

HỘI NGHỊ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC



NỘI SAN THÁNG 11/2020

**HỘI NGHỊ COPD TOÀN QUỐC LẦN 2
TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ COPD THEO BẢN
CHẤT BỆNH HỌC, HƯỚNG TỚI QUẢN
LÝ TẠI ĐỊA PHƯƠNG**

**ĐỊA ĐIỂM: KHÁCH SẠN DẦU KHÍ
9-11 HOÀNG DIỆU TP VŨNG TÀU**

VŨNG TÀU, NGÀY 21/11/2020

BAN TỔ CHỨC TRÂN TRỌNG

CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



GlaxoSmithKline



NHÀ TÀI TRỢ VÀNG



NHÀ TÀI TRỢ BẠC



NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

<p>Ngày</p> <p>21</p> <hr/> <p>11</p>	<p>TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ COPD THEO BẢN CHẤT BỆNH HỌC, HƯỚNG TỚI QUẢN LÝ TẠI ĐỊA PHƯƠNG</p> <p>THỜI GIAN: 8:20-17:00</p> <p>ĐỊA ĐIỂM: KHÁCH SẠN DẦU KHÍ 9-11 HOÀNG DIỆU TP VŨNG TÀU</p> <p>CHỦ TỌA: PGS TS ĐINH NGỌC SỸ PGS TS NGUYỄN VIẾT NHUNG GS TS NGÔ QUÝ CHÂU PGS TS LÊ THỊ TUYẾT LAN PGS TS TRẦN VĂN NGỌC TS BS NGUYỄN VĂN THÀNH</p>
---	--

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

Stt	GIỜ	ĐỀ TÀI	BÁO CÁO VIÊN
	8:20 8:30	Khai mạc	PGS TS Đinh Ngọc Sỹ Phó Chủ tịch Tổng hội Y học VN
1	8:30 8:50	Hướng đến quản lý tối ưu COPD từ trung ương đến địa phương	PGS TS Nguyễn Viết Nhung GD BV Phổi Trung Ương
2	8:50 9:10	Bản chất viêm trong COPD và ứng dụng lâm sàng	TS BS Nguyễn Văn Thành PCT Hội Phổi VN
3	9:10 9:30	Thực hành GOLD 2020: tập trung vào các đợt cấp COPD	TS BS Nguyễn Hữu Lân GD BV Phạm Ngọc Thạch
	9:30 9:40	Đại Bắc Miền Nam: Giải pháp mới trong điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	DS. Nguyễn Hồng An

	9:40 9:50	BI: Phối hợp thuốc giãn PQ tác dụng ngắn trong điều trị đợt cấp COPD	PGS TS Lê Tiến Dũng
	9:50 10:10	Giải lao	
4	10:10 10:30	Căng phồng phổi quá mức ở bệnh nhân khí phế thũng- chẩn đoán và điều trị	TS BS Nguyễn Văn Thọ CN BM Lao ĐHYD TPHCM
5	10:30 10:50	COPD đợt cấp thường xuyên và vai trò của ICS/LABA	PGS TS Lê Tiến Dũng TK Hô hấp BV ĐHYD TPHCM
	10:50 11:15	Thảo luận	Chủ tọa đoàn
	11:15 12:15	GSK: Lunch Symposium	
	12:15 13:30	Cơm trưa	
6	13:30 13:50	Nhiễm trùng hô hấp mạn tính và kiểu hình viêm PQ mạn	TS BS Đỗ Thị Tường Oanh GV Chính ĐHYK PNT
7	13:50 14:10	Chủng ngừa cúm và chủng ngừa phế cầu cho BN COPD	PGS TS Trần Văn Ngọc Chủ tịch LC Hội Hô hấp TPHCM
8	14:10 14:30	Ca lâm sàng xử trí đợt cấp COPD biến chứng SHH cấp	TS BS Lê Thượng Vũ Phó TK Hô hấp BVCR
	14:30 14:40	GSK: Giãn phế quản trong điều trị COPD- khi nào và như thế nào	BS Phan Thị Thanh Vân Bộ phận Y khoa GSK
	14:40 14:50	Novartis: Thuốc giãn phế quản và vai trò nền tảng trong điều trị COPD	DS Nguyễn Thành Nhân Cty Novartis
	14:50 15:10	Giải lao	
	15:10 15:30	Chế độ dinh dưỡng chống teo cơ cho BN COPD	TS BS Lưu Ngân Tâm TK Dinh Dưỡng BVCR
9	15:30 15:45	Chương trình quản lý COPD tại tuyến trung ương	BS CKII Nguyễn Đình Duy PGĐ BV Phạm Ngọc Thạch
10	15:45 16:00	Chương trình quản lý COPD tại tuyến tỉnh	TS BS Cao Thị Mỹ Thúy TK Hô hấp BVĐK TW Cần Thơ
11	16:00 16:15	Chương trình quản lý COPD tại tuyến cơ sở	Trần Nguyễn Ái Thanh TK Hô hấp BV Huyện Thủ Đức TPHCM
	16:15 17:00	Thảo luận và tổng kết.	Chủ tọa đoàn PGS TS Trần Văn Ngọc

MỤC LỤC

1. GIẢI PHÁP QUẢN LÝ COPD: KẾT HỢP SỨC MẠNH CỦA HỘI CHUYÊN NGÀNH, HỆ THỐNG Y TẾ VÀ BẢO HIỂM Y TẾ.....	12
2. COPD MANAGEMENT SOLUTIONS: COMBINING THE POWER OF SPECIALISED ASSOCIATION, HEALTH SYSTEM AND HEALTH INSURANCE	13
3. COPD - BẢN CHẤT VIÊM VÀ TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ	14
4. ABSTRACT: COPD – INFLAMMATORY NATURE AND TREATMENT	15
5. THỰC HÀNH GOLD 2020: TẬP TRUNG VÀO CÁC ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH.....	24
6. PRACTIC GOLD 2020: FOCUS ON COPD EXACERBATIONS	25
7. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CĂNG PHỒNG PHỔI QUÁ MỨC Ở BỆNH NHÂN COPD	40
8. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF LUNG HYPERINFLATION IN PATIENTS WITH COPD.....	41
9. COPD ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN VÀ VAI TRÒ ICS/LABA.....	42
10. FREQUENT EXACERBATIONS OF COPD AND THE ROLE OF ICS/LABA.....	42
11. NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP MẠN TÍNH VÀ KIỂU HÌNH COPD VIÊM PHẾ QUẢN MẠN	45
12. PERSISTENT LUNG INFECTION AND COPD PHENOTYPE OF CHRONIC BRONCHITIS.....	46
13. TẦM QUAN TRỌNG CỦA CHỦNG NGỪA CÚM VÀ PHẾ CẦU TRÊN BN COPD.....	47
14. ABSTRACT: THE IMPORTANCE OF VACCINATION AGAINST THE INFLUNZA AND PNEUMOCOCCAL INFECTIONS ON COPD PATIENTS.	48
15. XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD, CÓ BIẾN CHỨNG SUY HÔ HẤP: MỘT CA LÂM SÀNG	53
16. ABSTRACT: MANAGEMENT OF ACUTE EXACERBATION OF COPD, COMPLICATED BY RESPIRATORY FAILURE: A CLINICAL CASE.....	53
17. DINH DƯỠNG TRỊ LIỆU TRONG PHÒNG NGỪA TEO CƠ TRONG BN COPD	54
18. ABSTRACT: NUTRITION THERAPY TO PREVENT SARCOPENIA IN COPD PATIENTS	54
19. CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ COPD TẠI TUYẾN TRUNG ƯƠNG	55
20. COPD MANAGEMENT PROGRAM AT NATIONAL LEVEL	56
21. CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ COPD TẠI TUYẾN TỈNH.....	58
22. ABSTRACT	58
23. ĐÁNH GIÁ MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC.....	61
24. ASSESSMENT OF THE MANAGEMENT MODEL OF PATIENT CHARACTERISTICS MENTAL TOMOROSIS IN THUY DUC DISTRICT HOSPITAL.....	63

Tài liệu thông tin thuốc



SERETIDE được chỉ định trong điều trị thường xuyên bệnh hen (tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục - ROAD)



SERETIDE
salmeterol/xhucicasono propionato

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản Lý Dược - Bộ Y Tế 1/2020/XNTT/QLD, ngày 03/01/2020.

Tài liệu gồm 6 trang, thông tin sản phẩm xem ở các trang từ 4,5,6

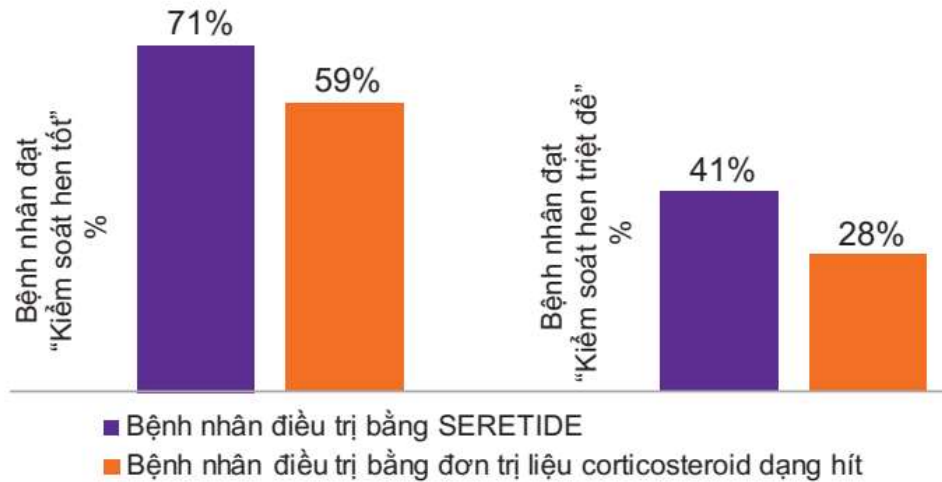
PM-VN-FPS-LBND-190001. Ngày chuẩn bị 21/08/2019



Nghiên cứu lớn 12 tháng, ở 3.416 bệnh nhân hen so sánh tính hiệu quả và tính an toàn của *SERETIDE* với corticosteroid hít đơn trị liệu để đạt được mức kiểm soát hen đã xác định trước. Điều trị tăng bậc mỗi 12 tuần cho đến khi đạt được "Kiểm soát triệt để" hoặc đến liều thuốc nghiên cứu cao nhất. Cần duy trì kiểm soát ít nhất 7 trong số 8 tuần điều trị cuối

Các tiêu chí kiểm soát hen trong nghiên cứu GOAL¹

	Kiểm soát hen tốt	Kiểm soát hen triệt để
Triệu chứng	≤2 ngày có điểm triệu chứng >1	Không còn triệu chứng
Dùng SABA	≤2 ngày và ≤4 lần/tuần	Không phải sử dụng SABA
Lưu lượng thở ra đỉnh buổi sáng	≥80% mức dự đoán	≥80% mức dự đoán
Thức giấc vào ban đêm	Không	Không
Cơn kịch phát	Không	Không
Tác dụng không mong muốn phải thay đổi trị liệu	Không	Không



Kết quả từ nghiên cứu GOAL chỉ ra rằng các cải thiện quan sát được ở nhóm dùng *SERETIDE*, với các tiêu chí này, được duy trì ít nhất 12 tháng.

Việc đạt được "Kiểm soát hen tốt" và "Kiểm soát hen triệt để" giúp cải thiện chất lượng cuộc sống.¹



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG SERETIDE ACCUHALER

- Mỗi liều được đo lường chính xác và bảo quản hợp vệ sinh.
- Accuhaler không cần bảo dưỡng và không nạp lại.
- Cửa sổ đếm liều thuốc ở mặt trên dụng cụ Accuhaler cho bạn biết còn bao nhiêu liều chưa dùng.
- Số từ 5 đến 0 sẽ có màu đỏ để nhắc bạn chỉ còn lại vài liều mà thôi.
- Accuhaler dễ sử dụng.

Khi bạn cần dùng một liều, chỉ cần theo năm bước đơn giản được mô tả dưới đây:



BƯỚC 1: MỞ

Muốn mở Accuhaler, giữ hộp vỏ ngoài trong 1 bàn tay và đặt ngón cái của bàn tay kia ở rãnh đặt ngón cái. Đẩy ngón cái tối đa về phía xa khỏi người bạn.



BƯỚC 2: ĐẨY

Giữ Accuhaler trong tay sao cho chỗ để ngậm vào miệng quay vào bạn. Đẩy cần tối đa về phía xa khỏi người bạn, cho đến khi nghe tiếng "tách". Lúc này Accuhaler đã sẵn sàng để bạn sử dụng. Mỗi lần cần đẩy trở ngược lại, một liều thuốc được chuẩn bị sẵn sàng để hít. Điều này được thể hiện trên cửa sổ đếm liều thuốc. Đừng nghịch cần đẩy vì sẽ giải phóng liều thuốc gây lãng phí.



BƯỚC 3: HÍT

- Trước khi bắt đầu hít liều thuốc, hãy đọc kỹ toàn bộ phần này.
 - Cầm Accuhaler xa miệng. Thở ra hết mức mà bạn còn thấy dễ chịu. Nhớ đừng bao giờ thở vào Accuhaler.
 - Đặt chỗ ngậm của dụng cụ lên môi bạn.
- Hít vào đều và sâu qua Accuhaler theo đường miệng, không hít qua mũi.**
- Nhấc Accuhaler ra khỏi miệng.
 - Nhịn thở khoảng 10 giây, hoặc lâu chừng nào bạn còn thấy dễ chịu.
 - Thở ra từ từ.



BƯỚC 4: ĐÓNG

Để đóng Accuhaler, đặt ngón cái lên rãnh, đẩy nó trượt về lại phía người bạn. Khi bạn đóng Accuhaler, nó cũng kêu "tách". Cần đẩy tự động về lại vị trí ban đầu của nó và thuốc được nạp lại. Accuhaler của bạn lại sẵn sàng cho lần sử dụng tiếp theo.
Nếu bạn được hướng dẫn để hít hai lần bạn phải đóng Accuhaler và lặp lại từ bước 1 tới bước 4.

BƯỚC 5: SÚC MIỆNG VỚI NƯỚC RÒI NHỎ RA

Seretide được chỉ định trong điều trị thường xuyên bệnh hen và điều trị duy trì tắc nghẽn đường dẫn khí và giảm cơn kịch phát ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Nên điều chỉnh đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì được việc kiểm soát triệu chứng có hiệu quả.
- Cần cho bệnh nhân biết rằng phải dùng Seretide thường xuyên để đạt được lợi ích tối ưu, ngay cả khi không có triệu chứng.
- Bệnh nhân cần được bác sĩ khám lại đều đặn để hàm lượng SERETIDE mà bệnh nhân đang dùng luôn là tối ưu và chỉ thay đổi theo lời khuyên của bác sĩ.

TRÌNH BÀY: SERETIDE ACCUHALER 50/250 mcg: Dụng cụ bằng nhựa dẻo (plastic) dạng khuôn chứa một vỉ nhôm với 60 túi phồng (blister) được phân bố đều đặn trên vỉ, mỗi túi phồng chứa 50 microgram salmeterol (dạng salmeterol xinafoate) và 250 microgram fluticasone propionate. SERETIDE ACCUHALER 50/500 mcg: Dụng cụ bằng nhựa dẻo (plastic) dạng khuôn chứa một vỉ nhôm với 60 túi phồng (blister) được phân bố đều đặn trên vỉ, mỗi túi phồng chứa 50 microgram salmeterol (dạng salmeterol xinafoate) và 500 microgram fluticasone propionate. **Té dược:** Lactose monohydrate (chứa protein sữa). **Dạng bào chế:** Bột hít phân liều. **Quy cách đóng gói:** Hộp chứa 1 accuhaler có 60 liều hít. **CHỈ ĐỊNH:** Hen (Bệnh tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục); SERETIDE được chỉ định trong điều trị thường xuyên bệnh hen (tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục - ROAD). Bao gồm: • Các bệnh nhân đang được kiểm soát hiệu quả với liệu duy trì corticosteroid xịt và thuốc chủ vận beta₂ tác dụng kéo dài. • Các bệnh nhân vẫn có triệu chứng khi đang điều trị bằng corticosteroid dạng hít. • Các bệnh nhân không được kiểm soát đầy đủ bằng corticosteroid xịt và thuốc chủ vận beta₂ tác dụng ngắn "khí cần". **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD):** SERETIDE được chỉ định trong điều trị duy trì tắc nghẽn đường dẫn khí và giảm cơn kịch phát ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** SERETIDE Accuhaler chỉ dùng để hít qua miệng. Cần cho bệnh nhân biết rằng phải dùng SERETIDE thường xuyên để đạt được lợi ích tối ưu, thậm chí ngay cả khi không có triệu chứng. Bệnh nhân cần được bác sĩ tái khám đều đặn để hàm lượng SERETIDE mà bệnh nhân đang 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 một cách hiệu quả. Khi việc kiểm soát triệu chứng được duy trì bằng SERETIDE 2 lần/ngày thì nên chỉnh đến liều SERETIDE thấp nhất có hiệu quả là 1 lần/ngày. Nên cho bệnh nhân dùng dạng SERETIDE có hàm lượng fluticasone propionate phù hợp với mức độ nặng của bệnh. Nếu bệnh nhân không được kiểm soát đầy đủ với trị liệu corticosteroid dạng 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 dạng hít đơn thuần, điều trị thay thế bằng SERETIDE có thể cho phép giảm liều corticosteroid mà vẫn duy trì kiểm soát hen. **Liều đề nghị: Người lớn và thanh thiếu niên từ 12 tuổi trở lên:** Một liều hít (50 microgram salmeterol và 250 microgram fluticasone propionate), 2 lần/ngày hoặc một liều hít (50 microgram salmeterol và 500 microgram fluticasone propionate), 2 lần/ngày. Liều tối đa khuyến cáo cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi là 500/50, 2 lần/ngày. **Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD):** Liều đề nghị cho người lớn là một liều hít 50/250 microgram tới 50/500 microgram salmeterol/fluticasone propionate x 2 lần/ngày. Ở liều điều trị 50/500 microgram 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 những bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc (xem phần Té dược). Quá mẫn nặng với protein sữa. Điều trị chính tình trạng hen hoặc đợt cấp của hen phế quản, hoặc COPD khi cần điều trị tích cực. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Tình trạng bệnh xấu đi và đợt cấp SERETIDE không nên được bắt đầu ở những bệnh nhân đang trong giai đoạn tình trạng bệnh xấu đi nhanh chóng hoặc những đợt cấp của hen hoặc COPD có nguy cơ đe dọa tính mạng. SERETIDE chưa được nghiên cứu trên những bệnh nhân trong đợt cấp của hen hoặc COPD. Bắt đầu sử dụng SERETIDE trong những trường hợp này là không phù hợp. SERETIDE không phải là thuốc dùng để giảm triệu chứng cấp tính, mà trong trường hợp này cần dùng một thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh và ngắn (thí dụ salbutamol). Nên khuyến bệnh nhân luôn có sẵn thuốc giảm triệu chứng bên mình. Tăng sử dụng thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn để giảm triệu chứng cho thấy việc kiểm soát bệnh đang xấu đi và bệnh nhân nên đến bác sĩ để kiểm tra. Khi bắt đầu điều trị với SERETIDE, những bệnh nhân đã dùng hoặc uống hoặc hít các thuốc đối kháng thụ thể beta₂ tác dụng ngắn với liều thường xuyên cơ bản (ví dụ: 4 lần một ngày) nên được hướng dẫn dùng việc sử dụng thường xuyên các loại thuốc này. **Sử dụng quá nhiều SERETIDE Accuhaler và sử dụng đồng thời cùng các thuốc đối kháng thụ thể beta₂ tác dụng kéo dài khác SERETIDE Accuhaler không nên được sử dụng nhiều hơn mức độ khuyến cáo, ở liều cao hơn liều khuyến cáo hoặc sử dụng đồng thời với các thuốc khác có chứa LABA, vì có thể dẫn tới quá liều. Các tác động có ý nghĩa lâm sàng đáng kể trên tim mạch và các trường hợp tử vong đã được báo cáo liên quan tới sử dụng quá liều các thuốc có tác dụng giãn cơ trơn dạng hít. Bệnh nhân đang sử dụng SERETIDE Accuhaler không nên sử dụng thuốc khác chứa LABA (ví dụ: salmeterol, formoterol fumarate, arformoterol tartrate, indacaterol) vì bất cứ lý do nào. **Tác dụng tại chỗ của các corticosteroid dạng hít:** Trong các thử nghiệm lâm sàng, sự phát triển nhiễm trùng tại chỗ tại miệng và họng do *Candida albicans* đã xảy ra ở những bệnh nhân đã điều trị bằng SERETIDE Accuhaler. Khi có nhiễm trùng như vậy phát triển, cần được điều trị bằng liệu pháp chống nấm toàn thân (đường uống) hoặc tại chỗ thích hợp trong khi điều trị với SERETIDE Accuhaler vẫn được tiếp tục, nhưng đôi khi điều trị với SERETIDE Accuhaler có thể bị ngưng lại. Tư vấn cho bệnh nhân súc miệng với nước và nhổ ra sau khi hít có thể giúp giảm nguy cơ nhiễm nấm *Candida* ở hầu họng. **Viêm phổi:** Đã có sự gia tăng báo cáo viêm phổi trong các nghiên cứu trên bệnh nhân COPD dùng SERETIDE (xem **Tác dụng không mong muốn**). Các bác sĩ nên cảnh giác với khả năng xảy ra viêm phổi tiến triển ở các bệnh nhân COPD vì các đặc điểm lâm sàng của viêm phổi và đợt kịch phát của COPD thường trùng lặp nhau. **Chuyển bệnh nhân từ liệu pháp điều trị corticosteroid toàn thân:** Vì khả năng suy giảm đáp ứng tuyến thượng thận, bệnh nhân chuyển từ điều trị với steroid đường uống sang fluticasone propionate dạng hít nên được điều trị với chăm sóc đặc biệt và theo dõi thường xuyên chức năng vỏ thượng thận. Theo những chỉ dẫn về fluticasone propionate dạng hít, ngừng điều trị toàn thân cần được thực hiện từ từ và khuyến khích bệnh nhân nên mang theo tấm thẻ cảnh báo về steroid chỉ rõ có thể cần điều trị bổ sung trong thời gian bị căng thẳng. **Tăng chức năng vỏ thượng thận và ức chế tuyến thượng thận:** Fluticasone propionate, một thành phần của SERETIDE Accuhaler, sẽ thường giúp kiểm soát các triệu chứng hen khi ít ức chế chức năng HPA hơn liều điều trị tương đương của prednisone đường uống. Vì Fluticasone propionate được hấp thu vào vòng tuần hoàn và có thể gây ra tác dụng toàn thân ở liều cao hơn, các tác dụng có lợi của SERETIDE Accuhaler trong việc giảm thiểu rối loạn chức năng HPA chỉ có thể đạt được khi liều sử dụng không vượt quá liều khuyến cáo và mỗi bệnh nhân được hiệu chỉnh liều đến mức liều thấp nhất có tác dụng. Mọi quan hệ giữa nồng độ fluticasone propionate trong huyết tương và tác dụng ức chế kích thích**

