn điều trị cho bệnh nhân bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính (COPD) ổn định nhóm C&D<sup>2</sup>



<sup>L</sup> LABA: Long Acting Beta Agonist (Thuốc chủ vận beta tác dụng kéo dài)  
<sup>P</sup> LAMA: Long-Acting Muscarinic Agonist (Thuốc kháng cholinergic tác dụng kéo dài)  
<sup>†</sup> SABA: Short-Acting Beta2 Agonist (Thuốc chủ vận beta tác dụng ngắn)  
<sup>#</sup> SAMA: Short-Acting Muscarinic Agonist (Thuốc kháng cholinergic tác dụng ngắn)

<sup>s</sup> ICS: Inhaled Corticosteroid (Thuốc corticoid đường hít)  
<sup>®</sup> CAT: COPD Assessment Test (Kiểm tra đánh giá COPD)  
 mMRC: Modified British Medical Research Council (Bảng câu hỏi của Hội Đồng Nghiên Cứu Y Khoa Anh)  
 FEV<sub>1</sub>: Forced Expiratory Volume in 1 Second (Dung tích thở ra gắng sức trong 1 giây)

\*GOLD: Global Initiative for Chronic Lung Disease (Chiến lược toàn cầu về bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính)



**Tóm tắt:**

## **HEN Ở TRẺ NHỮ NHI**

*TS BS Trần Anh Tuấn - Khoa Hô hấp – BV Nhi Đồng 1*

Hen là bệnh hô hấp mãn tính thường gặp nhất ở trẻ em và là một vấn đề quan trọng của sức khỏe cộng đồng. Khò khè cũng là triệu chứng thường gặp ở trẻ dưới 2 tuổi. Hen trẻ em cũng thường bắt đầu từ sớm nhưng chẩn đoán hen có ở lứa tuổi nữ nhi vẫn là thách thức.

Hiện nay chưa có đồng thuận thống nhất về định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở trẻ nữ nhi.

Chúng tôi điểm lại những quan niệm khác nhau về hen ở trẻ nữ nhi trong y văn và các hướng dẫn điều trị hiện nay để từ đó giới thiệu tiếp cận chẩn đoán phù hợp.

Chẩn đoán hen nữ nhi chủ yếu là chẩn đoán lâm sàng kết hợp việc phân tích các biểu hiện lâm sàng và đánh giá cẩn thận tiền sử gia đình. Không có xét nghiệm chẩn đoán chuyên biệt hay dấu hiệu chỉ điểm để chẩn đoán hen nữ nhi.

Cần xem xét chẩn đoán hen khi trẻ có ít nhất 3 đợt ho và khò khè được xác nhận.

Điều đặc biệt quan trọng là cần xem xét đến các chẩn đoán phân biệt khác trước khi khẳng định là hen.

Đáp ứng với điều trị thử trong ít nhất 2-3 tháng với SABA (khi cần) và ICS sẽ giúp củng cố chẩn đoán hen.

**Abstract:**

**INFANTILE ASTHMA**

Asthma is the most common chronic disease of childhood and the leading cause of childhood morbidity. Wheeze is the common symptom in children under 2 y.o. Asthma often begins in early childhood but the definite diagnosis of asthma in this young age group is challenging.

There are no recent international consensus on definition and diagnostic criteria of infantile asthma.

We review the different opinions of infantile asthma in literature and current asthma guidelines to present an appropriate clinical approach.

A diagnosis of asthma in young children is based largely on symptom patterns combined with a careful clinical assessment of family history and physical findings. There are no specific diagnostic tools or surrogate markers for detecting asthma in infancy.

Consider a diagnosis of asthma if  $\geq 3$  episodes of wheezing and cough have been documented.

It is particularly important in this age group to consider and exclude alternative causes before confirming an asthma diagnosis.

A trial of treatment for at least 2–3 months with as-needed short-acting beta<sub>2</sub>-agonist (SABA) and regular inhaled corticosteroids (ICS) may provide some guidance about the diagnosis of asthma.