



KỶ YẾU

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN

HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM 2018

“Hợp tác vì sức khỏe phổi - Cooperation for lung health”

27 - 29/09/2018, HÀ NỘI, VIỆT NAM

KỶ YẾU HỘI NGHỊ VNRS 2018

THƯ CHÀO MỪNG CỦA CHỦ TỊCH HỘI HỒ HẤP VIỆT NAM.....	3
BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG CỦA HỘI HỒ HẤP VIỆT NAM NĂM 2018.....	4
DANH SÁCH BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ.....	12
DANH SÁCH CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN.....	14
SƠ ĐỒ MẶT BẰNG HỘI NGHỊ VNRS 2018.....	22
CƠ CẤU GIẢI THƯỞNG.....	23
MỤC LỤC BÁO CÁO TẠI HỘI NGHỊ VNRS 2018.....	24
CHƯƠNG TRÌNH CME SAU HỘI NGHỊ VNRS 2018.....	209



THƯ CHÀO MỪNG CỦA CHỦ TỊCH HỘI HỒ HẤP VIỆT NAM

Kính gửi:

- Các Ủy viên Ban Chấp hành Hội Hô hấp Việt Nam - Các hội viên Hội Hô hấp Việt Nam - Các Quý đồng nghiệp

Hội Hô hấp Việt Nam xin chào mừng các quý đồng nghiệp tham gia Hội nghị khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam năm 2018 - Hợp tác vì sức khỏe Phổi tại Hà Nội.

Trong suốt những năm qua, dưới sự cho phép của Ban đối ngoại Trung ương Đảng, của Bộ Y tế, của Bộ Nội vụ, Bộ Công An và với sự hợp tác, hỗ trợ của các đơn vị liên quan, Hội Hô hấp Việt Nam đã tổ chức thành công nhiều kỳ Hội nghị khoa học. Tiếp nối thành công của Hội nghị thường niên Hội Hô hấp Việt Nam trong những năm qua, năm 2018, Hội Hô hấp Việt Nam tổ chức Hội nghị Khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam - Hợp tác vì sức khỏe Phổi tại Hà Nội từ ngày 27 đến 29 tháng 9 năm 2018.

Tham gia hội nghị khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam - Hợp tác vì sức khỏe Phổi, quý đồng nghiệp có cơ hội trao đổi kiến thức và tiếp xúc với các chuyên gia trong nước và quốc tế là các

Giáo sư, Tiến sỹ, Bác sỹ đến từ Hội Hô hấp Châu Âu, Hội Hô hấp Châu Á - Thái Bình Dương, Hội Phổi Pháp - Việt...

Để hội nghị tổ chức thành công tốt đẹp, Ban tổ chức rất mong nhận được sự tham gia đông đảo của toàn thể Quý đồng nghiệp, Quý cơ quan, tổ chức quan tâm đến lĩnh vực bệnh lý hô hấp trên mọi miền của Tổ quốc, chúng tôi kêu gọi và khuyến khích các Quý vị đại biểu tham dự và trình bày báo cáo khoa học tại Hội nghị khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam 2018.

Chúc Quý Đại biểu và các Bạn đồng nghiệp sức khỏe, chúc Hội nghị thành công.

**Thay mặt ban tổ chức Hội nghị
Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam**



GS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU



WWW.FACEBOOK.COM/HOIHOPVIETNAM.VNRS

WWW.HOIHOPVIETNAM.ORG

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HỒ HẤP VIỆT NAM
ANNUAL CONGRESS OF VIETNAM RESPIRATORY SOCIETY**



BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM NĂM 2018

I. CÔNG TÁC XÂY DỰNG VÀ PHÁT TRIỂN TỔ CHỨC HỘI

- Tên hội: Hội Hô Hấp Việt Nam
- Tên tiếng Anh: Vietnam Respiratory Society
- Tên viết tắt Tiếng Anh: VNRS
- Điện thoại liên hệ: 0243.629.1207
- Năm thành lập: 2014
- Nhiệm kì: 2014 - 2019 (5 năm/1 nhiệm kì)
- Chủ tịch Hội: GS.TS. Ngô Quý Châu
- Số lượng Ban chấp hành: 51 thành viên
- Số hội viên: 800 hội viên

II. KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG NĂM 2018

Mặc dù mới thành lập trong một thời gian ngắn, nhưng Hội Hô hấp Việt Nam đã bước đầu xây dựng hình ảnh của một Hội chuyên môn có uy tín trong cả nước và trên trường quốc tế với những hoạt động tiêu biểu:

1. Phát triển Hội

Hội Hô hấp Việt Nam có khoảng 800 Hội viên. Hội viên Hội Hô hấp Việt Nam có mặt trên hầu hết khắp các tỉnh/thành phố trong cả nước, trải dài các tỉnh Bắc, Trung, Nam và đặc biệt còn có các Hội viên đến từ Nhật Bản. Công tác phát triển Hội viên luôn được chú trọng phát triển cả số lượng lẫn chất lượng.

2. Các hoạt động chuyên môn

a) Công tác Đào tạo:

Hội luôn coi trọng công tác đào tạo lại và đào tạo liên tục thông qua các lớp khóa đào tạo y khoa liên tục, các hội nghị, hội thảo khoa học hoặc cử hội viên đi học nước ngoài.

- 04/01/2018: Tổ chức hội thảo " Phát triển Hướng dẫn sử dụng dụng cụ Breezhalez" (Phối hợp với Văn phòng đại diện Novartis Pharma Services AG tại TP.HCM).
- 26/01/2018: Tổ chức hội thảo "Lựa chọn kháng sinh điều trị viêm phổi trên bệnh nhân Hen và COPD" (Phối hợp với văn phòng đại diện công ty Pfizer (Thái Lan).
- 26/02/2018: Tổ chức Hội nghị khoa học (Phối hợp với Văn phòng đại diện công ty Pfizer (Thái Lan).
- 23/03/2018: Tổ chức hội thảo "Bằng chứng mới và hướng dẫn chuyển đổi điều trị COPD" (Phối hợp với Văn phòng đại diện Novartis Pharma Services AG tại TP. HCM).
- 31/03/2018: Tổ chức hội thảo "Liệu pháp kháng sinh trong điều trị NKHH - Giải pháp để tối ưu hóa sử dụng các kháng sinh hiện có" (Phối hợp với Văn phòng đại diện công ty Pfizer (Thái Lan).
- 18/05/2018: Tổ chức hội thảo "Nhiễm khuẩn hô hấp trong thời kỳ bùng nổ vi khuẩn đa kháng" (Phối

hợp với Văn phòng đại diện MSD).

- 10/06/2018: Tổ chức hội thảo "Cập nhật các giải pháp trong điều trị một số bệnh lý hô hấp thường gặp - từ bằng chứng đến lâm sàng" (Phối hợp với Công ty Abbott Việt Nam).
- 16/06/2018: Tổ chức hội thảo "Điều trị một số bệnh lý hô hấp thường gặp" (Phối hợp với Công ty Abbott Việt Nam).





b) Công tác khoa học

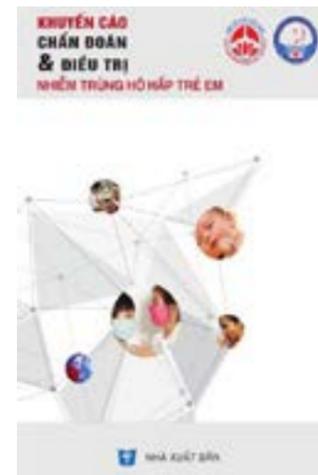
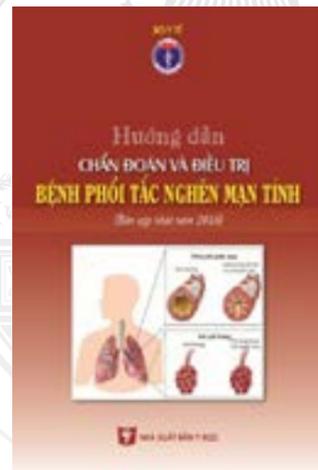
- Phối hợp với Bệnh viện Bạch Mai tổ chức hoạt động định kỳ hàng năm nhân ngày Hen phế quản toàn cầu diễn ra ngày 11/05/2018.
- Nhiều đề tài đã được lựa chọn báo cáo tại các Hội nghị khoa học Quốc tế và khu vực
- Tham gia các Hội nghị khoa học Quốc tế và khu vực:
 - + Hội nghị Hội Hô hấp Châu Âu (ERS)
 - + Hội Nghị Hội Lồng ngực Mỹ (ATS)
 - + Hội nghị Hội Hô hấp Châu Á Thái Bình Dương (APSR)
 - + Hội nghị nội soi thế giới
 - + Hội nghị Hội Hô Hấp Nhật Bản

c) Biên soạn và ấn bản sách, tài liệu chuyên môn

Nhằm cập nhật kiến thức cho các Hội viên, Hội Hô hấp Việt Nam tham gia các hoạt động biên soạn, ấn bản sách và các tài liệu chuyên môn:

- Tham gia biên soạn tài liệu tài liệu cho hội viên:

- + Phối hợp với Hội Tai Mũi Họng Việt Nam tái bản lần thứ nhất có chỉnh sửa bổ sung cuốn tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Hen kèm viêm mũi dị ứng.
- + Phối hợp với Hội Tai Mũi Họng Việt Nam tái bản lần thứ nhất có chỉnh sửa bổ sung cuốn tài liệu Chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng hô hấp trẻ em năm 2018.
- + Phối hợp với Hoạt động phòng chống Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và Hen phế quản đã cập nhật thành công cuốn tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm 2018”, cuốn tài liệu đã được Bộ Y tế phê duyệt và phát tận tay nhiều bác sĩ trên khắp cả nước.



d) Công tác phòng, chống tác hại thuốc lá

- Với cương vị của Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam GS.TS. Ngô Quý Châu ngoài việc chỉ đạo thực hiện các hoạt động nói trên của Hội, GS.TS. Ngô Quý Châu tích cực tham gia công tác phòng chống tác hại thuốc lá với vai trò trưởng ban chỉ đạo chương trình Phòng chống tác hại của thuốc lá do Bộ Y tế giao.
- Kể từ khi thành lập cho đến nay phòng tư vấn và hỗ trợ cai nghiện thuốc lá đã tư vấn thành công hơn 20996 cuộc gọi đến và gọi lại cho hơn 4.000 đối tượng hút thuốc lá. Để có được thành tích này là kết quả hoạt động tích cực của các Bác sĩ Trung tâm Hô hấp, các thành viên của phòng tư vấn là những thành viên của Hội.



- Các giảng viên nòng cốt là thành viên Hội Hô hấp Việt Nam đã tổ chức truyền thông về tác hại của thuốc lá cho 6.500 bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thông qua các buổi họp hội đồng người nhà bệnh nhân, truyền thông cho hơn 300 bệnh nhân trong câu lạc bộ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, Đái tháo đường.



- Các bác sĩ của Hội đã tham gia xây dựng nội dung và trả lời phỏng vấn trong 03 chương trình truyền hình quảng bá về dịch vụ tư vấn cai nghiện thuốc lá phát sóng trên các kênh VTV1, VTV2, O2TV; 1 thông điệp truyền thanh, quảng bá về dịch vụ tư vấn cai nghiện thuốc lá phát sóng trên VOV giao thông Hà Nội và VOV2
- Tham gia xây dựng chương trình, chịu trách nhiệm về chuyên môn cho những lớp đào tạo giảng viên



nguồn về tư vấn và điều trị nghiện thuốc lá là nhân tố nòng cốt trong việc triển khai chương trình phòng chống tác hại thuốc lá và tư vấn điều trị nghiện thuốc lá tại tuyến y tế cơ sở.



e) Hoạt động đối ngoại, hợp tác quốc tế

- Tháng 6 năm 2018, Hội Hô hấp Việt Nam đã kí kết thỏa thuận hợp tác với Hội Hô hấp Châu Âu (ERS), đây là sự hợp tác hết sức có ý nghĩa, là cơ hội cho Hội viên được tham gia và tiếp cận kiến thức từ những hiệp hội chuyên ngành hô hấp uy tín trên thế giới.



- Tăng cường quan hệ hợp tác với Trung tâm Quốc gia về Sức Khỏe và Y khoa toàn cầu - Nhật Bản (NCGM) thông qua việc cử các thành viên của Hội Hô hấp Việt Nam tham gia các khóa đào tạo:

- + Tham dự 03 khóa học về nội soi phế quản: Với sự tham gia của 03 bác sỹ và 08 điều dưỡng đến từ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện K Trung Ương.
- + Hội nghị nội soi phế quản Nhật Bản diễn ra ngày 23 - 26/05/2018 với sự tham dự của các bác sỹ đến từ Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang, Bệnh viện Phổi Hải Dương, Bệnh viện Trung Ương Huế, Bệnh viện Phổi Hà Nội, Bệnh viện Chợ Rẫy.
- Các Hội viên Hội Hô hấp Việt Nam thường xuyên tham dự, được tham gia báo cáo, làm chủ tọa đoàn tại các Hội nghị khoa học thường niên của các Hội chuyên ngành uy tín trên Thế giới như: Hội nghị Khoa

học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam, Hội nghị khoa học của Hội lồng ngực Mỹ (ATS), Hội Hô hấp Châu Âu (ERS),...



- Thường xuyên mời các chuyên gia hàng đầu trong lĩnh vực Hô hấp và các lĩnh vực có liên quan từ các tổ chức chuyên môn uy tín trên thế giới tham gia báo cáo tại các hội nghị khoa học của Hội Hô hấp Việt Nam và tham gia giảng dạy tại các lớp đào tạo y khoa liên tục do Hội tổ chức

- Trong năm 2017, Báo cáo viên tại Hội nghị khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam, gắn bó với Hội từ những năm đầu thành lập đến nay là GS.TS. Teofilo Lee-Chiong và PGS.TS. Joshua Solomon đã được trao danh hiệu cao quý “Kỷ niệm chương vì sức khỏe nhân dân” vì những đóng góp to lớn trong công tác hỗ trợ Hội Hô hấp Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai nói riêng và ngành Y tế nói chung
- Hợp tác với Liên minh phòng chống bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam (NCD)

f) Việc thực hiện nhiệm vụ được cơ quan có thẩm quyền giao

- Chấp hành các quy định của pháp luật có liên quan đến tổ chức, hoạt động của Hội. Tổ chức, hoạt động theo Điều lệ Hội đã được phê duyệt.
- Thực hiện đúng tôn chỉ, mục đích của Hội nhằm tham gia phát triển lĩnh vực liên quan đến hoạt động của Hội, góp phần xây dựng và phát triển đất nước.
- Phổ biến, huấn luyện kiến thức cho hội viên, hướng dẫn hội viên tuân thủ pháp luật, chế độ, chính sách của Nhà nước và Điều lệ, quy chế, quy định của Hội
- Xây dựng và ban hành quy tắc đạo đức trong hoạt động của Hội
- Quản lý và sử dụng các nguồn kinh phí của Hội theo đúng quy định của pháp luật
- Thực hiện việc báo cáo quyết toán tài chính hàng năm theo quy định của Nhà nước gửi cơ quan tài chính cùng cấp và cơ quan nhà nước có thẩm quyền
- Thực hiện các nhiệm vụ khác khi cơ quan có thẩm quyền yêu cầu

g) Công tác khen thưởng - kỷ luật

- Hội tặng giấy khen cho 17 thành viên Hội có đóng góp tích cực vào công việc chung của Hội



III. Những thuận lợi và khó khăn

a) Thuận lợi

- Được sự chỉ đạo đúng đắn và tạo điều kiện thuận lợi của Bộ Nội vụ, Bộ Y tế và Tổng Hội Y học Việt Nam.
- Có sự hợp tác và giúp đỡ tích cực của các Bệnh viện, Đại học Y Dược: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y dược TP. HCM, Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch - TP. Hồ Chí Minh và các Hội chuyên ngành khác
- Hội viên có ở khắp các tỉnh/thành phố trên cả nước

b) Khó khăn

- Hội mới thành lập, còn non trẻ nên công tác quản lý, điều phối các hoạt động của Hội còn nhiều khó khăn.
- Không có nguồn thu ổn định
- Các Hội viên chưa thực sự có ý thức tốt về việc đóng phí Hội viên

IV. Dự kiến phương hướng, nhiệm vụ năm 2019

Mục tiêu chung:

- Nâng cao uy tín và vị thế của Hội trong nước và trên thế giới
- Xây dựng chương trình khoa học và tổ chức thành công Hội nghị Hô hấp Châu Á Thái Bình Dương diễn ra tại Hà Nội năm 2019
- Củng cố và nâng cao trình độ khoa học kỹ thuật, uy tín nghề nghiệp hội viên.

Nội dung hoạt động:

Phát triển hội viên mới:

- Thường xuyên mở rộng phát triển hội viên mới từ các nhân viên y tế làm việc trong chuyên ngành hô hấp trên khắp mọi miền của đất nước

- Động viên các hội viên nên tham gia các Hội Hô hấp quốc tế, đặc biệt hội viên là các bác sỹ trẻ
- Tham vấn chuyên ngành trong các lĩnh vực có liên quan
- Thu hút nhiều hội viên tích cực đóng góp vào các hoạt động của Hội
- Đảm bảo cho Hội phát triển liên tục về số lượng và đặc biệt về chất lượng

Cập nhật kiến thức cho hội viên qua các hình thức:

- Khóa đào tạo y khoa liên tục, cấp chứng chỉ khi đủ điều kiện
- Hội thảo khoa học cấp quốc gia, quốc tế và hợp tác quốc tế
- Mở các lớp đào tạo ngắn hạn
- Đào tạo, cập nhật thông tin từ xa qua mạng internet:

<http://hoihohapvietnam.org> hoặc Email: hoihohapvietnam@gmail.com

Vận động - tổ chức - thực hiện nghiên cứu khoa học:

- Gợi ý các đề tài nghiên cứu khoa học chuyên ngành hô hấp
- Hỗ trợ về mặt kỹ thuật trong thực hiện các đề tài nghiên cứu khoa học
- Tiến hành nghiên cứu các đề tài của hội và mời gọi các hội viên tham gia
- Góp phần thẩm định giá trị đề tài nghiên cứu khoa học
- Tổ chức báo cáo và đăng báo, tạp chí các đề tài nghiên cứu khoa học trên các tờ tạp chí, tập san chuyên ngành.
- Khuyến khích và tài trợ các công trình nghiên cứu chuyên sâu về bệnh Hô hấp
- Khuyến khích và hỗ trợ Hội viên đăng tải các nghiên cứu khoa học trên các tờ tạp chí, tập san chuyên ngành

- Xây dựng các khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị một số bệnh Hô hấp

Đẩy mạnh các hoạt động đối ngoại:

- Tham gia các Hội nghị khoa học chuyên ngành hô hấp trên Thế giới
- Tạo sự gắn kết, hợp tác chặt chẽ với các Hội, tổ chức chuyên ngành quốc tế tổ chức Hội nghị khoa học (trong và ngoài nước) và hoạt động đào tạo y khoa liên tục
- Phối hợp cùng các chuyên gia, Hội Hô hấp của một số nước trên thế giới trong việc cung cấp các tài liệu chuyên ngành hô hấp qua mạng internet
- Huy động các nguồn tài trợ trong nước và nước ngoài để các Hội viên có cơ hội tham gia các hội thảo khoa học, các khóa đào tạo ngắn hạn trong nước cũng như nước ngoài.

TM. BAN THƯỜNG VỤ
CHỦ TỊCH HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM

GS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU


BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HỒ HẤP VIỆT NAM NĂM 2018

STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ	NHIỆM VỤ
1	GS.TS. Ngô Quý Châu	Bệnh viện Bạch Mai	Trưởng ban
2	PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan	Đại học Y dược TP HCM	Phó trưởng ban thường trực
3	GS.TS. Đỗ Quyết	Học viện Quân Y, Hà Nội	Phó trưởng ban
4	PGS. TS. Nguyễn Hữu Ước	Bệnh viện Việt Đức	Phó trưởng ban
5	PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn	Đại học Y dược Huế	Phó trưởng ban
6	GS.TSKH. Dương Quý Sỹ	Cao đẳng Y Lâm Đồng	Phó trưởng ban
7	PGS.TS. Chu Thị Hạnh	Bệnh viện Bạch Mai	Phó trưởng ban
8	PGS.TS. Nguyễn Hải Anh	Bệnh viện Bạch Mai	Phó trưởng ban
9	PGS.TS. Phan Thu Phương	Bệnh viện Bạch Mai	Phó trưởng ban
10	PGS.TS. Vũ Văn Giáp	Bệnh viện Bạch Mai	Phó trưởng ban
11	TS.BS. Nguyễn Văn Thành	BVĐK TW Cần Thơ	Phó trưởng ban
12	TS.BS. Lê Khắc Bảo	Bệnh viện nhân dân Gia Định	Thành Viên
13	TS.BS. Đoàn Thị Phương Lan	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
14	ThS.BS. Nguyễn Thị Diệu Hồng	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên

15	ThS.BS. Trịnh Thị Hương	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
16	ThS.BS. Nguyễn Thanh Thủy	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
17	ThS.BS. Lê Thị Thu Trang	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
18	ThS.BS. Nguyễn Vũ Hoàng Việt	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
19	ThS.BS. Vũ Thị Thu Trang	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
20	ThS.BS. Phan Thị Hạnh	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
21	ThS.BS. Phạm Thị Lệ Quyên	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
22	ThS.BS. Hoàng Anh Đức	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
23	ThS.BS. Nguyễn Ngọc Dư	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
24	ThS.BS. Nguyễn Văn Ngân	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
25	ThS.BS. Vũ Trần Thiên Quân	Đại học Y Dược TP.HCM	Thành viên
26	BS. Đào Ngọc Đức	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
27	ThS.BS. Nguyễn Thị Thanh Huyền	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
28	ThS.BS. Lã Quý Hương	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
29	ThS.BS. Dương Thị Nguyệt Vân	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
30	ThS.BS. Phan Thanh Thủy	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên



01

LÃNH ĐẠO BỘ Y TẾ



GS.TS. Nguyễn Việt Tiến
Chủ tọa đoàn
Thứ trưởng thường trực Bộ Y Tế
Tổng Cục trưởng Tổng cục Dân số



PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên
Chủ tọa đoàn
Nguyên thứ trưởng Bộ Y Tế
Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam



PGS.TS. Lương Ngọc Khuê
Chủ tọa đoàn
Cục trưởng Cục Quản lý Khám chữa bệnh

02

CHỦ TỌA - BÁO CÁO VIÊN QUỐC TẾ



GS.TS. Mina Gaga
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Chủ tịch Hội hô hấp Châu Âu



GS.TS. Kazuto Matsunaga
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Đại học Yamaguchi, Nhật Bản



GS.TS. Đinh Xuân Anh Tuấn
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Tổng biên tập tạp chí Hô hấp Châu Âu



BS. Anang Isnin Marhana
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Bệnh viện Surabaya Indonesia



PGS.TS. Greg Fox
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Đại học Sydney, Australia



GS.TS. Charles Yu
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Chủ tịch Ủy ban Lao, APRS



TS.BS. Lenora Fernandez
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Chủ tịch Hội Hô hấp Philippine



TS.BS. Masao Hashimoto
Báo cáo viên
Trung tâm quốc gia y tế và sức khỏe toàn cầu, Nhật Bản



GS.TS. Francesco Blasi
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Khoa Sinh lý bệnh và ghép tạng
Đại học Milan, Ý



TS.BS. Mana K Amir
Báo cáo viên
Giám đốc Y khoa, Đơn vị hồi sức tích cực
Bệnh viện Exempla St. Joseph Denver, US



TS.BS. Jin Takasaki
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Trung tâm Sức khỏe toàn cầu, Nhật Bản



ThS.BS. Erick Wan
Báo cáo viên
Đại học Sydney

03

CHỦ TỌA - BÁO CÁO VIÊN VIỆT NAM



GS.TS. Ngô Quý Châu
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Chủ tịch Hội Hô Hấp Việt Nam
Phó giám đốc Bệnh viện Bạch Mai



GS.TS. Phạm Minh Thông
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Phó giám đốc Bệnh viện Bạch Mai
Chủ tịch Hội Điện quang Việt Nam



GS.TS. Mai Trọng Khoa

Chủ tọa đoàn

Nguyên giám đốc TT Y Học Hạt nhân, Ung bướu
Bệnh viện Bạch Mai



GS.TS. Đồng Khắc Hưng
Chủ tọa đoàn

Nguyên Phó giám đốc Học viện Quân y



PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam



PGS.TS. Đỗ Duy Cường

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Trưởng khoa Truyền nhiễm
Bệnh viện Bạch Mai



GS.TS. Đỗ Quyết

Chủ tọa đoàn

Giám đốc Học viện Quân y



GS.TSKH. Dương Quý Sỹ

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam
Hiệu trưởng CĐYT Lâm Đồng



PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng

Báo cáo viên

Viện trưởng Viện Tim Mạch Việt Nam



PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Hội Gây mê hồi sức Việt Nam



GS.TS. Trần Văn Sáng

Chủ tọa đoàn

Nguyên Chủ nhiệm bộ môn Lao
và Bệnh phổi, Đại học Y Hà Nội



GS.TS. Nguyễn Gia Bình

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Chủ tịch Hội HSCC - CĐ Việt Nam



PGS. TS. Nguyễn Thanh Hải

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng



PGS.TS. Tạ Bá Thắng

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

BM Lao và Bệnh phổi, Học viện Quân y



PGS.TS. Vũ Văn Giáp

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Tổng thư ký Hội Hô hấp Việt Nam



PGS.TS. Chu Thị Hạnh

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam



PGS.TS. Nguyễn Thị Diệu Thúy

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Chủ nhiệm bộ môn Nhi
Trưởng Đại học Y Hà Nội



PGS.TS. Hoàng Hà

Báo cáo viên

Trưởng Đại học Y Dược Thái Nguyên



PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó trưởng khoa Hô hấp tích cực
Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Phan Thu Phương

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Giám đốc Trung tâm Hô hấp
Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Nguyễn Việt Hùng

Báo cáo viên

Trưởng khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn
Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Lê Tiến Dũng

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó chủ tịch Hội Hô hấp TP HCM



PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó trưởng Bộ môn Nhi- Đại học Y dược Huế
Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam



PGS.TS. Hoàng Bùi Hải

Báo cáo viên

Trưởng khoa Hô hấp tích cực
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội



PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiền

Báo cáo viên

Phó giám đốc Trung tâm Điện quang
Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Đào Minh Tuấn

Báo cáo viên

Phó viện trưởng
Viện nghiên cứu Sức khỏe Trẻ em



PGS.TS. Nguyễn Văn Liệu

Báo cáo viên

Phó trưởng khoa Thần Kinh
Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam



TS.BS. Lê Thị Thu Hương

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Trưởng khoa Hô hấp
Bệnh viện Nhân Dân Gia Định



TS.BS. Lương Quốc Chính

Báo cáo viên

Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ

Chủ tọa đoàn

Nguyên Giám đốc
Bệnh viện Phổi Trung Ương



PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Nguyên Trưởng khoa Nhi - Bệnh viện Bạch
Mai



TS.BS. Vũ Trường Khanh

Báo cáo viên

Trưởng khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Bạch Mai



TS.BS. Nguyễn Văn Thành

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Nguyên trưởng khoa Nội Hô hấp
BVĐK Trung ương Cần Thơ



