

HỘI NGHỊ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC



NỘI SAN THÁNG 03/2019

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN
HỘI HÔ HẤP TP HỒ CHÍ
MINH VÀ ĐÀO TẠO Y KHOA
LIÊN TỤC LẦN THỨ 13**

**ĐỊA ĐIỂM: TRUNG TÂM HỘI NGHỊ TTC
SỐ 1 TỪ VĂN TỰ TP PHAN THIẾT, TỈNH BÌNH THUẬN**

TP.HCM, NGÀY 22-23/03/2018

BAN TỔ CHỨC TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



Abbott



MSD



**Boehringer
Ingelheim**



NOVARTIS



GlaxoSmithKline



**Sumitomo Dainippon
Pharma**

NHÀ TÀI TRỢ BẠC

AstraZeneca



SANOVI



NHÀ TÀI TRỢ ĐỒNG

CHEKCO



NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

CME CÁC CHUYÊN ĐỀ HỒ HẤP		
Ngày 22 03	THỜI GIAN: 14:00-16:30	
1.THỰC HÀNH QUẢN LÝ HEN VÀ COPD QUA CÁC CA LÂM SÀNG” CHỦ TOẠ: TS.BS. NGUYỄN NHƯ VINH		
GIỜ	BÀI GIẢNG	BÁO CÁO VIÊN
13:30 – 14:10	Tình huống 1 Một nhân đến khám vì khó thở, hãy hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và chỉ định xét nghiệm sau đó lý giải kết quả, cho kế hoạch điều trị và tư vấn trong 20 phút. 20 phút thảo luận	GV: ThS. Nguyễn Như Vinh Vai BS: BS Trần Quốc Tài/Học viên tình nguyện Vai BN: Bệnh nhân giả
14:10-14:50	Tình huống 2 Một phụ nữ bị hen và chuẩn bị mang thai, giải quyết tình huống trong 20 phút. 20 phút thảo luận	GV: ThS. Nguyễn Như Vinh Vai BS: BS Trần Quốc Tài/Học viên tình nguyện Vai BN: Bệnh nhân giả
14:50-15:00	Tea break	
15:00 – 15:40	Tình huống 3 Một bệnh nhân nam 60 tuổi đến khám vì khó thở khi gắng sức, chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị trong 20 phút. 20 phút thảo luận.	GV: ThS. Nguyễn Như Vinh Vai BS: ThS. Nguyễn Nhật Quỳnh/Học viên tình nguyện Vai BN: Bệnh nhân giả

15:40 – 16:20	Tình huống 4 Một bệnh nhân COPD đột ngột trở nặng, giải quyết tình huống và cho kế hoạch điều trị lâu dài trong 20 phút. 20 phút thảo luận	GV: ThS. Nguyễn Như Vinh BS: ThS. Nguyễn Nhật Quỳnh/Học viên tình nguyện Vai BN: Bệnh nhân giả
16:20-16:30	Tổng kết	Ban giảng huấn

2. HÔ HẤP NHI: “BỆNH LÝ TAI MŨI HỌNG Ở TRẺ EM: NÂNG CAO KỸ NĂNG THỰC HÀNH VỚI BÁC SĨ TỔNG QUÁT”

CHỦ TOẠ: PGS.TS. PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM

- Cập nhật về viêm mũi dị ứng ở trẻ em
PGS.TS. Phạm Thị Minh Hồng (Phó CN khoa Y– ĐHYD TPHCM)

- Chẩn đoán hình ảnh trong bệnh lý tai mũi họng ở trẻ em
ThS.BS Nguyễn Anh Tuấn (TK CĐHA – BV Nhi Đồng 1)

- Cập nhật về viêm họng liên cầu ở trẻ em
PGS.TS. Phan Hữu Nguyệt Diễm (Bộ môn Nhi - ĐHYD TPHCM)

- Viêm thanh khí phế quản ở trẻ em
TS.BS. Trần Anh Tuấn (TK Hô hấp - BV Nhi Đồng 1)

3. HÔ HẤP KÝ: ỨNG DỤNG HÔ HẤP KÝ TRONG BỆNH LÝ HÔ HẤP
CHỦ TOẠ: PGS.TS. LÊ THỊ TUYẾT LAN

- Tiêu chuẩn kỹ thuật và các phương pháp đo hô hấp ký
ThS Vũ Trần Thiên Quân

- Phân tích kết quả hô hấp ký – PGS Lê Thị Tuyết Lan

- Hand-on training

- Phân tích hô hấp ký qua ca lâm sàng – ThS Vũ Trần Thiên Quân

Ngày 22 03	<h2 style="text-align: center;">HỘI THI CÁC NHÀ NGHIÊN CỨU TRẺ < 35T</h2> <p style="text-align: center;">Thời gian: 16:30 – 17:30</p> <p style="text-align: center;">Ban giám khảo: TS.BS Lê Thượng Vũ, BS. CKII Võ Đức Chiến, BS. CKII Nguyễn Đình Duy</p>
1. Dương Minh Ngọc, Đặng Vũ Thông, Lê Thượng Vũ, Trần Văn Ngọc. Tần suất ALK trên 200 bệnh nhân ung thư phổi tại BV Chợ Rẫy	
2. Dương Thanh Huyền. Vai trò siêu âm để chẩn đoán tràn khí màng phổi	
3. Dương Duy Khoa. Kiểm định bản dịch tiếng Việt của bảng câu hỏi STOP-Bang để tầm soát ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại Việt Nam.	
4. Dương Duy Khoa: "Tổng quan về các bảng câu hỏi tầm soát OSA ở người lớn"	
5. BS Hữu Hoàng (BV NDGD): "Xử trí một trường hợp OSA kết hợp giảm oxy máu nghiêm trọng"	

Ngày 22 03	<h2 style="text-align: center;">HỘI THI NHÀ NGHIÊN CỨU HÔ HẤP NHI TRẺ TUỔI LẦN 4</h2> <p style="text-align: center;">THỜI GIAN: 17:30 – 18:45</p> <p style="text-align: center;">Ban giám khảo: PGS.TS Phan Hữu Nguyệt Diễm, PGS.TS. Phạm Thị Minh Hồng, TS.BS Trần Anh Tuấn.</p>	
STT	Thí sinh	Đề tài
01	BS. Lê Ngọc Thư BV Nhi Đồng 2	Kết quả quản lý hen dưới 5 tuổi theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2016 tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi đồng 2
02	BS Trần Thị Mai Trinh BV Nhi Đồng 2	Đặc điểm viêm phổi kéo dài ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi đồng 2 trong thời gian từ 1/1/2018 đến 30/6/2018

03	BS Võ Thị Thanh Trang BV Nhi Đồng 1	Vai trò của siêu âm phổi trong chẩn đoán một số nguyên nhân gây khó thở cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 1
04	BS Nguyễn Ngọc Phúc BV Nhi Đồng 1	Điều trị khí dung NaCl ưu trương 3% và Salbutamol ở trẻ viêm tiểu phế quản mức độ trung bình
05	BS Lê Trọng Nghĩa BV Nhi Đồng 1	Viêm tiểu phế quản nặng ở trẻ 2-12 tháng tại khoa Nội tổng quát 2 – BV Nhi Đồng 1
06	BS phạm Ngọc Thuỳ Linh BV Nhi Đồng Cần Thơ	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi nặng có thở máy ở trẻ em tại BVNĐ Cần Thơ 2017-2018

 <p>Ngày 22 03</p>	<p>HỘI NGHỊ VỆ TINH CỦA CÁC CÔNG TY</p> <p>THỜI GIAN: 18:30 – 19:30</p>
---	--

Ngày

23
03

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP TP. HỒ CHÍ MINH 2019 – PHIÊN TOÀN THỂ

THỜI GIAN: 8H:00 - HỘI TRƯỞNG TẦNG TRỆT

CHỦ TOẠ: - GS.TS. ĐINH XUÂN ANH TUẤN

- GS.TS. STEPHEN KANTROW

- GS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU

- GS.TS. ĐỖ QUYẾT

- PGS.TS. ĐINH NGỌC SỸ

- PGS.TS. LÊ THỊ TUYẾT LAN

- PGS.TS. NGUYỄN VIỆT NHUNG

- PGS.TS. TRẦN VĂN NGỌC

STT	THỜI GIAN	NỘI DUNG	
	8:00-8:30	Văn nghệ chào mừng	
	8:30-9:00	Khai mạc hội nghị và tổng kết một năm hoạt động Hội Hô Hấp TP Hồ Chí Minh	
	09:00-09:25	Hưởng ứng ngày thế giới phòng chống lao 24/3/2019: Đã đến lúc Việt Nam cùng thế giới hành động để chấm dứt bệnh lao vào năm 2030	PGS TS Nguyễn Việt Nhung Chủ tịch Hội Lao & Bệnh phổi VN
	09:00-09:50	Giải Nobel 2018 về miễn dịch trong điều trị ung thư phổi	GS TS Đinh Xuân Anh Tuấn GS Hiệu trưởng ĐH Corse Pháp
	09:50-10:10	Phương pháp tiếp cận điều trị mới di căn não	TS.BS. Trần Dũng (David) The University of Florida College of Medicine USA
	10:10 – 10:20	Trình bày chuyên đề của công ty tài trợ	
	10:20 – 10:35	Xây dựng mô hình hiệu quả mạng lưới Hen-COPD từ trung ương tới địa phương	PGS.TS Nguyễn Việt Nhung Chủ tịch Hội Lao & Bệnh phổi VN
	10:35 – 11:00	Tầm soát ung thư phổi. Cập nhật 2019	GS TS Stephen Kantrow Louisiana University, USA

Ngày

23
03

LUNCH SYMPOSIUM CỦA CÁC CÔNG TY

THỜI GIAN: 11:00 – 12:00

1. ABBOTT: “SUY DINH DƯỠNG VÀ MẤT CƠ TRÊN CÁC BỆNH NHÂN BỆNH LÝ PHỔI MẠN TÍNH: VẤN ĐỀ VÀ GIẢI PHÁP”

Chủ tọa: PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan - Chủ tịch Hội Hen và Dị ứng TP.HCM

Báo cáo viên: PGS TS BS Albert Albay. Khoa Y, Trường Đại Học Manilla Philippine.

Địa điểm: Sảnh Cát Tường.

STT	THỜI GIAN	NỘI DUNG
1	11:00- 11:05	Khai mạc. PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan
2	11:05 – 11:20	Ảnh hưởng của suy dinh dưỡng và mất cơ đến tiên lượng và điều trị trên các bệnh lý phổi. PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan
3	11:20 – 11:45	Bảng chứng mới về vai trò của can thiệp dinh dưỡng đến kết cục lâm sàng và kết quả điều trị trên các bệnh lý phổi. PGS TS BS Albert Albay
4	11:45 – 11:55	Ensure, công thức đột phá bổ sung HMB giúp hồi phục khối cơ, tăng cường sức khỏe và giảm tỷ lệ tử vong trên các bệnh nhân mắc bệnh lý phổi mạn tính. DS Trần Hữu Khôi, Abbott Nutrition Việt Nam.
5	11:55 - 12:00	Thảo luận và bế mạc

2. ABBOTT: “VAI TRÒ CỦA DINH DƯỠNG TRONG PHÒNG NGỪA MỘT SỐ BỆNH LÝ HÔ HẤP Ở TRẺ NHỎ”

Chủ tọa và báo cáo viên:

- PGS TS Phan Hữu Nguyệt Diễm, TK Dịch vụ BV Nhi Đồng 1

- TS BS Trần Anh Tuấn, TK Hô hấp BV Nhi Đồng 1

Địa điểm: Sảnh Như Ý 1

STT	THỜI GIAN	NỘI DUNG
-----	-----------	----------

11:00 - 11:05	Khai mạc: Đại diện Abbott Nutrition
11:05 - 11:30	Vai trò của dinh dưỡng trong phòng ngừa các bệnh lý hô hấp thường gặp ở trẻ em. PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm
11:30 - 11:55	Mối liên quan giữa dị ứng đạm sữa bò và trào ngược dạ dày thực quản ở trẻ em. TS BS Trần Anh Tuấn
11:55 - 12:00	Thảo luận và bế mạc

3. **BOEHRINGER-INGELHEIM: “MỘT SỐ TIẾN BỘ MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI VÀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH**

Chủ tọa:

- PGS. TS. BS. Trần Văn Ngọc – Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
- PGS.TS.BS. Nguyễn Viết Nhung – Chủ tịch Hội Lao và Bệnh Phổi Việt Nam

Địa điểm: Sảnh ORCHIL

STT	THỜI GIAN	NỘI DUNG
	11:00-11:05	Phát biểu chào mừng: Đại diện VPDD Boehringer Ingelheim
	11:05-11:10	10 Phát biểu khai mạc: PGS. TS. BS. Trần Văn Ngọc
	11:10-11:30	Điều trị sớm COPD để nâng cao chất lượng cuộc sống: Hướng dẫn điều trị và bằng chứng lâm sàng. PGS. TS. BS. Lê Tiến Dũng, Phó chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
	11:30-11:50	Hiệu quả của TKI trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ: Từ nghiên cứu đến thực hành lâm sàng. TS. BS. Lê Thượng Vũ, Tổng thư ký Hội Hô hấp TPHCM
	11:50-12:00	Thảo luận và tổng kết: PGS.TS.BS. Nguyễn Viết Nhung

4. **NOVARTIS: “TỐI ƯU HOÁ ĐIỀU TRỊ COPD TRÊN THỰC HÀNH LÂM SÀNG”**

Chủ tọa: PGS TS Vũ Văn Giáp, PGĐ TTHH BV Bạch Mai.

Địa điểm: Sảnh CAMELIA

STT	THỜI GIAN	NỘI DUNG
	11:00 - 11:10	Khai mạc: PGS TS Vũ Văn Giáp

11:10 - 11:30	Khuyh hướng chuyển đổi điều trị COPD trong thực hành lâm sàng - PGS. TS. Vũ Văn Giáp
11:30 - 11:50	Lựa chọn LABA/LAMA phù hợp cho bệnh nhân COPD - TS. BS. Lê Khắc Bảo
11:50 - 12:00	Thảo luận và bế mạc

5. GSK: “ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ HIỆU QUẢ BỆNH NHÂN COPD NHIỀU ĐỢT CẤP”

Địa điểm: Sảnh ROSE

Đối tượng:

- 100 bác sĩ chuyên khoa hô hấp, nội tổng quát tham dự trực tiếp
- 100 bác sĩ chuyên khoa hô hấp, nội tổng quát tham dự trực tuyến qua các đầu cầu

Chủ tọa: PGS. TS. BS. Lê Thị Tuyết Lan, Chủ tịch Hội Hen - Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng TP. Hồ Chí Minh.

Báo cáo viên:

- PGS. TS. BS. Nguyễn Thanh Hải, Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. Phó Chủ tịch VPĐD Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam tại TP. Hải Phòng.
- ThS. BS. Nguyễn Như Vinh, Trưởng khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, Cố vấn Y khoa - GSK Việt Nam

STT	THỜI GIAN	NỘI DUNG
	11h05 – 11h10	Khai mạc: PGS TS Lê Thị Tuyết Lan
	11h10 – 11h25	Đánh giá và chọn lựa kháng sinh trong điều trị ngoại trú đợt cấp COPD - Từ guideline tới ứng dụng lâm sàng. PGS. TS. BS. Nguyễn Thanh Hải
	11h25 – 11h40	Bệnh nhân COPD nhiều đợt cấp - Các yếu tố giúp phòng ngừa nguy cơ tương lai. ThS. BS. Nguyễn Như Vinh
	11h40 – 12h00	Thảo luận và bế mạc, chủ tọa và báo cáo viên

6. SANOFI-AVENTIS: “DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG HÔ HẤP”

Chủ tọa và báo cáo viên

PGS. TS. BS. Lê Tiến Dũng - Trưởng khoa Hô hấp, BVĐại học Y Dược TP.HCM.

ThS. BS. Lâm Minh Yển - Nguyên PGĐ BVNhiệt Đới TPHCM

Địa điểm: Sảnh TULIP

STT	THỜI GIAN	NỘI DUNG
-----	-----------	----------

11:00 - 11:20	Cúm mùa: những bài học cần nhớ ThS. BS. Lâm Minh Yến. Nguyên PGĐ BV Nhiệt Đới TPHCM
11:20 - 11:40	Lựa chọn kháng sinh như thế nào trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp hiện nay? PGS. TS. BS. Lê Tiến Dũng Trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
11:40 - 12:00	Thảo luận & tổng kết
12:00	Tiệc trưa

Ngày

23
03

CHẤM THI POSTER

Thời gian: 13:00 – 13:30

Ban giám khảo: TS BS Lê Thượng Vũ, BS CK II Võ Đức Chiến, BS CK II Nguyễn Đình Duy

1. Trần Ngọc Thái Hòa. Báo cáo ca bệnh: mũ màng phổi hay bệnh phổi do heroin.
2. Đậu Nguyễn Anh Thư. Ca lâm sàng loạn thần và tăng BC do corticoid.
3. Dương Thanh Huyền, Lê Hồng Vân, Lê Thượng Vũ. Ca lâm sàng viêm màng não vô trùng do bệnh mô liên kết hỗn hợp
4. Huỳnh Anh Tuấn Nhân 2 trường hợp viêm phổi mô kẽ không đặc hiệu ở bệnh nhân CTD
5. Hồ Lam, Lê Văn Việt, Minh Ngọc, Thanh Huyền, Thượng Vũ: Báo cáo sơ bộ các ca đặt PleurX tại Chợ Rẫy
6. Hải Thanh, Hồ Lam, Khắc Bảo: Báo cáo tuân trị CPAP trên bệnh nhân OSA - hồi cứu 107 trường hợp
7. Dương Duy Khoa. Triệu chứng liên quan OSA trên BN COPD
8. Dương Duy Khoa. "Ca lâm sàng: Chẩn đoán một trường hợp Viêm đa sụn tái diễn"
9. Ngô Thế Hoàng: Kết quả điều trị 200 trường hợp ngưng thở khi ngủ ở BV Thống Nhất

Ngày

23

03

HỘI THẢO CHUYÊN ĐỀ TẠI 5 HỘI TRƯỜNG

Thời gian: 13:15 – 16:30

SESSION 1: NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

Địa điểm: Sảnh ORCHIL (tầng trệt)

Chủ tọa: PGS.TS. Trần Văn Ngọc, TS.BS. Phạm Thi Ngọc Thảo, TS.BS. Phạm Hùng Vân, TS.BS. Nguyễn Văn Thành

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15–13:35	Kết quả vi sinh nghiên cứu EACRI	TS BS Phạm Hùng Vân Chủ tịch Hội Vi sinh Lâm sàng TP HCM
13:35- 13:55	Kết quả lâm sàng nghiên cứu EACRI	TS BS Nguyễn Văn Thành PCT Hội Lao & Bệnh phổi VN
13:55–14:05	Sanofi -Aventis: Tối ưu hóa liều dùng KS Fluoroquinolon trong điều trị viêm phổi	TS. BS. Huỳnh Văn Ân Trưởng khoa HSCC-BVNDGD
14:05 - 14:15	MSD: Ertapenem, lựa chọn hiệu quả trong viêm phổi cộng đồng	Đại diện MSD
14:15–14:40	Viêm phổi liên quan chăm sóc y tế: nên giữ hay bỏ ?	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
14:40–15:05	Mô hình tiên lượng tử vong bệnh lý nội khoa tại khoa cấp cứu	ThS BS Hà Tấn Đức TK ICU BV ĐKTW Cần Thơ
15:05–15:20	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:20–15:45	Sử dụng colistin trong VPBV-VPTM do tác nhân đa kháng	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
15:45–16:05	Cập nhật các kỹ thuật vi sinh mới giúp chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn trong bối cảnh VK đa kháng hiện nay	BS CKII Trần Thị Thanh Nga Nguyên TK Vi sinh BVCR
16:05–16:25	- MSD :Candidas – thuốc kháng nấm thế hệ mới và lợi ích trong điều trị nhiễm nấm Candida xâm lấn	DS Võ Thị Kim Chi
16:15 - 16:25	- Sanofi-Aventis :Màng sinh học Biofilm trong nhiễm khuẩn hô hấp- Thực trạng và	PGS.TS.BS Vũ Văn Giáp Phó giám đốc Trung tâm Hô hấp –

		Bệnh viện Bạch Mai
16:25–16:50	Những điểm thay đổi mới trong hướng dẫn chẩn đoán điều trị Viêm phổi cộng đồng tương lai	PGS.TS.BS.Lê Tiến Dũng TK HH BV ĐHYD TPHCM
16:50– 17:00	Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

SESSION 2: HÔ HẤP NHI

Địa điểm: Sảnh NHƯ Ý

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

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13g15-13g35	Thách thức hen và trào ngược dạ dày thực quản	BS CKII Đặng Thị Kim Huyền TK Khám bệnh BV Nhi Đồng 2
13g35-14g00	Cập nhật điều trị ngoại trú VPCĐ ở trẻ em	PGS.TS.BS. Phạm Thị Minh Hồng Phó TK Y, PCN BM Nhi ĐHYD TPHCM
14g00-14g10	Viêm phổi không điển hình	Pfizer: PGS.TS.BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm
14g10-14g30	Bệnh phổi mô kẽ trẻ em	ThS BS Trịnh Hồng Nhiên TK Nội Hô hấp – BV Nhi Đồng TPHCM
14g30-14g55	Thức ăn và dị ứng đường hô hấp ở trẻ em	PGS.TS.BS.Phan Hữu Nguyệt Diễm BM Nhi ĐHYD TPHCM
14g55-15g15	Giải lao và tham quan triển lãm	
15g15-15g25	Sanofi: Thuốc long đàm và bệnh lý đường hô hấp ở trẻ em chuyên: Sanofi	BS. CKII Đặng Thị Kim Huyền TK khám bệnh BV Nhi Đồng 2. TP HCM
15g25-15g50	Viêm phế quản do vi khuẩn kéo dài ở trẻ em	TS BS Trần Anh Tuấn Phó Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM
15g50-16g10	Vai trò của BAL trong viêm phổi trẻ em	BSCK2 Trần Quỳnh Hương TK Hô hấp BV Nhi Đồng 2
16g10-16g35	ARDS: What's new?	PGS.TS.BS.Phùng Nguyễn Thế Nguyên Phó CN BM Nhi ĐHYD TPHCM
16g35-17g00	Thảo luận và tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

SESSION 3: UNG THƯ PHỔI

Địa điểm: Sảnh CAMELIA (tầng 1)

Chủ tọa: GS.TS.BS. Đinh Xuân Anh Tuấn, PGS. TS. Nguyễn Việt Nhung,
TS. BS. Lê Tuấn Anh, TS. BS. Lê Thượng Vũ

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:40	Nội soi phế quản trong thời đại đột biến gen và miễn dịch ung thư	BS Masao Hashimoto Nhật Bản
13:40-14:05	Cơ chế sinh học phân tử của ung thư và những ứng dụng thực hành.	GS TS Đinh Xuân Anh Tuấn Hiệu trưởng ĐH Cochinchina
14:05-14:25	Astra: Tối ưu hoá điều trị bệnh nhân ung thư phổi EGFR (+) với TKIs	TS BS Lê Thượng Vũ
14:25-14:50	Tránh bỏ sót trong chẩn đoán ung thư phổi trên phương diện lâm sàng	BS CKII Nguyễn Đình Duy PGĐ BV PNT TPHCM
14:50-15:05	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:05-15:30	Cập nhật xét nghiệm sinh học phân tử trong chẩn đoán ung thư phổi	TS BS Phạm Hùng Vân Chủ tịch Hội vi sinh lâm sàng TPHCM
15:30-15:55	Cập nhật Immune check point inhibitor: từ hội nghị ung thư phổi thế giới 2018	TS BS Lê Thượng Vũ Phó Khoa Hô hấp BVCR
15:55-16:15	Giới thiệu chuyên đề của công ty	
16:15-16:40	Xạ trị huỷ u có định vị (SABR): cách mạng trong điều trị ung thư phổi di căn hạn chế	TS BS Lê Tuấn Anh PGĐ TTUB BVCR
16:40-17:00	Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

SESSION 4: BỆNH PHỔI MÔ KẼ VÀ BỆNH PHỔI MẠN TÍNH

Địa điểm: Sảnh TULIP (Tầng 2)

Chủ tọa: BS CKII Nguyễn Đình Duy, BS CKII Võ Đức Chiến, TS BS Đỗ Thị Tường Oanh, TS BS Nguyễn Hữu Lân

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:45	Biểu hiện tại phổi của một số bệnh tự miễn	ThS BS Dương Minh Ngọc GV BM Nội- ĐHYD TPHCM
13:45-14:15	Nhân một trường hợp xơ hoá mô kẽ phổi lan tỏa vô căn (IPF)	ThS BS Nguyễn Hồng Đức PK Phổi Việt
14:15-14:35	GSK : giá trị kinh tế y tế trong quản lý bệnh hô hấp mạn tính	DS Trần minh Đức
14:35-15:05	Chiến lược chấm dứt bệnh lao: Từ Tổ chức y tế thế giới đến chương trình chống lao TPHCM.	TS BS Nguyễn Hữu Lân GD BV PNT
15:05-15:20	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:20-15:50	Tiếp cận điều trị OSA với CPAP / BiPAP trên thực hành lâm sàng	TS BS Lê Khắc Bảo Phó Khoa Hô hấp BV NDGD
15:50-16:05	Kết quả nghiên cứu phát đồ điều trị ngắn hạn 9 tháng lao phổi kháng đa thuốc – STREAM1	TS.BS Phan Thượng Đạt BV Phạm Ngọc Thạch
16:05-16:15	Giới thiệu chuyên đề của công ty	
16:15-16:35	Giãn phế quản: những hiểu biết mới trong chẩn đoán và điều trị	TS BS Lê Thị Thu Hương TK hô hấp BV NDGD TPHCM
16:35-16:50	Vai trò can thiệp nội mạch trong điều trị ho ra máu nặng	ThS BS Nguyễn Văn Tiến Bào Khoa CDHA BVCR
16:50-17:00	Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

SESSION 5: HEN – COPD

Địa điểm: Sảnh ROSE (Tầng trệt)

Chủ tọa: GS Đỗ Quyết, PGS TS Đinh Ngọc Sỹ, PGS Lê Thị Tuyết Lan, PGS TS Lê Tiến Dũng.

Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:15-13:40	Cập nhật GOLD 2019	PGS.TS.BS.Lê Thị Tuyết Lan. Chủ tịch Hội hen-dị ứng TP HCM
13:40-14:05	Giá trị của test giãn phế quản trong chẩn đoán và điều trị COPD	ThS BS Nguyễn Như Vinh TĐV TDCN-BVĐHYD TPHCM
14:05-14:15	Boehringer : cập nhật chẩn đoán và quản lý hen khó trị	TS BS Đỗ Thị Tường Oanh
14:15 -14:25	Novartis : Chuyển đổi điều trị COPD	BS CKII Ngô Thế Hoàng
14:25-14:50	Chẩn đoán sớm COPD: nên chẩn đoán và điều trị từ đợt cấp đầu tiên	TS BS Nguyễn Văn Thành PCT Hội Lao & Bệnh phổi VN
14:50-15: 05	Giải lao và tham quan triển lãm	
15:05-15:30	Hạ oxy máu mạn tính trên BN COPD: thực trạng và cách xử trí	TS BS Đỗ Thị Tường Oanh TK COPD BV PNT
15:30-15:40	Novartis : Vai trò nền tảng của thuốc giãn PQ trong điều trị COPD	TS BS Lê Thị Thu Hương
15:40-15:50	Boehringer : cập nhật vai trò thuốc GPQ trong quản lý COPD từ chương trình nghiên cứu TOViTO	BS CK II Nguyễn Đình Duy
15:50-16:15	Khoa học và thực chứng trong quản lý điều trị COPD ngày nay	PGS.TS.BS.Lê Tiến Dũng TK Hô hấp -BVĐHYD TPHCM
16:15-16:40	Bệnh hô hấp kích phát bởi Aspirin: Chẩn đoán và Quản lý điều trị	BS Hồ Thanh Nhân UV BCH Hội HH TPHCM
16:40-17:00	Tổng kết phiên	Chủ tọa đoàn

19:00 TIỆC TỐI (BAN TỔ CHỨC)

CÔNG THỨC MỚI



TĂNG CƯỜNG SỨC KHỎE TRONG 8 TUẦN



Hương vani ít ngọt

Thực phẩm dinh dưỡng y học

BẢO VỆ VÀ TẠO KHỎI CƠ, TĂNG CƯỜNG SỨC KHỎE MỖI NGÀY

Ensure Gold mới là sữa protein giàu protein có chứa dưỡng chất HMB, kết hợp với bổ sung protein 3 người phát huy, giúp bảo vệ và tái tạo khối cơ. Với công thức dinh dưỡng đầy đủ và các Acid béo gần 28 loại Vitamin và khoáng chất cùng hàm lượng Protein và Vitamin D cao hơn, Ensure Gold được chứng minh lần nữa giúp tăng cường sức khỏe trong 8 tuần.

www.ensure.com.vn | VPDD: Abbott Laboratories S.A. 2 Ngõ Đức Sĩ, Q.1, TP Hồ Chí Minh | ĐT: 028 382 54551

MỚI

CÔNG THỨC ĐẪU TIÊN trên thế giới với



Thực phẩm bổ sung cho trẻ 2-6 tuổi Similac Eye-Q 4



HỌC HỎI NHANH HƠN

TĂNG CƯỜNG SỨC ĐỀ KHÁNG



BÉ KHỎE HƠN, HỌC HỎI TỐT HƠN

Similac mới với công thức đột phá đầu tiên trên thế giới với 2-FL, HMO, Vitamin E tự nhiên, Lactose & DHA giúp trẻ phát triển não bộ và sức đề kháng.

MỤC LỤC

1. Chốt kiểm soát miễn dịch, điều trị ung thư và giải Nobel 2018 ngành Sinh lý hay Y học.	23
2. Immune checkpoint blockers, cancer therapy and the 2018 Nobel Prize in Physiology or Medicine.....	24
3. Phương Pháp Tiếp Cận Điều Trị Mới Di Căn Não	26
4. Novel Therapeutic Approaches In Brain Metastasis	28
5. Xây Dựng Mô Hình Quản Lý Hen-COPD Tại Địa Phương Kết Hợp Sức Mạnh Của Hội Chuyên Ngành, Hệ Thống Y Tế Và Bảo Hiểm Y Tế.....	30
6. Asthma - COPD Management Approach: Joint Effort Of Profesional Soceity, Health Care System And Health Inssurance.....	31
7. Hệ thống phân phối nicotine điện tử.....	34
8. Electronic nicotine delivery systems.	34
9. Sàng lọc ung thư phổi.....	35
10. Lung Cancer Screening	35
11. Tác Nhân Vi Sinh Gây Nhiễm Trùng Hô Hấp Dưới Cộng Đồng Cấp Tính Không Nhập Viện - Kết Quả Từ Nghiên Cứu Eacri	36
12. Microbial pathogens causing acute lower respiratory infections in out patients. The results from eacri study	37
13. Xác Định Tác Nhân Vi Sinh Gây Bệnh Và Nhận Xét Hiệu Quả Điều Trị Ngoại Trú Của Amoxicillin/Sulbactam (Bactamox 1g) Trên Bệnh Nhân Nhiễm Khuẩn Hô Hấp Dưới Cấp Tính Cộng Đồng	40
14. Identification Of Pathogenic Microorganisms And Outpatient Treatment Assesment Of Moxicillin/Sulbactam (Bactamox 1g) In Patients With Acute Respiratory Tract Infections....	43
15. Viêm Phổi Liên Quan Đến Chăm Sóc Y Tế - Nên Giữ Hay Bỏ.....	46
16. Healthcare Associated Pneumonia – Preserve Or Discard.....	47
17. Mô hình tiên lượng tử vong bệnh lý nội khoa tại khoa cấp cứu	51
18. Development and validation of a prognostic model for predicting 30-day mortality risk in medical patients in emergency department (ED)	51
19. Vai Trò Colistin Trong Điều Trị Viêm Phổi Bệnh Viện Viêm Phổi Thở Máy Do Vi Khuẩn Đa Kháng Kháng Sinh	53
20. Abstract: Role of colistin in the treatment of HAP and VAP due to MDR pathogens.....	54
21. Cập Nhật Các Kỹ Thuật Vi Sinh Mới Chẩn Đoán Sớm Các Tác Nhân Gây Nhiễm Khuẩn Trong Tình Hình Đa Kháng Hiện Nay.....	56
22. Updating New Techniques Diagnostis Infectious Agents In The Present Situation Multidurg-Resistace.....	57

23. Những Điểm Thay Đổi Mới Trong Hướng Dẫn Chẩn Đoán Điều Trị Viêm Phổi Cộng Đồng Tương Lai.....	59
24. New Changes In Community- Acquired Pneumonia Guideline	59
25. Cập Nhật Điều Trị Ngoại Trú Viêm Phổi Cộng Đồng (CAP) Ở Trẻ Em	62
26. Updates About Outpatient Treatment Of Community-Acquired Pneumonia In Children.....	63
27. Thách thức Hen và Trào ngược dạ dày thực quản	64
28. Asthma and Gastroesophageal reflux disease - Challenge	64
29. Bệnh Phổi Mô Kề Ở Trẻ Em: Cập Nhật Chẩn Đoán, Phân Loại Và Điều Trị.....	67
30. Abstract: Interstitial lung diseases in childhood- Update	67
31. Dị Ứng Thức Ăn Và Bệnh Lý Hô Hấp.....	69
32. Food Allergy And Respiratory Diseases	69
33. Viêm phế quản dai dẳng do vi khuẩn	71
34. Abstract: Protracted Bacterial Bronchitis.....	71
35. Đặc Điểm Dịch Rửa Phế Quản Phế Nang Qua Nội Soi Phế Quản Của Trẻ Viêm Phổi Tại Bệnh Viện Nhi Đồng 2.....	74
36. Characteristics Of Bronchoalveolar Lavage (Bal) Fluid Through Flexible Fiberoptic Bronchoscopy In Children With Pneumoniae At Children Hospital 2	74
37. ARDS: what is new?	76
38. ARDS: what is new?	77
39. Nội soi phế quản trong thời đại đột biến gen miễn dịch ung thư.....	80
40. Bronchoscopy in the era of gene mutation and immunologic feature of cancer Nội soi phế quản trong thời đại đột biến gen miễn dịch ung thư.....	81
41. Cơ chế phân tử và tế bào trong ung thư phổi.....	82
42. Molecular and cellular mechanisms of lung Cancer	83
43. Tránh bỏ sót trong chẩn đoán ung thư phổi trong thực hành lâm sàng.....	84
44. AVOID MISSING IN LUNG CANCER DIAGNOSIS	84
45. Cập nhật các xét nghiệm sinh học phân tử dành cho ung thư phổi	87
46. Updated molecular biology testing for lung cancer	88
47. Cập nhật thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch từ Hội nghị ung thư phổi thế giới 2018 ...	89
48. Updates about the immunecheckpoint inhibitor in World conference in lung cancer 2018 .	90
49. Xạ Trị Hủy U Có Định Vị (SABR): Cách Mạng Trong Điều Trị Ung Thư Phổi Di Căn Hạn Chế ...	91
50. STEREOTACTICABLATIVE RADIOTHERAPY (SABR): REVOLUTION IN TREATMENT OF LUNG OLIGOMETASTASES	92
51. Biểu Hiện Tại Phổi Của Một Số Bệnh Tự Miễn	93
52. LUNG MANIFESTATIONS IN SOME AUTOIMMUNE DISEASES	93
53. CA LÂM SÀNG XƠ PHỔI MÔ KỀ VÔ CĂN.....	95

54. Tóm tắt: Case study of idiopathic pulmonary fibrosis.....	96
55. Chiến lược chấm dứt bệnh lao. Từ tổ chức y tế thế giới đến Thành Phố Hồ Chí Minh	97
56. The End Tb Strategy: From WHO To Ho Chi Minh City.....	97
57. Điều trị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với CPAP/BiPAP trên thực hành lâm sàng.....	99
58. Management of Obstructive Sleep Apnea with CPAP/BiPAP in Clinical Practice	99
59. Nghiên cứu STREAM giai đoạn 1: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, không thua kém để lượng giá phác đồ điều trị ngắn hạn ở bệnh nhân lao kháng đa thuốc	102
60. STREAM I study: A randomised non-inferiority trial to evaluate a short standardized regimen for the treatment of rifampicin-resistant TB.....	103
61. Cập Nhật Chẩn Đoán Và Điều Trị Giãn Phế Quản.....	104
62. Update In Diagnosis And Management Of Bronchiectasis	104
63. Vai Trò Can Thiệp Nội Mạch Trong Điều Trị Ho Ra Máu Nặng	107
64. The Role Of Endovascular Treatment For Massive Hemoptysis	107
65. Cập Nhật Hướng Dẫn GOLD 2019	109
66. Update On GOLD 2019 Report	110
67. Giá trị của test hồi phục phế quản trong chẩn đoán và điều trị COPD	113
68. Bronchodilator reversibility test in diagnosis and management of COPD.....	113
69. PHÁT HIỆN SỚM BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD): Nên thực hiện ngay từ đợt cấp lần đầu.....	114
70. Early detection of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): It should be done right after the first acute exacerbation	114
71. Điều Trị Oxy Dài Hạn Ở Bệnh Nhân COPD – Thực Trạng Và Cách Xử Trí.....	117
72. Longterm Oxygen Therapy In COPD Patients – Reality And Management.....	117
73. KHOA HỌC VÀ THỰC CHỨNG TRONG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ COPD NGÀY NAY.....	119
74. SCIENCE AND REALIZATION IN COPD MANAGEMENT AND TREATMENT NOWADAYS.	119
75. BỆNH HÔ HẤP KÍCH PHÁT BỞI ASPIRIN/NSAID: CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ.....	121
76. ASPIRIN/NSAID -EXACERBATED RESPIRATORY DISEASE: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT .	121

Chốt kiểm soát miễn dịch, điều trị ung thư và giải Nobel 2018 ngành Sinh lý hay Y học.

GS TS Đinh Xuân Anh Tuấn

Bệnh viện Cochin, Đại học Paris Descartes

Hai vị nghiên cứu gia tiên phong trong việc phát hiện ra cơ chế hoạt hóa tế bào T gây độc và phát triển các kháng thể ngăn chặn hiện tượng kiềm hãm tế bào lympho T, là Giáo sư James Allison, Hoa Kỳ, và Giáo sư Tasuku Honjo, Nhật Bản, gần đây vừa được trao giải thưởng Nobel 2018 ngành Sinh lý hay Y học bởi Hội đồng Nobel ở Viện Karolinska, Stockholm, Thụy Điển [1]. Sự phát triển của ung thư liên quan đến hiện tượng ức chế miễn dịch: các tế bào ung thư phát triển trên bệnh nhân nhiễm HIV hoặc người bệnh điều trị ức chế miễn dịch sau ghép tạng [2]. Miễn dịch liệu pháp đã được sử dụng hơn một trăm năm nay thông qua các cố gắng thực hiện trên bệnh nhân nhiễm trùng nhằm mục đích hoạt hóa hệ thống miễn dịch, đến lượt nó sẽ tiêu diệt các tế bào ác tính. Hoạt hóa tế bào T đòi hỏi các thụ thể trên tế bào T gắn kết với các cấu trúc trên các tế bào miễn dịch khác nhận ra đây là tế bào “lạ”. Giáo sư James Allison đã chứng minh CTLA-4 có tác dụng kiềm hãm tế bào T khi ức chế chất gia tốc này [3]. Kết quả là, các kháng thể kháng trực tiếp CTLA-4 sẽ ức chế chức năng kiềm hãm và dẫn đến hoạt hóa tế bào T để có thể giúp các tế bào T này hồi phục khả năng tiêu diệt các tế bào ung thư. Một vài năm trước phát hiện của Giáo sư Allison, Giáo sư Tasuku Honjo khám phá ra PD-1, một loại protein khác biểu hiện trên bề mặt tế bào T và đã cho thấy được ở PD-1, tương tự như CTLA-4, chức năng kiềm hãm tế bào T, nhưng theo một cơ chế hoạt động khác. Khi nghiên cứu hiện tượng chết theo chương trình ở chuột “hybridoma” và các nguyên bào tạo máu, giáo sư Honjo và nhóm nghiên cứu đã xác định một loại gen mà họ đặt tên là “programmed death 1 gene (PD-1 gene)” mã hóa cho một loại thụ thể bề mặt của siêu họ globulin miễn dịch [4]. Sau đó, các nhà nghiên cứu này khám phá ra một loại ligand (PD-L1) là một thành viên trong gia đình tế bào trình diện kháng nguyên có tác dụng ức chế đáp ứng tế bào T CD8 [5]. Tiếp đến, người ta tìm thấy các tế bào ung thư biểu hiện ligand chết theo chương trình 1 hoặc 2 (PD-L1, PD-L2) trên bề mặt gắn kết với các thụ thể chết theo chương trình 1 trên tế bào T CD8 và từ đó sử dụng hệ thống ức chế miễn dịch tự nhiên để bất hoạt các tế bào T CD8. Như một hệ quả các kháng thể kháng PD-1 hoặc PD-L1 có thể hồi phục khả năng miễn dịch của các tế bào T CD8 và qua đó có được khả năng tấn công và tiêu diệt các tế bào ung thư. Nhờ vào các công trình tiên phong của Giáo sư Allison, Giáo sư Honjo và cộng sự, việc sử dụng chốt kiểm soát miễn dịch đã được chấp thuận cho các ứng dụng lâm sàng tiêu chuẩn trong nhiều loại u ác tính, bao gồm ung thư phổi, ung thư thận, lymphoma và melanoma.