Tài liệu thông tin thuốc

sản xuất cortisol đã được quan sát thấy sau 4 tuần điều trị với hỗn dịch hít fluticasone propionate. Vì mỗi cá nhân nhạy cảm với tác dụng lên quá trình sản xuất cortisol khác nhau, bác sỹ nên xem xét thông tin này khi kê đơn *SERETIDE Accuhaler*. Vì khả năng hấp thu đáng kể vào vòng tuần hoàn của các corticosteroid dạng hít ở những bệnh nhân nhạy cảm, các bệnh nhân điều trị với *SERETIDE Accuhaler* nên được theo dõi cẩn thận bất cứ tác dụng toàn thân nào của corticosteroid. Chăm sóc đặc biệt cần được tiến hành với những bệnh nhân sau khi phẫu thuật hoặc trong suốt thời kỳ bị căng thẳng cho những bằng chứng của đáp ứng thượng thận không đầy đủ. Có thể xảy ra các tác dụng của corticosteroid toàn thân như tăng chức năng vỏ thượng thận và ức chế tuyến thượng thận (bao gồm cả không hoàng tuyến thượng thận) có thể xuất hiện ở một số lượng nhỏ những bệnh nhân nhạy cảm với các tác dụng này. Nếu có các tác dụng như vậy xảy ra, *SERETIDE Accuhaler* nên được giảm liều từ từ, phù hợp với quy trình được chấp nhận về giảm liều các corticosteroid đường toàn thân, và các biện pháp điều trị khác để kiểm soát các triệu chứng hen nên được cân nhắc. **Tương tác với các thuốc ức chế mạnh Cytochrome P450 3A4** Đã quan sát thấy trong một nghiên cứu tương tác thuốc khi sử dụng cùng với ketoconazole toàn thân gây tăng phơi nhiễm với *SEREVENT*. Điều này có thể dẫn tới kéo dài khoảng QTc. Cần thận trọng khi phối hợp các thuốc ức chế mạnh CYP 3A4 (ví dụ như ketoconazole) với *SEREVENT*. **Có thất phế quản nghịch lý và các triệu chứng đường hô hấp trên:** Cũng như các thuốc hít khác, có thất phế quản nghịch lý có thể xảy ra cùng với thờ khò khè tăng ngay lập tức sau khi dùng thuốc. Trong trường hợp này, bệnh nhân nên được điều trị ngay lập tức với một thuốc giãn phế quản dạng hít tác dụng nhanh và ngắn. Nên ngừng sử dụng Salmeterol-FP Accuhaler ngay lập tức, bệnh nhân cần được đánh giá và điều trị thay thế nếu cần thiết. (xem *Tác dụng không mong muốn*). Triệu chứng đường hô hấp trên của có thất thanh quản, kích thích, hoặc sưng, chẳng hạn như thờ rít và nghẹt thờ, đã được báo cáo ở những bệnh nhân sử dụng *SERETIDE Accuhaler*. Các phản ứng quá mẫn tức thì: Các phản ứng quá mẫn tức thì (ví dụ, nổi mề đay, phù mạch, phát ban, có thất phế quản, hạ huyết áp), bao gồm cả phản ứng phản vệ, có thể xảy ra sau khi sử dụng *SERETIDE Accuhaler*. Đã có báo cáo về phản ứng phản vệ ở những bệnh nhân dị ứng nghiêm trọng với protein sữa sau khi sử dụng bột hít có chứa lactose; vì vậy, với những bệnh nhân dị ứng nặng với protein sữa không nên sử dụng *SERETIDE Accuhaler*. **Tác dụng trên tim mạch và hệ thần kinh trung ương:** Kích thích beta-adrenergic quá mức có thể gây co giật, đau thắt ngực, tăng huyết áp hoặc hạ huyết áp, nhịp tim nhanh với tốc độ lên đến 200 nhịp/phút, loạn nhịp tim, bồn chồn, đau đầu, run, đánh trống ngực, buồn nôn, chóng mặt, mệt mỏi, khó chịu và mất ngủ (xem *Quá liều*). Do đó, *SERETIDE Accuhaler*, giống như tất cả các sản phẩm có chứa các amin cường giao cảm khác, nên được sử dụng thận trọng ở những bệnh nhân rối loạn tim mạch, đặc biệt là suy động mạch vành, loạn nhịp tim, và tăng huyết áp. Salmeterol, một thành phần của *SERETIDE Accuhaler*, có thể gây ra tác động trên tim mạch có ý nghĩa lâm sàng đáng kể ở một số bệnh nhân được tiêu thụ hít với bôi nhịp tim, huyết áp, và/hoặc các triệu chứng khác. Mặc dù các tác dụng như vậy là không phổ biến sau khi sử dụng salmeterol ở liều khuyến cáo, nếu chúng xảy ra, có thể cần phải ngừng sử dụng thuốc. **Giảm mật độ khoáng xương (Bone Mineral Density – BMD):** Giảm mật độ khoáng xương (BMD) đã được quan sát thấy ở những bệnh nhân sử dụng thời gian dài thuốc có chứa corticosteroid dạng hít. Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao giảm mật độ khoáng xương, ví dụ như bất động lâu ngày, tiền sử gia đình bị bệnh loãng xương, tình trạng mãn kinh, sử dụng thuốc lá, tuổi cao, dinh dưỡng kém, hoặc sử dụng thường xuyên các loại thuốc có thể làm giảm khối lượng xương (ví dụ, thuốc chống co giật, corticosteroid đường uống) cần được theo dõi và điều trị với tiêu chuẩn chăm sóc được thiết lập. Vì các bệnh nhân COPD thường có nhiều yếu tố nguy cơ giảm BMD, đánh giá BMD được khuyến cáo trước khi bắt đầu sử dụng *SERETIDE Accuhaler* và định kỳ sau đó. Nếu giảm đáng kể BMD được quan sát thấy và *SERETIDE Accuhaler* vẫn được coi là thuốc quan trọng để điều trị COPD của bệnh nhân, sử dụng thuốc để điều trị hoặc ngăn ngừa loãng xương nên được cân nhắc rõ ràng. **Tác dụng lên sự tăng trưởng:** Corticosteroid dạng hít qua đường miệng có thể gây giảm tốc độ tăng trưởng khi dùng cho trẻ em. Cần giám sát sự tăng trưởng của bệnh nhi sử dụng *SERETIDE Accuhaler* thường xuyên (ví dụ, thông qua thước đo chiều cao). Để giảm thiểu các tác dụng toàn thân của corticosteroid dạng hít qua đường miệng, bao gồm cả *SERETIDE Accuhaler*, cần hiệu chỉnh liều dùng của mỗi bệnh nhân tới liều thấp nhất có hiệu quả kiểm soát triệu chứng (xem *Liều lượng và cách dùng, Sử dụng trên nhóm bệnh nhân đặc biệt*). **Bệnh tăng nhãn áp và đục thủy tinh thể** Bệnh tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn (increased intraocular pressure), và đục thủy tinh thể đã được báo cáo ở những bệnh nhân hen và COPD sau khi dùng kéo dài corticosteroid dạng hít, bao gồm fluticasone propionate, một thành phần của *SERETIDE Accuhaler*. Do đó, giám sát chặt chẽ cần được đảm bảo ở những bệnh nhân có sự thay đổi thị lực hoặc có tiền sử tăng áp lực nội nhãn, bệnh tăng nhãn áp, và/hoặc đục thủy tinh thể. **Các cảnh báo và thận trọng khác:** Kiểm soát hen xấu đi đột ngột và tăng dần có khả năng đe dọa tính mạng và bệnh nhân cần được bác sỹ khám lại. Nên cân nhắc tăng liều corticosteroid. Bệnh nhân cũng nên được khám lại khi liều *SERETIDE* đang dùng không đủ kiểm soát hen. Không nên ngừng sử dụng *SERETIDE* một cách đột ngột ở bệnh nhân hen do nguy cơ bị cơn kịch phát, nên giảm liều từ từ dưới sự giám sát của bác sỹ. Đối với bệnh nhân COPD, ngừng điều trị có thể gây mất bù có triệu chứng và nên được bác sỹ theo dõi. Nên dùng *SERETIDE* thận trọng ở bệnh nhân bị nhiễm độc giáp. Giảm kali huyết thanh thoáng qua có thể xảy ra với tất cả các thuốc giống giao cảm tại liều cao hơn liều điều trị. Vì vậy, nên sử dụng thận trọng *SERETIDE* trên những bệnh nhân để có khả năng hạ nồng độ kali huyết thanh. Có rất ít báo cáo về hiện tượng tăng mức đường huyết (xem phần *Tác dụng không mong muốn*) và cần thận trọng khi kê đơn cho những bệnh nhân có tiền sử bị đái tháo đường. **Đã có báo cáo về tác dụng dược lý không mong muốn khi điều trị bằng chất chủ vận beta₂, như run, đánh trống ngực chủ quan và đau đầu, nhưng có xu hướng thoáng qua và giảm khi điều trị thường xuyên (xem *Tác dụng không mong muốn*).** **TUONG TÁC:** Nên tránh dùng cả chất chẹn beta chọn lọc và không chọn lọc ở bệnh nhân trừ khi có lý do bắt buộc. Trong điều kiện bình thường, do chuyển hóa bước đầu mạnh và thanh thải toàn thân cao qua trung gian cytochrome P450 3A4 tại ruột và gan 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 một nghiên cứu về tương tác thuốc ở những người khỏe mạnh cho thấy rằng nifedipin (chất ức chế mạnh cytochrome P450 3A4) có thể gây tăng cao nồng độ fluticasone propionate trong huyết tương, kết quả là gây giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Trong thời gian sử dụng thuốc sau khi thuốc được lưu hành, 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 nên 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 nghiên cứu cho thấy rằng 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 (C_{max} tăng 1.4 lần và AUC tăng 15 lần) và điều này có thể gây kéo dài khoảng QTc.

Tài liệu thông tin thuốc

THAI KỶ VÀ CHO CON BÚ: Không có dữ liệu về khả năng sinh sản ở người. Các nghiên cứu trên động vật cho thấy fluticasone propionate hoặc salmeterol xinafoate không có ảnh hưởng đến khả năng sinh sản ở giống đực và giống cái. Dữ liệu ở phụ nữ có thai còn hạn chế. Chỉ nên cân nhắc dùng SERETIDE cho phụ nữ có thai nếu lợi ích cho người mẹ lớn hơn bất cứ nguy cơ nào có thể xảy ra cho thai. Các kết quả từ nghiên cứu cứu dích về học hỏi cứu đã không phát hiện ra tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh nghiêm trọng (MCMs) sau phơi nhiễm với fluticasone propionate khi so sánh với các corticosteroids dạng hít khác, trong suốt 3 tháng đầu của thai kỳ. Nghiên cứu độc tính đối với khả năng sinh sản ở động vật, với đơn trị liệu hay trị liệu kết hợp, đều cho thấy ảnh hưởng đối với phôi thai có thể xảy ra ở mức độ phơi nhiễm toàn thân rất cao với glucocorticosteroid và chất chủ vận thụ thể giao cảm beta₂ mạnh. Kinh nghiệm lâm sàng rộng rãi với các thuốc thuộc nhóm này không cho thấy bất cứ bằng chứng nào về các tác dụng của thuốc có tương quan với các liều điều trị. Nồng độ salmeterol và fluticasone propionate trong huyết tương sau khi hít liều điều trị rất thấp và do vậy nồng độ trong sữa người có khả năng cũng thấp tương ứng. Điều này được chứng minh trong những nghiên cứu trên động vật đang cho con bú, trong đó xác định được nồng độ thuốc trong sữa là thấp. Không có số liệu trong sữa người. Chỉ nên cân nhắc sử dụng thuốc trong khi cho con bú nếu lợi ích mang lại cho người mẹ vượt trội bất kỳ nguy cơ nào có thể có cho đứa trẻ. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không có nghiên cứu chuyên biệt về ảnh hưởng của SERETIDE lên các hoạt động trên, ngoài ra dược lý học của cả hai hoạt chất cũng không cho thấy có tác dụng nào lên các hoạt động trên. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Các tác dụng không mong muốn liên quan tới các thành phần riêng rẽ, salmeterol xinafoate và fluticasone propionate, được liệt kê dưới đây. Không có thêm tác dụng không mong muốn được cho là do thuốc phối hợp khi so với hồ sơ tác dụng không mong muốn của các thành phần riêng rẽ. Các tác dụng không mong muốn được liệt kê dưới đây theo hệ cơ quan và tần suất. Tần suất được định nghĩa như sau: rất phổ biến ($\geq 1/10$), phổ biến ($\geq 1/100$ đến $< 1/10$), không phổ biến ($\geq 1/1.000$ đến $< 1/100$), hiếm ($\geq 1/10.000$ đến $< 1/1.000$) và rất hiếm ($< 1/10.000$). Phần lớn tần suất được xác định từ dữ liệu gộp thử nghiệm lâm sàng từ 23 nghiên cứu hen và 7 nghiên cứu COPD. Không phải tất cả các biến cố đều được báo cáo trong các thử nghiệm lâm sàng. Với những biến cố này, tần suất được tính dựa trên dữ liệu tự phát. Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng: **Nhiễm trùng và nhiễm ký sinh trùng:** Phổ biến: Nhiễm nấm candida miệng và họng, viêm phổi (ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính - COPD), viêm phế quản. Hiếm: Nấm candida thực quản. **Rối loạn hệ miễn dịch:** Phản ứng quá mẫn: Không phổ biến: Phản ứng quá mẫn trên da, khó thở. Hiếm: Phản ứng phản vệ, phù mạch (chủ yếu phù mắt và miệng hầu), co thắt phế quản. **Rối loạn nội tiết:** Hiếm: Hội chứng Cushing, các dấu hiệu Cushing, suy thượng thận, làm chậm sự tăng trưởng ở trẻ em và thanh thiếu niên, giảm mật độ khoáng xương. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Phổ biến: Giảm kali huyết. Không phổ biến: Tăng đường huyết. **Rối loạn tâm thần:** Không phổ biến: Lo lắng, rối loạn giấc ngủ. Hiếm: Thay đổi hành vi, bao gồm tăng hoạt động và kích thích (chủ yếu ở trẻ em). Chưa được biết đến: Trầm cảm, kích động (chủ yếu ở trẻ em). **Rối loạn hệ thần kinh:** Rất phổ biến: Đau đầu (xem Cảnh báo và Thận trọng). Không phổ biến: Run (xem Cảnh báo và Thận trọng). **Rối loạn mắt:** Không phổ biến: Đục thủy tinh thể. Hiếm: Tăng nhãn áp. **Rối loạn tim:** Không phổ biến: Đánh trống ngực (xem Cảnh báo và Thận trọng), nhịp tim nhanh, rung nhĩ, cơn đau thắt ngực. Hiếm: Loạn nhịp tim bao gồm nhịp nhanh trên thất và ngoại tâm thu. **Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất:** Rất phổ biến: Viêm mũi họng. Phổ biến: Khàn giọng/khản tiếng, kích ứng họng, viêm xoang. Hiếm: Co thắt phế quản nghịch lý. **Rối loạn da và mô dưới da:** Không phổ biến: Vết thâm tím. **Rối loạn cơ xương và mô liên kết:** Phổ biến: Chuột rút, đau khớp, gãy xương do chấn thương, đau cơ. **Dữ liệu sau khi lưu hành thuốc:** **Rối loạn tim:** Loạn nhịp (bao gồm rung nhĩ, ngoại tâm thu, nhịp nhanh trên thất), nhịp nhanh thất. **Rối loạn nội tiết:** Hội chứng Cushing, các dấu hiệu Cushing, giảm tốc độ tăng trưởng ở trẻ em và thanh thiếu niên, tăng nặng vô tuyến thượng thận. **Rối loạn nhãn áp:** **Rối loạn dạ dày - ruột:** Đau bụng, chứng khó tiêu, khô miệng. **Rối loạn hệ miễn dịch:** Phản ứng quá mẫn tức thời và chậm (bao gồm rất hiếm phản ứng phản vệ). Rất hiếm phản ứng phản vệ ở các bệnh nhân dị ứng nặng với protein sữa. **Nhiễm trùng và nhiễm ký sinh trùng:** Nấm candida thực quản. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Tăng đường huyết, tăng cân. **Rối loạn cơ xương và mô liên kết:** Đau khớp, chuột rút, viêm cơ, loãng xương. **Rối loạn hệ thần kinh:** Đau nhói, bồn chồn. **Rối loạn tâm thần:** Lo âu, kích động, trầm cảm. Thay đổi hành vi, bao gồm tăng hoạt động và kích thích, đã được báo cáo rất hiếm gặp và chủ yếu ở trẻ em. **Rối loạn hệ sinh sản và tuyến vú:** Đau bụng kinh. **Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất:** Đau thắt ngực, khó thở, phù mắt và miệng hầu, co thắt phế quản tức thì, co thắt phế quản nghịch lý, viêm khí quản, khó khè, các báo cáo về triệu chứng đường hô hấp trên của co thắt thanh quản, sự kích thích, tiếng thở khò khè hay nghẹt thở. **Rối loạn da và mô dưới da:** Vết bầm máu, viêm da. **Rối loạn mạch:** Xanh xao. **Thông báo cho bác sỹ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi dùng thuốc.** **QUA LIỀU** Dấu hiệu và triệu chứng Thông tin hiện có sẵn về quá liều SERETIDE, salmeterol và/hoặc fluticasone propionate được trình bày dưới đây: 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. Khi hít quá liều fluticasone propionate cấp tính có thể dẫn đến ức chế tạm thời trục hạ đồi-tuyến yên-thượng thận. Thường không cần xử lý khẩn cấp do chức năng tuyến thượng thận trở về bình thường sau vài ngày. Nếu hít SERETIDE với liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài có thể gây ức chế đáng kể vô 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. Các tình huống có thể gây cơn thượng thận cấp bao gồm chấn thương, phẫu thuật, nhiễm khuẩn và bất kỳ sự giảm nhanh liều hít của fluticasone propionate. Không khuyến cáo bệnh nhân dùng SERETIDE liều cao hơn liều được phê duyệt. Điều cần thiết là kiểm tra thường xuyên liều điều trị và giảm xuống liều thấp nhất mà vẫn duy trì kiểm soát bệnh một cách hiệu quả (xem Liều lượng và Cách dùng). Điều trị 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. **HẠN DÙNG:** 24 tháng kể từ ngày sản xuất. **THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI BẢO QUẢN:** Bảo quản không quá 30°C. Bảo quản ở nơi khô ráo. Nếu Accuhaler của bạn được bọc trong một lớp vỏ nhôm, chỉ nên vứt bỏ lớp vỏ nhôm sau khi mở ra để bắt đầu sử dụng Accuhaler.

VISA: VN-20766-17, VN-20767-17. **NHÀ SẢN XUẤT:** GlaxoSmithKline LLC, 1011 North Arendell Avenue, Zebulon, North Carolina 27597, Mỹ. **NHÀ PHÂN PHỐI:** Công ty cổ phần Dược liệu TW2 (PHYTOPHARMA), 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q1, TP. HCM. Thông tin đầy đủ xin xem tờ hướng dẫn sử dụng thuốc. Xin liên hệ VPDD GlaxoSmithKline Pte.Ltd. Tòa nhà Metropolitan - 701, 235 Đồng Khởi, Q1, TP.HCM. SĐT 028.38248744 - Fax: 028.38248722. Tòa nhà Comer Slone - Phòng 603, 16 Phan Chu Trinh, Q. Hoàn Kiếm, Hà Nội. SĐT 024.39362607 - Fax: 024.39362608. Dựa trên GDS 34/IP119. Ban hành ngày 19 tháng 05 năm 2016. SERETIDE và ACCUHALER là các nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. SERACC 0716-19/190516. Xin vui lòng thông báo các tác dụng ngoại ý của thuốc về VPDD GlaxoSmithKline Pte.Ltd tại TP.HCM và Hà Nội hoặc số điện thoại di động 0963905235 hoặc email: antoanthuoc@gsk.com.

1. Tài liệu thao khảo: Thông tin về toa Seretide SERACC 0317-19/190516

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

PGS. TS. BS. NGUYỄN VIỆT NHUNG(*)

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

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

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

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

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

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

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

(*) *Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương
Chủ tịch Hội Lao và bệnh Phổi Việt Nam*

COPD MANAGEMENT SOLUTIONS: COMBINING THE POWER OF SPECIALISED ASSOCIATION, HEALTH SYSTEM AND HEALTH INSURANCE

NGUYEN VIET NHUNG ()*

COPD is a chronic lung disease that is also accompanied by many systemic disorders and combination diseases.

Confirmation of COPD is currently usually at a specialized or a general provincial hospital where standardised lung function testing is available, but long-term treatment for a lifetime is highly recommended at a convenient medical facility. Most for patients with standard regimens such as health stations, district clinics... However, with the health system decentralized by level, hospitals by grade currently have many shortcomings for management. COPD, like other chronic diseases, primary health care, and primary care is not available in standard treatment regimens or is not covered by health insurance.

On the one hand, inadequate from physicians is not regularly updated on the indications of standard treatment regimens and prognosis assessment, so the quality of treatment is not high and does not meet the requirements of patients, especially those who Patients who have been treated at higher levels.

On the other hand, the inadequacy of the health insurance mechanism, for fear of abuse, fund failure... so there are regulations at the primary care level, the grassroots health care system has only the list of drugs. Usually, simple techniques lead to poor access to standard treatment, low effectiveness and distrust of grassroots health care facilities, over-leveling, and overcrowding at higher levels.

Central Lung Hospital, National Tuberculosis Program has implemented a model approach to good management of respiratory diseases from the primary level, including tuberculosis, asthma, COPD and respiratory tract inflammation, or PAL for short. have many positive results.

The essence of this model is to standardized technology, integrate resource management, approach from symptoms and be patient-centered. Therefore, for the model to operate effectively requires development of technical guidance, capacity building training from the grassroots level with close support from higher levels and the entry of health insurance to design Standards are available in all health departments that have standardized techniques.

It is the combination of the power of Professional Associations, Health Systems and Health Insurance to best manage COPD as well as chronic diseases in Vietnam.

() A. PROF. MD. PhD. Director of Central Lung Hospital*

Chairman of Vietnam Lung Association (VILA)

COPD - BẢN CHẤT VIÊM VÀ TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ

*TS. BS NGUYỄN VĂN THÀNH
PCT HỘI PHỔI VIỆT NAM, PCT HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM
E-MAIL: DRTHANHBK@HCM.VNN.VN*

Tóm tắt:

COPD được định nghĩa bằng tình trạng tắc nghẽn luồng khí thở vẫn tồn tại sau khi sử dụng thuốc dẫn phế quản. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng là triệu chứng hô hấp dai dẳng và giảm khả năng gắng sức do khó thở. Nền tảng bệnh học của tình trạng trên là viêm mạn tính.

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh hiện nay dựa trên triệu chứng lâm sàng hô hấp, yếu tố tiếp xúc ô nhiễm và sự hiện diện của tình trạng tắc nghẽn cố định luồng khí thở. Sự thiếu sót trong các tiêu chuẩn chẩn đoán này là ở chỗ nó không phản ánh được trực tiếp đặc điểm tổn thương mô bệnh học vốn rất khác nhau trong COPD, nó không tích hợp được những thay đổi phức tạp về giải phẫu bệnh học ở phổi với các thoái biến chức năng, nó không bao hàm được các kiểu viêm đường thở khác nhau, nó không định nghĩa được các kiểu biến đổi cấu trúc có thể nhận thấy trên hình ảnh học. Việc sử dụng tỷ lệ cố định FEV_1/FVC để xác định tình trạng tắc nghẽn luồng khí thở có thể đã tạo ra tình trạng chẩn đoán bệnh quá mức ở người già bình thường và dưới mức ở người trẻ có bệnh nhưng có giá trị FEV_1/FVC bình thường.

Gần đây nhiều khuyến cáo đã đề xuất hướng tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh nhân dựa trên triệu chứng lâm sàng và phân nhóm bệnh nhân thành những nhóm có tiên lượng bệnh và đáp ứng điều trị giống nhau. Điều này sẽ giúp nâng cao tính hợp lý và hiệu quả điều trị. Bài trình bày này sẽ trình bày lý do và hiệu quả của cách tiếp cận trên.

Abstract: COPD – Inflammatory nature and treatment

NGUYEN VAN THANH

COPD is defined by obstruction of airflow that persists after the use of bronchodilators. Clinical manifestations are characterized by persistent respiratory symptoms and decreased capacity of physical exertion due to shortness of breath. The pathobiological basis of the upper condition is chronic inflammation.

The diagnostic standard of the disease is now based on respiratory clinical symptoms, pollution exposure factors and the presence of fixed obstruction of breathing airflow. The omission in these diagnostic standards is that it does not reflect directly the characteristics of pathological tissue lesions which are naturally very different in COPD, it does not integrate with the complex changes in lung pathology in the lungs with functional decomposition, it does not define various types of visible structural changes on the radiology. The use of fixed rate FEV₁/FVC to determine the obstruction of breathing airflow may have generated excessive diagnosis in the normal elderly and below levels in young people with diseases but with a normal FEV₁/FVC value.

Recently many recommendations have suggested the approach to diagnose and treat patients based on clinical symptoms and subgrouping of patients into groups with the same prognosis and treatment response. This will help to enhance the reasonable and effective treatment. This presentation will present the reasons and effectiveness of the above approach.

Zitromax® (AZITHROMYCIN)

Kháng sinh **HIỆU QUẢ** trong
ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP do vi khuẩn nhạy cảm¹



Viêm xoang



Viêm hầu họng
Viêm amidan



Viêm tai giữa
cấp tính



Viêm phế quản



Viêm phổi

Bộ dụng cụ pha thuốc đính kèm



Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc
của Bộ Y tế:/XNTT/QLD,
cấp ngày/20.....

**HƯỚNG DẪN
SỬ DỤNG¹**

Ngày tháng năm in tài liệu :/...../20.....
Tài liệu gồm 8 trang. Thông tin chi tiết về sản phẩm
xem ở trang 2-8

Bước 1



Đập nhẹ lọ thuốc cho bột tơi ra.

Bước 2



Mở nắp, thêm 9ml nước vào lọ.

Bước 3



Lắc kĩ cho đến khi bột phân tán đều trong nước.