PGS.TS. Nguyễn Đình Tiến

Chủ tọa đoàn

Trưởng khoa Hô hấp
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



PGS.TS. Trần Trọng Kiểm

Chủ tọa đoàn

Trưởng khoa Ngoại Lồng ngực
BV Trung ương Quân đội 108



TS.BS. Vũ Thị Thanh

Báo cáo viên

Khoa Dinh dưỡng - Bệnh viện Bạch Mai



TS.BS. Đoàn Thị Phương Lan

Báo cáo viên

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai
Tổng Thư ký Hội Hô hấp Hà Nội



PGS.TS. Nguyễn Hải Anh

Chủ tọa đoàn

Nguyên Phó giám đốc Trung tâm Hô hấp
Bệnh viện Bạch Mai



TS.BS. Phạm Hồng Nhung

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó trưởng khoa Vi sinh
Bệnh viện Bạch Mai



TS.BS. Nguyễn Văn Thọ

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Giảng viên Bộ môn Lao phổi
Đại học Y Dược TP.HCM



TS.BS. Lê Khắc Bảo

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó khoa Hô hấp
Bệnh viện Nhân Dân Gia Định



TS.BS. Ngô Vi Hải

Báo cáo viên

Trưởng khoa Phẫu thuật Tim mạch
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó trưởng Khoa cấp cứu
Bệnh viện Bạch Mai



TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh

Báo cáo viên

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch



ThS.BS. Vũ Văn Thành

Báo cáo viên

Trưởng khoa Bệnh Phổi mạn tính
Bệnh viện Phổi Trung ương



TS.BS. Phạm Văn Thái

Báo cáo viên

Phó Giám đốc Trung tâm Y học Hạt nhân Ung
bướu - Bệnh viện Bạch Mai



TS.BS. Trần Anh Tuấn

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó chủ tịch Hội Hô hấp TP. Hồ Chí Minh



TS.BS. Nguyễn Hữu Luân

Chủ tọa đoàn

Giám đốc Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch
Thành phố Hồ Chí Minh



TS.BS. Cao Mỹ Thúy

Chủ tọa đoàn

Trưởng khoa Hô hấp
Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ



CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN



CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN



TS.BS. Lê Nhật Minh
Báo cáo viên
Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương



ThS.BS. Lê Bảo Huy
Báo cáo viên
Khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực
Bệnh viện Thống Nhất, TP HCM



BS. Đinh Thị Thu Hương
Báo cáo viên
Bệnh viện Đống Đa, Hà Nội



ThS.BS. Lê Hoàn
Báo cáo viên
Khoa Nội Tổng Hợp
Bệnh Viện Đại học Y Hà Nội



ThS.BS. Cao Xuân Thục
Chủ tọa đoàn
Bệnh viện Chợ Rẫy



ThS.BS. Hoàng Anh Đức
Báo cáo viên
Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai



BS. Phạm Văn Luận
Báo cáo viên
Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108



BS. Phạm Thu Phương
Báo cáo viên
Bệnh viện Đa khoa Đức Giang



ThS.BS. Ngô Gia Khánh
Báo cáo viên
Trưởng Khoa Phẫu thuật lồng ngực
Bệnh viện Bạch Mai



ThS.BS. Nguyễn Ngọc Dư
Báo cáo viên
Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai



BSNT. Nguyễn T. Như Quỳnh
Báo cáo viên
Trường Đại học Y Hà Nội



BSNT. Phùng Thị Thơm
Báo cáo viên
Trường Đại học Y Hà Nội



ThS.BS. Phạm Ngọc Yến
Báo cáo viên
Viện nghiên cứu Y khoa Woolcock



ThS.BS. Lê Tự Hoàng
Báo cáo viên
Giảng viên Trường Đại học Y tế Công Cộng



BS. Nguyễn Minh Sang
Báo cáo viên
Bệnh viện Hữu Nghị



BSNT. Phạm Văn Lưu
Báo cáo viên
Trường Đại học Y Hà Nội



ThS.BS. Phạm Thị Hải
Chủ tọa đoàn
Quỹ Phòng chống tác hại thuốc lá



ThS.BS. Nguyễn Thị Phụng
Báo cáo viên
Khoa Hô hấp, Bệnh Viện Chợ Rẫy



BS. Huỳnh Thị Thanh Phương
Báo cáo viên
Bệnh viện Nhân Dân Gia Định - TP Hồ Chí Minh



ThS.BS. Nguyễn Hồ Lam
Báo cáo viên
Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh



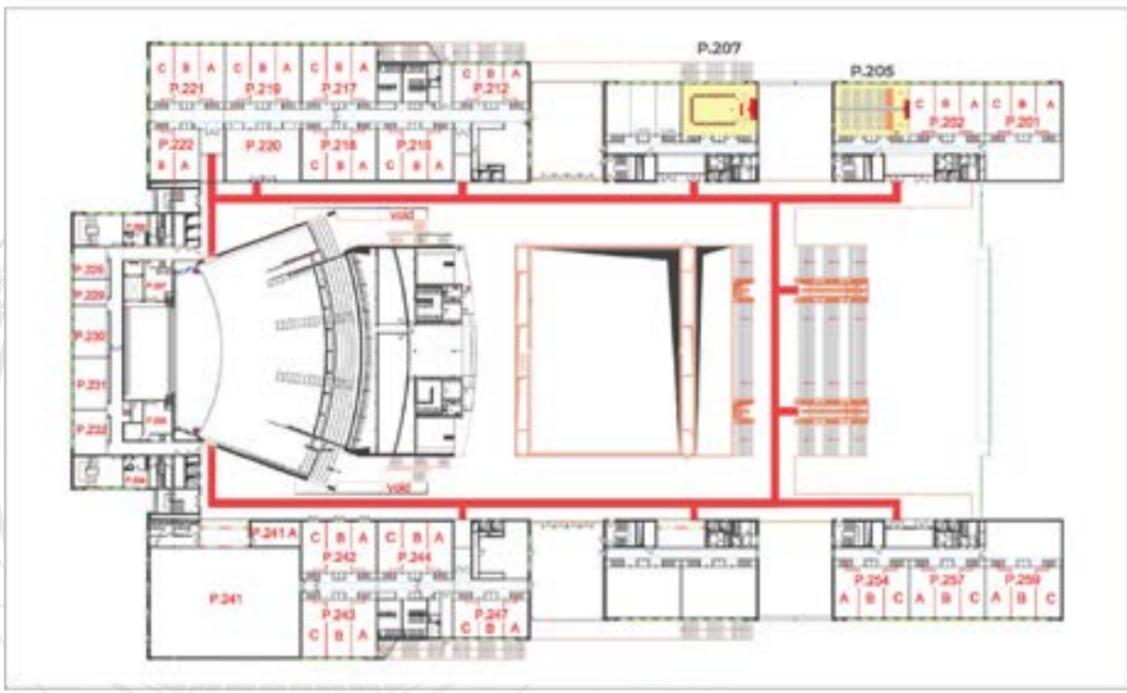
BSCKII. Nguyễn Đình Duy
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên
Phó Giám đốc Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch



SƠ ĐỒ MẶT BẰNG HỘI NGHỊ



GIẢI THƯỞNG TẠI HỘI NGHỊ



CHƯƠNG TRÌNH QUAY SỐ TRÙNG THƯỜNG
 (TẤT CẢ CÁ NHÂN ĐÃ ĐĂNG KÝ THAM GIA HỘI NGHỊ)

- 1 GIẢI ĐẶC BIỆT: 1 MÁY TÍNH XÁCH TAY
- 1 GIẢI NHẤT: 1 ỒNG NGHE LITTMANN CLASSIC
- 1 GIẢI NHÌ: 1 MÁY ĐO SPO₂
- 1 GIẢI BA: 1 MÁY ĐO HUYẾT ÁP ĐIỆN TỬ
- 10 GIẢI KHUYẾN KHÍCH: SÁCH CẨM NANG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA



BÁO CÁO NGHIÊN CỨU HỘI NGHỊ
 (BÁO CÁO VIÊN TIẾNG ANH VÀ TIẾNG VIỆT)

- GIẢI NHẤT: 1 ỒNG NGHE LITTMANN CLASSIC
- GIẢI NHÌ: 1 MÁY ĐO SPO₂
- GIẢI BA: 1 MÁY ĐO HUYẾT ÁP ĐIỆN TỬ
- GIẢI KHUYẾN KHÍCH: SÁCH CẨM NANG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

STT	TÊN BÀI	TÁC GIẢ	TRANG
1	Cập nhật chẩn đoán và điều trị COPD 2018	GS.TS. Ngô Quý Châu <i>Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam</i>	31
2	Vai trò của bạch cầu đa nhân ái toan trong hen suyễn và COPD: từ lý thuyết đến thực tế lâm sàng	GS.TS. Đinh Xuân Anh Tuấn <i>Chủ nhiệm Bộ môn Sinh lý lâm sàng, Đại học Y khoa Paris Descartes,</i>	31
3	Điều trị đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	GS.TS. Mina Gaga <i>Chủ tịch Hội ERS</i>	33
4	Chiến lược toàn cầu xử trí Hen - Cập nhật GINA 2018	PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan <i>Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam</i>	37
5	Điều trị viêm phổi cộng đồng nặng	TS.BS. Nguyễn Văn Thành <i>Phó chủ tịch VNRS</i>	42
6	Các hình thái tổn thương của bệnh phổi kẽ.	GS.TS. Phạm Minh Thông <i>Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai</i>	43
7	Đánh giá viêm Tuýp 2 trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	GS.TS. Kazuto Matsunaga <i>Đại học Yamaguchi, Trưởng ban Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính APRS</i>	44
8	Xác định kiểu hình Hen giúp mở rộng hiểu biết về những thách thức trong điều trị hen	PGS.TS. Chu Thị Hạnh <i>Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai</i>	46
9	Lược sử quá trình nghiên cứu Melioidosis tại Việt Nam: Phân bố địa lý và xét nghiệm chẩn đoán	TS.BS. Trịnh Thành Trung <i>Viện Vi sinh vật và Công nghệ Sinh học, Đại học Quốc gia Hà Nội</i>	47
10	Đặc điểm tổn thương trên bệnh nhân Melioidosis tại bệnh viện Bạch Mai	PGS.TS. Đỗ Duy Cường <i>Khoa truyền nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai</i>	49
11	Tiếp cận bệnh phổi trong bệnh lý mô liên kết	BS Mana K Amir <i>Giám đốc y khoa, Đơn vị HSTC Bệnh viện Exempla, US</i>	54
12	Tầm quan trọng của kiểu hình khí phế thũng ở bệnh nhân COPD	TS.BS. Nguyễn Văn Thọ <i>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh</i>	55
13	Rối loạn hoạt động dây thanh và hen.	ThS.BS. Nguyễn Hồ Lam <i>Đại Y Dược TP Hồ Chí Minh</i>	56

STT	TÊN BÀI	TÁC GIẢ	TRANG
14	Thở máy không xâm nhập trong điều trị viêm phổi nặng	TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn <i>Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai</i>	58
15	Chẩn đoán và điều trị Bệnh lý trào ngược dạ dày ngoài thực quản ở bệnh nhân hô hấp	TS.BS. Vũ Trường Khanh <i>Trưởng khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai</i>	59
16	Chẩn đoán và điều trị nấm phổi	TS.BS. Đoàn Phương Lan <i>Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai</i>	60
17	Xu hướng mới trong quản lý hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ	BS. Trần Ngọc Hoàn <i>Trung tâm Hô hấp và giấc ngủ Victoria, Melbourne, Úc</i>	61
18	Cập nhật nội soi can thiệp từ hội nghị NSPQ thế giới - WABIP 2018	PGS.TS. Vũ Văn Giáp <i>Tổng thư ký Hội Hô hấp Việt Nam</i>	63
19	Thanh toán bệnh lao khỏi đời sống: Có thể làm gì?	BS. Charles Yu <i>Chủ tịch Ủy ban lao APRS Philippines</i>	64
20	Chẩn đoán ngưng thở khi ngủ	PGS.TS. Phan Thu Phương <i>Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai</i>	64
21	Sàng lọc chủ động và theo dõi lao tiềm ẩn cho người tiếp xúc	PGS.TS. Greg Fox <i>Đại học Sydney, Australia</i>	65
22	Chẩn đoán và điều trị nấm Aspergillus phổi phế quản dị ứng - ABPA	PGS.TS. Chu Thị Hạnh <i>Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai</i>	67
23	Hội chứng giảm thông khí do béo phì: Chẩn đoán và điều trị	BS. Trần Ngọc Hoàn <i>Trung tâm Hô hấp và giấc ngủ Victoria, Melbourne, Úc</i>	68
24	Đặt stent khí phế quản	ThS.BS. Nguyễn Ngọc Dư <i>Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai</i>	69
25	Lao đa kháng: Cập nhật các phương pháp chẩn đoán và phác đồ điều trị mới	BS. Charles Yu <i>Chủ tịch ủy ban lao APRS Philippines</i>	670

STT	TÊN BÀI	TÁC GIẢ	TRANG
26	Hệ thống phân giai đoạn TNM ung thư phổi: ấn bản thứ 8	ThS.BS. Lê Hoàn <i>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội</i>	74
27	Tắc động mạch phổi cấp: Nhìn lại sau 12 năm nghiên cứu và áp dụng	PGS.TS. Hoàng Bùi Hải <i>Bộ môn Hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội</i>	74
28	Giãn phế quản đồng mắc với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Chẩn đoán và điều trị	TS.BS. Lê Thị Thu Hương <i>Trưởng khoa Hô hấp Bệnh viện Nhân dân Gia Định</i>	75
29	Nghệ thuật sử dụng kháng sinh trong viêm phổi cộng đồng ở trẻ em	PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng <i>Nguyên trưởng khoa nhi Bệnh viện Bạch Mai</i>	76
30	Liệu pháp miễn dịch trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ	TS.BS. Phạm Văn Thái <i>PGĐ TT Y học Hạt Nhân Bệnh viện Bạch Mai</i>	77
31	Lao phổi và COPD	ThS.BS. Vũ Văn Thành <i>Bệnh viện Phổi Trung ương</i>	79
32	Vai trò của Corticosteroid dạng hít trong xử trí cơn hen cấp ở trẻ em	PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn <i>Trường Đại học Y Dược Huế</i>	81
33	Điều trị bệnh lý mạch vành và suy tim ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng <i>Viện trưởng viện Tim mạch Việt Nam</i>	82
34	Chẩn đoán hen nhũ nhi: thách thức và đồng thuận	TS.BS. Trần Anh Tuấn <i>Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP HCM</i>	83
35	Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD Việt Nam 2018: -Chẩn đoán và đánh giá Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	GS.TS. Ngô Quý Châu <i>Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam</i>	84
36	Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD Việt Nam 2018: Điều trị giai đoạn ổn định	PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan <i>Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam</i>	85
37	Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD Việt Nam 2018: Điều trị đợt cấp	PGS.TS. Nguyễn Thanh Hải <i>Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng</i>	86

	TÊN BÀI	TÁC GIẢ	TRANG
38	Vai trò của đo nồng độ NO khí thở ra trong bệnh hô hấp	GS.TSKH. Dương Quý Sỹ <i>TT Nghiên cứu Y Sinh học Trường CD Y tế Lâm Đồng</i>	90
39	Vi khuẩn và kháng kháng sinh trong viêm phổi bệnh viện	TS.BS Phạm Hồng Nhung <i>Khoa Vi sinh, Bệnh viện Bạch Mai</i>	91
40	Chẩn đoán và tiếp cận điều trị ho máu	GS.TS. Francesesco Blasi <i>Trưởng khoa sinh lý bệnh Đại học Milan, Italia</i>	92
41	Quản lý bệnh đồng mắc với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	PGS.TS. Chu Thị Hạnh <i>Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam</i>	99
42	Phục hồi chức năng hô hấp và chăm sóc giảm nhẹ	TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh <i>Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch</i>	101
43	Cập nhật liệu pháp khí dung trên bệnh hô hấp ở trẻ em	PGS.TS. Nguyễn Thị Diệu Thúy <i>Đại học Y Hà Nội</i>	102
44	Điều trị viêm phổi bệnh viện trong kỷ nguyên đa kháng thuốc	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn <i>Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai</i>	103
45	Vai trò của can thiệp hô hấp trong hợp tác đa chuyên ngành điều trị ung thư	BS. Anang Isnin <i>Bệnh viện Surabaya Indonesia</i>	104
46	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và Bệnh đồng mắc: Tối ưu hóa thuốc điều trị trong thực hành lâm sàng	PGS.TS. Lê Tiến Dũng <i>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM</i>	105
47	Chuyển đổi điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Bằng chứng và kinh nghiệm lâm sàng	BSCKII. Nguyễn Đình Duy <i>Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch</i>	109
48	Phương pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn hô hấp trẻ em	PGS.TS. Đào Minh Tuấn <i>Viện nghiên cứu Sức khỏe trẻ em</i>	110

STT	TÊN BÀI	TÁC GIẢ	TRANG
49	Nội soi can thiệp giảm thể tích phổi	ThS.BS. Hoàng Anh Đức <i>Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai</i>	111
50	Kiểm soát đường thở khó và kinh nghiệm xử trí phản vệ	GS.TS. Nguyễn Gia Bình <i>Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai</i>	115
51	Chụp cắt lớp vi tính định lượng	ThS.BS. Phạm Hồng Cảnh <i>Khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đại học Y Hà Nội</i>	116
52	Chẩn đoán và điều trị nhược cơ dưới góc nhìn của các nhà nội khoa	PGS.TS. Nguyễn Văn Liệu <i>Phó CN Bộ môn Thần kinh Đại học Y Hà Nội</i>	116
53	Cấp cứu ngừng tuần hoàn	TS.BS. Lương Quốc Chính <i>Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai</i>	117
54	Siêu âm lồng ngực	PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiền <i>Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai</i>	120
55	Vai trò của phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ	PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước <i>Bệnh viện Việt Đức</i>	121
56	Hướng dẫn tổ chức tư vấn điều trị, cai nghiện thuốc lá tại Việt Nam	TS.BS. Lê Khắc Bảo <i>Đại học Y Dược TP. HCM</i>	123
57	Chẩn đoán và xử trí ngộ độc thuốc tê trong lâm sàng	PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên <i>Bệnh viện Quân đội 103</i>	127
58	Interventional treatment of vascular malformation leading to hemoptysis	BS. Manabu Suzuki <i>Sức khỏe toàn cầu Nhật Bản</i>	128
59	Dinh dưỡng cho bệnh nhân COPD và bệnh nhân thở máy	TS.BS. Vũ Thị Thanh <i>Trung tâm Dinh Dưỡng, Bệnh viện Bạch Mai</i>	129
60	Phát triển ý tưởng nghiên cứu	PGS.TS. Toshie Manabe <i>Đại học Tsukuba, Nhật Bản</i>	131

STT	TÊN BÀI	TÁC GIẢ	TRANG
61	Ô nhiễm không khí - Yếu tố làm tăng số người nhập viện do bệnh hô hấp tại Đồng bằng Sông Hồng: bằng chứng từ nghiên cứu APHIST	ThS.BS. Lê Tự Hoàng <i>Đại học Y tế Công Cộng</i>	132
62	Đánh giá kết quả nạo vét hạch qua nội soi trong phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ	ThS.BS. Ngô Gia Khánh <i>Bệnh viện Bạch Mai</i>	133
63	Thay đổi các thông số chức năng hô hấp đo bằng phương pháp thể tích ký thân ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp	PGS.TS. Tạ Bá Thắng <i>Trung tâm nội Hô hấp, Bệnh viện Quân Y 103</i>	134
64	Thiết kế nghiên cứu	PGS.TS. Toshie Manabe <i>Đại học Tsukuba, Nhật Bản</i>	135
65	Các căn nguyên gây nhiễm trùng đường hô hấp	TS.BS. Lê Nhật Minh <i>Viện vệ sinh Dịch tễ Trung Ương</i>	136
66	Cải thiện tỷ lệ sử dụng đúng các dụng cụ xịt hít tại phòng quản lý Hen - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Bệnh viện Đổng Đa 2017	BS. Đinh Thị Thu Hương <i>Bệnh viện Đổng Đa</i>	138
67	Nhận xét về cách dùng bình xịt, bình hít của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	BS. Phạm Thu Phương <i>Bệnh viện Đa Khoa Đức Giang</i>	139
68	Can thiệp cai thuốc lá: Tổng quan hệ thống tại các nước thu nhập thấp và trung bình	BS. Erick Wan <i>Viện nghiên cứu Y khoa Woolcock</i>	141
69	Khảo sát nồng độ NT - ProBNP huyết tương ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có bệnh tim mạch đồng mắc nhập cấp cứu	ThS.BS. Lê Bảo Huy <i>Bệnh viện Thống Nhất, TP HCM</i>	146
70	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nấm phổi xâm nhập	BSNT. Nguyễn Thị Như Quỳnh <i>Trường Đại học Y Hà Nội</i>	147

STT	TÊN BÀI	TÁC GIẢ	TRANG
71	Mối liên quan giữa bệnh đồng mắc và đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	PGS.TS. Hoàng Hà <i>Trường Đại học Y dược Thái Nguyên</i>	149
72	VCAP 1 - Đặc điểm các triệu chứng hô hấp và hành vi hút thuốc tại các cơ sở y tế tại Việt Nam	PGS.TS. Vũ Văn Giáp và Cộng sự <i>Tổng thư ký Hội Hô hấp Việt Nam</i>	151
73	Gây khạc đờm chẩn đoán lao phổi: Một số ca lâm sàng	BS. Nguyễn Minh Sang <i>Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội</i>	153
74	Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và độ khuếch tán khí CO qua màng phế nang mao mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	BSNT. Phùng Thị Thơm <i>Đại học Y Hà Nội</i>	154
75	Đặc điểm tổn thương nhu mô và động mạch phổi trên phim CT320 dãy ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	BS. Phạm Văn Luận <i>Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108</i>	155
76	Tỷ lệ mắc bệnh và yếu tố nguy cơ lo âu và trầm cảm của bệnh nhân COPD tại phòng khám bệnh nhân ở thành phố Hồ Chí Minh	BS. Huỳnh Thị Thanh Phương <i>Bệnh viện Nhân Dân Gia Định</i>	156
77	Hút thuốc tại các cơ sở y tế - Từ chính sách đến thực hành	ThS.BS. Phạm Ngọc Yến <i>Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock</i>	158
78	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đa ký giấc ngủ ở bệnh nhân hội chứng ngưng thở khi ngủ	BSNT. Phạm Văn Lưu <i>Trường Đại học Y Hà Nội</i>	159
79	Nghiên cứu kết quả nội soi phế quản siêu âm sinh thiết chẩn đoán U, hạch trung thất tại trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai	TS.BS. Masao Hashimoto <i>Trung tâm quốc gia sức khỏe toàn cầu Nhật Bản - NCGM</i>	206

UPDATE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD 2018

Prof. Ngo Quy Chau, MD., PhD

President of VNRS

COPD is a common disease that can be prevented and treated. The criteria to diagnose and classify the group of COPD according to GOLD 2018 is not changed from GOLD 2017. Based on results of many studies, GOLD 2018 recommends long acting anticholinergic bronchodilators (LAMA) the first choice for patients with COPD group B and upper. Depending on the response of patients, the treatment should be adjusted with long acting beta 2 agonist bronchodilators (LABA) or inhaled corticosteroid or others agents added. Xanthines are still the common drugs, with low price but effective. They can be a choice for combination or alter choice for some certain circumstances. Nowadays, some researches try to classify the disease according to inflammatory markers, eosinophils, etc with the aim of individualizing management. Eosinophilic phenotype patients have more frequent exacerbations, more severe disease burden. Besides, pulmonary rehabilitation is one important treatment with correspondent intervention to improve the quality of life.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COPD 2018

GS.TS. Ngô Quý Châu

Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh lý thường gặp, có thể dự phòng và điều trị được. Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại bệnh theo hướng dẫn của GOLD 2018 không có thay đổi so với GOLD 2017. Dựa trên các kết quả nghiên cứu, GOLD 2018 khuyến cáo thuốc giãn phế quản nhóm kháng cholinergic tác dụng dài (LAMA) là lựa chọn đầu tay cho các nhóm từ B trở lên rồi tùy theo đáp ứng có thể thay đổi, kết hợp thêm với thuốc cường beta 2 tác dụng dài, corticosteroid hít và/ hoặc một số thuốc khác. Xanthines vẫn là nhóm thuốc được sử dụng rộng rãi, chi phí thấp và vẫn mang lại hiệu quả, có thể là lựa chọn thuốc kết hợp hoặc thay thế với các trường hợp nhất định. Hiện nay, nhiều nghiên cứu hướng tới định typ bệnh nhân dựa vào các marker viêm, BC ái toan trong máu, trong đờm, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng để cá thể hoá trong điều trị BPTNMT giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Kiểu hình BPTNMT tăng BC ái toan hiện đang được chú ý do nhóm BN này thường có nhiều đợt cấp, gánh nặng bệnh tật cao hơn, chi phí y tế cao hơn. Ngoài ra, PHCN hô hấp là một biện pháp điều trị quan trọng, can thiệp toàn diện giúp cải thiện thể chất và tinh thần, nâng cao chất lượng cuộc sống.

ROLE OF EOSINOPHILS IN ASTHMA AND COPD: FROM THEORY TO CLINICAL PRACTICE

Dinh Xuan Anh Tuan, MD, PhD, FERS

Head of Clinical Biophysiology Department, Medical University of Paris Descartes

Head of Respiratory and Cardiology functional investigation department. Cochin hospital, France

Eosinophils are granulocytic leukocytes with key roles in immunomodulatory and inflammatory function, which are characterized by bilobed nuclei and large acidophilic cytoplasmic granules. Eosinophils differentiate from pluripotent CD34+ progenitor stem cells found in normal bone marrow, when stimulated by granulocyte-monocyte colony stimulating factor (GM-CSF) and interleukin (IL)-3 in early phases, and IL-5 in the latter phases of differentiation. IL-5 also regulates the release of mature eosinophils from bone marrow into the blood stream.

Both asthma and COPD are characterized by chronic inflammation of the respiratory tract, although the nature of the inflammation and its location might slightly to markedly differ between asthmatic patients and patients with COPD. Improvements in asthma exacerbation rates are more pronounced in patients with a combination of higher blood eosinophil counts and a history of more frequent exacerbations. It is also suggested that anti-IL5 drugs could be used as an add-on therapeutic option for severe refractory eosinophilic asthma in adults if their blood eosinophil count has been 300 cells per μ L or higher in the previous year. Eosinophils have been found in the airways, tissues, and circulation of patients with COPD, during both stable disease and exacerbations. Epidemiological studies and post-hoc analyses of clinical trials of corticosteroid treatment for COPD have shown that the blood eosinophil count is associated with the risk of COPD exacerbations, mortality, decline in FEV1, and response to both inhaled and systemic corticosteroids in patients with COPD. Other biomarkers that are associated with eosinophilic airway inflammation include fractional exhaled nitric oxide (FeNO), and serum periostin. FeNO levels are correlated with peripheral blood eosinophils and sputum eosinophils particularly in mild-to-moderate disease whereas the relationship is more complex in severe disease.

The importance of eosinophilic inflammation in asthma and COPD and its role in different states of diseases is perhaps best informed by response to therapies. Current and emerging therapies targeting eosinophilic inflammation should be assessed by quantifying their impact upon eosinophilic inflammation. Changes of the latter should be in turn correlated with clinical outcomes.