References

1. <https://www.nobelprize.org/uploads/2018/10/advanced-medicineprize2018.pdf>
2. Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* 2007; 370: 59-67.
3. Leach DR, Krummel MF, Allison JP. Enhancement of antitumor immunity by CTLA-4 blockade. *Science* 1996; 271: 1734-6.
4. Ishida Y, Agata Y, Shibahara K, Honjo T. Induced expression of PD-1, a novel member of the immunoglobulin gene superfamily, upon programmed cell death. *EMBO J* 1992; 11: 3887-95.
5. Iwai Y, Ishida M, Tanaka Y, Okazaki T, Honjo T, Minato N. Involvement of PD-L1 on tumor cells in the escape from host immune system and tumor immunotherapy by PD-L1 blockade. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002; 99: 12293-7.

Immune checkpoint blockers, cancer therapy and the 2018 Nobel Prize in Physiology or Medicine

*Prof. Anh Tuan DINH-XUAN, MD, PhD,
Cochin Hospital, Paris Descartes University*

The pioneers who discovered the mechanisms for activation of cytotoxic T-cells and developed antibodies which inactivate the T-cell brakes, professor James Allison, USA, and professor Tasuku Honjo, Japan, have recently been awarded the Nobel Prize in Physiology or Medicine 2018 by the Nobel Assembly at Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden [1]. Cancer development is likely associated with immune suppression: cancer develops in patients with HIV infection or patients on immune suppressive therapy after organ transplantations [2]. Immunotherapy has been used for more than a century, and attempts were made to infect patients with bacteria to activate their immune system which in turn will kill the malignant cells. Activation of T cells requires that the T-cell receptor binds to structures on other immune cells recognized as “non-self”. A protein functioning as a T-cell accelerator is also required for T cell activation. Prof. James Allison has demonstrated CTLA-4 functions as a brake on T cells that inhibits the function of the accelerator [3]. Consequently, antibodies directed against CTLA-4 block the function of the brake leading to activation of T cells and eliminate cancer cells. A few years before Allison’s discovery, Prof. Tasuku Honjo discovered PD-1, another protein expressed on the surface of T-cells, and showed that PD-1, similar to CTLA-4, functions as a T-cell brake, but operates by a different mechanism. When studying programmed cell death in a murine hybridoma and hematopoietic progenitor cell line, Prof. Honjo and his group identified a gene they termed programmed death 1 gene (PD-1 gene) coding for a surface receptor of the Immunoglobulin superfamily [4]. They then discovered a ligand (PD-L1) as a member of the B7 family on antigen presenting cells that dampen the CD8 T-cell response [5]. Later, it was found that cancer cells express programmed death 1 or 2 ligands (PD-L1, PD-L2) on the surface which bind to programmed death 1 (PD-1) receptors on CD8 T-cells and thereby use the natural immune damping system to inactivate CD8 T-cells. As a consequence antibodies against PD-1 or PD-L1 can restore the immune power of CD8 T-cells which then regain their ability to attack and eliminate tumor cells. Thanks to the pioneer works of Prof. Allison and Honjo and their colleagues, the use of immune checkpoint blockers has now been approved for standard clinical use in many types of malignant tumors, including lung cancer, renal cancer, lymphoma and melanoma.

References

1. <https://www.nobelprize.org/uploads/2018/10/advanced-medicineprize2018.pdf>
 2. Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* 2007; 370: 59-67.
 3. Leach DR, Krummel MF, Allison JP. Enhancement of antitumor immunity by CTLA-4 blockade. *Science* 1996; 271: 1734-6.
 4. Ishida Y, Agata Y, Shibahara K, Honjo T. Induced expression of PD-1, a novel member of the immunoglobulin gene superfamily, upon programmed cell death. *EMBO J* 1992; 11: 3887-95.
- Iwai Y, Ishida M, Tanaka Y, Okazaki T, Honjo T, Minato N. Involvement of PD-L1 on tumor cells in the escape from host immune system and tumor immunotherapy by PD-L1 blockade. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002; 99: 12293-7.

Truyền tinh mạch
Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

TIENAM

Impenem và Cloxacillin sodium
KHÁNG SINH PHỔ DỘNG

THÔNG TIN SƠ LƯỢC
TIENAM (Impenem và Cloxacillin sodium) 500mg Impenem và 500mg Cloxacillin

CHỈ ĐỊNH
Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm được trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn đường hô hấp, Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, Nhiễm khuẩn khớp, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Tài liệu thông tin chi tiết của TIENAM được đưa trên tài liệu chất lượng dược phẩm của TIENAM và có thể truy cập tại địa chỉ: www.tienam.com.
Đối với các bệnh nhân có chức năng thận bình thường, liều dùng TIENAM là 1,7g (500mg Impenem và 500mg Cloxacillin) 4 lần/ngày, chia làm 4 lần, sau bữa ăn, uống với nước, uống với sữa, 1 lần mỗi ngày, với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm được trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn đường hô hấp, Nhiễm khuẩn khớp, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn tai mũi họng, Nhiễm khuẩn răng miệng, Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:
Nhiễm khuẩn trong ổ bụng
Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa
Nhiễm khuẩn khớp
Nhiễm khuẩn mắt
Nhiễm khuẩn tai mũi họng
Nhiễm khuẩn răng miệng
Nhiễm khuẩn da và mô mềm
Viêm nội tâm mạc

MSD

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

TIENAM

Impenem và Cloxacillin sodium
KHÁNG SINH PHỔ DỘNG

THÔNG TIN SƠ LƯỢC
TIENAM (Impenem và Cloxacillin sodium) 500mg Impenem và 500mg Cloxacillin

CHỈ ĐỊNH
Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm được trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn đường hô hấp, Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, Nhiễm khuẩn khớp, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Tài liệu thông tin chi tiết của TIENAM được đưa trên tài liệu chất lượng dược phẩm của TIENAM và có thể truy cập tại địa chỉ: www.tienam.com.
Đối với các bệnh nhân có chức năng thận bình thường, liều dùng TIENAM là 1,7g (500mg Impenem và 500mg Cloxacillin) 4 lần/ngày, chia làm 4 lần, sau bữa ăn, uống với nước, uống với sữa, 1 lần mỗi ngày, với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm được trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn đường hô hấp, Nhiễm khuẩn khớp, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn tai mũi họng, Nhiễm khuẩn răng miệng, Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:
Nhiễm khuẩn trong ổ bụng
Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa
Nhiễm khuẩn khớp
Nhiễm khuẩn mắt
Nhiễm khuẩn tai mũi họng
Nhiễm khuẩn răng miệng
Nhiễm khuẩn da và mô mềm
Viêm nội tâm mạc

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

TIENAM

Impenem và Cloxacillin sodium
KHÁNG SINH PHỔ DỘNG

THÔNG TIN SƠ LƯỢC
TIENAM (Impenem và Cloxacillin sodium) 500mg Impenem và 500mg Cloxacillin

CHỈ ĐỊNH
Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm được trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn đường hô hấp, Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, Nhiễm khuẩn khớp, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Tài liệu thông tin chi tiết của TIENAM được đưa trên tài liệu chất lượng dược phẩm của TIENAM và có thể truy cập tại địa chỉ: www.tienam.com.
Đối với các bệnh nhân có chức năng thận bình thường, liều dùng TIENAM là 1,7g (500mg Impenem và 500mg Cloxacillin) 4 lần/ngày, chia làm 4 lần, sau bữa ăn, uống với nước, uống với sữa, 1 lần mỗi ngày, với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm được trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn đường hô hấp, Nhiễm khuẩn khớp, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn tai mũi họng, Nhiễm khuẩn răng miệng, Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, Nhiễm khuẩn mắt, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:
Nhiễm khuẩn trong ổ bụng
Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa
Nhiễm khuẩn khớp
Nhiễm khuẩn mắt
Nhiễm khuẩn tai mũi họng
Nhiễm khuẩn răng miệng
Nhiễm khuẩn da và mô mềm
Viêm nội tâm mạc

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN CÓ CHỨC NĂNG THẬN BÌNH THƯỜNG VÀ TRONG LIỀU CỐ ĐỊNH > 70KG*

Mức độ nhiễm khuẩn	Liều (Impenem)	Thời gian điều trị	Tổng liều hàng ngày
Mild	200mg	6 giờ	1g
Moderate	300mg	6 giờ	1,5g
Severe	1000mg	12 giờ	2g
Nặng - Viêm nội tâm mạc cấp tính hoặc Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa cấp tính hoặc Nhiễm khuẩn răng miệng cấp tính hoặc Nhiễm khuẩn mắt cấp tính	500mg	6 giờ	2g
Nặng và hoặc do cấu trúc màng của ổ nhiễm khuẩn nặng cấp tính hoặc Nhiễm khuẩn răng miệng cấp tính	1000mg	6 giờ	3g
Nhiễm khuẩn mắt cấp tính	1000mg	6 giờ	4g

LƯU Ý: Tổng liều TIENAM trong ngày được cân nhắc dựa trên:
* Loại nhiễm khuẩn hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn.
* Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn.
* Chức năng thận.
* Trọng lượng cơ thể.
* Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine < 5ml/phút/1,73 m² không nên dùng TIENAM trừ khi được điều chỉnh liều lượng trong vòng 48 giờ.
* Do hoạt tính kháng khuẩn của TIENAM cao, nên tổng liều ngày của TIENAM được khuyến cáo không vượt quá 50mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo mức độ nặng của bệnh.
* Cần giảm liều cho bệnh nhân có trọng lượng < 70kg.

LIỀU DÙNG TIENAM CHO TRẺ EM VÀ TRẺ SƠ SINH*

Cân nặng	Liều dùng
> 40kg	Như người lớn
< 40kg	Liều dùng theo tháng tuổi
> 3 tháng	< 3 tháng (tần số > 1500g)
15-25mg/kg/tần mỗi 6g*	1 tuần tuổi - 1-1 tuần tuổi
25mg/kg mỗi 12g*	25mg/kg mỗi 12h*
	25mg/kg mỗi 12h*
	25mg/kg mỗi 6h*

* Liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài thân kết hợp trong ổ
* Không dùng TIENAM cho các bệnh nhân có thể trọng dưới 30 kg cho các chức năng thận.
* TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não. Nếu nghi ngờ viêm màng não, nên sử dụng kháng sinh thích hợp.
* TIENAM có thể dùng ở trẻ em bị nhiễm khuẩn nặng nếu không có nghi ngờ viêm màng não.

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN SUY THẬN VÀ/HOẶC TRONG LIỀU CỐ ĐỊNH < 70KG*

Chỉ số creatinine (mg/dL)	Chỉ số creatinine (μmol/L)	Liều dùng (Impenem/Cloxacillin)	Tần số	Tổng liều hàng ngày
> 1,5	> 133	500mg/500mg	4 lần/ngày	2g
1,0 - 1,5	89 - 133	500mg/500mg	3 lần/ngày	1,5g
0,5 - 1,0	44 - 89	500mg/500mg	2 lần/ngày	1g
< 0,5	< 44	500mg/500mg	1 lần/ngày	0,5g

LƯU Ý: Tổng liều TIENAM trong ngày được cân nhắc dựa trên:
* Loại nhiễm khuẩn hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn.
* Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn.
* Chức năng thận.
* Trọng lượng cơ thể.
* Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine < 5ml/phút/1,73 m² không nên dùng TIENAM trừ khi được điều chỉnh liều lượng trong vòng 48 giờ.
* Do hoạt tính kháng khuẩn của TIENAM cao, nên tổng liều ngày của TIENAM được khuyến cáo không vượt quá 50mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo mức độ nặng của bệnh.
* Cần giảm liều cho bệnh nhân có trọng lượng < 70kg.

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

MSD ANTIBIOTIC

Merck Sharp & Dohme (MSD) Ltd.
Pharmaceutical Division, 100 Brookside Drive, Kenilworth, NJ, USA
Pharmaceutical Division, 100 Brookside Drive, Kenilworth, NJ, USA

VPHO MERCK SHARP & DOHME (ASIA) LTD., VIỆT NAM
Số 100 Brookside Drive, Kenilworth, NJ, USA
Pharmaceutical Division, 100 Brookside Drive, Kenilworth, NJ, USA

Phương Pháp Tiếp Cận Điều Trị Mới Di Căn Não

GS.TS.BS. Trần Dũng (David)(*)

Di căn não là kết quả tàn khốc của nhiều loại ung thư ngoài sọ, đặc biệt là ung thư phổi, để lại tác động sâu sắc đến chức năng thần kinh, chất lượng cuộc sống và khả năng sống sót, không phụ thuộc vào tình trạng bệnh hệ thống. Khoảng 12% bệnh nhân bị ung thư ngoài sọ sẽ bị di căn não tại thời điểm chẩn đoán ung thư ban đầu, và nhiều bệnh nhân khác sẽ bị di căn não trong quá trình điều trị bệnh. Trong số tất cả các loại ung thư, ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (UTP KTBN) chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tất cả các trường hợp di căn não, vì khoảng 25% bệnh nhân UTP KTBN sẽ phát triển ít nhất một tổn thương trong sọ. Hóa trị hiếm khi vượt qua hàng rào máu não (BBB) và do đó, phương pháp điều trị duy nhất hiện có cho di căn não là xạ trị phân liều (RT), xạ phẫu (SRS) và phẫu thuật cắt bỏ. Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị ung thư nói chung, sự sống sót trung bình ở bệnh nhân di căn não vẫn ảm đạm, trung bình từ 6 đến 12 tháng. Do đó, có một nhu cầu cấp thiết cho các liệu pháp tốt hơn và an toàn hơn cho di căn não. Cuối cùng, một số phương pháp mới gần đây đã cho thấy kết quả đầy hứa hẹn ở những bệnh nhân bị di căn não:

1) Liệu pháp miễn dịch, cụ thể là thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch, đã cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót ở một số bệnh nhân mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ, u hắc tố và ung thư biểu mô thận. Tuy nhiên, đáp ứng nội sọ ở bệnh nhân di căn não hầu hết chỉ thoáng qua và được chứng tỏ chỉ ở một nửa số bệnh nhân và chỉ 25% trong số những bệnh nhân này có đáp ứng hoàn toàn. Hiệu quả kém này là do một phần lớn nhờ vào môi trường khác biệt miễn dịch của hệ thần kinh trung ương được BBB che chở để tạo ra một vi môi trường khối u bị ức chế miễn dịch cao. Để khắc phục môi trường bảo vệ, ức chế miễn dịch của não để làm nhạy cảm di căn não với liệu pháp miễn dịch, một số phương pháp mới đã được phát triển, bao gồm ức chế tế bào ức chế miễn dịch nội sọ, vượt qua các rào cản niêm chùng bằng cách sử dụng chuyên giao tế bào T con nuôi hoặc tạo ra tình trạng chùng ngừa tại chỗ bằng các kỹ thuật vật lý, vd phá vỡ BBB nhắm đích, xạ trị, liệu pháp nhiệt kế laser và các trường điều trị khối u.

2) Y học chính xác cá thể hóa được kích hoạt bởi cuộc cách mạng genomics đã chứng tỏ ứng dụng lâm sàng quan trọng đặc biệt là trong UTP KTBN. Các tế bào di căn não chứa những thay đổi di truyền và biểu hiện gen mới, độc đáo so với những tế bào trong khối u ngoài sọ. Trên thực tế, tỷ lệ phù hợp đột biến gen giữa 2 khoang này chỉ dao động từ 60-90%, do đó cung cấp các phương pháp điều trị mới cho di căn não. Những thay đổi đặc thù của não, cả di truyền và biểu hiện gen,

tạo ra các tế bào di căn với khả năng thâm nhập BBB, sống sót trong nhu mô não và chiếm đoạt mạng lưới tế bào và tín hiệu của nó để phát triển và phát triển thành di căn não, không phụ thuộc vào tình trạng bệnh hệ thống. Các công nghệ trí tuệ nhân tạo sáng tạo và mạnh mẽ đang bắt đầu mở khóa những khác biệt này và tạo điều kiện cho các chiến lược mới là phát triển những phương pháp điều trị đặc hiệu di căn não.

Nhìn chung, những phát triển mới này cung cấp những lý do thuyết phục cho liệu pháp phối hợp có khả năng chữa trị đối với di căn não và hứa hẹn sẽ cách mạng hóa phương pháp trị liệu của chúng ta đối với căn bệnh ghê gớm này.

Novel Therapeutic Approaches In Brain Metastasis

*Professor David TRAN
M.D., Ph.D.(*)*

Brain metastasis is a devastating result of many types of extra-cranial cancer, especially lung cancer, leaving a profound impact on neurologic function, quality of life and overall survival, independent of the status of systemic disease. Approximately 12% of patients with an extra-cranial cancer will have brain metastasis at the time of initial cancer diagnosis, and many more patients will develop brain metastasis during the course of their disease. Among all carcinomas, non-small cell lung cancer (NSCLC) accounts for the largest share of all brain metastasis cases, as about 25% NSCLC patients will develop at least one detectable intra-cranial lesion. Chemotherapy seldom crosses the blood brain barrier (BBB) and therefore, the only viable existing therapies for brain metastasis are fractionated radiotherapy (RT), stereotactic radiosurgery (SRS) and surgical resection. Despite advances in the treatment for cancer overall, the median survival in patients with brain metastasis remains dismal, averaging between 6 and 12 months. Therefore, there is a pressing need for better and safer therapies for brain metastasis. To that end, several recent novel methods have shown promising results in patients with brain metastasis:

1) Immunotherapy, specifically immune checkpoint inhibitors, has significantly improved survival in certain patients with NSCLC, melanoma and renal carcinoma. However, intra-cranial responses in patients with brain metastasis were mostly transient and demonstrated in half of these patients, and only 25% of these patients had a complete response. This poor efficacy is due in large part to the immune distinct milieu of the CNS sheltered by the BBB to produce a highly immunosuppressed tumor microenvironment. To overcome the protective, immunosuppressive environment of the brain to sensitize brain metastasis to immunotherapy, several novel approaches have been developed, including inhibiting intra-cranial immunosuppressive cells, overcoming vaccination barriers using adoptive T cell transfers, or creating an in situ vaccination condition using physical techniques, e.g. targeted disruption of the BBB, radiotherapy, laser interstitial thermal therapy, and tumor-treating fields.

2) Personalized precision medicine enabled by the genomics revolution has demonstrated significant clinical utility especially in NSCLC. Brain metastatic cells harbor new, unique genetic and epigenetic alterations compared to those in extra-cranial tumors. In fact, the genetic mutational

concordance rates between these 2 compartments range from only 60-90%, thus providing new therapeutic avenues for brain metastasis. These brain-specific alterations, both genetic and epigenetic, endow metastatic cells with the ability to penetrate the BBB, survive in the brain parenchyma, and usurp its cellular and signaling networks to thrive and develop into brain metastases, independent of the systemic disease status. Innovative and powerful artificial intelligence technologies are beginning to unlock these differences and enable new strategies to develop brain metastasis-specific treatment.

Overall, these new developments provide compelling rationales for potentially curative combinatorial therapy for brain metastasis and promise to revolutionize our therapeutic approaches for this formidable disease.

() Chief, Division of Neuro-Oncology
Associate Director, Preston A. Wells, Jr. Center for Brain Tumor Therapy
Department of Neurosurgery, McKnight Brain Institute
The University of Florida College of Medicine and. UFHealth Cancer Center*

Xây Dựng Mô Hình Quản Lý Hen-COPD Tại Địa Phương Kết Hợp Sức Mạnh Của Hội Chuyên Ngành, Hệ Thống Y Tế Và Bảo Hiểm Y Tế

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

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

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

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

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

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

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

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

Asthma - COPD Management Approach: Joint Effort Of Profesional Society, Health Care System And Health Insurance

*A/prof. Nguyen Viet Nhung, MD., PhD.
Director, National Lung Hospital
President, Viet Nam Association against TB and Lung Diseases*

Asthma and COPD are chronic lung diseases but commonly with disorders of the whole body system and comorbidities.

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

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

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

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

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

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

BÌNH XỊT HẠT MỊN RESPIMAT

Hướng dẫn sử dụng hàng ngày



XOAY

- Giữ nắp đóng trong khi thao tác.
- XOAY phần đế trong suốt theo hướng mũi tên trên nhãn cho đến khi nghe thấy tiếng "cách" (xoay nửa vòng).



MỞ

- MỞ nắp cho đến khi khớp được mở hoàn toàn.



ẤN

- Thở ra từ từ và hết sức.
- Ngậm môi vào đầu ống ngậm nhưng không che lỗ thông khí.
- Trong khi hít vào chậm và sâu bằng miệng, Ấn nút phun thuốc và tiếp tục hít vào.
- Ngừng thở trong 10 giây hoặc trong thời gian lâu nhất mà bạn vẫn cảm thấy thoải mái.
- Lặp lại bước Xoay, Mở, Ấn để có tổng cộng 2 nhát xịt

BÌNH XỊT HẠT MỊN RESPIMAT

Chuẩn bị cho lần sử dụng đầu tiên



1. THÁO RỜI PHẦN ĐỂ TRONG SUỐT

Giữ nắp bình xịt đóng trong khi thao tác. Dùng một tay ấn vào chốt an toàn, đồng thời kéo mạnh phần đế trong suốt ra bằng tay còn lại.



2. LẮP ỐNG THUỐC

Lắp ống thuốc vào trong bình xịt (phần đầu thuôn hẹp được đưa vào trước). Đặt bình xịt trên một mặt phẳng và ấn mạnh xuống cho đến khi ống thuốc khớp vào đúng vị trí.



3. LẮP LẠI PHẦN ĐỂ TRONG SUỐT

Lắp phần đế trong suốt trở lại đúng vị trí, khi lắp khớp sẽ có một tiếng "cách".



4. XOAY

Giữ nắp bình xịt đóng trong khi thao tác. Xoay phần đế trong suốt theo hướng mũi tên trên nhãn cho đến khi nghe thấy tiếng "cách" (xoay nửa vòng).



5. MỞ

Mở nắp cho đến khi khớp được mở hoàn toàn.



6. ẤN

Hướng bình xịt xuống mặt đất. Ấn nút nhấn phun thuốc. Đóng nắp. Lặp lại bước 4-6 cho đến khi thấy thuốc phun ra. Sau khi thấy thuốc phun ra, lặp lại bước 4-6 thêm 3 lần nữa.

MỘT SỐ THÔNG TIN TÓM TẮT VỀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Phát hiện COPD sớm
và được điều trị
mang lại nhiều kết
quả tốt hơn^{1,2}



COPD giới hạn
đường thông khí ở
phổi, làm cho hít thở
trở nên khó khăn³



Các mục tiêu chính trong quản lý COPD là⁴



Giảm
triệu
chứng



Cải thiện
khả năng
vận động



Nâng cao
chất lượng
cuộc sống



Làm chậm
sự tiến triển
của bệnh



Làm giảm
đợt cấp



Giảm tử
vong

Bệnh nhân COPD cần được
điều trị đúng và có kế hoạch
điều trị phù hợp để họ có thể
cảm thấy khỏe hơn, sống tốt
hơn và để làm chậm lại quá
trình tiến triển của bệnh¹



384 triệu người trên thế
giới mắc COPD⁵



Chưa có liệu pháp chữa khỏi
COPD, nhưng có thể điều trị
được hiệu quả¹



Yếu tố nguy cơ chính dẫn tới COPD
là **hút thuốc lá** nhưng các tác nhân
môi trường như ô nhiễm, khí đốt
cũng có thể ảnh hưởng¹

References: 1. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Patients and Advocacy Groups. Available at: <http://gobcopd.org/patients-advocacy-groups/>. Last accessed: August 2017. 2. Maepel D W, et al. Severity of COPD at initial spirometry-confirmed diagnosis: data from medical charts and administrative claims. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2011; 6: 573-581. 3. Calverley P. Review COPD: what is the unmet need? Br J Pharmacol. 2008; 115: 487-493. 4. WHO. COPD management. Available at: <http://www.who.int/respiratory/copd/management/en/>. Last accessed: August 2017. 5. Adhikari D, et al. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. Journal of Global Health. 2015 Dec; 9(2).

Relevant posters being presented at ERS: Ferguson, G et al. The impact of grouping patients by the 2017 GOLD COPD strategy on response to therapy: post hoc results from the TONADO tiotropium+olodaterol trials. PA3466. 12 Sept 12:50-14:40. Buhl, R et al. Impact of grouping patients by 2017 GOLD strategy assessment criteria: a post hoc analysis of the TONADO and OTEMFO trials. OA3359. 10 Sept 14:45-16:45. Singh, D et al. Classifying patients as GOLD A-D using the 2017 strategy criteria: impact on efficacy by GOLD stage in the OTEMFO tiotropium+olodaterol clinical trials. PA3617. 12 Sept 12:50-14:40.

MPR-VN-100034

 **Boehringer
Ingelheim**

Hệ thống phân phối nicotine điện tử.

Stephen Kantrow, M.D.

Các hệ thống phân phối nicotine điện tử (ENDS) ban đầu được phát triển để giảm gánh nặng nặng nề của việc đốt lá thuốc lá đối với sức khỏe. Tuy nhiên, có những lo ngại về việc liệu các thiết bị này có thể giúp cai thuốc lá và về độc tính của các hóa chất được đưa vào phổi. Dữ liệu mới về việc sử dụng trong cai thuốc lá có sẵn. Sự phát triển nhanh chóng của ENDS đã dẫn đến việc phát hành các thiết bị chưa được thử nghiệm trên thị trường. Chúng tôi sẽ thảo luận về trải nghiệm với ENDS ở các quốc gia sử dụng cao bao gồm Hoa Kỳ và Vương quốc Anh và xem xét các mối nguy hiểm cũng như lợi ích tiềm năng của các thiết bị mới này.

Electronic nicotine delivery systems.

Stephen Kantrow, M.D.

Electronic nicotine delivery systems (ENDS) were initially developed to decrease the heavy burden of tobacco leaf combustion on health. However, there are concerns about whether these devices can help with smoking cessation and about toxicity of chemicals delivered to the lungs. New data about use in smoking cessation are available. The rapid evolution of ENDS has led to release of untested devices on the market. We will discuss the experience with ENDS in high use countries including the US and UK, and review dangers and potential benefits of these new devices.

Sàng lọc ung thư phổi

Stephen Kantrow, M.D.

Sàng lọc ung thư phổi dễ bị sai lệch quan trọng có thể khắc phục bằng thiết kế nghiên cứu. Chúng tôi sẽ xem xét kết quả của Thử nghiệm sàng lọc phổi quốc gia lớn ở Mỹ, trong đó chú ý đến các hiệu ứng sàng lọc theo loại tế bào. Tiếp theo, chúng tôi sẽ xem xét các nguyên tắc đánh giá rủi ro và thuật toán chẩn đoán dựa trên CT (LUNG-RADS) đối với các nốt đặc và kính mờ, bao gồm cả việc áp dụng quét PET / CT ở những bệnh nhân này. Cuối cùng, chúng tôi sẽ xem xét các thành tố chính của sàng lọc ung thư phổi thành công và xem xét dịch tễ học ung thư phổi ở các quốc gia khác nhau có thể ảnh hưởng đến kết quả như thế nào.

Lung Cancer Screening

Stephen Kantrow, M.D.

Screening for lung cancer is susceptible to important biases that can be overcome by study design. We will review the results of the large National Lung Screening Trial in the US, with attention to screening effects by cell type. Next we will review principles of CT based risk assessment and diagnostic algorithms (Lung-RADS) for solid and ground glass nodules, including the application of PET/CT scanning in these patients. Finally, we will review key elements of successful lung cancer screening and consider how lung cancer epidemiology in different countries may affect the results.

Tác Nhân Vi Sinh Gây Nhiễm Trùng Hô Hấp Dưới Cộng Đồng Cấp Tính Không Nhập Viện - Kết Quả Từ Nghiên Cứu Eacri

P.H.Vân^{1,7*}, N.V.Thành², T.V.Ngọc³, N.Đ.Duy⁴, L.T.T.Huong⁵, C.T.M.Thúy⁶, L.T.K.Thảo¹,
N.T.H.Thảo¹, P.T.Hương⁸, P.Q.Camelia⁹, P.T.Sơn⁹

Tóm tắt

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

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

Đối tượng và phương pháp: Đây là nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện đa trung tâm với sự tham gia của 4 trung tâm lâm sàng và 1 phòng thí nghiệm trung tâm. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được lâm sàng chẩn đoán là nhiễm trùng hô hấp dưới cấp tính không cần thiết phải nhập viện và có đủ các tiêu chuẩn đưa vào cũng như đồng ý tham gia nghiên cứu. Mẫu bệnh phẩm được làm xét nghiệm là mẫu đàm và phương pháp xét nghiệm là nuôi cấy và real-time PCR để phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh. Ngoài ra mẫu quét mũi sau cũng được lấy để làm xét nghiệm real-time PCR phát hiện tác nhân virus. Các tác nhân vi khuẩn phân lập được cũng được làm kháng sinh đồ tìm MIC bằng phương pháp vi pha loãng theo chuẩn mực CLSI 2018.

Kết quả và bàn luận: Trong thời gian từ 1/2017 đến 7/2018 đã có 232 mẫu đàm lấy từ 232 bệnh nhân được khảo sát. Phối hợp cả hai kết quả nuôi cấy và real-time PCR thì có đến 218 (94%) trường hợp phát hiện được tác nhân vi sinh gây bệnh trong đó phát hiện đơn tác nhân là 41 trường hợp (17.8%) với *H. influenzae* chiếm đa số là 18 (7.8%) và *S. pneumoniae* là 12 (5.2%) và phát hiện đa tác nhân trong 177 trường hợp chiếm tỷ lệ 76.3% với đa số là có hiện diện *S. pneumoniae* và hay *H. influenzae* hoặc là phối hợp với nhau hoặc là phối hợp với tác nhân khác. Kết quả cũng cho thấy có một tỷ lệ đáng kể phát hiện được tác nhân virus (22.7%) và tác nhân vi khuẩn không điển hình (10.8%) nhưng thường là phối hợp với tác nhân khác chứ rất ít khi là đơn tác nhân. Kết quả nghiên cứu cũng cho đánh giá được hiệu quả của phương pháp nuôi cấy và phương pháp vi sinh trong phát hiện các tác nhân vi sinh gây bệnh. Tình hình đề kháng các kháng sinh của 148 chủng *H. influenzae*, 68 chủng *S. pneumoniae*, và 22 chủng *K. pneumoniae* phân lập được trong nuôi cấy cũng được ghi nhận và phân tích.

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

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

Microbial pathogens causing acute lower respiratory infections in out patients. The results from eacri study

P.H.Vân^{2,7*}, N.V.Thành², T.V.Ngọc³, N.Đ.Duy⁴, L.T.T.Huong⁵, C.T.M.Thúy⁶, L.T.K.Thảo¹,
N.T.H.Thảo¹, P.T.Hương⁸, P.Q.Camelia⁹, P.T.Son⁹

Abstract

Background: There are currently no data available on microbiological pathogens causing acute lower respiratory infections in out-patients because they are not indicated for microbiological testing, whereas such data are necessary to help the doctor to prescribe antibiotic treatment correctly

Main aims: Use of culture methods and real-time PCR to detect microbial pathogens present in reliable sputum samples that was obtained from patients who were clinically diagnosed with acute lower respiratory tract infection out-patients.

Objectives and methods: This is a cross-sectional, multicenter, prespective study with the participation of four clinical centers and one central laboratory. Patients aged 16 years and older who were clinically diagnosed with acute lower respiratory infection were not required to be admitted to the hospital and were eligible for inclusion as well as consent to participate in the study. Specimens to be tested are the sputa and the test method is culture and real-time PCR for the detection of pathogenic micro-organisms. In addition, post-nasal swab are also collected for real-time PCR detection of the virus. The isolates from culture were carried-out the antibiotic susceptibility testing using microdilution method to detect the MIC according to CLSI 2018.

Results and discussions: In the period from 1/2017 to 7/2018, 232 samples were obtained from 232 patients. Combining both culture and real-time PCR results, microbial pathogens were detected from 218 (94%) cases, with 41 (18.7%) were mono-pathogens in which *S. pneumoniae* was detected in 12 (5.2%) and *H. influenzae* in 18 (7.8%) case, multi-pathogen were detected in 177 (76.3%) cases, with the majority were *S. pneumoniae* combined with *H. influenzae* and/or combined with other pathogens, *S.pnemoniae* combined with other pathogens, and *H. influenzae* combine with other pathogens. The results also show that a significant percentage of viral pathogens (22.7%) and atypical bacteria (10.8%) were detected but were usually associated with other pathogens and rarely as single agents. The results of the study also evaluated the effectiveness of culture methods and real-time PCR in the detection of microbial pathogens. The results of the MIC of different antibiotic to 148 *H. influenzae* strains, 68 *S. pneumoniae* strains, and 22 *K. pneumoniae* strains isolated from culture were also reported.

Conclusions: This is the first study to apply culture and real-time PCR in the detection of microbial pathogens that cause acute lower respiratory infections out-patients. This result is a very necessary contribution for clinicians to use in the prescription of of antibiotic treatment and also supply the evidence for the guildline of antibiotic therapy.

Key words: Acute lower respiratory infection pathogens

EACRI: Etiology and Efficacy of AMX/SBT therapy on out-patient with Community-acquired LRTI

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



AUGMENTIN được chỉ định điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm, bao gồm:

- **Nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp trên (gồm cả tai-mũi-họng)** như viêm amidan cấp, viêm xoang cấp, viêm tai giữa cấp
- **Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới** như đợt cấp của viêm phế quản mạn, viêm phổi thùy và viêm phế quản phổi
- **Nhiễm khuẩn tiết niệu** như viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm thận-bể thận
- **Nhiễm khuẩn da và mô mềm** như nốt, áp-xe, viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn vết thương
- **Nhiễm khuẩn xương và khớp** như viêm tủy xương
- **Nhiễm khuẩn răng** như áp-xe ổ răng nặng kèm theo viêm mô tế bào lan tỏa hoặc nhiễm khuẩn răng không đáp ứng với các kháng sinh ban đầu



Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế
0418/2017/XN TT/QLD ngày 10 tháng 01 năm 2018
Ngày in tài liệu 30 tháng 01 năm 2018
Tài liệu này có 02 trang, thông tin chi tiết về
sản phẩm xem ở trang 2



THÔNG TIN KÊ TOA TÓM TẮT

TRÌNH BÀY: AUGMENTIN 625mg: mỗi viên chứa amoxicillin 500 mg, acid clavulanic 125 mg. Dạng bào chế: Viên nén bao film. Hộp 2 vỉ x 7 viên nén

CHỈ ĐỊNH: Augmentin được chỉ định điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm, bao gồm: Nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp trên (gồm cả tai-mũi-họng) như viêm amidan cấp, viêm xoang cấp, viêm tai giữa cấp. Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới như đợt cấp của viêm phế quản mạn, viêm phổi thùy và viêm phế quản phổi. Nhiễm khuẩn tiết niệu như viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm thận-bể thận. Nhiễm khuẩn da và mô mềm như nốt, áp-xe, viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn vết thương. Nhiễm khuẩn xương và khớp như viêm tủy xương. Nhiễm khuẩn răng như áp-xe ổ răng nặng kèm theo viêm mô tế bào lan tỏa hoặc nhiễm khuẩn răng không đáp ứng với các kháng sinh ban đầu.

LIỀU DÙNG: Liều thông thường để điều trị nhiễm khuẩn: Người lớn và trẻ trên 12 tuổi*: Nhiễm khuẩn nhẹ đến vừa: 1 viên 625 mg x 2 lần/ngày; Nhiễm khuẩn nặng: 1 viên 1g x 2 lần/ngày. Có thể bắt đầu bằng đường tiêm truyền và tiếp nối bằng đường uống. Liều dùng cho nhiễm khuẩn răng (như áp-xe ổ răng): Người lớn và trẻ trên 12 tuổi*: 1 viên 625 mg x 2 lần/ngày, dùng trong 5 ngày.* Không khuyến cáo dùng viên 625 mg và 1g cho trẻ 12 tuổi và nhỏ hơn. Liều dùng cho bệnh nhân suy thận: Người lớn: Chỉ nên dùng viên AUGMENTIN 1g cho bệnh nhân có mức lọc cầu thận (CrCl) > 30 ml/phút).

Suy thận nhẹ (CrCl >30ml/phút)	Suy thận trung bình (CrCl: 10-30ml/phút)	Suy thận nặng (CrCl <10ml/phút)
Không thay đổi liều dùng (1 viên 625mg x 2 lần/ngày hoặc 1 viên 1g x 2 lần/ngày)	1 viên 625mg x 2 lần/ngày. Không nên dùng viên 1g	Không dùng quá 1 viên 625mg mỗi 24 giờ

Bệnh nhân lọc máu: Người lớn: 1 viên 625 mg mỗi 24 giờ, thêm một viên 625 mg khi đang chạy thận, được lặp lại ở cuối quá trình lọc máu (vi nồng độ huyết thanh của cả hai amoxicillin và acid clavulanic đều giảm).

Liều dùng cho bệnh nhân suy gan: Thận trọng khi dùng, nên kiểm tra chức năng gan định kỳ

CÁCH DÙNG: Nên nuốt cả viên và không được nhai. Nếu cần, có thể bẻ đôi viên thuốc rời ruột và không được nhai. Uống thuốc vào đầu bữa ăn để hạn chế tối đa khả năng không dung nạp đường tiêu hóa. Không nên điều trị quá 14 ngày mà không kiểm tra.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Quá mẫn với beta-lactam. Quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc. Tiền sử vàng da/ rối loạn chức năng gan liên quan đến amoxicillin-clavulanat.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG: Hồi ký tiền sử quá mẫn với penicillin, cephalosporin hoặc các chất dị ứng khác trước khi khởi đầu điều trị bằng AUGMENTIN. Đã có báo cáo về các phản ứng quá mẫn nặng (sốc phản vệ) đôi khi có tử vong ở những bệnh nhân điều trị bằng penicillin. Các phản ứng này thường xảy ra hơn ở những bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với penicillin. Nên tránh sử dụng AUGMENTIN nếu nghi ngờ tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn do sự xuất hiện của ban dạng sởi liên quan đến tình trạng này sau khi dùng amoxicillin. Sử dụng kéo dài đôi khi có thể gây tăng sinh các chủng vi khuẩn không nhạy cảm. Viêm đại tràng giả mạc đã được báo cáo khi dùng kháng sinh với mức độ nghiêm trọng từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Nếu tiêu chảy nhiều hoặc kéo dài hoặc bệnh nhân bị đau bụng có thể nên ngưng điều trị ngay lập tức và kiểm tra thêm.

Hiếm có báo cáo về sự kéo dài thời gian bất thường thời gian prothrombin ở những bệnh nhân dùng AUGMENTIN và các thuốc chống đông máu dùng đường uống. Nên theo dõi thích hợp khi các thuốc chống đông máu được kê toa đồng thời. Có thể cần điều chỉnh liều các thuốc chống đông máu dùng đường uống để duy trì mức độ chống đông mong muốn.

Nên dùng AUGMENTIN thận trọng ở những bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn chức năng gan. Hiếm có báo cáo vàng da ứ mật, có thể nặng nhưng thường hồi phục. Các dấu hiệu và triệu chứng có thể không trở nên rõ ràng cho đến tận 6 tuần sau khi ngừng thuốc. 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 tinh 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 tinh thể amoxicillin niệu.

ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC: Không có nghiên cứu nào được thực hiện ảnh hưởng lên khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, tác dụng không mong muốn có thể xảy ra (trong các phản ứng dị ứng, chóng mặt, co giật), trong đó có thể ảnh hưởng đến khả

AUGMENTIN
amoxicillin + clavulanate potassium



năng lái xe và sử dụng máy móc.

THAI KỶ VÀ CHO CON BÚ: Những nghiên cứu về khả năng sinh sản trên động vật (chuột nhắt và chuột cống) khi dùng AUGMENTIN đường uống và tiêm truyền không cho thấy tác dụng sinh quái thai. Trong một nghiên cứu đơn ở những phụ nữ sinh non do vỡ màng ối sớm (pPROM), đã có báo cáo về việc điều trị dự phòng với AUGMENTIN có thể liên quan đến tăng nguy cơ viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh. Cũng như tất cả các thuốc khác, nên tránh dùng thuốc trong thai kỳ, nhất là trong ba tháng đầu, trừ khi bác sĩ cho là cần thiết.