Với **trẻ em cân nặng dưới 15kg**, nên sử dụng **xi lanh** đính kèm để đo lượng thuốc cho bé uống



1 Gắn khớp nối vào lọ thuốc và sử dụng xi lanh để lấy thuốc



2 Tay phải cầm giữa chai thuốc lên, tay trái kéo nhẹ pit tông để rút thuốc theo bảng chỉ dẫn liều dùng



3 Kéo xi lanh ra khỏi lọ thuốc sau khi lấy lượng thuốc thích hợp

Cân nặng

< 15 kg



Liều trình 3 ngày

10mg/kg một lần/ngày từ ngày 1 đến ngày 3



600mg
~ 1 lọ

Liều trình 5 ngày

10mg/kg vào ngày thứ nhất, sau đó **5mg/kg một lần/ngày** từ ngày 2 đến ngày 5



600mg
~ 1 lọ



Với **trẻ em nặng từ 15kg trở lên** nên sử dụng **muỗng phân liều** để đo lượng thuốc cho bé uống









Dùng muỗng đầu nhỏ



Dùng muỗng đầu lớn



Dùng muỗng đầu lớn

Cân nặng	Liệu trình 3 ngày	Liệu trình 5 ngày
15 - 25kg	200mg (~ 5ml) một lần/ngày từ ngày 1 đến ngày 3 	200mg (~ 5ml) vào ngày thứ nhất, sau đó 100mg (~2,5ml) một lần/ngày từ ngày 2 đến ngày 5 
26 - 35kg	300mg (~ 7,5ml) một lần/ngày từ ngày 1 đến ngày 3 	300mg (~ 7,5ml) vào ngày thứ nhất, sau đó 150mg (~ 3,75ml) một lần/ngày từ ngày 2 đến ngày 5 
36 - 45kg	400mg (~ 10ml) một lần/ngày từ ngày 1 đến ngày 3 	400mg (~ 10ml) vào ngày thứ nhất, sau đó 200mg (~ 5ml) một lần/ngày từ ngày 2 đến ngày 5 
> 45kg	Dùng liều như người lớn 1500mg	Dùng liều như người lớn 1500mg



Lưu ý: Bảo quản dưới 30°C đối với thuốc đã pha thành hỗn dịch¹

THÔNG TIN KÊ TOA

Zitromax[®]
(AZITHROMYCIN)

TÊN THUỐC: ZITROMAX[®]

THÀNH PHẦN CÔNG THỨC: Thành phần hoạt chất: Azithromycin dihydrat 209,64 mg/5 ml, tương đương với 200 mg/5 ml azithromycin base. **DẠNG BẢO CHẾ:** Bột pha hỗn dịch uống: Bột azithromycin để pha hỗn dịch uống được bào chế dưới dạng bột khô, khi hòa với nước tạo thành hỗn dịch có màu từ trắng ngà đến vàng nâu, chứa lượng thuốc tương đương với 200 mg azithromycin/5 ml. **ĐẶC TÍNH LÂM SÀNG: Chỉ định điều trị:** Azithromycin được chỉ định để điều trị những nhiễm khuẩn gây ra bởi vi khuẩn nhạy cảm; trong nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới bao gồm viêm phế quản và viêm phổi, trong nhiễm khuẩn răng miệng, trong nhiễm khuẩn da và mô mềm, trong viêm tai giữa cấp tính và trong nhiễm khuẩn đường hô hấp trên bao gồm viêm xoang, viêm hầu họng/viêm amidan (Penicillin là thuốc thường được lựa chọn trong điều trị viêm hầu họng do *Streptococcus pyogenes*, bao gồm cả dự phòng sốt do thấp khớp. Azithromycin nói chung có hiệu quả diệt streptococci trong viêm hầu họng; tuy vậy, hiện tại vẫn chưa có dữ liệu chứng minh cho hiệu quả của azithromycin và tác dụng ngăn ngừa sốt do viêm khớp). Trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam giới và nữ giới, azithromycin được chỉ định để điều trị nhiễm khuẩn sinh dục không kèm theo bội nhiễm do *Chlamydia trachomatis*. Azithromycin còn được chỉ định điều trị bệnh hạ cam do *Haemophilus ducreyi* và các nhiễm khuẩn đường sinh dục không kèm theo bội nhiễm gây ra bởi chủng *Neisseria gonorrhoeae* không đa kháng, khi đã loại trừ khả năng bội nhiễm do *Treponema pallidum*. Có thể dùng đơn độc azithromycin hoặc kết hợp với rifabutin để dự phòng nhiễm phức hợp *Mycobacterium avium* nội bào (MAC), là nhiễm khuẩn cơ hội thường gặp ở những bệnh nhân nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) giai đoạn tiến triển. Dùng phối hợp azithromycin với ethambutol để điều trị nhiễm MAC lan tỏa (DMAC) trên những bệnh nhân nhiễm HIV giai đoạn tiến triển. **Liều dùng và cách dùng:** Azithromycin uống liều duy nhất trong ngày. Khoảng thời gian dùng thuốc trong điều trị nhiễm khuẩn được trình bày dưới đây. Có thể uống bột pha hỗn dịch azithromycin cùng hoặc không cùng với thức ăn. **Trên người lớn:** Để điều trị những bệnh lây truyền qua đường tình dục gây ra bởi *Chlamydia trachomatis* và *Haemophilus ducreyi*, uống một liều duy nhất 1000 mg. Đối với chủng *Neisseria gonorrhoeae* nhạy cảm, liều khuyến cáo là 1000 mg hoặc 2000 mg azithromycin kết hợp với 250 mg hoặc 500 mg ceftriaxon tùy theo các hướng dẫn điều trị lâm sàng tại địa phương. Đối với các bệnh nhân dị ứng với penicillin và/hoặc cephalosporin, người kê đơn cần tham khảo các hướng dẫn điều trị tại địa phương. Để dự phòng nhiễm MAC trên bệnh nhân bị HIV, dùng liều 1200 mg 1 lần/tuần. Để điều trị DMAC trên bệnh nhân nhiễm HIV giai đoạn tiến triển, liều khuyến cáo là 600 mg, dùng 1 lần/ngày. Nên dùng phối hợp azithromycin với các chất kháng mycobacterium khác có hoạt tính kháng MAC trên *in vitro*, như ethambutol với liều đã được phê duyệt. Với các chỉ định khác mà có thể dùng thuốc đường uống, dùng liều tổng cộng là 1500 mg, trong 3 ngày, mỗi ngày 500 mg. Có thể thay thế bằng cách dùng với tổng liều như vậy nhưng trong 5 ngày, 500 mg trong ngày đầu tiên và sau đó là 250 mg/ngày từ ngày 2 đến ngày 5. **Trên trẻ em:** Tổng liều tối đa được khuyến cáo cho bất kỳ điều trị nào trên trẻ em là 1500 mg. Nhìn chung, tổng liều điều trị với trẻ em là 30 mg/kg. Điều trị viêm hầu họng do liên cầu khuẩn cho trẻ em cần xác định liều theo một chế độ khác (xem bên dưới). Tổng liều 30 mg/kg nên được dùng dưới dạng một liều 10 mg/kg duy nhất mỗi ngày trong 3 ngày, hoặc dùng trong 5 ngày với liều 10 mg/kg duy nhất vào ngày đầu tiên và sau đó là 5 mg/kg/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5. Cũng có thể thay thế liều dùng như trên bằng một liều 30 mg/kg duy nhất khi điều trị viêm tai giữa cấp cho trẻ em. Điều trị viêm hầu họng do liên cầu khuẩn ở trẻ em, uống azithromycin liều 10 mg/kg hoặc 20 mg/kg duy nhất trong 3 ngày đã mang lại hiệu quả điều trị; dù vậy, không được vượt quá liều 500 mg/ngày. Trong các thử nghiệm lâm sàng so sánh hai chế độ liều này, đã quan sát thấy hiệu quả lâm sàng tương tự nhưng liều 20 mg/kg/ngày cho thấy khả năng diệt khuẩn mạnh hơn. Tuy nhiên, penicillin thường là thuốc được lựa chọn đầu tay để điều trị viêm hầu họng do *Streptococcus pyogenes*, bao gồm cả dự phòng sốt do thấp khớp. Đối với trẻ em cân nặng dưới 15 kg, liều hỗn dịch azithromycin cần được tính càng chính xác càng tốt. Với trẻ em cân nặng 15 kg trở lên, dùng hỗn dịch azithromycin theo như chỉ dẫn dưới đây:

Hỗn dịch azithromycin với tổng liều điều trị 30 mg/kg			
Cân nặng (kg)	Liều trình 3 ngày	Liều trình 5 ngày	Quy cách lọ thuốc (mg)
< 15	10 mg/kg một lần/ngày từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 3	10 mg/kg vào ngày thứ nhất, sau đó 5 mg/kg 1 lần/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5	600
15 - 25	200 mg (tương đương 5 ml) 1 lần/ngày từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 3	200 mg (tương đương 5 ml) vào ngày thứ nhất, sau đó 100 mg (tương đương 2,5 ml) 1 lần/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5	600
26 - 35	300 mg (tương đương 7,5 ml) 1 lần/ngày từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 3	300 mg (tương đương 7,5 ml) vào ngày thứ nhất, sau đó 150 mg (tương đương 3,75 ml) 1 lần/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5	900
36 - 45	400 mg (tương đương 10 ml) 1 lần/ngày từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 3	400 mg (tương đương 10 ml) vào ngày thứ nhất, sau đó 200 mg (tương đương 5 ml) 1 lần/ngày từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5	1200
> 45	Dùng liều như người lớn	Dùng liều như người lớn	1500

Độ hiệu quả và tính an toàn phòng ngừa hoặc điều trị MAC trên trẻ em vẫn chưa được xác định. Dựa trên dữ liệu dược động học trên trẻ em, liều 20 mg/kg trên trẻ em tương tự như liều 1200 mg trên người lớn nhưng có C_{max} cao hơn. **Trên các nhóm đối tượng đặc biệt:** *Người cao tuổi:* Dùng liều giống như người lớn. Bệnh nhân cao tuổi có thể dễ bị xoắn đỉnh hơn so với những bệnh nhân trẻ (xem mục Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng thuốc). *Bệnh nhân suy thận:* Không cần điều chỉnh liều trên những bệnh nhân suy thận nhẹ đến trung bình (Mức lọc cầu thận - GFR 10-80 mL/phút). Thận trọng khi dùng azithromycin cho bệnh nhân suy thận nặng (GFR < 10 ml/phút) (xem mục Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng thuốc). *Bệnh nhân suy gan:* Bệnh nhân suy gan từ mức độ nhẹ đến trung bình được sử dụng liều giống như đối với bệnh nhân có chức năng gan bình thường (xem mục Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng thuốc). **Chống chỉ định:** Chống chỉ định với những bệnh nhân quá mẫn với azithromycin, erythromycin, với bất kỳ một kháng sinh nào thuộc họ macrolid hay ketolid, hoặc với bất kỳ tá dược nào. **Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng thuốc:** **Quá mẫn:** Cũng như với erythromycin và các macrolid khác, đã có báo cáo về các phản ứng dị ứng nghiêm trọng hiếm gặp, bao gồm phù mạch và sốc phản vệ (hiếm khi tử vong), và các phản ứng trên da bao gồm hội chứng Stevens-Johnson (Stevens-Johnson Syndrome - SJS) và hoại tử biểu bì nhiễm độc (Toxic Epidermal Necrolysis - TEN) (hiếm khi gây tử vong) và phản ứng do thuốc kèm theo tăng bạch cầu ưa eosin và các triệu chứng toàn thân (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms - DRESS). Một vài phản ứng với azithromycin đã gây ra những triệu chứng lặp đi lặp lại và đòi hỏi phải được theo dõi và điều trị lâu hơn. Nếu gặp phản ứng dị ứng, cần ngừng ngay thuốc và dùng liệu pháp điều trị phù hợp. Bác sĩ cần biết rằng các phản ứng dị ứng có thể xuất hiện lại khi đã ngừng liệu pháp điều trị triệu chứng. **Nhiễm độc gan:** Vi gan là đường thải trừ chính của azithromycin, nên việc sử dụng azithromycin cần phải thận trọng với những bệnh nhân mắc bệnh gan. Đã có báo cáo về chức năng gan bất thường, viêm gan, vàng da do tắc mật, hoại tử gan và suy gan, một số trường hợp đã gây tử vong. Khi thấy có các dấu hiệu và triệu chứng này, phải ngưng dùng azithromycin ngay lập tức. **Hẹp môn vị phì đại ở trẻ sơ sinh:** Trong quá trình theo dõi việc sử dụng azithromycin trên trẻ sơ sinh (dùng thuốc đến 42 ngày tuổi), đã có báo cáo về trường hợp mắc hẹp môn vị phì đại ở trẻ sơ sinh. Cha mẹ và người trông trẻ cần được hướng dẫn thông báo ngay cho bác sĩ nếu trẻ nôn hoặc bị kích ứng khi ăn. **Thuốc có nguồn gốc cựa loa mạch (Ergot):** Trên những bệnh nhân đang dùng thuốc có nguồn gốc cựa loa mạch (ergot), khả năng ngộ độc ergotin sẽ tăng lên khi dùng phối hợp với các kháng sinh họ macrolid. Không có dữ liệu về khả năng tương tác giữa cựa loa mạch (ergot) và azithromycin. Tuy nhiên, về mặt lý thuyết, có thể xảy ra ngộ độc ergotin, do đó không nên dùng phối hợp các thuốc có nguồn gốc cựa loa mạch với azithromycin. **Bội nhiễm:** Cũng như với bất kỳ một kháng sinh nào, cần phải theo dõi các biểu hiện bội nhiễm của vi sinh vật không nhạy cảm, bao gồm cả nấm. **Tiêu chảy liên quan đến Clostridium difficile:** Tiêu chảy liên quan đến *Clostridium difficile* (CDAD) đã được báo cáo khi sử dụng đối với hầu hết các chất kháng khuẩn, bao gồm cả azithromycin, và độ nghiêm trọng có thể dao động từ tiêu chảy nhẹ đến viêm đại tràng dẫn đến tử vong. Điều trị bằng các chất kháng khuẩn sẽ làm thay đổi quần thể vi sinh tự nhiên của ruột dẫn tới sự phát triển quá mức của *C.difficile*. *C.difficile* sinh

ra độc tố A và B, góp phần làm phát triển CDAD. Các chủng *C.difficile* sinh nhiều độc tố là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, vì các nhiễm khuẩn này có thể khó chữa khi dùng các liệu pháp kháng sinh và có thể cần phải cắt bỏ đại tràng. Cần phải nghĩ đến CDAD ở tất cả các bệnh nhân xuất hiện tiêu chảy sau khi dùng các thuốc kháng sinh. Cần hỏi kỹ bệnh sử vì đã có báo cáo về CDAD xảy ra tại thời điểm hơn 2 tháng sau khi dùng thuốc kháng sinh. **Suy thận:** Trên những bệnh nhân suy thận nặng (mức lọc cầu thận < 10 ml/phút), quan sát thấy sự tăng 33% nồng độ trong huyết tương của azithromycin. **Tiểu đường:** Thận trọng với bệnh nhân tiểu đường: 5 ml hỗn dịch đã pha chứa 3,87 g sucrose. Do trong thành phần thuốc có chứa sucrose (3,87 g/5 ml hỗn dịch đã pha), không dùng thuốc cho các bệnh nhân không dung nạp fructose (không dung nạp fructose do di truyền), hấp thu kém glucose - galactose hoặc thiếu hụt men saccharase - isomaltase. **Kéo dài khoảng QT:** Kéo dài thời gian rối loạn tái phân cực tim và kéo dài khoảng QT, gây nguy cơ loạn nhịp tim và xoắn đỉnh đã được quan sát thấy khi dùng các macrolid, bao gồm azithromycin (xem mục Tác dụng không mong muốn). Các bác sỹ kê toa cần xem xét nguy cơ xuất hiện kéo dài QT, có thể gây tử vong, khi cân nhắc nguy cơ và lợi ích của azithromycin cho các nhóm đối tượng có nguy cơ cao bao gồm: Bệnh nhân bị kéo dài khoảng QT bẩm sinh hoặc có tiền sử mắc phải. Bệnh nhân hiện đang dùng các thuốc có tác dụng kéo dài khoảng QT như các thuốc chống loạn nhịp Nhóm IA và Nhóm III, thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm và fluoroquinolon. Bệnh nhân bị rối loạn điện giải, đặc biệt trong các trường hợp giảm kali và magiê trong máu. Bệnh nhân bị chậm nhịp tim, loạn nhịp hoặc suy tim. Người cao tuổi: người cao tuổi có thể nhạy cảm hơn với các tác dụng của thuốc trên khoảng QT. **Nhược cơ:** Đã có báo cáo về đợt cấp của các triệu chứng nhược cơ toàn thân và khởi phát hội chứng nhược cơ ở các bệnh nhân điều trị với azithromycin. **Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác:** **Thuốc kháng acid:** Trong nghiên cứu dược động học điều tra về ảnh hưởng khi phối hợp thuốc kháng acid với azithromycin, không quan sát thấy ảnh hưởng trên sinh khả dụng nói chung, mặc dù nồng độ đỉnh trong huyết tương đã giảm xấp xỉ 24%. Với những bệnh nhân phải sử dụng cả azithromycin và thuốc kháng acid, không nên dùng đồng thời cả hai thuốc. **Cetirizin:** Dùng phối hợp azithromycin với 20 mg cetirizin trên người tình nguyện khỏe mạnh, trong thời gian 5 ngày, không thấy có tương tác dược động học và không có thay đổi một cách có ý nghĩa khoảng QT. **Didanosin (Dideoxyinosin):** Dùng đồng thời azithromycin 1200 mg/ngày với didanosin 400 mg/ngày trên sáu bệnh nhân nhiễm HIV không thấy có ảnh hưởng đến dược động học ở trạng thái hằng định của didanosin so với placebo. **Digoxin:** Dùng đồng thời kháng sinh họ macrolid bao gồm azithromycin với cơ chất của P-glycoprotein, ví dụ như digoxin được báo cáo làm tăng nồng độ cơ chất của P-glycoprotein trong huyết thanh. Do đó, nếu azithromycin và cơ chất của P-glycoprotein như digoxin được dùng đồng thời, cần xem xét đến khả năng nồng độ digoxin trong huyết thanh tăng lên. Cần theo dõi các dấu hiệu lâm sàng, nồng độ digoxin huyết thanh trong suốt điều trị với azithromycin và sau khi ngừng thuốc. **Thuốc có nguồn gốc cựa lỏa mạch (ergot):** Về mặt lý thuyết, có khả năng xảy ra tương tác giữa azithromycin và các thuốc có nguồn gốc cựa lỏa mạch (ergot) (xem mục Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng thuốc). **Zidovudin:** Liều duy nhất 1000 mg azithromycin và đa liều 1200 mg hoặc 600 mg azithromycin không gây ảnh hưởng đến dược động học trong huyết tương hoặc thải trừ ở thận của zidovudin hoặc chất chuyển hoá glucuronid của nó. Dù vậy azithromycin làm tăng nồng độ của zidovudin phosphorylat, chất chuyển hoá có hoạt tính lâm sàng, trong các tế bào bạch cầu đơn nhân ở máu ngoại vi. Ý nghĩa lâm sàng của phát hiện này còn chưa rõ ràng, nhưng có thể mang lại ích lợi cho bệnh nhân. Azithromycin không có tương tác đáng kể lên hệ thống cytochrom P450 ở gan. Nó không tương tác về mặt dược động học như đối với erythromycin hoặc các macrolid khác. Không xuất hiện hiện tượng cảm ứng hay ức chế cytochrom P450 của gan thông qua phức hợp chuyển hoá cytochrom. Các nghiên cứu về mặt dược động học đã được tiến hành giữa azithromycin với các thuốc đã biết là được chuyển hoá đáng kể qua trung gian cytochrom P450 dưới đây. **Atorvastatin:** Dùng đồng thời atorvastatin (10 mg, mỗi ngày) và azithromycin (500 mg, mỗi ngày) không làm thay đổi nồng độ trong huyết tương của atorvastatin (dựa trên định lượng mức độ ức chế men khử HMG CoA). Tuy nhiên, đã có báo cáo sau khi thuốc lưu hành trên thị trường về các trường hợp bị tiêu cơ vân trên bệnh nhân dùng đồng thời azithromycin và các thuốc nhóm statin. **Carbamazepin:** Nghiên cứu dược động học về tương tác thuốc trên người tình nguyện khỏe mạnh cho thấy azithromycin không có ảnh hưởng gì đáng kể trên nồng độ carbamazepin và các chất chuyển hoá của thuốc này trong huyết tương ở bệnh nhân đang dùng đồng thời carbamazepin và azithromycin. **Cimetidin:** Nghiên cứu dược động học điều tra về ảnh hưởng khi dùng liều duy nhất cimetidin 2 giờ trước khi dùng azithromycin, không

thấy có ảnh hưởng gì trên dược động học của azithromycin. **Thuốc chống đông máu đường uống nhóm coumarin:** Trong nghiên cứu dược động học về tương tác thuốc trên người tình nguyện khoẻ mạnh, azithromycin không làm thay đổi hiệu quả chống đông của 15 mg warfarin dùng liều duy nhất. Sau khi lưu hành thuốc trên thị trường, cũng đã nhận được thông báo về tác dụng chống đông bị tăng lên sau khi dùng đồng thời azithromycin và thuốc chống đông máu đường uống nhóm coumarin. Mặc dù mối quan hệ nhân quả chưa được xác lập, cần phải theo dõi định kỳ thời gian prothrombin khi sử dụng đồng thời azithromycin và các thuốc chống đông máu đường uống nhóm coumarin. **Cyclosporin:** Trong nghiên cứu dược động học trên những người tình nguyện khoẻ mạnh được chỉ định uống azithromycin 500 mg/ngày trong 3 ngày và sau đó được chỉ định uống liều duy nhất 10 mg/kg cyclosporin, kết quả cho thấy C_{max} và AUC₀₋₅ tăng lên đáng kể. Do vậy, cần thận trọng trước khi xem xét dùng phối hợp các thuốc này. Nếu cần thiết phải dùng phối hợp cyclosporin và azithromycin thì cần giảm sát nồng độ cyclosporin và điều chỉnh liều theo đó. **Efavirenz:** Dùng đồng thời 600 mg azithromycin liều duy nhất và 400 mg efavirenz mỗi ngày trong 7 ngày không gây ra bất kỳ tương tác có ý nghĩa lâm sàng nào. **Fluconazol:** Dùng 1200 mg azithromycin liều duy nhất không làm thay đổi các đặc tính dược động học của 800 mg fluconazol liều duy nhất. Tổng lượng thuốc trong huyết tương và thời gian bán hủy của azithromycin không bị thay đổi khi dùng đồng thời với fluconazol; tuy nhiên, có quan sát thấy sự giảm không đáng kể nồng độ đỉnh C_{max} (18%) của azithromycin. **Indinavir:** Dùng 1200 mg azithromycin liều duy nhất không ảnh hưởng có ý nghĩa lên các đặc tính dược động học của indinavir dùng 800 mg, 3 lần mỗi ngày trong 5 ngày. **Methylprednisolon:** Trong nghiên cứu dược động học về tương tác trên người tình nguyện khoẻ mạnh, azithromycin không gây ảnh hưởng đáng kể với dược động học của methylprednisolon. **Midazolam:** Ở người tình nguyện khoẻ mạnh, dùng đồng thời azithromycin 500 mg/ngày trong 3 ngày với midazolam 15 mg dùng liều duy nhất không gây ra những thay đổi có ý nghĩa lâm sàng lên các đặc tính dược động học và dược lực học của midazolam. **Nelfinavir:** Dùng đồng thời azithromycin (1200 mg) và nelfinavir ở trạng thái nồng độ hằng định trong huyết tương (750 mg, 3 lần mỗi ngày) dẫn tới tăng nồng độ azithromycin. Không quan sát thấy những tác dụng không mong muốn có ý nghĩa lâm sàng rõ rệt và không cần thiết phải điều chỉnh liều. **Rifabutin:** Dùng đồng thời azithromycin với rifabutin không có ảnh hưởng đến nồng độ trong huyết tương của cả hai thuốc. Đã phát hiện có giảm bạch cầu trung tính trên những người dùng đồng thời azithromycin và rifabutin. Mặc dù giảm bạch cầu trung tính có liên quan đến việc sử dụng rifabutin, mối quan hệ nhân quả khi phối hợp với azithromycin vẫn chưa được xác lập (xem mục Tác dụng không mong muốn). **Sildenafil:** Trên những người tình nguyện nam khoẻ mạnh bình thường, không có bằng chứng về ảnh hưởng của việc dùng azithromycin (500 mg/ngày trong 3 ngày) lên diện tích dưới đường cong và nồng độ đỉnh của sildenafil hay chất chuyển hoá chính của nó trong tuần hoàn. **Terfenadin:** Những nghiên cứu dược động học đã cho thấy không có bằng chứng về tương tác giữa azithromycin và terfenadin. Có thông báo về một số trường hợp rất hiếm gặp trong đó khả năng xảy ra tương tác không thể bị loại trừ hoàn toàn. Tuy vậy, không có bằng chứng rõ rệt rằng tương tác đã xảy ra. **Theophyllin:** Không có bằng chứng về tương tác dược động học có ý nghĩa lâm sàng giữa azithromycin và theophyllin khi dùng phối hợp trên người tình nguyện khoẻ mạnh. **Triazolam:** Ở 14 người tình nguyện khoẻ mạnh, dùng đồng thời 500 mg azithromycin ở ngày thứ nhất và 250 mg ở ngày thứ 2 với 0,125 mg triazolam ở ngày thứ 2 không gây ra bất kỳ sự ảnh hưởng đáng kể nào trên các tham số dược động học đối với triazolam so với triazolam và giả dược. **Trimethoprim/sulfamethoxazol:** Dùng đồng thời trimethoprim/sulfamethoxazol (160 mg/800 mg) trong 7 ngày với 1200 mg azithromycin ở ngày thứ 7, không gây ra bất kỳ ảnh hưởng đáng kể nào lên nồng độ đỉnh, tổng lượng thuốc trong tuần hoàn hay sự bài tiết qua nước tiểu của trimethoprim hay sulfamethoxazol. Nồng độ trong huyết tương của azithromycin là tương đương như được quan sát ở các nghiên cứu khác. **Khả năng sinh sản, thai kỳ và cho con bú: Phụ nữ có thai:** Những nghiên cứu về sinh sản trên động vật đã được tiến hành ở các liều gần với nồng độ gây độc tính nhẹ trên sinh sản. Trong các nghiên cứu này, không thấy có bằng chứng về ảnh hưởng của azithromycin đến phôi thai. Tuy nhiên, không có những nghiên cứu đầy đủ và có kiểm soát trên phụ nữ có thai. Vì những nghiên cứu về ảnh hưởng đến sự sinh sản trên động vật không phải luôn dự báo được đáp ứng trên người, chỉ nên dùng azithromycin trong thời kỳ mang thai nếu thật cần thiết. **Thời kỳ cho con bú:** Azithromycin đã được báo cáo có bài tiết qua sữa mẹ, nhưng chưa có nghiên cứu lâm sàng có kiểm soát tốt và đầy đủ trên phụ nữ cho con bú về đặc tính dược động học của việc bài tiết azithromycin qua sữa mẹ. **Khả năng sinh sản:** Ở các nghiên cứu về khả năng sinh sản được tiến hành ở chuột cống, đã nhận