VAI TRÒ CỦA BẠCH CẦU ĐA NHÂN ÁI TOAN TRONG HEN SUYỄN VÀ COPD: TỪ LÝ THUYẾT ĐẾN THỰC TẾ LÂM SÀNG

GS.TS. Đinh Xuân Anh Tuấn

Chủ nhiệm Bộ môn Sinh lý lâm sàng, Đại học Y khoa Paris Descartes,

Trưởng khoa Thăm Dò Chức Năng Hô Hấp và Tim Mạch, Bệnh viện Cochin, Pháp.

Bạch cầu ái toan là những tế bào bạch cầu, dạng bạch cầu hạt có nhân, có vai trò quan trọng trong chức năng miễn dịch và viêm, được đặc trưng bởi hai thùy chứa các hạt tế bào chất ái toan. Bạch cầu ái toan phân hóa từ dòng tế bào gốc đa năng tiền thân CD34+ từ tủy xương, khi được kích thích

bởi GM-CSF (Nhân tố kích thích tạo dòng bạch cầu hạt - đại thực bào) và IL-3 trong giai đoạn đầu, và IL-5 trong các giai đoạn sau của sự phân hóa. IL-5 cũng điều hòa sự giải phóng của bạch cầu ái toan trưởng thành từ tủy xương vào máu.

Cả hen suyễn và COPD đều được đặc trưng bởi viêm mạn tính đường hô hấp, mặc dù bản chất của tình trạng viêm và vị trí của nó có thể khác nhau giữa bệnh nhân hen và bệnh nhân COPD. Những bệnh nhân có lượng bạch cầu ái toan trong máu cao hơn và tiền sử đợt cấp thường xuyên hơn có cải thiện tỉ lệ đợt cấp của bệnh hen suyễn rõ rệt hơn. Nó cũng gợi ý rằng các thuốc kháng IL-5 có thể được sử dụng như một lựa chọn điều trị bổ sung cho bệnh nhân hen suyễn với lượng bạch cầu ái toan là 300 tế bào/ μ L hoặc cao hơn trong năm trước. Bạch cầu ái toan đã được tìm thấy trong đường hô hấp, các mô, và trong tuần hoàn của bệnh nhân COPD, trong cả giai đoạn bệnh ổn định và đợt cấp.

Các nghiên cứu dịch tễ học và phân tích hậu kiểm từ các nghiên cứu lâm sàng có điều trị bằng corticosteroid trong COPD cho thấy số lượng bạch cầu ái toan trong máu có liên quan đến nguy cơ đợt cấp COPD, tử vong, suy giảm FEV1 và đáp ứng với cả corticosteroids dạng hít và toàn thân ở bệnh nhân COPD. Các dấu ấn sinh học khác có liên quan đến viêm đường hô hấp do bạch cầu ái toan bao gồm khí oxit nitric thải ra (FeNO) và periostin huyết thanh. Nồng độ FeNO tương quan với lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại biên và bạch cầu ái toan trong đờm đặc biệt ở bệnh nhẹ đến trung bình trong khi mối quan hệ này trở nên phức tạp hơn trong bệnh nặng.

Tầm quan trọng của viêm tăng bạch cầu ái toan trong hen suyễn và COPD cũng như vai trò của nó ở các giai đoạn khác nhau của bệnh có lẽ được phản ánh tốt nhất bởi đáp ứng với phương pháp điều trị. Các phương pháp điều trị hiện tại và trong tương lai nhắm đến viêm tăng bạch cầu ái toan nên được đánh giá bằng cách định lượng hiệu quả của chúng đối với việc kiểm soát viêm do bạch cầu ái toan. Những thay đổi của tình trạng viêm này nên tương ứng với kết cục lâm sàng.

MANAGEMENT OF COPD EXACERBATIONS

Prof. Mina Gaga, MD., PhD

President of ERS

The acute deterioration of respiratory symptoms that requires add-on treatment is called exacerbation [1]. The definition of exacerbations is not fully clarified and is usually based on symptoms (worsening of cough, more or purulent sputum, increased breathlessness and/or fever) or on health care utilization, such as emergency visit and add-on treatment or hospitalization) and this the definitions normally used in clinical trials [2]. It must be noted that, often, an exacerbation is the event that leads the patient to the doctor for the first time and the diagnosis of COPD is not already known. So, it is important that health care professionals are aware and always ask for the patients history, for chronic symptoms and risk factors when patients present with acute breathlessness, or symptoms of a bothersome cold or frequent colds.

Exacerbations have a negative impact on lung function, on disease progression and on quality of life as well as huge socioeconomic costs. [3-6]. Exacerbations may occur at any stage of COPD,

but rates increase with GOLD stage. Therefore, the more severe the disease the more common the exacerbations and the best predictor for future exacerbations is the history of previous exacerbations [7]. Severe exacerbations that require hospitalizations affect survival and a recent cohort study showed that the 15-year overall survival for COPD patients is reduced after hospitalisation by 82% compared to the general population. Moreover, the mean life expectancy is proportionally shorter for each stage of COPD after exacerbation [8]. Exacerbations may be classified according to causative and inflammatory factors and are characterized as bacteria predominant, virus-predominant, eosinophil/TH2-predominant and pauci-inflammatory exacerbations [9]. Exacerbations should be treated promptly and taking into consideration the severity of the exacerbation and of COPD, possible causes, and the presence of comorbidities. In clinical practice, the level of breathlessness and clinical presentation guide the management in a primary and /or outpatient care setting while in cases of severe exacerbation hospital based-management may be required and then markers used to guide treatment include blood eosinophils, inflammatory markers such as CRP or PCT, spirometry, oxygen saturation and ABGs [10-11]. These markers indicate the presence of bacterial infection or eosinophilic exacerbation, contribute to the assessment of severity of the exacerbation and help guide treatment.

Short-acting inhaled b2-agonists plus short acting anticholinergics, often via nebulization, are the main bronchodilators used during an exacerbation. Long acting bronchodilators should also be initiated early. OCS for a short period of time (5-7 days) could be helpful in hospitalized patients with severe airflow limitation and elevated blood eosinophils [12]. A recent study by Stolz and coworkers showed that a high dose combination of ICS/SABA may be beneficial if initiated at the beginning of an exacerbation[13]. Antibiotics, administered for a short treatment period, in patients with strong evidence of bacterial infection or severe exacerbation, could offer an additional therapeutic benefit by shortening recovery time and duration of hospitalization [1,]. The administration of short courses of antibiotics' is recommended as they are associated with fewer adverse events and no higher risk of treatment failure than longer courses [14, 15]. Furthermore, the addition of broad-spectrum antibiotics to corticosteroids in patients with high CRP levels has been shown to reduce the risk of a new exacerbation and have a better outcome during an exacerbation [16]. In COPD patients with acute respiratory failure, non-invasive mechanical ventilation (NIV) is the first choice of ventilation unless there is an absolute contraindication (such as apnea, shock, altered mental status, recent laryngeal, esophageal or gastric surgery, pneumothorax etc). It decreases the need for intubation by improving gas exchange and by decreasing the work of breathing [17]. Several comorbidities such as diabetes mellitus, cardiovascular disease and arrhythmias should be taken into consideration and treated appropriately.

A COPD patient should be re-examined in the first month after COPD exacerbation and should be regularly followed from then on. Rehabilitation as well as smoking cessation programs should be offered as well as information and advice about diet and life style(18). Immunization against flu and pneumococcus and regular treatment with either LAMA/LAMA (19,20), ICS/LABA (21)

or even triple inhaler treatment (22) according to the individual patient's clinical characteristics should be administered to prevent exacerbations. It is important as well to know the patient and communicate well(23), understanding the same things and personalizing management to the patient preferences, within good clinical practice.

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <https://goldcopd.org>.
2. Hawkins PE, Alam J, McDonnell TJ et al. Defining exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Rev Respir Med*. 2015 Jun;9(3):277-86.
3. Donaldson GC1, Seemungal TA, Bhowmik A et al. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2002 Oct;57(10):847-52.
4. Seemungal TA1, Donaldson GC, Paul EA et al. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998 May;157(5 Pt 1):1418-22.
5. Soler-Catalu-a JJ, Martínez-García MA, Román Sánchez P et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Soler-Catalu-a JJ1, Martínez-García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Thorax*. 2005 Nov;60(11):925-31.
6. Miravittles M1, Ferrer M, Pont A et al. Effect of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a 2 year follow up study. *Thorax*. 2004 May;59(5):387-95.
7. Hurst JR1, Vestbo J, Anzueto A et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2010 Sep 16;363(12):1128-38.
8. van Hirtum PV, Sprooten RTM, van Noord JA et al. Long term survival after admission for COPD exacerbation: A comparison with the general population. *Respir Med*. 2018 Apr;137:77-82.
9. Bafadhel M1, McKenna S, Terry S et al. Am J Respir Crit Care Med. 2011 Sep 15;184(6):662-71. doi: 10.1164/rccm.201104-0597OC. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: identification of biologic clusters and their biomarkers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Sep 15;184(6):662-71.
10. Keene JD, Jacobson S, Kechris K et al. Biomarkers Predictive of Exacerbations in the SPIROMICS and COPD Gene Cohorts. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017 Feb 15;195(4):473-481.
11. Crisafulli E, Torres A, Huerta A et al. C-Reactive Protein at Discharge, Diabetes Mellitus and ≥ 1 Hospitalization During Previous Year Predict Early Readmission in Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *COPD*. 2015 Jun;12(3):306-14.
12. Brightling CE1, Monteiro W, Ward R et al. Sputum eosinophilia and short-term response to prednisolone in chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000 Oct 28;356(9240):1480-5.
13. Stolz D, Hirsch HH, Schilter D et al. Intensified Therapy with Inhaled Corticosteroids and

Long-Acting -2-Agonists at the Onset of Upper Respiratory Tract Infection to Prevent Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-controlled Trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018 May 1;197(9):1136-1146.

14. Stolbrink M, Amiry J, Blakey JD. Does antibiotic treatment duration affect the outcomes of exacerbations of asthma and COPD? A systematic review. *Chron Respir Dis.* 2018 Aug;15(3):225-240.

15. Kim DK, Lee J, Park JH et al. What Can We Apply to Manage Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Respiratory Failure? *Respir Dis (Seoul).* 2018 Apr;81(2):99-105.

16. Yawn BP1, Thomashow B. Management of patients during and after exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the role of primary care physicians. *J Gen Med.* 2011;4:665-76.

17. Mitchell KE1, Johnson-Warrington V2, Apps LD et al. A self-management programme for COPD: a randomised controlled trial. *Eur Respir J.* 2014 Dec;44(6):1538-47.

18. Steurer-Stey C, Dalla Lana K, Braun J et al. Effects of the "Living well with COPD" intervention in primary care: a comparative study. *Eur Respir J.* 2018 Jan 4;51(1)

19. Greulich T, Kostikas K, Gaga M, Aalamian-Mattheis M, Lossi NS, Patalano F, Nunez X, Paganò VA, Fogel R, Vogelmeier CF, Clemens A. Indacaterol/glycopyrronium reduces the risk of clinically important deterioration after direct switch from baseline therapies in patients with moderate COPD: a post hoc analysis of the CRYSTAL study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018 Apr 16;13:1229-1237. doi: 10.2147/COPD.S159732. eCollection 2018.

20. Vogelmeier CF, Gaga M, Aalamian-Mattheis M, Greulich T, Marin JM, Castellani W, Ninane V, Lane S, Nunez X, Patalano F, Clemens A, Kostikas K; CRYSTAL study investigators. Efficacy and safety of direct switch to indacaterol/glycopyrronium in patients with moderate COPD: the CRYSTAL open-label randomised trial. *Respir Res.* 2017 Jul 18;18(1):140. doi: 10.1186/s12931-017-0622-x.

21. Vestbo J and the Salford Lung Study Investigators. Effectiveness of Fluticasone Furoate-Vilanterol in COPD. *N Engl J Med.* 2016 Dec 29;375(26):2607.

22. Lipson DA, Barnhart F, Brealey et al; IMPACT Investigators. Once-Daily Single-Inhaler Triple versus Dual Therapy in Patients with COPD. *N Engl J Med.* 2018 May 3;378(18):1671-1680.

23. Celli B, Blasi F, Gaga M, Singh D, Vogelmeier C, Pegoraro V, Caputo N, Agusti A. Perception of symptoms and quality of life - comparison of patients' and physicians' views in the COPD MIRROR study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017 Jul 27;12:2189-2196. doi: 10.2147/COPD.S136711. eCollection 2017.

UPDATE ON GINA GUIDELINE REPORT 2018

A/Prof. Le Thi Tuyet Lan, MD., PhD

Vice President of VNRS

There are minimal changes in GINA guideline report 2018. Treatment adjustment based on asthma control level to reduce symptoms and prevention of poor asthma outcomes are the main goals of GINA. Stepwise approach includes 5 steps; the safety of long-acting beta-2 agonist (LABA) is confirmed. In step 5, add-on tiotropium in patients aged 12 years and older whose asthma is not well-controlled with inhaled corticosteroid and LABA. Biologic medication (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, benralizumab) has been updated on age range and route of administration. Higher bronchodilator reversibility has been added as an additional independent risk factor for exacerbations in both adults and children. Additional risk factors for developing persistent airflow limitation have been added: pre-term birth, low birth weight and greater infant weight gain. The role of exhaled nitric oxide (FENO) have been clarified and confirmed in children. FENO-guided treatment was associated with significantly fewer exacerbations and lower exacerbation rate. Perimenstrual asthma (catamenial asthma) has been updated and examples of different phenotypes of Asthma-COPD Overlap (ACO) have been added: half of ACO patients had a rapid decline from normal lung function in early adulthood; other half had a normal rate of decline from a low initial lung function in early adulthood.

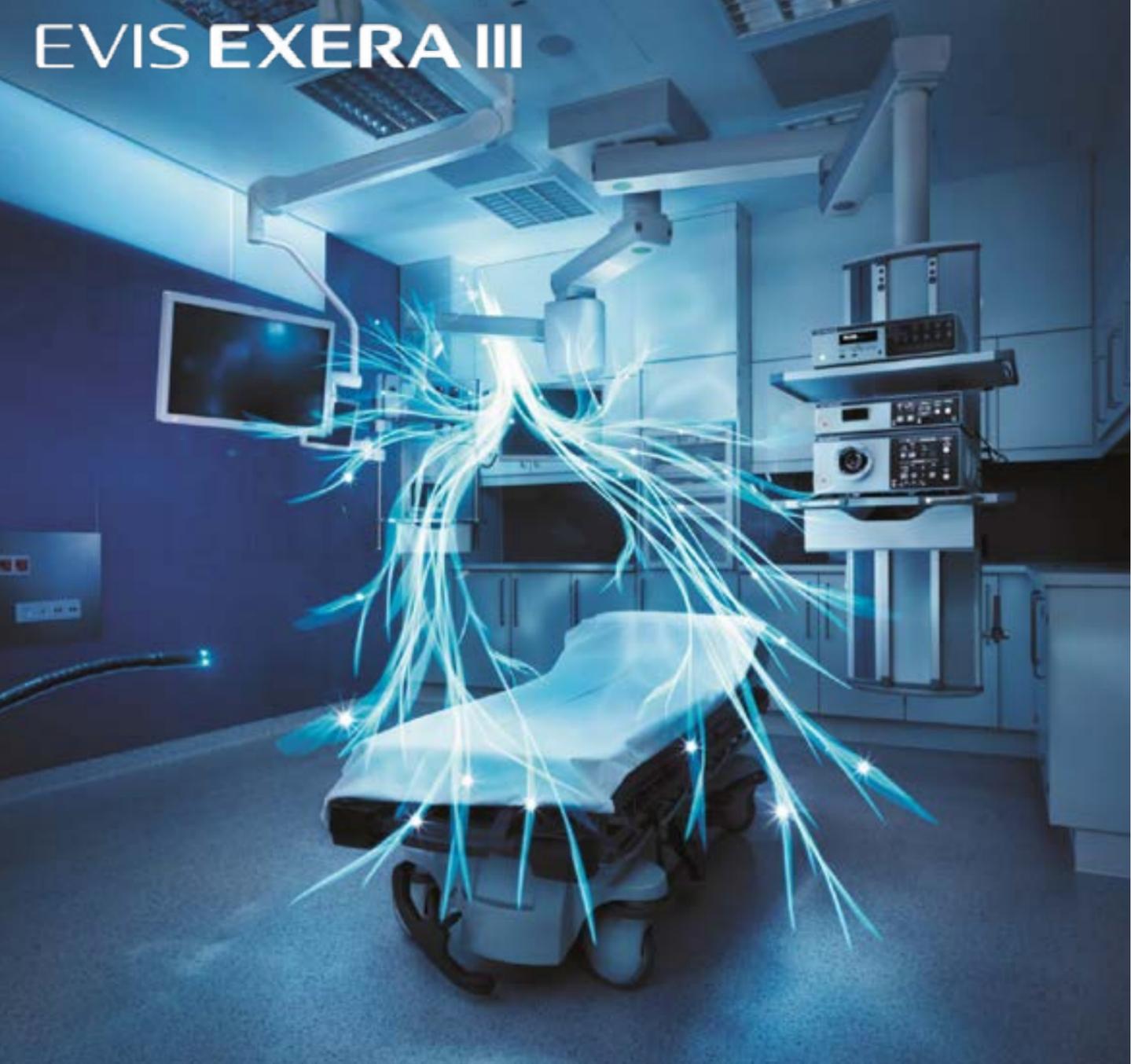
CHIẾN LƯỢC TOÀN CẦU XỬ TRÍ HEN - CẬP NHẬT GINA 2018

PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan

Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Khuyến cáo GINA 2018 không có những thay đổi lớn. Việc điều trị kiểm soát hen để giảm triệu chứng và phòng tránh kết cục xấu là nội dung chính của GINA. Trong đó, tiếp cận hen theo 5 bậc với tính an toàn của thuốc đồng vận beta-2 tác dụng dài (LABA) được công nhận. Ở bậc điều trị 5, thêm tiotropium ở các bệnh nhân hen từ 12 tuổi trở lên nếu không kiểm soát hen tốt bằng corticosteroid hít và LABA. Đồng thời, các thuốc điều trị sinh học (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, benralizumab) cũng được trình bày rõ hơn về khoảng tuổi điều trị và đường dùng. Đáp ứng mạnh với test dẫn phế quản đã được bổ sung là một yếu tố nguy cơ độc lập bị đợt cấp ở cả người lớn và trẻ em. Yếu tố nguy cơ bổ sung để hình thành tắc nghẽn luồng khí cố định: sinh non, cân nặng lúc sinh thấp và tăng cân nhanh trong giai đoạn nhũ nhi. Vai trò của NO trong khí thở ra (FENO) được làm rõ và công nhận ở trẻ em. Trong đó, các trẻ được điều trị dựa trên FENO có tương quan với giảm số đợt cấp và giảm tốc độ bị đợt cấp. Khái niệm "hen quanh kỳ kinh nguyệt" đã được mô tả và các kiểu hình khác nhau của Chồng lấp Hen-COPD (ACO) đã được làm rõ hơn: một nửa số bệnh nhân ACO có chức năng hô hấp bình thường lúc đầu nhưng suy giảm nhanh chóng; nửa còn lại có tốc độ suy giảm bình thường nhưng chức năng hô hấp thấp ngay từ lúc đầu đời.

EVIS EXERA III



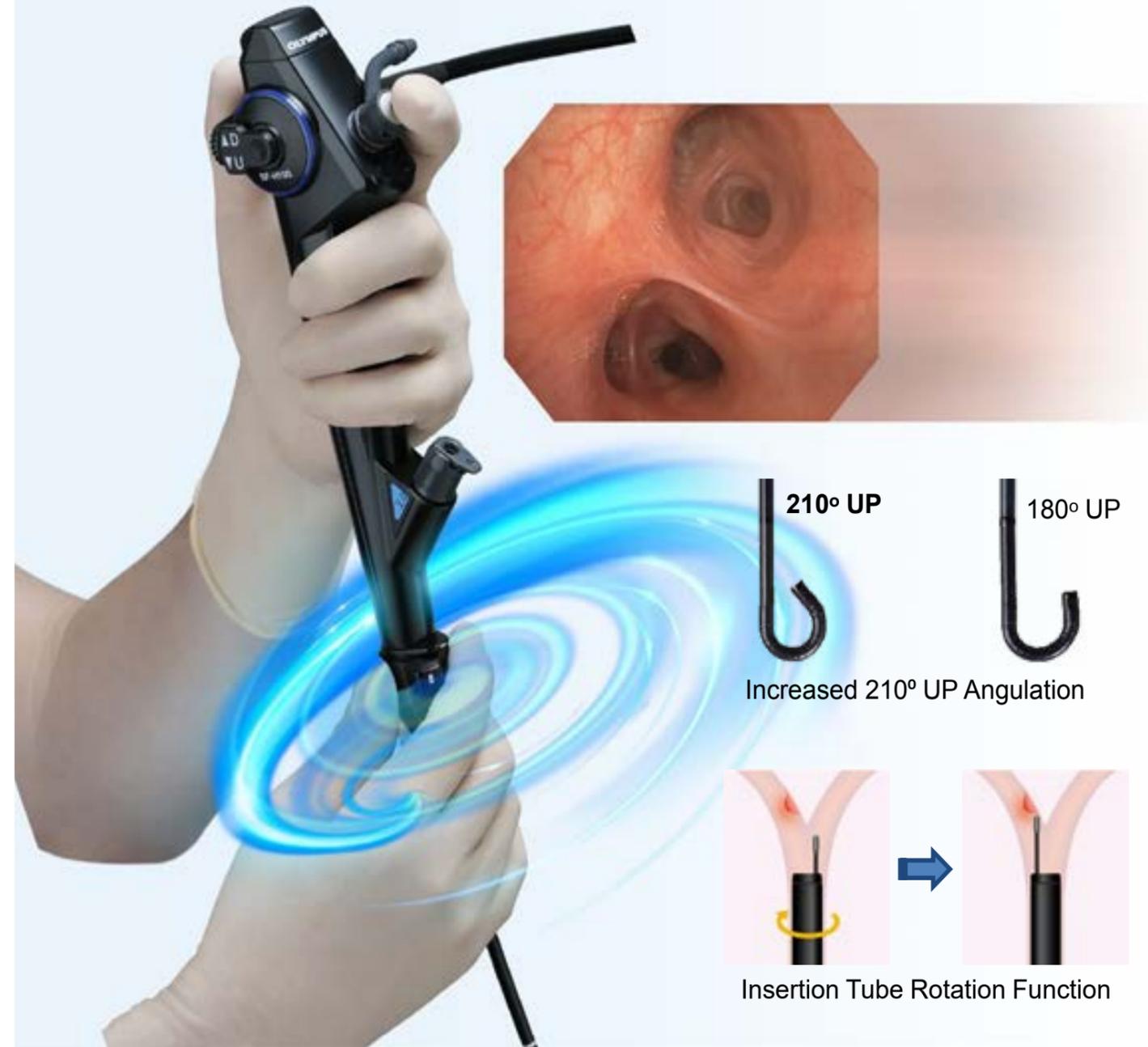
ADVANCING THE ART OF BRONCHOSCOPY

EVIS EXERA III pursues perfection in the art of bronchoscopy, with major advances in visualization, manoeuvrability and versatility.

These innovative technologies help to facilitate more accurate diagnosis and treatment, simplify setup and reprocessing and improve versatility resulting in advanced levels of sophistication and integration.



EVIS EXERA III



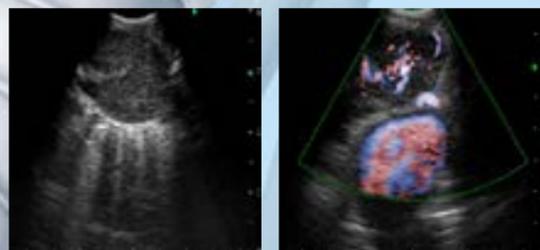
ADVANCING THE ART OF BRONCHOSCOPY

As the world leader in endoscopy, OLYMPUS provides cutting edge medical technology to healthcare professionals around the globe.

Our latest introduction, the EVIS EXERA III bronchoscopy system, is setting new standards in visualization and control.

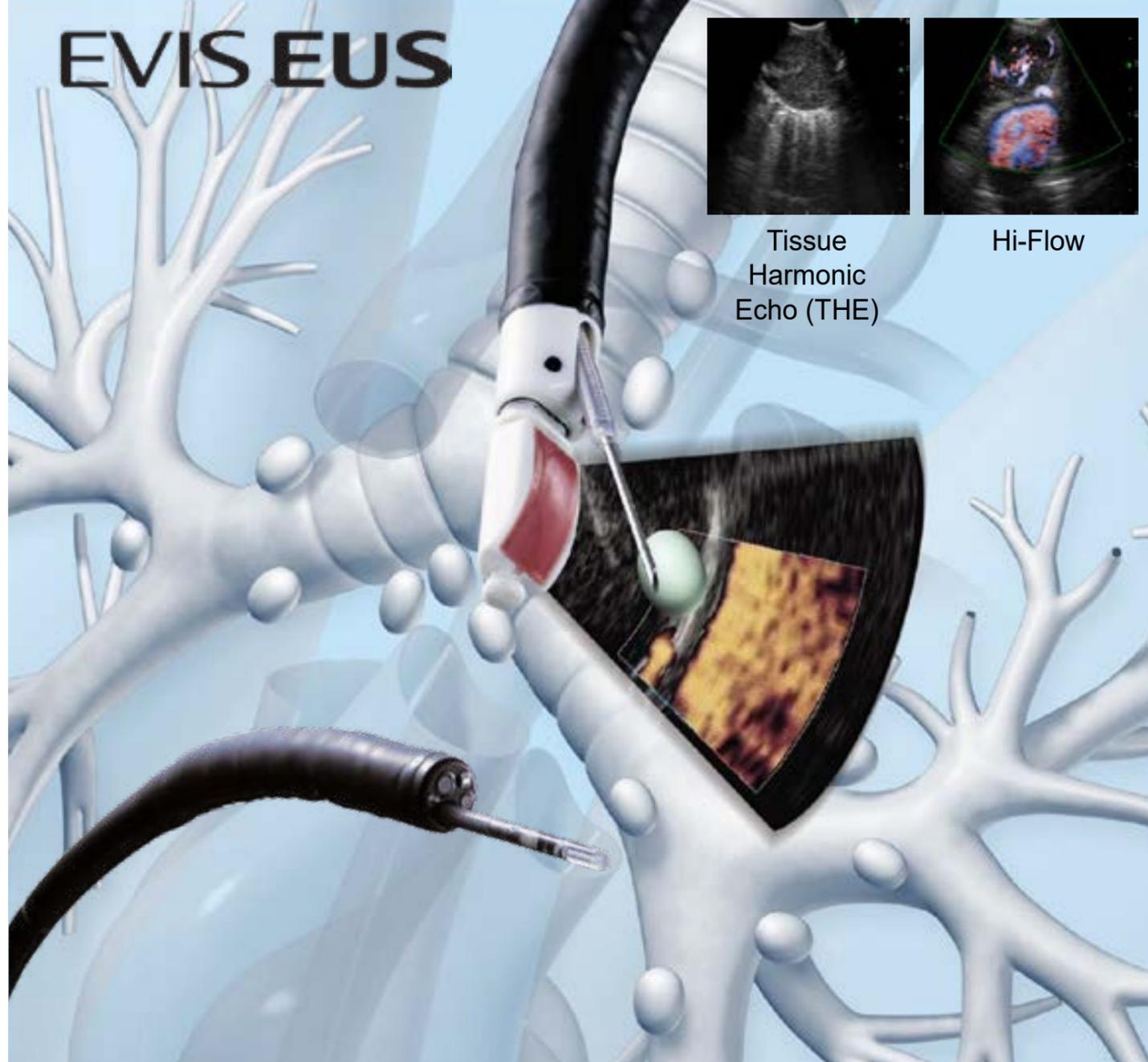


EVIS EUS



Tissue Harmonic Echo (THE)

Hi-Flow



OLYMPUS provides a wider range of ultrasound probes to allow endobronchial ultrasonography of target lesions in the central and peripheral airways.