Có thể dùng AUGMENTIN trong thời gian cho con bú. Ngoại trừ nguy cơ bị mẫn cảm, liên quan đến việc thuốc bài tiết một lượng rất ít vào sữa mẹ, chưa có tác dụng bất lợi nào cho trẻ đang bú mẹ.

TƯƠNG TÁC: Không khuyến cáo sử dụng đồng thời với probenecid. Probenecid làm giảm bài tiết amoxicillin qua ống thận. Sử dụng đồng thời với AUGMENTIN có thể gây tăng và kéo dài nồng độ amoxicillin trong máu nhưng không ảnh hưởng đến clavulanate.

Sử dụng đồng thời allopurinol trong khi điều trị với amoxicillin có thể gây tăng khả năng xảy ra các phản ứng dị ứng trên da. Không có dữ liệu về việc sử dụng kết hợp AUGMENTIN với allopurinol.

Cũng giống như các kháng sinh khác, AUGMENTIN có thể ảnh hưởng đến hệ vi khuẩn đường ruột dẫn đến làm giảm tái hấp thu oestrogen và làm giảm hiệu quả của các thuốc tránh thai đường uống dùng kết hợp. Hiếm có các trường hợp tăng INR ở những bệnh nhân dùng acenocoumarol hoặc warfarin và được kê toa 1 đợt amoxicillin. Nếu cần thiết kê toa đồng thời, nên theo dõi cẩn thận thời gian prothrombin hoặc INR khi bắt đầu hoặc ngưng dùng AUGMENTIN. Ở những bệnh nhân đang dùng mycophenolate mofetil, đã có báo cáo về sự giảm nồng độ trước liều (pre-dose concentration) của chất chuyển hóa có hoạt tính mycophenolic acid (MPA) khoảng 50% sau khi bắt đầu dùng amoxicillin đường uống kết hợp acid clavulanic. Sự thay đổi nồng độ trước liều có thể không thể hiện chính xác những thay đổi về mức phơi nhiễm MPA tổng thể. Penicillin có thể làm giảm sự bài tiết của methotrexat gây tăng tiềm năng độc tính.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: Rất phổ biến (>1/10): Tiêu chảy ở người lớn. Phổ biến (>1/100 và <1/10): Buồn nôn, nôn, nhiễm nấm candida trên da và niêm mạc, tiêu chảy ở trẻ em. Không phổ biến (>1/1000 và <1/100): Chóng mặt, đau đầu, khó tiêu, có báo cáo tăng vừa phải AST và/hoặc ALT, ban trên da, ngứa, mề đay. Hiếm (>1/10.000 và <1/1000): giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu có hồi phục, ban đỏ đa hình.

Rất hiếm (<1/10.000): Viêm đại tràng do kháng sinh, phù mạch thần kinh, phản vệ và thiếu máu tan máu, Viêm gan và vàng da ứ mật, Hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc, viêm thận kẽ, tinh thể niệu, thiếu máu tan máu, tăng động có thể hồi phục và co giật, lưỡi lông đen, viêm da bóng nước bong vảy và ngoại ban viêm mủ cấp tính toàn thân (AGEP).

Các dấu hiệu và triệu chứng thường xuất hiện trong hoặc ngay sau khi điều trị nhưng một số trường hợp có thể không trở nên rõ ràng cho đến vài tuần sau khi ngừng thuốc. Các biến cố này thường hồi phục.

QUÁ LIỀU: Các triệu chứng trên đường tiêu hóa và rối loạn cân bằng nước điện giải có thể là biểu hiện của quá liều. Có thể điều trị triệu chứng biểu hiện trên đường tiêu hóa với lưu ý cân bằng nước và điện giải. Đã gặp trụ niệu amoxicillin, trong một số trường hợp dẫn đến suy thận (xem Cảnh báo và Thận trọng). AUGMENTIN có thể được loại bỏ khỏi vòng tuần hoàn bằng thẩm phân máu

SẢN XUẤT BỞI: SmithKline Beecham Limited, Clarendon road, Worthing, West Sussex, BN14 8QH, Vương Quốc Anh

NHÀ PHÂN PHỐI: Công ty cổ phần Dược liệu TW 2 (PHYTOPHARMA), 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q1, TP HCM.

Dựa trên GDS21/IP109 ban hành ngày 18 tháng 01 năm 2013, AUGMENTIN là nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies: AUGTAB 1215-09/180113

VISA: VN-20169-16

Thông tin đầy đủ xin xem tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.

Xin liên hệ VPDD GlaxoSmithKline Pte, Ltd. Cao ốc Metropolitan- 701, 235 Đường Khôi, Quận 1, TP HCM. ĐT 028.38248744- Fax: 08.38248722.

Hà Nội Tower Center-Phòng 704, 49 Hai Bà Trưng, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, ĐT 024.39362607 - Fax: 04.39362608

Xin vui lòng thông báo các tác dụng ngoại ý của thuốc về văn phòng đại diện của GSK Pte Ltd tại TPHCM và Hà Nội hoặc số điện thoại di động 0963905235 hoặc email antoanthuoc@gsk.com

Code: VN/CAM/0016/17 CCNB 22/01/2018



Xác Định Tác Nhân Vi Sinh Gây Bệnh Và Nhận Xét Hiệu Quả Điều Trị Ngoại Trú Của Amoxicillin/Sulbactam (Bactamox 1g) Trên Bệnh Nhân Nhiễm Khuẩn Hô Hấp Dưới Cấp Tính Cộng Đồng

PGS.TS.BS Đinh Ngọc Sỹ (1), TS.BS Nguyễn Văn Thành (1), (2), TS.BS Phạm Hùng Vân (3), PGS.TS.BS Trần Văn Ngọc (4), BSCK II Nguyễn Đình Duy (5), TS.BS Lê Thị Thu Hương (6), ThS.BS Cao Thị Mỹ Thúy(7).

Đặt vấn đề:

Nhiễm trùng hô hấp dưới cấp tính là vấn đề sức khỏe cộng đồng có tính toàn cầu. 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. Tiếp nhận và xử trí NKHHD là công việc phổ biến hàng ngày của y tế cơ sở và xử trí chủ yếu là sử dụng kháng sinh để giải quyết nhiễm khuẩn. Cơ sở để xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh hợp lý là dựa trên mô hình nhiễm khuẩn và kháng thuốc của từng vùng, từng địa phương.

Kháng sinh dạng kết hợp beta-lactam/kháng beta-lactamase, thí dụ như amoxicillin/sulbactam (AMX/SBT), có hoạt tính trên cả vi khuẩn tạo và không tạo beta-lactamase. Kết hợp này có tác dụng trên cả vi khuẩn Gram(+) không nguồn gốc nhiễm khuẩn bệnh viện (như *S.pneumoniae*, *S.pyogenes*, *S.aureus*) và trên cả Gram(-) không nguồn gốc nhiễm khuẩn bệnh viện (như *H.influenzae*, *E.coli* và *K.pneumoniae*). Do có hoạt tính trên phổ vi khuẩn gây bệnh như vậy, AMX/SBT đã được chỉ định trong nhiều bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp.

Mục tiêu:

- Nhận xét hiệu quả lâm sàng, tính an toàn điều trị kháng sinh NKHHD cộng đồng không nhập viện bằng AMX/SBT.
- Xác định tỷ lệ nhiễm của các tác nhân vi sinh gây bệnh trên NTHHD cấp tính cộng đồng.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, đa trung tâm (gồm: Phòng khám BV Phạm Ngọc Thạch, Phòng khám Hô hấp BV ND Gia định, Phòng khám Ngọc Minh - tp Hồ Chí Minh, Phòng khám Hô hấp BV ĐKTW Cần Thơ). Xét nghiệm vi sinh thực hiện tại Phòng xét nghiệm vi sinh, CT Nam Khoa Biotek- tp Hồ Chí Minh.

Số bệnh nhân: Nghiên cứu cần có ít nhất là 100 bệnh nhân phân lập được tác nhân vi sinh gây bệnh và ít nhất 150 bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm vi sinh.

Kết quả và bàn luận:

Tổng số bệnh nhân sau sàng lọc được chẩn đoán nhiễm trùng hô hấp cấp tính là 236, trong đó có 142 bệnh phẩm đủ điều kiện phân tích đặc điểm vi sinh bằng xét nghiệm qPCR, 144 bệnh phẩm có đủ điều kiện phân tích đặc điểm vi sinh bằng nuôi cấy và 160 bệnh nhân chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cần điều trị kháng sinh nghiên cứu, có đủ điều kiện phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị.

Trên 160 bệnh nhân vào phân tích lâm sàng và hiệu quả điều trị, giới nam là 52.5% và giới nữ là 47.5%. Tuổi trung bình là 58 ± 17 . Bệnh nhân được chia thành ba nhóm bệnh để phân tích, gồm: Viêm phế quản cấp, Viêm phổi và Đợt nhiễm khuẩn cấp trên bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính.

Kết quả đánh giá ở lần visit 1:

160 bệnh nhân visit 1 là những trường hợp đã uống thuốc 3 ngày. Tỷ lệ chung khỏi là 3.7%, cải thiện 88.1%, không cải thiện 8.2%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh. CRP giảm nhanh hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân Viêm phế quản cấp so với nhóm Viêm phổi và Đợt nhiễm khuẩn cấp bệnh phổi mạn tính. Tác dụng phụ do sử dụng thuốc có 1 trường hợp, ở mức trung bình, tỷ lệ 0,6%.

Kết quả đánh giá ở lần visit 2:

140 bệnh nhân visit 2 là những trường hợp đã uống thuốc 5-8 ngày. Tỷ lệ chung khỏi 53.6%, cải thiện 43.6%, không cải thiện 2.8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh. CRP giảm nhưng không có sự khác biệt giữa ba nhóm bệnh. Tác dụng phụ do sử dụng thuốc có 2 trường hợp, ở mức trung bình, tỷ lệ 0,7%.

Kết quả vi sinh qPCR trên 160 bệnh nhân đủ điều kiện phân tích lâm sàng và điều trị: Có 32 (20%) bệnh nhân không lấy được bệnh phẩm và 12 (7.5%) bệnh nhân xét nghiệm âm tính. Virus gây bệnh đơn độc chỉ chiếm 3.1%, còn lại là do vi khuẩn gây bệnh. Vi khuẩn gây bệnh cộng đồng đơn độc là 20.6%, vi khuẩn gây bệnh bệnh viện đơn độc là 3.1%. Các trường hợp còn lại là phối hợp, trong đó phối hợp nhiều loại vi khuẩn cộng đồng chiếm 34%, vi khuẩn cộng đồng kết hợp vi khuẩn bệnh viện 14.1%. Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn bệnh viện không khác nhau giữa các nhóm bệnh ($p=0.54\%$).

Kết hợp nhiễm khuẩn bệnh viện làm giảm tốc độ cải thiện triệu chứng và khỏi bệnh có ý nghĩa ($p=0.02$).

Kết quả vi sinh trên mẫu bệnh phẩm được yêu cầu xét nghiệm:

Có 157 mẫu bệnh phẩm được yêu cầu xét nghiệm. Kết hợp kết quả nuôi cấy và kết quả qPCR (real-time PCR) xác định được tác nhân vi sinh trong 144 trường hợp chiếm tỷ lệ 91.7%. Phát hiện đơn tác nhân là 24 trường hợp (15.3%) với *S.pneumoniae* chiếm đa số là 11 (7.0%) và *H.influenzae* là 9 (5.7%).

Đa tác nhân phát hiện được trong 120 trường hợp chiếm tỷ lệ 76.4% trong đó gồm cả *S.pneumoniae* và *H.influenzae* là 85 trường hợp (54.1%) trong đó có 40 (25.5%) không đi kèm các tác nhân khác, và 45 (28.7%) đi kèm các tác nhân khác như virus, tác nhân cộng đồng khác, vi nấm, tác nhân bệnh viện. Chỉ có 6 trường hợp phát hiện tác nhân gây bệnh không phải là

S.pneumoniae hay *H.influenzae*, chiếm tỷ lệ 3.8%. Phương pháp qPCR phát hiện được tác nhân vi sinh gây bệnh ở 90.4% các trường hợp trong khi nuôi cấy phát hiện được 75.2%.

Kết luận:

Amox/Sul điều trị NKHHD cộng đồng có hiệu quả rất cao, 97.2%. Hiệu quả điều trị thể hiện bằng ghi nhận lâm sàng và giảm giá trị CRP cho thấy viêm phế quản cấp đáp ứng tốt nhất, sau đó là viêm phổi cộng đồng và đợt cấp bệnh phổi mạn tính. Thời gian điều trị chung khoảng 7 ngày. Tỷ lệ có tác dụng phụ trong nghiên cứu là rất thấp, 0.6% sau 3 ngày uống và 0.7% sau 3-5 ngày uống. Không có trường hợp nào phải ngưng thuốc và loại khỏi nghiên cứu.

Kết quả vi sinh trên các mẫu bệnh phẩm có yêu cầu xét nghiệm có phổ gây bệnh phổ biến nhất là *S.pneumoniae*, tiếp theo là *H.influenzae* và *M.catarrhalis*. Tác nhân virus được phát hiện với tỷ lệ khá cao mà phổ biến là Rhinovirus. Tác nhân vi khuẩn không điển hình được phát hiện được là *M.pneumoniae* nhưng chỉ ở tỷ lệ khá thấp. Các tác nhân vi khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ thấp. Đa số các trường hợp là có sự phối hợp nhiều tác nhân, trong đó cao nhất là phối hợp *S.pneumoniae* với *H.influenzae*.

Identification Of Pathogenic Microorganisms And Outpatient Treatment Assesment Of Moxicillin/Sulbactam (Bactamox 1g) In Patients With Acute Respiratory Tract Infections

PGS.TS.BS Đinh Ngọc Sỹ (1), TS.BS Nguyễn Văn Thành (1), (2), TS.BS Phạm Hùng Vân (3),
PGS.TS.BS Trần Văn Ngọc (4), BSCK II Nguyễn Đình Duy (5), TS.BS Lê Thị Thu Hương (6),
ThS.BS Cao Thị Mỹ Thúy(7).

Introduction:

Acute lower respiratory bacterial fections (ALRBI) are a global public health problem. The burden of disease caused by this group of diseases (not including tuberculosis) is greater than HIV, malaria, cancer or heart disease. Receiving and managing ALRBI is a common daily practice of primary health care and management is primarily the use of antibiotics to treat infections. The basis for a rational use of antibiotics is based on infection spectrum and resistance patterns in each region and locality.

Antibiotic beta-lactam/beta-lactamase inhibitors, such as amoxicillin/sulbactam (AMX/SBT), are active on both bacteria beta-lactamase-producing or not. This combination has effects on both non-hospital-pathogenic Gram-positive bacteria (such as *S.pneumoniae*, *S.pyogenes*, *S. aureus*) and on non-hospital pathogenic Gram-negative bacteria (such as *H.influenzae*, *E.coli* and *K.pneumoniae*). Due to its activity on such pathogenic bacteria spectrum, AMX/SBT has been recommended in many respiratory infections.

The aim:

- Assessing clinical efficacy, safety of antibiotic treatment in non-hospitalized patients with ALRBI by AMX/SBT.
- Determining the prevalence of pathogenic microorganisms on community-based ALRBI.

Methods:

Prospective designe with participation of multi-centers (including Pham Ngoc Thach hospital, Nhan Dan Gia Dinh hospital, Ngoc Minh Clinic, General National hospital of Can Tho). Microbiological tests performed at the Microbiological Laboratory of Nam Khoa Biotek company.

Number of patients: The study should have at least 100 patients with positive isolation of pathogenic microorganisms and at least 150 patients to be tested for microorganisms.

Results and discussion:

The total number of post-screening patients diagnosed with acute lower respiratory infection was 236, of which 142 were eligible for microbiological analysis by qPCR assay, and 144 specimens

were eligible by culture and 160 patients diagnosed with ALRBI that require antibiotic therapy to study and qualify for clinical and treatment effectiveness analysis.

On 160 patients who were included in clinical and treatment effectiveness analysis, there were 52.5% for males and 47.5 for females. The average age is 58 ± 17 . Patients were divided into three diagnosis groups for the analysis: Acute bronchitis, Pneumonia and Acute infections exacerbation of in patients with chronic lung disease.

Result at visit 1:

160 patients of visit 1 were the cases who have been taking drugs for 3 days. Overall rates are 3.7% of well recovery, 88.1% of improvement, and 8.2% of not improving. There was no significant difference between the diagnosis groups. CRP decreased significantly higher in patients with Acute bronchitis compared with Pneumonia and Chronic lung disease. The side-effects from drug use at average level was one case, 0.6%.

Result at visit 2:

140 patients visit 2 were the cases who have been taking drugs 5-8 days. Overall rates are 53.6% of well recovery, 43.6% of improvement, and 2.8 % of not improving. There was no significant difference between the diagnosis groups. CRP decreased but there was no difference between the three diagnosis groups. The side-effects at average level from drug use were 0.7%.

Results of microbiological qPCR on 160 patients eligible for clinical and treatment analysis: 32 (20%) patients failure to collect the specimen and 12 (7.5%) patients had negative result. Virus alone caused only 3.1%, the rest was caused by bacteria. The community pathogenic bacteria alone were 20.6%, the hospital pathogenic bacteria alone were 3.1%. The remaining cases were co-bacterial infection, in which 34% of community bacteria combined, 14.1% were combined-infection of community and hospital bacteria. The prevalence of hospital bacterial infections was not significantly different among diagnosis groups of patients ($p = 0.54\%$). Hospital infections reduced the rate of symptom improvement and disease resolution ($p = 0.02$).

Microbiological results on specimens required for testing: 157 specimens were required for testing. Combination of culture results and real-time PCR results identified microbial pathogens in 144 cases, 91.7%. Single agent (24.3%) with majority were *S.pneumoniae* 11 (7.0%) and *H.influenzae* 9 (5.7%). 120 (76.4%) specimens were detected with combined pathogens including *S.pneumoniae* and *H.influenzae* in 85 (54.1%) specimens of which 40 (25.5%) no combined 40 (25.5%) and 45 (28.8%) combined with other agents such as viruses, other community or hospital agents. Only 6 cases were found to be non *S. pneumoniae* or *H.influenzae*, accounting for 3.8%. The qPCR method detected microbial pathogens in 90.4% of cases while the culture revealed 75.2%.

Conclusion:

Amox/Sul treatment for ALRBI has a high efficiency, 97,2%. The effect values based on clinical and the CRP value improving showed the best in acute Bronchitis group, after that is in the

Community-acquired pneumonia group and Acute exacerbation of chronic lung diseases. General average time of treatment is 7 days. The rate of the side-effect of the research is very low, 0.6% after 3 days and 0.7% after 3-5 days. No case must be stopped drug use and excluded from research.

The first common spectrum of results on the specimens required to microbial test is *S.pneumoniae*, next as *H.influenzae* and *M.catarrhalis*. Viral agents has been rather high rate of which the most common is Rhinovirus. The detected atypical pathogens is *M.pneumoniae* but at low rate. The hospital pathogens account for low rate. The majority of case had combined pathogens in this *S.pneumoniae* and *H.influenzae* is the first common combination.

⁽¹⁾ TT Đào tạo và NCKH VATLD, ⁽²⁾ Văn phòng VATLD tại Cần Thơ, ⁽³⁾ Công ty Nam Khoa Biotek, ⁽⁴⁾ PK Ngọc Minh, ⁽⁵⁾ BV Phạm Ngọc Thạch, ⁽⁶⁾ BV ND Gia Định, ⁽⁷⁾ BV ĐKTW Cần Thơ

Viêm Phổi Liên Quan Đến Chăm Sóc Y Tế - Nên Giữ Hay Bỏ

Trần Văn Ngọc(*)

Theo Guideline ATS-IDSA 2005, VPCSYT là những trường hợp có yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa thuốc nên phải dựa trên phác đồ điều trị theo nhóm có nguy cơ đa kháng kháng sinh như viêm phổi bệnh viện. Tuy nhiên việc áp dụng guideline ATS-IDSA 2005 cho VPCSYT như vậy đã dẫn đến lạm dụng kháng sinh phổ rộng vì không phải tất cả VPCSYT đều do vi khuẩn kháng thuốc.

Guideline ATS-IDSA 2016 không đưa VPCSYT vào guideline điều trị chung với VPBV và VPTM nữa để tránh sử dụng kháng sinh không thích hợp.

Do đó, những bệnh nhân viêm phổi ngoài bệnh viện cần phân loại VPCĐ hay VPCSYT và những bệnh nhân VPCSYT cần xem xét mức độ bệnh và có yếu tố nguy cơ nhiễm VK kháng thuốc không (dùng kháng sinh TM trong 180 ngày qua, nằm viện từ 2 ngày trở đi trong 90 ngày qua, suy giảm miễn dịch, điểm chức năng Barthel index kém < 50 đ). Nếu BN không nặng nhưng có từ 2 YT nguy cơ hoặc BN nặng có từ 1 YTNC nhiễm VK kháng thuốc thì nên điều trị hướng tới VK đa kháng.

Sơ đồ (cuối trang): Chiến lược mới cho VPCSYT: nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu 2 năm, sử dụng YTNC VK đa kháng để chọn lựa kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm. [*Takaya Maruyama et al. Clinical Infectious Diseases 2013 (23)*].

Healthcare Associated Pneumonia – Preserve Or Discard

Trần Văn Ngọc(*)

Treatment of HCAP was similar to HAP due to MDRA according to the guideline ATS-IDSA 2005. However, applying the guideline ATS-IDSA 2005 in the practice led to abusing the large spectrum antibiotics in the treatment of HCAP, because the causing pathogens of pneumonia was not always due to MDR. That was the reason why the HCAP was not presented in the guideline ATS_IDSA 2016 for HAP and VAP any more to avoid using inappropriate antibiotics.

Patients with pneumonia outside the hospital need to be classified into CAP and HCAP. Doctors may consider the severity of pneumonia and the risk factors of MDR pathogens on these patients (antibiotic therapy in the past 180 days, poor functional status (Barthel Index < 50), immunosuppression, hospitalization for > 2 days in the past 90 days).

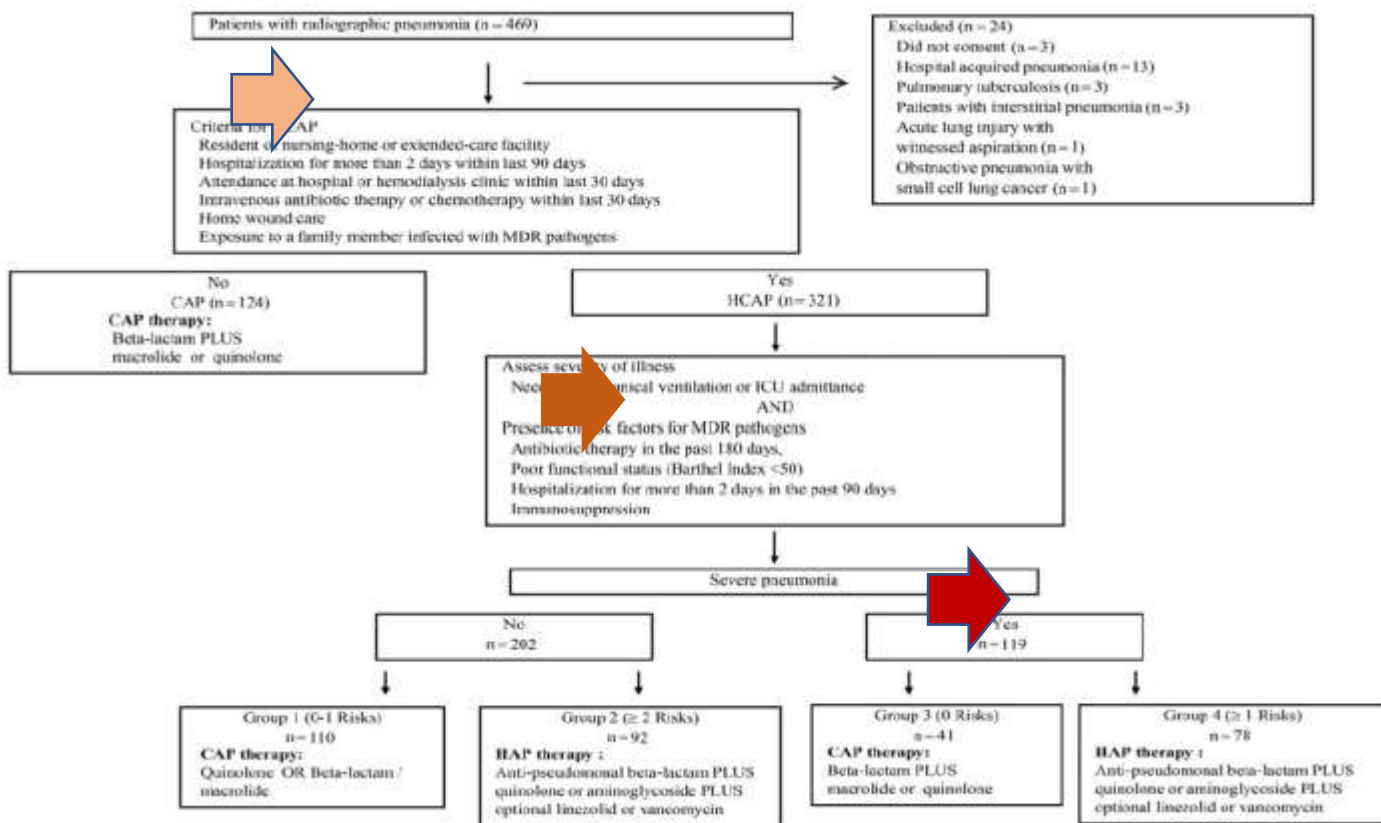
severe HCAP patients with one risk factor of MDR or who, classified not severe HCAP and had more than one risk factor of MDR, is need to be treated similar to HAP due to MDR pathogens.

Từ viết tắt:

- VPCSYT – viêm phổi liên quan đến chăm sóc y tế
- MDRA: multidrug resistant agents
- HCAP: healthcare associated pneumonia
- HAP: hospital acquired pneumonia

A New Strategy for Healthcare-Associated Pneumonia: A 2-Year Prospective Multicenter Cohort Study Using Risk Factors for Multidrug-Resistant Pathogens to Select Initial Empiric Therapy

[Takaya Maruyama et al. *Clinical Infectious Diseases* 2013 (23)].





HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG VÀ THAO TÁC VỚI DỤNG CỤ BREEZHALER®

- Tài liệu này giúp nhân viên y tế, khi kê toa cho bệnh nhân thuốc giãn phế quản dạng hít, hướng dẫn cho bệnh nhân sử dụng dụng cụ hít đúng với kỹ thuật để đạt hiệu quả.
- Tài liệu này chỉ được sử dụng cho bệnh nhân đã được bác sĩ kê toa thuốc dùng với dụng cụ này.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG DỤNG CỤ BREEZHALER®

Để sử dụng đúng cách dụng cụ hít Breezhaler®, vui lòng xem các bước thao tác như sau:

Bước 1: Đặt viên nang vào ống hít



1 Kéo nắp ra



2 Mở ống hít



Giữ chặt đáy ống hít và kéo nghiêng đầu hít

3 Chuẩn bị viên nang



Xé một viên nang ra khỏi vỉ thuốc theo đường đục lỗ, xé bỏ lớp bảo vệ bên ngoài để lộ ra viên nang (không ấn viên nang qua lớp giấy bạc)

4 Đặt viên nang vào buồng chứa



5 Đóng chặt ống hít



Nghe thấy một tiếng "click"

Bước 2: Chọc thủng viên thuốc và chuẩn bị hít thuốc

6 Chọc thủng viên thuốc



Giữ ống hít thẳng đứng với đầu ống hít hướng lên trên, nhấn chắc cả hai nút cùng một lúc

7 Nhả nút hoàn toàn



Sau khi nghe thấy tiếng "click", nhả 2 nút hoàn toàn

8 Thở ra



Thở mạnh ra (không thổi vào ống hít)

Bước 3: Hít thuốc

9 Hít thuốc vào



Bạn nghe được tiếng kêu vo vo và cảm nhận được vị ngọt

Giữ ống hít nằm ngang, không ấn vào 2 nút vàng. Ngậm chặt đầu hít, hít vào nhanh nhưng đều đặn, càng sâu càng tốt

10 Nín thở



Bỏ dụng cụ hít ra, ngậm kín miệng và nín thở trong 5-10 giây sau đó thở ra bình thường

11 Kiểm tra



Nếu còn thuốc:
đóng ống hít và lặp lại bước **Hít thuốc** và **Nín thở**.
Nếu hết thuốc:
Loại bỏ viên nang và đóng ống hít, đóng nắp.

Kiểm tra có còn bột đọng lại trong viên nang hay không

Nếu có thắc mắc, vui lòng xem tờ hướng dẫn sử dụng trong hộp thuốc hoặc hỏi các bác sĩ, dược sĩ để được hướng dẫn thêm.

ULT 116-10-04-2018

Mô hình tiên lượng tử vong bệnh lý nội khoa tại khoa cấp cứu

Hà Tấn Đức^{1,2}, Đặng Quang Tâm¹, Trần Văn Ngọc³, Phạm Thị Ngọc Thảo^{4,5}, Nguyễn Đình
Nguyễn⁶, Nguyễn Văn Tuấn^{6,7,8,9}

Tóm tắt

Mục tiêu chính của nghiên cứu là xây dựng và thẩm định mô hình tiên lượng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân nội khoa tại khoa cấp cứu. Nghiên cứu thu thập 1765 bệnh nhân trong giai đoạn xây dựng mô hình và 1728 bệnh nhân ở giai đoạn thẩm định mô hình. Kết cục quan tâm là tử vong trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhập viện. Các yếu tố nguy cơ tiềm năng bao gồm đặc điểm lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn, và các xét nghiệm thường quy. Mô hình tiên lượng tối ưu được chọn lựa bằng phương pháp Bayesian Model Averaging. Các yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong được phân tích bằng phương pháp hồi quy Cox. Trong giai đoạn xây dựng mô hình, tần suất tử vong 30 ngày là 9.8%, và các yếu tố là nguy cơ độc lập của tử vong bao gồm: Giới nam, tăng nhịp thở và urea huyết thanh, giảm bão hòa oxy ngoại biên và albumin huyết thanh, giảm điểm Glasgow, ngày khởi phát bệnh kéo dài, và bệnh có chỉ định điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu. Diện tích dưới đường cong ROC khi xây dựng mô hình là 0.871 (KTC95%: 0.844-0.898), và khi thẩm định mô hình là 0.783 (KTC95%: 0.743-0.823). Phân tích khả năng hiệu chuẩn cho thấy có sự tương quan tốt giữa nguy cơ tử vong tiên lượng và nguy cơ tử vong quan sát khi thẩm định mô hình. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ tử vong ở bệnh nhân nội khoa cấp cứu có thể được tiên lượng bằng cách sử dụng các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm thường quy.

Từ khóa: khoa cấp cứu, mô hình tiên lượng, bệnh nặng, dấu hiệu sinh tồn.

Development and validation of a prognostic model for predicting 30-day mortality risk in medical patients in emergency department (ED)

Hà Tấn Đức^{1,2}, Đặng Quang Tâm¹, Trần Văn Ngọc³, Phạm Thị Ngọc Thảo^{4,5}, Nguyễn Đình
Nguyễn⁶, Nguyễn Văn Tuấn^{6,7,8,9}

Abstract

The primary aim of this prospective study is to develop and validate a new prognostic model for predicting the risk of mortality in Emergency Department (ED) patients. The study involved 1765 patients in the development cohort and 1728 in the validation cohort. The main outcome was mortality up to 30 days after admission. Potential risk factors included clinical characteristics, vital signs, and routine haematological and biochemistry tests. The Bayesian Model Averaging method within the Cox's regression model was used to identify independent risk factors for mortality. In the development cohort, the incidence of 30-day mortality was 9.8%, and the following factors were associated with a greater risk of mortality: male gender, increased respiratory rate and serum urea, decreased peripheral oxygen saturation and serum albumin, lower Glasgow Coma Score, duration of illness and admission to intensive care unit. The area under the receiver operating characteristic curve for the model with the listed factors was 0.871 (95%CI, 0.844-0.898) in the development cohort and 0.783 (95%CI, 0.743-0.823) in the validation cohort. Calibration analysis found a close agreement between predicted and observed mortality risk. We conclude that the risk of mortality among ED patients could be accurately predicted by using common clinical signs and biochemical tests.

Key words: Emergency Department, prognostic model, critically ill, vital signs.

Hà Tấn Đức ^{1,2}. Email: hatanduc@gmail.com. Đặng Quang Tâm ¹. Email: tstamct@yahoo.com. Trần Văn Ngọc ³. Email: tranvanngocdhyd@yahoo.com. Phạm Thị Ngọc Thảo ^{4,5}. Email: thaochr10@yahoo.com. Nguyễn Đình Nguyễn ⁶. Email: ngdinhhnguyen@yahoo.com. Nguyễn Văn Tuấn ^{6,7,8,9}. Email: t.nguyen@garvan.org.au

¹ Khoa hồi sức tích cực và chống độc, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

² Trung tâm nghiên cứu di truyền và sức khỏe sinh sản, Khoa Y, Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh.

³ Bộ môn Nội tổng quát, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

⁴ Bộ môn hồi sức cấp cứu và chống độc, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

⁵ Khoa hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy.

⁶ Đại học Tôn Đức Thắng.

⁷ Garvan Institute of Medical Research, Sydney, Australia.

⁸ School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales, Sydney, Australia.

⁹ Centre for Health Technologies, University of Technology, Sydney, Australia.

Vai Trò Colistin Trong Điều Trị Viêm Phổi Bệnh Viện Viêm Phổi Thở Máy Do Vi Khuẩn Đa Kháng Kháng Sinh

Trần Văn Ngọc(*)

Tóm tắt

Colistin là kháng sinh nhóm polymyxin được phát hiện vào cuối những năm 1940 để trị các nhiễm khuẩn Gram âm. Cho đến thập niên 70, colistin bị thay thế do độc tính thận và thần kinh. Nhưng gần đây, kháng sinh này lại là một lựa chọn điều trị cuối cùng cho các trường hợp nhiễm khuẩn do vi khuẩn đa kháng thuốc như *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, và *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem.

Colistin trở thành một lựa chọn điều trị rất quan trọng hiện nay do nhiễm trùng bệnh viện do vi khuẩn đa kháng thuốc ngày càng gia tăng, đặc biệt *A.baumannii*.

Liều lượng Colistin phải được tối ưu hóa trong điều trị VPBV-VPTM với liều nạp có thể từ 6-9 triệu đơn vị và sau đó 2-3 triệu mỗi 8 -12 giờ, tùy thuộc vào MIC₉₀.

Các trường hợp bệnh nặng có suy thận hay suy đa cơ quan có thể làm thay đổi dược động học của Colistin. Do đó, việc thay đổi liều lượng trong nhóm bệnh nhân này là bắt buộc để đạt được hiệu quả tối đa và tránh tác dụng phụ.

Liên quan đến độc thận của colistin, đa số nghiên cứu chứng minh rằng, suy thận sẽ phục hồi và có tỉ lệ thấp hơn chúng ta vẫn nghĩ và hiếm khi độc thần kinh.

Trên cơ sở đề kháng rất cao và ngày càng gia tăng kháng sinh phổ rộng của những VK gây VPBV, VPTM nên việc sử dụng colistin đơn trị sẽ không thích hợp tại VN do nguy cơ gia tăng đề kháng với kháng sinh này trong tương lai.

Việc phối hợp colistin với imipenem, meropenem và sulbactam cho kết quả hiệp đồng và giúp MIC bị đề kháng của những thuốc này trở nên nhạy cảm khi phối hợp với colistin.

(*) PCT và Trưởng VPĐD Hội Lao và Bệnh phổi tại TP HCM, Chủ tịch Hội Hô hấp TP HCM

Abstract: Role of colistin in the treatment of HAP and VAP due to MDR pathogens

Tran Van Ngoc(*)

Colistin is a polymyxin antibiotic that was discovered in the late 1940s for the treatment of gram-negative infections. Until 1970s, colistin was replaced due to its nephrotoxicity and neurotoxicity. But recently, this antibiotic has been selected as the last-line treatment for infections due to multidrug-resistant organisms such as carbapenem resistant *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, and *Klebsiella pneumoniae*.

Colistin dosages must be optimized in the treatment of HAP-VAP with loading dose can be 6-9 million IU and then 2-3 million IU q 8-12 hour, depend on MIC₉₀

In severe patients who may have multiorgan failure, renal insufficiency may alter colistin pharmacokinetic profiles. Therefore, suitable dosage adjustment in this patient population are imperative to achieve optimal efficacy and minimize toxicity. With regard to colistin toxicity, most studies show that nephrotoxicity is reversible and less frequent than once thought, and neurotoxicity is rare.

On the basis of very high level and increasing resistance of pathogens causing HAP or VAP to many large spectrum antimicrobials, monotherapy of colistin for these pathogens is not suitable in Vietnam due to high risk of increasing resistance to this antimicrobial in future.

Combination colistin with imipenem, meropenem and sulbactam has synergistic action and help to reduce the resistant MIC of these drugs when we combine one of above listed with colistin.