thấy giảm tỉ lệ mang thai sau khi dùng azithromycin. Chưa biết rõ mối liên quan của phát hiện trên người. **Ảnh hưởng lên khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Không có bằng chứng nào cho thấy azithromycin có ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, các tác dụng không mong muốn của azithromycin đã được báo cáo như hoa mắt, chóng mặt có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. **Tác dụng không mong muốn:** Azithromycin được dung nạp tốt với tỷ lệ gặp tác dụng không mong muốn thấp. **Trong các thử nghiệm lâm sàng, các tác dụng không mong muốn (TDKMM) sau đây đã được báo cáo:** *Rối loạn máu và hệ bạch huyết:* Thỉnh thoảng quan sát thấy đợt giảm bạch cầu trung tính nhẹ thoáng qua trong các thử nghiệm lâm sàng. *Rối loạn thính lực và tai trong:* Giảm thính lực (bao gồm mất khả năng nghe, điếc và/hoặc ù tai) đã được báo cáo ở một vài bệnh nhân dùng azithromycin. Nhiều trường hợp có liên quan đến việc sử dụng dài ngày liều cao azithromycin ở các nghiên cứu điều tra. Ở các trường hợp mà có thể theo dõi được thông tin, phần lớn các tác dụng này có thể hồi phục. *Rối loạn hệ tiêu hóa:* Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, phân lỏng, khó chịu trong bụng (đau/co thắt), và đầy hơi. *Rối loạn hệ gan mật:* Chức năng gan bất thường. *Rối loạn da và mô dưới da:* Các phản ứng dị ứng bao gồm phát ban và phù mạch. **Các tác dụng không mong muốn sau đây đã được báo cáo có liên quan đến các thử nghiệm lâm sàng về phòng và điều trị nhiễm DMAC:** Các TDKMM thường gặp nhất (>5% ở bất kỳ nhóm điều trị nào) ở các bệnh nhân nhiễm HIV sử dụng azithromycin để dự phòng nhiễm DMAC là tiêu chảy, đau bụng, buồn nôn, phân lỏng, đầy hơi, nôn, khó tiêu, phát ban, ngứa, đau đầu và đau khớp. Khi 600 mg azithromycin được dùng hàng ngày để điều trị nhiễm DMAC trong thời gian dài, các TDKMM liên quan đến điều trị được báo cáo thường xuyên nhất là đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đầy hơi, đau đầu, tầm nhìn bất thường, và suy giảm thính lực. **Sau khi thuốc được đưa ra thị trường, các TDKMM bổ sung sau đây đã được báo cáo:** *Nhiễm trùng và nhiễm ký sinh trùng:* Nhiễm candida, viêm âm đạo. *Rối loạn máu và hệ bạch huyết:* Chứng giảm tiểu cầu. *Rối loạn hệ miễn dịch:* Phản ứng phản vệ (hiếm khi tử vong) (xem mục Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng thuốc). *Rối loạn chuyển hoá và dinh dưỡng:* Chán ăn. *Rối loạn tâm thần:* Trạng thái hưng hăng, căng thẳng, quá khích, và lo âu. *Rối loạn hệ thống thần kinh:* Hoa mắt, chóng mặt, co giật, nhức đầu, tăng vận động, giảm cảm giác, dị cảm, ngứa gà và ngứa. Hiếm có báo cáo về sự thay đổi và/hoặc mất vị giác/khứu giác. *Rối loạn thính lực và tai trong:* Điếc, ù tai, giảm khả năng nghe và cảm giác mất thăng bằng. *Rối loạn hệ tim mạch:* Đánh trống ngực và loạn nhịp tim bao gồm nhịp nhanh thất đã được thông báo. Đã có báo cáo về kéo dài khoảng QT hoặc xoắn đỉnh. *Rối loạn mạch máu:* Hạ huyết áp. *Rối loạn hệ tiêu hóa:* Nôn/tiêu chảy (hiếm khi dẫn đến mất nước), khó tiêu, táo bón, viêm đại tràng giả mạc, viêm tụy, hiếm gặp, các báo cáo hiếm gặp về thay đổi màu sắc lưỡi. *Rối loạn hệ gan mật:* Viêm gan và vàng da do tắc mật đã được báo cáo, cũng như có các báo cáo hiếm gặp về hoại tử gan và suy gan, các trường hợp này đã dẫn đến tử vong. *Rối loạn da và mô dưới da:* Các phản ứng dị ứng bao gồm ngứa, phát ban, nhạy cảm với ánh nắng, phù, mé đay và phù mạch. Các TDKMM nghiêm trọng hiếm gặp trên da bao gồm hồng ban đa dạng, SJS, TEN và DRESS đã được báo cáo. *Rối loạn hệ cơ xương:* Đau khớp. *Rối loạn hệ tiết niệu:* Viêm thận kẽ và suy thận cấp. *Rối loạn toàn thân:* Suy nhược, mệt mỏi và yếu người. **Quá liều:** Các tác dụng không mong muốn khi dùng với liều cao hơn liều khuyến cáo cũng tương tự như khi dùng với liều bình thường. Khi gặp quá liều, các triệu chứng chung và biện pháp xử lý được chỉ định tùy theo yêu cầu. **ĐẶC TÍNH DƯỢC HỌC: Danh mục tá dược: Bột pha hỗn dịch uống:** Bột pha hỗn dịch uống chứa sucrose (1,94 g trong mỗi lượng thuốc tương ứng với liều 100 mg), natri phosphat tribasic khan, hydroxypropyl cellulose, gôm xanthan, hương vị anh đào nhân tạo, hương vị vani nhân tạo và hương vị chuối nhân tạo. **Hạn dùng:** 24 tháng kể từ ngày sản xuất cho bột khô. 5 ngày đối với thuốc đã pha. **Lưu ý đặc biệt khi bảo quản:** Bảo quản dưới 30°C đối với cả bột khô và thuốc đã pha thành hỗn dịch. **Lưu ý đặc biệt khi loại bỏ và các xử lý khác:** Đập nhẹ lọ thuốc cho bột rơi ra. Mở nắp, thêm 9 ml nước vào lọ, lắc kỹ cho đến khi bột phân tán đều trong nước, thu được 15 ml hỗn dịch, mỗi ml hỗn dịch chứa 40 mg azithromycin. Lắc lại lọ thuốc trước mỗi lần sử dụng. **TÊN, ĐỊA CHỈ CỦA CƠ SỞ SẢN XUẤT THUỐC:** HAUPT PHARMA LATINA SRL, Borgo San Michele S.S. 156 Km 47, 600 -04100 - Latina, Ý.

Tài liệu tham khảo: 1. Thông tin kê toa Zitromax

LPD 19/04/2018

PP-ZIT-VNM-0051



Hà Nội
Tầng 12A, Tòa nhà Geleximco
36 Hoàng Cầu, Q. Đống Đa
Tel: (84-24) 35120962 - Fax: (84-24) 35120961

TP. HCM
Tầng 13, Tòa nhà TNR Tower
180-192 Nguyễn Công Trứ, Q.1
Tel: (84-28) 39105119 - Fax: (84-28) 39105118

THỰC HÀNH GOLD 2020: TẬP TRUNG VÀO CÁC ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

TsBs NGUYỄN HỮU LÂN

Mục đích. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT) là một nguyên nhân quan trọng gây bệnh tật và tử vong ở Hoa Kỳ. Các đợt cấp - sự xấu đi cấp tính của các triệu chứng BPTNMT - có thể từ nhẹ đến nặng về bản chất. Việc sử dụng nguồn lực chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng là phổ biến ở những người bệnh thường xuyên bị đợt cấp và đợt cấp là nguyên nhân chính của tỷ lệ tái nhập viện cao trong 30 ngày liên quan đến BPTNMT.

Tóm lược. Bài viết này cung cấp một cái nhìn tổng quan ngắn gọn về các tài liệu liên quan đến tác động của các đợt cấp của BPTNMT đối với cả người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe, các khuyến nghị về quản lý dược lý của BPTNMT và các chiến lược được sử dụng để cải thiện việc chăm sóc người bệnh và giảm nhập viện. Các đợt cấp của BPTNMT ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe người bệnh và tiến triển bệnh; chi phí chăm sóc sức khỏe liên quan đến nhập viện do đợt cấp nặng từ 7.000 USD đến 39.200 USD. Điều trị duy trì BPTNMT bằng thuốc kịp thời và thích hợp, đặc biệt là thuốc giãn phế quản kết hợp (đồng vận $\beta 2$ và kháng cholinergic) để tối đa hóa giãn phế quản, có thể làm giảm đáng kể đợt cấp BPTNMT. Ngoài ra, các chương trình quản lý bệnh đa ngành bao gồm phục hồi chức năng phổi, các cuộc hẹn theo dõi, chăm sóc sau xuất viện, hướng dẫn sử dụng ống hít và giáo dục người bệnh có thể giảm nhập viện và tái nhập viện cho người BPTNMT.

Kết luận. Tối đa hóa giãn phế quản bằng cách sử dụng liệu pháp duy trì thích hợp, cùng với các chương trình quản lý người bệnh và quản lý bệnh đa ngành, mang lại cơ hội giảm bớt đợt cấp, nhập viện và tái nhập viện cho người BPTNMT.

PRACTIC GOLD 2020: FOCUS ON COPD EXACERBATIONS

NGUYEN HUU LAN

Purpose. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a significant cause of morbidity and mortality in the United States. Exacerbations—acute worsening of COPD symptoms—can be mild to severe in nature. Increased healthcare resource use is common among patients with frequent exacerbations, and exacerbations are a major cause of the high 30-day hospital readmission rates associated with BPTNMT.

Summary. This review provides a concise overview of the literature regarding the impact of COPD exacerbations on both the patient and the healthcare system, the recommendations for pharmacologic management of COPD, and the strategies employed to improve patient care and reduce hospitalizations and readmissions. COPD exacerbations significantly impact patients' health-related quality of life and disease progression; healthcare costs associated with severe exacerbation-related hospitalization range from \$7,000 to \$39,200. Timely and appropriate maintenance pharmacotherapy, particularly dual bronchodilators for maximizing bronchodilation, can significantly reduce exacerbations in patients with COPD. Additionally, multidisciplinary disease-management programs include pulmonary rehabilitation, follow-up appointments, aftercare, inhaler training, and patient education that can reduce hospitalizations and readmissions for patients with COPD.

Conclusion. Maximizing bronchodilation by the appropriate use of maintenance therapy, together with multidisciplinary disease-management and patient education programs, offers opportunities to reduce exacerbations, hospitalizations, and readmissions for patients with COPD.

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT) là một bệnh có thể phòng ngừa và điều trị được, với tắc nghẽn đường thở và đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng. BPTNMT ảnh hưởng đến khoảng 16 triệu người trưởng thành ở Hoa Kỳ. Tỷ lệ mắc BPTNMT cao nhất ở những người hút thuốc lá hoặc có tiền sử hút thuốc lá, những người trên 40 tuổi và nam giới. Bất chấp các khuyến cáo điều trị duy trì bằng thuốc cho người BPTNMT từ trung bình đến nặng, có đến 71% người bệnh từ trong dân số sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế không được điều trị duy trì.

Đợt cấp BPTNMT là tình trạng xấu đi cấp tính của các triệu chứng hô hấp cần phải điều trị bổ sung. Đợt cấp BPTNMT là những sự kiện quan trọng trong quản lý BPTNMT vì chúng tác động tiêu cực đến tình trạng sức khỏe, tỷ lệ nhập viện và tái phát, cũng như sự tiến triển của bệnh. Đợt cấp BPTNMT là những biến cố phức tạp thường liên quan đến tăng có ý nghĩa tình trạng viêm đường thở, sản xuất chất nhầy, ứ đọng khí ở phổi. Những thay đổi này góp phần làm tăng khó thở, đây là triệu chứng chính của đợt cấp. Các triệu chứng khác bao gồm tăng số lượng đờm và tăng khạc đờm mù, cùng với tăng ho và thở khò khè. Vì các bệnh đồng mắc có thể làm nặng thêm các triệu chứng hô hấp thường gặp ở người BPTNMT, nên cần đánh giá lâm sàng để loại trừ các bệnh

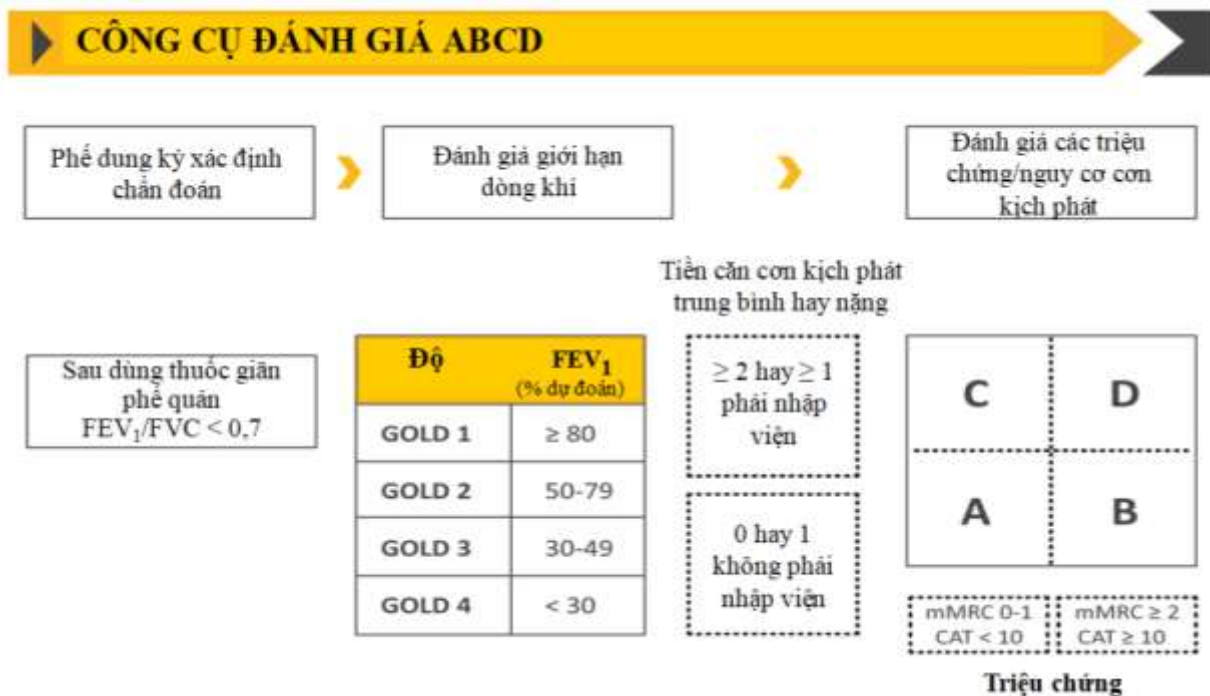
như viêm phổi, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, thuyên tắc phổi, phù phổi do bệnh tim mạch, loạn nhịp tim, rung nhĩ, flutter nhĩ), trước khi chẩn đoán người bệnh bị đợt cấp BPTNMT. Các đợt cấp BPTNMT là yếu tố chính làm tăng gánh nặng kinh tế và, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng, có thể dẫn đến yêu cầu phải cho người bệnh nhập khoa cấp cứu và nhập viện. Ngoài ra, có mối tương quan thuận giữa mức độ nghiêm trọng của bệnh và chi phí điều trị cao hơn. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải quản lý tốt hơn để giảm tỷ lệ nhập viện và tái nhập viện liên quan đến bệnh nặng.

Bài điểm báo này cung cấp tổng quan về tác động của BPTNMT đối với người bệnh và rộng hơn là tác động đến toàn bộ hệ thống y tế, và xem xét các hướng dẫn quản lý mới nhất cho người BPTNMT; cũng như thảo luận về cách điều trị thích hợp có thể cải thiện kết quả của người bệnh và giảm sử dụng chăm sóc sức khỏe và các chi phí liên quan.

Tác động của đợt cấp BPTNMT lên người bệnh

Đợt cấp BPTNMT đã được chứng minh làm tăng tần suất đợt cấp, độ nặng và kéo dài thời gian hồi phục, làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe đối với người BPTNMT. Thời gian phục hồi trung bình cho các triệu chứng trở về mức trước đợt cấp là khoảng 14,5 ngày, trong khi có khoảng 7% các đợt cấp mà sự phục hồi về mức trước đợt cấp của lưu lượng đỉnh thở ra (PEF: Peak Expiratory Flow) không xảy ra trong vòng 99 ngày. Điều này cho thấy chức năng phổi có thể trải qua sự suy giảm nhanh chóng và có thể không phục hồi hoàn toàn sau đợt cấp. Hơn nữa, sự phục hồi chức năng phổi và các triệu chứng về mức trước đợt cấp xảy ra chậm hơn với mỗi năm bệnh thêm, khiến người bệnh khó phục hồi hơn từ độ nặng của bệnh tăng thêm theo thời gian. Các đợt cấp thường xuyên góp phần vào suy giảm chức năng phổi trong thời gian dài đo bằng Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên (FEV1: Forced Expiratory Volume in 1 second) ở người BPTNMT vừa hoặc nặng. Gánh nặng triệu chứng và tần suất đợt cấp có liên quan chặt chẽ với chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở người BPTNMT vừa hoặc nặng. Các đợt cấp thường xuyên có liên quan đến sự suy giảm FEV1 nhanh hơn, tình trạng sức khỏe bị suy giảm và khả năng sống sót kém hơn. Chỉ số BODE (BODE index: Body mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity: Chỉ số khối cơ thể, tắc nghẽn đường thở, khó thở, khả năng gắng sức), một hệ thống phân loại đa chiều đơn giản, tốt hơn FEV1 trong việc dự đoán nguy cơ tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào và do nguyên nhân hô hấp ở người BPTNMT, là một công cụ có độ nhạy cao được sử dụng để đánh giá tác động của các đợt cấp và theo dõi sự tiến triển của người BPTNMT. Đợt cấp BPTNMT tác động tiêu cực đến chỉ số BODE và các thành phần của nó. Vì vậy, các phương pháp điều trị làm giảm tần suất đợt cấp có thể có tác động đáng kể đến tình trạng sức khỏe và tiến triển bệnh.

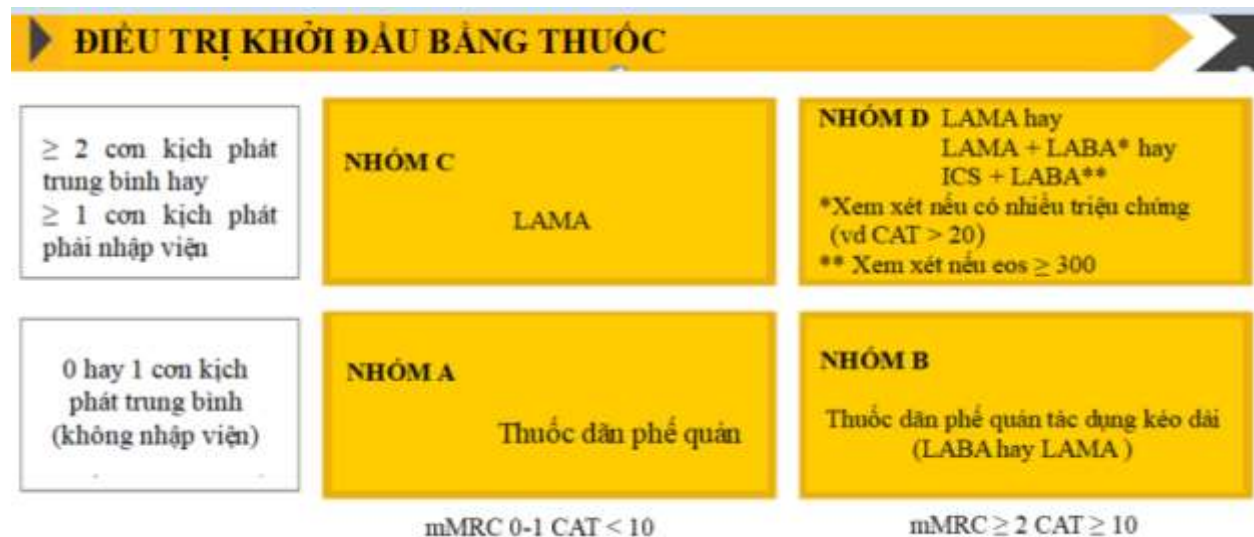
Điều thú vị là, ngay cả một đợt cấp đơn lẻ cũng có thể dẫn đến sự gia tăng đáng kể về tốc độ suy giảm chức năng phổi và tình trạng sức khỏe trở nên tồi tệ hơn ở những người bệnh bị viêm phế quản mạn tính có khả năng mắc BPTNMT. Có mối liên quan giữa bệnh sử đợt cấp và các đợt cấp trong tương lai. Các đợt cấp góp phần quan trọng nhất đến tiến triển nặng lên của BPTNMT, với sự suy giảm chức năng phổi tăng tốc ở những người BPTNMT bị đợt cấp và suy giảm chức năng phổi nặng nhất ở người BPTNMT nhẹ. Các đợt cấp cũng liên quan đến sự gia tăng đáng kể tỷ lệ tử vong, làm cho việc phòng ngừa đợt cấp trở thành mục tiêu chính trong quản lý BPTNMT. Hơn nữa, các khuyến cáo của Sáng kiến Toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (GOLD: the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) đặt trọng tâm chính vào vai trò của đợt cấp trong việc xác định các lựa chọn điều trị với công cụ phân tầng nguy cơ bệnh tật theo ABCD (Hình 1).



Hình 1. Phân loại theo GOLD 2020 về độ nặng BPTNMT. Các nguyên tắc GOLD 2020 sử dụng để phân loại độ nặng BPTNMT là lịch sử đợt cấp, độ nặng triệu chứng để phân loại phân tầng nguy cơ đợt cấp trong tương lai của người bệnh (công cụ ABCD). Tuy nhiên, việc sử dụng phương pháp đo chức năng hô hấp bằng phế dung ký là rất quan trọng để chẩn đoán chính xác và đánh giá tiên lượng bệnh. GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. CAT (Chronic obstructive lung disease Assessment Test: thử nghiệm đánh giá BPTNMT), mMRC (modified Medical Research Council: Hội đồng Nghiên cứu Y khoa sửa đổi), FEV1 (forced expiratory volume in 1 second: thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu tiên), FVC (forced vital capacity: dung tích sống gắng sức).

Quản lý BPTNMT ổn định.

Giảm nguy cơ đợt cấp, cùng với điều trị triệu chứng, là nền tảng của chiến lược quản lý BPTNMT hiện tại. Các thành phần chính của quản lý BPTNMT là điều trị bằng thuốc phù hợp (giải quyết cả điều trị triệu chứng và phòng ngừa đợt cấp), thúc đẩy cai thuốc lá, phục hồi chức năng phổi, và theo dõi thường xuyên quá trình tiến triển của bệnh. Công cụ đánh giá ABCD theo GOLD 2020 bao gồm sự kết hợp đánh giá độ nặng của triệu chứng [sử dụng thang điểm đánh giá BPTNMT, gọi tắt là thang điểm CAT (CAT: COPD Assessment Test score) hoặc thang điểm đánh giá khó thở của Hội đồng Nghiên cứu Y khoa đã sửa đổi, gọi tắt là thang điểm mMRC (mMRC: the modified Medical Research Council scale)], cùng với nguy cơ đợt cấp, được xác định bằng hoặc có tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí đo bằng phế dung ký hoặc lịch sử đợt cấp, để phân loại người bệnh vào nhóm phân loại nguy cơ mắc bệnh ABCD giúp hướng dẫn điều trị BPTNMT bằng thuốc (Hình 1). Thuốc giãn phế quản là phương tiện trung tâm để quản lý BPTNMT ở mọi mức độ nặng. GOLD 2020 khuyến nghị các lựa chọn cụ thể cho điều trị ban đầu khi chẩn đoán BPTNMT ở người bệnh dựa trên phân loại ABCD (Hình 2). Liệu pháp



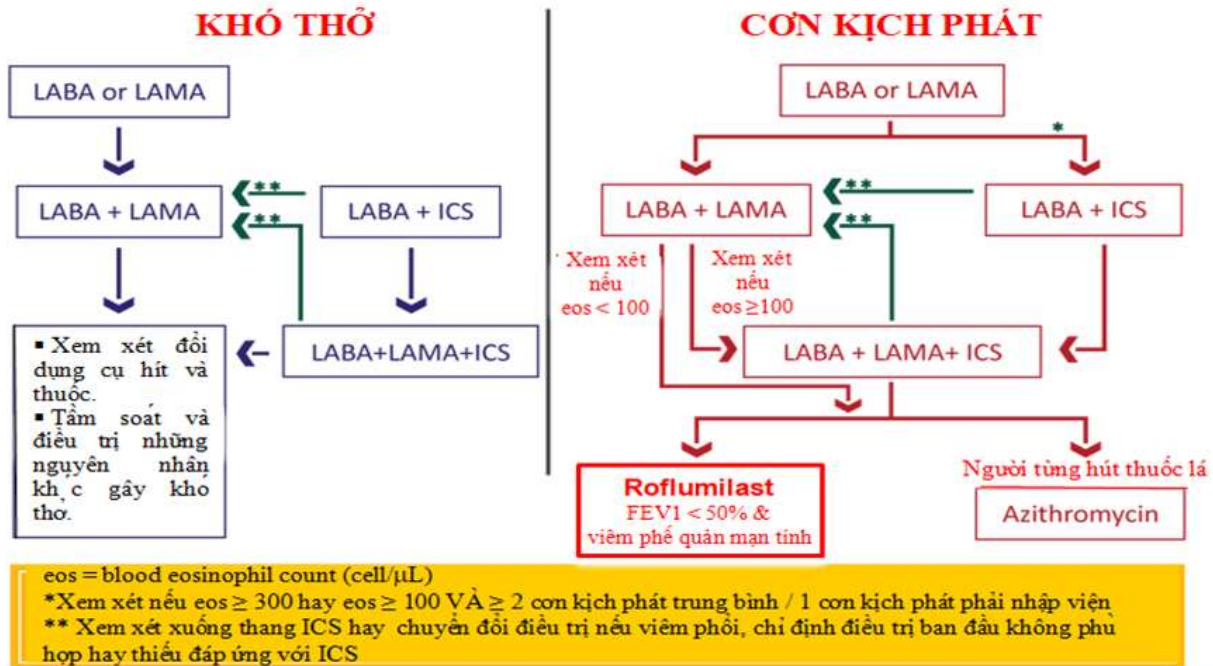
eos: blood eosinophil count (cells/ μ L): số lượng bạch cầu ái toan (tế bào/ μ L máu).

Hình 2: Lựa chọn cụ thể cho điều trị ban đầu khi chẩn đoán BPTNMT ở người bệnh dựa trên phân loại ABCD theo GOLD 2020.

ban đầu này khác với điều trị tiếp theo, dựa trên (các) thuốc người bệnh đang sử dụng và đặc điểm có thể điều trị nhất (ví dụ, khó thở hoặc đợt cấp; Hình 3) sau khi đảm bảo người bệnh hít thuốc đúng kỹ thuật và tuân thủ phác đồ điều trị ban đầu.

THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

- Nếu đáp ứng với điều trị ban đầu là phù hợp, duy trì nó
- Nếu không:
 - ✓ Xem xét đặc điểm nổi trội có thể điều trị để nhắm đến mục tiêu (khó thở hay cơn kịch phát). Chọn điều trị cơn kịch phát nếu cả cơn kịch phát và khó thở cần là mục tiêu điều trị
 - ✓ Đặt người bệnh vào trong ô tương ứng với điều trị hiện tại và làm theo các chỉ định
 - ✓ Đánh giá đáp ứng điều trị, điều chỉnh và xem xét lại
 - ✓ Những khuyến cáo này không phụ thuộc vào đánh giá ABCD khi chẩn đoán



Hình 3: Theo dõi điều trị bằng thuốc cho người BPTNMT theo GOLD 2020.

Ưu tiên lựa chọn thuốc đối kháng muscarinic tác dụng kéo dài (LAMA: Long-Acting Muscarinic Antagonist)/phối hợp đồng vận β_2 tác dụng kéo dài (LABA: Long-Acting β_2 Agonist) hơn là phác đồ điều trị có chứa corticosteroid dạng hít (ICS: Inhaled Corticosteroid).