- Central Region (Balloon Contact Method)**
UM-BS20-26R+MAJ-643H (2.8 mm or greater channel diameter)
- Peripheral Region (Direct Contact Method)**
 - UM-S30-25R (2.8 mm or greater channel diameter)
 - UM-2R/3R (2.8 mm or greater channel diameter)
 - UM-S30-20R (2.2 mm or greater channel diameter) Guide sheath compatible
 - UM-S20-20R (2.2 mm or greater channel diameter) Guide sheath compatible
 - UM-S20-17S (2.0 mm or greater channel diameter) Guide sheath compatible

Central Region

UM-BS20-26R

Peripheral Region

UM-S20-20R

UM-S20-17S plus Guide Sheath Kit

EXPANDING YOUR EBUS OPTIONS

EU-ME2 our new generation high quality compact ultrasound processor integrates both electronic and mechanical scanning.

Setting new standard for staging in the lungs with the freedom to perform both EBUS-TBNA and Radial EBUS with greater clarity and sensitivity on a single platform.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Nguyen Van Thanh, MD., PhD

Vice President of VNRS

The term “Severe community-acquired pneumonia” (SCAP) is used to identify a group of patients of community-acquired pneumonia (CAP) with severe clinical presentation, often requiring intensive care (ICU) treatment. This is a group of patients who are prone to complications, poor outcomes and very need special care.

Over the past decade, while the incidence of SCAP tended to increase, treatment outcomes in this group of patients did not improve significantly. SCAP accounts for about 18-36% of all CAP patients and over 30% mortality. In addition to the problem of infection caused by the unusual and resistant pathogenic microorganisms, diagnostic problems, identification of serious factors and timely management are important to reduce mortality and the burden of medical cost. This is the usual situation to be managed at the emergency department, the ICU and the internal departments of the hospital where there are favorable conditions for personnel, especially specialists and special care, drugs and medical equipment as well. It is important to understand the “serious” nature of this illness and to ensure appropriate and timely management approaches. Based on the literature review of SCAP, this presentation will address SCAP approaching to rationalized practice and improved treatment outcomes in this disease.

ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NẶNG

TS.BS. Nguyễn Văn Thành

Phó chủ tịch VNRS.

Thuật ngữ “Viêm phổi cộng đồng nặng” (SCAP) để xác định một nhóm bệnh nhân viêm phổi cộng đồng (CAP) với bệnh cảnh nặng, thông thường cần nhập khoa chăm sóc tích cực (ICU) điều trị. Đây là nhóm bệnh nhân dễ có khuynh hướng biến chứng, kết cục xấu và rất cần chăm sóc điều trị đặc biệt.

Khoảng 1 thập niên vừa qua, trong khi tỷ lệ mắc SCAP có khuynh hướng tăng nhưng kết cục điều trị trên nhóm bệnh nhân này không cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ SCAP chiếm khoảng 18-36% trên tổng số bệnh nhân CAP và tỷ lệ tử vong có lên tới trên 30%. Bên cạnh vấn đề nhiễm các tác nhân vi sinh gây bệnh không phổ biến và kháng thuốc, những vấn đề về chẩn đoán, xác định các yếu tố gây nặng và xử trí kịp thời là rất quan trọng để giảm tử vong và gánh nặng chi phí y tế. Đây là tình huống thông thường được xử trí tại phòng cấp cứu, khoa ICU và các khoa nội trong bệnh viện là những nơi có điều kiện thuận lợi về nhân sự, nhất là nhân sự chuyên khoa và chăm sóc đặc biệt, thuốc cũng như trang thiết bị y tế. Việc hiểu bản chất “nặng” của bệnh lý này và đảm bảo những quy trình tiếp cận xử trí tích cực, kịp thời là rất quan trọng.

Trên cơ sở tổng hợp y văn SCAP, bài trình bày sẽ đề cập những quan điểm tiếp cận xử trí SCAP hướng tới hợp lý trong thực hành và cải thiện kết cục điều trị trong bệnh lý này.

DIFFERENT LESIONS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASES

Prof. Pham Minh Thong, MD., PhD

President of VSRNM

Vice Director of Bach Mai Hospital

The interstitial space is defined as continuum of loose connective tissue throughout the lung composed of three subdivisions: the bronchovascular (axial), surrounding the bronchi, arteries, and veins from the lung root to the level of the respiratory bronchiole; the parenchymal (acinar), situated between the alveolar and capillary basement membranes; the subpleural, situated beneath the pleura, as well as in the interlobular septae.

Some rules in diagnosis of ILD

Rule no.1: An acute appearance suggests pulmonary edema or pneumonia

Rule no.2: Reticulonodular lower lung predominant distribution with decreased lung volumes suggests: (APC)

1. Asbestosis
2. Aspiration (chronic)
3. Pulmonary fibrosis (idiopathic)
4. Collagen vascular disease

Rule no.3: A middle or upper lung predominant distribution suggests:

(Mycobacterium Settle Superiorly in Lung)

1. Mycobacterial or fungal disease
2. Silicosis
3. Sarcoidosis
4. Langerhans Cell Histiocytosis

Rule no.4: Associated lymphadenopathy suggests :

1. Sarcoidosis
2. neoplasm (lymphangitic carcinomatosis, lymphoma, metastases)
3. infection (viral, mycobacterial, or fungal)
4. silicosis

Rule no.5: Associated pleural thickening and/or calcification suggest asbestosis

Rule no.6: Associated pleural effusion suggests :

1. pulmonary edema
2. lymphangitic carcinomatosis
3. lymphoma
4. collagen vascular disease

Rule no.7: Associated pneumothorax suggests lymphangioleiomyomatosis or LCH

CÁC HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG CỦA BỆNH PHỔI KẼ

GS.TS. Phạm Minh Thông

Phó giám đốc Bệnh viện Bạch Mai

Chủ tịch Hội Điện quang Việt Nam

Tổ chức kẽ đủ chắc để bảo vệ xung quanh phế nang, phế quản và mạch máu, nhưng đủ mỏng để đảm bảo trao đổi khí giữa khoang phế nang và mạng lưới mao mạch phổi.

Có ba hệ thống tổ chức kẽ: tổ chức kẽ quanh phế quản và mạch máu lớn, tổ chức kẽ dưới màng phổi (vách liên thùy, tiểu thùy) và tổ chức kẽ trong tiểu thùy (quanh phế nang)

Bình thường không thấy tổ chức kẽ trên phim XQ phổi chuẩn và CLVT, khi thấy là bệnh lý. Bệnh tổ chức kẽ bao gồm 4 nhóm trên hình ảnh: Hình dải hay đường mờ, hình lưới hay tổ ong, hình nốt và hình lưới nốt.

Một số qui tắc trong chẩn đoán tổn thương phổi kẽ:

Qui tắc 1. tổn thương cấp tính: phù phổi hoặc viêm phổi

Qui tắc 2. Tổn thương lưới nốt phân bố phần thấp của phổi, giảm thể tích phổi nghĩ đến: nhiễm Amiang, viêm phổi do hít, xơ phổi, bệnh tổ chức liên kết của mạch máu (collagen)

Qui tắc 3. Tổn thương phân bố thùy trên và giữa phổi thường do: Lao hoặc nấm; Bệnh phổi silic; Bệnh saccit; Bệnh mô bào X

Qui tắc 4. Phổi hợp các bệnh lý hạch gồm: Bệnh sarcoit; U phổi (di căn đường bạch huyết, lymphoma); bệnh nhiễm silic.

Qui tắc 5. Phổi hợp với dày màng phổi hoặc vôi hóa màng phổi :asbestosis

Qui tắc 6. Phổi hợp với tràn dịch màng phổi: phù phổi, di căn đường bạch huyết, U lymphoma, bệnh tổ chức liên kết mạch máu (collagen)

Qui tắc 7. Phổi hợp với tràn khí màng phổi: bệnh cơ trơn bạch mạch hoặc mô bào Langerhan.

ASSESSMENT OF TYPE-2 INFLAMMATION IN OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES

Kazuto Matsunaga, MD, PhD

Department of Respiratory Medicine and Infectious Disease

Graduate School of Medicine, Yamaguchi University, Ube, Japan

There is broad consensus that asthma typically has an eosinophilic and a Th2 cytokine (IL-4/13, IL-5) pattern of inflammation, whereas neutrophilic inflammation dominates in COPD. However, bronchial biopsy studies, sputum studies, and exhaled gas studies have provided evidence of substantial heterogeneity in mucosal inflammation in asthma. A Th2 inflammatory signature can also be present in COPD. Th2 cytokine-related gene expression signature was upregulated in biopsy specimens of airways, a finding similar to that in patients with asthma. This gene-expression profile was also associated with eosinophilic inflammation and with a decrease in the residual volume response to inhaled glucocorticoids (ICS) in patients with COPD. These evidences show that clinical diagnosis is not always consistent with typical airway inflammation profiles in asthma

and COPD.

Exhaled nitric oxide (FeNO) that allows noninvasive measurement reflects eosinophilic inflammation of the lower airways and therefore, useful for making a diagnosis of asthma and predicting steroid responsiveness. Since changes in FeNO level during anti-inflammatory treatment correlate with improvement in symptoms, airflow limitation and airway hyperresponsiveness, FeNO is expected to play an important role in monitoring of asthma. Although FeNO levels in patients with asthma can decrease dramatically after treatment with ICS, some patients have persistent elevations despite treatment with high-dose systemic steroids. In these cases, pathways other than the classical Th2 pathway may be involved. Indeed, airway inflammation remains in some proportion of patients whose asthma is considered stable based on symptoms and lung function. It has been reported that persistently high levels of FeNO may increase the risk of emergency room visits or hospitalization and may be associated with rapid decline in lung function. Regardless of the severity of asthma, airway inflammation that persists despite anti-inflammatory treatment could be the risks of exacerbation and rapid progression of airflow limitation.

Patients with asthma or COPD who have sputum eosinophilia have a better response to inhaled glucocorticoids than those who do not have eosinophilia. Targeted treatment with inhaled glucocorticoids to reduce eosinophil levels in patients with COPD has been shown to prevent exacerbations and hospitalizations. A recent prospective study have reported that FeNO can be a useful biomarker for predicting improvements in QOL and airflow limitation by ICS in COPD. The use of blood eosinophil measurement did not provided information useful for prescribing ICS response compared with FeNO. These data suggest that assessment of airway eosinophilic inflammation should be useful to identify the subgroup requiring early intervention by inhaled corticosteroids/bronchodilators combination in COPD to improve the management for asthma-COPD overlap. Airway inflammation assessment using type 2 biomarkers plays an important role so as not to overlook treatable traits in obstructive pulmonary disease.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VIÊM-TYPE 2 TRONG CÁC BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN

TS.BS. Kazuto Matsunaga

Khoa hô hấp và các bệnh truyền nhiễm

Trường Y khoa, Đại học Yamaguchi, Ube, Nhật Bản

Có sự đồng thuận rộng rãi rằng hen có mô hình viêm điển hình là do bạch cầu ái toan và cytokine (IL-4/13, IL-5), trong khi COPD viêm do bạch cầu trung tính là ưu thế. Tuy nhiên, các nghiên cứu về mẫu sinh thiết phế quản, đờm và khí thở ra đã cung cấp bằng chứng về tính không đồng nhất lớn của tình trạng viêm niêm mạc đường thở trong hen. Dấu ấn viêm Th2 cũng có thể gặp trong COPD. Dấu ấn biểu hiện gen liên quan cytokine Th2 tăng biểu hiện trong các mẫu sinh thiết đường dẫn khí, phát hiện này tương tự như trong hen. Hồ sơ biểu hiện gen này cũng liên quan đến viêm bạch cầu ái toan và giảm thể tích khí cặn đáp ứng với glucocorticoids dạng hít (ICS) ở bệnh nhân COPD. Những bằng chứng này cho thấy chẩn đoán lâm sàng không phải lúc nào cũng phù hợp với cơ chế viêm đường thở điển hình trong hen và COPD.

Đo nồng độ nitơ monoxit trong khí thở ra (FeNO) là biện pháp không xâm lấn phản ánh tình trạng viêm bạch cầu ái toan của đường hô hấp dưới và do đó, hữu ích cho việc chẩn đoán hen và dự đoán đáp ứng với steroid. Do sự thay đổi nồng độ FeNO trong quá trình điều trị chống viêm tương quan với cải thiện các triệu chứng, giới hạn luồng khí thở ra và tăng đáp ứng đường thở, FeNO được cho là đóng một vai trò quan trọng trong việc theo dõi hen. Mặc dù nồng độ FeNO ở bệnh nhân hen có thể giảm đáng kể sau khi điều trị ICS, một số bệnh nhân có nồng độ FeNO cao dai dẳng dù điều trị steroid có liều cao. Trong những trường hợp này, có thể liên quan đến các con đường khác với con đường Th2 cổ điển. Thật vậy, viêm đường thở vẫn hiện diện ở một số bệnh nhân hen được xem là ổn định dựa trên các triệu chứng và chức năng hô hấp. Đã có các báo cáo là nồng độ FeNO cao dai dẳng có thể làm tăng nguy cơ nhập cấp cứu hoặc nhập viện và có thể liên quan đến sự suy giảm nhanh chóng chức năng hô hấp. Bất kể mức độ nặng của hen, viêm đường thở còn tồn tại dù đang điều trị chống viêm có thể là nguy cơ cho đợt cấp và tiến triển nhanh của giới hạn luồng khí. Bệnh nhân hen hoặc COPD có bạch cầu ái toan trong đờm đáp ứng tốt hơn với glucocorticoid dạng hít so với không có bạch cầu ưa ái toan trong đờm. Điều trị đích bằng glucocorticoid dạng hít để giảm nồng độ eosinophil ở bệnh nhân COPD đã cho thấy ngăn ngừa được đợt cấp và nhập viện. Một nghiên cứu tiến cứu gần đây đã báo cáo rằng FeNO có thể là một dấu ấn sinh học hữu ích dự đoán cải thiện chất lượng cuộc sống và giới hạn luồng khí của ICS trong COPD. Bạch cầu ái toan trong máu không cung cấp thông tin hữu ích cho việc đánh giá đáp ứng ICS so với FeNO. Những dữ liệu này gợi ý đánh giá viêm bạch cầu ái toan đường thở có ích để xác định nhóm cần can thiệp sớm bằng phối hợp corticosteroid dạng hít / thuốc giãn phế quản trong COPD cải thiện bệnh đồng mắc hen-COPD. Đánh giá viêm đường thở bằng sử dụng dấu ấn sinh học loại 2 đóng một vai trò quan trọng để không bỏ qua những đặc điểm có thể điều trị trong bệnh phổi tắc nghẽn.

DEFINITION PHENOTYPE: EXPANDING OUR UNDERSTANDING OF ASTHMA CHALLENGES IN TREATING A HETEROGENEOUS DISEASE

A/Prof. Chu Thi Hanh, MD., PhD
Vice President VNRS

Asthma is a heterogeneous disorder with multiple clinical phenotypes. Even in developed countries the rate of uncontrolled asthma is still high. There are many reasons for asthma that have not been well controlled, which is related to asthma phenotype. Other way there is still a lack of common definition of asthma phenotype. Further study of individual asthma phenotypes will improve understanding of their immunologic and pathologic characteristics and improve diagnosis and therapy. Because asthma is a common disorder with nonspecific presenting features, other disorders are often misdiagnosed as asthma.

Phenotypes can be grouped into clinical or physiological, trigger-defined, and inflammatory phenotypes. In the future asthma treatment based on inflammatory phenotyping can improve clinical measures of asthma morbidity.

XÁC ĐỊNH KIỂU HÌNH HEN GIÚP HIỂU BIẾT NHỮNG THÁCH THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ HEN MỘT BỆNH KHÔNG ĐỒNG NHẤT

PGS.TS. Chu Thị Hạnh

Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Hen là một bệnh lý không đồng nhất với nhiều kiểu hình lâm sàng. Cho đến nay ngay cả ở các nước phát triển tỷ lệ hen chưa kiểm soát vẫn còn cao. Có nhiều lý do dẫn đến hen chưa kiểm soát tốt trong đó có liên quan đến các kiểu hình hen. Mặt khác hiện vẫn còn thiếu định nghĩa phổ biến về kiểu hình hen. Bởi vậy nghiên cứu sâu hơn về các kiểu hình hen của từng cá thể sẽ cải thiện sự hiểu biết về các đặc điểm miễn dịch và bệnh lý của hen giúp cải thiện chẩn đoán và điều trị. Bởi vì bệnh hen suyễn là một bệnh lý phổ biến với các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, do đó các rối loạn của các bệnh lý khác thường bị chẩn đoán nhầm là hen suyễn.

Các kiểu hình có thể được nhóm lại thành các kiểu hình lâm sàng hoặc kiểu hình sinh lý, kiểu hình liên quan đến các sự kích hoạt bởi các dị nguyên được xác định và kiểu hình liên quan đến các dấu ấn viêm... Trong tương lai điều trị dựa trên kiểu hình viêm giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân hen.

HISTORY OF MELIOIDOSIS RESEARCH IN VIETNAM: GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION AND DIAGNOSIS OF DISEASE

T. T. Trung¹, N. V. Trung², D. D. Cuong³, T. X. Chuong⁴ and I. Steinmetz⁵

¹*Institute of Microbiology and Biotechnology, Vietnam National University, Hanoi, Vietnam*

²*National Hospital for Tropical Diseases, Hanoi, Vietnam*

³*Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam*

⁴*Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue, Vietnam*

⁵*Institute of Hygiene, Microbiology and Environmental Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria*

Background and Aims: The first case of melioidosis was detected in Vietnam in 1925. Then the first evidence of the pathogenic bacterium *Burkholderia pseudomallei* occupying in the soil environment was also published in Vietnam. During the wars, hundreds of cases were diagnosed in French and American soldiers. After the wars, the disease was reported sporadically in the American veterans. Due to many difficulties in microbiological testing, only few cases were detected and reported in the Vietnamese population. The disease has been completely forgotten in almost hospitals in the past decades.

Methods: In order to raise awareness and to strengthen microbiological testing for melioidosis, we organized a series of training workshops for microbiological laboratory staff and lectures in clinical features of the disease for physicians. Moreover, we investigated the distribution of *B. pseudomallei* in the environment.

Results: From 6/2015 to 12/2017, 325 cases have been detected in 38 hospitals in 26 provinces

and cities throughout the country (except for Hanoi and Ho Chi Minh City). Of these, 36 hospitals confirmed the first cases of melioidosis. In combination with the surveillance of *B. pseudomallei* in the environment, geographical distribution of the disease has gradually revealed: melioidosis is highly endemic the central part and the south-eastern provinces.

Conclusions: Melioidosis is a common disease in some parts of Vietnam. The disease usually occurred in the rainy season. Farmers were a group of risk, with age above 45 years and an underlying disease of diabetes. Raising awareness of the disease and promoting microbiological testing are needed to in order understand the true burden of melioidosis in Vietnam.

LƯỢC SỬ QUÁ TRÌNH NGHIÊN CỨU MELIOIDOSIS (BỆNH WHITMORE) TẠI VIỆT NAM: PHÂN BỐ ĐỊA LÝ VÀ XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN

T. T. Trung¹, N. V. Trung², Đ. D. Cường³, T. X. Chương⁴ và I. Steinmetz⁵

¹Viện Vi sinh vật và Công nghệ Sinh học - Đại học Quốc gia Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

⁴Đại học Y Dược Huế, Việt Nam

⁵Viện Dịch tễ, Vi sinh và Môi trường Y học - Đại học Y khoa Graz, Áo

Bối cảnh và mục tiêu: Ca nhiễm melioidosis đầu tiên được phát hiện ở Việt Nam năm 1925. Sau đó, bằng chứng đầu tiên về vi khuẩn gây bệnh *Burkholderia pseudomallei* tồn tại ngoài môi trường đất cũng được công bố tại Việt Nam. Trong chiến tranh, hàng trăm ca nhiễm bệnh cũng được chẩn đoán ở binh lính Pháp và Mỹ. Sau chiến tranh, bệnh được công bố rải rác trong cựu chiến binh Mỹ trở về. Do khó khăn trong xét nghiệm vi sinh, chỉ có một số ca bệnh được phát hiện và công bố ở người Việt. Bệnh hoàn toàn bị lãng quên ở các bệnh viện tuyến trong suốt mấy thập kỷ qua.

Phương pháp nghiên cứu: Nhằm nâng cao cảnh giác trong xét nghiệm chẩn đoán melioidosis, chúng tôi đã mở các lớp hướng dẫn thực hành nuôi cấy định danh vi sinh và tập huấn nhận biết đặc điểm lâm sàng bệnh tại các bệnh viện tuyến. Bên cạnh đó, chúng tôi tiến hành điều tra sự phân bố của vi khuẩn ngoài môi trường.

Kết quả: Từ 6/2015 đến 12/2017, 325 ca bệnh đã được phát hiện tại 38 bệnh viện thuộc 26 tỉnh/thành trong cả nước (trừ Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh). Trong đó, 36 bệnh viện đã xác chẩn ca nhiễm bệnh đầu tiên. Kết hợp với điều tra vi khuẩn *B. pseudomallei* ngoài môi trường, bản đồ phân bố bệnh đã dần dần hé lộ: melioidosis tập trung chủ yếu ở các tỉnh miền Trung và các tỉnh Đông Nam Bộ.

Kết luận: Melioidosis là bệnh phổ biến ở một số vùng ở Việt Nam. Bệnh thường xuất hiện vào mùa mưa, đối tượng là nông dân, độ tuổi > 45 và có tiền sử tiểu đường. Nâng cao nhận thức về bệnh cùng đẩy mạnh công tác xét nghiệm vi sinh sẽ giúp chúng ta có bức tranh rõ hơn về sự phân bố melioidosis tại Việt Nam.

CLINICAL FEATURES OF MELIOIDOSIS PNEUMONIA IN BACH MAI HOSPITAL

A/Prof. Do Duy Cuong, MD., PhD

Department of Infectious Diseases, Bach Mai hospital

Background and Aims: Melioidosis is an important cause of community-acquired sepsis in Vietnam with increasing number of cases. Pneumonia is the most common presentation. Clinical manifestations range from acute fulminant sepsis to chronic infection leading to difficult diagnosis and wrong treatment. The objectives of this study were to describe the clinical features of adult patients with pulmonary melioidosis admitted to Bach Mai hospital.

Methods: A retrospective descriptive study of all melioidosis patients confirmed with *Burkholderia pseudomallei* by cultures (blood, sputum, fluid specimens) at Bach Mai hospital between 2012 and 2018.

Results: Of 82 patients with culture-confirmed melioidosis, mean age was $49 \pm 15,4$ years old, 80,5% were males, 20,7% came from Ha Tinh province, 56,1% were farmers, 54,9% had history of diabet mellitus. 55 patients (67%) presented with pneumonia, of those 7 (12,7%) progressed to acute respiratory distress syndrome (ARDS). TB-like diagnosis was seen in 41,4%, acute pneumonia (30,4%), septic shock (19,5%). Laboratory findings: 86,5 % were positive with blood cultures, 14,6% were positive with sputum. Radiology investigations: mass infiltrations (34,5%), pleural effusions (31,7%), sporadic infiltrations (21,8%), interstitial pneumonia (12,7%). Only 19,5% of patients initiated antibiotics with IV ceftazidim. Overall mortality rate was 26,8%, and mortality rate among pneumonia melioidosis was significantly higher 36,3% ($p < 0.05$).

Conclusions: Melioidosis has a high mortality and is associated with pneumonia melioidosis. Clinical manifestations were varied. Diagnosis of melioidosis should be paid attention in pneumonia patients with history of diabetes, living in rural areas and contacting with the soil, water

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN MELIOIDOSIS TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

PGS.TS. Đỗ Duy Cường

Khoa truyền nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai

Đặt vấn đề và mục đích nghiên cứu: Melioidosis là một trong những bệnh nhiễm trùng cộng đồng quan trọng đang có xu hướng gia tăng tại Việt Nam. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong đó tổn thương phổi là bệnh cảnh lâm sàng hay gặp nhất thường dẫn tới chẩn đoán và điều trị sai. Mục tiêu của chúng tôi nhằm mô tả đặc điểm tổn thương phổi trên bệnh nhân mắc melioidosis tại Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân chẩn đoán melioidosis từ năm 2012-2018 tại Bệnh viện Bạch Mai có nuôi cấy các bệnh phẩm (máu, mủ, dịch cơ thể) phân lập được vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei*.