Từ viết tắt:

VPBV: viêm phổi bệnh viện

VPTM: viêm phổi thở máy

HAP: hospital acquired pneumonia

VAP: ventilator associated pneumonia

MDR: multidrug resistant

(*) *Vice President & Head of the Office in HCM city of Vietnamese Association for Tuberculosis and Lung Diseases, President of HCMC Respiratory Society (HRS)*



Berodual®

Ipratropium + Fenoterol

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



THÔNG TIN KÉ TOA

THÀNH PHẦN: Mỗi liều xịt (nhất xịt) chứa: 21 mcg ipratropium bromide tương ứng với 20 mcg ipratropium bromide khan, 50 mcg fenoterol hydrobromide. **Đạng bào chế của thuốc:** Dung dịch để khí dung qua bình xịt định liều. **CHỈ ĐỊNH:** BERODUAL® là một thuốc giãn phế quản để phòng ngừa và điều trị các triệu chứng trong bệnh tắc nghẽn đường hô hấp mạn tính với hạn chế lượng khí có hồi phục như hen phế quản và đặc biệt viêm phế quản mạn có hoặc không có khí phế thũng. Nên cân nhắc điều trị kết hợp với thuốc kháng viêm cho những bệnh nhân hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đáp ứng với steroid. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** Nên điều chỉnh liều dùng theo yêu cầu của từng bệnh nhân. Ngoài trừ kê đơn khác, những liều sau đây được khuyến cáo cho bệnh nhân người lớn và trẻ trên 6 tuổi. **Cơn hen cấp:** 2 nhất xịt là phù hợp để giảm nhanh triệu chứng trong nhiều trường hợp. Trong những trường hợp nặng hơn, nếu khó thở không cải thiện sau 5 phút có thể dùng thêm 2 nhất xịt nữa. Nếu cơn hen không thuyên giảm sau 4 nhất xịt thì có thể xịt thêm thuốc. Trong trường hợp này, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ hoặc đến bệnh viện gần nhất ngay lập tức. **Điều trị ngắt quãng và kéo dài (đối với hen, BERODUAL® bình xịt định liều chỉ nên sử dụng dựa theo nhu cầu) 1-2 nhất xịt cho mỗi lần dùng, tối đa 8 nhất xịt mỗi ngày (trung bình 1-2 nhất xịt 3 lần mỗi ngày). Chỉ nên dùng BERODUAL® bình xịt định liều cho trẻ em theo chỉ định của bác sĩ và dưới sự giám sát của người lớn. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** BERODUAL® chống chỉ định cho những bệnh nhân đã biết quá mẫn với fenoterol hydrobromide hoặc các chất giống atropine hoặc với bất kỳ tá dược nào của thuốc. BERODUAL® cũng chống chỉ định ở những bệnh nhân có tim phì đại tắc nghẽn và loạn nhịp nhanh. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** **Quá mẫn:** Có thể xuất hiện các phản ứng quá mẫn tức thì sau khi dùng BERODUAL®, như xác định ở một số hiếm các trường hợp như mày dộp, phù mạch, phát ban, co thắt phế quản, phù hầu họng và sốc phản vệ. **Co thắt phế quản nghịch lý:** Cũng như các thuốc khí dung khác, BERODUAL® có thể gây co thắt phế quản nghịch lý có thể đe dọa tính mạng. Nếu xuất hiện co thắt phế quản nghịch lý thì nên ngưng dùng BERODUAL® ngay tức thì và thay bằng phương pháp điều trị khác. **Biến chứng ở mắt:** Nên sử dụng BERODUAL® thận trọng ở những bệnh nhân có khả năng bị glô-côm góc hẹp. Có một vài báo cáo riêng lẻ về biến chứng ở mắt (như giãn đồng tử, tăng áp lực nội nhãn, glô-côm góc hẹp, đau mắt) khi dùng dạng xịt ipratropium bromide đơn chất hoặc kết hợp với một thuốc chủ vận beta2 tiếp xúc với mắt. Đau mắt hoặc khó chịu, nhìn mờ, nhìn quang hoặc hình ảnh có màu sắc kết hợp với đỏ mắt do xung huyết kết mạc và phù giác mạc có thể là dấu hiệu của glô-côm góc hẹp cấp tính. Nếu thấy xuất hiện phối hợp các triệu chứng trên, nên điều trị bằng thuốc co đồng tử và đi khám chuyên khoa ngay lập tức. Do đó bệnh nhân nên được hướng dẫn dùng BERODUAL® đúng cách. Phải thận trọng để thuốc không vào mắt. **Ảnh hưởng toàn thân:** Trong những trường hợp dưới đây, chỉ nên sử dụng BERODUAL® sau khi đánh giá kỹ lợi ích/nguy cơ, đặc biệt khi sử dụng liều cao hơn khuyến cáo: Bệnh đái tháo đường chưa được kiểm soát tốt, nhồi máu cơ tim gần đây, bệnh tim hoặc mạch nặng, cường giáp, u tế bào ưa crôm hoặc đã bị tắc nghẽn đường tiêu (như phì đại tuyến tiền liệt hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang). **Ảnh hưởng tim mạch:** Có thể gặp các tác dụng tim mạch khi dùng các thuốc giống thần kinh giao cảm, bao gồm BERODUAL®. Có một vài bằng chứng từ dữ liệu hậu mãi và tài liệu y văn ghi nhận những trường hợp hiếm thiếu máu cơ tim liên quan đến chất chủ vận beta2. Bệnh nhân đang bị bệnh tim nặng (như bệnh tim thiếu máu cục bộ, loạn nhịp hoặc suy tim nặng) dùng BERODUAL® nên lưu ý đi khám bác sĩ nếu có đau ngực hoặc các triệu chứng khác cho thấy bệnh tim nặng lên. Nên thận trọng đánh giá các triệu chứng như khó thở và đau ngực do có thể bắt nguồn từ tim hoặc hệ hô hấp. **Giảm kali máu:** Điều trị với chất chủ vận beta2 có khả năng làm giảm kali máu nghiêm trọng. **Ảnh hưởng đến nhu động đường tiêu hóa:** Những bệnh nhân bị xơ hóa nang có thể có rối loạn nhu động dạ dày-ruột. **Khó thở:** Trong những trường hợp cấp, khó thở điển hình xảy ra nhanh chóng thì nên đi khám bác sĩ ngay. **Điều trị lâu dài:** * Ở những bệnh nhân hen phế quản chỉ nên dùng BERODUAL® khi cần. * Ở những bệnh nhân COPD nhẹ điều trị theo nhu cầu (dựa trên triệu chứng) có thể thích hợp hơn điều trị thường xuyên. * Nên cân nhắc điều trị bổ sung hoặc tăng liều thuốc kháng viêm để kiểm soát tình trạng viêm đường hô hấp và để ngăn ngừa bệnh diễn tiến xấu đi ở những bệnh nhân hen phế quản và COPD có đáp ứng với steroid. Tăng sử dụng các thuốc chứa chất chủ vận beta2 như BERODUAL® một cách thường xuyên để kiểm soát các triệu chứng tắc nghẽn phế quản có thể làm giảm hiệu quả kiểm soát bệnh. Nếu tắc nghẽn phế quản tiến triển xấu, việc đơn thuần tăng liều thuốc chứa chất chủ vận beta2 BERODUAL® vượt quá liều khuyến cáo trong thời gian dài là không thích hợp và có thể nguy hiểm. Trong những**

trường hợp này nên xem xét lại phác đồ điều trị bệnh nhân, và đặc biệt điều trị kháng viêm với corticosteroid dạng hít thích hợp để ngăn ngừa khả năng bệnh tiến triển xấu đe dọa tính mạng. Chỉ nên sử dụng các thuốc giãn phế quản giống thần kinh giao cảm khác cùng với BERODUAL® dưới sự giám sát y khoa. **Cảnh báo chất kích thích:** Do chứa fenoterol nên sử dụng BERODUAL® có thể gây kết quả dương tính trong các xét nghiệm cần làm sàng phát hiện lạm dụng thuốc, như trường hợp muốn tăng thành tích trong thể thao (doping). **TƯƠNG TÁC:** Các thuốc chủ vận beta, kháng cholinergic và dẫn xuất xanthine (như theophylline) có thể tăng tác dụng giãn phế quản. Sử dụng đồng thời với các thuốc giống beta giao cảm, các thuốc kháng cholinergic và các dẫn xuất xanthine đường toàn thân (như theophylline) có thể làm tăng các phản ứng bất lợi. Việc dùng cùng với các thuốc kháng beta có thể giảm nghiêm trọng tác dụng giãn phế quản. Giảm kali máu do thuốc chủ vận beta2 có thể tăng lên khi dùng kết hợp với dẫn xuất xanthine, corticosteroid, và lợi tiểu. Điều này cần lưu ý nhất là ở những bệnh nhân tắc nghẽn đường hô hấp nặng. Giảm kali máu có thể dẫn đến tăng nguy cơ loạn nhịp tim ở những bệnh nhân đang dùng digoxin. Hôn nữa, giảm oxy có thể làm cho những ảnh hưởng của tình trạng giảm kali máu trên nhịp tim trầm trọng hơn. Do đó khuyến cáo theo dõi nồng độ kali máu trong những trường hợp này. Các thuốc chứa chất chủ vận beta2 nên được dùng thận trọng cho những bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế monoamine oxidase hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng, do có thể làm tăng tác dụng chủ vận beta giao cảm. Các thuốc gây mê dạng hít halogen hydrocarbon như halothane, trichloroethylene và enflurane có thể làm tăng tác dụng trên tim của chất chủ vận beta. **KHẢ NĂNG SINH SẢN, THAI KỲ VÀ CHỖ CON BÚ:** Dữ liệu phi lâm sàng kết hợp với kinh nghiệm đã có trên người cho thấy không có bằng chứng về tác dụng bất lợi trong thai kỳ của fenoterol hoặc ipratropium. Tuy nhiên, nên sử dụng thận trọng trong thai kỳ, nhất là trong ba tháng đầu. Nên lưu ý đến tác dụng ức chế co thắt tử cung của fenoterol. Những nghiên cứu phi lâm sàng cho thấy fenoterol hydrobromide được tiết vào sữa. Chưa biết liệu ipratropium có được tiết vào sữa hay không. Nhưng thông thường lượng ipratropium đến trẻ không đáng kể, nhất là khi dùng dạng hít. Nên thận trọng khi dùng BERODUAL® cho phụ nữ cho con bú. Chưa có sẵn dữ liệu lâm sàng trên khả năng sinh sản về việc kết hợp ipratropium bromide và fenoterol hydrobromide. Các nghiên cứu phi lâm sàng về các thành phần riêng lẻ ipratropium bromide và fenoterol hydrobromide không thấy tác dụng bất lợi trên khả năng sinh sản. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Chưa có nghiên cứu nào về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, nên cho bệnh nhân biết có thể có các tác dụng bất lợi như chóng mặt, run, rối loạn điều tiết, giãn đồng tử và nhìn mờ trong thời gian điều trị với BERODUAL®. Do đó nên khuyến khích bệnh nhân thận trọng khi lái xe hoặc vận hành máy móc. Nếu bệnh nhân có các tác dụng phụ như nêu trên thì nên tránh công việc có tiềm năng nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc. **TÁC DỤNG PHỤ:** Nhiều tác dụng ngoài ý muốn có thể do tác dụng kháng cholinergic và chủ vận beta của BERODUAL®. Điều trị BERODUAL® dạng hít có thể cho thấy các triệu chứng kích thích tại chỗ. Các phản ứng bất lợi với thuốc được xác định từ các dữ liệu thu được trong các thử nghiệm lâm sàng và cảnh giác được trong thời gian sử dụng thuốc. Những tác dụng phụ thường gặp nhất trong các thử nghiệm lâm sàng là ho, khô miệng, đau đầu, run, viêm họng, buồn nôn, chóng mặt, khó phát âm, nhanh nhịp tim, đánh trống ngực, nóng, tăng huyết áp tâm thu và bồn chồn. **Rối loạn hệ miễn dịch:** phản ứng phản vệ, quá mẫn. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** giảm kali máu. **Rối loạn tâm thần:** bồn chồn, lo lắng, rối loạn tâm thần. **Rối loạn hệ thần kinh:** đau đầu, run, chóng mặt. **Rối loạn mắt:** glô-côm, tăng áp lực nội nhãn, rối loạn điều tiết, giãn đồng tử, nhìn mờ, đau mắt, phù giác mạc, sung huyết kết mạc, nhìn thấy hào quang. **Rối loạn tim mạch:** nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, loạn nhịp tim, rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất, thiếu máu cơ tim. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** ho, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, kích thích họng, phù hầu họng, co thắt thanh quản, co thắt phế quản nghịch lý, khó thở. **Rối loạn tiêu hóa:** buồn nôn, nôn, khô miệng, viêm miệng, viêm lưỡi, rối loạn nhu động đường tiêu hóa, tiêu chảy, táo bón, phù mạch. **Rối loạn da và mô dưới da:** mày dộp, phát ban, ngứa, phù mạch, tăng tiết mồ hôi. **Rối loạn cơ xương khớp và mô liên kết:** yếu cơ, co thắt cơ, đau cơ. **Rối loạn thận và tiết niệu:** ứ nước tiểu. **Xét nghiệm:** tăng huyết áp tâm thu, giảm huyết áp tâm trương. **Sản xuất bởi:** Boehringer Ingelheim pharma GmbH & Co. KG, Binger Strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Germany. **Nhà phân phối:** Công ty TNHH Một Thành Viên Vimedimex Bình Dương, Số 18 L1-2 VSIP II, Đường số 3, KCN Việt Nam - Singapore 02, Phường Hòa Phú, TP. Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương, Việt Nam.

Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế 0289/17/QLD-TT, ngày 27 tháng 07 năm 2017. Ngày 01 tháng 08 năm 2017 in tài liệu. (1) Thông tin kê toa sản phẩm; COPD: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính GPM -ASTH-0001-VN

Cập Nhật Các Kỹ Thuật Vi Sinh Mới Chẩn Đoán Sớm Các Tác Nhân Gây Nhiễm Khuẩn Trong Tình Hình Đa Kháng Hiện Nay

Trần Thị Thanh Nga*

ABSTRACT

BACKGROUND

Hiện nay chẩn đoán sớm các bệnh lý nhiễm trùng nói chung, đặc biệt bệnh lý viêm phổi vẫn được quan tâm trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cao. Xác định các mầm bệnh tác nhân gây nhiễm trùng vẫn còn nhiều khó khăn do đa số phòng xét nghiệm chỉ dựa vào việc nuôi cấy truyền thống của các mầm bệnh (đặc tính kiểu hình của các tác nhân). Các Bác sĩ điều trị phải dựa vào triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu. Một thách thức mới cho các nhà vi sinh học và các bác sĩ lâm sàng, trong thập niên gần đây các kỹ thuật mới đã được phát minh nhằm xác định nhanh chóng chính xác các tác nhân vi sinh vật gây bệnh trong phòng xét nghiệm từ các mẫu bệnh phẩm lâm sàng. Chẩn đoán xác định nhanh chóng các vi sinh vật giúp điều trị kháng sinh thích hợp đúng mục tiêu, giảm thời gian điều trị, giảm chi phí và giảm tỷ lệ tử vong. Như vậy có một nhu cầu quan trọng cấp thiết triển khai các công nghệ mới trong xét nghiệm vi sinh để chẩn đoán các bệnh lý nhiễm trùng đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng máu nhất là trong tình hình đa kháng kháng sinh hiện nay liên quan tỷ lệ tử vong cao nhất của tất cả các bệnh nhiễm trùng. Cũng có nhu cầu cần thiết cho các phòng xét nghiệm Vi sinh lâm sàng để thực hiện các thực hành y học can thiệp dựa trên bằng chứng và hợp tác trong các dự án nghiên cứu để thành lập các tiện ích lâm sàng, chi phí lợi ích, và tác động của công nghệ mới.

CÁC KỸ THUẬT MỚI

- MALDI-TOF MS
- PCR / ESI-MS
- AdvanDx PNA FISH
- FilmArray
- Multiplex-PCR
- Magicplex-sepsis Real-Time Test
- HDA-vertical flow visualization
- TEM-PCR suspension array T2 Biosystems
- LightCycler® SeptiFast Test
- Sepsitest Blood – Molzym
- GeneXpert MRSA

KẾT LUẬN

Chẩn đoán sớm được bệnh lý nhiễm trùng để đáp ứng điều trị hiệu quả luôn là thách thức lớn trong quá trình chăm sóc và điều trị bệnh nhân hiện nay. Có nhu cầu rất lớn và cần thiết ứng dụng công nghệ mới về vi sinh trong chẩn đoán nhanh bệnh lý nhiễm trùng. Quy trình chẩn đoán bệnh lý nhiễm trùng hiện nay là phối hợp yếu tố dịch tễ học, lâm sàng và xét nghiệm vì vậy các công nghệ kỹ thuật vi sinh hiện đại cần được triển khai sử dụng ở các bệnh viện kết hợp đánh giá từ tiêu chuẩn truyền thống. Chẩn đoán các bệnh truyền nhiễm đang ở giữa một cuộc cách mạng công nghệ. Trong tổng quan hiện tại mục tiêu của chúng tôi là thông báo cho các bác sĩ lâm sàng về những phát triển hứa hẹn nhất đang được thực hiện trong việc chăm sóc bệnh nhân.

KIẾN NGHỊ

- Chuẩn hoá các phòng xét nghiệm vi sinh
- Đào tạo nhân lực mở rộng thực hành lâm sàng và mạng lưới vi sinh lâm sàng
- Sử dụng xét nghiệm vi sinh nhiều hơn trở thành tiêu chuẩn chăm sóc, điều trị dựa trên bằng chứng và hợp tác nghiên cứu
- Đánh giá tác động công nghệ mới hữu dụng lâm sàng và lợi ích kinh tế y tế.

Từ khóa: Kỹ thuật mới chẩn đoán vi sinh lâm sàng, MALDI-TOF MS

*Khoa Vi Sinh, bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Trần Thị Thanh Nga, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Điện thoại: 84-908185491 E-mail: ngatranrh@gmail.com

Updating New Techniques Diagnostis Infectious Agents In The Present Situation Multidurg- Resistace

*Tran Thi Thanh Nga **

Early diagnosis of general infectious diseases, especially pneumonia remains a worldwide health problem with a high rate of morbidity and mortality. Identification of microbial pathogens which is an important area for optimum clinical. There are many difficulties due to the almost of laboratories based on the traditional culture of the pathogen (phenotypic characteristics of the agent). The treating physician must rely on clinical symptoms are nonspecific. A new challenge for microbiologists and clinicians, in the last decade new techniques have been developed to rapidly identify pathogenic microorganisms in the laboratory from clinical specimens. The rapid identification of microorganisms helps to antibiotic treatment appropriate, reduces treatment time, reduces costs and reduces mortality. Thus there is a important need urgent deployment of new technologies in microbiology tests for the diagnosis of infectious diseases, especially respiratory infections, septicemia. This is especially in the current multi-resistant situation with related to the highest mortality of all infections. There is also a need for clinical microbiology laboratories to implement evidence-based interventional medicine practices and collaborate in research projects to establish clinical benefits, cost-benefit and the impact of new technology.

NEW TECHNIQUES

- | | |
|--|-------------------------------|
| ▪ MALDI-TOF MS | ▪ LightCycler® SeptiFast Test |
| ▪ PCR / ESI-MS | ▪ Sepsitest Blood – Molzym |
| ▪ AdvanDx PNA FISH | ▪ GeneXpert MRSA |
| ▪ FilmArray | |
| ▪ Multiplex-PCR | |
| ▪ Magicplex-sepsis Real-Time Test | |
| ▪ HDA-vertical flow visualization | |
| ▪ TEM-PCR suspension array T2 Biosystems | |

CONCLUSION

Early diagnosis of infectious diseases for effective treatment is always a big challenge in the care and treatment of patients at present. There is a great need and need to apply new technology in microbiology for rapid diagnosis infectious diseases. The current infectious deaseseas diagnosis is a combination of epidemiological factors, clinical, and laboratory so modern microbiological techniques need to be deployed in hospitals combining assessments from traditional standards.

In our current review, our goal is to inform clinicians of the most promising developments being made in patient care.

RECOMMENDATIONS

- Standardization of microbiology laboratories
- Training personnel to expand clinical practice and clinical microbiology network
- The use of more microbiological tests has become the standard of care treatment evidence-based and collaborative research
- Evaluating the impact of new technologies on clinical use and economic benefits.

Key words:

* Department of Microbiology, Cho Ray Hospital

Responsible for scientific content:

Tran Thi Thanh Nga, Cho Ray Hospital.

Phone: 84-908185491 E-mail: ngatrancrh@gmail.com

Những Điểm Thay Đổi Mới Trong Hướng Dẫn Chẩn Đoán Điều Trị Viêm Phổi Cộng Đồng Tương Lai

PGS TS BS Lê Tiến Dũng(*)

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

Kể từ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi cộng đồng của ATS/IDSA 2005 đến nay sẽ có nhiều thay đổi:

- HCAP thuộc về viêm phổi cộng đồng
 - Đặc điểm bệnh lý tim mạch làm gia tăng tử vong.
 - Bổ sung những điểm mới giúp đánh giá viêm phổi cộng đồng nặng.
 - Những kháng sinh mới.
 - Vai trò của Macrolide trong điều trị. Hiệu quả của phối hợp betalactam-macrolide so với betalactam- quinolone.
-

New Changes In Community- Acquired Pneumonia Guideline

Le Tien Dung(*)

IN FUTURE

A/Prof. Le Tien Dung, MD, PhD.

In community acquired pneumonia, common bacteria are *S. pneumonia*, *H. influenza*, *M. catarrhalis*. Besides, in Asia region including Vietnam, there are increasing high multidrug resistance bacteria such as *P. aeruginosa*, *K.pneumonia*... Vietnam is also region having high Penicillin Resistant Streptococcus pneumonia (PRSP).

Since the ATS / IDSA 2005 Guidelines for Diagnosis and Treatment of Community-acquired pneumonia, there have been many changes:

- HCAP belongs to community-acquired pneumonia
 - Characteristics of cardiovascular disease increase mortality.
 - Add new features to assess severe community-acquired pneumonia.
 - new antibiotics.
 - The role of macrolide in treatment. Effect of betalactam-macrolide combination versus betalactam-quinolone.
-



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG SERETIDE® EVOHALER® DC*

Trước khi sử dụng lần đầu tiên, tháo nắp đậy ống ngậm bằng cách bóp nhẹ các mặt của nắp, lắc kỹ bình xịt, giữ bình xịt giữa ngón tay cái và các ngón tay khác với ngón tay cái ở đáy bình, bên dưới ống ngậm và xịt vào không khí đến khi bộ đếm chỉ số 120 để chắc chắn rằng bình xịt hoạt động.



BƯỚC 1: MỞ

- Tháo nắp đậy ống ngậm bằng cách bóp nhẹ các mặt của nắp.
- Kiểm tra bình xịt cả bên trong và bên ngoài, kể cả ống ngậm vào miệng để xem có chỗ nào bị long ra hay không



BƯỚC 2: LẮC

- Lắc kỹ bình xịt để đảm bảo các vật bị long ra đã được loại bỏ và các thành phần thuốc trong bình xịt được trộn đều.
- Giữ bình xịt thẳng đứng giữa ngón tay cái và các ngón khác, với vị trí ngón tay cái ở đáy, phía dưới của ống ngậm.



BƯỚC 3: THỞ

- Thở ra hết cỡ đến chừng nào còn cảm thấy dễ chịu.



BƯỚC 4: NGẬM KÍN

- Đưa ống ngậm vào miệng giữa hai hàm răng và khép môi xung quanh nhưng không cắn ống ngậm.



BƯỚC 5: HÍT

- Ngay sau khi bắt đầu hít vào qua đường miệng, ấn mạnh xuống vào phần đỉnh của bình xịt để phóng thích salmeterol và fluticasone propionate trong khi vẫn đang hít vào một cách đều đặn và sâu.



BƯỚC 6: NÍN THỞ - SÚC MIỆNG

- Trong khi nín thở, lấy bình xịt ra khỏi miệng và thả lỏng ngón tay đặt trên phần đỉnh của bình xịt. Tiếp tục nín thở cho đến khi còn cảm thấy dễ chịu.
- Nếu bạn tiếp tục xịt thêm liều thứ hai, giữ bình xịt thẳng đứng và đợi khoảng nửa phút trước khi lặp lại các bước từ 3 đến 6.
- Sau đó, súc miệng bằng nước và nhổ đi.
- Ngay lập tức, đậy nắp bình xịt lại vào đúng vị trí. Khi được lắp đúng, nắp sẽ khớp vào đúng vị trí. Nếu nắp không khớp đúng vị trí, xoay nắp theo chiều ngược lại và thử lại. Không dùng lực quá mạnh.

* Thông tin kê toa Seretide Evohaler DC

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

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng kí tài liệu thông tin thuốc của

Cục Quản lý Dược – Bộ Y tế: 0420/15/QLD-TT, ngày 20 tháng 08 năm 2015 - Ngày 07 tháng 11 năm 2018 in tài liệu



THÔNG TIN KÊ TOA

SERETIDE® EVOHALER® DC: Mỗi liều xịt cung cấp salmeterol xinafoate tương đương 25 mcg salmeterol và 50, 125 và 250 mcg fluticasone propionate. **Đạng bào chế:** Hỗn dịch hít qua đường miệng (dạng phun sương). **Tá dược:** HFA 134a. **Quy cách đóng gói:** Mỗi bình xịt có gắn bộ đếm cung cấp 120 liều xịt. **CHỈ ĐỊNH: Hen (Bệnh tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục).** SERETIDE được chỉ định trong điều trị thường xuyên bệnh hen bao gồm hen phế quản ở người lớn và trẻ em từ 4 tuổi trở lên. **Bao gồm:** - Bệnh nhân không được kiểm soát đầy đủ bằng corticosteroid xịt và thuốc chủ vận beta2 tác dụng kéo dài. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD).** SERETIDE được chỉ định để điều trị duy trì tắc nghẽn đường dẫn khí và giảm cơn kịch phát ở bệnh nhân COPD và đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** Seretide Evohaler DC chỉ dùng để hít qua miệng. Cần cho bệnh nhân biết rằng phải dùng SERETIDE thường xuyên để đạt được lợi ích tối ưu, ngay cả khi không có triệu chứng. Bệnh nhân cần được bác sĩ khám lại đều đặn để đảm bảo SERETIDE dùng luôn là tối ưu và chỉ thay đổi theo lời khuyên của bác sĩ. **Hen (Bệnh tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục).** Nên điều chỉnh đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì được việc kiểm soát triệu chứng có hiệu quả. Khi việc kiểm soát triệu chứng được duy trì bằng SERETIDE 2 lần/ngày, thì nên chỉnh đến liều SERETIDE thấp nhất có hiệu quả là 1 lần/ngày. Nên cho bệnh nhân dùng dạng SERETIDE có hàm lượng fluticasone propionate phù hợp với mức độ nặng của bệnh. Nếu bệnh nhân không được kiểm soát đầy đủ với trị liệu corticosteroid hít đơn thuần, thì việc điều trị thay thế bằng SERETIDE với liều corticosteroid tương đương về mặt điều trị có thể mang lại cải thiện trong việc kiểm soát hen. Đối với bệnh nhân có thể kiểm soát hen bằng corticosteroid hít đơn thuần, điều trị thay thế bằng SERETIDE có thể cho phép giảm liều corticosteroid mà vẫn duy trì kiểm soát hen. **Liều đề nghị: Người lớn và thanh thiếu niên từ 12 tuổi trở lên:** Hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 50 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi ngày, hoặc hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 125 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi ngày, hoặc hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 250 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi ngày. Liều tối đa khuyến cáo cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi là 500/50, 2 lần/ngày. **Trẻ em từ 4 tuổi trở lên:** Hai nhất xịt loại 25 mcg salmeterol và 50 mcg fluticasone propionate, hai lần mỗi ngày. Liều tối đa cho phép của Fluticasone cho trẻ em là 100 mcg, 2 lần/ngày. Không có số liệu về việc sử dụng SERETIDE ở trẻ em dưới 4 tuổi. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).** Liều đề nghị cho người lớn là hai nhất xịt 25/125 mcg tới 25/250 mcg salmeterol/fluticasone propionate x 2 lần mỗi ngày. Ở liều điều trị 50/500 mcg x 2 lần/ngày, SERETIDE đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. **Nhóm bệnh nhân đặc biệt:** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân cao tuổi hoặc bệnh nhân suy thận hoặc suy gan. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Chống chỉ định SERETIDE cho bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc (xem phần Tá dược). **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** SERETIDE Evohaler DC không phải là thuốc dùng để giảm triệu chứng cấp tính, mà trong trường hợp này cần dùng một thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh và ngắn (thí dụ salbutamol). Nên khuyến bệnh nhân luôn có sẵn thuốc giảm triệu chứng bên mình. Việc tăng sử dụng thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn để giảm triệu chứng cho thấy việc kiểm soát bệnh xấu đi. Kiểm soát hen xấu đi đột ngột và tăng dần là nguy cơ đe dọa mạng sống và bệnh nhân cần được bác sĩ khám lại. Cần xem xét việc tăng liều corticosteroid. Bệnh nhân cũng nên được khám lại khi liều SERETIDE đang dùng không đủ kiểm soát bệnh hen. Không nên ngưng 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, ngưng điều trị có thể gây mất bù có triệu chứng và nên được bác sĩ theo dõi. Đã có sự gia tăng 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 dấu hiệu lâm sàng của viêm phổi và cơn kịch phát thường trùng lặp. Thân trong khi dùng SERETIDE ở bệnh nhân bị lao phổi thể hoạt động hoặc thể yên lặng. Nên dùng SERETIDE thận trọng ở bệnh nhân bị nhiễm độc giáp, bệnh nhân đang có sẵn bệnh tim mạch vì các tác dụng trên tim mạch như tăng huyết áp tâm thu và tăng nhịp tim đôi khi có thể gặp với tất cả các thuốc giống giao cảm, bệnh nhân dễ có khả năng hạ nồng độ kali huyết thanh vì có thể có giảm thoát qua nồng độ kali huyết thanh khi dùng thuốc giống giao cảm liều cao hơn liều điều trị, bệnh nhân có tiền sử bị đái tháo đường. Tác động toàn thân có thể xảy ra, với bất cứ corticosteroid hít nào, nhất là khi dùng liều cao trong thời gian dài; những tác động này thường ít xảy ra hơn nhiều so với khi dùng corticosteroid dạng uống. Tác động toàn thân có thể bao gồm hội chứng Cushing, các dấu hiệu Cushing, ức chế thượng thận, chậm tăng trưởng ở trẻ em và thanh thiếu niên, giảm

mật độ khoáng xương, đục thủy tinh thể và bệnh 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, 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. Ngưng 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 ngưng điều trị Salmeterol-Fluticasone Propionate Evohaler ngay, bệnh nhân nên được đánh giá và thay thế phương pháp điều trị nếu cần thiết. Đã có báo cáo về tác dụng phụ của điều trị bằng chất chủ vận beta 2 như run, đánh trống ngực chủ quan và đau đầu, nhưng có xu hướng thoáng qua và giảm khi điều trị thường xuyên. **TƯƠNG TÁC:** Nên tránh dùng cả chất chẹn beta chọn lọc và không chọn lọc ở bệnh nhân trừ khi có lý do bắt buộc. Trong điều kiện bình thường, do chuyển hóa bước đầu khá nhiều và đào thải toàn thân cao qua trung gian cytochrome P450 3A4 tại ruột và gan nên nồng độ fluticasone propionate huyết tương đạt được thấp sau khi hít. Do đó ít gặp các tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng qua trung gian fluticasone propionate. Trong nghiên cứu về tương tác thuốc ở người khỏe mạnh cho thấy rằng ritonavir có thể gây tăng cao nồng độ fluticasone propionate trong huyết tương, gây giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Đã có báo cáo về tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng ở những bệnh nhân dùng fluticasone propionate hít theo đường mũi hoặc miệng và ritonavir dẫn đến tác động toàn thân của corticosteroid bao gồm hội chứng Cushing và ức chế thượng thận. Do đó tránh dùng đồng thời fluticasone propionate và ritonavir trừ khi lợi ích điều trị vượt trội nguy cơ tác dụng phụ toàn thân của corticosteroid. Các chất ức chế cytochrome P450 3A4 khác làm tăng không đáng kể (erythromycin) và tăng ít (ketoconazole) mức phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate mà không làm giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Tuy nhiên nên thận trọng khi sử dụng đồng thời các chất ức chế mạnh cytochrome P450 3A4 (như ketoconazole) do khả năng tăng phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate. Sử dụng đồng thời ketoconazole và SEREVENT (salmeterol) làm tăng đáng kể nồng độ salmeterol trong huyết tương và điều này có thể gây kéo dài khoảng QTc. **THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** Chỉ nên cân nhắc dùng SERETIDE cho thai phụ và người mẹ đang cho con bú nếu lợi ích cho người mẹ lớn hơn bất cứ nguy cơ nào có thể xảy ra cho thai hoặc trẻ. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** - **Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng.** Rất phổ biến: Đau đầu. Phổ biến: Nhiễm nấm candida miệng và họng; viêm phổi (ở bệnh nhân COPD); khan 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; viêm lớn ở trẻ em và thanh thiếu niên; giảm mật độ khoáng xương (hiếm). Có thất phế quản nghịch lý (hiếm). **QUẢ LIỆU:** Dấu hiệu và triệu chứng có thể xảy ra do quá liều salmeterol là những biểu hiện điển hình của kích thích quá mức thụ thể beta2-adrenergic, bao gồm run, đau đầu, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp tâm thu và hạ kali máu. Không có điều trị đặc hiệu cho quá liều salmeterol và fluticasone propionate. Nếu quá liều xảy ra, bệnh nhân nên được điều trị hỗ trợ với sự theo dõi thích hợp nếu cần. Nếu hít SERETIDE với liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài có thể gây ức chế đáng kể vỏ tuyến thượng thận. Rất hiếm có báo cáo về cơn thượng thận cấp, chủ yếu xuất hiện ở trẻ dùng liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài (vài tháng hoặc vài năm); những biểu hiện quan sát thấy bao gồm hạ đường huyết kèm với giảm ý thức và/hoặc co giật. **THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI BẢO QUẢN:** Đóng nắp đầy ống ngâm dứt khoát và đầy vào đúng vị trí. Bảo quản dưới 30°C. Tránh đông lạnh và ánh sáng mặt trời trực tiếp. **SẢN XUẤT BỞI:** Glaxo Wellcome, S.A. Avda. De Extremadura, no 3 09400 - Aranda de Duero (Burgos) Tây Ban Nha. SERETIDE và EVOHALER là các nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. API-SEREVODC 0314-16/201213. **PHÂN PHỐI BỞI:** Công ty cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, Tp. Hồ Chí Minh. VN-14684-12, VN-15448-12, VN-14683-12



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

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

VPDD GlaxoSmithKline Pte Ltd:

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

Tòa nhà Corner Stone, Unit 603, 16 Phan Chu Trinh, Q. Hoàn Kiếm, Hà Nội - ĐT: 024 39362607 - Fax: 024 39362608

CCNB: VN/SFC/0020/15

Ngày 27 tháng 10 năm 2017

Cập Nhật Điều Trị Ngoại Trú Viêm Phổi Cộng Đồng (CAP) Ở Trẻ Em

Phạm Minh Hồng(*)

Trẻ 3-6 tháng tuổi nghi ngờ CAP do vi khuẩn hoặc giảm oxy máu phải được nhập viện để điều trị. Trẻ 1-4 tháng tuổi bị viêm phổi không sốt (do *Chlamydia trachomatis*) có thể được điều trị ngoại trú nếu không bị giảm oxy máu.

Kháng sinh kinh nghiệm cho CAP được nghĩ do vi khuẩn (bắt đầu đột ngột, nguy kịch hô hấp vừa – nặng và kết quả cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán) ở trẻ 6 tháng – 5 tuổi phải bao phủ *Streptococcus pneumoniae* (1B).

Dùng Macrolide khởi đầu theo kinh nghiệm cho CAP không điển hình ở trẻ ≥ 5 tuổi được điều trị ngoại trú. Đối với trẻ ≥ 5 tuổi có đặc điểm lâm sàng gợi ý mạnh cho viêm phổi do vi khuẩn điển hình hoặc do *S. pneumoniae*, amoxicillin vẫn là thuốc được chọn.

Ở trẻ ≥ 6 tháng, thời gian sử dụng kháng sinh là 5 ngày đối với azithromycin và 7-10 ngày đối với kháng sinh khác.

Trẻ được điều trị CAP ngoại trú phải được theo dõi trong 24-48 giờ. Khi diễn tiến xấu phải đánh giá xem có biến chứng không và cho nhập viện.

Trẻ hồi phục sau CAP sẽ còn ho trong nhiều tuần đến 4 tháng tùy theo tác nhân gây bệnh, và có khó thở mức độ trung bình khi gắng sức trong 2-3 tháng.

Không cần chụp X quang phổi kiểm tra đối với trẻ CAP không biến chứng đã hết triệu chứng. Chỉ chụp X quang phổi 2-3 tuần sau khi hoàn tất điều trị ở trẻ bị viêm phổi tái phát, còn triệu chứng dai dẳng, xẹp phổi nặng, thâm nhiễm khu trú bất thường hoặc viêm phổi dạng khối tròn.

(*) PGS TS BS. Phó Trưởng Khoa Y, ĐHYD TPHCM

Updates About Outpatient Treatment Of Community-Acquired Pneumonia In Children

Phạm Minh Hồng(*)

Infants younger than three to six months of age with suspected bacterial CAP or who are hypoxemic should be admitted to the hospital for management. Afebrile infants one to four months of age who are thought to have afebrile pneumonia of infancy (eg, *Chlamydia trachomatis*) can be treated in the outpatient setting if they are not hypoxemic and remain afebrile. We recommend that empiric antibiotic therapy for CAP in children six months to five years of age who are thought to have bacterial pneumonia (eg, abrupt onset, moderate to severe respiratory distress, and supportive laboratory data if obtained) include coverage for *Streptococcus pneumoniae* (1B).

We initiate macrolide antibiotics for initial empiric therapy for suspected atypical CAP in children ≥ 5 years who are treated as outpatients. For children ≥ 5 years with clinical features strongly suggestive of typical bacterial or *S. pneumoniae* pneumonia, amoxicillin remains the drug of choice.

In infants and children six months and older, the usual duration of antimicrobial therapy is five days for azithromycin and 7 to 10 days for other agents.

Children who are treated for CAP as outpatients should have follow-up within 24 to 48 hours. Those whose condition has worsened at follow-up should be evaluated for potential complications and hospitalized.

Children recovering from CAP may continue to cough for several weeks to four months, depending upon the etiology. Those recovering from typical or atypical bacterial pneumonia may have moderate dyspnea on exertion for two to three months.

Follow-up radiographs in children with uncomplicated CAP who remain asymptomatic are not needed. Follow-up radiographs two to three weeks after completion of therapy may be helpful in children with recurrent pneumonia, persistent symptoms, severe atelectasis, unusually located infiltrates, or round pneumonia.

Thách thức Hen và Trào ngược dạ dày thực quản

BSCCK2 Đặng Thị Kim Huyền*

Tóm tắt:

Hen và Trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) đều là hai bệnh phổ biến và thường tồn tại cùng nhau (một trong những bệnh đồng mắc với hen thường gặp nhất). Các biểu hiện ngoài thực quản của TNDDTQ phân thành ba nhóm chính: phổi (hen suyễn, ho mạn tính,); tai mũi họng và “nhóm khác”. Và, một số lớn trẻ hen bị TNDDTQ lại không có triệu chứng “điển hình” của TNDDTQ. Hiện nay, vẫn còn nhiều tranh luận về cơ chế sinh bệnh của mối liên hệ giữa hai bệnh lý này và liệu điều trị TNDDTQ có cải thiện kiểm soát hen không. Các hướng dẫn mới đây của Hội Tiêu hóa, Gan và Dinh dưỡng Nhi khoa Bắc Mỹ (NASPGHAN), Hiệp Hội Chuyên gia NIH về Chẩn đoán và Quản lý Hen và Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) khuyến cáo có liên kết giữa Hen và TNDDTQ, và khuyến nghị đối với hen kiểm soát kém, đặc biệt là có triệu chứng đêm phải đảm bảo thăm dò TNDDTQ ngay cả khi không có triệu chứng gợi ý. Bài tổng quan cung cấp về dịch tễ học, mối liên hệ sinh lý bệnh giữa hen và TNDDTQ và vài tóm tắt các dữ liệu hiện nay liên quan đến việc điều trị GERD với các kết cục hen.

*Khoa Khám bệnh-Bệnh viện Nhi Đồng 2 TPHCM, Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM

Asthma and Gastroesophageal reflux disease - Challenge

Đặng Thị Kim Huyền, MD*

Abstract:

Asthma and gastroesophageal reflux disease (GERD) are both common diseases that they often appear to co-exist (one of the most common comorbidities in asthma). The extra-esophageal manifestations of GERD fall into three primary categories: pulmonary (asthma, chronic cough,...); ear nose and throat (ENT); and “other”. Thus, it appears that a great number of children with asthma who have GERD, have no “typical” symptoms of GERD. There remains debate regarding the underlying physiologic mechanism(s) of this relationship and whether treatment of GERD actually translates into improved asthma control. A recent current guidelines from the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN), The NIH Expert Panel on The Diagnosis and Management of Asthma and The American Thoracic Society (ATS) supports a link between GERD and asthma, and makes treatment recommendations for the patients with poorly controlled asthma, particularly with a nocturnal component, investigation for gastroesophageal reflux may be warranted even in the absence of suggestive symptoms. This review article provides an overview of the epidemiology and pathophysiologic relationships between asthma and GERD as well as a summary of current data regarding links between treatment of GERD with asthma outcomes.

*Outpatient department- Hospital Pediatric 2; University of Medicine and Pharmacy HCMC Hospital

MERONEM

meropenem



Đi bệnh nhân như người thân

Tài liệu tham khảo: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc

Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem ở trang 2.

Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: 0557/2017/XNNT/QLD, ngày 18 tháng 4 năm 2018

Ngày in tài liệu:...../...../.....

THÔNG TIN SẢN PHẨM



MERONEM 500mg, 1g Meropenem.