Sự kết hợp của glycopyrronium/indacaterol (LAMA/LABA) cải thiện đáng kể chức năng phổi so với salmeterol/flomasonone (LABA/ICS) và giảm tỷ lệ viêm phổi ở người BPTNMT từ trung bình đến nặng. Tương tự, sự kết hợp LAMA/LABA của tiotropium/olodaterol cung cấp sự cải thiện chức năng phổi nhiều hơn so với salmeterol/flomasonone ở những người BPTNMT từ trung bình đến nặng. Glycopyrronium/indacaterol hơn salmeterol/flomasonone trong việc giảm tỷ lệ các đợt cấp của BPTNMT và tăng thời gian xảy ra đợt cấp đầu tiên ở những người bệnh có tiền sử bị đợt cấp trong năm trước. Đáng chú ý, so với LABA/ICS, liệu pháp phối hợp LAMA/LABA đã làm giảm đáng kể tỷ lệ các đợt cấp BPTNMT lần lượt là 31% và 11%, ở những người BPTNMT nặng vừa phải, có ít nhất 1 hoặc ít nhất 1 đợt cấp trong năm trước đó.

Nên chuyển đổi từ LABA/ICS sang LAMA/LABA nếu người bệnh không đáp ứng với ICS hoặc khi có rủi ro liên quan đến ICS. Nếu người BPTNMT bị đợt cấp tồn tại dai dẳng mặc dù đang điều

trị bằng phác đồ LAMA/LABA hoặc LABA/ICS, liệu pháp kết hợp bộ ba LAMA/LABA/ICS nên được xem xét. Việc chuyển đổi từ LAMA/LABA sang liệu pháp bộ ba nên được hướng dẫn bằng các xét nghiệm đánh giá dấu ấn sinh học (tức là, người bệnh có số lượng bạch cầu ái toan ≥ 100 tế bào/ μL máu có thể có nhiều lợi ích hơn từ liệu pháp bộ ba). Đối với những người bệnh có số lượng bạch cầu ái toan < 100 tế bào/ μL máu, roflumilast và azithromycin, theo thứ tự, nên được xem xét ở người bệnh viêm phế quản mạn tính với tắc nghẽn đường dẫn khí khí nghiêm trọng ($\text{FEV}_1 < 50\%$) và người từng hút thuốc lá.

Thử nghiệm đánh giá liệu pháp bộ ba LAMA/LABA/ICS đã cho thấy tác dụng giãn phế quản được cải thiện so với LABA/ICS và đơn trị liệu LAMA. Hơn nữa, liệu pháp bộ ba LAMA/LABA/ICS đã chứng minh làm giảm được các đợt cấp từ 23% đến 35% ở những người bệnh đã trải qua đợt cấp trong năm trước so với bộ đôi LABA/ICS.

Nâng cấp điều trị lên liệu pháp bộ ba được khuyến cáo trong Hướng dẫn của GOLD 2020 cho những người bệnh bị thêm các đợt cấp khi vẫn đang điều trị bằng LAMA/LABA hoặc LAMA/ICS bất kể đánh giá ABCD của họ khi chẩn đoán; tuy nhiên, Hướng dẫn của GOLD 2020 lưu ý rằng thiếu bằng chứng trực tiếp để chỉ ra liệu liệu pháp bộ ba có mang lại lợi ích nào nữa cho LAMA/LABA hay không khi không có đánh giá về dấu ấn sinh học. Hướng dẫn của GOLD 2020 bao gồm hướng dẫn (kể từ bản cập nhật 2017) xuống thang điều trị nếu điều trị bổ sung không mang lại sự gia tăng lợi ích, đặc biệt liên quan đến việc loại bỏ ICS khỏi điều trị nếu không thấy lợi ích, nếu viêm phổi được ghi nhận, hoặc nếu bác sĩ cho rằng ICS được chỉ định ban đầu không phù hợp.

Quản lý đợt cấp BPTNMT

Thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn, đặc biệt là thuốc kháng β_2 tác dụng ngắn, được khuyến cáo để điều trị đợt cấp và có thể kết hợp với thuốc kháng cholinergic tác dụng ngắn. Việc bổ sung corticosteroid toàn thân vào phác đồ điều trị có thể được yêu cầu đối với các đợt cấp BPTNMT mức độ vừa đến nặng hoặc những bệnh không đáp ứng với thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn. Hướng dẫn của Hiệp hội Hô hấp Châu Âu/Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ERS/ATS) khuyến cáo sử dụng corticosteroid đường uống so với corticosteroid tiêm tĩnh mạch cho người bệnh nhập viện do đợt cấp BPTNMT. Mặc dù sử dụng corticosteroid đường uống có lợi trong điều trị đợt cấp BPTNMT, hướng dẫn GOLD 2020 khuyến cáo nên sử dụng corticosteroid trong thời gian tối thiểu để tránh tác dụng phụ, bao gồm viêm phổi. Hướng dẫn ERS/ATS khuyến nghị điều trị bằng corticosteroid trong tối đa 14 ngày, trong khi GOLD 2020 khuyến nghị thời gian điều trị là 5 ngày. Đối với người bị đợt cấp BPTNMT, một đợt điều trị corticosteroid toàn thân ngắn ngày hơn (5 ngày) là không thua kém các một đợt điều trị corticosteroid toàn thân dài ngày hơn (14 ngày). Tỷ

lệ tái phát tương tự trong vòng 6 tháng và thời gian phục hồi chức năng phổi tương tự nhau trong hai cách điều trị corticosteroid này. Kháng sinh được khuyến cáo là phương pháp điều trị bổ sung cho người bệnh tăng ho khạc đờm mủ, một chỉ dấu người bệnh có nhiễm vi khuẩn. GOLD 2020 cung cấp ít hướng dẫn về việc lựa chọn kháng sinh, ngoài việc đề nghị xem xét tình hình vi khuẩn đề kháng kháng sinh tại địa phương. Các yếu tố cho thấy người bị đợt cấp BPTNMT cần phải nhập viện điều trị nội trú là người không có khả năng đối phó trong môi trường gia đình, khó thở nặng và/hoặc không đáp ứng với điều trị ban đầu và suy hô hấp cấp tính.

Cơ hội để quản lý chăm sóc chuyên tiếp.

Đợt cấp BPTNMT là biến cố xảy ra trong giai đoạn có nguy cơ cao tái phát đợt cấp trong khoảng thời gian 8 tuần sau đợt cấp ban đầu, không phải là các biến cố ngẫu nhiên. Điều này chỉ ra một cửa sổ cơ hội trị liệu giúp các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có các can thiệp phòng ngừa. Giảm nguy cơ đợt cấp BPTNMT trong tương lai là mục tiêu chính của quản lý BPTNMT và người bệnh nên được bắt đầu điều trị duy trì thích hợp sau đợt cấp tính. Khuyến cáo tất cả người bệnh nhập viện vì đợt cấp BPTNMT cần tái khám trong vòng 1 đến 4 tuần và 12 đến 16 tuần sau xuất viện. Các cuộc hẹn này nên tập trung vào đánh giá phác đồ điều trị, kỹ thuật sử dụng thuốc hít và độ nặng các triệu chứng. Người BPTNMT thường có kỹ thuật hít thuốc kém. Đây là yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ khám cấp cứu và nhập viện. Vì vậy, hướng dẫn ban đầu và lặp đi lặp lại việc giáo dục người bệnh về kỹ thuật hít thuốc rất quan trọng trong quản lý BPTNMT. Dụng cụ hít thuốc cũng rất quan trọng để quản lý BPTNMT, bởi vì sự hài lòng của người bệnh đối với dụng cụ hít thuốc được cho là ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị. Các lần tái khám và giáo dục người bệnh cũng nên giám sát sự tuân thủ điều trị bằng thuốc của người bệnh. Việc tuân thủ điều trị duy trì kém là phổ biến ở người BPTNMT và thường do nhiều yếu tố. Khi bệnh tiến triển, người BPTNMT thường cần nhiều hơn 1 loại thuốc, và họ có thể không được cung cấp với một dụng cụ hít thuốc tương tự. Việc sử dụng nhiều dụng cụ hít có thể gây nhầm lẫn cho người bệnh và dẫn đến kỹ thuật hít thuốc kém. Ngoài ra, việc thiếu một dụng cụ hít chung cho các thuốc người bệnh đang sử dụng có thể ảnh hưởng đến chi phí và cũng có thể ảnh hưởng tiêu cực đến việc tuân thủ. Tuân thủ kém có liên quan đến tỷ lệ tử vong tăng, trong khi tuân thủ tốt điều trị có liên quan đến giảm nhập viện. Ngoài ra, các lỗi liên quan đến xử lý dụng cụ hít thuốc có liên quan đến tăng tỷ lệ đợt cấp BPTNMT nặng. Do đó, báo cáo GOLD 2020 nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá kỹ thuật hít thuốc và tuân thủ điều trị ở người bệnh kiểm soát triệu chứng kém trước khi điều chỉnh chế độ điều trị/thuốc của người bệnh. Các dược sĩ cộng đồng, lâm sàng và bệnh viện có thể cung cấp thông tin liên quan đến thuốc cho người BPTNMT, bao gồm cả mục đích và giá trị của việc dùng thuốc trong giai đoạn điều trị duy trì, tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị, kỹ thuật hít

thuốc đúng cách, cách khắc phục sự cố và bảo trì dụng cụ hít thuốc. Giáo dục kỹ thuật hít thuốc, tuân thủ điều trị bằng thuốc của các dược sĩ cộng đồng có tác động tích cực, giúp giảm đáng kể các lỗi hít thuốc, cải thiện việc lựa chọn thuốc hít và tuân thủ tốt hơn với thuốc hít.

Các tác động của đợt cấp BPTNMT đối với hệ thống y tế

Đợt cấp BPTNMT là nguyên nhân chính của việc sử dụng nguồn lực chăm sóc sức khỏe vì chúng làm tăng số lượt khám bệnh, khám cấp cứu, nhập viện và sử dụng thuốc so với BPTNMT ổn định. Dữ liệu từ các nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu lớn gợi ý rằng khoảng 37% đến 71% người BPTNMT trải qua ít nhất 1 đợt cấp hàng năm. Đợt cấp cũng có thể xảy ra ở người BPTNMT nhẹ nhưng được báo cáo ít hơn. Trong số những người bệnh trải qua đợt cấp BPTNMT, khoảng 9% đến 31% cần khám cấp cứu và khoảng 14% đến 35% cần nhập viện. Các đợt cấp nhẹ hơn thường có thể được điều trị ngoại trú, nhưng những đợt cấp từ trung bình đến nặng có thể khiến người bệnh khám cấp cứu hoặc nhập viện, dẫn đến chi phí điều trị cao hơn với sự gia tăng tần suất và độ nặng của đợt cấp. Chi phí điều trị trung bình cho đợt cấp nặng cần nhập viện có thể dao động từ 7.000 đến 39.200 đô la Mỹ, với chi phí tăng lên đáng kể cho những người bệnh cần thở máy. Các bệnh đi kèm, bao gồm cả bệnh tim mạch và ung thư phổi, thường gặp ở người BPTNMT và có liên quan đáng kể đến chi phí cao hơn và tăng tỷ lệ tử vong sau khi nhập viện vì đợt cấp BPTNMT. Tỷ lệ sống sau 5 năm nhập viện vì đợt cấp BPTNMT được ước tính là chỉ 45%.

Tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau khi người BPTNMT bị đợt cấp được xuất viện xảy ra ở khoảng 20% người bệnh. Các yếu tố liên quan đến tái phát và tái nhập viện bao gồm thời gian nằm viện dài hơn, FEV1 thấp, bệnh đồng mắc, chỉ số mMRC cao và đã từng nhập viện trước đó. Tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 90 ngày sau các đợt cấp là khoảng 35% và có liên quan có ý nghĩa với tỷ lệ tử vong tăng (13,4% ở người bệnh tái nhập viện so với 2,3% ở người bệnh không tái nhập viện). Những người BPTNMT trải qua nhiều lần tái nhập viện có thể có một kiểu hình được gọi là “người BPTNMT có đợt cấp thường xuyên”. Có giả thuyết cho rằng người bệnh có kiểu hình này có một hệ thống miễn dịch (tế bào CD4 và CD8) thay đổi thích nghi làm suy giảm phản ứng viêm, tạo điều kiện cho các đợt cấp của BPTNMT. Tuy nhiên, kiểu hình này không chỉ được nhìn thấy ở những người bệnh bị tắc nghẽn luồng khí nghiêm trọng nhất. Có 22%, 33% và 47% người bệnh, theo thứ tự, bị tắc nghẽn luồng khí trung bình, nặng và rất nặng, là “người BPTNMT có đợt cấp thường xuyên”. Tỷ lệ cao của kiểu hình thường gặp này, ngay cả ở những người bệnh bị tắc nghẽn luồng khí vừa phải, đặc biệt đáng lo ngại vì những tác động bất lợi mà các đợt cấp gây ra, bao gồm tăng tốc suy giảm chức năng phổi, giảm chất lượng cuộc sống và gia tăng tỷ lệ nhập viện và tỷ lệ tử vong.

Một số nghiên cứu đã đánh giá các đặc điểm khi nhập viện và các cách thức để giảm số lần tái nhập viện sau khi người BPTNMT bị đợt cấp được xuất viện. Một chương trình quản lý BPTNMT, cung cấp dịch vụ theo dõi trong cộng đồng sau khi xuất viện, đã tìm thấy cách thức giảm tỷ lệ tái nhập viện 60 ngày và 90 ngày liên quan đến BPTNMT và mọi nguyên nhân. Chương trình này bao gồm thăm khám tại nhà, đánh giá lâm sàng, xem xét lại thuốc điều trị, hướng dẫn kỹ thuật hít thuốc, và các thành phần giáo dục cho người bệnh về bệnh tật của họ. Một nhóm tiêu biểu chăm sóc người bệnh thường bao gồm một điều dưỡng điều trị (nurse practitioner), y tá được hành nghề (registered nurse) và một người vật lý trị liệu hô hấp. Tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau khi người BPTNMT bị đợt cấp được xuất viện là 18,8% nếu người bệnh được chăm sóc bởi các cơ sở điều dưỡng có kỹ năng thực hành y khoa tốt, 27,7% nếu người bệnh được chăm sóc tại nhà, 31,1% nếu người bệnh không được chăm sóc tại nhà. Một nghiên cứu tiến cứu, quan sát, cho thấy một đội chăm sóc người BPTNMT bao gồm một người vật lý trị liệu hô hấp, bác sĩ chuyên khoa hô hấp, dược sĩ, bác sĩ chăm sóc tích cực, bác sĩ nội tổng quát và các y tá đã giúp cải thiện việc chăm sóc người BPTNMT bị các đợt cấp. Các thành viên trong đội chăm sóc này thực hiện các phác đồ điều dưỡng chuẩn, giáo dục người bệnh về sử dụng thuốc và kỹ thuật hít thuốc, giới thiệu người BPTNMT bị đợt cấp được xuất viện đến bác sĩ chuyên khoa hô hấp khám bệnh sau khi xuất viện. Kết quả cho thấy tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày và 60 ngày giảm có ý nghĩa thống kê so với với nhóm chứng (9,1% so với 54,4% trong vòng 30 ngày và 22,7% so với 77,0% trong vòng 60 ngày). Thời gian nằm viện cũng được giảm sau khi thực hiện gói chăm sóc, cũng như tổng chi phí bệnh viện tổng hợp tại 90 ngày sau khi xuất viện, đã giảm từ 19.954 USD xuống 7.652 USD. Ngược lại, những nghiên cứu khác nhận thấy việc sử dụng các gói chăm sóc không giúp giảm tỷ lệ người BPTNMT tái nhập viện vì đợt cấp. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên tại một trung tâm, một gói chăm sóc bao gồm tư vấn cai thuốc lá, giáo dục người bệnh và theo dõi qua điện thoại không làm giảm tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày và 60 ngày. Tương tự, Sáng kiến Thanh toán Gói bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, trong đó người BPTNMT nhận được theo dõi qua điện thoại, thực hiện phục hồi chức năng phổi, chỉ định bác sĩ chuyên khoa hô hấp và chăm sóc tại nhà, đã không làm giảm đáng kể số lần tái nhập viện trong vòng 30 ngày hoặc 90 ngày và cho thấy không hiệu quả về chi phí.

Các chương trình phục hồi chức năng phổi liên quan đến phương pháp tiếp cận nhiều chuyên khoa, bao gồm cả liệu pháp tập thể dục và giáo dục người bệnh, đã chứng minh là cải thiện chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở người BPTNMT. Một nghiên cứu 5 năm về việc sử dụng chương trình phục hồi chức năng hô hấp với thông khí áp lực âm nhận thấy rằng trong 4 năm đầu tiên, người bệnh phục hồi chức năng phổi và thở máy áp lực âm đã tăng 66% khả năng tập thể dục

và giảm 54% tốc độ suy giảm chức năng phổi, tổng chi phí y tế hàng năm giảm khi so sánh với những người bệnh được chỉ định tham gia chương trình tập thể dục (3.274 USD ± 1.604 USD so với 4.335 USD ± 3.269 USD). Hướng dẫn ERS/ATS khuyến nghị bắt đầu tập phục hồi chức năng phổi trong vòng 3 tuần sau khi xuất viện. Chương trình tập phục hồi chức năng phổi mang lại nhiều lợi ích cho người BPTNMT nhưng vẫn còn những khó khăn để tiếp cận là một vấn đề đối với nhiều người bệnh. Điều trị duy trì bằng thuốc là một chiến lược quan trọng để giảm nhập viện do các đợt cấp BPTNMT. Thời điểm bắt đầu điều trị duy trì sau đợt cấp ở người bệnh không có bệnh đồng mắc có thể ảnh hưởng đáng kể đến kết quả. So với người bệnh bắt đầu điều trị duy trì sớm, người bệnh bắt đầu điều trị duy trì sau hơn 30 ngày sau khi xuất viện có nguy cơ nhập viện hoặc khám cấp cứu liên quan đến BPTNMT cao hơn đáng kể (43%) trong năm tiếp theo. Những nghiên cứu khác cũng thấy rằng việc bắt đầu điều trị duy trì trong vòng 30 ngày đầu tiên sau khi xuất viện đã làm giảm đáng kể số lần khám cấp cứu liên quan đến BPTNMT (36,7%), đến khám phòng khám (12,1%) và chi phí điều trị ngoại trú (39%) trong năm tiếp theo. Một nghiên cứu hồi cứu cho thấy sau đợt cấp BPTNMT mức độ nặng trung bình cần phải kê đơn corticosteroid đường uống, chỉ có 25% người bệnh được chỉ định điều trị duy trì. Việc tuân thủ điều trị thuốc duy trì rất quan trọng trong giảm tỷ lệ nhập viện và tử vong.

Kết luận

Các đợt cấp BPTNMT, đặc biệt là những trường hợp cần thăm cấp cứu hoặc nhập viện, dẫn đến gia tăng đáng kể gánh nặng kinh tế. Người BPTNMT có đợt cấp thường xuyên bị giảm chất lượng cuộc sống và đẩy nhanh tiến triển bệnh. Điều trị thích hợp với duy trì sử dụng thuốc giãn phế quản làm giảm tần suất đợt cấp. Điều này nhấn mạnh cần thực hiện nâng cao nhận thức về các khuyến cáo điều trị giữa các nhân viên y tế và các tổ chức chăm sóc sức khỏe để có thể cải thiện việc chăm sóc người bệnh. Các chương trình chăm sóc sau đợt cấp BPTNMT làm tăng hỗ trợ có lợi cho người bệnh trong việc cải thiện kết quả và giảm nhập viện. Các chương trình bao gồm giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa hô hấp, giáo dục người bệnh, hướng dẫn kỹ thuật hít thuốc, và phục hồi chức năng hô hấp đã chứng minh là thành công và, kết hợp với liệu pháp duy trì thích hợp, có thể cải thiện cuộc sống của người BPTNMT bị đợt cấp thường xuyên. Điều này nhấn mạnh rằng việc tiếp tục tiến tới chăm sóc tích hợp BPTNMT là cách để đạt được kết quả tốt hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Bartolomé R. Celli, Claudia G. Cote, Jose M. Marin, et al.(2004), “The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease”, N Engl J Med 2004;350:1005-12.

2. Claudia G. Cote, Luis J. Dordelly, Bartolomé R. Celli (2007), “Impact of COPD Exacerbations on Patient-Centered Outcomes”, 131(3):696-704.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2020 report. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>.
4. Suzanne G. Bollmeier, Aaron P. Hartmann (2020), “Management of chronic obstructive pulmonary disease: A review focusing on exacerbations”, Am J Health-Syst Pharm.; 77:259-268.



ultibro[®]
breezhaler[®]
Indacaterol/Glycopyrronium 110/50 mcg



Ngày in tài liệu: Ngày 08 tháng 09 năm 2020.

Tài liệu gồm 4 trang. Thông tin chi tiết về sản phẩm, vui lòng xem trang 4.

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế: 184/2019/XN TT/QLD, ngày 04 tháng 07 năm 2019.