Kết quả: Trong 82 bệnh nhân có chẩn đoán xác định melioidosis, tuổi trung bình $49 \pm 15,4$ tuổi, nam giới chiếm 80,5%, bệnh nhân đến từ tỉnh Hà Tĩnh chiếm tỷ lệ cao nhất (20,7%), 56,1% làm

DẠNG BÀO CHẾ: nang cứng chứa bột thuốc dạng hít. **HOẠT CHẤT:** Mỗi nang chứa indacaterol (dưới dạng indacaterol maleat) 110mcg; Glycopyrronium (dưới dạng Glycopyrronium bromide) 50mcg. **CHỈ ĐỊNH:** Ultibro Breezhaler là thuốc giãn phế quản được chỉ định dùng một lần trong ngày trong điều trị duy trì để làm giảm triệu chứng và làm giảm các đợt cấp ở bệnh nhân mắc bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn (COPD). **LIỀU DÙNG:** Liều được khuyến cáo là dùng ống hít Ultibro Breezhaler một lần trong ngày với lượng thuốc chứa trong 1 viên nang 110/50 mcg. **Suy giảm chức năng thận:** có thể sử dụng ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng thận từ nhẹ đến trung bình. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng hoặc bệnh thận giai đoạn cuối cần lọc máu nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ. **Suy giảm chức năng gan:** có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều khuyến cáo cho bệnh nhân suy giảm chức năng gan từ nhẹ đến trung bình. Chưa có dữ liệu trên bệnh nhân suy gan nặng. **Trẻ em:** Không sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân dưới 18 tuổi. **Người cao tuổi:** có thể sử dụng Ultibro Breezhaler ở mức liều được khuyến cáo cho bệnh nhân trên 75 tuổi. **CÁCH DÙNG:** Chỉ dùng viên nang Ultibro Breezhaler theo đường hít qua miệng và chỉ dùng với ống hít Ultibro Breezhaler. Không được nuốt viên nang Ultibro Breezhaler. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Bệnh nhân quá mẫn với indacaterol, một thành phần của Ultibro Breezhaler, hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Không dùng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc có chứa chất đồng vận beta-adrenergic tác dụng kéo dài hoặc các thuốc đối kháng thụ thể muscarinic tác dụng kéo dài. **Hen phế quản:** Không dùng Ultibro Breezhaler để điều trị hen phế quản do thiếu các dữ liệu cho chỉ định này. **Không sử dụng trong trường hợp cấp tính:** Ultibro Breezhaler không được chỉ định để điều trị các cơn co thắt phế quản cấp. **Quá mẫn liên quan đến indacaterol:** Nếu xuất hiện các dấu hiệu của phản ứng dị ứng (đặc biệt là khó thở hoặc khó nuốt, sưng lưỡi, môi và mặt, nổi mề đay, phát ban da), nên ngừng dùng thuốc ngay và có biện pháp điều trị thích hợp. **Co thắt phế quản nghịch lý:** Giống như các liệu pháp điều trị dạng hít khác, dùng Ultibro Breezhaler có thể dẫn đến co thắt phế quản nghịch lý, có khi đe dọa đến tính mạng. Nếu xuất hiện biểu hiện co thắt phế quản nghịch lý, nên ngừng dùng Ultibro Breezhaler ngay lập tức và có biện pháp điều trị thích hợp. **Tác dụng kháng cholinergic liên quan đến glycopyrronium:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân bị glaucom góc đóng hoặc bí tiểu. **Bệnh nhân suy giảm nặng chức năng thận:** Chỉ sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân suy thận nặng (tốc độ lọc cầu thận ước tính dưới 30 mL/phút/1,73 m²) bao gồm các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần lọc máu trong trường hợp lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ và nên được theo dõi chặt các phản ứng bất lợi của thuốc. **Tác dụng toàn thân của các chất đồng vận beta:** nên thận trọng khi sử dụng Ultibro Breezhaler cho bệnh nhân có bệnh lý tim mạch (bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim cấp, loạn nhịp tim, tăng huyết áp), bệnh nhân mắc động kinh hoặc nhiễm độc tuyến giáp và các bệnh nhân có đáp ứng bất thường với các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler nhiều lần hơn hoặc ở liều cao hơn khuyến cáo. **Tác dụng trên tim mạch của các chất đồng vận beta:** Ultibro Breezhaler có thể gây ảnh hưởng trên tim mạch có ý nghĩa lâm sàng ở một số bệnh nhân thể hiện qua tăng nhịp tim, huyết áp, có hoặc không có triệu chứng. Trong trường hợp này, cần cân nhắc ngừng dùng thuốc. Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến kéo dài khoảng QTc chưa được ghi nhận trong các thử nghiệm lâm sàng của Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Hạ kali máu của các chất đồng vận beta:** Tác động có ý nghĩa lâm sàng liên quan đến hạ kali máu chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu lâm sàng với Ultibro Breezhaler sử dụng liều điều trị được khuyến cáo. **Tăng glucose máu với các chất đồng vận beta:** Bệnh nhân đái tháo đường nên được theo dõi chặt hơn khi bắt đầu điều trị bằng Ultibro Breezhaler. Ultibro Breezhaler chưa được nghiên cứu trên bệnh nhân đái tháo đường không được kiểm soát tốt đường huyết. **PHẢN ỨNG BẤT LỢI CỦA THUỐC:** Hồ sơ về độ an toàn của Ultibro Breezhaler được trình bày dựa trên dữ liệu ghi nhận được với Ultibro Breezhaler và các thành phần riêng lẻ của thuốc. **Phổ biến (≥ 1/10):** nhiễm trùng đường hô hấp trên; **thường gặp (≥ 1/100 đến < 1/10):** viêm họng hầu, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm xoang, viêm mũi, chóng mặt, đau đầu, ho, đau họng hầu bao gồm cả kích ứng cổ họng, ăn không tiêu, sâu răng, đau cơ xương, sốt, đau ngực; **ít gặp (≥ 1/1,000 đến < 1/100):** quá mẫn, đái tháo đường và tăng đường huyết, mắt ngứa, dị cảm, glaucom, bệnh thiếu máu cơ tim, rung nhĩ, nhịp nhanh, đánh trống ngực, chảy máu cam, khô miệng, ngứa/phát ban, chuột rút, đau cơ, tắc nghẽn bàng quang và ứ nước tiểu, phù ngoại biên, mệt mỏi. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Chưa có nghiên cứu tương tác thuốc – thuốc đặc hiệu được thực hiện trên Ultibro Breezhaler. Thông tin về khả năng tương tác của Ultibro Breezhaler dựa trên khả năng gây tương tác của từng thành phần của thuốc. **Tương tác liên quan đến indacaterol:** Không nên dùng Ultibro Breezhaler cùng các thuốc chẹn beta-adrenergic (bao gồm cả các thuốc nhỏ mắt). Trong trường hợp cần thiết, nên ưu tiên lựa chọn các thuốc chẹn beta-adrenergic chọn lọc trên tim, nhưng nên sử dụng thận trọng. Thận trọng khi sử dụng với các thuốc có khả năng kéo dài khoảng QTc (thuốc ức chế monoamine oxidase, thuốc chống trầm cảm ba vòng...) vì có thể làm tăng nguy cơ gây loạn nhịp thất. Sử dụng đồng thời với các thuốc cường giao cảm khác (đơn độc hoặc ở trong dạng phối hợp) có thể làm tăng tác dụng bất lợi của indacaterol. Sử dụng đồng thời với các dẫn chất methylxanthin, các steroid, các thuốc lợi tiểu không giữ kali có thể làm tăng tác dụng hạ kali máu của các thuốc đồng vận beta2-adrenergic. **Tương tác liên quan đến chuyển hóa và vận chuyển thuốc:** Mức độ phơi nhiễm thuốc tăng do tương tác thuốc với các thuốc ức chế mạnh và đặc hiệu CYP3A4 và P-gp (như ketoconazol, erythromycin, verapamil và ritonavir) nhưng không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến độ an toàn của thuốc. **Tương tác liên quan đến glycopyrronium:** Sử dụng đồng thời Ultibro Breezhaler với các thuốc kháng cholinergic dạng hít không được khuyến cáo. Dự kiến không có tương tác thuốc khi dùng glycopyrronium đồng thời với cimetidin hoặc các thuốc ức chế hệ vận chuyển cation hữu cơ khác. **ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT: Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản:** Chưa có các khuyến cáo đặc biệt cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. **Phụ nữ có thai:** Chưa có các dữ liệu trong việc sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ có thai. Chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler trong thời kỳ mang thai nếu hiệu quả của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên thai nhi. **Phụ nữ cho con bú:** chỉ nên sử dụng Ultibro Breezhaler cho phụ nữ đang cho con bú khi lợi ích của thuốc vượt trội hơn nguy cơ của thuốc trên trẻ em. **Khả năng sinh sản:** không cho thấy ảnh hưởng của thuốc trên khả năng sinh sản của cả nam và nữ. **Quá trình chuyển dạ và sinh con:** Tương tự các thuốc đồng vận beta2-adrenergic khác, Ultibro Breezhaler có thể ức chế quá trình chuyển dạ do tác dụng giãn cơ trơn tử cung. **QUÁ LIỀU:** Quá liều có thể dẫn đến tác dụng kích thích quá mức beta2-adrenergic điển hình như nhịp nhanh, run, đánh trống ngực, đau đầu, buồn nôn, nôn, buồn ngủ, rối loạn nhịp thất, nhiễm acid chuyển hóa, hạ kali máu và tăng glucose huyết hoặc có thể gây ra tác dụng kháng cholinergic, như tăng nhãn áp (gây đau, rối loạn thị giác hoặc đỏ mắt), táo bón hoặc tiểu khó. Điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng được chỉ định trong trường hợp này. Trong trường hợp nghiêm trọng, nên cho bệnh nhân nhập viện. Sử dụng các thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim có thể được cân nhắc để điều trị các triệu chứng cường beta2-adrenergic nhưng phải dưới sự giám sát của bác sĩ và cần hết sức thận trọng vì sử dụng các thuốc chẹn beta-adrenergic có thể gây co thắt phế quản. **HẠN DÙNG:** 18 tháng. **QUY CÁCH ĐÓNG GÓI:** Hộp gồm 5 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 ống hít; Hộp gồm 1 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 ống hít; Hộp gồm 2 vỉ x 6 viên nang cứng kèm 1 ống hít. **BẢO QUẢN:** Không bảo quản thuốc trên 30°C. Tránh ẩm. Không nên sử dụng Ultibro Breezhaler sau ngày "EXP" ghi trên vỏ hộp. Ultibro Breezhaler phải được giữ ngoài tầm quan sát và tầm với của trẻ em. **NHÀ SẢN XUẤT:** Novartis Pharma Stein AG, Schaffhauserstrasse, 4332 Stein, Thụy Sĩ. **NHÀ NHẬP KHẨU:** Công ty cổ phần Dược liệu Trung Ương 2, số 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Mọi thông tin chi tiết vui lòng liên hệ: VPDD Novartis Pharma Services AG

Indacaterol và glycopyrronium được dùng kết hợp trong

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

- Tác dụng hiệp đồng cộng¹
- Tức thời trong vòng 5 phút và duy trì trong vòng 24 giờ¹

Ngày in tài liệu: Ngày 25 tháng 05 năm 2018. Tài liệu gồm 2 trang.

Thông tin chi tiết sản phẩm vui lòng xem trang 2.

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế: 0305/2018/XN TT-QLD, ngày 02 tháng 05 năm 2018

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



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

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

Được thực hiện bởi Hội Hô Hấp Việt Nam
với sự hỗ trợ của Novartis Pharma Services AG

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG DỤNG CỤ BREEZHALER®

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

Bước 1: Đặt viên nang vào ống hít

1 Kéo nắp ra

2 Mở ống hít

Giữ chặt đáy ống hít và kéo nghiêng đầu hít

3 Chuẩn bị viên nang

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

4 Đặt viên nang vào buồng chứa

5 Đóng chặt ống hít

Nghe thấy một tiếng "clic"

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

6 Chọc thủng viên thuốc

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

7 Nhả nút hoàn toàn

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

8 Thở ra

Thở mạnh ra (không thổi vào ống hít)

Bước 3: Hít thuốc

9 Hít thuốc vào

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

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

10 Nín thở

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

11 Kiểm tra

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

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

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

nghe làm ruộng, 54,9% có tiền sử đái tháo đường. Tổn thương phổi gặp ở 55 bệnh nhân (67%), trong đó 7 bệnh nhân (12,7%) có biểu hiện hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển. Bệnh cảnh mạn tính giống bệnh lao (41,4%) hoặc viêm phổi cấp tính có suy hô hấp (30,4%) , sốt nhiễm trùng (19,5%). Về cận lâm sàng: 86,5 % cấy máu dương tính, 14,6% có nuôi cấy đờm dương tính. Chẩn đoán hình ảnh: hay gặp nhất là tổn thương phổi khối (34,5%), 31,7% tràn dịch màng phổi, 21,8% có tổn thương thâm nhiễm lan toả, 12,7 % tổn thương kẽ. Chỉ có 19,5% bệnh nhân được điều trị ban đầu bằng kháng sinh ceftazidim. Tỷ lệ tử vong chung là 26,8%, trong đó tỷ lệ tử vong trong nhóm có tổn thương phổi cao hơn có ý nghĩa thống kê 36,3% ($p < 0.05$).

Kết luận: Tổn thương phổi trong bệnh melioidosis thường gặp và đa dạng, tỷ lệ tử vong cao. Cần nghĩ tới melioidosis khi có tổn thương phổi trên bệnh nhân có cơ địa đái tháo đường và tiếp xúc với ruộng đất.

APPROACH TO CONNECTIVE TISSUE RELATED LUNG DISEASES

Mana K Amir, MD., PhD

Medical Director, Exempla St. Joseph's Medical Center, Intensive Care Unit, Denver, CO, USA

Connective Tissue Diseases affect the lungs in a variety of ways with idiopathic interstitial pneumonia and pulmonary hypertension being among the conditions associated with the highest morbidity and mortality. While this is an area that has received much attention in the recent pulmonary literature, large-scale randomized, controlled, clinical trials are lacking. Current best practice models rely on small observational studies and expert opinion. For this reason, practitioners may benefit from a review of current guidelines and recommendations and a discussion of the work up of pulmonary disease related to connective tissue disease. In this talk, I hope to walk you through our approach in the work up of lung disease associated with auto-immune diseases.

TIẾP CẬN CÁC BỆNH LÝ PHỔI TRONG BỆNH MÔ LIÊN KẾT

TS.BS. Mana K. Amir

Giám đốc Y khoa, Trung tâm y tế Exempla St. Joseph, Đơn vị Hồi sức tích cực, Denver, CO, Mỹ

Các bệnh mô liên kết ảnh hưởng đến phổi bằng nhiều cách khác nhau như viêm phổi kẽ vô căn, tăng áp lực động mạch phổi, trở thành một trong các bệnh lý có tỷ lệ bệnh tật và tử vong cao nhất. Mặc dù đây là lĩnh vực rất đáng chú ý trong y văn về bệnh lý hô hấp nhưng hiện đang rất thiếu các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên diện rộng. Hiện tại việc thực hành tối ưu đang dựa trên các nghiên cứu nhỏ và quan điểm của chuyên gia. Do đó, việc tổng kết lại các hướng dẫn lâm sàng hiện có và thảo luận về các thăm dò cần làm đối với bệnh lý phổi trong bệnh mô liên kết có thể đem lại hiệu quả cho các bác sỹ lâm sàng. Trong bài này, tôi hi vọng có thể trao đổi với các bạn đồng nghiệp về cách tiếp cận của chúng tôi đối với bệnh lý phổi trong các bệnh mô liên kết.

THE CLINICAL RELEVANCE OF EMPHYSEMA PHENOTYPE IN PATIENTS WITH COPD

Nguyen Van Tho, MD., PhD

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam

COPD is characterized by persistent airflow limitation because of airway and/or alveolar abnormalities. Patients with COPD may be divided into emphysema and non-emphysema phenotypes by evaluating pulmonary structural changes. Emphysema is the abnormally permanent enlargement of alveoli and/or alveolar ducts distal to terminal bronchioles accompanied with alveolar wall destruction. Chest computed tomography is more sensitive and more specific than chest X-ray or pulmonary function tests for emphysema detection. Among patients with COPD, emphysema phenotype accounts for 60-70%. COPD patients with emphysema phenotype have lower body mass index, more severe dyspnea, more rapid FEV1 decline, more common osteoporosis or lung cancer, and higher all-cause mortality than those with non-emphysema phenotype. COPD patients with emphysema phenotype are managed by using mainly long-acting bronchodilators accompanied by smoking cessation, appropriate nutritional consultation, pulmonary rehabilitation; some patients may be considered for lung volume reduction therapies. The burden, diagnosing methods and management of emphysema phenotype in patients with COPD will be mentioned in this presentation.

TẦM QUAN TRỌNG CỦA KIỂU HÌNH KHÍ PHẾ THŨNG Ở BỆNH NHÂN COPD

TS.BS. Nguyễn Văn Thọ

Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Đại Học Y Dược TP.HCM, Việt Nam

COPD được đặc trưng bởi tắc nghẽn đường dẫn khí dai dẳng do bất thường ở đường dẫn khí và/hoặc phế nang. Bằng cách đánh giá bất thường cấu trúc của phổi, bệnh nhân COPD có thể chia thành kiểu hình khí phế thũng và không khí phế thũng. Khí phế thũng là sự giãn vĩnh viễn phế nang và/hoặc ống phế nang sau tiểu phế quản tận cùng với sự phá hủy vách phế nang. CT ngực có độ nhạy và đặc hiệu cao hơn X-quang ngực và xét nghiệm thăm dò chức năng hô hấp để phát hiện khí phế thũng. Trong số các bệnh nhân COPD, kiểu hình khí phế thũng chiếm khoảng 60-70%. Bệnh nhân COPD có kiểu hình khí phế thũng thường có chỉ số khối cơ thể thấp hơn, khó thở nhiều hơn, tốc độ sụt giảm FEV1 nhanh hơn, loãng xương hoặc ung thư phổi nhiều hơn và tử vong do mọi nguyên nhân cao hơn so với bệnh nhân không có kiểu hình khí phế thũng. Điều trị kiểu hình khí phế thũng chủ yếu là các thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài bên cạnh ngưng hút thuốc lá, tăng cường dinh dưỡng, phục hồi chức năng hô hấp; một số ít có thể xem xét điều trị giảm thể tích phổi. Gánh nặng, phương pháp chẩn đoán và điều trị của kiểu hình khí phế thũng ở bệnh nhân COPD sẽ được đề cập trong bài trình bày này.

VOCAL CORD DYSFUNCTION AND ASTHMA

Nguyen Ho Lam, MD

Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Background and Aims: Vocal cord dysfunction (VCD) is function disorder with abnormal adduction of true vocal cords during inspiration and/or expiration. Clinical manifestation, chest X-ray, and the result of spirometry in VCD patient show similar characteristics with Asthmatic causing misdiagnosis in clinical practice. However, the therapy of two conditions is different and VCD patient could be affected adversely with inconsistent treatment (uncontrolled symptoms, many times of hospitalization).

Aims to distinguish between VCD and asthma base on clinical and paraclinical presentation.

Methods: Two case reports

Results: We report two cases with final diagnosis of VCD. The first case is a 58 year-old female patient misdiagnosed as Asthma. She presented with episodes of cough, wheezing, and breathlessness and her past medical history revealed allergic rhinitis and gastroesophageal reflux disease. The second case is a 16 year-old male patient diagnosed with Asthma but treatment showed nonresponsive causing him admitted to emergency department because of dyspnea.

Conclusions: We should consider VCD as a differential diagnosis in patients with uncontrolled asthma. Breathlessness during inspiration, stridor over the anterior neck, and spirometry with abnormality on inspiratory limb of volume-flow curve are the features suspecting diagnosis of VCD.

RỐI LOẠN HOẠT ĐỘNG DÂY THANH VÀ HEN

ThS.BS. Nguyễn Hồ Lam

Bộ môn Nội, Khoa Y, Đại Học Y Dược TP.HCM, Việt Nam

Bối cảnh và mục tiêu: Rối loạn hoạt động dây thanh là một rối loạn chức năng với sự khép bất thường dây thanh trong thì hít vào, thỉnh thoảng cả trong thì thở ra. Biểu hiện lâm sàng, X-quang ngực và kết quả hô hấp ký có nhiều điểm tương tự như Hen khiến nó dễ bị chẩn đoán nhầm trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, việc điều trị lại rất khác nhau và điều trị không phù hợp có thể ảnh hưởng nặng nề bệnh nhân (triệu chứng không kiểm soát, bệnh nhân nhập viện nhiều lần).

Mục tiêu hướng đến phân biệt rối loạn hoạt động dây thanh và Hen dựa trên đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hai trường hợp

Kết quả: Chúng tôi mô tả 2 trường hợp với chẩn đoán phù hợp nhất là rối loạn hoạt động dây thanh. Trường hợp thứ nhất là một bệnh nhân nữ 58 tuổi được chẩn đoán và điều trị nhầm như Hen với các triệu chứng ho, khò khè và khó thở từng lúc trên nền bị viêm mũi dị ứng + trào ngược dạ dày thực quản. Trường hợp thứ hai là một bệnh nhân nam 16 tuổi được chẩn đoán bị Hen nhưng

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

Broncho-Vaxom®

ĐIỀU TRỊ TĂNG CƯỜNG MIỄN DỊCH

PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN TÁI PHÁT ĐƯỜNG HÔ HẤP VÀ NHIỄM KHUẨN

KÍCH PHÁT CỦA VIÊM PHẾ QUẢN MÃN TÍNH

ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP TRONG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP

 **OM Pharma**
THUY SỸ

*** Thành phần thuốc:**

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

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

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

*** Chỉ định:**

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

*** Liều dùng và cách dùng: Viên nang 3.5mg cho trẻ em từ 6 tháng đến 12 tuổi**

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

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

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

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

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

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

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

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

Cho tới nay vẫn chưa thấy có tương tác thuốc

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

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

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

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

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

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

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

Địa chỉ liên hệ: Ever Neuro Pharma

Hà Nội: 043.8251243 - 8244854

Visa: VN - 15048 - 12

Tại Đà Nẵng: 0511 3833195

Tại TP.HCM: 08.38329561/62

điều trị không đáp ứng khiến bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu vì khó thở.

Kết luận: Chúng ta nên xem rối loạn hoạt động dây thanh như một chẩn đoán phân biệt trong những trường hợp Hen không kiểm soát. Khó thở thì hít vào, ran rít vùng cổ, hô hấp ký với bất thường phần hít vào đường cong lưu lượng thể tích nên được chú ý như những đặc điểm nghi ngờ rối loạn hoạt động dây thanh.

MECHANICAL VENTILATION ON THE RESPIRATORY FAILURE DUE TO SEVERE PNEUMONIA: UPDATE 2018

Do Ngoc Son, MD., PhD

Emergency Department of Bach Mai Hospital

Pneumonia is the most common indication leading to invasive mechanical ventilation. Ventilatory and oxygenation disorders are the main pathogenic mechanisms leading to respiratory failure should be supported ventilation in patients. The most severe form of this condition is respiratory distress syndrome characterized by progressive bilateral diffuse lung injury, severe de-oxygenation regardless of mechanical ventilation with PEEP. The mechanic characteristics of these patients lung is to low compliance, ventilation perfusion mismatching, dead space ventilation and shunt. Mechanical ventilation with inappropriate settings leads to consequent increased mortality and morbidity.

Many ventilation strategies in patients with severe pneumonia - ARDS have been introduced. Lung protective strategies such as low Vt ventilation and prone ventilation have proven effective to reduce mortality. Other strategies such as lung recruitment, use of high PEEP were applied and obtained good results in terms of improved blood oxygen but not reduce mortality. The selection of ventilation measures as well as the settings depend on the individual patient, co-morbidities, oxygen levels, and pulmonary mechanics. Individualize patient care was also highlighted.

The introduction of many monitoring system in recent years has paid a significant contribution in improving the quality of treatment, monitoring and prognosis of patients. These techniques and technology has been improved and will certainly continue to be a trend in mechanical ventilation for patients with severe pneumonia in the future.

THỞ MÁY KHÔNG XÂM NHẬP TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI NẶNG

TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn

Khoa cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai

Viêm phổi là nguyên nhân thường gặp dẫn đến chỉ định thở máy xâm nhập. Các rối loạn thông khí và ôxy hóa máu là cơ chế bệnh sinh chính dẫn đến tình trạng suy hô hấp cần được hỗ trợ thông khí trên bệnh nhân. Mức độ nặng nhất của tình trạng này là hội chứng suy hô hấp tiến triển với đặc trưng là tổn thương lan tỏa hai bên phế trường, giảm ô xy hóa máu nặng mặc dù đã được thở máy với PEEP. Các đặc trưng về cơ học phổi của những bệnh nhân này là giảm độ giãn nở của phổi, rối loạn thông khí tưới máu, thông khí khoảng chết và đặc biệt là shunt phổi. Thông khí nhân tạo cài đặt

thông số không phù hợp có thể làm nặng hơn tình trạng phổi dẫn đến hệ quả là tăng tỷ lệ tử vong và tàn phế.

Nhiều chiến lược thông khí trên bệnh nhân viêm phổi nặng - ARDS đã được giới thiệu. Chiến lược thông khí bảo vệ phổi với Vt thấp và thông khí nằm sấp đã chứng minh được hiệu quả cải thiện tỷ lệ tử vong. Các chiến lược khác như huy động phế nang, dùng PEEP cao đã được áp dụng và thu được nhiều kết quả tốt về mặt cải thiện ô xy máu nhưng chưa chứng minh được cải thiện tỷ lệ tử vong. Việc lựa chọn các biện pháp thông khí cũng như các thông số cài đặt phụ thuộc nhiều vào từng bệnh nhân, bệnh đồng mắc, mức độ giảm ô xy, tình trạng cơ học phổi. Vấn đề cá thể hóa theo từng bệnh nhân cũng được nhấn mạnh.

Với sự ra đời của nhiều phương tiện theo dõi trong những năm gần đây góp phần không nhỏ trong việc nâng cao chất lượng điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh nhân. Các kỹ thuật và công nghệ này càng được hoàn thiện và chắc chắn sẽ đóng góp lớn trong thông khí nhân tạo cho bệnh nhân viêm phổi nặng trong tương lai.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH EXTRA-ESOPHAGEAL MANIFESTATION

Vu Truong Khanh, MD., PhD

Gastroenterology, Bach Mai Hospital

Gastroesophageal reflux is a normal physiologic phenomenon experienced by most people. Gastroesophageal reflux disease (GERD) occurs when the amount of gastric juice that refluxes into the esophagus causes symptoms with or without associated esophageal mucosal injury. Esophageal manifestations include heartburn, regurgitation, reflux chest pain, esophagitis, esophageal stricture, Barrette's esophagus and esophageal adenocarcinoma. Extra esophageal syndrome consists of reflux cough, reflux laryngitis, reflux asthma, reflux dental erosion. Besides, pharyngitis, sinusitis, idiopathic pulmonary fibrosis, recurrent otitis media can also occur. The diagnosis depends on clinical symptoms, upper endoscopy, PPI test, pH 24 hour monitoring, Impedance (MII)- pH and High-resolution manometry. The treatment is based on lifestyle modification, control of gastric acid secretion through medical therapy with PPIs and surgical treatment.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY NGOÀI THỰC QUẢN

TS.BS Vũ Trường Khanh

Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai

Trào ngược dạ dày thực quản là một hiện tượng sinh lý bình thường xảy ra ở hầu hết mọi người, chỉ được gọi là bệnh lý khi gây ra các triệu chứng tại thực quản hoặc ngoài thực quản. Các biểu hiện và tổn thương tại thực quản: nóng sau xương ức, trào ngược dịch vào miệng họng, viêm niêm mạc thực quản, hẹp thực quản, Barrette thực quản và ung thư biểu mô tuyến thực quản. Biểu hiện ngoài thực quản: ho, hen phế quản, viêm thanh quản, mòn răng; ngoài ra có thể gây xơ hóa phổi, viêm xoang, viêm họng và viêm tai giữa tái phát. Việc chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng, nội soi đường

tiêu hóa trên, điều trị thử bằng PPI, đo pH thực quản, đo kháng trở thực quản và đo áp lực thực quản có độ phân giải cao. Điều trị: thay đổi lối sống, PPI, phẫu thuật.

FUNGAL PNEUMONIA: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Doan Thi Phuong Lan, MD., PhD

Respiratory Department of Bach Mai Hospital

Pneumonia is the leading infectious cause of death in developed countries. Among the vast diversity of respiratory pathogens, fungi account for only a small portion of community-acquired and nosocomial pneumonias. However, fungal respiratory infections generate concern in the expanding population of immunosuppressed patients.

Endemic fungal pathogens (eg, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis*, *Blastomyces dermatitidis*, *Paracoccidioides brasiliensis*, *Sporothrix schenckii*, *Cryptococcus neoformans*) cause infection in healthy hosts and in immunocompromised persons, in defined geographic locations of the Americas and around the world.

Opportunistic fungal organisms (eg, *Candida* species, *Aspergillus* species, *Mucor* species) tend to cause pneumonia in patients with congenital or acquired defects in the host immune defenses. Some genera include *Scedosporium*, *Fusarium*, *Paecilomyces*, *Acremonium*, and *Trichoderma* are a broad term that describes infections due to a number of rare and emerging heterogeneous fungi.