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

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

Meropenem thải trừ qua thẩm phân máu và lọc máu; nếu cần tiếp tục điều trị với MERONEM IV, sau khi hoàn tất thẩm phân máu, khuyến cáo sử dụng một đơn vị liều (500mg, 1g, 2g) (tùy theo loại và mức độ nhiễm khuẩn) để đảm bảo nồng độ điều trị hiệu quả trong huyết tương. Chưa có kinh nghiệm sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân đang thẩm phân phúc mạc. **Liều dùng cho bệnh nhân người lớn suy gan.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân suy gan (Xem Lưu Ý và Thận Trọng Đặc Biệt Khi Dùng). **Bệnh nhân cao tuổi.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân cao tuổi có chức năng thận bình thường hay độ thanh thải creatinine > 50 ml/phút. **Trẻ em.** Trẻ em từ 3 tháng đến 12 tuổi: liều khuyến cáo là 10-20 mg/kg mỗi 8 giờ tùy thuộc mức độ và loại nhiễm khuẩn, độ nhạy cảm của tác nhân gây bệnh và tình trạng bệnh nhân. Trẻ em cân nặng trên 50 kg: khuyến cáo sử dụng liều như ở người lớn. Liều khuyến cáo cho viêm màng não là 40 mg/kg mỗi 8 giờ. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em suy thận. **Cách sử dụng.** Nên tiêm tĩnh mạch MERONEM IV trong khoảng 5 phút hay tiêm truyền tĩnh mạch từ 15 đến 30 phút. Dữ liệu an toàn sử dụng khi dùng liều tiêm tĩnh mạch 40 mg/kg và liều tiêm tĩnh mạch 2 g còn hạn chế. MERONEM IV với các dạng tinh bột có sẵn có thể dùng tiêm tĩnh mạch trong khoảng 5 phút hay tiêm truyền tĩnh mạch trong khoảng 15-30 phút. MERONEM IV dùng tiêm tĩnh mạch nên được pha với nước vô khuẩn để tiêm (5ml cho mỗi 250 mg Meropenem) cho dung dịch có nồng độ khoảng 50 mg/ml. Dung dịch sau khi pha trong suốt, không màu hoặc màu vàng nhạt. MERONEM IV dùng truyền tĩnh mạch có

thể pha với các dịch truyền tương thích (50 đến 200 ml) (xem Tương Kỳ và Thận Trọng Đặc Biệt Trong Bảo Quản). **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với hoạt chất hay bất kỳ thành phần tá dược. Mẫn cảm với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm carbapenem khác. Mẫn cảm trầm trọng (như là phản ứng phản vệ, phản ứng da nghiêm trọng) với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm beta-lactam khác (như là nhóm penicillin hay cephalosporin). **THẬN TRỌNG:** Có một số bằng chứng lâm sàng và cần lâm sàng về dị ứng chéo một phần giữa các kháng sinh carbapenem khác với các kháng sinh họ beta -lactam, penicillin và cephalosporin. Cũng như tất cả các kháng sinh họ beta -lactam, các phản ứng quá mẫn (nghiêm trọng và đôi khi tử vong) hiếm xảy ra. Trước khi bắt đầu điều trị với meropenem, nên hỏi kỹ bệnh nhân về tiền sử các phản ứng quá mẫn với các kháng sinh họ beta-lactam. Nên sử dụng thận trọng MERONEM IV cho bệnh nhân có tiền sử dị ứng chéo một phần giữa với meropenem xảy ra, nên ngưng thuốc và có biện pháp xử lý thích hợp. Khi sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân bị bệnh gan cần theo dõi kỹ nồng độ transaminase và bilirubin. Cũng như các kháng sinh khác, tăng sinh các vi khuẩn không nhạy cảm với thuốc có thể xảy ra, cần phải theo dõi bệnh nhân liên tục. Không khuyến cáo sử dụng thuốc trong trường hợp nhiễm trùng do các *Staphylococcus* để kháng với methicillin. Trên thực hành lâm sàng, cũng như tất cả các kháng sinh khác, viêm đại tràng giả mạc hiếm khi xảy ra khi sử dụng MERONEM IV và có thể ở mức độ từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Vì vậy, cần thận trọng khi kê toa các thuốc kháng sinh cho bệnh nhân có tiền sử bệnh lý đường tiêu hoá, đặc biệt viêm đại tràng. Điều quan trọng là cần xem xét chẩn đoán viêm đại tràng giả mạc khi bệnh nhân bị tiêu chảy liên quan đến sử dụng thuốc MERONEM IV. Mặc dù các nghiên cứu cho thấy độc tố do *Clostridium difficile* sinh ra là một trong những nguyên nhân chính gây viêm đại tràng liên quan đến sử dụng các kháng sinh, cũng cần xem xét đến các nguyên nhân khác. Hiếm gặp báo cáo co giật trong quá trình điều trị với carbapenem, bao gồm meropenem. Nên thận trọng khi sử dụng đồng thời MERONEM IV với các thuốc có khả năng gây độc trên thận (Xem Liều Lượng và Cách Sử Dụng để biết liều dùng). Không khuyến cáo sử dụng đồng thời acid valproic/natri valproate với MERONEM IV. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh ở một số bệnh nhân. Nồng độ acid valproic huyết thanh có thể thấp hơn nồng độ điều trị (xem phần Tương Tác thuốc). **Sử dụng cho trẻ em:** Hiệu quả và sự dụng nạp đối với trẻ em dưới 3 tháng tuổi chưa được xác lập; do đó, không khuyến cáo sử dụng MERONEM IV cho trẻ em dưới 3 tháng tuổi. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em bị rối loạn chức năng gan hay thận. Để thuốc ngoài tầm tay trẻ em. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Nên có bác sĩ giám sát trực tiếp cho mọi trường hợp sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai. Không nên sử dụng ở phụ nữ có thai và cho con bú trừ phi lợi ích vượt trội các rủi ro có thể xảy ra. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY:** Chưa có nghiên cứu. Lưu ý các triệu chứng nhức đầu, dị cảm, co giật đã được ghi nhận khi dùng thuốc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Probenecid ức chế sự bài tiết meropenem qua thận, gây tăng thời gian bán thải và nồng độ meropenem trong huyết tương. Không khuyến cáo sử dụng đồng thời probenecid và MERONEM IV. Thuốc gắn kết với protein thấp (khoảng 2%), do đó tương tác với những hợp chất khác do sự phân tách khỏi protein trong huyết tương không dự kiến xảy ra. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh, có thể thấp hơn nồng độ điều trị và vì thế nên tránh phối hợp. MERONEM IV đã được sử dụng đồng thời với các thuốc khác mà không có các tương tác bất lợi về dược lý. Sử dụng đồng thời kháng sinh với warfarin có thể làm tăng tác động chống đông của thuốc. Nên theo dõi thường xuyên chỉ số INR trong suốt quá trình sử dụng đồng thời kháng sinh với thuốc chống đông đang uống và một khoảng thời gian ngắn sau khi sử dụng. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** Hiếm có các phản ứng ngoại ý trầm trọng. Phân nhóm theo tần suất: *Thường gặp (≥ 1/100 đến < 1/10):* tăng tiểu cầu, nhức đầu, tiêu chảy, ỉa máu, buồn nôn, đau bụng, tăng men ALT, AST, GGT, alkaline phosphatase, lactat dehydrogenase trong máu, phát ban, ngứa, viêm, đau; *ít gặp (≥ 1/1.000 đến < 1/100):* nhiễm nấm Candida miệng và âm đạo, tăng bạch cầu ái toan, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, dị cảm, tăng bilirubin trong máu, mê đậy, viêm tĩnh mạch huyết khối; *Hiếm gặp (≥ 1/10.000 đến < 1/1.000):* co giật, mất bạch cầu hạt; *Rất hiếm gặp (< 1/10.000):* thiếu máu tán huyết, phù mạch, biểu hiện của sốc phản vệ, viêm đại tràng giả mạc, hoại tử biểu bì gây nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson, hồng ban đa dạng. **Sản xuất tại ACS Dobfar SpA Viale Addetta 4/12, Tribiano (MI), Milan, 20067, Ý. **Đóng gói cấp 1 tại Zambon Switzerland Ltd, Via Industria N.13, Cadempino, 6814, Thụy Sĩ. **Đóng gói cấp 2 tại AstraZeneca UK Limited, Silk Road Business Park, Macclesfield, Cheshire, SK10 2 NA, Anh. **Nhà nhập khẩu và phân phối:** Công ty Cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q. 1, TP. Hồ Chí Minh.******

Bệnh Phổi Mô Kẽ Ở Trẻ Em: Cập Nhật Chẩn Đoán, Phân Loại Và Điều Trị

ThS.BS Trịnh Hồng Nhiên

TÓM TẮT:

Bệnh phổi mô kẽ (BPMK) là một nhóm các bệnh lý hiếm gặp, ảnh hưởng đến phế nang và các mô xung quanh đưa đến tình trạng rối loạn trao đổi khí và giới hạn chức năng sinh lý của phổi. Việc chẩn đoán, phân loại, điều trị và tiên lượng BPMK ở trẻ em có sự khác biệt lớn so với người lớn và đã có nhiều thay đổi đáng kể trong thời gian gần đây. Chẳng hạn như xơ phổi vô căn là thể lâm sàng nổi bật ở người lớn lại không tìm thấy ở trẻ em. Ngược lại, tăng sản tế bào thần kinh nội tiết và bệnh phổi mô kẽ lắng đọng glycogen chỉ tìm thấy ở trẻ em. Việc xác định nguyên nhân BPMK ở người lớn rất khó khăn, trong khi ở trẻ em hầu hết tìm được nguyên nhân cụ thể.

Về điều trị, corticosteroid ngày càng có chỉ định giới hạn trong các thể lâm sàng, mặc dù vẫn được coi là liệu pháp điều trị chủ yếu và việc đáp ứng với corticosteroid có ý nghĩa tiên lượng. Các thuốc khác bao gồm: độc tế bào, ức chế miễn dịch, ức chế tổng hợp collagen, các chất chống xơ hóa, hydroxychloroquine, IVIg, chất chống oxy hóa, ức chế cytokine... ngày càng có vai trò cụ thể hơn trong việc cải thiện chức năng phổi và thời gian sống còn. Các thuốc khác như Tacrolimus và liệu pháp tế bào gốc có thể là những giải pháp có nhiều hứa hẹn trong tương lai.

Abstract: Interstitial lung diseases in childhood- Update

Trịnh Hồng Nhiên

Interstitial lung diseases in childhood (child ILDs) are a diverse group of conditions that primarily involve the alveoli and perialveolar tissues, leading to derangement of gas exchange, restrictive lung physiology. There are much different in diagnosis, classification, management and prognosis in child ILDs form adult. Unlike in adults, most ILDs in children are found to have an underlying cause. Idiopathic pulmonary fibrosis the most prominent adult ILD, this entity is not found in children. Neuroendocrine cell hyperplasia in infancy (NEHI) and pulmonary interstitial glycogenesis (PIG) are histologic patterns unique to children.

For managements: today, corticosteroid just having restrictive indicated in several clinical types. Other agents included: cytotoxic agents, immunosuppressive therapies, collagen synthesis inhibitors, antifibrotic agents, hydroxychloroquine, intravenous immunoglobulin (IVIg), antioxidants, and cytokine inhibitors... have more important rules in improve lung functions and duration of survival. Tacrolimus and multi-potent stem cell are promising to be good methods in the future.

Tài liệu tham khảo

1. James S Hagood. Children interstitial lung diseases. Medscape Pediatrics
2. Nadia Nathan, Laura Berdah, Keren Borensztajn. Chronic interstitial lung diseases in children: diagnosis approaches, Expert Review of Respiratory medicine.
3. Paolo Spagnolo, Andrew Bush. Interstitial Lung Disease in Children Younger Than 2 Years. Pediatrics June 2016. 137(6).
4. Lisa R Young. Approach to the infant and child with diffuse lung disease (interstitial lung disease). Upto date 2018. May, 9, 2018

5. Timothy J Vece, Lelan L. Fan. Interstitial Lung Disease in Children Older Than 2 Years. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology*. 23 (1).
6. Barczyk M, Schmidt M, Mattoli S. Stem Cell-Based Therapy in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Stem Cell Rev*. 2015 Aug;11(4):598-620.
7. Wecht S; Rojas M. Mesenchymal stem cells in the treatment of chronic lung disease. *Respirology*. 2016 Nov; 21(8):1366-1375.
8. Enas Ahmed Hamed et al. Childhood Interstitial Lung Disease: Review on Diagnosis and managements. *International Journal of Clinical and Experimental Medical Sciences*. Vol. 2, No. 5, 2016, 78-89.

Dị Ứng Thực Ăn Và Bệnh Lý Hô Hấp

PGS TS BS Phan Hữu Nguyệt Diễm

Tóm tắt

Bệnh hen là một trong những biểu hiện hô hấp phổ biến nhất ở trẻ em và có thể bị khởi phát bởi các chất gây dị ứng thực phẩm thông qua việc nuốt phải hoặc hít phải. Bằng chứng lâm sàng thu trong những năm gần đây cho thấy vai trò của thực phẩm trong bệnh hen vẫn chưa rõ ràng, trong khi dị ứng thực phẩm được coi là một trong những nguyên nhân hàng đầu của bệnh dị ứng.

Dị ứng thực phẩm có thể dẫn đến một loạt các biểu hiện bao gồm nổi mề đay, đau bụng và phản vệ, nhưng trên tất cả dị ứng thức ăn có thể gây viêm da dị ứng. Trong viêm da dị ứng., các chất gây dị ứng thực phẩm tạo ra phản ứng tăng mẫn cảm ở da so sánh với phản ứng tăng mẫn cảm phế quản được báo cáo ở trẻ dị ứng bị hen.

Eosinophils dường như đóng một vai trò quan trọng trong việc kích thích và duy trì các tổn thương da, như chúng gây ra trong bệnh hen. Những quan sát này cho thấy các tổn thương da đặc trưng có thể được khởi xướng, khuếch đại và duy trì bởi các yếu tố miễn dịch và không miễn dịch theo nhiều cách khác nhau và ở các mức độ khác nhau, bắt đầu một vòng luẩn quẩn dẫn đến các phản ứng khác nhau, nhưng hiệp đồng. Các nghiên cứu đã gợi ý một mối liên hệ có thể có giữa các chất trung gian gây viêm và hen do thực phẩm. Trong khi kích thích không đặc hiệu có thể góp phần kích hoạt và làm xấu đi các tổn thương da, chúng có thể đóng một vai trò chính trong sự kích thích tình trạng tăng mẫn cảm phế quản. Các nghiên cứu dịch tễ học nên điều tra cả hai khía cạnh của vấn đề, chẳng hạn như hen với dị ứng thức ăn và hen do thực phẩm gây ra ở trẻ em.

Food Allergy And Respiratory Diseases

Phan Hữu Nguyệt Diễm. Asso Pro. MD. PhD

Abstract

Asthma is one of the most common respiratory manifestations in children and can be triggered by food allergens through ingestion or inhalation. Clinical evidence collected in recent years shows that the role of food in asthma is still unclear, while food allergies are considered to be one of the leading causes of allergies.

Asthma is one of the most common respiratory manifestations in children and can be triggered by food allergens through ingestion or inhalation. Clinical evidence collected in recent years shows that the role of food in asthma is still unclear, while food allergies are considered to be one of the leading causes of allergies.

Food allergies can lead to a variety of manifestations including hives, abdominal pain and anaphylaxis, but above all food allergies can cause atopic dermatitis. In atopic dermatitis, food allergens cause skin hypersensitivity reactions compared with bronchial hypersensitivity reactions reported in allergic children with asthma.

Food allergies can lead to a variety of manifestations including urticaria, abdominal pain and anaphylaxis, but above all food allergies can cause atopic dermatitis. In atopic dermatitis, food allergens cause skin hypersensitivity reactions compared with bronchial hypersensitivity reactions reported in allergic children with asthma.

Eosinophils seem to play an important role in stimulating and maintaining skin lesions, as they do in asthma. These observations show that characteristic skin lesions can be initiated, amplified and maintained by immune and non-immune factors in many different ways and at different levels, starting a cycle vicious leads to different reactions, but synergies. Studies have suggested a possible link between intermediates causing food inflammation and asthma. While nonspecific stimulation may contribute to activating and worsening skin lesions, they may play a major role in stimulating bronchial hypersensitivity. Epidemiological studies should investigate both aspects of the problem, such as asthma with food allergies and food-induced asthma in children.

Viêm phế quản dai dẳng do vi khuẩn

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

Viêm phế quản dai dẳng do vi khuẩn (PBB) được đặc trưng bởi ho có đàm riêng lẻ không kèm các dấu hiệu của các nguyên nhân khác, và thường đáp ứng sau 2 tuần điều trị kháng sinh thích hợp. Đây không phải là một bệnh lý mới và các tình trạng giống như PBB đã được báo cáo đến trong thế kỷ qua. PBB thường bị chẩn đoán nhầm với hen, dẫn đến điều trị không phù hợp.

Tần suất thật sự của PBB trong cộng đồng không được rõ, nhưng theo một số nghiên cứu đa trung tâm, 11-41% trẻ được gửi đến các trung tâm chuyên khoa về hô hấp là PBB.

Mới đây, nhóm đặc nhiệm của ERS đã đề nghị định nghĩa của PBB có thể áp dụng một cách đáng tin cậy tại các cơ sở thực hành lâm sàng, bao gồm đầy đủ 3 trong các tiêu chuẩn sau: 1) Ho có đàm mạn tính liên tục (>4 tuần); 2) Không có các triệu chứng hay dấu hiệu gợi ý nguyên nhân khác; 3) Ho cải thiện sau 2–4 tuần điều trị kháng sinh thích hợp.

Trong khuôn khổ bài tổng quan này, chúng tôi trình bày về đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và xử trí trẻ viêm phế quản dai dẳng do vi khuẩn.

Abstract: Protracted Bacterial Bronchitis

Trần Anh Tuấn

Protracted bacterial bronchitis (PBB) is characterised by an isolated chronic wet or productive cough without signs of another cause, and usually responds to 2 weeks of an appropriate oral antibiotic. PBB is not a new entity and PBB-like conditions were reported during the last century. PBB is often misdiagnosed as asthma, resulting in inappropriate treatment.

The true prevalence of PBB within the community is unknown, some multicentre studies have estimated that the prevalence of PBB were 11–41% of children referred to specialist respiratory clinics.

Recently, the ERS task force of considers a reliable definition of PBB for day-to-day clinical practice when all three of the following criteria are fulfilled. 1) Presence of continuous chronic (>4 weeks' duration) wet or productive cough; 2) absence of symptoms or signs (i.e. specific cough pointers) suggestive of other causes of wet or productive cough; and 3) cough resolved following a 2–4-week course of an appropriate oral antibiotic.

In this article, we review the clinical profile of children with PB, the diagnosis and the management for children with PBB.

Tài liệu tham khảo

1. Bush A. Persistent Bacterial Bronchitis: Time to Venture beyond the Umbrella. *Front. Pediatr.* 2017; 5:264.
2. Chang AB, Oppenheimer JJ, Weinberger MM. CHEST Expert Cough Panel. Management of children with chronic wet cough and protracted bacterial bronchitis: CHEST guideline and Expert Panel report. *Chest.* 2017; 151(4):884-90.
3. Di Filippo P, Scaparrotta A, Petrosino MI, Attanasi M, Di Pillo S, Chiarelli F, et al.
4. An underestimated cause of chronic cough: The protracted bacterial bronchitis. *Ann Thorac Med* 2018;13:7-13.
5. Ishak A and Everard ML. Persistent and Recurrent Bacterial Bronchitis—A Paradigm Shift in Our Understanding of Chronic Respiratory Disease. *Front. Pediatr.* 2017; 5:19.
6. Kantar A, Chang AB, Shields MD. ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children. *Eur Respir J* 2017; 50: 1602139
7. Paul SP, Abdelrhim H, Heaton PA. Managing children with protracted bacterial bronchitis. *Prescriber* 19 April 2013
8. Pritchard MG, Lenney W, Gilchrist F J. Outcomes in children with protracted bacterial bronchitis confirmed by bronchoscopy. *Arch Dis Child.* 2014; 0:1.



HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

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



THÔNG TIN KÊ TOA PULMICORT RESPULES (Budesonid)

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

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

Mọi chi tiết xin liên hệ VPDD AstraZeneca

Tòa nhà AB, Lầu 18, 76 Lê Lai Q.1, TP.Hồ Chí Minh, Việt Nam, Tel: 848 - 3827 8088 - Fax: 848 - 3827 8089
Tòa nhà Sao Bắc, Lầu 6, P.601, 4 Đà Nẵng, Q.Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam, Tel: 844 - 3822 4443/4 - Fax: 844 - 3822 4445



Mã code PUL1607001 - Ngày hiệu lực: ngày 27 tháng 12 năm 2016

Đặc Điểm Dịch Rửa Phế Quản Phế Nang Qua Nội Soi Phế Quản Của Trẻ Viêm Phổi Tại Bệnh Viện Nhi Đồng 2

Trần Quỳnh Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm các tác nhân vi sinh và đặc điểm tế bào học của dịch BAL trên trẻ viêm phổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiền cứu loạt ca trên trẻ viêm phổi được nội soi phế quản ống mềm và làm BAL, tại bệnh viện Nhi Đồng 2, từ 01/03 đến 31/08/2017. Dịch BAL được cấy định lượng vi khuẩn, cấy nấm, làm PCR các tác nhân viêm phổi và khảo sát tế bào học.

Kết quả: Khảo sát 58 bệnh nhân với 60 cuộc nội soi phế quản và làm BAL. 81% trẻ < 2 tuổi. Cấy dịch BAL dương tính 28 %, PCR dương 66%. Tác nhân phân lập được gồm 13 vi khuẩn, 7 vi nấm và 8 siêu vi. Vi khuẩn được phân lập nhiều nhất là S.pneumoniae (15%), M.pneumonia (15%), H.influenzae (8,3%). Cytomegalovirus là siêu vi thường gặp nhất (15%), 67% ca nhiễm siêu vi là đồng nhiễm (p = 0,001). C. abicans và Aspergillus là 2 tác nhân vi nấm thường gặp. Mật độ tế bào thay đổi từ 5000 đến 980000 tế bào/ml. Hiện diện một số thành phần không phải tế bào trong dịch BAL. 88% ca M.pneumoniae có tỷ lệ tế bào Lymphocyte cao trong dịch BAL (p < 0,001).

Kết luận: Dịch BAL có giá trị trong chẩn đoán tác nhân vi sinh gây viêm phổi ở trẻ em. Cần nghiên cứu xa hơn đánh giá mối liên quan giữa tác nhân viêm phổi và đặc điểm tế bào dịch BAL.

Từ khóa: dịch rửa phế quản-phế nang, tế bào học dịch rửa phế quản-phế nang, viêm phổi trẻ em

Characteristics Of Bronchoalveolar Lavage (Bal) Fluid Through Flexible Fiberoptic Bronchoscopy In Children With Pneumoniae At Children Hospital 2

Trần Quỳnh Hương*

Objective: The study is aimed at determining the characteristics of pneumonia pathogens and cytology's characteristics of BAL fluid among children diagnosed with pneumoniae.

Methods: A Prospective Case series is designed to study children diagnosed with pneumoniae and indicated flexible fiberoptic bronchoscopy, at Children Hospital. 2 between March 1 and August 31, 2017. BAL fluid was subjected to quantitative culture, PCR and cytology analysis.

Results: BAL was performed on 58 patients with 60 episode of bronchoscopy. 81% children was under 2 years. The positive BAL culture was documented in 28 % patients and PCR positive in 66% case. Of these, there were 12 bacteria, 7 fungi and 8 virus classified as probable pathogens. The most frequently isolated bacteria were Streptococcus pneumoniae (15%) and Mycoplasma pneumonia (15%). Cytomegalovirus, the viral pathogen, was the most often found (15%). 67% cases of virus were Co-infection (p= 0,001.) Candida and Aspergillus were the most common fungus agents. The density of cells had been found to vary from 5.000 to 980.000 cells/ml. The noncellular components were also recorded in BAL fluid. 88% cases of M.pneumoniae had a high percentage of lymphocytes (p < 0,001). **Conclusions:** Bronchoalveolar lavage (BAL) fluid is valuable in diagnosing pathogens of pneumoniae in children. It is necessary to do further studies to

evaluate the relations between the characteristics of pathogens of pneumoniae and the variables of the components of BAL fluid.

Keywords: bronchoalveolar lavage fluid, bronchoalveolar lavage cytology, pneumoniae in children.

** Bệnh viện Nhi đồng 2.*

BS. Trần Quỳnh Hương, đt: 0913146677, email: qh_nd2@yahoo.com.vn

ARDS: what is new?

PGS. TS. BS Phùng Nguyễn Thế Nguyễn

Bộ môn Nhi – Đại học Y Dược TPHCM

Tóm tắt

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS) là tình trạng viêm lan toả, tiến triển trong nhu mô phổi, gây tăng tính thấm màng phế nang mao mạch phổi, hậu quả giảm trao đổi khí và giảm oxy máu. ARDS là một trong những hội chứng thường gặp, tử vong cao, và gây không ít khó khăn cho điều trị hiện nay tại các khoa hồi sức. Định nghĩa, bệnh sinh, nguyên nhân ... đã được nghiên cứu rất nhiều trước đây. Tuy nhiên trong khoảng 5 năm gần đây, các thông tin, cập nhật về ARDS cũng ít hơn với 1 số điểm nổi bật...

Định nghĩa, tiêu chuẩn chẩn đoán ARDS, dù được biết và mô tả rất lâu từ năm 1967, mãi đến 1994 ARDS được định nghĩa, tiêu chuẩn chẩn đoán ở người lớn thống nhất lần 1 với nhiều vấn đề chưa rõ ràng, sau đó là định nghĩa Berlin năm 2012. Định nghĩa Berlin này tương đối đầy đủ để áp dụng ở người lớn, nhưng không dành cho trẻ em. Năm 2015, định nghĩa ARDS dành cho trẻ em ra đời, định nghĩa này có các tiêu chuẩn áp dụng cho đối tượng không thở máy, sử dụng SpO₂/FiO₂ và có các tiêu chuẩn cho các nhóm đối tượng đặc biệt như suy tim, tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn...

Yếu tố nào dự hậu tổn thương phổi lan toả và ảnh hưởng trên tiên lượng có lẽ được nghiên cứu rất nhiều, và cũng có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng. Nghiên cứu mới nhất 2017, cho thấy ARDS mức độ trung bình và nặng, ARDS tiến triển > 3 ngày, tổn thương cả 4 phần trên x quang phổi, và driving pressure tăng là 4 yếu tố quyết định tiên lượng tổn thương phế nang lan toả.

Điều trị luôn là 1 vấn đề được quan tâm với mục tiêu là cải thiện oxy hoá máu, cải thiện tiên lượng. Các biện pháp hiệu quả cần được áp dụng: (1) thở máy cổ điển với thể tích thấp, PEEP cao. (2) Cung cấp FiO₂ cần để duy trì SpO₂ 94-98% (PaO₂ 70-100 mmHg) cải thiện tiên lượng. (3) Huy động phế nang cải thiện oxy hoá máu tạm thời, tuy nhiên không cải thiện tiên lượng. Phương pháp tối ưu cho thủ thuật này vẫn đang còn nghiên cứu thêm. (4) Tư thế nằm sấp là biện pháp đơn giản, nhưng cải thiện oxy hoá máu và cải thiện tử vong (giảm 26% tỷ lệ tử vong). (5) An thần, dẫn cơ là một phần quan trọng trong điều trị, tuy vậy liều, thời gian dùng, mức độ cho phép bệnh nhân tự thở cần được nghiên cứu thêm; và cũng nên dùng trong 48 giờ đầu. (5) hạn chế dịch cũng giúp cải thiện oxy hoá máu.

Thở máy rung tần số cao (HFO) đã được dùng rất nhiều, nhưng năm 2013, các nghiên cứu RCT cho thấy không cải thiện tỷ lệ tử vong và không được khuyến cáo dùng từ đó đến nay. ECMO là biện pháp cải thiện oxy hoá máu đang được áp dụng hiện nay cho bệnh nhân ARDS nặng, nghiên cứu năm 2018 ghi nhận không cải thiện tử vong ở nhóm chỉ định ECMO (PaO₂ < 50 mmHg trong 3 giờ hay PaO₂/FiO₂ < 80 trong 6 giờ, PaCO₂ > 60 mmHg và Ph < 7,25 trong 6 giờ) với nhóm thở máy thông thường. Do vậy, ECMO chỉ định cũng cần được nghiên cứu thêm và lựa chọn tùy từng trường hợp lâm sàng

ARDS: what is new?

Phung Nguyen The Nguyen

Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a condition of diffuse, progressive inflammation of the lung parenchyma, causing an increase in pulmonary capillary permeability, resulting in reduced gas exchange and hypoxemia. ARDS is one of the most common fatal syndromes and poses many challenges for intensive care management. Definition, pathogenesis, etiology ... have been studied extensively, However, we have seen limited updates on ARDS for the last 5 years, of which we discuss here some highlights.

Although ARDS was first mentioned and described in 1967, diagnostic criteria in adults were only defined for the first time in 1994, still with many unsettled issues. Berlin definition was introduced in 2012, which is rather apt for adults, but not for children. The definition of ARDS for children was released in 2015, this definition includes criteria applicable to non-ventilated subjects (using SpO₂/FiO₂) and certain special populations such as patients with cardiac dysfunction, congenital heart diseases, chronic lung disease.

The risk factors for diffuse lung damage have been studied extensively and many factors have been found to affect the prognosis. One study, performed in 2017, found that moderate and severe ARDS, progression of ARDS over 3 days, lesions in all 4 parts of the chest x-ray, and increased driving pressure were the 4 factors determining diffuse alveolar lesions.

Treatment goal is to improve blood oxygenation and to improve prognosis. Effective managements are required. (1) Classic mechanical ventilation with low volume and high PEEP, and (2) necessary FiO₂ to maintain SpO₂ of 94-98% (PaO₂ 70-100 mmHg) improve prognosis. (3) Alveolar mobilization improves blood oxygen temporarily but does not improve prognosis. The optimal method for this procedure is still under study. (4) Prone posture is a simple measure but improves blood oxidation and prognosis (26% reduction in mortality). (5) Sedatives and muscle relaxants are important parts of the treatment and should be used in the first 48 hours. Although the dose, the duration, and the extent to which patients should be allowed to breathe spontaneously need to be further studied. (5) Fluid restriction also improves blood oxidation.

High frequency oscillation ventilation (HFO) had been used commonly, but some RCT studies, published in 2013, showed no mortality improvement. Therefore, this therapy has not been recommended ever since. ECMO is a measure to improve blood oxidation, currently applied to patients with severe ARDS. One study in 2018 found no mortality improvement in the intervened group who received ECMO (PaO₂ <50 mmHg for 3 hours or PaO₂/FiO₂ < 80 in 6 hours, PaCO₂ > 60 mmHg and pH <7.25 in 6 hours), compared with control group who received only classic mechanical ventilation. Therefore, we need to study more on ECMO indications and, for now, its clinical use is justified on a case-by-case basis.



👁️ Phổ kháng khuẩn rộng ⁽¹⁾:

Vi khuẩn gram âm



Vi khuẩn gram dương



Vi khuẩn không điển hình



👁️ Thâm nhập tốt vào ⁽¹⁾:

Mô Phổi

Dịch bọng nước

Mô Xương

👁️ Bài tiết chủ yếu qua thận (>85% liều dùng) ⁽¹⁾



VN-19455-15

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục QLD-BYT: 0025/2018/XNTT/QLD, ngày 02 tháng 03 năm 2018

Ngày in tài liệu: 20/12/2018

Tài liệu gồm 02 trang. Thông tin chi tiết xin vui lòng xem trang 02.

SAVNLEV.18.12.2007. Internal approval date: 12/18

⁽¹⁾ Theo thông tin kê toa Tavanic được phê duyệt bởi Cục Quản Lý Dược Việt Nam



Thông tin sản phẩm⁽¹⁾

THÀNH PHẦN: Levofloxacin hemihydrate. **DANG BẢO CHẾ:** Viên nén bao phim chứa 500mg levofloxacin. **CHỈ ĐỊNH:** Tavanic là một kháng sinh tổng hợp thuộc nhóm fluoroquinolon. Thuốc tác động bằng cách tiêu diệt các vi khuẩn gây bệnh nhiễm khuẩn trong cơ thể. Tavanic được chỉ định điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm với levofloxacin gây ra ở người lớn: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp (kể cả viêm thận-bể thận), viêm tuyến tiền liệt nhiễm khuẩn mạn tính, nhiễm khuẩn da và mô mềm. Tavanic được sử dụng như một liệu pháp thay thế cho các thuốc kháng sinh thông thường khác với những nhiễm khuẩn sau đây: Viêm xoang nhiễm khuẩn cấp, đợt nhiễm khuẩn cấp của viêm về việc sử dụng hợp lý các thuốc kháng sinh. **CÁCH DÙNG:** Uống trọn viên thuốc với lượng nước vừa đủ uống; có thể bề viên thuốc theo đường kính ngang để phân liều. Có thể uống thuốc trong bữa ăn hoặc bất cứ lúc nào giữa các bữa ăn. **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, rất hoặc phỏng rộp nếu không áp dụng các biện pháp để 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. **Nếu đang dùng viên sắt, thuốc kháng acid hoặc sulcralfat, các chế phẩm bổ sung kẽm:** Không được uống những thuốc này cùng lúc với viên bao phim Tavanic. Nên uống ít nhất 2 giờ trước hoặc sau khi uống viên bao phim Tavanic. **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 giả 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)	Đường dùng	Thời gian điều trị
Viêm phổi mắc phải cộng đồng	500 mg một hoặc hai lần/ngày	Uống	7-14 ngày
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp (kể cả viêm thận - bể thận)	250 mg một lần/ngày*	Uống	7-10 ngày
Viêm tuyến tiền liệt nhiễm khuẩn mạn tính	500 mg một lần/ngày	Uống	28 ngày
Nhiễm khuẩn da và mô mềm	250 mg một lần/ngày hoặc 500 mg một hoặc hai lần/ngày	Uống	7-14 ngày
Viêm xoang nhiễm khuẩn cấp**	500 mg một lần/ngày	Uống	10-14 ngày
Đợt nhiễm khuẩn cấp của viêm phế quản mạn tính**	250 mg-500 mg một lần/ngày	Uống	7-10 ngày
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu không phức tạp**	250 mg một lần/ngày	Uống	3 ngày

* Cần xem xét tăng liều trong các trường hợp nặng. ** Do fluoroquinolon có liên quan đến những phản ứng có hại nghiêm trọng, chỉ sử dụng Tavanic cho những bệnh nhân không có lựa chọn điều trị khác thay thế.

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. **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. **CẢNH BÁO:** Các fluoroquinolon có liên quan đến các phản ứng có hại (ADRs) nghiêm trọng có khả năng gây tàn tật và không hồi phục trên các hệ cơ quan khác nhau. ADRs thường gặp bao gồm viêm gân, đứt gân, đau

khớp, đau cơ, bệnh lý thần kinh ngoại vi, và các tác dụng bất lợi trên hệ thống thần kinh trung ương (ảo giác, lo âu, trầm cảm, mất ngủ, đau đầu nặng và lú lẫn). ADRs này có thể xảy ra từ vài giờ đến vài tuần sau khi dùng thuốc, có thể xuất hiện đồng thời trên cùng một người bệnh, ở mọi lứa tuổi, hoặc không có sẵn các yếu tố nguy cơ. Ngưng sử dụng thuốc ngay khi có dấu hiệu hoặc triệu chứng đầu tiên của bất kỳ ADR nghiêm trọng nào. Tránh sử dụng thuốc cho các bệnh nhân có tiền sử ADR nghiêm trọng liên quan đến fluoroquinolon. **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 quỵ 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 magnesi 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:** Ngưng dùng Tavanic ở những tác dụng phụ sau đây: **Rất hiếm (xảy ra ở <1 / 10.000 bệnh nhân):** dị ứng. Dấu hiệu có thể là phát ban, khó nuốt hoặc khó thở, phù mắt, mặt, họng hoặc lưỡi. **Ngưng dùng Tavanic nếu thấy bất kỳ tác dụng phụ nghiêm trọng nào sau đây – có thể cần điều trị khẩn cấp:** **Hiếm gặp (xảy ra ở <1 / 1.000 bệnh nhân):** Tiêu chảy toàn nước hoặc có máu, có thể kèm đau bụng và sốt cao. Đau và viêm gân. Thường gặp nhất là gân gót (gân Achilles) và trong một số trường hợp có thể đứt gân. Co giật (động kinh). **Rất hiếm (xảy ra ở <1 / 10.000 bệnh nhân):** Cảm giác rất bỏng, kim châm, đau hoặc tê rần. Các phản ứng khác: Phát ban nặng trên da, có thể nổi bọng nước và tróc da quanh môi, mắt, miệng, mũi, và bộ phận sinh dục. Chán ăn, vàng da và vàng mắt, nước tiểu sậm màu, ngứa, hoặc đau khi ấn vào bụng trên. **Hãy báo cho bác sĩ nếu bất kỳ tác dụng phụ nào sau đây trở nặng hoặc kéo dài vài ngày:** **Thường gặp (xảy ra ở <1 / 10 bệnh nhân):** Buồn nôn và tiêu chảy. Tăng enzym gan trong máu. **Ít gặp (xảy ra ở <1 / 100 bệnh nhân):** Ngứa và phát ban trên da. Chán ăn, rối loạn tiêu hóa hoặc khó tiêu, nôn hoặc đau ở vùng dạ dày, cảm giác đầy bụng hoặc táo bón. Nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, rối loạn giấc 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 trong kết quả của một số xét nghiệm máu. Yếu sức. Tăng số lượng của các vi khuẩn hoặc nấm khác, có thể cần phải điều trị. **Hiếm gặp (xảy ra ở <1 / 1.000 bệnh nhân):** 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, cảm giác bứt rứt hoặc cảm giác lú lẫn. Nhịp tim nhanh bất thường hoặc hạ huyết áp. Đau khớp hoặc đau cơ. Bầm máu và đốm chảy máu do giảm số lượng tiểu cầu. Giảm số lượng bạch cầu. Khó thở hoặc thở khó khê (co thắt phế quản). Thở hụt hơi (khó thở). Ngứa hoặc nổi mề đay. **Rất hiếm (xảy ra ở <1 / 10.000 bệnh nhân):** Đa tăng nhạy cảm với ánh nắng và tia cực tím. Giảm lượng đường trong máu (hạ đường huyết). Rối loạn thính giác hoặc thị giác, hoặc thay đổi vị giác và khứu giác. Áo giác, phản ứng loạn thần với nguy cơ có ý định hoặc hành động tự tử. Truy tuẩn 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. Sốt và phản ứng dị ứng ở phổi. **Các tác dụng phụ khác:** Giảm số lượng hồng cầu. Đa có thể tái hoặc có máu vàng. Quà mẩn. Đau mắt nhiều. Đau, kể cả đau lưng, ngực và tay chân. Khó khăn khi đi chuyển và đi lại. Con kích phát rối loạn chuyển hóa porphyrin ở người sẵn có bệnh này. Viêm mạch máu do phản ứng dị ứng. Kéo dài QT trên điện tâm đồ. Nhịp tim nhanh bất thường, rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng. Mất khứu giác và vị giác. Ún tai. Tăng creatinin trong máu. Ly giải cơ vân. Hôn mê hạ đường huyết. Tăng bilirubin. Tổn thương gan nặng. Có giác mơ ngủ khác thường, ác mộng. **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 chẹn thụ cảm beta (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 dùng 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 magnesi hoặc nhôm hoặc sulcralfate. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Không dùng Tavanic. **LÀI 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: Viên nén bao phim:** 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 Ham Nghi, phường Bến Nghé, Quận 1, TP. HCM
Điện thoại: +84. 8.3829 8526; **Fax:** +84. 8.3914 4801

Nội soi phế quản trong thời đại đột biến gen miễn dịch ung thư

Masao Hashimoto1

1Trung tâm quốc gia sức khỏe toàn cầu Nhật Bản - NCGM

Tóm tắt

Trong 10 năm này điều trị ung thư phổi không phẫu thuật phát triển rất nhanh và mạnh, do phát hiện các liệu pháp mới như thuốc nhắm đích (Targeted therapy) tại các đột biến gen đặc hiệu của tế bào ung thư (Driver mutation) như EGFR/ALK/ROS1/BRAF, và thuốc miễn dịch (ICI; Immuno Checkpoint Inhibitor) liên quan PD-L1/PD-1/CTLA-4. Đồng thời, các kỹ thuật nội soi phế quản ống mềm để lấy bệnh phẩm ung thư phổi cũng phát triển rất nhanh, ví dụ các kỹ thuật như siêu âm xuyên phế quản (EBUS; Endo Bronchial Ultra Sound), ống thông dây dẫn (Guide sheath), nội soi ảo (Virtual Bronchoscopy Navigation), và có thể sinh thiết an toàn và chính xác hơn trước đây. Hiện tại, khi gặp trường hợp ung thư phổi, thông tin như đột biến gen và biểu hiện PD-L1 trên tế bào ung thư nên cần để quyết định phương pháp điều trị thích hợp đặc trưng tế bào ung thư của bệnh nhân (Precision medicine).

Trong hội thảo này, tôi tóm lại các phương pháp sinh thiết bao gồm các kỹ thuật nội soi phế quản ống mềm gần đây, và giới thiệu điểm nên lưu ý đối với bác sĩ lâm sàng để thực hiện sinh thiết và xử lý bệnh phẩm phù hợp cho các xét nghiệm như IHC(Immunohistochemistry), FISH (Fluorescence in situ hybridization), và NGS (next-generation sequencing).

Bronchoscopy in the era of gene mutation and immunologic feature of cancer Nội soi phế quản trong thời đại đột biến gen miễn dịch ung thư

Masao Hashimoto1

1Trung tâm quốc gia sức khỏe toàn cầu Nhật Bản - NCGM

Non-surgical treatment of lung cancer has been changed and been more effective in this decade, and it is because some new agents of Targeted therapy toward Driver mutations like EGFR/ALK/ROS1/BRAF, and Immuno-Checkpoint Inhibitor related with PD-L1/PD-1/CTLA-4. At the same time, technique and technology of bronchoscopic biopsy also developed quickly, for example EBUS (Endo Bronchial Ultra Sound), Guide sheath method, Virtual Bronchoscopy Navigation, and we can biopsy more safely and precisely than before. Today, for so called the precision medicine, we need information of PD-L1, driver mutation and so on to decide more better treatment depend on the situation of each patient.

In this session, I will summarize again some flexible bronchoscopy technique recently and mention about key points to get and to handle specimen (for the several examinations like IHC (Immunohistochemistry), FISH (Fluorescence in situ hybridization), and NGS (next-generation sequencing)) from the view point of a clinical respiratory doctor.