1. Thông tin kê toa Ultibro[®] Breezhaler[®]



DẠNG BẢO CHẾ: bột hít chứa trong nang cứng kèm dụng cụ hít. **THÀNH PHẦN HOẠT CHẤT:** Mỗi nang chứa indacaterol (dưới dạng indacaterol maleat) 110mcg; Glycopyrronium (dưới dạng Glycopyrronium bromide) 50mcg. Mỗi liều được phóng thích (liều rời khỏi đầu dụng cụ ngậm của dụng cụ hít) tương ứng với 85 microgram indacaterol và 43 microgram glycopyrronium. **CHỈ ĐỊNH:** Ultibro Breezhaler là thuốc giãn phế quản được chỉ định dùng một lần trong ngày trong điều trị duy trì để làm giảm triệu chứng và làm giảm các đợt cấp ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **LIỀU DÙNG:** Liều được khuyến cáo là một lần hít trong ngày với lượng thuốc chứa trong 1 viên nang 110/50 mcg qua dụng cụ hít Ultibro Breezhaler. **Suy giảm chức năng thận:** có thể sử dụng ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng thận từ nhẹ đến trung bình. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng hoặc bệnh thận giai đoạn cuối cần lọc máu nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ. **Suy giảm chức năng gan:** có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng gan từ nhẹ đến trung bình. Chưa có dữ liệu trên bệnh nhân suy gan nặng. **Trẻ em (dưới 18 tuổi):** Không sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân dưới 18 tuổi. **Người cao tuổi (trên 75 tuổi):** có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều được khuyến cáo cho bệnh nhân trên 75 tuổi. **CÁCH DÙNG:** Chỉ dùng viên nang Ultibro Breezhaler theo đường hít qua miệng và chỉ dùng với dụng cụ hít Ultibro Breezhaler. Không được nuốt viên nang Ultibro Breezhaler. Nên dùng vào cùng thời gian mỗi ngày. Nếu quên dùng thuốc, nên dùng lại sớm nhất có thể. Bệnh nhân cần được hướng dẫn để không dùng quá một liều thuốc trong ngày. Viên nang Ultibro Breezhaler nên được bảo quản trong vỉ nhôm để tránh ẩm, và chỉ bỏ thuốc ra khỏi vỉ NGAY TRƯỚC KHI SỬ DỤNG. Khi hết đơn Ultibro Breezhaler, nên hướng dẫn cho bệnh nhân sử dụng dụng cụ hít đúng cách. Cần hỏi kỹ có phải bệnh nhân đã nuốt thuốc chứ không phải hít thuốc không nếu bệnh nhân không có sự cải thiện nhịp thở. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Bệnh nhân quá mẫn với indacaterol hoặc glycopyrronium, một thành phần của Ultibro Breezhaler, hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Không dùng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc có chứa chất đồng vận beta-adrenergic tác dụng kéo dài hoặc các thuốc đối kháng thụ thể muscarinic tác dụng kéo dài. **Hen phế quản:** Không dùng Ultibro Breezhaler để điều trị hen phế quản do thiếu các dữ liệu cho chỉ định này. **Không sử dụng trong trường hợp cấp tính:** Ultibro Breezhaler không được chỉ định để điều trị các cơn co thắt phế quản cấp. **Quá mẫn liên quan đến indacaterol:** Nếu xuất hiện các dấu hiệu của phản ứng dị ứng (đặc biệt là khó thở hoặc khó nuốt, sưng lưỡi, môi và mặt, nổi mề đay, phát ban da), nên ngừng dùng thuốc ngay và có biện pháp điều trị thích hợp. **Cơ thắt phế quản nghịch lý:** Giống như các liệu pháp điều trị dạng hít khác, dùng Ultibro Breezhaler có thể dẫn đến cơ thắt phế quản nghịch lý, có khi đe dọa đến tính mạng. Nếu xuất hiện biểu hiện cơ thắt phế quản nghịch lý, nên ngừng dùng Ultibro Breezhaler ngay lập tức và có biện pháp điều trị thích hợp. **Tác dụng kháng cholinergic liên quan đến glycopyrronium:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân bị glaucoma góc đóng hoặc bí tiểu. **Bệnh nhân suy giảm chức năng thận nặng:** Chỉ sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng (tốc độ lọc cầu thận ước tính dưới 30 mL/phút/1,73 m²) bao gồm các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần lọc máu trong trường hợp lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ và nên được theo dõi chặt các phản ứng bất lợi của thuốc. **Tác dụng toàn thân của các chất đồng vận beta:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân có bệnh lý tim mạch (bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim cấp, loạn nhịp tim, tăng huyết áp), bệnh nhân mắc động kinh hoặc nhiễm độc tuyến giáp và các bệnh nhân có đáp ứng bất thường với các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler nhiều lần hơn hoặc ở liều cao hơn khuyến cáo. **Tác dụng trên tim mạch của các chất đồng vận beta:** Ultibro Breezhaler có thể gây ảnh hưởng trên tim mạch có ý nghĩa lâm sàng ở một số bệnh nhân thể hiện qua tăng nhịp tim, huyết áp, có hoặc không có triệu chứng. Trong trường hợp này, cần cân nhắc ngừng dùng thuốc. Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến kéo dài khoảng QTc chưa được ghi nhận trong các thử nghiệm lâm sàng của Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Hạ kali máu của các chất đồng vận beta:** Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến hạ kali máu chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu lâm sàng với Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Tăng glucose máu với các chất đồng vận beta:** Bệnh nhân đái tháo đường nên được theo dõi chặt hơn khi bắt đầu điều trị bằng Ultibro Breezhaler. Ultibro Breezhaler chưa được nghiên cứu trên bệnh nhân đái tháo đường không được kiểm soát tốt đường huyết. **PHẢN ỨNG BẤT LỢI CỦA THUỐC:** *Rất thường gặp (≥ 1/10):* nhiễm khuẩn đường hô hấp trên; *thường gặp (≥ 1/100 đến < 1/10):* Viêm mũi họng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm xoang, viêm mũi, quá mẫn, tăng đường huyết và bệnh đái tháo đường, chóng mặt, nhức đầu, ho, đau miệng-họng bao gồm cả kích ứng họng, khó tiêu, sàu răng, tắc nghẽn bàng quang và bí tiểu, sốt, đau ngực; *ít gặp (≥ 1/1.000 đến < 1/100):* Phù mạch, mất ngủ, glaucoma, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rung nhĩ, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, cơ thắt phế quản nghịch lý, khó phát âm, chảy máu cam, viêm dạ dày ruột, khô miệng, ngứa/phát ban, đau cơ xương, cơ thắt cơ, đau cơ, đau ở chi, phù ngoại biên, mệt mỏi; *hiếm gặp (≥ 1/10.000 đến < 1/1.000):* Dị cảm. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. **TƯƠNG TÁC, TƯƠNG Kỵ CỦA THUỐC:** Chưa có nghiên cứu tương tác thuốc – thuốc đặc hiệu được thực hiện trên Ultibro Breezhaler. Thông tin về khả năng tương tác của Ultibro Breezhaler dựa trên khả năng gây tương tác của từng thành phần đơn trị liệu của thuốc. Không nên dùng Ultibro Breezhaler cùng các thuốc chẹn beta-adrenergic (bao gồm cả các thuốc nhỏ mắt). Trong trường hợp cần thiết, nên ưu tiên lựa chọn các thuốc chẹn beta-adrenergic chọn lọc trên tim, nhưng nên sử dụng thận trọng. Thận trọng khi sử dụng với các thuốc có khả năng kéo dài khoảng QTc (thuốc ức chế monoamine oxidase, thuốc chống trầm cảm ba vòng...) vì có thể làm tăng nguy cơ gây loạn nhịp thất. Sử dụng đồng thời với các thuốc cường giao cảm khác (đơn độc hoặc ở trong dạng phối hợp) có thể làm tăng tác dụng bất lợi của indacaterol. Sử dụng đồng thời với các dẫn chất methylxanthin, các steroid, các thuốc lợi tiểu không giữ kali có thể làm tăng tác dụng hạ kali máu của các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. Mức độ phơi nhiễm thuốc tăng do tương tác thuốc với các thuốc ức chế mạnh và đặc hiệu CYP3A4 và P-gp (như ketoconazol, erythromycin, verapamil và ritonavir) nhưng không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến độ an toàn của thuốc. **Tương tác liên quan đến glycopyrronium:** Sử dụng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc kháng cholinergic dạng hít không được khuyến cáo. Dự kiến không có tương tác thuốc khi dùng glycopyrronium đồng thời với cimetidin hoặc các thuốc ức chế hệ vận chuyển cation hữu cơ khác. **ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT:** **Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản:** Chưa có các khuyến cáo đặc biệt cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. **Phụ nữ có thai:** Chưa có các dữ liệu trong việc sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ có thai. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler trong thời kỳ mang thai nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên thai nhi. **Phụ nữ cho con bú:** chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ đang cho con bú khi lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên trẻ em. **Khả năng sinh sản:** không cho thấy ảnh hưởng của thuốc trên khả năng sinh sản của cả nam và nữ. **Quá trình chuyển dạ và sinh con:** Tương tự các thuốc đồng vận beta2-adrenergic khác, Ultibro Breezhaler có thể ức chế quá trình chuyển dạ do tác dụng giãn cơ trơn tử cung. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Sản phẩm này có ảnh hưởng không đáng kể đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, chóng mặt có thể xảy ra và ảnh hưởng đến khả năng lái xe và sử dụng máy móc. **QUÁ LIỀU:** Quá liều có thể dẫn đến tác dụng kích thích quá mức beta2-adrenergic điển hình như nhịp nhanh, run, đánh trống ngực, đau đầu, buồn nôn, nôn, buồn ngủ, rối loạn nhịp thất, nhiễm acid chuyển hóa, hạ kali máu và tăng glucose huyết hoặc có thể gây ra tác dụng kháng cholinergic, như tăng nhãn áp (gây đau, rối loạn thị giác hoặc đỏ mắt), táo bón hoặc tiểu khó. Điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng được chỉ định trong trường hợp này. Trong trường hợp nghiêm trọng, nên cho bệnh nhân nhập viện. Sử dụng các thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim có thể được cân nhắc để điều trị các triệu chứng cường beta2-adrenergic nhưng phải dưới sự giám sát của bác sĩ và cần hết sức thận trọng vì sử dụng các thuốc chẹn beta-adrenergic có thể gây co thắt phế quản. **HẠN DÙNG:** 18 tháng kể từ ngày sản xuất. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp gồm 5 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 dụng cụ hít; Hộp gồm 1 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 dụng cụ hít; Hộp gồm 2 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 dụng cụ hít. **ĐIỀU KIỆN BẢO QUẢN:** Không bảo quản thuốc trên 30°C. Tránh ẩm. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler sau ngày "EXP" ghi trên vỏ hộp. Ultibro Breezhaler phải được giữ ngoài tầm quan sát và tầm với của trẻ em. **CƠ SỞ SẢN XUẤT:** Novartis Pharma Stein AG, Schaffhauserstrasse, 4332 Stein, Thụy Sĩ. **NHÀ NHẬP KHẨU:** Công ty cổ phần Dược liệu Trung Ương 2, số 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Mọi thông tin chi tiết vui lòng liên hệ: Công ty TNHH Novartis Việt Nam

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG, XỬ LÝ VÀ HỦY BỎ

Một bộ Ultibro Breezhaler bao gồm:

- Một dụng cụ hít Ultibro Breezhaler
- Một hoặc nhiều vỉ thuốc chứa viên nang Ultibro Breezhaler được sử dụng trong dụng cụ hít



Chỉ sử dụng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler có trong bộ này.

Không ấn viên nang qua lớp giấy bạc để đưa thuốc ra khỏi vỉ.

Xử lý mỗi dụng cụ hít sau 30 ngày sử dụng. Hỏi ý kiến dược sỹ về cách xử lý thuốc và dụng cụ hít không còn sử dụng.

Không nuốt viên nang Ultibro Breezhaler. Bột chứa trong nang được sử dụng để hít.



Kéo nắp ra



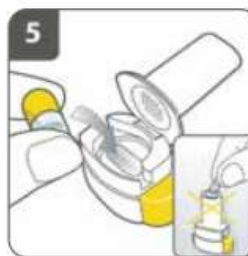
Lấy viên nang Ultibro Breezhaler ra:

Viên nang nên luôn được bảo quản trong vỉ và chỉ được lấy ra ngay trước khi sử dụng. Lấy viên nang ra khỏi vỉ bằng tay khô.



Mở dụng cụ hít:

Giữ chặt đáy dụng cụ hít và kéo nghiêng đầu hít để mở dụng cụ hít.



Đặt viên nang:

Đặt viên nang vào buồng chứa.

Không bao giờ được đặt viên nang trực tiếp vào đầu dụng cụ hít.



Chuẩn bị viên nang:

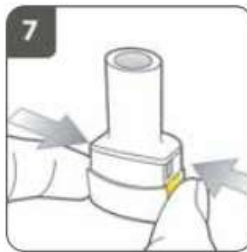
Tách riêng vỉ mang một viên nang ra khỏi vỉ thuốc bằng cách xé vỉ theo đường đục lỗ trên vỉ thuốc.

Xé bỏ lớp bảo vệ bên ngoài để lộ ra viên nang (không ấn viên nang qua lớp giấy bạc).



Đóng dụng cụ hít:

Đóng chặt dụng cụ hít. Bạn sẽ nghe thấy một tiếng "click" khi đã đóng chặt hoàn toàn.

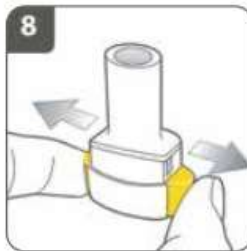


Chọc thủng viên nang:
Giữ dụng cụ hít thẳng đứng với đầu dụng cụ hít hướng lên trên. Nhấn chắc cả hai nút cùng một lúc. Bạn sẽ nghe thấy tiếng "clic" khi viên nang đã được chọc thủng.

Không ấn vào nút chọc thủng quá một lần.



Chú ý:
Khi bạn hít vào qua dụng cụ hít, viên nang quay xung quanh buồng đặt và bạn nghe thấy tiếng kêu vo vo. Bạn sẽ thấy có vị ngọt khi thuốc đi vào phổi. Nếu bạn không nghe thấy tiếng vo vo, viên nang có thể bị mắc kẹt trong buồng đặt. Nếu điều này xảy ra, mở dụng cụ hít và cẩn thận gỡ viên nang bằng cách gõ vào đáy dụng cụ hít. Không ấn vào nút chọc thủng để gỡ viên nang. Lặp lại bước 9 và 10 nếu cần thiết.



Nhả nút hoàn toàn.

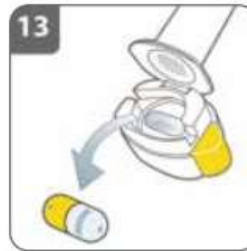


Nín thở:
Tiếp tục nín thở trong vòng ít nhất 5 đến 10 giây và kéo dài thoải mái có thể trong khi bỏ dụng cụ hít ra khỏi miệng. Sau đó thở ra. Mở dụng cụ hít để kiểm tra có còn bột đọng lại trong viên nang hay không. Nếu vẫn còn bột đọng lại trong viên nang, đóng dụng cụ hít và lặp lại bước 9 đến 12. Hầu hết người dùng đều có thể làm rỗng viên nang với một hoặc hai lần hít. Một số người thỉnh thoảng ho một thời gian ngắn ngay sau khi dùng thuốc. Nếu bạn bị như vậy, đừng lo lắng, nếu viên nang trông chúng tỏ bạn đã nhận được đủ liều.



Thở ra:
Thở mạnh ra trước khi đặt dụng cụ hít vào miệng.

Không bao giờ thổi vào dụng cụ hít.



Bỏ viên nang rỗng:
Sau khi dùng xong liều hàng ngày Ultibro Breezhaler, bạn mở lại dụng cụ hít, loại bỏ viên nang rỗng bằng cách nghiêng nó ra khỏi buồng đặt viên nang và bỏ nang đi. Đóng dụng cụ hít và đóng nắp lại.

Không bảo quản nang thuốc trong dụng cụ hít Ultibro Breezhaler.



Hít thuốc:

- Giữ dụng cụ hít như trong hình vẽ với hai nút về phía trái và phải (không để nút ở phía trên và phía dưới).
- Đặt dụng cụ hít vào mồm, ngậm chặt miệng vào dụng cụ hít.
- Hít vào nhanh nhưng đều đặn, càng sâu càng tốt. Không ấn vào nút chọc thủng.

GHI NHỚ:

- Không nuốt viên nang Ultibro Breezhaler.
- Chỉ sử dụng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler có trong bộ này.
- Luôn bảo quản viên nang Ultibro Breezhaler trong vỉ và chỉ được tháo ra ngay trước khi sử dụng.
- Không bao giờ đặt trực tiếp viên nang Ultibro Breezhaler vào đầu dụng cụ hít Ultibro Breezhaler.
- Không ấn nút chọc thủng vỏ nang quá một lần.
- Không bao giờ thổi vào dụng cụ hít của bộ hít Ultibro Breezhaler.
- Luôn nhả nút ấn vào trước khi hít.
- Không bao giờ rửa bộ hít Ultibro Breezhaler bằng nước. Giữ bộ hít luôn khô ráo. Đọc mục dưới đây "Làm thế nào để làm sạch dụng cụ hít của bạn".
- Không bao giờ dùng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler với mục đích khác.
- Luôn sử dụng dụng cụ hít Ultibro Breezhaler mới đi kèm với bộ thuốc Ultibro Breezhaler mới của bạn.
- Không bảo quản viên nang trong dụng cụ hít Ultibro Breezhaler.
- Luôn giữ dụng cụ hít Ultibro Breezhaler và viên nang Ultibro Breezhaler ở nơi khô ráo.

Làm sạch dụng cụ hít: Không bao giờ rửa bằng nước. Lau bên trong và bên ngoài dụng cụ hít bằng một miếng vải khô, sạch để loại bỏ phần bột thuốc còn dư. Giữ dụng cụ hít luôn khô

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CĂNG PHÒNG PHỔI QUÁ MỨC Ở BỆNH NHÂN COPD

TS. BS. NGUYỄN VĂN THỌ
BỘ MÔN LAO VÀ BỆNH PHỔI, ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM, VIỆT NAM

Tóm tắt

Bệnh nhân COPD biểu hiện trên lâm sàng là khó thở tăng dần theo thời gian và giảm khả năng gắng sức. Các triệu chứng này thường liên quan đến tình trạng căng phòng phổi quá mức. Căng phòng phổi quá mức là tình trạng tăng bất thường phân thể tích khí còn lại trong phổi sau thì thở ra bình thường, do khí phế thũng gây giảm sức đàn của nhu mô phổi và do tái cấu trúc đường dẫn khí gây tăng sức cản đường thở. Căng phòng phổi quá mức gồm căng phòng phổi tĩnh và động, khiến cơ hô hấp hoạt động ở tư thế bất lợi nên dễ bị mỏi, bệnh nhân dễ khó thở ở mức vận động thấp và có kiểu thở thở nhanh nông khi cần gắng sức. Căng phòng phổi quá mức có thể được chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng, X-quang và/hoặc CT ngực, đo khả năng khuếch tán khí CO và đặc biệt là đo thể tích phổi bằng phế thân ký. Mục đích điều trị ở bệnh nhân COPD có căng phòng phổi quá mức là giảm căng phòng phổi tĩnh và động, từ đó giảm khó thở và tăng khả năng vận động. Điều trị bao gồm các thành phần không thuốc như các kiểu hình khác, tối ưu hóa thuốc giãn phế quản và can thiệp giảm thể tích phổi nếu khả thi.

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF LUNG HYPERINFLATION IN PATIENTS WITH COPD

NGUYEN VAN THO, MD, PHD
DEPARTMENT OF TB AND LUNG DISEASES, UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI
MINH CITY, VIETNAM

Abstract

Patients with COPD clinically present as progressive dyspnea over time and decrease of exercise ability. These symptoms are usually related to lung hyperinflation. Lung hyperinflation is an abnormal increase in the volume of air remaining in the lungs at the end of spontaneous expiration, which is resulted from the decrease of lung elastic recoil pressure due to emphysema and the increase of airway resistance due to airway remodeling. Lung hyperinflation includes static hyperinflation and dynamic hyperinflation, in which respiratory muscles are working at disadvantage position and are easy to be wasting, patients feel dyspnea at low level of activities and adopt the rapid and shallow breathing pattern when oxygen demand increases. Hyperinflation can be diagnosed on the basis of physical examination, chest X-ray and/or CT, DLCO and especially measurement of lung volumes by plethysmography. The objectives of management in COPD patients with lung hyperinflation are to decrease the severity of both static and dynamic hyperinflation, which then alleviates dyspnea and improves exercise tolerance. The management includes non-pharmacological components similar to other COPD phenotypes, optimal use of inhaled long-acting bronchodilators, and interventions of lung volume reduction if feasible.

COPD ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN VÀ VAI TRÒ ICS/LABA

PGS TS BS LÊ TIẾN DŨNG

Đợt cấp COPD được định nghĩa là một tình trạng xấu đi cấp tính các triệu chứng hô hấp đưa đến việc phải điều trị thêm. Yếu tố tiên đoán tốt nhất những bệnh nhân COPD có đợt cấp thường xuyên là tiền sử về những đợt điều trị trước đó. Khoảng 20% bệnh nhân GOLD 2 (giới hạn đường dẫn khí trung bình) có đợt cấp thường xuyên. Nguy cơ đợt cấp tăng lên đáng kể ở bệnh nhân GOLD 3 (nặng) và GOLD 4 (rất nặng). Có mối tương quan giữa số lượng eosinophil máu và nguy cơ cơn kịch phát. Một số nghiên cứu mới đây cho thấy số lượng eosinophil máu tiên đoán khả năng hiệu quả của ICS trong dự phòng các cơn kịch phát tương lai. Nhiều nghiên cứu ở những bệnh nhân có nhiều cơn kịch phát cho thấy thuốc dẫn phế quản kết hợp LABA/LAMA làm giảm các cơn kịch phát tốt hơn dạng kết hợp ICS/LABA. Tuy nhiên, những nghiên cứu khác ở quần thể có nguy cơ đợt cấp thường xuyên (≥ 2 cơn kịch phát và / hoặc 1 cơn kịch phát nhập viện trong năm vừa qua) cho thấy ICS/LABA làm giảm các cơn kịch phát tốt hơn kết hợp LABA/LAMA ở những bệnh nhân có số lượng eosinophil trong máu cao. Một nghiên cứu quan sát lớn cho thấy hiệu quả tương đương giữa LABA/LAMA và ICS/LABA nhưng có tăng cao đáng kể nguy cơ viêm phổi ở nhóm bệnh nhân được điều trị với ICS/LABA.

FREQUENT EXACERBATIONS OF COPD AND THE ROLE OF ICS/LABA.

A/PROF. LE TIEN DUNG, MD, PHD

COPD exacerbations are defined as an acute worsening of respiratory symptoms that result in additional therapy. The best predictor of having frequent exacerbations is a history of earlier treated events. Approximately 20% of GOLD 2 (moderate airflow limitation) patients may experience frequent exacerbations. The risk of exacerbations is significantly higher for patients with GOLD 3 (severe) and GOLD 4 (very severe). There is an association between blood eosinophil count and risk of exacerbations. A number of recent studies have shown that blood eosinophil counts predict the magnitude of the effect of ICS in preventing future exacerbations. Some studies in patients with a history of exacerbations confirmed that a combination LABA/LAMA decreased exacerbations to a greater extent than an ICS/LABA combination. However, another study in a population with high exacerbation risk (≥ 2 exacerbations and/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 counts. A large observational study found similar effectiveness of LABA/LAMA and ICS/LABA but a significantly higher risk of pneumonia in those treated with ICS/LABA.



Phối hợp thuốc giãn phế quản trong điều trị duy trì COPD⁽¹⁾

SPIOLTO[®] RESPIMAT[®] được chỉ định như một thuốc điều trị giãn phế quản duy trì để giảm các triệu chứng ở bệnh nhân trưởng thành bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Liều khuyến cáo cho người lớn là 5 microgam tiotropium và 5 microgam olodaterol, tương đương với 2 nhát xịt từ bình xịt hạt mịn Respimat, mỗi ngày dùng một lần vào cùng một thời điểm trong ngày.⁽²⁾



SPIOLTO[®] RESPIMAT[®]

Dung dịch để hít

Thành phần: SPIOLTO[®] RESPIMAT[®] là bình xịt hạt mịn chứa dung dịch tiotropium + olodaterol để hít. Mỗi nhát xịt cung cấp 2,5 microgam tiotropium và 2,5 microgam olodaterol (2 nhát xịt tương ứng với một liều). Lượng thuốc trong mỗi nhát xịt là lượng thuốc cung cấp cho bệnh nhân hít qua ống ngậm của bình xịt. **Chỉ định:** SPIOLTO[®] RESPIMAT[®] được chỉ định như một thuốc điều trị giãn phế quản duy trì để giảm các triệu chứng ở bệnh nhân trưởng thành bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Liều dùng, đường dùng:** Liều khuyến cáo cho người lớn là 5 microgam tiotropium và 5 microgam olodaterol, tương đương với 2 nhát xịt từ bình xịt hạt mịn Respimat, mỗi

ngày dùng một lần vào cùng một thời điểm trong ngày. **Người cao tuổi:** Bệnh nhân cao tuổi có thể sử dụng SPIOLTO RESPIMAT với mức liều khuyến cáo như trên. **Suy gan và suy thận:** SPIOLTO RESPIMAT chứa tiotropium, một thuốc được thải trừ chủ yếu bằng bài tiết qua thận và olodaterol, một thuốc được thải trừ chủ yếu bằng chuyển hóa tại gan. **Suy gan:** Các bệnh nhân suy gan nhẹ và trung bình có thể sử dụng SPIOLTO RESPIMAT với liều khuyến cáo. Chưa có dữ liệu về việc sử dụng olodaterol trên bệnh nhân suy gan nặng. **Bệnh nhân suy thận:** Bệnh nhân suy thận có thể sử dụng SPIOLTO RESPIMAT với liều khuyến cáo. SPIOLTO RESPIMAT chứa tiotropium là thuốc được thải trừ chủ yếu bằng bài tiết qua thận. Do đó, cần theo dõi chặt chẽ việc sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân suy thận mức độ

trung bình và nặng. **Trẻ em:** Chưa có dữ liệu liên quan đến sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhi mắc COPD. Độ an toàn và hiệu lực của SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhi chưa được thiết lập. **Hướng dẫn sử dụng:** Bạn chỉ cần sử dụng bình xịt này MỘT LẦN MỖI NGÀY. Mỗi lần dùng, bạn cần xịt 2 NHÁT. **Chống chỉ định:** Chống chỉ định SPIOLTO RESPIMAT cho các bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với tiotropium, olodaterol hoặc bất kỳ tá dược nào của thuốc. Chống chỉ định SPIOLTO RESPIMAT cho các bệnh nhân có tiền sử quá mẫn với atropine hoặc các dẫn chất của nó như ipratropium hoặc oxitropium. **Thận trọng và cảnh báo đặc biệt.** **Cảnh báo chung:** Không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT nhiều hơn 1 lần mỗi ngày. Không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân hen. Độ an toàn và hiệu

(1) COPD: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; (2) Trích thông tin kê toa, phân chỉ định, liều dùng.

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế 21/2018/XN TT/QLD, ngày 07 tháng 11 năm 2018

Ngày 15 tháng 11 năm 2018 in tài liệu. Tài liệu này có 2 trang. Thông tin kê toa xem trang 1 và 2. PC-VN-100162



Phối hợp thuốc giãn phế quản trong điều trị duy trì COPD⁽¹⁾

SPIOLTO® RESPIMAT® được chỉ định như một thuốc điều trị giãn phế quản duy trì để giảm các triệu chứng ở bệnh nhân trưởng thành bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Liều khuyến cáo cho người lớn là 5 microgram tiotropium và 5 microgram olodaterol, tương đương với 2 nhát xịt từ bình xịt hạt mịn Respimat, mỗi ngày dùng một lần vào cùng một thời điểm trong ngày.⁽²⁾