The diagnosis of fungal pneumonias is difficult to prove and is often made on a presumptive basis. It relies on a combination of clinical, radiologic, and microbiological factors.

The individual prognosis is often linked to the severity and outcome of the underlying disease.

Therapy for fungal pneumonias must include antifungal agents. The type of antifungal drug employed must be selected based on the particular pathogen that is isolated or that is clinically suspected. Many classes of antifungal agents are now available, including the classic antibiotics; first-, second-, and third-generation triazoles; and the echinocandins. Amphotericin B is often given as a liposomal formulation to decrease toxicity.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NẤM PHỔI

TS.BS Đoàn Thị Phương Lan

Trung tâm Hô Hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển. Trong số các rất nhiều các nguyên nhân gây viêm phổi thì nấm chỉ chiếm một phần nhỏ trong viêm phổi bệnh viện và cộng đồng. Tuy nhiên, nấm phổi lại rất hay gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Nấm có thể cư trú mà không gây bệnh hoặc gây bệnh thực sự, tạo ra các triệu chứng lâm sàng.

Các loại nấm như: *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis*, *Blastomyces dermatitidis*, *Paracoccidioides brasiliensis*, *Sporothrix schenckii*, *Cryptococcus neoformans* hay gây bệnh ở người khỏe mạnh và ở những người bị suy giảm miễn dịch, ở các vị trí địa lý nhất định.

Nấm gây bệnh cơ hội: *Candida*, *Aspergillus*, *Mucor* species hay gây bệnh ở những bệnh nhân suy

giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải. Có một số loại nấm mới xuất hiện và hay gặp là: *Scedosporium*, *Fusarium*, *Paecilomyces*, *Acremonium*, và *Trichoderma*.

Chẩn đoán viêm phổi do nấm rất khó để có bằng chứng và thường được chẩn đoán trên cơ sở giả định. Dựa trên sự kết hợp của các yếu tố lâm sàng, X quang và vi sinh. Tiên lượng bệnh thường liên quan đến mức độ nặng của bệnh lý có từ trước.

Điều trị viêm phổi do nấm dựa vào thuốc chống nấm. Lựa chọn thuốc dựa trên tác nhân gây bệnh phân lập hoặc nghi ngờ trên lâm sàng. Các thuốc chống nấm triazoles hàng đầu, hàng hai, hàng ba, echinocandins. Amphotericin B thường được dùng dưới dạng liposome để giảm độc tính.

OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA: NEW TRENDS IN MANAGEMENT

Hoan Ngoc Tran, MD

Respiratory Sleep Disorder Centre Victoria, Melbourne, Australia

Target Audience: Respiratory physicians, general physicians, doctors-in-training, nurses and scientists who have an interest in sleep disorders medicine.

Presentation Description: The presentation will give an up-to-date review of obstructive sleep apnoea (OSA) including prevalence in Asian countries, risk factors, cardiovascular consequences, diagnosis and new trends in management of sleep apnoea and novel treatment for obstructive sleep apnoea.

Objectives: At the end of the talk, the participants will be able to

- Understand the epidemiology of OSA in particular Asian populations;
- Appreciate the adverse medical and functional consequences of OSA;
- Recognise the clinical presentation and relevant investigation of OSA;
- Gain insights in the links between OSA and cardiovascular disease and potential pathogenesis;
- Learn about new practical approaches to the diagnosis and management of OSA including initiating continuous positive airway pressure (CPAP), monitoring CPAP compliance and novel treatment of OSA.

NGỪNG THỞ KHI NGỦ TẮC NGHẼN: XU HƯỚNG MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ

BS. Trần Ngọc Hoàn

Trung tâm Hô hấp và giấc ngủ Victoria, Melbourne, Úc

Đối tượng bài trình bày: Bác sĩ hô hấp, bác sĩ đa khoa, bác sĩ đang đi học, y tá và kỹ thuật viên có quan tâm đến y học rối loạn giấc ngủ.

Mô tả bài trình bày: Bài trình bày sẽ đưa ra tổng quan cập nhật về ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) bao gồm tỷ lệ hiện mắc ở các nước châu Á, yếu tố nguy cơ, biến chứng tim mạch, chẩn đoán và các xu hướng mới trong điều trị ngưng thở khi ngủ và các điều trị mới đối với ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn

Mục tiêu: Sau bài trình bày, những người tham gia sẽ có khả năng

- Hiểu về dịch tễ học của OSA, đặc biệt ở dân số châu Á;



GIẢI PHÁP CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN TỪ PHILIPS

MONITOR BỀN BỈ VÀ CHÍNH XÁC

- Nhiều chủng loại đa dạng, phù hợp với nhu cầu người sử dụng.
- Theo dõi đa thông số (Nhịp tim, nhịp thở, huyết áp xâm lấn, huyết áp không xâm lấn, SPO₂, nhiệt độ, EtCO₂, cung lượng tim, tcGas, độ bão hòa oxy trong mạch, EEG, ECG, độ sâu gây mê...)
- Dễ sử dụng, quan sát và điều khiển
- Kết hợp hoàn hảo với hệ thống monitor trung tâm
- Độ bền cao, ít chi phí phát sinh.



MÁY THỞ PHILIPS RESPIRONICS V680

- Dễ dàng chuyển chế độ xâm lấn sang không xâm lấn và ngược lại
- Tự động dò tìm trigger bệnh nhân, tự động bù rò rỉ khí
- Liên tục đo trở kháng, độ giãn nở, độ đàn hồi động
- Đồng bộ tốt hơn với bệnh nhân nhờ công nghệ AutoTrak NIV của Philips
- Dễ dàng di chuyển, thời gian sử dụng pin lên tới 4 tiếng
- Đo được các thông số cơ học của phổi
- Hệ thống báo động thông minh, an toàn
- Có thể kết nối và theo dõi trực tiếp trên hệ thống monitor trung tâm.



DỊCH VỤ KỸ THUẬT CHUYÊN NGHIỆP

- Các kỹ sư và nhân viên phụ trách sản phẩm được đào tạo bài bản và chuyên nghiệp sẽ giúp Quý Khách hàng khai thác tối đa hiệu quả của máy
- Dịch vụ Kỹ thuật và Tư vấn khách hàng 24/7.

- Số GPNK: 9804/BYT-TB-CT; 10338/BYT-TB-CT

- Đánh giá được hậu quả y khoa và chức năng của OSA;
- Nhận biết biểu hiện lâm sàng và các đánh giá liên quan của OSA;
- Hiểu rõ hơn về mối liên hệ giữa OSA và bệnh tim mạch và quá trình bệnh sinh tiềm tàng;
- Tìm hiểu về các phương pháp tiếp cận mới để chẩn đoán và điều trị OSA bao gồm khởi đầu thở máy áp lực dương liên tục (CPAP), theo dõi sự tuân thủ CPAP và phương pháp điều trị mới của OSA.

UPDATE ON INTERVENTIONAL BRONCHOSCOPY FROM WABIP CONFERENCE 2018

A/Prof. Vu Van Giap, MD., PhD.

General Secretary of VNRS

Vice Director of Respiratory Centre, Bach Mai hospital

The World Congress for Bronchology and Interventional Pulmonology 2018 took place at Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, USA, in June 13-16 with important topics, including: EBUS, airway stents, a multidiscipline approach to management of tracheoesophageal fistulas, tracheobronchial stenosis; tracheobronchial malacias ... and CME training. At VNRS conference, the following topics will be addressed:

Endobronchial ultrasound: challenges of ebus specimens in the PDL-1 Era; Comparison of EBUS needles sizes: tissue adequacy and diagnostic yield; New findings in EBUS literature- a year in review.

Airway stenosis (post tuberculosis and post intubation): Pathophysiology of airway stenosis; Multimodality intervention for tracheobronchial stenosis; When and tips for airway intervention in patients with tracheobronchial stenosis

With advances recently, Endobronchial Ultrasound and endoscopic interventions really help in the diagnosis and management of respiratory diseases.

CẬP NHẬT NỘI SOI CAN THIỆP TỪ HỘI NGHỊ NSPQ THẾ GIỚI- WABIP 2018

PGS.TS. Vũ Văn Giáp

Tổng thư ký Hội Hô hấp Việt Nam

PGĐ Trung tâm Hô Hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Hội nghị Nội soi can thiệp thế giới năm 2018 diễn ra tại Trung tâm Hội nghị Mayo Civic và Bệnh viện Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, Hoa Kỳ từ 13-16/06/2018 với nhiều chủ đề quan trọng: Nội soi phế quản siêu âm, stent đường thở, tiếp cận đa chuyên khoa trong điều trị rò thực quản phế quản, sẹo hẹp khí phế quản, xẹp đường thở động hay nhuyễn sụn khí phế quản... và các khoá đào tạo CME. Trong khuôn khổ hội nghị VNRS xin cập nhật chủ đề chính sau đây:

Nội soi phế quản siêu âm: Những thách thức khi lấy bệnh phẩm bằng EBUS trong kỷ nguyên PDL-1 hiện nay. So sánh kích thước kim sinh thiết trong EBUS về khả năng lấy được bệnh phẩm và tỷ lệ chẩn đoán. Những cập nhật mới về EBUS trong thời gian qua.

Sẹo hẹp đường thở (do lao và sau đặt nội khí quản): Cơ chế bệnh sinh của hẹp đường thở do lao và sau đặt nội khí quản. Tiếp cận đa chuyên khoa trong điều trị hẹp khí quản. Thời điểm can thiệp khi nào thì phù hợp và những lưu ý khi can thiệp sẹo hẹp đường thở.

Hai lý nhân phổi chính thức:

Công ty TNHH IDS Medical Systems Việt Nam

Trụ sở chính: Tầng Lower, 77 Tầng Nhân Dân, P. 9, Q. 5, TP. HCM

Tel: 04 3830 3172 - Fax: 04 3830 3073

V.P Hà Nội: Tầng 04 VCCO, Số 9 Đào Duy Anh, Đống Đa Hà Nội

Tel: 04 6278 3852 - Fax: 04 6278 3851

www.idsmmed.com



Với những tiến bộ hiện nay, nội soi phế quản siêu âm và nội soi can thiệp giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán và điều trị các bệnh nhân hô hấp.

TB ELIMINATION IN OUR LIFETIME: WHAT CAN BE DONE?

Prof. Charles Yu.MD., PhD

De La Salle Health Sciences Institute, Cavite, Philippines

The WHO has launched the End TB Plan beginning with the 2016-2020 Stop TB Partnership Operational Strategy. TB elimination targets that less than 10 TB cases per 100,000. Currently Viet Nam ranks 13th among the top high burden countries and 11th among MDR-TB cases. It is similar to the Philippines with the twin threats of drug-sensitive and drug-resistant TB and low HIV prevalence. The strategy involves government stewardship, strong coalition with civil society organizations, adaptation of strategy and targets at the country-level with global collaboration. Pillars include integrated patient-centered care and prevention, bold and supportive systems and intensified research and innovation. The 2017-2022 Philippine strategic Tb elimination plan (PhilStep) using the acronym REACHING TB cases will be discussed. Finally the British-Philippine collaborative Newton Agham (Science) fund, Filipino TB FIT (Filipino Impact Test) will be discussed on how new diagnostic tools like the Gene Xpert tests can be properly deployed to achieve maximum results in both health systems and patient costs.

LOẠI TRỪ BỆNH LAO TRONG ĐỜI SỐNG: ĐIỀU GÌ CÓ THỂ LÀM?

GS.TS Charles Yu

WHO đã phát động kế hoạch kết thúc bệnh Lao (End TB Plan) khởi đầu với với chiến lược cộng tác hành động ngăn chặn bệnh Lao giai đoạn 2016 - 2020. Mục tiêu loại trừ Lao phải đạt là chỉ còn dưới 10 ca bệnh/100.000 người. Hiện nay, Việt Nam đứng thứ 13 trong số các quốc gia có gánh nặng bệnh Lao cao nhất và thứ 11 trong số các nước có số ca mắc Lao đa kháng thuốc cao nhất. Tỷ lệ này cũng tương tự như Philippines với mối đe dọa kép của lao nhạy cảm thuốc, lao kháng thuốc và tỷ lệ HIV thấp. Chiến lược cộng tác bao gồm quản lý của chính phủ, liên minh chặt chẽ với các tổ chức dân sự xã hội, cải biên chiến lược và mục tiêu phù hợp cấp quốc gia và hợp tác toàn cầu. Các trụ cột chính bao gồm kế hoạch chăm sóc và phòng ngừa lấy bệnh nhân làm trung tâm, các hệ thống hỗ trợ mạnh mẽ, tăng cường cải tiến và nghiên cứu sâu về bệnh. Kế hoạch chiến lược loại trừ bệnh Lao ở Philippine 2017 - 2022 viết tắt REACHING TB sẽ được thảo luận. Cuối cùng, quỹ hợp tác Anh - Philippine Newton Agham (Science), Philippine FIT (Philippine Impact Test) sẽ được thảo luận về những công cụ chẩn đoán mới như là Gene Xpert có thể triển khai đúng cách để đạt được hiệu quả tối đa cho hệ thống chăm sóc sức khỏe và tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân.

DIAGNOSIS OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

A/Prof. Phan Thu Phuong, MD., PhD

Vice Director of Respiratory Department of Bach Mai Hospital

Obstructive sleep apnea (OSA) is a common disorder that causes patients to temporarily stop or

decrease their breathing repeatedly during sleep. This results in fragmented sleep that can lead to symptoms such as morning headache and daytime sleepiness. Obstructive sleep apnea affects persons of all ages, with an increasing prevalence in those older than 60 years. The prevalence of OSA is estimated to be between 2% and 14%

Studies have shown that OSA leads to a large economic burden for society and family. Untreated OSA patients use more health care, less work efficiency, occupational accidents and traffic accidents.

There are many health conditions associated with obstructive sleep apnea, including hypertension, coronary artery disease, cardiac arrhythmias, and depression. Loud snoring, gasping during sleep, obesity, and enlarged neck circumference are predictive clinical features. Screening questionnaires can be used to assess for sleep apnea, although their accuracy is limited. The diagnostic standard for obstructive sleep apnea is nocturnal polysomnography in a sleep laboratory.

CHẨN ĐOÁN NGỪNG THỞ KHI NGỦ

PGS.TS. Phan Thu Phương

Phó giám đốc Trung tâm Hô Hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn (NTKNTN) là tình trạng phổ biến, bệnh nhân ngừng hoặc giảm thở liên tục trong lúc ngủ. Điều này dẫn đến giấc ngủ bị gián đoạn có thể dẫn đến các triệu chứng như nhức đầu buổi sáng và buồn ngủ ban ngày. Ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn ảnh hưởng đến mọi người và ở mọi lứa tuổi, với tỷ lệ mắc tăng ở người trên 60 tuổi. Tỷ lệ mắc ngưng thở khi ngủ ước tính là từ 2% đến 14%.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng NTKNTN dẫn đến một gánh nặng lớn về kinh tế cho gia đình và xã hội. Bệnh nhân NTKNTN không được điều trị sử dụng nguồn chăm sóc sức khỏe nhiều hơn, hiệu quả làm việc kém hơn, tai nạn lao động và tai nạn giao thông nhiều hơn.

Có nhiều tình trạng sức khỏe liên quan đến ngưng thở khi ngủ, như tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, rối loạn nhịp tim và trầm cảm. Ngáy to, thở hổn hển trong khi ngủ, béo phì và vòng cổ lớn là các triệu chứng lâm sàng của bệnh. Các bảng câu hỏi sàng lọc có thể được sử dụng để đánh giá ngưng thở khi ngủ, mặc dù độ chính xác của chúng bị hạn chế. Tiêu chuẩn chẩn đoán ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn là đo đa ký giấc ngủ tại các trung tâm giấc ngủ.

ACTIVE SCREENING AND MONITORING OF LATENT TB FOR EXPOSED PERSONS

A/Prof. Greg Fox,MD., PhD

Sydney University, Australia

Tuberculosis is a major cause of infectious death in Vietnam. The disease is estimated to affect over 120,000 people each year, with diagnostic delay a major challenge. New strategies are required to enhance early detection and scale up preventive therapy in order to reduce the burden of tuberculosis. We have undertaken a series of studies to evaluate the feasibility and effectiveness of enhanced tuberculosis control measures in Vietnam.

Close contacts of patients with tuberculosis have a substantially increased risk of developing the disease, compared to the general population. The World Health Organization has identified contacts as an ideal population in which to implement active case-finding and preventive therapy. Our recent randomized controlled trial among 25,000 household contacts in eight provinces of Vietnam (the ACT2 Trial) has shown that active case-finding among this population enhances case notifications and decreases mortality in this population. Furthermore, this study has also demonstrated the feasibility of scaling up active case finding within the National Tuberculosis Program. Prevention of tuberculosis is also an important priority in this population. Recently infected contacts have around a 10% lifetime risk of developing disease. Therefore, household contacts are likely to benefit from preventive therapy. Randomized studies have shown that three months of weekly rifapentine with isoniazid, and four months of daily rifampicin are as effective as nine months of isoniazid in reducing the incidence of tuberculosis. Preventive regimens for contacts of drug-resistant tuberculosis may also be effective. In light of this new and emerging evidence, scale-up of preventive therapies for populations infected with Mycobacterium tuberculosis is an important priority for tuberculosis control in high-prevalence settings.

TẦM SOÁT VÀ THEO DÕI CHỦ ĐỘNG LAO TIỀM TÀNG TRÊN NGƯỜI PHỐI NHIỄM LAO

PGS.TS. Greg Fox

Đại học Sydney, Australia

Lao là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong do nhiễm trùng tại Việt Nam. Theo ước đoán, bệnh này ảnh hưởng hơn 120 nghìn người mỗi năm và chẩn đoán chậm trễ là một thách thức chủ yếu. Cần các chiến lược mới để tăng chẩn đoán lao sớm và lên kế hoạch điều trị phòng ngừa nhằm giảm nhẹ gánh nặng lao. Chúng tôi đã thực hiện hàng loạt nghiên cứu để đánh giá tính khả thi và hiệu quả của các biện pháp kiểm soát lao tại Việt Nam.

Tiếp xúc gần gũi bệnh nhân lao làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh lao so với dân số chung. Tổ chức Y tế Thế Giới đã nhận diện người có phơi nhiễm lao là dân số lý tưởng để triển khai phát hiện chủ động các ca mắc lao và điều trị phòng ngừa. Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng mới đây của chúng tôi trên 25 nghìn hộ gia đình có phơi nhiễm lao tại 8 tỉnh thành tại Việt Nam (thử nghiệm ACT2) đã cho thấy phát hiện chủ động lao trong dân số này tăng số ca lao được phát hiện và giảm tỷ lệ tử vong. Hơn nữa, nghiên cứu này cũng minh họa tính khả thi của việc lên kế hoạch phát hiện chủ động lao trong chương trình chống lao quốc gia.

Phòng ngừa lao cũng là một ưu tiên quan trọng trong dân số này. Những người phơi nhiễm lao gần đây có nguy cơ mắc lao trong đời sống là 10%. Vì thế, những hộ gia đình có phơi nhiễm lao có khả năng hưởng lợi từ điều trị phòng ngừa. Các thử nghiệm ngẫu nhiên cũng cho thấy điều trị ba tháng với rifapentine kèm isoniazid hàng tuần, và 4 tháng rifampicin hàng ngày là có hiệu quả bằng 9 tháng isoniazid trong giảm tỷ lệ lao mới mắc. Chế độ điều trị phòng ngừa cho người phơi nhiễm lao kháng thuốc cũng có thể có hiệu quả. Từ những chứng cứ mới xuất hiện này, điều trị phòng ngừa cho dân số nhiễm Mycobacterium tuberculosis là ưu tiên quan trọng trong kiểm soát

lao trong vùng có lưu hành độ lao cao.

ALLERGIC BRONCHOPULMONARY ASPERGILLOSIS

A/Prof. Chu Thi Hanh, MD., PhD

Vice President of VNRS

Vice Director of Respiratory Department of Bach Mai Hospital

Allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA) is an immunologic pulmonary disorder caused by hypersensitivity to *Aspergillus fumigatus*. Clinically, a patient presents with chronic asthma, recurrent pulmonary infiltrates, and bronchiectasis. The population prevalence of ABPA is not clearly known, but the prevalence in asthma clinics is reported to be around 13% and 2-15% in cystic fibrosis. Signs of bronchospasm at the beginning of each episode. Symptoms then tend to be more chronic. hemoptysis, or productive cough. Expectoration of brownish black mucus plugs, episodes of fever, chest pain and recurrent pneumonia, wheezing and snoring. Aspergillosis skin test positive and high of IgE level.

The chest radiographic findings of ABPA include transient or fixed pulmonary opacities, tramline shadows, finger-in-glove opacities, and toothpaste shadows. Findings noted on high-resolution CT (HRCT) include central bronchiectasis, mucoid impaction, mosaic attenuation, presence of centrilobular nodules, and tree-in-bud opacities.

Diagnostic by criteria of Rosenberg-Patterson: Diagnostics identifies the ABPA as having 6/8 major criteria.

Treatment: Oral Glucocorticoids: Prednisolone, 0.5 mg / kg / day, 1-2 weeks, then maintained for 6-8 weeks, dose reduction 5-10 mg every 2 weeks and stop. Or prednisolone, 0.75 mg / kg / day, for 6 weeks, followed by 0.5 mg / kg for 6 weeks, followed by a 5 mg reduction every 6 weeks and maintained for 6 to 12 months. Itraconazole oral dose: 200 mg x 2 / day for 16 weeks then once daily for 16 weeks. Indication in case of first relapse of ABPA or glucocorticoid dependence. (Total IgE levels and repeat every 6 to 8 weeks in a year and determine baseline IgE levels).

NẤM ASPERGILLOSIS PHỔI PHẾ QUẢN DỊ ỨNG

PGS.TS. Chu Thị Hạnh

Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Phó giám đốc Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Nấm aspergillus phổi phế quản dị ứng (ABPA) là một phản ứng phổi dị ứng gây ra bởi tình trạng quá mẫn với kháng nguyên của *Aspergillus fumigatus*. Lâm sàng biểu hiện triệu chứng hen suyễn mạn tính, tái diễn. Thâm nhiễm phổi và giãn phế quản. Tỷ lệ ABPA hiện vẫn chưa biết rõ, tuy nhiên tỷ lệ ABPA được cho là khoảng 13% ở những bệnh nhân bị hen suyễn và 2-15% ở bệnh nhân xơ nang (CF). Biểu hiện lúc đầu có thể PQ từng đợt. Sau đó các triệu chứng có xu hướng mạn tính hơn. Ho khạc đờm có nút nhầy màu nâu, ho ra máu, có những giai đoạn sốt từng cơn, đau ngực và viêm phổi tái phát, có khô khè và ran ngáy. Test da với kháng nguyên aspergillus dương tính, định lượng IgE tăng cao.

X-quang phổi: thấy thâm nhiễm thoáng qua, hình ảnh các nút nhầy là những khối mờ đồng nhất

phân nhánh ”ngón găng tay”, “đường rail” và hình “nhấn”. CT scan độ phân giải cao(HRCT): giãn phế quản trung tâm, nốt trung tâm tiểu thùy và hình ảnh chồi cây...

Chẩn đoán theo tiêu chuẩn Rosenberg- Patterson: Chẩn đoán xác định ABPA khi có 6/8 tiêu chuẩn chính

Điều trị: Glucocorticoids uống: Prednisolone, 0.5 mg/kg/ngày, 1 - 2 tuần, sau đó duy trì trong 6 - 8 tuần, giảm liều 5 - 10 mg mỗi 2 tuần và ngừng. Hoặc Prednisolone, 0.75 mg/kg/ngày, trong 6 tuần, tiếp theo 0.5 mg/kg trong 6 tuần, sau đó giảm liều 5 mg mỗi 6 tuần và duy trì từ 6 đến 12 tháng. Itraconazole uống, Liều: 200 mg x 2/ngày trong 16 tuần sau đó 1 lần/ngày trong 16 tuần. Chỉ định trong trường hợp tái phát lần đầu của ABPA hoặc phụ thuộc glucocorticoids. (Định lượng nồng độ IgE toàn phần và nhắc lại mỗi 6 đến 8 tuần trong 1 năm và xác định nồng độ IgE nền)

OBESITY HYPOVENTILATION SYNDROME: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Tran Ngoc Hoan.MD

Respiratory Sleep Disorder Centre Victoria, Melbourne, Australia

Target audience: Respiratory physicians and doctors-in-training who wish to know more about the clinical presentation, pathogenesis, diagnosis and management of obesity hypoventilation syndrome (OHS) including the use of non-invasive ventilation.

Presentation Description: This talk will provide a summary of the current understanding of OHS pathogenesis. It will offer an update on evolving trends in diagnosis and clinical management of OHS including the latest research on non-invasive ventilation.

Objectives: At the end of the presentation, attendees will be able to

- Critically review the definition and epidemiology of OHS;
- Understand the high morbidity and mortality associated with undiagnosed and untreated OHS;
- Recognise the clinical presentation and learn to accurately diagnose OHS;
- Gain improved understanding of the gas exchange process during normal sleep and during OHS;
- The attendees will be updated on the clinical management of OHS including non-invasive ventilation therapy (NIV).

HỘI CHỨNG GIẢM THÔNG KHÍ DO BÉO PHÌ: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

BS. Trần Ngọc Hoàn

Trung tâm Hô hấp và giấc ngủ Victoria, Melbourne, Australia

Đối tượng bài trình bày: Bác sĩ lâm sàng hô hấp và các bác sĩ đang đi học muốn biết nhiều hơn về biểu hiện lâm sàng, bệnh sinh, chẩn đoán và điều trị của hội chứng giảm thông khí do béo phì (OHS) bao gồm cả việc sử dụng thông khí không xâm nhập.

Mô tả bài trình bày: Bài trình bày sẽ cung cấp tóm tắt các hiểu biết hiện tại về bệnh sinh của OHS. Mang đến những kiến thức cập nhật về xu hướng mới trong chẩn đoán và điều trị trên lâm sàng của OHS bao gồm các nghiên cứu mới nhất về thông khí không xâm nhập.

Mục tiêu: Sau bài trình bày, người tham dự có khả năng đạt được

- Xem xét kỹ lưỡng định nghĩa và dịch tễ học của OHS;
- Hiểu được tỷ lệ mắc và tử vong cao liên quan đến OHS do không được chẩn đoán và không được điều trị;
- Nhận biết các biểu hiện lâm sàng và học cách chẩn đoán chính xác OHS;
- Hiểu rõ hơn về quá trình trao đổi khí trong giấc ngủ bình thường và trong OHS;
- Những người tham dự sẽ được cập nhật về quản lý lâm sàng của OHS bao gồm liệu pháp thông khí không xâm lấn (NIV).

AIRWAY STENT

Nguyen Ngoc Du, MD

Respiratory Department of Bach Mai Hospital

Airway stenting is inserted a tube device into an airway with the purpose to keep open airway, reduce symptoms of central airway obstruction (dyspnea, cough, respiratory failure). Indications for airway stenting includes malignant tracheobronchial obstruction (lung cancer, esophagus cancer invasive airway...), benign tracheal (bronchial stenosis after intubation, bronchial stenosis after tuberculosis...), trachea- or bronchial- esophageal fistula. There are many kind of stents, like silicone stent, metal stent, or hybrid stent. Stent was inserted into airway through rigid bronchoscopy. Complications can occur, include bleeding, growth of granulation tissue, respiratory tract infection, obstruction of the stent by the accumulated respiratory secretions or recurrent tumor growth, airway wall perforation from metal stents...