Cơ chế phân tử và tế bào trong ung thư phổi

GS TS Đinh Xuân Anh Tuấn

Bệnh viện Cochin, Đại học Paris Descartes

Ung thư phổi là một bệnh lý đa dạng, phức tạp và khó điều trị. Ung thư phổi từ lâu không còn được xem là một bệnh lý đơn thuần mà đang dần được phân loại theo các phân nhóm dựa trên đích đến phân tử và chiến lược hóa trị liệu. Việc xử trí nhóm bệnh ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (UTPKPTBN), đang được hưởng lợi từ vài trong số các đột phá này, với các hiểu biết về các đột biến biểu hiện như Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR), tổ hợp gen liên quan Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK), tái sắp xếp của các gen tiền ung tyrosine-protein kinase ROS-1, và các nghiên cứu hiện thời trong điều trị nhắm trúng đích của gen sinh ung Kirsten Rat Sarcoma (K-RAS), thụ thể tyrosine kinase MET, và Programmed Death Ligand-1 (PD-L1). Kỹ nguyên mới của điều trị cá thể hóa ung thư phổi sẽ đòi hỏi đặc tính hóa một cách toàn diện nguồn gốc gen trong carcinoma tế bào tuyến, carcinoma tế bào nhày, và carcinoma tế bào nhỏ ở các phân nhóm khác nhau. Hướng đi trong tương lai sẽ là đưa các đặc tính phân tử cùng với kỹ thuật giải trình tự gen thế hệ mới vào chiến lược sàng lọc bệnh nhằm nâng cao khả năng phát hiện sớm bệnh ung thư. Điều trị cá thể hóa đòi hỏi gắn kết chặt chẽ giữa phòng thí nghiệm và lâm sàng. Bởi sự đa dạng và phức tạp trong điều trị ung thư phổi tùy thuộc vào giải phẫu bệnh, phân giai đoạn, và đặc tính di truyền, bản đồ tư duy đã được phát triển như một trong số nhiều công cụ hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong kỹ nguyên y học cá thể ngày nay.

Molecular and cellular mechanisms of lung Cancer

*Prof. Anh Tuan DINH-XUAN, MD, PhD,
Cochin Hospital, Paris Descartes University*

Lung cancer is a heterogeneous, complex, and challenging disease to treat. Lung cancer is no longer considered a single disease entity and is now being subdivided into molecular subtypes with dedicated targeted and chemotherapeutic strategies. Management of non-small-cell lung cancer, in particular, has benefitted from several of these breakthroughs, with the understanding of activating mutations in Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR), fusion genes involving Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK), rearrangements in the proto-oncogene tyrosine-protein kinase ROS-1, and ongoing research in targeted therapies for the Kirsten Rat Sarcoma (K-RAS) oncogene, the receptor tyrosine kinase MET, and Programmed Death Ligand-1 (PD-L1). The next era of personalized treatment for lung cancer will involve a comprehensive genomic characterization of adenocarcinoma, squamous-cell carcinoma, and small-cell carcinoma into various subtypes. Future directions will involve incorporation of molecular characteristics and next generation sequencing into screening strategies to improve early detection. Personalization of therapy will involve close collaboration between the laboratory and the clinic. Given the heterogeneity and complexity of lung cancer treatment with respect to histology, tumor stage, and genomic characterization, mind mapping has been developed as one of many tools which can assist physicians in this era of personalized medicine.

Tránh bỏ sót trong chẩn đoán ung thư phổi trong thực hành lâm sàng.

Nguyễn Đình Duy()*

Tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ nhất trong tỷ lệ mắc mới trong các loại ung thư và cũng xếp hạng thứ nhất trong tỷ lệ tử vong cả hai giới nam nữ. Tùy vào vị trí tổn thương trong lồng ngực, mức độ lan rộng của bướu mà triệu chứng lâm sàng của từng bệnh nhân sẽ khác nhau, tuy nhiên biểu hiện của ung thư phổi thường là ho kéo dài; ho ra máu; thở rít, khó thở; đau ngực. Trong khi đó, công cụ hàng đầu trong chẩn đoán sàng lọc của ung thư phổi là X quang phổi, CT ngực thường phát hiện các tổn thương điển hình như nốt phổi, u phổi, tràn dịch màng phổi. Các phương tiện chẩn đoán ung thư phổi thường quy bao gồm: tế bào học trong đàm, soi phế quản sinh thiết, sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn hình ảnh học, chọc dịch màng phổi, soi trung thất, phẫu thuật nội soi lồng ngực.

Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng, trong từng thời điểm, ung thư phổi cũng có những thể lâm sàng đặc biệt, không điển hình khiến người thầy thuốc không nghĩ đến bệnh lý này, đưa đến việc kéo dài thời gian chẩn đoán, làm hạn chế khả năng điều trị khi ung thư phổi được phát hiện ở giai đoạn muộn.

Do vậy cần tầm soát ung thư phổi trên bệnh nhân thuộc nhóm có nguy cơ cao, điều trị không đáp ứng một bệnh lý phổi được chẩn đoán ban đầu không phải ung thư phổi.

AVOID MISSING IN LUNG CANCER DIAGNOSIS

Nguyễn Đình Duy()*

In Vietnam, lung cancer ranks first in the incidence of new cancers and is also ranked first in the mortality rate for both males and females. Depending on the location of the injury in the chest, the extent of the tumor that the clinical symptoms of each patient will vary, but the manifestation of lung cancer is usually cough; hemoptysis; breathing whizzing; chest pain. Meanwhile, the leading tool in the diagnostic screening of lung cancer is chest X ray, chest CT usually detect typical lesions such as lung nodules, lung tumors, pleural effusion. Routine diagnostic tools for lung cancer include: cytologic in sputum, bronchoscopy biopsy, thoracic biopsy under imaging guidance, thoracentesis, mediastinoscopy, endoscopy thoracic surgery.

However, in clinical practice, from time to time, lung cancer also has special clinical features, not typical that the doctor does not think of this disease, resulting in prolonged diagnostic time, limited ability to treat when lung cancer is detected at late stage.

Therefore, lung cancer screening is needed in patients at high risk, treatment that does not respond to a pulmonary disease initially diagnosed as non-lung cancer.

()BS CKII, PGĐ Bệnh Viện Phạm Ngọc Thạch*

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Broncho-Vaxom®

ĐIỀU TRỊ TĂNG CƯỜNG MIỄN DỊCH
PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN TÁI PHÁT ĐƯỜNG HÔ HẤP VÀ NHIỄM KHUẨN
KÍCH PHÁT CỦA VIÊM PHẾ QUẢN MÃN TÍNH
ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP TRONG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP

 **OM Pharma**
THỤY SỸ

*** Thành phần thuốc:**

Một viên nang cho người lớn có chứa: Hoạt chất: chất ly giải vi khuẩn đông khô của Haemophilus influenzae, Diplococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae và ozaenae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes và viridans, Neisseria catarrhalis : 7 mg

Một viên nang cho trẻ em có chứa: Hoạt chất: chất ly giải vi khuẩn đông khô của Haemophilus influenzae, Diplococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae và ozaenae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes và viridans, Neisseria catarrhalis : 3,5 mg

Tá dược: Maize starch, magnesium stearate, propyl gallate (E310), sodium glutamat, mannitol, gelatin, indigotin, titanium dioxide.

*** Chỉ định:**

Điều trị tăng cường miễn dịch. Phòng ngừa nhiễm khuẩn tái phát đường hô hấp và nhiễm khuẩn cấp kích phát của viêm phế quản mạn tính. Điều trị phối hợp trong nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp.

*** Liều dùng và cách dùng:** Viên nang 3,5mg cho trẻ em từ 6 tháng đến 12 tuổi

Điều trị dự phòng và/hoặc điều trị củng cố: Mỗi ngày uống 1 viên khi đói, dùng 10 ngày liên trong mỗi tháng, dùng trong 3 tháng.

Điều trị giai đoạn cấp tính: Mỗi ngày uống 1 viên khi đói tới khi hết triệu chứng (nhưng phải dùng ít nhất 10 ngày). Trong trường hợp phải dùng kháng sinh, nên phối hợp với Broncho-vaxom từ lúc khởi đầu điều trị.

Trẻ em từ 6 tháng đến 12 tuổi: Cách điều trị tương tự như người lớn, 1 viên Broncho-Vaxom cho trẻ em chưa nửa liều

Broncho-Vaxom cho người lớn

Lưu ý: Nếu trẻ khó nuốt dạng nang thuốc thì có thể mở nang và trút thuốc bột vào nước (nước, sữa, nước quả...).

*** Chống chỉ định:** Quá mẫn cảm với các thành phần của Broncho-Vaxom.

*** Cảnh báo đặc biệt và thận trọng khi dùng thuốc:**

Theo các hiệu biết hiện nay, không khuyến cáo dùng Bronchovaxom cho trẻ em dưới 6 tháng tuổi vì hệ miễn dịch của trẻ em chưa hoàn chỉnh.

*** Tương tác thuốc và các dạng tương tác khác:**

Cho tới nay vẫn chưa thấy có tương tác thuốc

*** Phụ nữ có thai và thời kỳ cho con bú:**

Chưa có dữ liệu lâm sàng có giá trị về sử dụng thuốc này ở người mang thai. Các nghiên cứu trên động vật chưa cho thấy độc tính trực tiếp và gián tiếp trên người mang thai, trên phôi thai tương ứng với sự phát triển của thai hoặc sự phát triển sau khi sinh.

Chưa có nghiên cứu đặc biệt nào về sự bài tiết của thuốc này qua sữa và cho đến nay chưa có dữ liệu về vấn đề này.

Cần dùng thận trọng Bronchovaxom khi mang thai và thời kỳ cho con bú.

*** Tác dụng không mong muốn:** Tỷ lệ chung về tác dụng không mong muốn trong thử nghiệm lâm sàng là từ 3 đến 4%. Những tác dụng không mong muốn hay gặp là: rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, nôn, đau bụng), phản ứng ngoài da (phát ban, chàm), rối loạn thần kinh (đau đầu), rối loạn hô hấp (ho, hen, khó thở) và phản ứng toàn thân (sốt, mệt mỏi, phản ứng dị ứng). Nếu gặp rối loạn tiêu hóa hoặc rối loạn hô hấp kéo dài, nên ngừng sử dụng thuốc. Nếu gặp các phản ứng ngoài da, nên ngừng thuốc vì có thể gây ra các phản ứng dị ứng.

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

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

Địa chỉ liên hệ: Ever Neuro Pharma

Hà Nội: 043.8251243 - 8244854

Số giấy tiếp nhận hồ sơ của hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục quản lý dược Bộ Y Tế 0762/12/QLD-TT ngày 19 tháng 9 năm 2012



Visa: VN - 15048 -12

Tại Bà Nà: 0511 3833195

Tại TP.HCM: 08.38329561/62

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Broncho - Vaxom[®]

ĐIỀU TRỊ TĂNG CƯỜNG MIỄN DỊCH
PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN TÁI PHÁT ĐƯỜNG HÔ HẤP VÀ NHIỄM KHUẨN
KÍCH PHÁT CỦA VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH
ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP TRONG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP



Thành phần thuốc: Một viên nang cho người lớn có chứa hoạt chất: chất ly giải vi khuẩn đông khô của *Haemophilus influenzae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* và *ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* và *viridans*, *Neisseria catarrhalis* : 7 mg. Một viên nang cho trẻ em có chứa hoạt chất: chất ly giải vi khuẩn đông khô của *Haemophilus influenzae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* và *ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* và *viridans*, *Neisseria catarrhalis*: 3,5 mg. **Tà dược:** Maize starch, magnesium stearate, propyl gallate (E310), sodium glutamate, mannitol, gelatin, indigotin, titanium dioxide.

Chỉ định điều trị: - Điều trị tăng cường miễn dịch; - Phòng ngừa nhiễm khuẩn tái phát đường hô hấp và nhiễm khuẩn cấp kích phát của viêm phế quản mạn tính; - Điều trị phối hợp trong nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp. **Liều dùng và cách dùng:** *Điều trị dự phòng và/hoặc điều trị củng cố:* Mỗi ngày uống 1 viên khi đói, dùng 10 ngày liên trong mỗi tháng, dùng trong 3 tháng. Điều trị giai đoạn cấp tính: Mỗi ngày uống 1 viên khi đói tới khi hết triệu chứng (nhưng phải dùng ít nhất 10 ngày). Trong trường hợp phải dùng kháng sinh, nên phối hợp với Broncho-vaxom từ lúc khởi đầu điều trị. Trẻ em từ 6 tháng đến 12 tuổi dùng viên 3,5mg; trẻ em trên 12 tuổi và người lớn dùng viên 7mg. **Lưu ý:** Nếu trẻ khó nuốt dạng nang thuốc thì có thể mở nang và trút thuốc bột vào nước (nước, sữa, nước quả...).

Chống chỉ định: Quá mẫn cảm với các thành phần của Broncho-Vaxom.

Cảnh báo đặc biệt và thận trọng khi dùng thuốc: Theo các hiểu biết hiện nay, không khuyến cáo dùng Broncho-vaxom cho trẻ em dưới 6 tháng tuổi vì hệ miễn dịch của trẻ em chưa hoàn chỉnh.

Tương tác thuốc và các dạng tương tác khác: Cho tới nay vẫn chưa thấy có tương tác thuốc.

Phụ nữ có thai và thời kỳ cho con bú: Chưa có dữ liệu lâm sàng có giá trị về sử dụng thuốc này ở người mang thai và cho con bú. Các nghiên cứu trên động vật chưa cho thấy độc tính trực tiếp và gián tiếp trên người mang thai. Cần dùng thận trọng Broncho-vaxom khi mang thai và thời kỳ cho con bú.

Tác dụng không mong muốn: Tỷ lệ chung về tác dụng không mong muốn trong thử nghiệm lâm sàng là từ 3 đến 4 %. Những tác dụng không mong muốn hay gặp là: rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, nôn, đau bụng), phản ứng ngoài da (phát ban, chàm), rối loạn thần kinh (đau đầu), rối loạn hô hấp (ho, hen, khó thở) và phản ứng toàn thân (sốt, mệt mỏi, phản ứng dị ứng). Nếu gặp rối loạn tiêu hóa hoặc rối loạn hô hấp kéo dài, nên ngừng sử dụng thuốc. Nếu gặp các phản ứng ngoài da, nên ngừng thuốc vì có thể gây ra các phản ứng dị ứng.

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

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

Địa chỉ liên hệ: Ever Neuro Pharma

Hà Nội : 04 38251243 – 8244854

Đà Nẵng: 0511 3833195

TP HCM: 08 38329561/62

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y tế: 0018/13/QLD-TT ngày 26 tháng 09 năm 2013
Ngày 30 tháng 07 năm 2015 in tài liệu

Sản xuất tại:

OM Pharma
THỤY SỸ

22, rue du Bois-du-Lan
1217 Meyrin 2 / Geneva (Thụy Sĩ)

Visa: VN – 15048 – 12; VN – 15432 – 12

Cập nhật các xét nghiệm sinh học phân tử dành cho ung thư phổi

Phạm Hùng Vân³

Đặt vấn đề

Phát hiện đột biến EGFR là một xét nghiệm hiện đang được các bác sĩ chỉ định cho các ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC) vì đây là xét nghiệm cần thiết để bác sĩ cho chỉ định sử dụng thuốc ức chế tyrosine kinase. Tuy nhiên ngoài EGFR còn có một số xét nghiệm sinh học phân tử nhấn đến các gene đích khác cũng rất cần thiết để bác sĩ lâm sàng lựa chọn các thuốc điều trị đích khác. Báo cáo này trình bày các vấn đề cập nhật các xét nghiệm sinh học phân tử dành cho ung thư phổi không tế bào nhỏ mà các bác sĩ điều trị cần phải quan tâm.

Nội dung

Xét nghiệm phát hiện đột biến EGFR là rất cần thiết để giúp bác sĩ nên hay không nên lựa chọn thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI) thế hệ 1 là gefitinib hay erlotinif trong điều trị NSCLC. Nếu phát hiện một trong các loại đột biến sau đây trên gene EGFR thì nên chỉ định TKI thế hệ 1, đó là đột biến mất đoạn trên exon 19, thay thế nucleotide dẫn đến thay thế amino acid trên exon 21, hay đột biến thêm đoạn trên exon 20. Xét nghiệm phát hiện đột biến EGFR còn phát hiện được đột biến T790M làm giảm hiệu quả của TKI thế hệ 1 và lúc đó bác sĩ phải chỉ định TKI thế hệ 2 là afatinib hay dacomitinib. Ngoài xét nghiệm phát hiện đột biến EGFR, xét nghiệm phát hiện đột biến KRAS ở codon 12 hay codon 13 và đột biến BRAF V600E cũng là dấu hiệu cho thấy sự giảm hiệu quả của TKI và cũng là xét nghiệm mà các bác sĩ nên chỉ định cho bệnh nhân để không nên chỉ định TKI. Một đột biến nữa cũng rất cần thiết được phát hiện trong chỉ định điều trị đích NSCLC là đột biến ALK gây ra do sự nối đoạn (fusion) của ALK với EML4 mà sự hình thành đột biến này sẽ giúp khối u nhạy cảm được với thuốc điều trị đích ức chế ALK, đó là crizotinib và ceritinib. Các đột biến EGFR, KRAS, BRAF và ALK đều có thể phát hiện được bằng các kỹ thuật sinh học phân tử như giải trình tự Sanger, pyro hay real-time PCR trên các mẫu thử là mô sinh thiết. Ngoài ra, các đột biến này còn có thể phát hiện được trên các DNA khối u lưu thông trong máu mà người ta thường gọi là ctDNA (circulating tumor DNA), và phương pháp phát hiện này được gọi là sinh thiết lỏng vì mẫu thử là huyết tương hay huyết thanh của bệnh nhân. Kỹ thuật được áp dụng để phát hiện các đột biến trên ctDNA là NGS (Next Generation Sequencing) với độ nhạy rất cao nhưng cũng rất mắc tiền. Tuy nhiên ngoài NGS, chúng ta có thể chọn giải pháp đặc hiệu hơn và rẻ hơn là real-time PCR hay pyrosequencing.

Kết luận

Hiện nay tại Việt Nam, một số TKI thế hệ 1 đã được Bộ Y Tế chấp nhận là thuốc hàng đầu cho chỉ định điều trị NSCLC có đột biến EGFR. Chính nhờ yêu cầu này mà xét nghiệm đột biến EGFR đã được một số phòng thí nghiệm triển khai. Tuy nhiên các xét nghiệm sinh học phân tử khác dành cho NSCLC cũng rất cần thiết phải được triển khai đồng bộ để giúp bác sĩ điều trị biết được các trường hợp đột biến EGFR kháng TKI thế hệ 1 phải dùng TKI thế hệ 2, hay các đột biến KRAS và BRAF để phát hiện các bệnh nhân không nhạy với TKI hay đột biến giúp chỉ định ALK inhibitor.

Key words: NCCLS, EGFR, KRAS, BRAF, ALK

³ Phan Châu Trinh University, Nam Khoa Biotek Co., Nguyễn Tri Phương Hospital

Background

Detection of EGFR mutation is a test currently being prescribed for non-small cell lung cancer (NSCLC) because this is a necessary test for doctors to prescribe tyrosine kinase inhibitors. However, in addition to EGFR, there are a number of molecular biology tests on other target genes that are also essential for clinicians to choose other target drugs. This report presents issues that update the molecular biology tests for non-small cell lung cancer that doctors need to care about.

Content

Testing to detect EGFR mutations is necessary to help physicians should or should not choose a first-generation tyrosine kinase inhibitor (TKI) of gefitinib or erlotinif in the treatment of NSCLC. If one of the following mutations is detected in EGFR gene, TKI generation 1 should be indicated, which is the deletions on exon 19, nucleotide replacement leading to amino acid replacement on exon 21, or insertions on exon 20. EGFR mutation detection test also detected T790M mutation which reduced the effectiveness of 1st generation TKI and then the doctor had to designate second generation TKI as afatinib or dacomitinib. In addition to testing for EGFR mutations, testing for KRAS mutations at codon 12 or codon 13 and BRAF V600E mutations is also a sign of a decrease in TKI effectiveness and a test that doctors should not indicate the TKI. Another mutation is also needed to be detected in the NSCLC targeted treatment, which is the ALK mutation caused by the fusion of ALK with EML4, which make the tumor sensitive to the ALK inhibitor, which is crizotinib and ceritinib. EGFR, KRAS, BRAF and ALK mutations can be detected by molecular biology techniques such as Sanger sequencing, pyro or real-time PCR on samples of biopsy tissue. In addition, these mutations can also be detected on tumor DNA circulating in the blood, which is often referred to as ctDNA (circulating tumor DNA), and this detection method is called a liquid biopsy because of the test sample. is the plasma or the serum collected from the patients. The technique was used to detect mutations in the ctDNA was NGS (Next Generation Sequencing) with very high sensitivity but also very expensive. However, in addition to NGS, we can choose a more specific and cheaper solution, that are real-time PCR or pyrosequencing.

Conclusion

Currently in Viet Nam, a number of 1st generation TKI has been accepted by the Ministry of Health as the first line for NSCLC treatment with EGFR mutation. Due to this requirement that EGFR mutation tests have been implemented by a number of laboratories. However, other molecular biology tests for NSCLC are also necessary to be developed synchronously to help physicians who treat EGFR mutations against 1st generation TKI must use TKI 2nd generation, or KRAS and BRAF mutations to detect patients sensitive to TKI or mutations help to appoint ALK inhibitor

Key words: NCCLS, EGFR, KRAS, BRAF, ALK

⁴ Phan Châu Trinh University, Nam Khoa Biotek Co., Nguyễn Tri Phương Hospital

Cập nhật thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch từ Hội nghị ung thư phổi thế giới 2018

TS BS Lê Thượng Vũ

Tóm tắt

Ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong ung thư hàng đầu trên thế giới. Theo Globocan 2018, có 1,8 triệu người chết do ung thư phổi hàng năm. Năm 1890 bác sĩ Cohen là người đầu tiên dùng liệu pháp miễn dịch điều trị ung thư. Năm 1992, GS Honjo tìm ra điểm kiểm soát PD-1. Thông qua tương tác PD1-PDL1 tế bào ung thư trốn thoát sự phát hiện và tiêu diệt của hệ miễn dịch. Các kháng thể đơn dòng ức chế hoặc PD-1 hoặc PD-L1 phổ biến là Pembrolizumab, Nivolumab, Atezolizumab và Durvalumab đã được FDA phê duyệt trong điều trị ung thư phổi và hiện Pembrolizumab là thuốc miễn dịch sẵn có ở Việt Nam. Các thuốc này đánh thức các lympho T miễn dịch giúp tiêu diệt khối u, có thể kéo dài thời gian sống thêm ở các bệnh nhân ung thư phổi. Trên những bn ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa từng hóa trị, liệu pháp miễn dịch bằng atezolizumab, nivolumab và pembrolizumab cải thiện sống thêm so với docetaxel. Ở bn ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa chưa từng hóa trị, pembrolizumab kéo dài sống thêm tốt hơn hóa trị khi bn có PDL1 > 50%. Hóa trị kết hợp pembrolizumab cho hiệu quả tốt trên 50-60% bệnh nhân và kéo dài thời gian sống thêm bất kể PD-L1 dùng tuyến hay gai. Trên bn ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa tiến xa tại chỗ, được điều trị tốt nhất bằng hóa xạ trị đồng thời, thời gian sống thêm của những bệnh nhân này được kéo dài thêm nếu sử dụng durvalumab. Trong ung thư tế bào nhỏ, khi thêm atezolizumab và phác đồ hóa trị chuẩn có muối platin và etoposide là tăng thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Liệu pháp miễn dịch ngày nay đang được ứng dụng rộng rãi vì giúp bn sống lâu hơn và chất lượng hơn.

Updates about the immunecheckpoint inhibitor in World conference in lung cancer 2018

Lê Thượng Vũ, M.D., Ph.D.

Abstract

Lung cancer is the leading cause of cancer death worldwide. According to Globocan 2018, 1.8 million people died of lung cancer yearly. In 1890, Dr Cohen has been the first person to use immunotherapy to treat sarcoma. In 1992, Pr Honjo found the PD-1 checkpoint. Tumor cells used PD1-PD-L1 interaction to escape the detection and extirpation of immune cells. The monoclonal antibodies that inhibites either PD-1 or PD-L1 such as Pembrolizumab, Nivolumab, Atezolizumab and Durvalumab was already approved of FDA and Pembrolizumab is available in Vietnam. These medications waked the T lymphocytes up to kill the tumor and prolong patient's survival. In advanced stage NSCLC who did have chemotherapy first line, atezolizumab, nivolumab and pembrolizumab did improve overall survival in comparison to docetaxel. In chemo naïve advanced stage NSCLC pembrolizumab prolonged survival for patients with PDL1> 50%. Pembrolizumab combined with chemotherapy reached 50-60% RR and extended overall survival in either squamous or adenocarcinoma. In locally advanced NSCLC treated by chemoradiation, durvalumab could help to prolong overall survival. In extensive stage small cell lung cancer, atezolizumab added to platinum plus etoposide chemotherapy prolonged survivals. Immunotherapy now a days are broadly used to help patients live longer with better quality of life.

Xạ Trị Hủy U Có Định Vị (SABR): Cách Mạng Trong Điều Trị Ung Thư Phổi Di Căn Hạn Chế

Lê Tuấn Anh, Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng***

Tóm tắt

Trong điều trị ung thư phổi, sự tiến bộ trong kỹ thuật xạ trị, phối hợp hóa xạ trị, hướng dẫn hình ảnh trong xạ, kiểm soát sự di động của khối u đã làm tăng thời gian kiểm soát bệnh cũng như thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân. Gần đây, với sự ra đời của kỹ thuật xạ trị hủy u có định vị (SABR), cơ hội điều trị cho bệnh nhân giai đoạn sớm không thể phẫu thuật hay giai đoạn trễ có di căn hạn chế đã tăng lên rõ rệt. Cơ chế hoạt động của xạ trị hủy u hay hiệu quả phối hợp với thuốc hóa trị, thuốc miễn dịch đã trở thành trọng tâm của rất nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên, các nghiên cứu đối đầu nhằm chứng minh hiệu quả của xạ trị hủy u so sánh với các liệu pháp điều trị tiêu chuẩn đã bị bỏ qua, hệ lụy để lại là những câu hỏi quan trọng vẫn chưa được trả lời. Bài viết này xem xét lại các nghiên cứu về xạ trị hủy u có định vị nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp này trong điều trị ung thư phổi di căn hạn chế.

Từ khóa: xạ trị hủy u có định vị, ung thư phổi di căn hạn chế,

STEREOTACTIC ABLATIVE RADIOTHERAPY (SABR): REVOLUTION IN TREATMENT OF LUNG OLIGOMETASTASES

Lê Tuấn Anh*, Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng**

Abstract

In the treatment of lung cancer, advances in radiotherapy techniques, chemoradiation, image guided radiation therapy, and control of tumor movement have increased the time of disease control as well as the overall survival time. Recently, with stereotactic ablative radiotherapy (SABR), the opportunity for treatment of lung cancer with medically inoperable early stage or oligometastases has been increased clearly. The mechanism of SABR or combination with chemotherapy or immunotherapy has become the key points of many studies. The clinical trials to demonstrate the efficacy of SABR versus standard treatment have been ignored, therefore, the important questions remain unanswered. This article reviews the role of SABR and evaluates the effectiveness of this method in lung oligometastases.

Keywords: stereotactic ablative radiotherapy, lung oligometastases

** Bệnh viện Chợ Rẫy – TP HCM; Địa chỉ liên lạc: TS. BS. Lê Tuấn Anh. Email: ltadr@yahoo.com

* Bệnh viện Chợ Rẫy – TP HCM; Địa chỉ liên lạc: TS. BS. Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng. Email: nnbhmd@yahoo.com

Biểu Hiện Tại Phổi Của Một Số Bệnh Tự Miễn

Dương Minh Ngọc*

Tóm tắt

Bệnh tự miễn (hay bệnh mô liên kết) là một nhóm các bệnh lý phức tạp, biểu hiện lâm sàng đa dạng và ảnh hưởng tới nhiều cơ quan khác nhau, trong đó có phổi. Tại phổi, các tổn thương có thể từ màng phổi, nhu mô, mạch máu hay đường thở. Các biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, chẩn đoán thường được thiết lập sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác. Ở đây sẽ tập trung vào biểu hiện tại phổi của một số bệnh mô liên kết thường gặp trên lâm sàng như viêm đa khớp dạng thấp, xơ cứng hệ thống/xơ cứng bì và lupus ban đỏ hệ thống.

* Giảng viên Bộ môn Nội tổng quát, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

LUNG MANIFESTATIONS IN SOME AUTOIMMUNE DISEASES

Duong Minh Ngoc*

Abstract

Autoimmune disease (or connective tissue disease) is a group of complicated diseases with variable clinical manifestations and multi –organ effects. At the respiratory system, these lesions can widely range from airways, vessels, parenchyma, pleura and so on. Moreover, clinical presentations are not specific, diagnosis is often established only when ruling out other possible causes. Here we focus on lung manifestations in some common connective tissue diseases, such as rheumatoid arthritis (RA), systemic sclerosis/scleroderma and systemic lupus erythematosus (SLE)

(*) Lecturer of Department of Medicine, UMP Vietnam



OMRON

MÁY XÔNG KHÍ DUNG

LOẠI DÙNG CHO GIA ĐÌNH



KHẢ NĂNG SỬ DỤNG
360°

**HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ
CÁC BỆNH VỀ ĐƯỜNG HÔ HẤP**

Luôn nằm trong tầm tay

Công nghệ xông vượt trội giúp chăm sóc
hệ hô hấp hiệu quả

MICRO A-I-R NE-U100

SẢN XUẤT TẠI NHẬT BẢN



NE-C28

- Máy có độ bền cao
- Hiệu suất xông lớn



NE-C101

- Hiệu suất máy lớn
- Thiết kế đẹp
- Giá thành hợp lý



NE-C801

- Máy chạy êm
- Thích hợp dùng cho gia đình



NE-C801KD

- Sản phẩm dành riêng cho trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh
- Bộ xông hình con thú ngộ nghĩnh



LOẠI DÙNG CHO BỆNH VIỆN, PHÒNG KHÁM

NE-U17

- Máy xông siêu âm dung tích cao
- Có bộ định giờ từ 1 đến 30 phút
- Có thể sử dụng liên tục trong 72 giờ
- Dung tích cốc thuốc 150ml
- Tốc độ xông từ 0 đến 3ml/phút. (Có thể điều chỉnh được)



NE-C900

- Máy xông với công suất máy nén khí cao, hiệu quả cho việc sử dụng dài trả
- Có thể xông nhiều giờ liên tục
- Dễ sử dụng và vệ sinh máy
- Có tay cầm, di chuyển dễ dàng
- Có thể sử dụng với bất kỳ bộ xông nào trên thị trường



OMRON HEALTHCARE CO.,LTD.,JAPAN:
53, Kunotsubo, Terao, Muko,
Kyoto 617-0002,Japan.

VĂN PHÒNG ĐẠI DIỆN OMRON HEALTHCARE

Tại Hà Nội: Tầng 6, 789 Tower, 147 Hoàng Quốc Việt, P. Nghĩa Đô, Q.Cầu Giấy, HN. Điện thoại: 84-24-3556 0025
Tại TP.HCM: Tầng 5, Tòa nhà E Tower Central, 11 Đoàn Văn Bơ, Phường 12, Q4, TP.HCM. Điện thoại: 028 3636 7238

Để biết thông tin sản phẩm và nhà phân phối xem tại: www.omron-vte.com.vn hoặc Omron Healthcare Vietnam

THƯƠNG HIỆU DUY NHẤT ĐƯỢC HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM KHUYÊN DÙNG

CA LÂM SÀNG XƠ PHỔI MÔ KẼ VÔ CĂN.

Nguyễn Hồng Đức(*)

BN nam, 62 tuổi, khám bệnh vì ho, đàm nhớt, khó thở gắng sức từ 2016. Bệnh nhân không có nghề nghiệp rõ ràng, làm dịch vụ môi giới giao dịch mua bán. Hút thuốc lá. Không tiền sử bệnh phổi khác trước đó. BN được điều trị và theo dõi với chẩn đoán BPTNMT bằng Tiotropium, Budesonide/Formoterol. Trong suốt 2 năm, tình trạng trời sụt thất thường, vẫn ho, khò khè, khó thở gần như không thuyên giảm. Tháng 5/2018, tình trạng khó thở tăng lên, đêm BN vẫn ngủ bình thường. Khám hô hấp thấy có nhiều ran nổ 2 đáy phổi, không ran rít ran ngáy. FeNO = 32 ppb. Phế thân ký ghi nhận hội chứng hạn chế với TLC= 3.37L (57% predicted), FEV1/FVC=80%, FEV1= 1.94L (72% predicted). Bilan SH-HH bình thường. Xquang phổi thẳng và CT ngực sau đó xác nhận hình ảnh dày mô kẽ tập trung ở đáy và vùng ngoại biên 2 phổi. Bệnh nhân được chẩn đoán xơ phổi mô kẽ vô căn và điều trị bằng pirfenidone 200mg với liều tăng dần mỗi tháng. Tình trạng lâm sàng cải thiện nhanh chóng. Ho, khó thở giảm gần như hoàn toàn sau 3 tháng, khả năng gắng sức cải thiện gần như hoàn toàn. Hiện BN vẫn đang điều trị bằng pirfenidone liều tối đa 600mg x 3/ngày. Dung nạp thuốc bình thường.

Tháng 10/2018: M=80/p, HA=130/70 mmHg, T=164 cm, P=60kg, BMI=22 kg/m²; SpO₂=98% dưới khí trời.

Xơ phổi mô kẽ vô căn là bệnh chưa được phát hiện nhiều. Triệu chứng chủ yếu là ho và khó thở gắng sức. Dấu hiệu đặc trưng là ran nổ. Xquang và CT cho thấy hình ảnh xơ phổi mô kẽ tập trung vùng đáy và ngoại biên 2 phổi. Chức năng phổi có hội chứng thông khí hạn chế. Điều trị hiện được chấp nhận là pirfenidone và nintedanib.

Tóm tắt: Case study of idiopathic pulmonary fibrosis

Nguyễn Hồng Đức()*

A 62 year-old male presented to Phoi Viet Respiratory Clinic with chronic cough and exertional dyspnea. On examination, fine crackles was revealed in both lung bases. Chest CT show bilateral thickened septa, reticulation and honeycombing, mostly in peripheral areas and at lung bases. Plethysmography demonstrated a restrictive pattern. A diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis was established and treatment with pirfenidone was initiated. Clinical status and chest CT was ameliorated. Interstitial Lung Disease is frequently undiagnosed in our daily clinical practice. The main symptoms are cough and exertional dyspnea. A suggestive sign in lung examination is the presence of crackle. Chest imageries show typical fibrosis of interstitial compartment. Pirfenidone and Nintedanib are 2 options actually accepted by FDA.

() BS, Trung tâm điều trị bệnh hô hấp Phổi Việt*

Chiến lược chấm dứt bệnh lao. Từ tổ chức y tế thế giới đến Thành Phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Hữu Lân()*

TÓM TẮT:

Hội đồng Sức khỏe Thế giới do Tổ chức Y tế Thế giới tổ chức hàng năm tại Palais des Nations của Liên Hợp Quốc ở Geneva, đã thông qua nghị quyết tháng 5 năm 2014 về việc hỗ trợ đầy đủ Chiến lược Lao Toàn cầu sau 2015 với các mục tiêu đầy tham vọng. Chiến lược này nhằm chấm dứt dịch bệnh lao toàn cầu, với mục tiêu giảm 95% tử vong do lao và cắt giảm 90% trường hợp lao mới từ năm 2015 đến năm 2035, và để đảm bảo rằng không có gia đình nào bị gánh nặng chi phí thảm họa do bệnh lao gây ra. Nó đặt ra những mốc thời gian tạm thời cho năm 2020, 2025 và 2030.

Nghị quyết kêu gọi các chính phủ thích nghi và thực hiện chiến lược với cam kết và tài chính cấp cao. Nó cũng cố một trọng tâm trong chiến lược phục vụ dân số rất dễ bị nhiễm bệnh và tiếp cận chăm sóc sức khỏe kém, chẳng hạn như người di cư. Chiến lược và giải pháp nêu bật sự cần thiết phải thu hút các đối tác trong lĩnh vực y tế và hơn thế nữa, chẳng hạn như trong các lĩnh vực bảo trợ xã hội, lao động, nhập cư và công lý. Nghị quyết yêu cầu Ban thư ký Tổ chức Y tế Thế giới giúp các nước thành viên thích ứng và vận hành chiến lược, ghi nhận tầm quan trọng của việc giải quyết vấn đề lao kháng đa kháng sinh và thúc đẩy hợp tác quốc tế. Tổ chức Y tế Thế giới cũng được yêu cầu giám sát việc thực hiện và đánh giá tiến độ đối với các cột mốc và mục tiêu 2035.

The End Tb Strategy: From WHO To Ho Chi Minh City

Nguyễn Hữu Lân()*

The World Health Assembly, convened annually by WHO at the UN Palais des Nations in Geneva, passed a resolution in May 2014 approving with full support the new post-2015 Global TB Strategy with its ambitious targets. The strategy aims to end the global TB epidemic, with targets to reduce TB deaths by 95% and to cut new cases by 90% between 2015 and 2035, and to ensure that no

family is burdened with catastrophic expenses due to TB. It sets interim milestones for 2020, 2025, and 2030.

The resolution calls on governments to adapt and implement the strategy with high-level commitment and financing. It reinforces a focus within the strategy on serving populations highly vulnerable to infection and poor health care access, such as migrants. The strategy and resolution highlight the need to engage partners within the health sector and beyond, such as in the fields of social protection, labour, immigration and justice. The resolution requests the WHO Secretariat to help Member States adapt and operationalize the strategy, noting the importance of tackling the problem of multidrug-resistant TB and promoting collaboration across international borders. WHO is also asked to monitor implementation and evaluate progress towards the milestones and the 2035 targets.

()TS. BS. GD BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH TPHCM*

Điều trị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với CPAP/BiPAP trên thực hành lâm sàng

TS.BS. Lê Khắc Bảo*

Tóm tắt:

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Thở máy không xâm lấn áp lực dương liên tục một / hai mức áp lực dương (CPAP / BiPAP) vẫn là giải pháp điều trị then chốt cho OSA. Khởi động điều trị CPAP/BiPAP bao gồm việc nhận diện mức áp lực dương có hiệu quả, cài đặt thông số thở máy phù hợp: áp lực khởi đầu và điều trị, thời gian tăng từ áp lực khởi đầu đến áp lực điều trị (Ramp), mức giảm áp lực máy thở vào thì thở ra (Flex), mức độ làm ẩm, chọn lựa mặt nạ phù hợp. Định chuẩn mức áp lực có hiệu quả bằng tay tại phòng thí nghiệm giấc ngủ được chỉ định cho các trường hợp phức tạp, hoặc tại nhà bằng máy CPAP/BiPAP tự động cho đa số các trường hợp còn lại. Theo dõi hiệu quả và tác dụng phụ điều trị CPAP/BiPAP bao gồm đánh giá cải thiện lâm sàng các triệu chứng ban đêm và buồn ngủ ngày quá mức, phát hiện các tác dụng phụ như viêm mũi xoang, loét cánh mũi; đánh giá tuân thủ và hiệu quả điều trị ghi nhận trong dữ liệu thở máy: tỷ lệ các đêm có thở máy và có thời gian thở hơn 4 giờ/ mỗi đêm, chỉ số ngưng giảm thở tồn dư (AHI), và tỷ lệ hở khí. Điều chỉnh áp lực điều trị và đảm bảo gắn kín mặt nạ trong quá trình điều trị giúp đảm bảo tuân thủ cao, hiệu quả tối ưu và tác dụng phụ tối thiểu do điều trị CPAP/BiPAP.

(**) Đại học Y Dược TPHCM – BVNDGD – Phòng khám hô hấp Phổi Việt.*

Management of Obstructive Sleep Apnea with CPAP/BiPAP in Clinical Practice

Le Khắc Bảo, MD, PhD, *

Summary:

Obstructive Sleep Apnea (OSA) is a major problem of public health. Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) / Bi-level Positive Airway Pressure (BiPAP) are still key to treat OSA. The CPAP/BiPAP initiation includes identification of effective positive pressures, appropriate setting of ventilator parameters: initial and therapeutic pressures, time interval from initial to therapeutic pressures (Ramp), ventilator pressure reduction at exhalation (Flex), humidity level, appropriate mask selection. Effective pressures are manually titrated at sleep lab for complicated cases, or

titrated at home using auto CPAP/BiPAP for most of the cases. The assessment of the effectiveness and side effects of CPAP/BiPAP treatment relies on the evaluation of improvement in nighttime symptoms and daytime excessive sleepiness, the detection of side effects such as rhinosinosis, erosion of nasal bridge, the assessment of compliance and effectiveness recorded in ventilator using data: the percentages of nights under ventilator and time of ventilator usage more than 4 hours nightly, remaining apnea hypopnea index (AHI), and leaking percentage. Pressure adjustment and mask fitting during treatment period assure high compliance, optimal effectiveness, and minimal side effects from CPAP/BiPAP treatment.