Liệu của SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân hen chưa được nghiên cứu. **Có thất phế quản cấp:** SPIOLTO RESPIMAT không được chỉ định để điều trị cơn co thắt phế quản cấp, nghĩa là không được sử dụng làm thuốc cắt cơn. **Quá mẫn:** Tương tự tất cả các thuốc khác, phản ứng quá mẫn có thể xuất hiện ngay sau khi sử dụng SPIOLTO RESPIMAT. **Có thất phế quản nghịch thường:** Tương tự như các thuốc dạng hít khác, SPIOLTO RESPIMAT có thể gây co thắt phế quản nghịch thường đe dọa tính mạng. Nếu xuất hiện co thắt phế quản nghịch thường, nên ngừng thuốc ngay lập tức và sử dụng liệu pháp thay thế. **Tăng nhãn áp góc hẹp, tăng sinh tuyến tiền liệt hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang:** Do đặc tính kháng cholinergic của tiotropium, cần sử dụng thận trọng SPIOLTO RESPIMAT trên bệnh nhân tăng nhãn áp góc đóng, tăng sinh tuyến tiền liệt, hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang. **Bệnh nhân suy thận:** Do nồng độ trong huyết tương của tiotropium tăng lên khi chức năng thận giảm ở bệnh nhân suy thận trung bình đến nặng (độ thanh thải creatinine ≤ 50 ml/phút), chỉ nên dùng Spiolto Respimat khi lợi ích mong đợi vượt trội nguy cơ có thể xảy ra. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc lâu dài trên bệnh nhân suy thận nặng. **Triệu chứng trên mắt:** Phải thận trọng, không được để dung dịch hoặc khí dung hạt mịn bay vào mắt. Đau mắt hoặc cảm giác khó chịu, nhìn mờ, nhìn quảng sáng hoặc hình ảnh có nhiều màu sắc kèm theo mắt đỏ do sung huyết kết mạc và phù nề giác mạc có thể là dấu hiệu của tăng nhãn áp góc hẹp cấp. Nên khám chuyên khoa ngay nếu xuất hiện bất kỳ sự kết hợp nào của các triệu chứng nêu trên. Các thuốc nhỏ mắt gây co đồng tử không được cần nhắc trong điều trị các triệu chứng trên. **Ảnh hưởng trên tim mạch:** SPIOLTO RESPIMAT chứa một chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng kéo dài. Các chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng kéo dài nên được sử dụng thận trọng trên bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, đặc biệt là suy mạch vành, loạn nhịp tim, bệnh cơ tim phi đại tắc nghẽn và tăng huyết áp; trên bệnh nhân mắc chứng co giật hoặc nhiễm độc giáp, bệnh nhân có tiền sử hoặc nghi ngờ có khoảng QT kéo dài, bệnh nhân có đáp ứng bất thường với các amin cường giao cảm. Tương tự các chất chủ vận beta2-adrenergic khác, olodaterol có thể ảnh hưởng trên tim mạch có ý nghĩa lâm sàng ở một số bệnh nhân, biểu hiện bằng tăng nhịp tim, tăng huyết áp và/hoặc các triệu chứng lâm sàng. Có thể cần ngừng sử dụng thuốc khi ảnh hưởng này xuất hiện. Hơn nữa, các thuốc chủ vận beta2-adrenergic đã được ghi nhận là nguyên nhân gây ra những thay đổi trên điện tâm đồ (ECG), như làm lệch sóng T và đoạn ST chênh xuống, mặc dù ý nghĩa lâm sàng của những ghi nhận này chưa rõ ràng. **Ha kali huyết:** Các thuốc chủ vận beta2-adrenergic có thể gây hạ kali huyết đáng kể trên một số bệnh nhân, và có khả năng dẫn đến những tác dụng bất lợi trên tim mạch. Giảm nồng độ kali huyết thường thoáng qua và không yêu cầu bổ sung kali. Bệnh nhân COPD nặng có khả năng hạ kali huyết do tình trạng thiếu oxy và các điều trị kèm theo (xem phần Tương tác thuốc), dẫn đến tăng nguy cơ với loạn nhịp tim. **Tăng đường huyết:** Các thuốc chủ vận beta2-adrenergic dạng hít liều cao có thể gây tăng nồng độ đường huyết tương. **Khi dùng cùng các thuốc gây mê:** Cần thận trọng trong trường hợp có kế hoạch phẫu thuật sử dụng thuốc gây mê hydrocarbon halogen hoá do

sự tăng nhạy cảm với các tác dụng phụ trên tim mạch của các thuốc giãn phế quản chủ vận beta. Không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT đồng thời với các thuốc khác chứa chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng kéo dài. Những bệnh nhân đang sử dụng thường xuyên các chất chủ vận beta2-adrenergic tác dụng ngắn dạng hít (ví dụ 4 lần/ngày) cần được khuyến cáo chỉ sử dụng các tác nhân này để làm giảm các triệu chứng hô hấp cấp. **Tương tác thuốc:** Mặc dù các nghiên cứu tương tác thuốc chính thức chưa được thực hiện, tiotropium bromide đã được sử dụng đồng thời với các thuốc thường dùng trong điều trị COPD như methylxanthine, steroid đường uống và steroid dạng hít mà không có bằng chứng lâm sàng về việc xảy ra tương tác thuốc. Sử dụng đồng thời lâu dài tiotropium bromide với các thuốc kháng cholinergic khác chưa được nghiên cứu. Do đó, không khuyến cáo dùng đồng thời lâu dài SPIOLTO RESPIMAT với các thuốc kháng cholinergic khác. **Các thuốc tác dụng trên hệ adrenergic:** Sử dụng đồng thời với các thuốc tác dụng trên hệ adrenergic có thể làm tăng tác dụng không mong muốn của SPIOLTO RESPIMAT. **Dẫn chất Xanthine, Steroid hoặc thuốc lợi tiểu:** Sử dụng đồng thời với các dẫn chất xanthine, steroid, hoặc các thuốc lợi tiểu không giữ kali có khả năng chịu ảnh hưởng hạ kali huyết của các thuốc chủ vận adrenergic (xem phần Thận trọng và cảnh báo đặc biệt). **Thuốc chẹn beta:** Các thuốc chẹn beta-adrenergic có thể làm giảm hoặc đối kháng tác dụng của olodaterol. Có thể cần nhắc sử dụng các thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim mạch cần thận trọng. **Thuốc ức chế enzym MAO, chống trầm cảm ba vòng, thuốc gây kéo dài khoảng QTc:** Các thuốc ức chế enzym monoamin oxidase, các thuốc chống trầm cảm ba vòng hoặc các thuốc gây kéo dài khoảng QTc khác có thể làm tăng ảnh hưởng của SPIOLTO RESPIMAT trên hệ tim mạch. **Tương tác thuốc theo được động học:** Trong một nghiên cứu tương tác thuốc của olodaterol sử dụng ketoconazol, một chất ức chế mạnh, đồng thời CYP và P-gp, mức độ phơi nhiễm toàn thân tăng 1,7 lần. Không có nguy cơ nào liên quan đến độ an toàn được ghi nhận trong các nghiên cứu lâm sàng kéo dài đến một năm với mức liều olodaterol lên tới 2 lần liều khuyến cáo. Không cần hiệu chỉnh liều SPIOLTO RESPIMAT. **Khả năng sinh sản, thời kỳ mang thai và cho con bú.** **Thời kỳ mang thai:** Dữ liệu về việc sử dụng tiotropium trên phụ nữ có thai khá hạn chế. Chưa có dữ liệu lâm sàng liên quan đến phơi nhiễm olodaterol trong thai kỳ. Các nghiên cứu tiền lâm sàng của tiotropium không cho thấy bất kỳ ảnh hưởng bất lợi trực tiếp hoặc gián tiếp nào liên quan đến độc tính sinh sản ở mức liều sử dụng lâm sàng. Các nghiên cứu tiền lâm sàng của olodaterol cho thấy thuốc có tác dụng điển hình của các thuốc chủ vận beta2-adrenergic ở mức liều cao gấp nhiều lần liều điều trị. Để đảm bảo an toàn, nên tránh sử dụng SPIOLTO RESPIMAT cho phụ nữ mang thai. Nên chú ý tác dụng ức chế co bóp cơ trơn tử cung của các thuốc chủ vận beta-adrenergic như olodaterol – một thành phần của SPIOLTO RESPIMAT. **Phụ nữ cho con bú:** Chưa có dữ liệu lâm sàng liên quan đến phơi nhiễm tiotropium và/hoặc olodaterol ở phụ nữ cho con bú. Trong các nghiên cứu trên động vật của tiotropium và olodaterol, các dẫn chất và/hoặc chất chuyển hóa của chúng đều được tìm thấy trong sữa của chuột đực đang cho con bú, tuy nhiên chưa biết

chất tiotropium và/hoặc olodaterol có được tiết vào sữa của người đang cho con bú hay không. Do đó, không nên sử dụng SPIOLTO RESPIMAT trên phụ nữ cho con bú trừ khi lợi ích của thuốc vượt trội so với nguy cơ có thể xảy ra đối với trẻ nhũ nhi. **Khả năng sinh sản:** Chưa có dữ liệu lâm sàng về ảnh hưởng của tiotropium, olodaterol hoặc chế phẩm kết hợp hai thành phần này đến khả năng sinh sản. Các nghiên cứu tiền lâm sàng đã được thực hiện với tiotropium hoặc olodaterol đơn độc không cho thấy bất kỳ tác dụng bất lợi nào trên khả năng sinh sản. **Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa có nghiên cứu về ảnh hưởng của thuốc đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Mặc dù vậy, bệnh nhân nên được khuyến cáo rằng có thể xuất hiện chóng mặt và nhìn mờ khi sử dụng SPIOLTO RESPIMAT. Do đó, cần thận trọng khi lái xe hoặc vận hành máy móc. Nếu bệnh nhân có các triệu chứng như trên, nên tránh các công việc nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc. **Tác dụng ngoại ý:** Bất kỳ các tác dụng không mong muốn nào được ghi nhận trước đây đối với một trong hai thành phần của thuốc cũng được coi là tác dụng ngoại ý của SPIOLTO RESPIMAT và được liệt kê trong danh sách dưới đây. Ngoài ra, danh sách này cũng gồm các tác dụng ngoại ý được ghi nhận đối với SPIOLTO RESPIMAT nhưng chưa được ghi nhận khi sử dụng đơn độc từng thành phần. **Nhiễm khuẩn và ký sinh trùng:** Viêm mũi họng. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Mắt nước. **Rối loạn hệ thần kinh:** Chóng mặt, mất ngủ. **Rối loạn trên mắt:** Tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn, nhìn mờ. **Rối loạn trên tim:** rung nhĩ, đánh trống ngực, nhịp nhanh trên thất, nhịp tim nhanh. **Rối loạn hệ mạch:** Tăng huyết áp. **Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất:** ho, chảy máu cam, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, viêm thanh quản, viêm xoang. **Rối loạn tiêu hóa:** khô miệng, thường nhẹ, táo bón, nhiễm nấm candida hầu họng, khó nuốt, trào ngược dạ dày thực quản, viêm lợi, viêm lưỡi, viêm miệng, tắc ruột bao gồm liệt ruột. **Rối loạn trên da và mô dưới da:** phát ban, ngứa, phù mạch thần kinh, mề đay, nhiễm trùng da và loét da, khô da, quá mẫn (gồm các phản ứng quá mẫn tức thì). **Rối loạn cơ xương khớp và mô liên kết:** đau khớp, sưng khớp, đau lưng¹ ('các tác dụng ngoại ý ghi nhận với SPIOLTO RESPIMAT nhưng không được ghi nhận với từng thành phần). **Rối loạn thần và tiết niệu:** bí tiểu (thường gặp ở nam giới có yếu tố nguy cơ), tiểu khó, nhiễm trùng đường niệu. Nhiều tác dụng không mong muốn đã được liệt kê ở trên có thể do hoạt tính kháng cholinergic của tiotropium hoặc do hoạt tính beta-adrenergic của olodaterol – hai thành phần của SPIOLTO RESPIMAT. Ngoài ra, cũng cần lưu ý các tác dụng ngoại ý khác liên quan đến các chất chủ vận beta-adrenergic chưa được liệt kê ở trên như loạn nhịp, thiếu máu cơ tim, đau thắt ngực, hạ huyết áp, run, đau đầu, căng thẳng, buồn nôn, co thắt cơ, mệt mỏi, khó chịu, hạ kali huyết, tăng đường huyết và toan chuyển hóa. **Điều kiện bảo quản:** Bảo quản dưới 30°C. Không đông lạnh. **Hạn dùng:** 24 tháng. Hạn dùng khi sử dụng: 3 tháng kể từ khi lắp ống thuốc vào bình xịt hạt mịn Respimat. **Qui cách:** Hộp gồm 1 ống thuốc chứa 4 ml cho 60 lần xịt và 1 bình xịt hạt mịn Respimat. **Nhà sản xuất:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG; Binger Strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Đức.

NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP MẠN TÍNH VÀ KIỂU HÌNH COPD VIÊM PHẾ QUẢN MẠN

ĐỖ THỊ TƯỜNG OANH

TRƯỜNG ĐHYK PHẠM NGỌC THẠCH

Ngày nay, với những kỹ thuật vi sinh hiện đại như kỹ thuật thiết lập chuỗi gen 16S rRNA cho thấy có sự hiện diện đa dạng của các loài vi khuẩn trong đường dẫn khí ở những người khỏe mạnh không hút thuốc, xác định sự tồn tại của thảm vi sinh vật hô hấp (microbiome tại phổi) và phủ định quan điểm vô trùng của hai lá phổi. Ở bệnh nhân COPD, nhiều nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng hiện diện của nhiều loại vi khuẩn được xem là vi khuẩn gây bệnh ở đường hô hấp dưới ngay cả ngoài đợt cấp và có liên quan đến sự thay đổi tính ổn định của hệ microbiome tại phổi. Một kiểu hình đặc biệt của COPD là kiểu hình viêm phế quản mạn và tăng tiết đàm cho thấy có tình trạng nhiễm trùng hô hấp mạn tính và có biểu hiện gia tăng đáp ứng viêm, giảm chức năng hô hấp, nhiều triệu chứng thường ngày và tăng nguy cơ xuất hiện đợt cấp. Các đợt cấp xuất hiện trên nền mạn tính thường liên quan đến sự phát triển quá mức của các chủng vi khuẩn có sẵn hơn là nhiễm những chủng vi khuẩn mới. Ngoài ra còn có mối liên quan khá chặt chẽ giữa COPD có nhiễm trùng hô hấp mạn tính với bệnh giãn phế quản vốn là một bệnh thay đổi cấu trúc phổi. Điều trị nhiễm trùng hô hấp mạn tính bằng cách dùng kháng sinh dài hạn ở những bệnh nhân có nhiều đợt cấp hoặc có bằng chứng nhiễm *P. aeruginosa*. Các phác đồ chọn lựa thường là macrolide liều thấp kéo dài hay kháng sinh kháng *Pseudomonas* đường hít, luôn cân nhắc khả năng dung nạp và các tác dụng không mong muốn.

PERSISTENT LUNG INFECTION AND COPD PHENOTYPE OF CHRONIC BRONCHITIS

DO THI TUONG OANH

PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE

Nowadays, modern microbiology technologies like recombining genome 16S rRN has proven that there is a variety of microorganisms in the lung airways in healthy non-smoking individuals, confirms the existence of a respiratory microbiome and denies the sterile lung theory. In COPD patients, many researches have showed there is an augmentation of harmful bacteria in the lower respiratory tract even outside the COPD exacerbation and related to the change of the lung microbiome stability. A special COPD phenotype is chronic bronchitis and hypersecretion has persistent lung infection with increased inflammatory response, declined lung function, worsened daily symptoms and increased exacerbation risk. Exacerbations appear on a chronic background have linked to overgrowth of existing bacteria rather than the infection of a new strain of bacteria. Moreover, there are a close relationship between COPD with persistent lung infection and bronchiectasis, which is a lung structure disease. Treatment of chronic respiratory infection can be done by using antibiotics in the longterm in patients with multiple exacerbations or proof of P.aeruginosa infection. Common guidelines include using of longterm low-dose macrolide or inhaled antipseudomonal, always consider patient intolerability and side effects.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gates K, Martinez F. The human microbiome in the lung. *Chronic Obstr Pulm Dis (Miami)*. 2016; 3(1):466-472.
2. Pragman AA., Berger J., Williams BJ. Understanding persistent bacterial lung infections: clinical implications informed by the biology of the microbiota and biofilm. *Clin Pulm Med*. 2016 March; 23(2): 57–66. doi:10.1097/CPM.0000000000000108
3. Hill AT, et al. British Thoracic Society Guideline for bronchiectasis in adults. *Thorax* 2019;74 (Suppl 1):1–69. doi:10.1136/thoraxjnl-2018-212463.
4. Williams BJ, Dehnbostel J, Blackwell TS. Pseudomonas aeruginosa: Host defence in lung diseases. *Respirology*. 2010;15:1037-1056. DOI: 10.1111/j.1440-1843.2010.01819.x
5. Marti'nez-Solano L, Macia M'a D, Fajardo A, Oliver A, Martinez JL. Chronic Pseudomonas aeruginosa infection in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Infectious Diseases*. 2008;47:1526-1533. DOI: 10.1086/593186.
6. Yingmeng N, Song H. Clinical characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease with comorbid bronchiectasis: a systemic review and meta-analysis. *International Journal of COPD* 2015;10 1465–1475.

TẦM QUAN TRỌNG CỦA CHỨNG NGỪA CÚM VÀ PHÉ CẦU TRÊN BN COPD

TRẦN VĂN NGỌC(*)

TÓM TẮT:

Theo tổ chức y tế thế giới 2019, cúm hàng năm gây bệnh cho khoảng 10-20% dân số thế giới và 3,5 triệu bệnh nhân nhập viện vì biểu hiện nặng của cúm và gây tử vong 300.000 – 600.000 / năm. Đặc biệt, nhóm bệnh nhân lớn tuổi và / hoặc có bệnh mạn tính đi kèm như COPD, đái tháo đường, suy thận mạn, suy tim ... cúm thường diễn tiến nặng và dễ tử vong do virus cúm hay nhiễm khuẩn thứ phát do những vi khuẩn kháng thuốc.

Phế cầu trùng (*Streptococcus pneumoniae*) thường gây viêm phổi cộng đồng, viêm tai giữa, nhiễm khuẩn huyết ... chiếm tỉ lệ cao nhất trong cộng đồng và gây tử vong cao trên BN lớn tuổi và / hoặc bệnh lý đi kèm như COPD. Trên BN COPD, *S.pneumoniae* là tác nhân thông thường hàng thứ hai sau *H.influenzae*. Theo ước tính tỉ lệ tử vong chung của viêm phổi cộng đồng khoảng 10%, nhưng BN trên 65 tuổi tử vong tăng lên tới 75%.

Do đó, chủng ngừa cúm và phế cầu trên BN COPD là vô cùng cần thiết, giúp bảo vệ bệnh nhân khỏi bị cúm, giảm tỉ lệ nhập viện, tử vong và chi phí do cúm

***ABSTRACT: THE IMPORTANCE OF VACCINATION AGAINST
THE INFLUNZA AND PNEUMOCOCCAL INFECTIONS ON
COPD PATIENTS.***

TRAN VAN NGOC

According to the World Health Organization 2019, the annual influenza causes in about 10-20% of the world's population and 3-5 million patients were hospitalized because of severe flu symptoms and cause death from 300.000 to 600.000 per year. In particular, the group of elderly patients and / or chronic comorbidity diseases such as COPD, diabetes, chronic kidney failure, heart failure... flu often progresses seriously and easily dies from infection due to virus or secondary infections due to multidrug resistant bacteria.

Streptococcus pneumoniae often causes community pneumonia, otitis media, sepsis... accounts for the highest rate in the community and causes high mortality in elderly patients and / or associated comorbidity diseases such as COPD.

In patients with COPD, *S.pneumoniae* is the second most common agent after *H.influenzae*. It is estimated that the general mortality rate of community pneumonia is about 10%, but the mortality of patients over 65 years old increases up to 75%.

Therefore, influenza and pneumococcal vaccination in COPD patients is essential, helping to protect patients from influenza, reducing hospitalization rates, mortality and costs.

() PGS. TS. BS. Chủ tịch LCH Hồ hấp TPHCM, P. Chủ tịch và Trưởng VPĐD Hội Phổi VN tại TPHCM*

Tài liệu thông tin thuốc


Pulmicort[®]
Respules budesonide
Budesonid dạng khí dung 0,5mg/mL

AstraZeneca 



PULMICORT ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH TRONG ĐIỀU TRỊ*:

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

Số giấy xác nhận: 224/2020/XNTT/QLD, ngày 12 tháng 08 năm 2020
Tài liệu này gồm 4 trang. Thông tin chi tiết sản phẩm xem ở trang 3,4.
*Thông tin kê toa đã được Cục quản lý Dược phê duyệt



LIỀU DÙNG

	Liều khởi đầu, hoặc trong giai đoạn hen nặng, hoặc trong thời gian giảm liều corticosteroid đường uống:	Điều trị duy trì
Trẻ em	0,5 - 1mg x 2 lần/ngày	0,25 – 0,5 mg x 2 lần/ngày
Người lớn	1 - 2mg x 2 lần/ngày	0,5 – 1mg x 2 lần/ngày
Viêm thanh khí phế quản cấp ở nhũ nhi và trẻ em	liều thông thường 2 mg dùng 1 lần	

THÔNG TIN KÊ TOA

Pulmicort® Respules® (Budesonid)

THÀNH PHẦN VÀ HÀM LƯỢNG: một ống thuốc đơn liều (2ml) chứa 1mg budesonid.

DẠNG BÀO CHẾ: Hỗn dịch khí dung dùng dùng để hít. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp 4 gói x 5 ống đơn liều 2ml.

CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ: 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 DÙNG VÀ CÁCH DÙNG:** *Hen phế quản:* Pulmicort Respules nên được sử dụng với máy khí dung khí nén thích hợp. Thời gian khí dung và lượng thuốc được phóng thích phụ thuộc vào tốc độ dòng khí, thể tích buồng chứa và thể tích thuốc nạp vào. Nếu sau khi lắc mà thuốc không trở lại dạng hỗn dịch thì nên loại bỏ ống thuốc. *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 nhũ nhi và trẻ em, liều thông thường 2 mg budesonid dạng xông khí dung dùng 1 lần. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với budesonid hay bất cứ thành phần nào của thuốc.

THẬN TRỌNG: Co thắt phế quản: PULMICORT 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. Những bệnh nhân này được hướng dẫn mang theo Phiếu Chứa Thông Tin Cần Được Lưu ý Thích Hợp. *Tác động toàn thân có thể xảy ra khi dùng corticosteroid dạng hít:* tác động toàn thân có thể xảy ra của steroid dạng hít bao gồm ức chế trục HPA, giảm mật độ xương, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp và chậm tăng trưởng ở trẻ em. *Ức chế trục HPA và suy tuyến thượng thận:* Sự ức chế trục HPA phụ thuộc vào liều đã được ghi nhận với budesonid hít. Rất hiếm trường hợp rối loạn chức năng tuyến thượng thận có biểu hiện lâm sàng đã được ghi nhận trên bệnh nhân dùng budesonid hít ở các liều khuyến cáo. Theo dõi đặc biệt ở bệnh nhân chuyển từ corticosteroid dạng uống sang dùng PULMICORT, vì có thể có nguy cơ suy chức năng tuyến thượng thận. Bệnh nhân cần điều trị với corticosteroid liều cao trong trường hợp khẩn cấp, việc điều trị kéo dài với corticosteroid hít ở các liều khuyến cáo cao nhất hoặc bệnh nhân đang dùng đồng thời các thuốc chuyển hóa qua CYP3A4 (xem Tương tác thuốc) có thể có nguy cơ. 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 theo dõi dấu hiệu rối loạn chức năng tuyến thượng thận ở các bệnh nhân này. Đối với các bệnh nhân này, cũng nên xem xét dùng thêm glucocorticosteroid toàn thân trong giai đoạn stress, cơn hen nặng hoặc phẫu thuật chọn lọc. *Mật độ xương:* các nghiên cứu theo dõi dài hạn (3-6 năm) về điều trị budesonid trên người trưởng thành ở các liều khuyến cáo đều 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 sự tăng trưởng vùng xương ở trẻ em đang phát triển có thể phản ánh sự gia tăng thể tích xương. *Sự tăng trưởng:* Sự giảm tốc độ tăng trưởng lúc đầu thường nhỏ và thoáng qua (khoảng 1 cm) đã được ghi nhận và thường xảy ra trong năm điều trị đầu tiên. Trẻ em điều trị bằng budesonid đường hít cuối cùng cũng đạt đến chiều cao mục tiêu khi trưởng thành. Nên thực hiện các phép đo chiều

cao để nhận biết các bệnh nhân quá nhạy cảm. **Bệnh nhân nhiễm khuẩn và bệnh lao:** Liều cao glucocorticosteroids có thể che lấp dấu hiệu nhiễm khuẩn hiện tại và tình trạng nhiễm khuẩn mới có thể xảy ra trong khi dùng thuốc. Đặc biệt lưu ý ở bệnh nhân lao phổi hoặc nhiễm nấm, vi khuẩn hoặc virút đường hô hấp thể tiến triển hoặc tiềm ẩn. **Chức năng gan:** Giảm chức năng gan có thể ảnh hưởng đến sự thải trừ corticosteroid. Điều này có thể liên quan về mặt lâm sàng đối với bệnh nhân tổn thương chức năng gan trầm trọng. **Hệ thống phân phối dưới áp lực dương:** Không nên sử dụng với hệ thống phân phối dưới áp lực dương (như IPPB) ở các bệnh phổi như tràn khí màng phổi, kén khí, tràn khí trung thất, trừ khi có hệ thống dẫn lưu đặc biệt. **Khả năng gây ung thư và gây đột biến:** Không có tác động gây ung thư nào được ghi nhận trên chuột bạch. Không phát hiện budesonide có khả năng gây đứt đoạn nhiễm sắc thể hoặc đột biến.

SỬ DỤNG THUỐC CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ: **Phụ nữ có thai – nhóm A:** Lợi ích của việc kiểm soát hen đã được đánh giá là vượt trội hơn so với các tác động ngoại ý có thể xảy ra cho mẹ và thai nhi. **Phụ nữ cho con bú:** Budesonid bài tiết qua sữa mẹ với một lượng thấp. Nếu lợi ích cao hơn nguy cơ thì vẫn có thể xem xét đến việc cho con bú trong thời gian dùng thuốc. **ẢNH HƯỞNG TRÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không ảnh hưởng. **TƯƠNG TÁC CỦA THUỐC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC LOẠI TƯƠNG TÁC KHÁC:** Xem xét khi điều trị lâu dài Budesonid với các chất ức chế CYP3A như ketoconazol và itraconazol có thể làm tăng nồng độ budesonid toàn thân.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: PULMICORT nói chung được dung nạp tốt. Một số tác dụng ngoại ý sau có thể xảy ra:

Thường gặp (> 1%): Mũi - họng: Khàn giọng; đau, kích thích cổ họng; kích thích lưỡi và miệng; khô miệng; nấm Candida miệng. **Hô hấp:** Ho. **Ít gặp (< 1%):** Mũi - họng: Kích thích thanh quản; vị giác kém. **Tiêu hoá:** Tiêu chảy; buồn nôn. **Phản ứng quá mẫn:** Các phản ứng quá mẫn tức thời và muộn như phản ứng da (nổi mề đay, ban đỏ, viêm da); co thắt phế quản, phù mạch và phản ứng phản vệ. **Hệ thần kinh trung ương:** Nhức đầu; choáng váng; cảm giác khát; mệt mỏi. **Rối loạn chuyển hoá và dinh dưỡng:** Tăng cân. Hiếm có báo cáo về thâm tím da xảy ra khi dùng glucocorticosteroid dạng hít. Các triệu chứng về tâm thần như rối loạn hành vi, kích thích, bồn chồn và trầm cảm đã được ghi nhận khi dùng budesonid cũng như các glucocorticosteroid khác. Có thể xảy ra kích ứng da mặt trong một vài trường hợp khi sử dụng máy xông khí dung (nebuliser) với mặt nạ. Để ngăn ngừa sự kích ứng, nên rửa mặt sau mỗi lần dùng PULMICORT RESPULES qua máy xông khí dung (nebuliser) và mặt nạ

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG: 1. Xoay nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại. 2. Giữ ống thuốc đơn liều hướng lên trên và mở ống bằng cách xoắn phần đỉnh (cánh). 3. Đặt phần mở của ống thuốc vào bình chứa của máy khí dung và bóp từ từ. Nếu chỉ dùng 1 mL, bóp thành phần bên trong ra cho đến khi mức chất lỏng đạt đến vạch chỉ. Bảo quản tránh ánh sáng đối với ống thuốc đã mở. Sử dụng ống thuốc đã mở trong vòng 12 giờ. Nên lưu ý nếu chỉ dùng 1 mL, phần thể tích còn lại sẽ không bảo đảm vô trùng. Trước khi dùng phần chất lỏng còn lại, xoay (lắc) nhẹ ống thuốc để các thành phần trong ống thuốc được phân bố đều trở lại.

HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN: Pulmicort là thuốc dự phòng cần phải dùng đều đặn và không được sử dụng như đơn liệu pháp để cắt cơn hen cấp tính. Bệnh nhân nên được hướng dẫn sử dụng đúng cách các loại dụng cụ khí dung thích hợp.