ĐẶT STENT KHÍ PHẾ QUẢN

ThS.BS. Nguyễn Ngọc Dư

Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Đặt stent khí phế quản là thủ thuật đưa một giá đỡ vào trong lòng khí phế quản với mục đích làm thông thoáng đường thở, làm giảm các triệu chứng của tắc nghẽn đường thở trung tâm (khó thở, ho, suy hô hấp). Chỉ định đặt stent khí phế quản bao gồm các trường hợp tắc nghẽn phế quản trung tâm do các bệnh lý ác tính (ung thư phổi, ung thư thực quản xâm lấn đường thở...) hoặc các bệnh lý lành tính (hẹp khí quản sau đặt nội khí quản, hẹp khí quản sau lao...), rò thực quản phế quản. Có nhiều loại stent: stent silicon, stent kim loại hoặc stent lai silicon-kim loại. Việc đặt stent khí phế quản được tiến hành qua nội soi phế quản ống cứng. Tai biến của đặt stent khí phế quản hiếm gặp, bao gồm chảy máu, mọc tổ chức hạt dưới stent, nhiễm trùng tại chỗ, tắc stent do chất tiết của đường thở và khối u phát triển, tổn thương đường thở do stent kim loại...

MDR-TB: UPDATES ON DIAGNOSTICS TOOLS, IMPROVED TREATMENT REGIMENS AND INNOVATIONS

Prof. Charles Yu. MD., PhD

De la Salle Health Sciences Institute

MDR-TB IN Viet Nam ranks 11th globally, with an estimated 5,000 cases and a 75% treatment success rate according to the WHO 2017 TB Report. An estimated 4.1% of new cases are MDR TB and 26% for previously treated cases. Only an estimated one third of cases are under second-line treatment. Data between the Philippines and Viet Nam will be compared and analyzed.

In August 2018, WHO released key changes in the treatment of MDR-TB and rifampicin-resistant TB, including the shortened 9 month treatment regimen based on the STREAM study, the shift to an all-oral regimen and the new drugs such as bedaquilin and delamanid will be discussed. This presentation also includes the use of the TB-FIT mathematical modelling in predicting the importance of the new diagnostic tools such as Gene Xpert ultra and Omni in improving case detection. The presentation will also share the new innovative tools including video apps and other GPS-based technologies as well as more community-based treatments for MDR-TB. Finally the author will share his personal clinical experiences on how to improve MDR diagnosis and treatment.

LAO ĐA KHÁNG: CẬP NHẬT CÁC CÔNG CỤ CHẨN ĐOÁN, CẢI TIẾN PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC PHÁT KIẾN MỚI

GS.TS. Charles Yu

Chủ tịch Ủy ban Lao, APRS Philippines

Lao đa kháng thuốc ở Việt Nam đứng thứ 11 trên thế giới, với số bệnh ước đoán là 5.000 trường hợp và tỉ lệ điều trị thành công là 75% theo báo cáo về Lao của WHO 2017. Ước tính 4.1% trường hợp lao mới mắc và 26% trường hợp lao đã điều trị trước đây là Lao đa kháng. Chỉ khoảng 1/3 trường hợp đã điều trị thuốc Lao hàng 2. Dữ liệu của Philippines và Việt Nam sẽ được phân tích và so sánh.

Tháng 8 năm 2018, WHO có những thay đổi then chốt trong việc điều trị Lao đa kháng và Lao kháng Rifampicin bao gồm phác đồ điều trị ngắn ngày 9 tháng dựa trên nghiên cứu STREAM, việc chuyển đổi sang phác đồ tất cả thuốc uống và dùng thêm thuốc mới như bedaquilin và delamanid sẽ được thảo luận. Bài trình bày này cũng bao gồm việc sử dụng mô hình toán học TB - FIT trong việc dự đoán tầm quan trọng của các công cụ chẩn đoán mới như Gene Xpert ultra và Omni trong cải thiện phát hiện bệnh. Bài trình bày này cũng chia sẻ các công cụ mới bao gồm ứng dụng video và kỹ thuật dựa trên GPS cũng như nhiều phương pháp điều trị tại cộng đồng cho Lao đa kháng. Cuối cùng tác giả sẽ chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng cá nhân mình trong việc làm thế nào để nâng cao việc cải thiện chẩn đoán và điều trị Lao đa kháng.

Tài liệu thông tin thuốc

COMBIVENT® UDV

(ipratropium bromid + salbutamol)

KIỂM SOÁT CƠ THẮT PHẾ QUẢN CÓ HỒI PHỤC DO BỆNH LÝ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG HỒ HẤP (COPD/HEN) Ở BỆNH NHÂN CẦN NHIỀU HƠN MỘT THUỐC GIẢN PHẾ QUẢN⁽¹⁾



Boehringer Ingelheim

THÔNG TIN KÊ TOA

THÀNH PHẦN: Một lọ đơn liều (2,5 ml) dung dịch dùng cho khí dung chứa: 500 mcg ipratropium bromid dạng khan. 2500 mcg salbutamol dạng ba zơ. **CHỈ ĐỊNH:** COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung trong lọ đơn liều được chỉ định để kiểm soát cơ thắt phế quản có hồi phục do bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp ở những bệnh nhân cần nhiều hơn một thuốc giãn phế quản. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** Do thiếu thông tin về việc sử dụng trên trẻ em COMBIVENT không được chỉ định cho bệnh nhân nhi. COMBIVENT chưa được nghiên cứu sử dụng trên bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. Nên thận trọng khi sử dụng thuốc cho những đối tượng bệnh nhân này. Bệnh nhân nên đến khám bác sĩ hoặc đến bệnh viện gần nhất ngay lập tức trong trường hợp bị khó thở cấp hoặc chứng khó thở tăng thêm một cách nhanh chóng nếu dùng thêm liều khí dung COMBIVENT không đem lại cải thiện thỏa đáng. Bác sĩ nên xem xét lại kế hoạch điều trị bệnh nhân nếu cần dùng liều cao hơn mức khuyến cáo mỗi kiểm soát được triệu chứng. Trong điều trị hen, nên cân nhắc sử dụng đồng thời thuốc kháng viêm. Liều lượng sau đây của COMBIVENT được khuyến cáo cho người lớn (kể cả bệnh nhân cao tuổi): COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung trong lọ đơn liều có thể sử dụng với máy khí dung phù hợp hoặc bằng máy thở áp lực dương ngắt quãng. Nên bắt đầu điều trị và sử dụng có sự giám sát y tế, ví dụ sử dụng trong bệnh viện. Có thể khuyến cáo điều trị tại nhà trong những trường hợp ngoại lệ (có những triệu chứng nặng hoặc với những bệnh nhân đã có kinh nghiệm điều trị trước đó cần phải dùng liều cao hơn) khi dùng liều thấp các thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh chủ vận beta vẫn chưa đủ giảm triệu chứng và sau khi xin ý kiến của bác sĩ có kinh nghiệm điều trị. Nên luôn luôn bắt đầu điều trị dung dịch khí dung trong lọ đơn liều (unit dose vial - UDV) với liều khuyến cáo thấp nhất (1 lọ). Trong những trường hợp rất nặng, có thể phải dùng tới 2 lọ để làm giảm triệu chứng. Nên ngừng điều trị khi việc giảm triệu chứng đạt được đầy đủ. **Điều trị cơn cấp tính:** 01 lọ đơn liều là đủ để cắt cơn nhanh chóng trong nhiều trường hợp. Trong các trường hợp nặng, nếu không cắt cơn được với một lọ đơn liều, có thể cần dùng đến lọ đơn liều thứ 2. Trong những trường hợp này, bệnh nhân nên đến khám bác sĩ hoặc ngay lập tức đến bệnh viện gần nhất. **Điều trị duy trì:** 1 lọ đơn liều x 3 đến 4 lần/ngày. **Hướng dẫn sử dụng:** Lọ thuốc đơn liều chỉ được dùng để hít với dụng cụ thích hợp, không được uống hoặc tiêm. Không cần thiết pha loãng dung dịch trong lọ đơn liều để khí dung. Vì lọ thuốc đơn liều không có chất bảo quản, nên dụng cụ cần dùng ngay dung dịch thuốc sau khi mở và lọ thuốc mới chỉ được dùng một lần để tránh nhiễm khuẩn. Nên loại bỏ những lọ thuốc đã dùng một phần, đã mở hoặc bị hư. Tuyệt đối không được trộn COMBIVENT dung dịch khí dung với các thuốc khác trong cùng một dụng cụ khí dung. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Chống chỉ định COMBIVENT cho: Bệnh nhân bị bệnh cơ tim tắc nghẽn phì đại hoặc loạn nhịp nhanh; Bệnh nhân quá mẫn với atropin hoặc các dẫn xuất của atropin hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc. **THẬN TRỌNG VÀ CẢNH BÁO:** **Quá mẫn:** Có thể xuất hiện các phản ứng quá mẫn tức thì sau khi dùng COMBIVENT, biểu hiện bởi các trường hợp hiếm gặp bị mày đay, phù mạch, phát ban, cơ thắt phế quản và phù hầu họng. **Cơ thắt phế quản nghịch lý:** Cũng như các thuốc khí dung khác, COMBIVENT có thể gây cơ thắt phế quản nghịch lý và có thể đe dọa tính mạng. Nếu xuất hiện cơ thắt phế quản nghịch lý thì nên ngừng dùng COMBIVENT ngay tức thì và thay bằng phương pháp điều trị khác. **Biến chứng ở mắt:** Đã có những báo cáo riêng lẻ về các biến chứng tại mắt (như giãn đồng tử, tăng áp lực nội nhãn, glô-côm góc hẹp, đau mắt) khi bị ipratropium bromid dạng khí dung dùng một mình hoặc kết hợp với một chất chủ vận beta2 adrenergic tiếp xúc với mắt. Đau mắt hoặc khó chịu ở mắt, nhìn mờ, thấy hào quang hoặc nhìn hình ảnh bị nhuộm màu kết hợp với đỏ mắt do sung huyết kết mạc hoặc phù giác mạc có thể là các dấu hiệu của glô-côm góc hẹp cấp. Nếu có bất kỳ sự kết hợp nào của các triệu chứng trên thì nên điều trị tức thì bằng thuốc nhỏ mắt gây co đồng tử và tham khảo ý kiến bác sĩ. Bệnh nhân phải được hướng dẫn sử dụng đúng cách COMBIVENT. Phải cẩn thận không để dung dịch hoặc khí dung của COMBIVENT vào mắt. Những bệnh nhân có khả năng bị bệnh glô-côm cần được cảnh báo đặc biệt để bảo vệ mắt. Khuyến cáo sử dụng COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung (UDV) qua ống ngậm. Nếu không sẵn có ống ngậm mà sử dụng mặt nạ khí dung thì phải dùng mặt nạ vừa khít. **Ảnh hưởng toàn thân:** Trong các trường hợp sau, nên cân nhắc sử dụng COMBIVENT sau khi có đánh giá kỹ lưỡng giữa lợi ích/nguy cơ, đặc biệt khi dùng liều cao hơn liều khuyến cáo: bệnh nhân tiểu đường không được kiểm soát đầy đủ, mới bị nhồi máu cơ tim, rối loạn tim mạch thực thể trầm trọng, cường giáp, u tủy thượng thận, nguy cơ glô-côm góc hẹp, phì đại tiền liệt tuyến hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang. **Ảnh hưởng trên tim mạch:** Các ảnh hưởng trên tim mạch đã được quan sát thấy khi sử dụng các thuốc giống giao cảm, trong đó có COMBIVENT. Đã có bằng chứng từ dữ liệu hậu mãi và trong y văn đã được công bố về các trường hợp hiếm xảy ra thiếu máu cơ tim cục bộ liên quan đến salbutamol. Những bệnh nhân đang mắc bệnh tim nặng (như bệnh tim do thiếu máu cục bộ, loạn nhịp nhanh hoặc suy tim nặng) mà dùng salbutamol điều trị bệnh đường hô hấp nên thận trọng hỏi ý kiến bác sĩ nếu bị đau ngực hoặc các triệu chứng khác của tình trạng bệnh tim nặng lên. Nên lưu ý đánh giá các triệu chứng khó thở và đau ngực do những triệu chứng này có thể xuất phát từ nguyên nhân hô hấp hoặc tim mạch. **Giảm kali máu:** Điều trị bằng thuốc chủ vận beta2 có thể gây ra hạ kali huyết nặng. Ngoài ra, tình trạng giảm kali oxy có thể làm trầm trọng thêm tác động của hạ kali huyết trên nhịp tim. Trong trường hợp này, khuyến cáo phải kiểm soát nồng độ kali trong huyết thanh. **Rối loạn nhu động dạ dày - ruột:** Bệnh nhân bị xơ hóa dạng nang có thể dễ bị rối loạn nhu động dạ dày ruột. **Khó thở:** Trong trường hợp khó thở tiến triển nhanh, cấp tính, nên đến khám bác sĩ ngay lập tức. **Ảnh hưởng đến các xét nghiệm hoặc các phương pháp chẩn đoán:** Việc sử dụng COMBIVENT có thể đưa đến kết quả dương tính với salbutamol khi làm xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá lạm dụng hoạt chất salbutamol, ví dụ trong trường hợp dùng chất kích thích để nâng cao thành tích thể thao. **Tương tác:** Sử dụng kết hợp COMBIVENT với các thuốc kháng cholinergic khác trong thời gian dài. Dùng đồng thời các dẫn xuất của xanthine cũng như các thuốc beta-adrenergic khác và các thuốc kháng cholinergic có thể làm tăng các tác dụng phụ. Giảm kali máu do chất chủ vận beta có thể sẽ trầm trọng hơn khi điều trị đồng thời với các dẫn xuất xanthine, các glucocorticosteroid và thuốc lợi tiểu. Nên xét đến khả năng này đặc biệt ở những bệnh nhân bị tắc nghẽn đường hô hấp nặng. Giảm kali máu có thể làm cho những bệnh nhân dùng digoxin dễ bị loạn nhịp tim. Phải theo dõi nồng độ kali huyết tương trong những trường hợp này. Tác dụng giãn phế quản có thể giảm nghiêm trọng khi dùng đồng thời với các thuốc ức chế beta. Nên sử dụng thận trọng các chất chủ vận beta-adrenergic ở những bệnh nhân đang điều trị với các thuốc ức chế monoamine oxidase hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng, do tác dụng của các chất chủ vận beta-adrenergic có thể mạnh lên. Hít các chất gây mê hydrocarbon được halogen hóa như halothane, trichloroethylene và enflurane có thể gây tăng cảm đối với tác dụng trên hệ tim mạch của chất chủ vận beta. **Khả năng sinh sản, thai kỳ và cho con bú:** **Thai kỳ:** Chưa thiết lập được tính an toàn của COMBIVENT trong giai đoạn thai kỳ ở người. Nên chú ý tác dụng gây ức chế cơ thắt tử cung của COMBIVENT. Lợi ích của việc sử dụng COMBIVENT trên phụ nữ nghi ngờ hoặc đã xác định có thai phải được cân nhắc so với nguy cơ đối với thai nhi. Nên áp dụng các biện pháp thận trọng thông thường khi sử dụng thuốc trong thai kỳ, đặc biệt trong 3 tháng đầu. Đối với ipratropium bromid, các nghiên cứu tiền lâm sàng không cho thấy độc tính trên phôi thai hoặc tác dụng gây quái thai của thuốc sau khi sử dụng thuốc đường khí dung hoặc đường trong mũi với liều cao hơn đáng kể liều khuyến cáo ở người. Đối với salbutamol sulfat, các nghiên cứu tiền lâm sàng đã không chỉ ra ảnh hưởng có hại trực tiếp hay gián tiếp trừ khi xông hít quá liều hàng ngày tối đa được khuyến cáo sử dụng cho người. **Cho con bú:** Hiện vẫn chưa rõ ipratropium bromid và salbutamol sulfat có được bài tiết vào sữa mẹ hay không. Mặc dù các cation bậc bốn không tan trong lipid vào được sữa mẹ, rất khó có khả năng ipratropium bromid đến được trẻ được bú mẹ với lượng lớn khi dùng dạng hít. Tuy nhiên, cũng như nhiều loại thuốc được bài tiết vào sữa mẹ, nên thận trọng khi dùng COMBIVENT ở phụ nữ đang cho con bú. **Khả năng sinh sản:** Chưa có nghiên cứu nào về ảnh hưởng đến tính sinh sản trên người được tiến hành với COMBIVENT. Không có dữ liệu lâm sàng trên khả năng sinh sản cho dạng phối hợp giữa ipratropium bromid và salbutamol sulfat cũng như cho từng thành phần riêng biệt. Các nghiên cứu tiền lâm sàng được tiến hành với ipratropium bromid và salbutamol cho thấy không có ảnh hưởng bất lợi đến khả năng sinh sản. **Tác động lên khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa có nghiên cứu được tiến hành về ảnh hưởng của thuốc lên khả năng lái xe và vận hành máy móc. Bệnh nhân nên được thông báo về các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra trong quá trình sử dụng COMBIVENT như chóng mặt, rối loạn điều tiết, giãn đồng tử, nhìn mờ. Nên thận trọng khi lái xe hoặc vận hành máy móc. Nếu gặp phải các tác dụng không mong muốn như đề cập ở trên, bệnh nhân nên tránh những hoạt động có khả năng gây nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc. **Tác dụng phụ:** Nhiều tác dụng không mong muốn được liệt kê có thể do đặc tính kích thích thần kinh giao cảm beta2 và kháng cholinergic của COMBIVENT. Giống như tất cả các thuốc dùng đường khí dung, COMBIVENT có thể gây kích ứng tại chỗ. Tác dụng phụ gặp thường xuyên nhất trong các thử nghiệm lâm sàng là đau đầu, kích ứng cổ họng, ho, khô miệng, rối loạn nhu động dạ dày ruột (bao gồm táo bón, tiêu chảy và nôn), buồn nôn và chóng mặt. **Rối loạn hệ miễn dịch:** Phản ứng phản vệ, quá mẫn. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Hạ kali huyết. **Rối loạn tâm thần:** Rối loạn tinh thần, lo lắng. **Rối loạn hệ thần kinh:** Chóng mặt, đau đầu, run. **Rối loạn thị giác:** Rối loạn điều tiết, phù giác mạc, glô-côm, tăng áp lực nội nhãn, giãn đồng tử, nhìn mờ, đau mắt, sung huyết kết mạc, nhìn thấy hào quang. **Rối loạn tim mạch:** Đánh trống ngực, tim đập nhanh, loạn nhịp tim, rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất, thiếu máu cơ tim. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** Ho, khó phát âm, khó hợc, co thắt phế quản, co thắt phế quản có thể nghịch lý (gây ra bởi thuốc giãn phế quản), cơ thắt thanh quản, phù họng. **Rối loạn da dầy ruột:** Khô miệng, buồn nôn, kích ứng họng, tiêu chảy, nôn, táo bón, rối loạn vận động dạ dày ruột, phù miệng, viêm miệng. **Rối loạn da và mô dưới da:** Các phản ứng da như phát ban, ngứa, mày đay, phù mạch, tiết nhiều mồ hôi. **Rối loạn cơ xương và mô liên kết:** Co thắt cơ, yếu cơ, đau cơ. **Rối loạn thần và tiết niệu:** Ý tiểu. **Rối loạn toàn thân và tại vị trí sử dụng:** Suy huyết áp tâm thu. **Nghiêm cấm hấp thụ:** Giảm huyết áp tâm thu. **Hạn dùng:** 24 tháng kể từ ngày sản xuất. **Bảo quản:** Bảo quản dưới 30°C, tránh ánh sáng. **Quy cách đóng gói:** Lọ đơn liều chứa dung dịch dùng cho khí dung. Hộp 10 lọ chứa 2,5ml dung dịch dùng cho khí dung. **Sản xuất bởi:** Laboratoire UNITHER, Espace Industriel Nord, 151 rue André Duroche, CS 28028, 80084 Amiens Cedex 2, Pháp. ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TRƯỚC KHI DÙNG, ĐỂ XA TÂM TAY TRẺ EM, NẾU CẦN THÊM THÔNG TIN, XIN HỎI Ý KIẾN BÁC SĨ.

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y Tế 0318/2018/XN TT/QLD, ngày 02 tháng 05 năm 2018. Ngày 08 tháng 05 năm 2018 in tài liệu.

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

PC-VN-100058



Được chỉ định trong điều trị giảm cơn kịch phát COPD (*)

Được chỉ định điều trị bổ sung duy trì nhằm cải thiện các triệu chứng Hen ()**



Sở Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y tế 0907/15/QLD-TT, ngày 03 tháng 06 năm 2016, ngày 09 tháng 06 năm 2016 in tài liệu.

Chú thích: (*) Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

(**) Chi tiết về chỉ định xin xem phần thông tin sản phẩm ở trang số 02.



THÔNG TIN SẢN PHẨM SPIRIVA® RESPIMAT®

Dung dịch khí dung.

Thành phần: Mỗi nhát xịt cung cấp 2,5 mcg tiotropium (một liều tương đương 2 nhát xịt). 2,5 mcg tiotropium tương đương 3,124 mcg tiotropium bromide monohydrate. **Chỉ định điều trị: COPD:** SPIRIVA RESPIMAT được chỉ định để điều trị duy trì cho bệnh nhân COPD (bao gồm viêm phế quản mạn và khí phế thũng), điều trị duy trì khi khó thở, cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD và giảm đợt kịch phát. **Hen:** SPIRIVA RESPIMAT được chỉ định điều trị bổ sung duy trì nhằm cải thiện các triệu chứng hen ở bệnh nhân người lớn bị bệnh hen đang điều trị duy trì bằng phối hợp corticoid dạng hít và chủ vận beta-2 tác dụng kéo dài mà vẫn có ít nhất một cơn hen nặng trong vòng một năm trước đó. **Liều lượng và cách dùng:** Liều khuyến cáo của SPIRIVA RESPIMAT là hai nhát xịt từ dụng cụ khí dung RESPIMAT một lần mỗi ngày vào cùng thời gian (xem Hướng dẫn sử dụng). Trong điều trị hen, hiệu quả điều trị đầy đủ sẽ thấy sau vài liều SPIRIVA RESPIMAT. **Nhóm bệnh nhân đặc biệt:** Bệnh nhân cao tuổi có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. Bệnh nhân suy thận có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. Tuy nhiên, cũng như tất cả các thuốc được thải trừ chủ yếu qua thận, nên theo dõi thận trọng khi dùng SPIRIVA RESPIMAT ở những bệnh nhân suy thận trung bình đến nặng. Bệnh nhân suy gan có thể dùng SPIRIVA RESPIMAT với liều khuyến cáo. **Trẻ em (dưới 18 tuổi):** COPD (*) không thường gặp ở trẻ em vì thể tính an toàn và hiệu quả của SPIRIVA chưa được xác định rõ trên bệnh nhi. Sử dụng bình dụng cụ khí dung SPIRIVA RESPIMAT mỗi ngày. Chưa thiết lập được tính hiệu quả và an toàn của Spiriva Respimat trên bệnh nhi bị hen. **Chống chỉ định:** SPIRIVA RESPIMAT bị chống chỉ định cho những bệnh nhân đã biết quá mẫn với atropine hoặc các dẫn xuất của nó, như ipratropium hoặc oxitropium, hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc. **Cảnh báo và thận trọng đặc biệt:** SPIRIVA RESPIMAT, với vai trò là thuốc giãn phế quản điều trị duy trì với liều một lần mỗi ngày, không nên được sử dụng điều trị khởi đầu trong cơn co thắt phế quản cấp tính như liệu pháp cắt cơn. Spiriva Respimat không nên sử dụng như một thuốc điều trị ban đầu cho bệnh nhân hen. Các bệnh nhân hen phải được khuyên tiếp tục sử dụng trị liệu chống viêm, ví dụ corticosteroid dạng hít, giữ nguyên sau khi dùng Spiriva Respimat, ngay cả khi các triệu chứng được cải thiện. Có thể xuất hiện các phản ứng quá mẫn tức thì sau khi dùng dung dịch khí dung SPIRIVA RESPIMAT. Cũng như các thuốc kháng cholinergic khác, nên sử dụng Spiriva Respimat thận trọng ở những bệnh nhân tăng nhãn áp góc hẹp, phì đại tuyến tiền liệt hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang. Nên sử dụng Spiriva thận trọng và theo dõi chặt chẽ ở bệnh nhân suy thận trung bình và nặng (thanh thải Creatinin < 50ml/phút) do tăng nồng độ thuốc trong huyết tương. Cần hướng dẫn để bệnh nhân sử dụng SPIRIVA RESPIMAT một cách đúng đắn. Thận trọng tránh để dung dịch hoặc hơi sương vào mắt. Đau hoặc khó chịu ở mắt, nhìn mờ, nhìn quang sáng hoặc hình ảnh có nhiều màu sắc kèm theo đỏ mắt do sung huyết kết mạc và phù nề giác mạc có thể là dấu hiệu của tăng nhãn áp góc hẹp cấp tính. Nên khám chuyên khoa ngay nếu xuất hiện bất kỳ sự kết hợp nào của các triệu chứng nêu trên. Thuốc nhỏ mắt gây co đồng tử không phải là điều trị hiệu quả. Không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT nhiều hơn một lần mỗi ngày. Ông thuốc SPIRIVA chỉ sử dụng được với dụng cụ khí dung RESPIMAT. **Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác:** Mặc dù chưa tiến hành nghiên cứu tương tác thuốc chính thức, tiotropium bromide đã được dùng với các thuốc điều trị COPD (*) phổ biến khác, bao gồm các thuốc giãn phế quản cường giao cảm, methylxanthine, steroid uống và hít, kháng histamin, thuốc tiêu nhầy, thuốc điều biến leukotrien, cromon và kháng IgE mà không thấy bằng chứng tương tác thuốc trên lâm sàng. Các thuốc thường dùng kết hợp (LABA, ICS và kết hợp của chúng) được sử dụng cho bệnh nhân COPD (*) chưa được phát hiện gây thay đổi nồng độ tiotropium. Chưa nghiên cứu sử dụng kết hợp lâu dài tiotropium bromide với các thuốc kháng cholinergic. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT kết hợp với các thuốc kháng cholinergic khác trong thời gian dài. **Khả năng sinh sản, thai kỳ và cho con bú:** Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng SPIRIVA cho phụ nữ mang thai. Chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng tiotropium cho phụ nữ cho con bú. Do đó, không nên dùng SPIRIVA RESPIMAT cho phụ nữ mang thai hoặc cho con bú trừ khi lợi ích mong đợi vượt trội nguy cơ có thể xuất hiện ở thai nhi và nữ nhi. Chưa có dữ liệu lâm sàng trên khả năng sinh sản đối với tiotropium. Một nghiên cứu phi lâm sàng với tiotropium cho thấy không có bất kỳ tác dụng bất lợi đến khả năng sinh sản. **Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa tiến hành nghiên cứu về ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, triệu chứng chóng mặt hoặc nhìn mờ có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. **Tác dụng ngoại ý:** Nhiều tác dụng ngoại ý dưới đây có thể do tác dụng kháng cholinergic của SPIRIVA RESPIMAT. Các phản ứng ngoại ý được xác định từ dữ liệu nghiên cứu lâm sàng và báo cáo tự phát trong thời gian lưu hành thuốc sau khi được cấp phép. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** Mắt nước. **Rối loạn hệ thần kinh:** Chóng mặt, đau đầu, mất ngủ. **Rối loạn mắt:** Tăng nhãn áp, tăng áp lực nội nhãn, nhìn mờ. **Rối loạn tim mạch:** Rung nhĩ, đánh trống ngực, nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh. **Rối loạn hô hấp, ngạt và trung thất:** Ho, chảy máu cam, viêm họng, khó phát âm, co thắt phế quản, viêm thanh quản, viêm xoang. **Rối loạn đường tiêu hóa:** Khô miệng: thường nhẹ, buồn nôn, táo bón, nhiễm nấm candida hầu họng, khó nuốt, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm lợi, viêm lưỡi, viêm miệng, tắc ruột bao gồm cả liệt ruột. **Rối loạn da và mô dưới da, Rối loạn hệ miễn dịch:** Phản ứng phản vệ, phát ban, ngứa, phù mạch thần kinh, mày đay, nhiễm khuẩn da và loét da, khô da, quá mẫn (bao gồm các phản ứng tức thì). **Rối loạn cơ xương và mô liên kết:** Sưng khớp. **Rối loạn thận và tiết niệu:** Bí tiểu (thường gặp ở nam với các yếu tố thúc đẩy), khó tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu. **Bảo quản:** Dưới 30°C. Không đông đá. **Hạn dùng:** 36 tháng kể từ ngày sản xuất. **Hạn dùng trong thời gian sử dụng:** 90 ngày. **Tên NSX:** Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG. **Địa chỉ:** Binger strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Germany. **Phân phối bởi:** Vimedimex Bình Dương, 18 L1-2 VSIPII, đường số 3, khu Việt Nam - Singapore 2 phường Phú Hòa, thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

Tài liệu tham khảo: (1) Thông tin kê toa Spiriva Respimat.