() University of Medicine and Pharmacy HCMC – NDGD hospital – Phổi Việt Respiratory Clinics.*



Day 0 Day 7

Trả kết quả nhanh chóng



ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH KHI CẦN CÓ LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ MỚI

Trước khi tiến hành đợt điều trị đầu tiên

> Khi xét nghiệm phân tử không thể thực hiện được

> Ví dụ: Khi bệnh nhân âm tính với EGFR và ALK nhưng không đủ mẫu để phân tích ROS1 và BRAF

Trong quá trình phát triển bệnh

> Để tránh sinh thiết xâm lấn và tìm ra các đột biến mới

> Dành cho những bệnh nhân có lần xét nghiệm ban đầu không hoàn chỉnh

Không dành cho các trường hợp:

- > Bệnh máu ác tính
- > Ung thư giai đoạn sớm (I/II)
- > Khi bệnh đang ổn định hay đáp ứng tốt với thuốc

Bao gồm tất cả các gen được đề xuất trong hướng dẫn cho bệnh NSCLC*

GIẢI TRÌNH TỰ TOÀN BỘ TẤT CẢ** CÁC EXON HAY CÁC EXON QUAN TRỌNG VÀ TẤT CẢ 4 LOẠI ĐỘT BIẾN CHÍNH

Đột biến điểm (DNA) (73 Genes)	Mất đoạn (23 Genes)	Lặp đoạn (28 Genes)	Dung hợp (8 Genes)							
AKT1	ALK	APC	AR	ARAF	ARID1A	ATM	APC	AR	BRAF	ALK
ATM	BRAF	BRCA1	BRCA2	CCND1	CCND2	ARID1A	BRCA1	CCND1	CCND2	FGFR2
CCNE1	CDH1	CDKN4	CDKN8	CDKN2A	CTNMB1	BRCA2	CDH1	CCNE1	CDKN4	FGFR3
DDR2	EGFR	ERBB2 (HER2)	ESR1	EZH2	FBXW7	CDKN2A	EGFR	CDKN8	GFR	NTRK1
FGFR1	FGFR2	FGFR3	GATA3	GNAH1	GNAQ	ERBB2	GATA3	ERBB2	FGFR1	RET
GNAS	HNF1A	HRAS	IDH1	IDH2	JAK2	KIT	MET	FGFR2	KIT	ROST
JAK3	KIT	KRAS	MAP3K24BIP1	MAP3K24BIP2	MAP3K24BIP3	MLH1	TOR	KRAS	MET	
MAP3K24BIP1	MET	MLH1	MPL	MTOR	MYC	NF1	DGFR4	MYC	DGFR4	
NF1	NF2L2	OTCH1	NRAS	NRAS	NTRK1	PTEN	B1	PKCCE1	RAF1	
NTRK2	PDGFRA	PKCCE1	PTEN	PTPRN1	RAF1	SMAD4	STRK1			
RB1	RET	RHEB	RHCA	RYT1	ROST	TSP3	TSC1			
SMAD4	SMO	STK11	TER1	TP53	SC1	VHL				
VHL										

* Các gen được đề xuất trong hướng dẫn cho bệnh NSCLC in đậm; ** Exon được chọn để phát hiện từ đa các đột biến mà phải đã biết; † Bao gồm vùng khởi động TERT

CÁC CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM

Loại đột biến	Giới hạn phát hiện	Tỉ lệ/ số lượng bản sao	Độ nhạy kĩ thuật	Độ đặc hiệu kĩ thuật*
SNVs	≥ 0.04%	>0.25%	100%	97%
		0.05-0.25%	64%	
Mất đoạn	≥ 0.02%	>0.20%	100%	100%
		0.05-0.20%	68%	
Dung hợp	≥ 0.04%	>0.20%	95%	100%
		0.05-0.20%	83%	
CNAs	≥ 2.12 bản sao	2.24 bản sao**	95%	100%

Số liệu dựa trên 30 ng DNA tự do từ mẫu của bệnh nhân. Độ nhạy kĩ thuật bên dưới là khi phân tích những vùng trúng đích và quan trọng lâm sàng. Độ nhạy ở những vùng khác hay vùng có trình tự lặp lại cao có thể thay đổi.

* Cho từng mẫu, với giới hạn báo cáo toàn bộ hệ gen của bằng gen Guardant360.

** Tương đương với lượng mẫu 5% và 8 bản sao gen ERBB2 (HER2) trong khối u. Độ nhạy bản sao khối u có thể thay đổi đối với những gen khác (2.24 - 2.76 bản sao).



PHÂN PHỐI BỞI CÔNG TY TNHH CHEK
 Văn phòng tư vấn: phòng 216, tòa nhà Harbour View, 35 Nguyễn Huệ, F. Bến Nghé, Q.1, TP.HCM
 (84) 283 9152 990, ops@chekco.com, www.tuvanditruyen.chekco.com

Nghiên cứu STREAM giai đoạn 1: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, không thua kém để lượng giá phác đồ điều trị ngắn hạn ở bệnh nhân lao kháng đa thuốc

*The Union, MRC
Phan Thuong Dat, MD, MSc, PhD và cộng sự*

MỤC TIÊU

Nghiên cứu phác đồ 9 tháng ở bệnh nhân lao phổi kháng thuốc (MDR-TB) cho thấy kết quả khả quan bằng cách sử dụng các thuốc lao hiện có bằng phác đồ ngắn hơn phác đồ khuyến cáo của WHO năm 2011.

PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu được tiến hành ngẫu nhiên, thử nghiệm đánh giá không thua kém giữa phác đồ ngắn hạn 9-11 tháng so với phác đồ dài hạn được khuyến cáo bởi WHO 2011 ở những bệnh nhân lao phổi đa kháng thuốc, còn nhạy với fluoroquinolones and aminoglycosides. Bệnh nhân tham gia được đánh giá là tốt nếu có kết quả đàm cấy âm tính tuần thứ 132 ngoài ra là phân loại không tốt. Nghiên cứu STREAM giai đoạn I được tiến hành tháng 7 năm 2012. Nơi thực hiện là các bệnh viện và khoa lâm sàng tại 4 nước Nam Phi, Ethiopia, Mông cổ và Việt Nam (Khoa Lao kháng thuốc B4 - BV. Phạm Ngọc Thạch).

KẾT QUẢ

Trong số 424 bệnh nhân tham gia phân ngẫu nhiên, 383 được đưa vào phân tích về điều trị; **78.1%** điều trị phác đồ ngắn hạn có kết quả tốt so với **80.6%** điều trị phác đồ dài hạn có sự khác nhau HIV 1.0% (95% CI, -7.5%, 9.5%). Kết quả được tính trong 321 bệnh nhân tham gia trong nhóm bệnh nhân ban đầu Trong số 423 bệnh nhân tham gia điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có Biến cố bất lợi mức độ 3 hay cao hơn là 48.2% ở phác đồ ngắn hạn và 45.4% ở phác đồ dài hạn tỷ lệ khác nhau 2.8% (95% CI -7.3%, 12.9%). QT/QTcF kéo dài tới 500ms xảy ra thường xuyên ở phác đồ ngắn hạn 11.0% so với 6.4%, p=0.13. Tỷ lệ tử vong là 8.5% ở phác đồ ngắn hạn so với 6.4% phác đồ dài hạn, p=0.42. Kháng thuốc mắc phải fluoroquinolones hoặc aminoglycosides thì không phổ biến, 3.3% ở phác đồ ngắn hạn so với 2.3 % phác đồ dài hạn, p=0.62.

KẾT LUẬN

Kết quả tốt được chứng minh bởi cả 2 phác đồ, và phác đồ ngắn hạn cho thấy hiệu quả và tính an toàn không thua kém phác đồ dài hạn. Những phát hiện này cho thấy tiếp tục sử dụng phác đồ này cho những bệnh nhân lao kháng đa thuốc với việc theo dõi chặt chẽ là khả thi trong điều trị.

STREAM I study: A randomised non-inferiority trial to evaluate a short standardized regimen for the treatment of rifampicin-resistant TB

The Union, MRC

Phan Thuong Dat, MD, MSc, PhD (PI of Vietnam site) at all

OBJECTIVES

Cohort studies 9 month regimens suggested that good cure rates in multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) were possible using existing drugs in considerably shorter regimens than recommended by WHO in 2011.

METHODS

We conducted a randomised, trial to test the non-inferiority of a 9-11 month “Short”, regimen compared with the WHO 2011 recommended, “Long”, regimen in participants with rifampicin-resistant (RR) TB, sensitive to fluoroquinolones and aminoglycosides. Participants were classified as having a favourable outcome if they were culture negative at 132 weeks unless previously classified as unfavourable. The STREAM Stage 1 trial started in July 2002. It took place in hospitals and clinics in South Africa, Ethiopia, Mongolia and Vietnam (MDR-TB ward- Pham Ngoc Thach hospital).

RESULTS

Of 424 randomised participants, 383 were available for the modified intention-to-treat analysis; **78.1%** receiving the Short regimen had a favourable outcome compared to **80.6%** receiving the Long regimens, an HIV-adjusted difference of 1.0% (95% CI, -7.5%, 9.5%). Results were consistent among the 321 participants in the per protocol population. Among the 423 participants who started allocated treatment, the proportion who experienced a grade 3 or higher adverse event (the primary safety outcome) was 48.2% on the Short and 45.4% on the Long regimens, an adjusted difference of 2.8% (95% CI -7.3%, 12.9%). QT/QTcF prolongation to 500ms occurred more frequently on the Short regimen, 11.0% versus 6.4%, $p=0.13$. Mortality was 8.5% on the Short and 6.4% on the Long regimen, $p=0.42$. Acquired drug resistance to fluoroquinolones or aminoglycosides was uncommon, 3.3% on the Short and 2.3% on the Long regimen, $p=0.62$.

CONCLUSIONS

Good long-term outcomes were demonstrated with both regimens, and the Short regimen had non-inferior efficacy and comparable safety to the Long regimen. These findings support continued use of this regimen for patients with rifampicin-resistant TB provided close monitoring is possible.

Cập Nhật Chẩn Đoán Và Điều Trị Giãn Phế Quản

Lê Thị Thu Hương(*)

Tóm tắt

Giãn phế quản là một bệnh hô hấp mạn tính và tiến triển thường gặp với nhiều nguyên nhân gồm vô căn, sau nhiễm trùng, suy giảm miễn dịch, bệnh mô liên kết, bất thường di truyền, viêm mạn tính và bệnh phổi cấu trúc. Tỷ lệ hiện mắc của giãn phế quản ngày càng tăng trên toàn thế giới do tăng sử dụng CT scan, nhận thức của các bác sĩ và biến chứng của nhiều bệnh phổi. Giãn phế quản gây một gánh nặng về y tế và kinh tế đáng kể lên bệnh nhân và hệ thống chăm sóc sức khỏe. Cho đến nay, điều trị cơ bản của giãn phế quản là cải thiện triệu chứng và giảm đợt cấp. Gần đây, đã có những tiến bộ đáng kể trong hiểu biết về sinh lý bệnh, vi sinh và quản lý giãn phế quản. Bài viết này đề cập đến những tiến bộ khoa học và các phương pháp điều trị mới nhất của giãn phế quản.

(*)*Trưởng Khoa Nội Hô hấp - bệnh viện Nhân Dân Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam*

Update In Diagnosis And Management Of Bronchiectasis

Thi Thu Huong Le(*)

Abstract

Bronchiectasis is a common chronic and progressive respiratory disease with multiple causes including idiopathic, post infection, immune deficiency, connective tissue diseases, genetic abnormalities, chronic inflammation and structural lung disease. The prevalence of bronchiectasis is increasing worldwide because of greater using of CT scanning, awareness of physicians and complication of various pulmonary conditions. It poses a significant medical and economic burden on patients and healthcare systems. To date, the main treatments for bronchiectasis have been improving symptoms and reducing exacerbation. Recently, there has been significant progress in understanding of the pathophysiology, microbiology and management of bronchiectasis. This review aims to address scientific advances and the latest therapies available for bronchiectasis.

(*)*Head of Respiratory Department, Nhan Dan Gia Dinh hospital, Ho Chi Minh city, Vietnam*



Pharmaceuticals

Opesinkast[®]

Montelukast 4mg, 5mg, 10mg

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



6 tháng - 5 tuổi

Opesinkast
4mg



6 tuổi - 14 tuổi

Opesinkast
5mg



từ 15 tuổi trở lên

Opesinkast
10mg

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Opesinkast®

Montelukast 4mg, 5mg, 10mg



THÀNH PHẦN:

OPESINKAST 4:

Mỗi viên chứa:

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

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

OPESINKAST 5:

Mỗi viên chứa:

Hoạt chất:

Montelukast 5 mg (dưới dạng Montelukast natri)

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

OPESINKAST 10:

Mỗi viên chứa:

Hoạt chất: Montelukast 10mg (dưới dạng Montelukast natri)

Tá dược: Lactose đập thẳng, cellulose vi tinh thể PH 102, natri croscarmellose, silic oxyd dạng keo khan, oxyd sắt vàng, oxyd sắt đỏ, opadry II white, magnesi stearate.

CHỈ ĐỊNH:

Opesinkast được chỉ định trong:

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

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

CÁCH DÙNG - LIỀU DÙNG:

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

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

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

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

Dự phòng cơn co thắt phế quản do gắng sức:

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

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

Khuyến cáo chung: Hiệu lực điều trị của Opesinkast trên các thông số kiểm tra hen sẽ đạt được trong vòng 1 ngày. Cần dặn người bệnh tiếp tục dùng Opesinkast mặc dù cơn hen đã bị khống chế, cũng như trong các thời kỳ bị hen nặng hơn.

Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận, suy gan nhẹ và trung bình, người cao tuổi, hoặc cho từng giới tính.

Điều trị Opesinkast liên quan tới các thuốc chữa hen khác:

Opesinkast có thể dùng phối hợp cho người bệnh đang theo các chế độ điều trị khác.

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

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

LƯU Ý VÀ THẬN TRỌNG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:

Rất thường gặp, ADR $\geq 1/10$:

Nhiễm khuẩn: Nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Thường gặp, $1/100 \leq \text{ADR} < 1/10$:

Tiêu hóa: Tiêu chảy, buồn nôn, nôn

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

AST)

Da: Ban

Chung: Sốt

Ít gặp, $1/1000 \leq \text{ADR} < 1/100$:

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

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

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

Hô hấp: Chảy máu cam

Tiêu hóa: Khô miệng, chứng khó tiêu

Da: Vết tím, mề đay, ngứa

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

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

Hiếm gặp: $1/10000 \leq \text{ADR} < 1/1000$

Máu: Có xu hướng gia tăng chảy máu

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

Tim mạch: Tim đập nhanh

Da: Phù mạch

Rất hiếm gặp, ADR $< 1/10000$

Miền dịch: tăng bạch cầu ưa eosin trong gan.

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

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

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

Da: Ban nốt đỏ, hồng ban đa dạng

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

TƯƠNG TÁC THUỐC:

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

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

TRÌNH BÀY :

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

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

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

BẢO QUẢN:

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

HẠN DÙNG:

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

NHÀ SẢN XUẤT VÀ PHÂN PHỐI:

CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM OPV

Lô 27, Đường số 3A, Khu Công Nghiệp Biên Hòa II, Phường An Bình, Thành phố Biên Hòa, Tỉnh Đồng Nai.

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

Trang 02

Vai Trò Can Thiệp Nội Mạch Trong Điều Trị Ho Ra Máu Nặng

Nguyễn Văn Tiến Bảo *, Lê Văn Phước **

TÓM TẮT:

Mục đích: Đánh giá tính hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật can thiệp nội mạch trong điều trị ho ra máu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán ho ra máu nặng và điều trị kỹ thuật can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2016 đến tháng 3/2017. Một số biến số được đánh giá: nguyên nhân, hình ảnh chụp mạch xóa nền, thành công lâm sàng, biến chứng và kết quả theo dõi vòng 1 tháng.

Kết quả: Có 35 bệnh nhân ho ra máu nặng được tiến hành kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị, trong đó, nguyên nhân ho ra máu thường gặp nhất là giãn phế quản (37,1%), lao phổi (20,0%) và nấm phổi (14,3%). Có 69 động mạch bệnh lý được phát hiện, trung bình: $1,97 \pm 1,1$ động mạch trên một bệnh nhân. Dấu hiệu chính trên chụp mạch bao gồm: phì đại gốc, động mạch giãn ngoằn ngoèo (80%), tăng sinh mạch máu ngoại vi (85,7%), thông nối (25,7%), túi phình mạch máu (8,5%) và thoát mạch thuốc cản quang (5,7%). Thành công lâm sàng tức thời đạt 97,1% (34/35 bệnh nhân), tỉ lệ tái phát trong 1 tháng là 11,7%; trong đó u nấm và thông nối có liên quan đến tái phát sớm ($p < 0,05$). Không ghi nhận biến chứng nặng trong nghiên cứu, chủ yếu là đau ngực (28,6%).

Kết luận: can thiệp nội mạch là kỹ thuật điều trị ho ra máu nặng hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: ho ra máu nặng, động mạch thuyên tắc, thành công về mặt lâm sàng, tái phát sớm.

The Role Of Endovascular Treatment For Massive Hemoptysis

Nguyễn Văn Tiến Bảo *, Lê Văn Phước **

ABSTRACT:

Background: To assess the safety and effectiveness of arterial embolization in patients with massive hemoptysis.

Material and Method: All patients were diagnosed massive hemoptysis and treated endovascular intervention in Cho Ray Hospital from January 2016 to March 2017. Some variants were assessed: etiologies, important angiographics findings, the clinical success, complications and follow-up outcomes within 1 month.

Result: 35 patients were treated by endovascular intervention. Massive hemoptysis was caused by bronchiectasis (37,1%), pulmonary tuberculosis (20%), pulmonary aspergilloma 14.3%). A total of 69 bleeding arteries were found, an average of four arteries per patient. Important angiographics findings were: vascular hypertrophy and tortuosity (80,0%), neovascularity and hypervascularity

(85,7%), shunting (25,7%), aneurysm formation (8,5%) and active extravasation (5,7%). Immediate clinical success achieved was 97,1% (34/35 patients) and 11,7% of patients had recurrent over 1 month; aspergilloma and shunting were associated with early recurrent (p<0,05). No severe complications were reported and the most common complication was transient chest pain (28,6%).

Conclusion: Endovascular treatment is an effective and safe procedure in the management of massive hemoptysis.

Keywords: massive hemoptysis, embolized arteries, clinical success, early recurrent.

Hướng dẫn GOLD 2019 được bình duyệt lại từ hướng dẫn GOLD 2017.

Ở chương 1, ngày càng có nhiều chứng cứ cho thấy phơi nhiễm với chất đốt sinh khối trong nhà khi nấu ăn làm nhiều phụ nữ ở các quốc gia đang phát triển mắc COPD. Nghèo đói có tương quan rõ với tắc nghẽn luồng khí và tình trạng kinh tế xã hội thấp làm tăng nguy cơ mắc COPD.

Ở chương 3, đếm tế bào ái toan trong máu, phục hồi chức năng hô hấp và tự quản lý bệnh được cập nhật. Từ 12 nghiên cứu thử nghiệm, chích ngừa phế cầu bảo vệ chống lại viêm phổi cộng đồng. Chích ngừa còn làm giảm nguy cơ đợt cấp COPD. Hầu hết các nghiên cứu sử dụng thuốc kết hợp LABA/LAMA được tiến hành ở các đối tượng có ít đợt cấp. Một nghiên cứu năm 2018 ở dân số có nguy cơ bị đợt cấp cao (≥ 2 đợt cấp hoặc ≥ 1 đợt cấp nhập viện trong năm rồi) cho thấy ICS/LABA làm giảm đợt cấp nhiều hơn sử dụng LABA/LAMA khi số tế bào ái toan trong máu cao hơn.

Ở chương 4, lưu đồ thuốc bắt đầu điều trị và tái khám được bình duyệt lại. Mô hình thuốc bắt đầu điều trị vẫn dựa theo phân nhóm ABCD từ triệu chứng và nguy cơ đợt cấp. Có ít chứng cứ mạnh hỗ trợ quyết định chọn lựa thuốc ở những bệnh nhân COPD được chẩn đoán lần đầu. Khi tái khám, bệnh nhân nên được đánh giá lại các mục tiêu điều trị và xác định các rào cản để điều trị thành công. Lúc này, có hai lưu đồ tách biệt thể hiện các lựa chọn thuốc theo triệu chứng khó thở hay theo đợt cấp.

Ở chương 5, điều trị kết hợp ICS/LABA tăng cường trong 10 ngày đầu khởi phát nhiễm trùng hô hấp trên sẽ làm giảm đợt cấp, đặc biệt ở các bệnh nhân nặng. Một nghiên cứu RCT nhỏ cho thấy 6 tuần thở oxy qua cannula mũi lưu lượng cao làm giảm ứ CO₂ và cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân COPD bị ứ CO₂ kéo dài.

The GOLD 2019 report is a revision of the GOLD 2017 report.

In chapter 1, there is growing evidence that indoor biomass exposure during cooking may predispose women to develop COPD in developing countries. Poverty is consistently associated with airflow obstruction and lower socioeconomic status is associated with an increased risk of developing COPD.

In chapter 3, blood eosinophil count, pulmonary rehabilitation and self-management sections have been updated. From 12 interventional studies, pneumococcal vaccination provides significantly protection against community-acquired pneumonia. Vaccination also reduces the likelihood of a COPD exacerbation. Most studies with LABA/LAMA combinations have been performed in patients with a low rate of exacerbations. One study in 2018 in a population with high exacerbation risk (≥ 2 exacerbations or ≥ 1 hospitalization in the previous year) reported that ICS/LABA decreased exacerbations to a greater extent than an LABA/LAMA combination at higher blood eosinophil concentrations.

In chapter 4, the algorithms for the initiation and follow-up pharmacological management have been revised. A model for initiation of pharmacological management still is according to ABCD assessment of symptoms and exacerbation risk. There is a lack of high evidence supporting initial pharmacological treatment strategies in newly diagnosed COPD patients. Following up, patients should be reassessed for attainment of treatment goals and identification of any barriers for successful treatment. At this point, there are 2 separate algorithms for follow-up pharmacological choices based on dyspnea or exacerbations.

In chapter 5, intensified combination therapy with ICS/LABA for 10 days at URTI onset could be associated with a reduction of exacerbations, particularly in patients with severe disease. A small RCT reported that six weeks of high-flow nasal cannula oxygen therapy reduced hypercapnia and improved health-related quality of life in patients with stable hypercapnic COPD.

MERONEM

meropenem



Đi bệnh nhân như người thân

Tài liệu tham khảo: Tô hướng dẫn sử dụng thuốc

Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem ở trang 2.

Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: 0557/2017/XNTT/QLD, ngày 18 tháng 4 năm 2018

Ngày in tài liệu: .../.../...

THÔNG TIN SẢN PHẨM



MERONEM 500mg, 1g Meropenem.

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

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

Meropenem thải trừ qua thẩm phân máu và lọc máu; nếu cần tiếp tục điều trị với MERONEM IV, sau khi hoàn tất thẩm phân máu, khuyến cáo sử dụng một đơn vị liều (500mg, 1g, 2g) (tùy theo loại và mức độ nhiễm khuẩn) để đảm bảo nồng độ điều trị hiệu quả trong huyết tương. Chưa có kinh nghiệm sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân đang thẩm phân phúc mạc. **Liều dùng cho bệnh nhân người lớn suy gan.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân suy gan (Xem Lưu Ý và Thận Trọng Đặc Biệt Khi Dùng). **Bệnh nhân cao tuổi.** Không cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân cao tuổi có chức năng thận bình thường hay độ thanh thải creatinine > 50 ml/phút. **Trẻ em.** Trẻ em từ 3 tháng đến 12 tuổi: liều khuyến cáo là 10-20 mg/kg mỗi 8 giờ tùy thuộc mức độ và loại nhiễm khuẩn, độ nhạy cảm của tác nhân gây bệnh và tình trạng bệnh nhân. Trẻ em cân nặng trên 50 kg: khuyến cáo sử dụng liều như ở người lớn. Liều khuyến cáo cho viêm màng não là 40 mg/kg mỗi 8 giờ. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em suy thận. **Cách sử dụng.** Nên tiêm tĩnh mạch MERONEM IV trong khoảng 5 phút hay tiêm truyền tĩnh mạch từ 15 đến 30 phút. Dữ liệu an toàn sử dụng khi dùng liều tiêm tĩnh mạch 40 mg/kg và liều tiêm tĩnh mạch 2 g còn hạn chế. MERONEM IV với các dạng trình bày có sẵn có thể dùng tiêm tĩnh mạch trong khoảng 5 phút hay truyền tĩnh mạch trong khoảng 15-30 phút. MERONEM IV dùng tiêm tĩnh mạch nên được pha với nước vô khuẩn để tiêm (5ml cho mỗi 250 mg Meropenem) cho dung dịch có nồng độ khoảng 50 mg/ml. Dung dịch sau khi pha trong suốt, không màu hoặc màu vàng nhạt. MERONEM IV dùng truyền tĩnh mạch có

thể pha với các dịch truyền tương thích (50 đến 200 ml) (xem Tương Kỳ và Thận Trọng Đặc Biệt Trong Bảo Quản). **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với hoạt chất hay bất kỳ thành phần tá dược. Mẫn cảm với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm carbapenem khác. Mẫn cảm trầm trọng (như là phản ứng phản vệ, phản ứng da nghiêm trọng) với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm beta-lactam khác (như là nhóm penicillin hay cephalosporin). **THẬN TRỌNG:** Có một số bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng về dị ứng chéo một phần giữa các kháng sinh carbapenem khác với các kháng sinh họ beta-lactam, penicillin và cephalosporin. Cũng như tất cả các kháng sinh họ beta-lactam, các phản ứng quá mẫn (nghiêm trọng và đôi khi tử vong) hiếm xảy ra. Trước khi bắt đầu điều trị với meropenem, nên hỏi kỹ bệnh nhân về tiền sử các phản ứng quá mẫn với các kháng sinh họ beta-lactam. Nên sử dụng thận trọng MERONEM IV cho bệnh nhân có tiền sử quá mẫn này. Nếu phản ứng dị ứng với meropenem xảy ra, nên ngưng thuốc và có biện pháp xử lý thích hợp. Khi sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân bị bệnh gan cần theo dõi kỹ nồng độ transaminase và bilirubin. Cũng như các kháng sinh khác, tăng sinh các vi khuẩn không nhạy cảm với thuốc có thể xảy ra, cần phải theo dõi bệnh nhân liên tục. Không khuyến cáo sử dụng thuốc trong trường hợp nhiễm trùng do các *Staphylococcus* để kháng với methicillin. Trên thực hành lâm sàng, cũng như tất cả các kháng sinh khác, viêm đại tràng giả mạc khi xảy ra khi sử dụng MERONEM IV và có thể ở mức độ từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Vì vậy, cần thận trọng khi kê toa các thuốc kháng sinh cho bệnh nhân có tiền sử bệnh lý đường tiêu hoá, đặc biệt viêm đại tràng. Điều quan trọng là cần xem xét chẩn đoán viêm đại tràng giả mạc khi bệnh nhân bị tiêu chảy liên quan đến sử dụng thuốc MERONEM IV. Mặc dù các nghiên cứu cho thấy độc tố do *Clostridium difficile* sinh ra là một trong những nguyên nhân chính gây viêm đại tràng liên quan đến sử dụng các kháng sinh, cũng cần xem xét đến các nguyên nhân khác. Hiếm gặp báo cáo co giật trong quá trình điều trị với carbapenem, bao gồm meropenem. Nên thận trọng khi sử dụng đồng thời MERONEM IV với các thuốc có khả năng gây độc trên thận (Xem Liều Lượng và Cách Sử Dụng để biết liều dùng). Không khuyến cáo sử dụng đồng thời acid valproic/natri valproate với MERONEM IV. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh ở một số bệnh nhân. Nồng độ acid valproic huyết thanh có thể thấp hơn nồng độ điều trị (xem phần Tương tác thuốc). **Sử dụng cho trẻ em:** Hiệu quả và sự dụng nạp đối với trẻ em dưới 3 tháng tuổi chưa được xác lập; do đó, không khuyến cáo sử dụng MERONEM IV cho trẻ em dưới 3 tháng tuổi. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em bị rối loạn chức năng gan hay thận. Để thuốc ngoài tầm tay trẻ em. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Nên có bác sĩ giám sát trực tiếp cho mọi trường hợp sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai. Không nên sử dụng ở phụ nữ có thai và cho con bú trừ phi lợi ích vượt trội các rủi ro có thể xảy ra. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY:** Chưa có nghiên cứu. Lưu ý các triệu chứng nhức đầu, dị cảm, co giật đã được ghi nhận khi dùng thuốc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Probenecid ức chế sự bài tiết meropenem qua thận, gây tăng thời gian bán thải và nồng độ meropenem trong huyết tương. Không khuyến cáo sử dụng đồng thời probenecid và MERONEM IV. Thuốc gắn kết với protein thấp (khoảng 2%), do đó tương tác với những hợp chất khác do sự phân tách khỏi protein trong huyết tương không dự kiến xảy ra. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh, có thể thấp hơn nồng độ điều trị và vì thế nên tránh phối hợp. MERONEM IV đã được sử dụng đồng thời với các thuốc khác mà không có các tương tác bất lợi về dược lý. Sử dụng đồng thời kháng sinh với warfarin có thể làm tăng tác động chống đông của thuốc. Nên theo dõi thường xuyên chỉ số INR trong suốt quá trình sử dụng đồng thời kháng sinh với thuốc chống đông dạng uống và một khoảng thời gian ngắn sau khi sử dụng. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** Hiếm có các phản ứng ngoại ý trầm trọng. Phân nhóm theo tần suất: *Thường gặp* (≥1/100 đến <1/10): tăng tiểu cầu, nhức đầu, tiêu chảy, ói mửa, buồn nôn, đau bụng, tăng men ALT, AST, GGT, alkaline phosphatase, lactat dehydrogenase trong máu, phát ban, ngứa, viêm, đau; *Ít gặp* (≥1/1.000 đến <1/100): nhiễm nấm Candida miệng và âm đạo, tăng bạch cầu ái toan, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, dị cảm, tăng bilirubin trong máu, mê sảng, viêm tĩnh mạch huyết khối; *Hiếm gặp* (≥1/10.000 đến <1/1.000): co giật, mất bạch cầu hạt; *Rất hiếm gặp* (<1/10.000): thiếu máu tán huyết, phù mạch, biểu hiện của sốc phản vệ, viêm đại tràng giả mạc, hoại tử biểu bì gây nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson, hồng ban đa dạng. **Sản xuất tại ACS Dobfar SpA Viale Addetta 4/12, Tribiano (MI), Milan, 20067, Ý. **Đóng gói cấp 1 tại Zambon Switzerland Ltd, Via Industria N.13, Cadempino, 6814, Thụy Sĩ. **Đóng gói cấp 2 tại AstraZeneca UK Limited, Silk Road Business Park, Macclesfield, Cheshire, SK10 2 NA, Anh. **Nhà nhập khẩu và phân phối:** Công ty Cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q. 1, TP. Hồ Chí Minh.******

Giá trị của test hồi phục phế quản trong chẩn đoán và điều trị COPD

ThS. BS. Nguyễn Như Vinh()*

Tóm tắt:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh có tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí hồi phục không hoàn toàn do vậy mà nhiều người tin rằng test hồi phục phế quản sẽ âm tính ở người bệnh mắc bệnh này. Vì lý do này, test hồi phục phế quản được sử dụng trong một thời gian dài để phân biệt COPD với bệnh hen (là bệnh có tắc nghẽn đường dẫn khí hồi phục hoàn toàn) trong thực hành lâm sàng. Bên cạnh đó, kết quả của test này cũng được sử dụng để tiên đoán đáp ứng điều trị với các thuốc dẫn phế quản hay corticoid dạng hít cũng như để tiên lượng các kết cục lâu dài về lâm sàng và chức năng hô hấp cho bệnh nhân COPD. Tuy nhiên, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của test cũng như bản chất bệnh COPD cũng thay đổi trong cùng một người ở những thời điểm khác nhau nên kết quả của test này là không ổn định. Vì vậy việc sử dụng kết quả này để chẩn đoán phân biệt, tiên đoán đáp ứng điều trị hay tiên lượng là không hợp lý và đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Bài tổng quan này nêu lại định nghĩa, tiêu chuẩn chẩn đoán và ứng dụng của test hồi phục phế quản trong quản lý bệnh COPD.

Bronchodilator reversibility test in diagnosis and management of COPD

Nguyen Nhu Vinh

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease with irreversible airflow obstruction, so many believe that the bronchodilator reversibility testing (BRT) will be negative in patients with this condition. For this reason, the BRT is used for a long time to distinguish COPD from asthma (a disease with a fully reversible airway obstruction) in clinical practice. In addition, the results of this test are also used to predict treatment response to bronchodilators or inhaled corticosteroids as well as to predict long-term clinical and respiratory function outcomes for the disease. However, there are many factors that affect the test results as well as the nature of COPD changes in the same person at different times so the results of this test are unstable. Therefore, the use of this test result for differential diagnosis, predictive response to treatment or prognosis is

unreasonable and has been demonstrated in numerous studies. This review redefines the test criteria and the application of this test in COPD management.

(*)*Trung Tâm Đào Tạo Bác Sĩ Gia Đình, Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh*

Khoa Thăm Dò Chức Năng Hô Hấp, Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Từ khóa: đáp ứng hồi phục phế quản, test dẫn phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD

PHÁT HIỆN SỚM BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD): Nên thực hiện ngay từ đợt cấp lần đầu.

TS.BS Nguyễn Văn Thành

PCT Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam

E-mail: thanhbk@hcm.vnn.vn

Tóm tắt:

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

Early detection of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): It should be done right after the first acute exacerbation

TS.BS Nguyễn Văn Thành

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

INVANZ[®]

(ertapenem)



✓ **Điều trị các bệnh nhiễm khuẩn từ trung bình tới nghiêm trọng do các vi khuẩn nhạy cảm & điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm trước khi xác định vi khuẩn gây bệnh¹:**

- Nhiễm khuẩn ổ bụng có biến chứng.
- Nhiễm khuẩn da và tổ chức da có biến chứng, bao gồm nhiễm khuẩn chi dưới và bàn chân do đái tháo đường.
- Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng bao gồm viêm thận - bể thận.
- Nhiễm khuẩn vùng chậu cấp, bao gồm viêm nội mạc cơ tử cung sau sinh, nạo phá thai nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn phụ khoa sau mổ.
- Nhiễm khuẩn huyết.

✓ **Dự phòng nhiễm trùng tại chỗ phẫu thuật ở người lớn trong phẫu thuật đại trực tràng theo chương trình mổ phôi¹.**

INVANZ[®] có hoạt tính chống được hầu hết các chủng của những vi khuẩn sau đây cả *in vitro* và trong nhiễm khuẩn lâm sàng (xem CHỈ ĐỊNH)

VI KHUẨN GRAM ÂM ƯA KHÍ VÀ KỶ KHÍ KHÔNG BẮT BUỘC

- *Escheria coli*
- *Haemophilus influenzae*
(bao gồm chủng tiết β -lactamase)
- *Klebsiella pneumoniae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Proteus mirabilis*

VI KHUẨN KỶ KHÍ

- *Bacteroides Fragilis* và các loài khác trong nhóm *B. fragilis*
- Loài *Clostridium* (trừ *C. difficile*)
- Loài *Eubacterium*
- Loài *Peptostreptococcus*
- *Porphyromonas asaccharolytica*
- Loài *Prevotella*

VI KHUẨN GRAM DƯƠNG ƯA KHÍ VÀ KỶ KHÍ KHÔNG BẮT BUỘC

- *Staphylococcus aureus* - tụ cầu vàng (bao gồm chủng tiết penicillinase)
 - *Streptococcus agalactiae*
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Streptococcus pyogenes*
- Chú thích:** Tụ cầu kháng methicillin kháng INVANZ. Nhiều chủng *Enterococcus Faecalis* và hầu hết chủng *Enterococcus faecium* cũng kháng INVANZ.

* Các vi khuẩn khác xem thông tin kê toa chi tiết

Bản quyền © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., công ty con của Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All Rights Reserved.
Số giấy xác nhận thông tin thuốc của Cục Quản Lý Dược - Bộ Y Tế: 0505/2018/XN TT/QLD. Ngày cấp: 27/7/2018
Xem thông tin sản phẩm ở trang 2





THÔNG TIN SẢN PHẨM

THÀNH PHẦN

INVANZ 1g (ertapenem 1g dùng để tiêm).

CHỈ ĐỊNH

INVANZ được chỉ định để điều trị các bệnh nhiễm khuẩn từ trung bình tới nghiêm trọng do các vi khuẩn nhạy cảm với kháng sinh này, cũng như điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm trước khi xác định được vi khuẩn gây bệnh trong các bệnh nhiễm khuẩn sau: Nhiễm khuẩn ổ bụng có biến chứng, Nhiễm khuẩn da và tổ chức da có biến chứng, bao gồm nhiễm khuẩn chi dưới và bàn chân do dai tháo dỡ, Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng bao gồm viêm thận - bể thận, Nhiễm khuẩn vùng chậu cấp, bao gồm viêm nội mạc cơ tử cung sau sinh, nạo thai nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn phụ khoa sau mổ, Nhiễm khuẩn huyết; Dự phòng: INVANZ được chỉ định để dự phòng nhiễm trùng tại chỗ phẫu thuật ở người lớn trong phẫu thuật đại trực tràng theo chương trình mô phôi.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG

Liều thường dùng của INVANZ ở bệnh nhi từ 3 tháng đến 12 tuổi là 15 mg/kg, ngày 2 lần (không quá 1 g/ngày). Bệnh nhân ≥ 13 tuổi: 1 gam, 1 liều, ngày 1 lần cho bệnh nhân người lớn có độ thanh thải > 30ml/phút/1,73m². Thời gian điều trị với INVANZ thông thường từ 3-14 ngày. Dự phòng nhiễm trùng tại chỗ ở người lớn sau phẫu thuật đại trực tràng theo chương trình mô phôi: dùng liều duy nhất 1g, truyền tĩnh mạch 1 giờ trước phẫu thuật. INVANZ có thể được truyền tĩnh mạch hay tiêm bắp, nếu truyền tĩnh mạch, INVANZ được truyền ít nhất trong vòng 30 phút. Với người suy thận, chỉ chỉnh liều khi suy thận đang tiến triển (độ thanh lọc creatinin ≤ 30ml/phút/1,73m²) bao gồm bệnh nhân có lọc máu, thì liều mỗi ngày cần là 500mg. Khi người bệnh có lọc máu mà dùng liều mỗi ngày là 500mg INVANZ trong vòng 6 giờ trước lọc máu, thì nên bổ sung thêm liều 150mg sau khi hoàn thành lọc máu. Nếu đã dùng INVANZ ít nhất 6 giờ trước khi thẩm phân thì không cần liều bổ sung. Không có dữ liệu về sử dụng thuốc ở bệnh nhi bị suy thận và bệnh nhi được thẩm phân máu.

Bệnh nhân 13 tuổi hoặc lớn hơn

Chuẩn bị dung dịch truyền tĩnh mạch: Không trộn lẫn hay truyền INVANZ cùng với các thuốc khác. Không pha INVANZ với các dung dịch có chứa Dextrose (α-D-Glucose). **Cần hoàn nguyên và pha loãng trước khi sử dụng:** Dùng 10 mL của một trong các dung môi sau, bơm vào lọ INVANZ 1 gam để hoàn nguyên: nước cất để tiêm, NaCl 0,9% để tiêm hoặc nước kim khuẩn để tiêm. Lắc kỹ để hòa tan hết, sau đó chuyển ngay sang lọ chứa 50mL NaCl 0,9% loại tiêm. Truyền tĩnh mạch hết trong vòng 6 giờ sau khi pha chế như trên.

Chuẩn bị dung dịch tiêm bắp: **Cần hoàn nguyên và pha loãng trước khi sử dụng:** Hoàn nguyên cho lọ 1 gam INVANZ với 3,2 mL của dung dịch lidocain HCl 1% hoặc 2% để tiêm*** (không chứa epinephrine/adrenalin). Lắc kỹ lọ để hòa tan hết thuốc. Rút ngay dung dịch vừa pha và tiêm bắp sau vào nơi có cơ lớn (như cơ mông, mặt trước ngoài đùi). Dung dịch đã pha để tiêm bắp cần dùng trong vòng 1 giờ sau khi hoàn nguyên. **Tuyệt đối không được dùng loại dung dịch này để tiêm tĩnh mạch.**

Bệnh nhi từ 3 tháng đến 12 tuổi

Chuẩn bị dung dịch truyền tĩnh mạch: Không trộn lẫn hay truyền INVANZ cùng với các thuốc khác. Không pha INVANZ với các dung dịch có chứa Dextrose (α-D-Glucose). **Cần hoàn nguyên và pha loãng trước khi sử dụng:** Dùng 10 mL của một trong các dung môi sau, bơm vào lọ INVANZ 1 gam để hoàn nguyên: nước cất để tiêm, NaCl 0,9% để tiêm hoặc nước kim khuẩn để tiêm. Lắc kỹ để hòa tan hết, sau đó rút một thể tích tương đương với 15mg/kg thể trọng (không quá 1g/ngày) hòa vào dung dịch tiêm NaCl 0,9% để đạt nồng độ cuối cùng là 20 mg/ml hoặc thấp hơn. Truyền tĩnh mạch hết trong vòng 6 giờ sau khi pha chế như trên.