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 corticosteroid đường uống:** Cần theo dõi đặc biệt ở những bệnh nhân phụ thuộc corticosteroid đường uống chuyển sang PULMICORT. Nên bắt đầu điều trị bằng PULMICORT khi bệnh nhân hen đang ở trong tình trạng tương đối ổn định. Một liều cao Pulmicort nên được sử dụng kèm với 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. Trong nhiều trường hợp, có thể thay thế hoàn toàn corticosteroid đường uống bằng PULMICORT đường hít. Một số trường hợp khác, liều thấp steroid đường uống để duy trì là cần thiết. Những bệnh nhân chuyển sang PULMICORT nên có Phiếu Chứa Thông Tin Cần Được Lưu Ý Thích Hợp nêu rõ các bệnh nhân này có thể cần dùng bổ sung corticosteroid toàn thân trong giai đoạn stress như nhiễm trùng nặng, chấn thương hoặc phẫu thuật. Trong khi chuyển từ liệu pháp đường uống sang PULMICORT, tác động steroid toàn thân sẽ giảm. 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. Trong những trường hợp như vậy, cần hỗ trợ thêm về mặt y khoa. **Lưu ý:** Súc miệng kỹ với nước sau mỗi lần khí dung. Nếu dùng mặt nạ, đảm bảo đặt khít mặt nạ khi phun. Rửa mặt sau mỗi lần điều trị. Vệ sinh buồng khí dung và đầu ngậm hoặc mặt nạ với nước ấm rồi để khô theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

CƠ SỞ SẢN XUẤT: AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Thụy Điển.

CÔNG TY TNHH ASTRAZENECA VIỆT NAM.

Tầng 18, Tòa nhà A&B, Số 76, Đường Lê Lai, Phường Bến Thành, Quận 1, TP Hồ Chí Minh.

Tel: +84 (28) 38278088 - Fax: +84 (28) 38278089

Code: VN-0241

XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD, CÓ BIẾN CHỨNG SUY HÔ HẤP: MỘT CA LÂM SÀNG

Ts Bs LÊ THƯỢNG VŨ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là một trong những bệnh đường hô hấp có gánh nặng cao nhất trên toàn cầu do tỷ lệ mắc và tử vong cao. Đợt cấp (AE) của COPD là một biến cố quan trọng trong diễn biến của bệnh, đặc biệt khi bệnh nhân có biến chứng suy hô hấp, có ý nghĩa quan trọng đối với tiên lượng sống của bệnh nhân ngắn hạn cũng như lâu dài. Vì vậy, khi tiếp cận AE của COPD, trước hết, cần xác định sớm và chính xác sự hiện diện của các đợt cấp, mức độ nghiêm trọng, nguyên nhân và biến chứng của nó. Do đó, việc quản lý AE COPD sẽ bao gồm điều trị sớm theo định hướng nguyên nhân cũng như các biến chứng của nó, trong số đó, một trong những điều quan trọng nhất là suy hô hấp. Suy hô hấp cần được điều trị bằng thuốc giãn phế quản, corticoid, kháng sinh và thông khí nhân tạo. Thông khí không xâm nhập ngày càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị suy hô hấp ở nhóm bệnh nhân này. Một trường hợp lâm sàng minh họa sẽ được trình bày cho thấy các nhiệm vụ chẩn đoán và điều trị được tích hợp nhằm nỗ lực cứu sống bệnh nhân và ngăn ngừa các kết quả bất lợi lâu dài sau đợt cấp.

ABSTRACT: MANAGEMENT OF ACUTE EXACERBATION OF COPD, COMPLICATED BY RESPIRATORY FAILURE: A CLINICAL CASE

LE THUONG VU, M.D., PH.D.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the highest global burdensome respiratory diseases due to its high prevalence and mortality. The acute exacerbation (AE) of COPD is an important event in the course of the disease, especially when the patient has respiratory failure complication, having important implications on short as well as long-term patient survival prognosis. Therefore, when approaching AE of COPD, first of all, it is necessary to identify early and accurately the presence of exacerbations, its severity, causes and complications. Management for the AE COPD would therefore include early cause-oriented treatment as well as its complications, among them, one of upmost important is respiratory failure. Respiratory failure should be treated with bronchiectases, corticosteroids, antibiotics and artificial ventilation. Non-invasive ventilation plays an increasingly important role in the treatment of respiratory failure in this group of patients. An illustrated clinical case will be presented showing integrated diagnostic and therapeutic tasks in an effort to save the patient's life and prevent long-term post-exacerbation adverse outcomes.

DINH DƯỠNG TRỊ LIỆU TRONG PHÒNG NGỪA TEO CƠ TRONG BN COPD

LUU NGÂN TÂM ()*

TÓM TẮT:

Suy giảm khối cơ là hội chứng bao gồm suy mòn cơ và suy giảm chức năng cơ hoặc suy giảm biểu hiện thể chất. Hội chứng này xuất hiện cao ở bệnh nhân COPD vì tuổi cao, tăng chuyển hóa dinh dưỡng, giảm thu nạp dinh dưỡng và giảm hoạt động thể chất. Bệnh nhân COPD có suy giảm khối cơ có nguy cơ cao với nhiễm khuẩn hô hấp, giảm chất lượng sống và tăng tử vong. Dinh dưỡng trong điều trị suy mòn cơ bao gồm đủ năng lượng, hàm lượng đạm cao, dưỡng chất tăng cường miễn dịch tăng tổng hợp cơ, và tập luyện thể chất phù hợp. Chế độ dinh dưỡng ưu tiên cho ăn đường miệng và bổ sung dinh dưỡng. Các công thức bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng (ons) chuẩn, đạm cao và bổ sung dưỡng chất đặc biệt được chứng minh giúp tăng cường dinh dưỡng, cải thiện tình trạng dinh dưỡng, sức cơ và cải thiện chất lượng sống.

ABSTRACT: NUTRITION THERAPY TO PREVENT SARCOPENIA IN COPD PATIENTS

LUU NGAN TAM

Sarcopenia is a syndrome that includes cachexia and impaired muscle function or impaired physical performance. This syndrome is common in COPD patients due to the old age, increased nutritional metabolism, decreased nutritional intake and physical activity. COPD patients with sarcopenia have a higher risk of respiratory infections, reduced quality of life, and increased mortality. Nutrition therapy in sarcopenia includes adequate energy intake, high protein content, provision of immunonutrients to enhance muscle synthesis, and appropriate physical exercise. Nutrition support would prioritize oral feeding and oral nutritional supplementations. Standard oral nutritional supplementation formulas, with high-protein, and specific nutrients have been proven to enhance and improve nutritional status, muscle strength, and improve quality of life.

CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ COPD TẠI TUYẾN TRUNG ƯƠNG

*BSCK2 NGUYỄN ĐÌNH DUY
BV PHẠM NGỌC THẠCH*

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đang là một trong những bệnh hô hấp hàng đầu với tỷ lệ bệnh mắc cao và đang là gánh nặng kinh tế gia đình, xã hội và y tế. Chăm sóc bệnh nhân COPD, trong giai đoạn ổn định cũng như trong các đợt cấp đang tạo ra áp lực cho hệ thống y tế: chi phí chăm sóc, tổ chức khám và quản lý điều trị, quá tải tại các cơ sở điều trị nội trú, sử dụng các thuốc không hợp lý đặc biệt là thuốc kháng sinh.

Trong những năm gần đây, đã có nhiều tiến bộ trong y học, các khuyến cáo có độ tin cậy cao đã tạo ra những thay đổi quan trọng trong bệnh lý này. Các mục tiêu quản lý điều trị hướng tới chẩn đoán bệnh sớm, kiểm soát bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, hạn chế tàn xuất cơn kịch phát và phòng bệnh đã làm thay đổi tiên lượng của bệnh.

Chương trình quản lý COPD tại tuyến trung ương có khác biệt so với các tuyến y tế cơ sở, tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu bởi vì: 1) Đây là cơ sở tuyến cuối cho bệnh nhân không được chẩn đoán, chẩn đoán không đúng và điều trị không phù hợp; chuyển trả về tuyến dưới khi bệnh nhân đã cải thiện 2) Đây là nơi đào tạo cho sinh viên và học viên sau đại học, thực hiện chức năng chỉ đạo tuyến 3) Đặc điểm bệnh nhân đang quản lý và điều trị tại các cơ sở y tế này hoàn toàn có thể phản ánh thực trạng thực hành chăm sóc y tế COPD tại địa phương nơi bệnh nhân đang sống.

Do vậy, tại tuyến trung ương, đầu tư nguồn nhân lực; trang thiết bị y tế; các thuốc điều trị thế hệ mới; tiếp cận chẩn đoán - điều trị COPD theo triệu chứng và kiểu hình là những việc cần thiết trong chiến lược cải thiện chất lượng điều trị COPD.

COPD MANAGEMENT PROGRAM AT NATIONAL LEVEL

NGUYEN DINH DUY

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading respiratory diseases with high prevalence and is a burden on family, society and health. Caring for COPD patients, in stable periods as well as during exacerbations, is putting pressure on the health system: cost of care, organization of examination and treatment management, overcrowding at treatment facilities inpatient, irrational use of drugs especially antibiotics.

In recent years, there have been many advances in medicine, strong recommendations have made important changes in this pathology. The goals of treatment management towards early diagnosis, disease control, improving the patient's quality of life, limiting the frequency of exacerbations and disease prevention have changed the prognosis of the disease.

The national level of COPD management program is different from primary health care level because: 1) This is the last-line facility for undiagnosed patients, misdiagnosed and inappropriate treatment; transfer back to the lower level when the patient has improved 2) This is a training place for students and graduate students, performing the function of steering activity 3) Characteristics of patients under management and treatment at this level can fully reflect the current state of COPD healthcare practice in the locality where the patient lives.

Therefore, at the national level, invest in human resources; medical equipment; new generation drugs; diagnostic approach - symptomatic and phenotypic COPD treatment is essential in a strategy to improve the quality of COPD treatment.

CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ COPD TẠI TUYẾN TỈNH

TS.BS CAO THỊ MỸ THUY
TRƯỜNG KHOA NỘI HÔ HẤP – BVĐKTU' CẦN THƠ

Tóm tắt

Tại BVĐKTTW Cần Thơ, các bệnh nhân COPD được quản lý điều trị tại Phòng khám Hô hấp. Phòng khám được trang bị 01 máy hô hấp ký (Koko Spirometer), tủ đựng hồ sơ và tủ đựng các dụng cụ phân phối thuốc đường xông hít. Bệnh nhân COPD được tái khám, đánh giá định kỳ hàng tháng. Các thuốc điều trị COPD đường hít hiện được cung cấp gần như đầy đủ theo các tài liệu hướng dẫn, gồm SABA, SAMA+ SABA, LABA, LABA+ICS, LAMA, LABA+LABA. Các điều trị không dùng thuốc bao gồm tư vấn bỏ thuốc lá, tư vấn tiêm ngừa cúm và phế cầu. Các bệnh nhân được giáo dục về cách điều trị và phòng ngừa COPD, được giao lưu với Thầy thuốc và các bệnh nhân với nhau qua các buổi sinh hoạt Câu lạc bộ bệnh nhân. Các chương trình điều trị cho bệnh nhân COPD giai đoạn cuối và chương trình phục hồi chức năng hô hấp hiện chưa được thực hiện đầy đủ, các phương pháp điều trị này sẽ được phát triển trong thời gian tới.

Abstract

CAO THI MY THUY

In Can Tho Centre General Hospital, COPD patients are managed and treated at the Respiratory Clinic. The clinic is equipped with 01 spirometer (Koko Spirometer), a record cabinet and an inhaler devices cabinet. COPD patients are examined and assessed monthly. Inhaled COPD medications are almost full available now according to COPD guidelines, including SABA, SAMA + SABA, LABA, LABA + ICS, LAMA, LABA + LABA. Non-pharmacological treatments include counseling on smoking cessation, counseling on influenza and pneumococcal vaccination. Patients are educated about the treatment and prevention of COPD, interacting with physicians and other patients through meetings of the COPD Patients Club. Treatment programs for end-stage COPD patients and respiratory rehabilitation programs are not being fully implemented now, and these treatments will be developed in the near future.

Viên nén bao phim

Tài liệu dùng cho cán bộ y tế

COPDUMILAST

Roflumilast 0.5mg

- Giảm tần suất cơn COPD cấp, ngay cả khi đã thất bại với ICS + LABA
- Dạng uống tiện dụng, chỉ dùng 1 lần/ngày
- Ít nguy cơ tương tác với các thuốc chuyển hoá qua Cyt P450

1 viên
mỗi ngày



Nhà sản xuất: Công ty cổ phần ARMEPHACO
Số 112 Trần Hưng Đạo, phường Phạm Ngũ Lão, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh

Nhà phân phối:
Công ty TNHH Đại Bắc
Số 11 đường công nghiệp 4, KCN Sài Đồng B, Long Biên, Hà Nội



Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục QLD-Bộ Y tế: xxxx/xx/QLD-TT, ngày tháng năm .
Ngày tháng năm in tài liệu. Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem ở trang 2.

Trang 1

DẠNG BẢO CHẾ: Viên nén bao phim

THÀNH PHẦN, HÀM LƯỢNG

Mỗi viên nén bao phim chứa:

Roflumilast...0,5mg

ĐẶC TÍNH DƯỢC LỰC HỌC

Cơ chế của thuốc liên quan tới việc làm tăng nồng độ AMP vòng nội bào ở tế bào phổi. Roflumilast và chất chuyển hoá của nó (N-oxid Roflumilast) ức chế chọn lọc phosphodiester 4 (PDE4). Kết quả là thuốc làm tăng tích lũy AMP vòng nội bào.

ĐẶC TÍNH DƯỢC ĐỘNG HỌC

Hấp thu: Sinh khả dụng tuyệt đối sau khi uống Roflumilast liều 0,5mg là khoảng 80%. Nồng độ thuốc tối đa đạt được khoảng 1 giờ sau khi uống (từ 0,5 tới 2 giờ) ở trạng thái đói trong khi đó, nồng độ chất chuyển hoá N-oxid đạt được sau gần 8 giờ (từ 4 tới 13 giờ). Thức ăn không ảnh hưởng tới tổng lượng thuốc hấp thu vào máu nhưng làm chậm thời gian đạt nồng độ đỉnh (Tmax) khoảng 1 giờ và giảm nồng độ đỉnh (Cmax) khoảng 40%, tuy nhiên Tmax và Cmax của chất chuyển hoá không bị ảnh hưởng.

Phân bố: Thuốc gốc và chất chuyển hoá N-oxid gắn kết với protein huyết tương tương ứng 99% và 97%. Thể tích phân bố với đơn liều 0,5mg Roflumilast khoảng 2,9L/kg.

Chuyển hoá: Roflumilast chuyển hoá chính ở phase I (Cytochrome P450) và phase II (liên kết). N-oxid là chất chuyển hoá duy nhất được tìm thấy ở huyết tương.

Nghiên cứu in vitro và nghiên cứu tương tác thuốc trên lâm sàng cho thấy, Roflumilast chuyển hoá thành dạng N-oxid nhờ sự xúc tác của CYP 1A2 và 3A4. Ở nồng độ điều trị, Roflumilast và chất chuyển hoá N-oxid không ức chế CYP 1A3, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1, 3A4/5 hay 4A9/11. Độ đo ít có nguy cơ về tương tác thuốc giữa Roflumilast và các chất bị chuyển hoá bởi các enzym trên. Ngoài ra, Roflumilast không kích thích CYP 1A2, 2A6, 2C9, 2C19, 3A4/5 và kích thích yếu CYP2B6.

Thời trừ: Khi dùng đường uống, thời gian bán thải của Roflumilast và N-oxid Roflumilast lần lượt là khoảng 17 và 30 giờ. Nồng độ thuốc ở trạng thái ổn định đạt được sau 4 ngày với Roflumilast và 6 ngày với N-oxid Roflumilast khi uống liều hàng ngày 1 lần. Khoảng 70% chất đánh dấu được tìm thấy ở nước tiểu sau khi uống Roflumilast.

CHỈ ĐỊNH

Điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) kèm theo viêm phế quản mạn tính ở người lớn với tiền sử có đợt cấp thường xuyên và được dùng phối hợp với thuốc giãn phế quản.

LIỀU DÙNG VÀ CÁCH DÙNG

Liều khuyến cáo: 1 viên, ngày 1 lần.

Thuốc có thể cần phải sử dụng vài tuần để đạt được hiệu quả điều trị tối đa. Trong các nghiên cứu lâm sàng, thuốc đã được chỉ định điều trị tới 1 năm.

Cách dùng: dùng đường uống, nên uống vào cùng một thời điểm trong ngày, với nhiều nước. Có thể uống khi đói hoặc no.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân suy gan mức độ trung bình đến nặng (Child-Pugh B hoặc C)
- Bệnh nhân mẫn cảm với thuốc hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc

SỬ DỤNG CHO ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

Người già: Không cần hiệu chỉnh liều

Bệnh nhân suy thận: Không cần hiệu chỉnh liều

Bệnh nhân suy gan: Thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân suy gan nhẹ (Child-Pugh A), không dùng cho bệnh nhân suy gan trung bình – nặng (Child-Pugh B, C)

Trẻ em: Không dùng cho bệnh nhân dưới 18 tuổi

SỬ DỤNG CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Chưa có nghiên cứu đầy đủ về ảnh hưởng của thuốc với thai phụ, chỉ sử dụng Roflumilast cho thai phụ khi đã đánh giá đầy đủ nguy

cơ và lợi ích của thuốc với thai nhi.

Nghiên cứu trên động vật cho thấy Roflumilast làm gián đoạn quá trình chuyển dạ và sinh nở ở chuột, không nên sử dụng Roflumilast trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.

Nghiên cứu trên chuột cho thấy Roflumilast và/hoặc các chất chuyển hoá của nó bài tiết vào sữa, không khuyến cáo chỉ định Roflumilast cho phụ nữ cho con bú.

THẬN TRỌNG

Thuốc cấp cứu: COPDUMILAST không được dùng như là thuốc cấp cứu với bệnh nhân có thất phế quản cấp.

Giám cân: Tỷ lệ giảm cân ở bệnh nhân dùng Roflumilast cao hơn so với bệnh nhân dùng placebo. Cần kiểm tra cân nặng của bệnh nhân mỗi lần thăm khám. Nên ngừng thuốc nếu xảy ra giảm cân không giải thích được.

Rối loạn tâm thần: Roflumilast có thể làm tăng nguy cơ bị các rối loạn về tâm thần như mất ngủ, lo lắng, bồn chồn và trầm cảm. Cần đánh giá nguy cơ và lợi ích khi chỉ định roflumilast cho các bệnh nhân có tiền sử hoặc đang bị triệu chứng về tâm thần hoặc dùng phối hợp với các thuốc có nguy cơ gây ra biến chứng tâm thần.

Không dung nạp thuốc kéo dài: Hầu hết các tác dụng không mong muốn như tiêu chảy, buồn nôn, đau đầu sẽ khỏi khi tiếp tục điều trị nhưng một số trường hợp cần được đánh giá nếu các dấu hiệu bất dung nạp thuốc không suy giảm.

Theophylline: Không khuyến cáo phối hợp theophylline với roflumilast.

Lactose: Do công thức sản phẩm có chứa lactose nên cần thận trọng khi sử dụng cho các bệnh nhân bất dung nạp galactose, thiếu hụt Lapp lactase hoặc không hấp thu glucose – galactose.

Các trường hợp khác: Chi tiết xem thêm trên tờ hướng dẫn sử dụng.

TƯƠNG TÁC THUỐC

Các thuốc kích thích CYP P450: Không khuyến cáo dùng đồng thời các thuốc kích thích Cyt P450 (rifampicin, phenobarbital, carbamazepine, phenytoin) với Roflumilast vì có thể làm giảm nồng độ Roflumilast dẫn đến giảm hiệu quả điều trị.

Các thuốc ức chế CYP P450: Việc dùng đồng thời các thuốc ức chế CYP 3A4 hoặc cả CYP 3A4 và CYP 1A2 (như erythromycin, ketoconazole, fluvoxamine, enoxacin, cimetidine) có thể làm tăng nồng độ thuốc trong máu dẫn tới tăng tác dụng không mong muốn của thuốc. Cần đánh giá lợi ích và nguy cơ trước khi chỉ định phối hợp này.

Các thuốc tránh thai đường uống có gestodene và ethinyl estradiol: Việc dùng đồng thời các thuốc này với roflumilast có thể làm tăng nồng độ Roflumilast trong máu do đó tăng nguy cơ xảy ra tác dụng không mong muốn. Cần cân nhắc lợi ích và nguy cơ trước khi chỉ định phối hợp này.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Thường gặp: tiêu chảy (5.9%), giảm cân (3.4%), buồn nôn (2.9%), đau bụng (1.9%), đau đầu (1.7%). Phần lớn ở mức độ nhẹ - trung bình, xuất hiện ở những tuần đầu và biến mất khi tiếp tục điều trị.

Ít gặp: Quá mẫn, lo lắng, run, chóng mặt, choáng váng, nhịp nhanh, viêm dạ dày, nôn, trào ngược dạ dày thực quản, khó tiêu, cơ co, yếu cơ, bất an, suy nhược, mệt mỏi.

Hiếm gặp: Phù, to vú ở nam, trầm cảm, lo âu, rối loạn vị giác, nhiễm trùng hô hấp, táo bón, đi cầu ra máu, tăng GGT, tăng AST, tăng CPK huyết, mày đay.

BẢO QUẢN:

Nơi khô mát, nhiệt độ không quá 30°C, trong bao bì kín

QUY CÁCH ĐÓNG GÓI: Hộp 3 vỉ, vỉ 10 viên

HẠN DÙNG: 36 tháng kể từ ngày sản xuất

ĐÁNH GIÁ MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC

TRẦN NGUYỄN ÁI THANH(*)

Mở đầu

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh phổ biến, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao. Áp dụng mô hình quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dự án “Healthy Lung” từ năm 2019 giúp việc quản lý và kiểm soát bệnh nhân tốt hơn.

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá hiệu quả triển khai mô hình quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo các tiêu chí đầu ra của một đơn vị UMACO.

Phương pháp và thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành trên 551 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được quản lý tại phòng khám hô hấp bệnh viện Quận Thủ Đức qua bảng thu thập số liệu về các tiêu chí: chẩn đoán xác định, phân loại và điều trị theo đúng theo khuyến cáo bộ y tế, bệnh đồng mắc và can thiệp, kiến thức, thái độ của bệnh nhân, tỷ lệ tự phân loại và sử dụng đúng dụng cụ hít, các kết cục của bệnh nhân trong năm 2020.

Kết quả

Tổng bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được quản lý tại phòng khám hô hấp bệnh viện Quận Thủ Đức là 551 BN, tuổi trung bình 56, nam chiếm 87%, tỷ lệ còn hút thuốc lá: 5,6%, bệnh đồng mắc và can thiệp: 38,3%. 35,4% bệnh nhân từng tham gia câu lạc bộ bệnh phổi mạn tính, 98% bệnh nhân được đo CNHH và phân loại đúng, tỷ lệ toa thuốc đúng phác đồ điều trị theo GOLD 2019 là 78,4%, 63,7% bệnh nhân phân loại và thực hiện đúng dụng cụ hít, 100 % bệnh nhân được tư vấn chủng ngừa cúm, 72,7% bệnh nhân nghiện thuốc lá được tư vấn cai thuốc lá thành công, 100% bệnh nhân được đánh giá tâm lý và thu dung điều trị can thiệp tâm lý, tỷ lệ tử vong chiếm 1,4%, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp chiếm 5,6%, tỷ lệ bỏ trị 6,8%.

Kết luận

Chương trình quản lý theo tiêu chí đơn vị UMACO giúp cải thiện việc chẩn đoán và điều trị, kiểm soát kiến thức, kỹ năng và tuân thủ điều trị ở các bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Việc tích hợp cai thuốc lá trong phòng khám hô hấp giúp tăng tỷ lệ bỏ thuốc lá, tăng hiệu quả điều trị.

ASSESSMENT OF THE MANAGEMENT MODEL OF PATIENT CHARACTERISTICS MENTAL TOMOROSIS IN THUY DUC DISTRICT HOSPITAL

MSC. TRAN NGUYEN AI THANH

Introduction

Chronic obstructive pulmonary disease is a common disease with high rates of death and disability. Management model of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the "Healthy Lung" project from 2019 provides an effective method to manage and control patients.

Objectives

Evaluate the efficiency of management model for asthma and chronic obstructive pulmonary disease according to the output criteria of a UMACO unit.

Methods

Descriptive cross-sectional study conducted on 551 patients with chronic obstructive pulmonary disease managed at the respiratory clinic of Thu Duc district hospital. Data was collected base on certain criteria: definitive diagnosis, classification and treatment in accordance with health ministry recommendations, co-morbidity and interventions, patient knowledge, attitudes, rate of self-classification and proper usage of inhalers, patient outcomes in 2020.

Results

The total number of patients with chronic obstructive pulmonary disease managed at the hospital respiratory clinic in Thu Duc District was 551, average age 56, male 87%, smoking rate: 5.6%, co-morbidity and intervention: 38.3%. 35.4% of patients used to join the chronic lung disease workshop, 98% of patients were monitor by spirometry and correctly classified, the rate of proper prescription according to GOLD 2019 treatment was 78.4%, 63.7 % of patients have good self-classification and inhaler usage, 100% patients were counseled for influenza vaccination, 72.7% of smokers were counseled to successful cessation, 100% patients were assessed as Psychology and treatment for psychological intervention, the motallity rate is 1.4%, the hospitalized rate due to exacerbations is 5.6%, the rate of dropout is 6.8%.

Conclusion

The UMACO-based management program standardlizes diagnosis and treatment, improves knowledge, skills and adherence to treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The integration of smoking cessation in the respiratory clinic helps increase quitting rate, increasing the effectiveness of treatment.

() ThS BS > Trưởng Khoa Hô hấp BV Thủ Đức TPHCM*

Hiệu quả trong điều trị
NHIỄM KHUẨN TAI MŨI HỌNG & HÔ HẤP
do vi khuẩn nhạy cảm

Claminat[®]
Amoxicillin | acid Clavulanic



ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN do vi khuẩn nhạy cảm



BACTAMOX®
Amoxicillin | Sulbactam