Chuẩn bị dung dịch tiêm bắp: **Cần hoàn nguyên và pha loãng trước khi sử dụng:** Hoàn nguyên cho lọ 1 gam INVANZ với 3,2 mL của dung dịch lidocain HCl 1% hoặc 2% để tiêm*** (không chứa epinephrine/ adrenalin). Lắc kỹ lọ để hòa tan hết thuốc. Rút ngay dung dịch vừa pha một thể tích tương đương 15mg/kg thể trọng (không quá 1g/ngày) và tiêm bắp sau vào nơi có khối cơ lớn (như cơ mông hoặc phần mềm đùi). Dung dịch đã pha để tiêm bắp cần dùng trong vòng 1 giờ sau khi hoàn nguyên. **Tuyệt đối không được dùng loại dung dịch này để tiêm tĩnh mạch.**

CHUNG CHỈ ĐỊNH

Nhạy cảm với bất cứ thành phần nào của thuốc hoặc nhạy cảm với bất cứ thuốc nào trong cùng nhóm hoặc bệnh nhân có tiền sử có dị ứng với beta-lactam. Do INVANZ có chứa dung môi là lidocain HCl, nên chống chỉ định tiêm bắp INVANZ cho người được biết qua tiền sử thuốc tê nhóm amind và ở người bệnh bị sốc nghiêm trọng hoặc block tim (xin tham khảo thông tin kê đơn với lidocain HCl).

THẬN TRỌNG

Đã có những báo cáo phản ứng quá mẫn nghiêm trọng, có khi tử vong (phản vệ) ở người bệnh dùng kháng sinh beta-lactam. Những phản ứng này dễ gặp hơn ở

Đọc kỹ thông tin chi tiết sản phẩm trước khi kê toa.

Tài liệu tham khảo:

1. Thông tin kê toa chi tiết.

Code: AINF-1251738-0006 09 MARCH 2020



MSD

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

TP. HỒ CHÍ MINH
Lầu 16 Tòa nhà M Plaza Saigon
39 Lê Duẩn, Quận 1
ĐT: 84-28-3915800 / Fax: 84-28-38278101

HÀ NỘI
Tầng 14, Keangnam Hà Nội, Tòa nhà Landmark
Lô E6, Khu đô thị mới Cầu Giấy, Phường Mễ Trì
quận Nam Từ Liêm
ĐT: 84-24-37824360 / Fax: 84-24-38378415



Liều sử dụng: 1 liều, ngày một lần¹

✓ NHẠY CẢM TRÊN: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* & *Bacteroides fragilis*¹

người đã có tiền sử mẫn cảm với nhiều loại dị nguyên. Đã có những báo cáo về người bệnh có tiền sử quá mẫn cảm với penicillin thì cũng có những phản ứng quá mẫn nghiêm trọng khi dùng các beta-lactam khác. Vì vậy, trước khi dùng INVANZ, cần điều tra kỹ người bệnh về các phản ứng quá mẫn trước đây với các penicillin, cephalosporin, các beta-lactam khác và với những dị nguyên khác. Nếu gặp phản ứng dị ứng với INVANZ, phải ngừng thuốc ngay. **Cần điều trị cấp cứu kịp thời các phản ứng phản vệ nghiêm trọng.** Những bài viết trên y văn về các trường hợp riêng lẻ cho thấy sử dụng carbapenems, bao gồm ertapenem, đồng thời với acid valproic hoặc divalproex sodium sẽ làm giảm nồng độ acid valproic. Nồng độ acid valproic có thể bị giảm thấp hơn nồng độ trị liệu do tương tác này, do đó làm tăng nguy cơ bộc phát cơn co giật. Quá mẫn với penicillins, cephalosporins, kháng sinh beta-lactam khác và các dị ứng nguyên khác, Viêm đại tràng giả mạc đã được ghi nhận. **Phụ nữ có thai:** INVANZ chỉ được sử dụng cho phụ nữ có thai khi nguy cơ và lợi ích cho bà mẹ và bào thai được cân nhắc. **Phụ nữ cho con bú:** Cần thận khi dùng cho phụ nữ cho con bú vì INVANZ được hấp thụ vào sữa mẹ. **Trẻ em:** Tình an toàn và hiệu lực của INVANZ ở bệnh nhi từ 3 tháng đến 17 tuổi đã được chứng minh qua tài liệu từ các nghiên cứu đầy đủ và có đối chứng tốt ở người lớn. Không khuyến cáo sử dụng INVANZ ở trẻ em dưới 3 tháng tuổi vì không có dữ liệu.

TÁC DỤNG PHỤ

Phần lớn những phản ứng bất lợi được báo cáo trong nghiên cứu lâm sàng có mức độ nhẹ tới trung bình. Những phản ứng có liên quan đến ertapenem chiếm khoảng 20 số người bệnh được điều trị bằng ertapenem. Nặng thuốc do phản ứng liên quan đến thuốc thường gặp ở 1,3% số người bệnh. Những phản ứng liên quan đến thuốc hay gặp nhất trong khi dùng ertapenem dạng tiêm là tiêu chảy (4,3%), biến chứng ở tĩnh mạch tại chỗ tiêm (3,9%), buồn nôn (2,9%), nhức đầu (2,1%). Trong các nghiên cứu lâm sàng, các phản ứng co giật có thể gặp sau khi tiêm là 0,2% người dùng ertapenem, ở 0,3% người dùng piperacillin/tazobactam và ở 0% người dùng ceftriaxone. Trong suốt thời kỳ điều trị và thời kỳ 14 ngày theo dõi sau điều trị, những phản ứng liên quan đến thuốc INVANZ bao gồm những phản ứng đã nêu trên, cũng như phát ban và viêm âm đạo có tỷ lệ ≥ 1,0% (hay gặp) và các phản ứng dị ứng, khó chịu và nhiễm nấm có tỷ lệ > 0,1% nhưng < 1,0% (ít gặp). Những phản ứng bất lợi sau đây đã được báo cáo khi thuốc dùng trên thị trường: Hệ miễn dịch: phản vệ bao gồm cả các phản ứng dạng phản vệ; Rối loạn tâm thần: thay đổi trạng thái tâm thần (bao gồm kích động, hưng hăng, mê sảng, mất phương hướng, các thay đổi trạng thái tâm thần); Rối loạn hệ thần kinh: loạn vận động, ảo giác, giật rung cơ, run; Rối loạn da và mô dưới da: ngứa, phát ban do thuốc với tăng bạch cầu ưa acid và những triệu chứng toàn thân (hội chứng DRESS).

TƯƠNG TÁC THUỐC

Không khuyến cáo sử dụng chung với propenecid vì probenecid có thể kéo dài thời gian bán thải của ertapenem. Trên nghiên cứu *In vivo*, tương tác thuốc bởi thành phần thuốc qua trung gian P-glycoprotein hay CYP hầu như không ghi nhận. Trên động vật và *In vivo* cho thấy CARBAPENEMS có thể ức chế sự thủy phân chất chuyển hóa Glucuronide của acid valproic, do đó làm giảm nồng độ huyết thanh của acid valproic.

QUA LIỆU

Không có thông tin đặc biệt về điều trị quá liều INVANZ. Hầu như không có trường hợp có tình dùng quá liều INVANZ. Không thấy có độc tính đáng kể trên người tình nguyện trưởng thành khỏe mạnh tiêm tĩnh mạch ngày 3 g INVANZ, dùng trong 8 ngày. Trong nghiên cứu lâm sàng ở người lớn, về tình dùng INVANZ ngày tới 3 g không gây phản ứng quan trọng trong lâm sàng. Trong các nghiên cứu lâm sàng ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch một liều đơn 40 mg/kg đến liều tối đa là 2 g cũng không gây độc tính.

Nếu sử dụng quá liều, cần ngưng INVANZ và điều trị hỗ trợ chung tới khi thuốc đào thải được qua thận.

Có thể thải INVANZ nhờ thẩm phân máu; tuy nhiên, chưa có thông tin về sử dụng thẩm phân máu để điều trị quá liều thuốc này.

DẠNG TRÌNH BÀY

INVANZ được cung ứng dưới dạng bột vô trùng đóng gói 1g Ertapenem để truyền tĩnh mạch hoặc tiêm bắp. Mỗi hộp chứa 1 lọ.

BẢO QUẢN

Trước khi pha không được để ở nhiệt độ trên 25°C, dung dịch sau khi pha có thể để ở nhiệt độ phòng 25°C và sử dụng trong vòng 6 giờ, có thể để tới 24 giờ nếu để trong tủ lạnh với nhiệt độ 5°C, sau khi lấy ra khỏi tủ lạnh, dung dịch đã pha phải dùng trong vòng 4 giờ. Dung dịch đã pha không được để trong ngăn đá.

ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TRƯỚC KHI DÙNG

ĐỂ XATÂM TAY TRẺ EM

NHÀ SẢN XUẤT: Merck Sharp & Dohme - Chibret

Route de Marsat, Riom, F-63963, Clermont-Ferrand Cedex 9, France(Pháp)

SỐ ĐĂNG KÝ: VN - 20315 - 17

NHÀ PHÂN PHỐI: Công ty cổ phần Dược liệu Trung Ương 2,

24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q1, TP.HCM.

INVANZ[®]
(ertapenem)

Điều Trị Oxy Dài Hạn Ở Bệnh Nhân COPD – Thực Trạng Và Cách Xử Trí

TS BS ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH
ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Thực trạng sử dụng oxy trị liệu dài hạn cho bệnh nhân COPD tại VN hiện nay khá tùy tiện. Oxy trị liệu đôi khi chỉ để giảm khó thở chứ không dựa trên tiêu chuẩn hạ oxy máu mạn tính, do đó tiềm ẩn nguy cơ làm cho suy hô hấp nặng thêm, tăng CO₂ máu và toan hô hấp.

Điều trị oxy dài hạn cho bệnh nhân COPD chỉ được chỉ định khi bệnh nhân có hạ oxy máu xác định bằng khí máu động mạch lúc nghỉ đo 2 lần cách nhau ≥ 3 tuần với $paO_2 \leq 55$ mmHg hoặc $paO_2 \leq 60$ mmHg kèm bằng chứng đa hồng cầu (Hct $>55\%$), phù ngoại biên hoặc tăng áp động mạch phổi. Đối với bệnh nhân vừa xuất viện sau đợt cấp, cần được đánh giá hạ oxy máu mạn tính sau khi bệnh nhân đã ổn định ít nhất 8 tuần. Oxy dùng trong điều trị dài hạn phải được cung cấp tối thiểu 15 giờ/ ngày, có thể tăng thêm đến 24 giờ có thể có thêm các lợi ích; khởi đầu với lưu lượng thấp 1l/ph, tăng dần mỗi 1/ph cho đến khi đạt SpO₂ $> 90\%$, sau đó xác định bằng khí máu động mạch với paO_2 lúc nghỉ ≥ 60 mmHg. Bệnh nhân sử dụng oxy dài hạn cần được giáo dục sức khỏe đầy đủ bằng các tài liệu viết tay về tuân thủ điều trị bao gồm cả việc cai thuốc lá, cách bảo quản và an toàn của các thiết bị cung cấp oxy và phải được theo dõi tái đánh giá sau 3 tháng, 6 – 12 tháng và hàng năm sau đó.

Longterm Oxygen Therapy In COPD Patients – Reality And Management

ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH

Nowadays, the use of Longterm oxygen therapy (LTOT) for COPD patients in Vietnam is arbitrary. More often than not, it is used to alleviate dyspnea instead of the true indication of chronic hypoxemia criteria. As a result, it potentially creates underlying risks which can exacerbate respiratory acidosis, hypercapnia and ultimately respiratory failure.

LTOT in COPD patients is indicated when hypoxemia presents, determined by an ABG results of $PaCO_2 \leq 55$ mmHg or $PaO_2 \leq 60$ mmHg taken at rest on two occasions at least 3 weeks apart, with evidence of polycythemia (Hct $\geq 55\%$), peripheral edema or pulmonary hypertension. However, hospital discharged post-exacerbation patients should undergo formal assessment for LTOT after a period of stability at least 8 weeks from their last exacerbation. LTOT must be ordered for at least 15h per day and increasing the duration up to 24h per day can have additional benefits. It should be initiated at a low flow rate of 1l/min and be titrated up by 1l/min increments until SpO₂ $> 90\%$ is achieved. An ABG should then be performed to confirm a $PaO_2 \geq 60$ mmHg target at rest has been achieved. Patients with LTOT should be provided with formal hand-written education documents about following compliance, which includes smoking cessation and preservation and safety of oxygen source equipments. After their first LTOT, they should receive follow-ups after 3 months, 6 – 12 months and then yearly.

Tài Liệu Tham Khảo

1. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. *Ann Intern Med* 1980; 93:391.
2. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the Medical Research Council Working Party. *Lancet* 1981; 1:681.
3. BTS Guidelines for Home Oxygen Use in Adults -BTS Home Oxygen Guideline Group. *Thorax* June 2015 Volume 70 Supplement 1.

KHOA HỌC VÀ THỰC CHỨNG TRONG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ COPD NGÀY NAY.

PGS TS BS Lê Tiến Dũng(*)

GOLD 2017 nhấn mạnh việc ngăn ngừa đợt cấp là một trong những yếu tố then chốt trong quản lý và điều trị COPD.

Kết quả của nghiên cứu FLAME và các nghiên cứu tổng hợp Meta trên hiệu quả của các thuốc điều trị COPD trên việc ngăn ngừa đợt cấp đã dẫn đến những sự thay đổi mang tính chất bước ngoặt so với các phiên bản GOLD trước đây.

GOLD 2017 đề cao vai trò của các thuốc giúp ngăn ngừa đợt cấp như LAMA hay phối hợp LABA/LAMA.

Trong đó:

- + LABA/LAMA được khuyến cáo sử dụng đầu tay cho bệnh nhân nhóm D.
- + LABA/LAMA là lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân nhóm B, C có triệu chứng dai dẳng hoặc còn đợt cấp.
- + Bệnh nhân COPD có thể chuyển đổi an toàn từ các liệu pháp có chứa ICS (ICS/LABA hoặc ICS/LABA/LAMA) bất kể FEV₁.
- + Bạch cầu ái toan trong máu ($\geq 300/\mu\text{L}$) có thể cần phải sử dụng ICS, đặc biệt là những bệnh nhân có tiền căn ≥ 2 đợt cấp trong năm trước.

SCIENCE AND REALIZATION IN COPD MANAGEMENT AND TREATMENT NOWADAYS.

A/Prof. Le Tien Dung, MD, PhD.

GOLD 2017 emphasizes that prevention of acute exacerbations is one of the key factors in the management and treatment of COPD.

The results of the FLAME study and other meta-studies on the effects of COPD treatment drugs on prevention of acute exacerbations have led to landmark changes compared to previous GOLD versions.

GOLD 2017 highlights the role of preventive medications such as LAMA or LABA / LAMA.

Of which:

- + LABA / LAMA is recommended for first-line treatment of patients with group D.
- + LABA / LAMA is a preferred option for patients with group B or C who have persistent symptoms or acute exacerbations.

+ Patients with COPD may safely switch from ICS-containing therapies (ICS / LABA or ICS / LABA / LAMA) regardless of FEV1.

+ Blood eosinophilia ($\geq 300 / \mu\text{L}$) may require the use of ICS, especially for patients with past history of ≥ 2 previous years.

() PCT Hội Hô hấp TPHCM, TK Hô hấp BV ĐHYD TPHCM*

BỆNH HÔ HẤP KỊCH PHÁT BỞI ASPIRIN/NSAID: CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ

Bác sĩ Hồ Thanh Nhân

Tóm tắt

Bệnh hô hấp kịch phát bởi Aspirin (AERD) còn được gọi là bệnh hô hấp kịch phát bởi NSAID (NERD) đề cập đến sự kết hợp của bệnh hen suyễn, viêm mũi xoang mãn tính với polyp mũi, và phản ứng (nghe mũi và co thắt phế quản) với aspirin/NSAID ức chế COX-1. AERD ảnh hưởng 5-20% bệnh nhân bị hen suyễn và 10-40% viêm mũi xoang mãn tính với polyp mũi. Chẩn đoán thường có thể thực hiện lâm sàng. Chẩn đoán xác định đòi hỏi thử thách aspirin, mặc dù chẩn đoán chính xác này hiếm khi cần thiết ngoài nghiên cứu. Tác nhân biến đổi Leukotriene (LTMA) được áp dụng trong hầu hết các trường hợp để cải thiện cả triệu chứng đường hô hấp trên và dưới. Bệnh nhân phải tránh dùng tất cả NSAID ức chế COX-1, trừ khi họ được giải mẫn cảm với aspirin. Chỉ định giải mẫn cảm Aspirin/NSAID gồm có:

- Viêm mũi xoang mãn tính với polyp mũi khó trị với corticosteroids tại chỗ và các cách điều trị khác.
- Cần điều trị chống kết tập tiểu cầu bằng aspirin ở bệnh nhân có các nguy cơ tim mạch hoặc bệnh tim mạch đã được xác nhận.
- Cần NSAID để trị tình trạng viêm mãn tính.

Giải mẫn cảm với aspirin thường được thực hiện bởi các chuyên gia dị ứng hoặc bác sĩ chuyên khoa phổi tinh thông về kỹ thuật này và được trang bị để điều trị các phản ứng có thể xảy ra. Sau khi giải mẫn cảm, bệnh nhân phải uống aspirin hoặc NSAID hàng ngày để duy trì tình trạng giải mẫn cảm.

ASPIRIN/NSAID -EXACERBATED RESPIRATORY DISEASE: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Hồ Thanh Nhân

Abstract

Aspirin-exacerbated respiratory disease (AERD), also called NSAID-exacerbated respiratory disease (NERD), refers to the combination of asthma, chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, and reactions (nasal congestion and bronchoconstriction) to aspirin/COX-1 inhibiting NSAIDs. AERD affects 5-20% of patients with asthma and 10-40% chronic rhinosinusitis with nasal polyposis. The diagnosis can often be made clinically. Definitive diagnosis requires aspirin challenge, although this diagnostic precision is rarely needed outside of research. Leukotriene-modifying agent (LTMA) are administered in most cases to improve both upper and lower

respiratory tract symptoms. Patients should avoid all NSAIDs that inhibit COX-1, unless they have been desensitized to aspirin. The indications for Aspirin/NSAID desensitization include:

- Chronic rhinosinusitis with nasal polyposis that is refractory to topical corticosteroids and other therapies.
- The need for aspirin-antiplatelet therapy in patients with cardiovascular risk factors or confirmed cardiovascular disease.
- The need for NSAIDs to treat chronic inflammatory conditions.

Aspirin desensitization is usually performed by allergists or pulmonologists with expertise in the technique and be equipped to treat the reactions that may result. Following desensitization, patients must ingest aspirin or an NSAID daily to maintain the desensitized state.

Tài liệu tham khảo / References

1. Rajan JP, Wineinger NE, Stevenson DD, White AA. Prevalence of aspirin-exacerbated respiratory disease among asthmatic patients: A meta-analysis of the literature. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 135:676.
2. Nabavi M, Esmailzadeh H, Arshi S, et al. Aspirin hypersensitivity in patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyposis: frequency and contributing factors. *Am J Rhinol Allergy* 2014; 28:239.
3. Ta V, White AA. Survey-Defined Patient Experiences With Aspirin-Exacerbated Respiratory Disease. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2015; 3:711.
4. White A, Ludington E, Mehra P, et al. Effect of leukotriene modifier drugs on the safety of oral aspirin challenges. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006; 97:688.
5. Lee-Sarwar K, Johns C, Laidlaw TM, Cahill KN. Tolerance of daily low-dose aspirin does not preclude aspirin-exacerbated respiratory disease. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2015; 3:449.
6. Fountain CR, Mudd PA, Ramakrishnan VR, et al. Characterization and treatment of patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyps. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2013; 111:337.
7. Dahlén SE, Malmström K, Nizankowska E, et al. Improvement of aspirin-intolerant asthma by montelukast, a leukotriene antagonist: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:9.
8. Katial RK, Strand M, Prasertsuntarasai T, et al. The effect of aspirin desensitization on novel biomarkers in aspirin-exacerbated respiratory diseases. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126:738.

HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA VIỆC CHUYỂN ĐỔI TRỰC TIẾP SANG INDACATEROL/GLYCOPYRRONIUM TRÊN BỆNH NHÂN COPD MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH: NGHIÊN CỨU NGẪU NHIÊN, NHÃN MỜ CRYSTAL

Vai trò của liệu pháp hai thuốc giãn phế quản trên bệnh nhân COPD mức độ trung bình

Phác đồ điều trị duy trì với thuốc dạng hít trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) thường sử dụng một thuốc đồng vận beta-2 tác dụng kéo dài (LABA) hoặc một chất đối vận thụ thể muscarinic tác dụng kéo dài (LAMA) hoặc LABA kết hợp corticosteroid dạng hít (ICS).¹ Dù đã được dùng thuốc, hầu hết bệnh nhân vẫn còn triệu chứng, dẫn đến nhu cầu cần được thay đổi điều trị.² Theo Chiến lược Toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD) 2017, đối với bệnh nhân COPD mức độ trung bình vẫn còn triệu chứng khi đơn trị liệu với LABA hoặc LAMA, liệu pháp hai thuốc giãn phế quản kết hợp LABA và LAMA là một lựa chọn điều trị được khuyến cáo.¹

Chương trình IGNITE, bao gồm 11 nghiên cứu được tiến hành trên hơn 11,000 bệnh nhân COPD từ trung bình đến nặng cho thấy liệu pháp phối hợp LABA/LAMA, với thành phần là indacaterol/glycopyrronium (IND/GLY) sử dụng ở liều cố định 110/50 µg 1 lần/ngày được ghi nhận hiệu quả hơn so với LABA hoặc LAMA đơn trị và so với liệu pháp phối hợp LABA/ICS.^{3,5} Các nghiên cứu này được tiến hành ở những bệnh nhân đã được chọn lọc và trong môi trường bệnh viện.⁵

Tuy nhiên, những bệnh nhân COPD điều trị ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu có nhiều đặc điểm khác với các bệnh nhân trong những nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm

chứng với cỡ mẫu lớn.⁷ Bên cạnh đó, trong thực hành lâm sàng, điều trị thường được thay đổi mà không qua một giai đoạn lọc sạch (wash-out period) như trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT).⁶ Do vậy, cần có thêm các nghiên cứu tiến hành trên một dân số bệnh nhân thích hợp với sự chuyển đổi điều trị trong môi trường chăm sóc sức khỏe ban đầu.⁷

Một trong các thiết kế đáp ứng được nhu cầu đó là các nghiên cứu thực tế (pragmatic study). Đây là loại nghiên cứu được tiến hành trong bối cảnh thực hành, với kết cục được đo lường thường là các đánh giá có ý nghĩa về mặt lâm sàng để giúp các bác sĩ điều trị có thể quyết định lựa chọn giữa một điều trị mới và một điều trị có sẵn trước đây. Việc sử dụng tiêu chuẩn bệnh nhân tham gia nghiên cứu ít nghiêm ngặt hơn và quy trình nghiên cứu không qua giai đoạn lọc sạch giúp mô phỏng đúng như trong thực tế điều trị.⁷

Từ đó, nghiên cứu CRYSTAL (glyCopyrronium or indacateRol maleate and glyCopyrronium bromide fixed-dose combination on SympToms and heALTH status) trên bệnh nhân COPD mức độ trung bình được tiến hành. Đây là nghiên cứu đầu tiên về hiệu quả của sự chuyển đổi từ một thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài sang sử dụng hai thuốc giãn phế quản.⁸ Các kết quả được đánh giá trong cả môi trường bệnh viện và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Do vậy, nó đại diện cho mức độ rộng hơn về bối cảnh thực hành lâm sàng.⁸

SƠ LƯỢC VỀ NGHIÊN CỨU CRYSTAL⁸

- Nghiên cứu thực tế, ngẫu nhiên, tiến cứu, nhãn mở đa trung tâm kéo dài 12 tuần.
- Nghiên cứu được thiết kế nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của glycopyrronium (GLY) hoặc IND/GLY sau khi chuyển đổi trực tiếp từ các điều trị trước đó ở bệnh nhân COPD mức độ trung bình.
- Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2014 đến 4/2016 (bao gồm cả 30 ngày theo dõi tính an toàn), tại 560 trung tâm trên 23 nước ở châu Âu.

Các tiêu chí nghiên cứu:

Tiêu chí chính:

Đánh giá về mặt cải thiện tốt hơn của (i) IND/GLY so với LABA hoặc LAMA và LABA/ICS và giữa GLY so với SABA và/hoặc SAMA và (ii) không kém hơn của GLY so với LABA hoặc LAMA, về mặt FEV1 đầy (giá trị trung bình của các lần đo vào 45 và 15 phút trước khi sử dụng liều kế tiếp) và tổng điểm về chỉ số khó thở (TDI) vào tuần 12.

Tiêu chí phụ:

- Đánh giá các thay đổi so với trước khi điều trị về:
 - Tổng điểm đánh giá COPD (CAT)
 - Bảng câu hỏi lâm sàng về COPD (CCQ)
 - Việc sử dụng các thuốc cắt cơn (số nhát/ngày) và số ngày không sử dụng thuốc cắt cơn (salbutamol).
 - Tính an toàn và tính dung nạp của các điều trị trong nghiên cứu.
- Đáp ứng điều trị của bệnh nhân được đánh giá dựa vào khác biệt tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng (MCID), cụ thể với các khác biệt điều trị (Δ) như sau:
- 100 mL đối với FEV1 đầy
 - 1 đơn vị đối với TDI
 - Giảm 2 đơn vị trên thang điểm CAT so với ban đầu
 - Giảm 0.4 đơn vị trên thang điểm CCQ so với ban đầu

Đặc điểm bệnh nhân nhận vào nghiên cứu:

Tiêu chuẩn nhận bệnh:

- Bệnh nhân ≥ 40 tuổi, được chẩn đoán COPD
- Đã hoặc đang hút thuốc, với tiền sử hút ≥ 10 gói/năm

Chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY giúp cải thiện về mặt lâm sàng ở bệnh nhân COPD mức độ trung bình

Chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY giúp cải thiện chức năng hô hấp đáng kể ở thời điểm 12 tuần so với các phác đồ sử dụng 1 thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài hoặc phác đồ phối hợp LABA/ICS. Kết quả này được chứng minh không chỉ trên dân số có ý định điều trị (ITT) mà cả trên dân số theo quy trình (PP). Cụ thể:

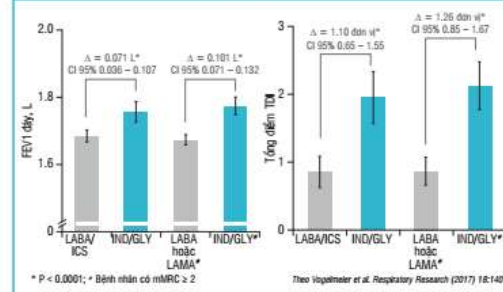
Trên dân số ITT (Hình 2):

- Phác đồ IND/GLY cải thiện FEV1 đầy có ý nghĩa thống kê so với LABA/ICS ($\Delta = +71$ mL, $P < 0.0001$) và LABA hoặc LAMA ($\Delta = +101$ mL, $P < 0.0001$).⁸
- Phác đồ IND/GLY cải thiện điểm số TDI tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với LABA/ICS ($\Delta = +1.1$ đơn vị, $P < 0.0001$) và so với LABA hoặc LAMA ($\Delta = +1.26$ đơn vị, $P < 0.001$).⁸

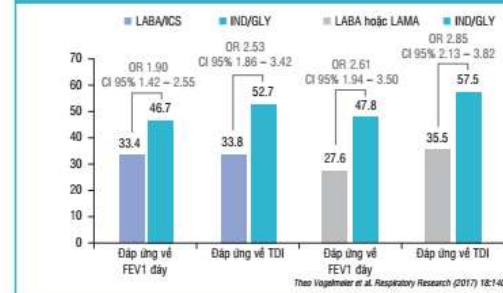
Trên dân số PP, phác đồ IND/GLY cũng ghi nhận cải thiện FEV1 đầy hơn có ý nghĩa thống kê so với LABA/ICS ($\Delta = +85$ mL, $P < 0.0001$) và so với LABA hoặc LAMA ($\Delta = +105$ mL, $P < 0.0001$). Tương tự, điểm số TDI cũng được cải thiện đáng kể hơn ở nhóm chuyển sang IND/GLY so với LABA/ICS ($\Delta = +1.33$ đơn vị, $P < 0.0001$) và so với LABA hoặc LAMA ($\Delta = +1.26$ đơn vị, $P < 0.0001$).⁸

Không những vậy, chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY còn giúp tăng tỷ lệ đáp ứng điều trị về chức năng hô hấp và triệu chứng khó thở so với các nhóm so sánh, với tỷ lệ bệnh nhân đạt được MCID đối với FEV1 đầy và MCID trong nhóm IND/GLY cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm LABA/ICS và so với LABA hoặc LAMA (Hình 3).

Hình 2 - Thay đổi FEV1 đầy và tổng điểm TDI so với ban đầu ở phác đồ IND/GLY so với các nhóm so sánh ở tuần 12 (dân số ITT)



Hình 3 - Hiệu quả của chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY trên FEV1 đầy và tổng điểm TDI: Tỷ lệ bệnh nhân đạt MCID (Dân số ITT)



- Điểm số mMRC (modified Medical Research Council) ≥ 1
- Giới hạn thông khí mức độ trung bình sau dùng thuốc giãn phế quản (FEV1 $\geq 50\%$ và $< 80\%$ chỉ số tiên đoán và tỷ số FEV1/dung tích sống gắng sức (FVC) < 0.7)
- Bệnh nhân đang điều trị ban đầu ở liều ổn định với bất kỳ SABA và/hoặc SAMA hoặc LABA hoặc LAMA hoặc LABA/ICS dùng riêng biệt hoặc kết hợp với liều cố định trong vòng ít nhất 3 tháng trước khi sàng lọc vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

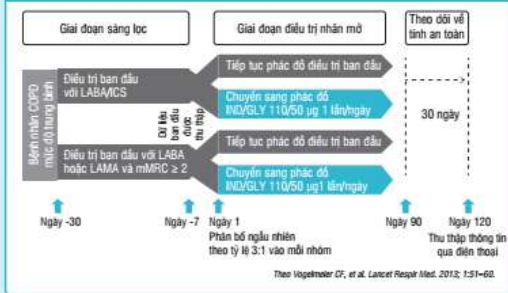
Các bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) $> 40 \text{ kg/m}^2$, tiền sử hen phế quản, glaucoma góc đóng, bí tiểu hoặc suy thận nặng, bệnh lý ác tính của bất cứ hệ thống cơ quan nào trong vòng 5 năm qua, bất cứ rối loạn tim mạch nào (nhồi máu cơ tim, loạn nhịp, v.v...), điều trị với các thuốc chẹn beta không chọn lọc, quá mẫn với bất cứ thuốc hoặc thành phần hoạt chất nào được sử dụng trong nghiên cứu, và có từ 2 đợt cấp COPD trở lên cần sử dụng corticosteroid toàn thân và/hoặc kháng sinh hoặc ≥ 1 lần nhập viện trong vòng 12 tháng trước.

Quy trình nghiên cứu:

- Các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên theo tỷ lệ 3:1 đưa vào điều trị trước nghiên cứu và điểm số mMRC để chuyển trực tiếp sang điều trị GLY 50 μg hoặc IND/GLY 110/50 μg

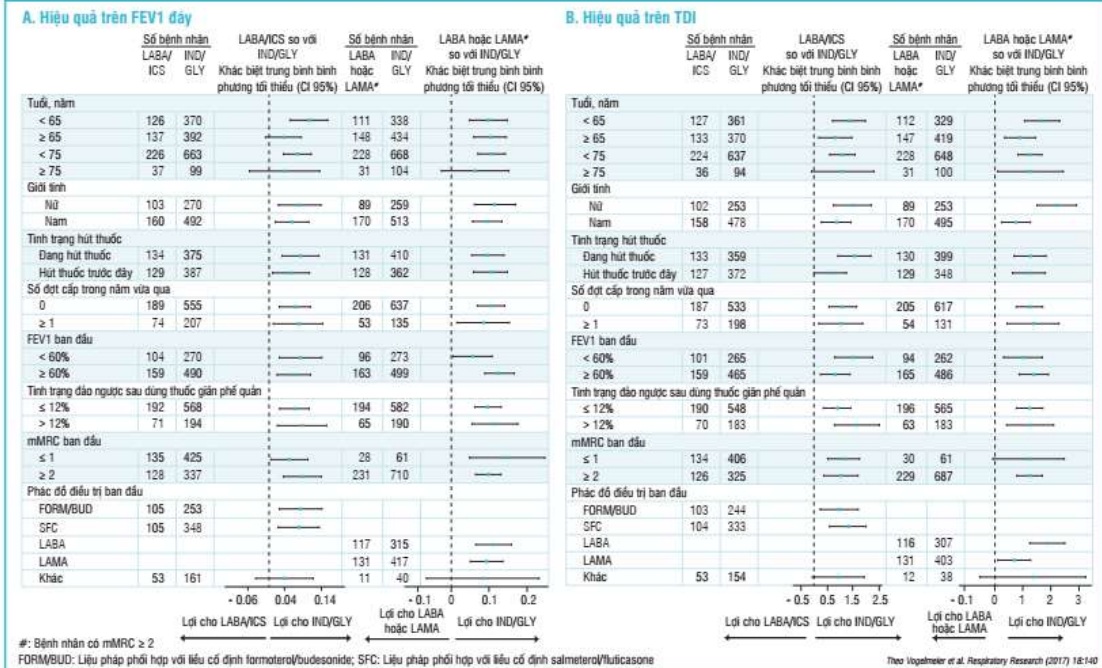
1 lần/ngày hoặc duy trì liệu pháp điều trị ban đầu như là nhóm chứng (Hình 1). Trong quá trình nghiên cứu, số bệnh nhân tuyển vào nhóm GLY thấp hơn đáng kể so với mong đợi. Do vậy, việc tuyển bệnh nhân vào các nhóm này bị ngưng lại vào thời điểm hoàn tất phân nhóm ngẫu nhiên trong các nhóm bệnh nhân chuyển đổi sang IND/GLY. Điều này dẫn đến nhóm chuyển đổi sang GLY có năng lực mẫu thấp hơn. Phần công bố chính của nghiên cứu trình bày kết quả ở nhóm chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY.⁸

Hình 1 - Quy trình nghiên cứu CRYSTAL



Đáng kể là hiệu quả của việc chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY được duy trì trên tất cả các phân nhóm bệnh nhân theo tuổi, giới, tình trạng hút thuốc, tiền sử đợt cấp trong năm trước đó, FEV1 đáy ban đầu, khả năng đảo ngược của thuốc giãn phế quản, điểm số mMRC hoặc các điều trị ban đầu (Hình 4).⁸

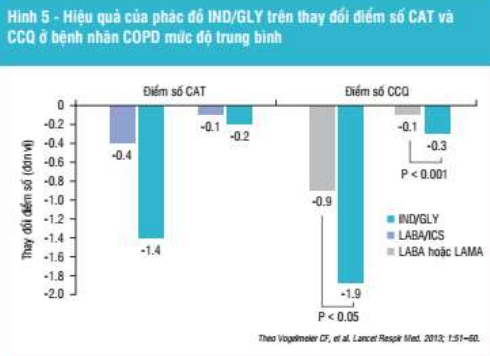
Hình 4 - Hiệu quả của việc chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY trên các phân nhóm bệnh nhân



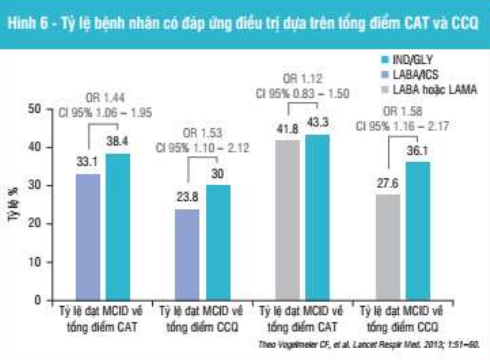
Chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY giúp cải thiện tình trạng sức khỏe và giảm sử dụng thuốc cắt cơn

Kết quả ghi nhận ở tuần 12 sau khi chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY cho thấy:⁸

- Cải thiện về tổng điểm CAT và CCQ so với ban đầu với phác đồ IND/GLY tốt hơn so với các điều trị so sánh. Trong đó, sự khác biệt về CCQ đạt ý nghĩa thống kê (Hình 5).



- Nhiều bệnh nhân ở nhóm IND/GLY đạt MCID đối với CAT ở nhóm IND/GLY so với LABA/ICS (OR 1.44; CI 95% 1.06 – 1.95) và LABA hoặc LAMA đơn trị (OR 1.12; CI 95% 0.83 – 1.50) (Hình 6).

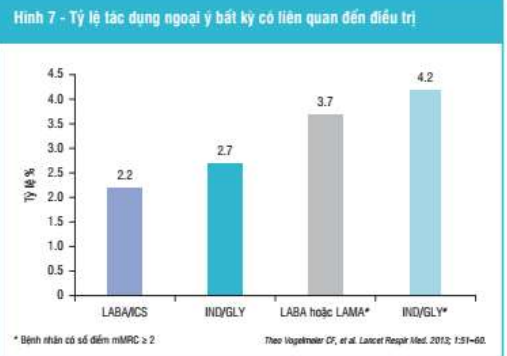


- Bệnh nhân chuyển sang phác đồ IND/GLY sử dụng thuốc cắt cơn ít hơn (tính theo số nhát/ngày) (P < 0.0001) và có số ngày không sử dụng thuốc cắt cơn nhiều hơn (P < 0.001) so

với bệnh nhân tiếp tục dùng phác đồ LABA/ICS hoặc LABA hoặc LAMA.

Phác đồ IND/GLY có tính an toàn và dung nạp tương đương với các phác đồ so sánh⁸

- Tính an toàn của phác đồ IND/GLY tương đương với các nhóm so sánh. Không có sự khác biệt về các tác dụng ngoại ý nghiêm trọng hoặc gây tử vong giữa các nhóm điều trị (Hình 7).
- Nghiên cứu cũng không ghi nhận thêm tín hiệu an toàn mới liên quan đến điều trị.
- Có 4 trường hợp tử vong, 2 trường hợp ở nhóm chuyển đổi từ LABA hoặc LAMA sang IND/GLY và 2 trường hợp ở nhóm duy trì LABA hoặc LAMA. Không trường hợp nào cho thấy có liên quan đến điều trị.



TÓM LẠI

- Chuyển đổi trực tiếp sang phác đồ IND/GLY đem đến sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chức năng phổi và triệu chứng khó thở so với các bệnh nhân duy trì LABA hoặc LAMA đơn trị hoặc LABA/ICS. Hiệu quả này được duy trì trên tất cả các phân nhóm bệnh nhân.
- Bệnh nhân chuyển sang nhóm IND/GLY cũng cải thiện tốt hơn về tình trạng sức khỏe và ít phải dùng thuốc cắt cơn hơn so với những các nhóm duy trì với điều trị ban đầu.
- Tính an toàn của phác đồ IND/GLY tương đương với các nhóm so sánh.

ULT 082-29-12-2017

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from www.goldcopd.org. Accessed on 4 May 2017; 2. Dransfield M, et al. Prim Care Respir J. 2011; 20:46-53; 3. Vogelmeier CF, et al. Lancet Respir Med. 2013; 1:51-60; 4. Wedzicha JA, et al. N Engl J Med. 2016; 374:2222-34; 5. Horita N, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015; 10:813-22; 6. Ford L, et al. N Engl J Med. 2016; 375:454-63; 7. Kruss AL, et al. PLoS One. 2014; 9:e90145; 8. Vogelmeier et al. Respiratory Research. 2017; 18:140

THUẬT NGỮ THƯỜNG ANH VIỆT TẮT TRONG BÀI

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease
 GOLD: The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
 LABA: Long-acting beta-2 agonist
 LABA/ICS: Long-acting muscarinic antagonist
 SAB2A: Short-acting beta-2 agonist
 SAMA: Short-acting muscarinic antagonist

ICS: Inhaled corticosteroid
 MCID: Minimal clinically important difference
 FEV1: Forced expiratory volume in 1 second
 FVC: Forced vital capacity
 ITT: Intention-to-treat
 PP: Per protocol

Sponsored as a service to the medical profession by Novartis. The opinions expressed in this publication are not necessarily those of the editor or publisher. Any liability or obligation for loss or damage howsoever arising is hereby disclaimed.

© 2018 MIMS. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced by any process in any language without the written permission of the publisher.

6 Phùng Khắc Khoan, Lầu 2, Phường Đa Kao, Quận 1, TP. HCM
 ĐT: (84-28) 3829 7923 | Fax: (84-28) 3822 1765 | Email: enquiry.vn@mims.com



VI-NOV-096

barcode

Lưu chiếu