THE 8TH EDITION LUNG CANCER STAGE CLASSIFICATION

Le Hoan, MD¹; Prof. Ngo Quy Chau, MD., PhD²

¹Hanoi Medical University Hospital

²Respiratory Center, Bach Mai Hospital

The Tumor, Node, Metastasis (TNM) staging system, adopted by the Union for International Cancer Control (UICC) and the American Joint Committee on Cancer (AJCC), has been recently revised, with the new 8th edition of the staging manual being published in January 2017. This edition has some important evidence-based changes to the TNM staging system used for lung cancer. In this article, we present the changes of the 8th edition of the UICC/AJCC TNM staging system of lung cancer.

HỆ THỐNG PHÂN GIAI ĐOẠN TNM UNG THƯ PHỔI: ỨNG DỤNG BẢN THỨ 8

ThS.BS. Lê Hoàn¹; GS.TS. Ngô Quý Châu²

¹Bộ môn Nội tổng hợp, Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Hệ thống quốc tế phân loại giai đoạn ung thư phổi (UTP) đã được Hiệp hội kiểm soát ung thư quốc tế và Liên Ủy ban ung thư Hoa Kỳ thông qua và sửa đổi gần đây với ấn bản lần thứ 8 vào đầu năm 2017. Ấn bản lần thứ 8 có một số thay đổi quan trọng dựa trên những bằng chứng có ý nghĩa để phân loại giai đoạn TNM cho ung thư phổi. Trong bài viết này, chúng tôi trình bày những điểm chính trong hệ thống phân loại TNM cho ung thư phổi lần thứ 8.

ACUTE PULMONARY EMBOLISM: 12 YEARS LOOKING BACK TO APPLICATION AND RESEARCH

A/Prof. Hoang Bui Hai, MD., PhD

Hanoi Medical University

Acute pulmonary embolism (APE) is a common in Emergency setting, the diagnosis is only made when the physician thinks of it. With the new diagnostic technology, we have the opportunity to reach out sooner. In Vietnam, we used to think less of this disease. Since 2006, when some hospitals like Bach Mai, Cho Ray ... were equipped with multislice CTPA. We have begun to study and apply the results of major studies in the world, including guidelines from the European Society of Cardiology 2008, 2014; ACCP 2012, ACCP 2016 on diagnosis and management of APE. Many patients lives have been specifically saved with these protocols, including fibrinolytic, for the first time we have applied rt-PA of 0.6mg / kg by 15 minutes, the result have showed the improvement of hemodynamics parameters, and no important hemorrhage patients. In addition, some patients were also used the catheter to remove of pulmonary thrombosis. Very few patients who have been thoracotomy. Follow-up treatment is also simpler with new oral anticoagulants.

Although the initial progress has been made in the diagnosis and treatment of APE, we still need to have larger studies to optimize the treatment regimens in the Vietnamese population.

TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP: NHÌN LẠI SAU 12 NĂM NGHIÊN CỨU VÀ ỨNG DỤNG

PGS.TS. Hoàng Bùi Hải

Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tắc động mạch phổi cấp (TĐMP) là một tình trạng cấp cứu thường gặp, chẩn đoán chỉ thực sự làm được khi thầy thuốc nghĩ đến nó. Nhờ có công nghệ chẩn đoán mới ra đời, nên chúng ta có cơ hội tiếp cận sớm hơn. Ở Việt Nam trước đây chúng ta thường ít nghĩ đến bệnh lý này, từ năm 2006, khi một số bệnh viện đầu ngành như Bạch Mai, Chợ Rẫy... được trang bị máy vi tính đa dãy đầu dò. Chúng ta đã bắt đầu nghiên cứu và ứng dụng các thành quả của các nghiên cứu lớn trên thế giới trong đó có hướng dẫn của Hội tim mạch châu Âu năm 2008, 2014; ACCP 2012, ACCP 2016 về chẩn đoán và xử trí TĐMP. Nhiều bệnh nhân đã được cứu sống đặc biệt bằng các phác đồ này, trong đó có nhờ đến thuốc tiêu sợi huyết, lần đầu tiên chúng tôi đã áp dụng phác đồ rtPA 0,6mg/kg truyền 15 phút, kết quả cho đến nay đã thấy các bệnh nhân cải thiện tốt huyết động, thoát sốc không bệnh nhân nào chảy máu. Ngoài ra một số bệnh nhân cũng đã được chỉ định can thiệp hút huyết khối động mạch phổi. Rất ít các bệnh nhân phải mổ. Việc điều trị tiếp theo cũng đã đơn giản hơn nhờ dùng thuốc chống đông đường uống mới.

Dù bước đầu đã có những tiến bộ nhất định trong chẩn đoán và điều trị TĐMP cấp, nhưng chúng ta vẫn phải có những nghiên cứu lớn hơn nhằm tối ưu hoá phác đồ xử trí TĐMP ở người Việt Nam.

BRONCHIECTASIS COEXISTING WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Le Thi Thu Huong, MD., PhD

Respiratory department, Nhan Dan Gia Dinh hospital, Ho Chi Minh city

Bronchiectasis and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are two common chronic respiratory diseases, sharing some features but also presenting many differences. These two diseases can coexist in the same patient and their relationship are complex. Patients with coexisting bronchiectasis and COPD have been reported to be associated with more isolation of potentially pathogenic microorganisms, more frequent exacerbations and higher mortality, which reminds us to pay specific attention to its pathogenesis, clinical features and treatment. Traditionally, the management of bronchiectasis and COPD has been outlined in separate guidelines for each individual condition. The coexistence of these two diseases was not covered by clinical practice guidelines. Therefore, we have reviewed available documentation on current clinical definition, relationships, diagnosis and treatment in respect of the overlap between bronchiectasis and COPD.

GIÃN PHẾ QUẢN ĐỒNG MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

TS.BS. Lê Thị Thu Hương

Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TP Hồ Chí Minh

Giãn phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là hai bệnh hô hấp mạn tính phổ biến, chia sẻ các đặc điểm chung nhưng cũng có nhiều điểm khác biệt. Hai bệnh này có thể tồn tại trên cùng một bệnh nhân và mối quan hệ giữa chúng rất phức tạp. Những bệnh nhân bị giãn phế quản đồng mắc COPD được báo cáo có liên quan đến việc phân lập vi sinh vật có khả năng gây bệnh nhiều hơn, bị đợt cấp thường xuyên hơn và tử vong cao hơn, khiến chúng ta cần chú ý đặc biệt đến sinh bệnh học, đặc điểm lâm sàng và điều trị. Thông thường, điều trị giãn phế quản và COPD trong các hướng dẫn được xây dựng cho từng bệnh riêng biệt. Việc cùng tồn tại của hai bệnh này không được đề cập trong hướng dẫn thực hành lâm sàng. Do đó chúng tôi xem xét các tài liệu có sẵn về định nghĩa lâm sàng, mối liên quan, chẩn đoán và quản lý chồng lấp giữa giãn phế quản và COPD.

ART OF ANTIBIOTIC USE IN COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN

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

Pediatric Department, Bach Mai hospital

Community acquired pneumonia in children is one of the most common lower respiratory infections in children. Diagnosis of pneumonia in children under 5 years is mainly based on clinical trials. Clinical key signs are rapid breathing and chest retraction remaining the primary indication for diagnosis. The vast majority of pneumonia cases are not serious and do not need hospitalization is not required chest x-ray. Some difficult and severe cases need hospitalization, chest X-ray film will be taken. There are many causes of pneumonia such as bacteria, viruses, fungi. The commonest causes of pneumonia depend on age. Pneumonia in neonates and infants under 2 months of age are streptococcus beta and Gram-negative bacterias. Pneumonia in children from 2 months to 5 years old are H. influenzae as S.pneumoniae. Children over 5 years old are intracellular bacteria is Mycoplasma combind with H. influenzae as S.pneumoniae. These bacteria are sensitive to some common antibiotics such as amoxycillin and macrolides ... Some severe cases require treatment with new antibiotics generation such as cephalosporin, carbapenem for Gram negative or vancomycin or linezolid for staphylococcal pneumonia. So the rational use of antibiotics for each specific case is an art.

NGHỆ THUẬT SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM

PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng

Nguyên trưởng khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai

Viêm phổi cộng đồng ở trẻ em là một trong các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới hay gặp nhất ở trẻ em. Chẩn đoán viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi chủ yếu dựa vào lâm sàng. Hai dấu hiệu thở nhanh và co rút lồng ngực vẫn là dấu hiệu chính để chẩn đoán. Đa số các trường hợp viêm phổi

không nặng và không cần nhập viện thì không cần chụp Xquang ngực. Một số trường hợp khó và nặng cần nhập viện mới cần chụp phim Xquang ngực. Có nhiều nguyên nhân gây viêm phổi như vi khuẩn, virus, nấm. Các nguyên nhân gây viêm phổi thường gặp nhất phụ thuộc vào tuổi. Viêm phổi ở trẻ sơ sinh và trẻ dưới 2 tháng tuổi, vi khuẩn gây viêm phổi thường gặp là liên cầu beta và các vi khuẩn Gram âm. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi, nguyên nhân viêm phổi thường gặp là phế cầu và H. influenza. Trẻ trên 5 tuổi ngoài phế cầu và H. influenza còn có thêm các vi khuẩn nội bào là Mycoplasma. Các vi khuẩn này vẫn nhạy cảm với một số kháng sinh thông thường như Amoxycillin và macrolides... Một số trường hợp nặng mới cần đến các kháng sinh thế hệ mới như cephalosporin, carbapenem để điều trị các trường hợp viêm phổi nặng do vi khuẩn Gram âm hoặc vancomycin hoặc Linezolid để điều trị các trường hợp viêm phổi do tụ cầu. Vì vậy việc sử dụng kháng sinh hợp lý cho từng trường hợp cụ thể là một nghệ thuật.

IMMUNOTHERAPY - NEW HOPE FOR NON SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS

Pham Van Thai, MD., PhD

-Vice Director of The Nuclear Medicine & Oncology Center Bach Mai Hospital

-Chief of Nuclear Medicine Department Hanoi Medical University

Immunotherapy nowadays is a new trend in cancer treatment and the evidences from clinical data show more positive efficacy in many kind of cancer.

The findings about immune checkpoint inhibitor CTLA-4 or PD1/PD-L1 and the development of immune checkpoint inhibitor drugs are expand a new potential method in cancer treatment with change the response target from tumour to immune modulate cells in immune system of the body. Immune checkpoint inhibitors was first showed positive data from melanoma but most positive clinical data was performed in Non -Small Cell Lung Cancer and until now more and more Non -Small Cell Lung Cancer are getting benefit from this treatment.

This presentation is summaries the previous treatment methods in Non -Small Cell Lung Cancer , mechanism of immune checkpoint inhibitor and update positive clinical data of immune checkpoint inhibitor in Non -Small Cell Lung Cancer.

LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH- HY VỌNG MỚI CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

TS.BS. Phạm Văn Thái

- Phó Giám Đốc Trung Tâm Ung Bướu Và Y Học Hạt Nhân, Bệnh Viện Bạch Mai

- Trưởng Bộ Môn Y Học Hạt Nhân, Trường Đại Học Y Hà Nội, Việt Nam

Liệu pháp miễn dịch trong điều trị ung thư là xu hướng mới trong những năm gần đây và các dữ liệu nghiên cứu cho thấy ngày càng có nhiều loại khối u đáp ứng tốt với liệu pháp này.

Các phát hiện về điểm kiểm soát miễn dịch như CTLA-4 hoặc PD1/PDL1 cũng như các thuốc ức chế các điểm kiểm soát miễn dịch được phát triển cho thấy một tiềm năng lớn, một hướng đi mới trong điều trị ung thư với việc chuyển đích đáp ứng từ khối u sang các tế bào có thẩm quyền miễn

GIẢI PHÁP HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ COPD VÀ BỆNH ĐƯỜNG HÔ HẤP



MÁY GIÚP THỞ - MÁY TRỢ THỞ

Model: DV55D-HH

Bilevel S System

IntelliPAP Bilevel S là sự lựa chọn hoàn hảo cho bệnh nhân COPD mà yêu cầu cần áp suất cao hơn giúp duy trì sự thở tự nhiên tốt hơn với dải áp suất từ 3- 25 cm H2O và khả năng tùy chỉnh biến thiên IPAP và EPAP tới 22cmH2O,

Thiết bị có khả năng điều chỉnh tới mức tối đa và có thể hoạt động trong chế độ CPAP và chế độ Bilevel S(chế độ 2 cấp)



MÁY GIÚP THỞ - MÁY TRỢ THỞ

Model: ST -30F

Giải pháp thông minh trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân COPD và sự là sự lựa chọn hàng đầu từ các Bác sĩ.

ST- 30 F cung cấp thông khí không xâm nhập cho bệnh nhân bị suy hô hấp và tắc nghẽn phổi, và chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn đường thở.

Màn hình rộng 3,5 inch, giao diện thân thiện dễ quan sát và theo dõi các thông số.

Nổi bật với tính năng : VAT là (Công nghệ Đảm bảo Thể tích) một cách tự động ước tính áp suất cần, mục tiêu thể tích khí lưu thông theo thay đổi của bệnh nhân và cung cấp gia tăng cho phù hợp.

Chức năng thông minh

Tự động điều chỉnh thông khí theo nhịp hỗ trợ bệnh nhân.

Tự động bù rò rỉ khí và bù trừ hiệu quả cao.



DỊCH VỤ SAU BÁN HÀNG

- Tất cả sản phẩm do công ty Tuệ Minh nhập khẩu và phân phối được bảo hành 3 năm.
- Các kỹ sư được đào tạo chính hãng từ nhà cung cấp và có chuyên môn y tế.
- Dịch vụ sau bán hàng hoàn hảo ,phục vụ tư vấn và hỗ trợ khách hàng 24/7
- Chúng tôi cam kết hỗ trợ tiến hành lắp đặt bàn giao và bảo hành tại nhà cho bệnh nhân.
- Sản phẩm có mặt trên các Bệnh viện lớn tại Việt Nam

dịch trong hệ miễn dịch của cơ thể.

Liệu pháp miễn khởi đầu được nghiên cứu trên ung thư biểu mô hắc tố melanoma nhưng kết quả thử nghiệm trên ung thư phổi không tế bào nhỏ cho thấy một tiềm năng lớn trong điều trị nhóm bệnh nhân này và ngày càng có nhiều bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được hưởng lợi ích từ liệu pháp miễn dịch.

Bài báo cáo giới thiệu tóm tắt về các phương pháp điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ, cơ chế tác động của liệu pháp miễn dịch và một số kết quả tích cực từ nghiên cứu trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng liệu pháp ức chế điểm kiểm soát miễn dịch.

UBERCULOSIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Vu Van Thanh, MD

National Lung hospital

Rationale: It is estimated that there are 10.4 million people in worldwide with tuberculosis in 2016, equivalent to 140 cases per 100 000 people. In recently, Vietnam against TB program has been operating effectively. Currently, Vietnam is 16th among 30 countries with high burden TB incidence, prevalence rate of 180 / 100,000 people, incidence of tuberculosis is 133 / 100,000 people, mortality 14 /100,000 people/year.

However, sequelae of post TB will have a long-lasting impact on the health of the patient, which is directly responsible for the pulmonary tuberculosis as part of the TB burden, particularly on patients with extensive pulmonary injury, unsuitable TB treatment.

1. Tuberculosis associated obstruction of the airway

The rate of airway obstruction in patients after TB from 28 to 68%, depending on the study. It occurs 6 to 18 months after being diagnosed and treated. The incidence of obstructive was higher (12.8%) with patient have respiratory clinical symptoms compared to asymptomatic (7.4%) severe of obstruction airway depends on TB sequel on x chest ray.

2. COPD and risk of pulmonary tuberculosis

Several studies have shown that patients with COPD are 3-fold more likely to develop tuberculosis, and the risk of death in the first year Tuberculosis also increased 2-fold. Causes related to high doses. The increased risk of pulmonary TB in patients with COPD that increases the fear that pulmonary TB will worsen with burden of COPD

Treatment: The patient with Post-pulmonary TB treatment is not different from patients without post-pulmonary TB. ICS/LABA treatment in patients with post TB pulmonary TB and ECDF patients are similarly symptomatic as well as FEV1. Although the use of systemic corticosteroids has been known to increase the risk of tuberculosis, high-dose inhaled corticosteroids also increase the risk of tuberculosis, especially in countries with highly pathogenic TB. However, the results differ among studies, the authors also recommend that this issue needs further research.



CÔNG TY TNHH THƯƠNG MẠI VÀ XUẤT NHẬP KHẨU TUỆ MINH
Địa chỉ: Nhà A30, Công ty thủy lợi 1, P. Hoàng Liệt, Hoàng Mai, TP Hà Nội.
Điện thoại: 024 602 79 676 Hotline: 091 345 1011
Website: tueminhvietnam.com Email: tueminhmedical.vn@gmail.com

LAO PHỔI VÀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

ThS.BS. Vũ Văn Thành

Bệnh viện Phổi Trung Ương

Đặt vấn đề: Năm 2016, ước tính trên thế giới có 10,4 triệu người mắc lao, tương ứng 140 trường hợp /100.000 dân. Việt Nam là một trong những nước có gánh nặng bệnh cao trên thế giới, trong những năm qua, chương trình chống lao quốc gia đã hoạt động rất hiệu quả và được thế giới ghi nhận. Gánh nặng bệnh lao hiện tại, Việt Nam đứng thứ 16 trong 30 nước có gánh nặng bệnh lao cao toàn cầu, tỷ lệ lao hiện mắc 180/100.000 dân, tỷ lệ mắc lao mới hàng năm 133/100.000 dân, tử vong do lao hàng năm 14/100.000 dân.

Tuy nhiên, những di chứng do tổn thương lao để lại sẽ tác động lâu dài trên sức khỏe người bệnh, trực tiếp là phổi cũng được xem là một phần của gánh nặng bệnh lao mà chúng ta chưa hình dung được, đặc biệt trên những bệnh nhân có tổn thương phổi rộng, điều trị thuốc lao không phù hợp, có tiền sử hút thuốc lá.

1. Tắc nghẽn đường thở kết hợp với lao phổi:

Tỷ lệ tắc nghẽn đường thở ở bệnh nhân sau lao phổi khác nhau từ 28 đến 68% tùy theo từng nghiên cứu. Thời điểm xuất hiện sau 6 - 18 tháng sau khi được chẩn đoán và điều trị. Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện tắc nghẽn đường thở cao hơn (12,8%) khi có triệu chứng lâm sàng hô hấp so với không có triệu chứng (7,4%), mức độ tắc nghẽn đường thở phụ thuộc vào mức độ tổn thương trên Xquang ngực. Ngoài các tác động mang tính cơ học thì rõ ràng là sau lao phổi, các biểu hiện suy giảm chức năng sẽ trở nên nặng nề hơn nếu bệnh nhân bị BPTNMT.

2. BPTNMT và nguy cơ lao phổi

Kết quả từ một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân BPTNMT có nguy cơ mắc lao phổi tăng gấp 3 lần so với nhóm chứng (HR 3, CI 95%; 2,4-4), đồng thời nguy cơ tử vong trong năm đầu mắc lao phổi cũng tăng gấp 2 lần (OR 2,2; 95% CI; 1,2-4,1). Nguyên nhân liên quan đến sử dụng liều cao. Nguy cơ mắc lao trên những người bị BPTNMT này làm tăng sự lo ngại về tình hình dịch tễ lao sẽ xấu đi với nguy cơ gia tăng gánh nặng BPTNMT toàn cầu.

Điều trị: Điều trị BPTNMT sau lao phổi không khác với người bệnh BPTNMT đơn thuần. Một vài nghiên cứu nhỏ, trong thời gian ngắn, cho thấy hiệu quả điều trị với ICS/LABA cho người bệnh BPTNMT có di chứng sau lao phổi và người bệnh BPTNMT đơn thuần là tương đương về cải thiện triệu chứng cũng như FEV1. Mặc dù việc sử dụng corticoids đường toàn thân đã được biết là nguy cơ mắc lao, nhưng sử dụng corticosteroids dạng hít liều cao kéo dài cũng làm tăng nguy cơ mắc lao, đặc biệt ở những nước có dịch tễ bệnh lao cao. Tuy nhiên, kết quả khác nhau giữa các nghiên cứu, các tác giả cũng khuyến cáo vấn đề này cần những nghiên cứu tiếp theo.

INHALED CORTICOSTEROIDS IN THE TREATMENT OF ASTHMA EXACERBATIONS IN CHILDHOOD

A/Prof. Bui Binh Bao Son, MD., PhD

Department of Pediatrics, Hue University of Medicine and Pharmacy

Systemic corticosteroids (CS) should be considered as first-line treatment for acute asthma exacerbations, especially severe exacerbations. However, they may sometimes require a few hours or more to achieve their maximum effect involving the modification of gene expression (genomic effect). On the other hand, CS also have effects initiated by specific interactions with membrane-bound or cytoplasmic receptors for CS, or nonspecific interactions with the cell membrane, with a much more rapid response (seconds or minutes; nongenomic effect). Despite the positive pieces of evidence provided by publications in the last years, inhaled corticosteroids (ICS) have not been considered effective in treating asthma exacerbations. This presentation analyzes the clinical evidence regarding the use of ICS in acute asthma patients, according to the characteristics of the nongenomic effect, and the advantages of using ICS in the management of acute asthma exacerbations in children; and presents a proposal for the use of ICS as a rescue medication in the emergency-department setting.

VAI TRÒ CỦA CORTICOSTEROID DẠNG HÍT TRONG XỬ TRÍ CƠN HEN CẤP Ở TRẺ EM

PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn

Bộ Môn Nhi - Trường Đại Học Y Dược Huế

Cho đến nay, các thuốc corticosteroid đường toàn thân (CS) được xem là biện pháp điều trị ưu tiên trong xử trí cơn hen cấp, đặc biệt là cơn hen cấp nặng. Tuy nhiên, các CS này đôi khi chỉ đạt được tác dụng tối đa sau vài giờ hoặc lâu hơn là do cơ chế tác dụng thay đổi trình diện gen (tác dụng qua gen). Mặt khác, CS còn có tác dụng nhanh hơn nhiều (tác dụng không qua gen, trong vài giây hoặc vài phút) qua tương tác đặc hiệu với các thụ thể corticosteroid trên màng tế bào hay trong bào tương, hoặc tương tác không đặc hiệu với màng tế bào. Mặc dù đã có một số chứng cứ tích cực được công bố trong những năm qua, nhưng corticosteroid dạng hít (ICS) chưa được xem là có hiệu quả trong điều trị cơn hen cấp. Bài trình bày này phân tích các chứng cứ lâm sàng liên quan đến việc sử dụng ICS trong cơn hen cấp dựa trên tác dụng không qua gen, ưu điểm của ICS trong xử trí cơn hen cấp ở trẻ em; và đề xuất sử dụng ICS như là thuốc cắt cơn trong xử trí cơn hen cấp tại các đơn vị cấp cứu.

A/Prof. Pham Manh Hung, MD. PhD

Vietnam National Heart Institute

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and coronary artery disease (CAD) are global epidemics that incur significant morbidity and mortality. These diseases are frequently found in combination, and they can also be found independent of the common causal factors, primarily smoking. Both conditions are systemic disorders with overlapping mechanisms and pathophysiologic processes. CAD has a strong effect on the severity and prognosis of COPD and vice versa, including acute exacerbations. Even the most recent practical clinical recommendations driven by Clinical Practice Guidelines still focus on one disease at a time, and do not provide advice for the management of patients with associated chronic conditions. COPD should be approached in a more comprehensive manner, including the treatment of cardiac comorbidities, particularly CAD. To focus treatment on these comorbidities might modify the natural course of the disease in patients with COPD who may not find relief from treatment of COPD alone.

ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ MẠCH VÀNH VÀ SUY TIM Ở BỆNH NHÂN COPD

PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng

Viện trưởng Viện Tim mạch Việt Nam

Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính (COPD) và bệnh Động Mạch Vành (ĐMV) là hai bệnh lý không lây nhiễm phổ biến và là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cũng như ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống. Hai bệnh này lại thường gặp đi kèm nhau, và cùng chung nhau khá nhiều các yếu tố nguy cơ gây bệnh, đặc biệt là hút thuốc lá. Cả hai tình trạng bệnh lý đều có ảnh hưởng rối loạn toàn bộ hệ thống cơ thể với nhiều cơ chế bệnh lý trùng lặp nhau. Bệnh ĐMV có ảnh hưởng rất tình trạng tiến triển nặng và tiên lượng bệnh COPD và ngược lại, bao gồm cả những đợt cấp thúc đẩy nặng bệnh. Hiện nay các hướng dẫn được cập nhật liên tục trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý trên, nhưng các khuyến cáo này lại chủ yếu tập trung vào từng bệnh riêng rẽ, rất ít đề cập đến tình trạng phối hợp hai bệnh nói trên. Do vậy, chúng ta cần tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh nhân COPD một cách toàn diện hơn trong đó đặc biệt lưu ý các bệnh tim mạch đi kèm trong đó nổi bật là bệnh lý ĐMV. Việc điều trị tổng thể các bệnh đi kèm, trong đó có bệnh ĐMV giúp cải thiện được diễn tiến tự nhiên của bệnh nhân COPD, điều mà chúng ta không thể có được nếu chỉ tiếp cận điều trị đơn thuần COPD.

Tran Anh Tuan, MD., PhD

Children's hospital 1, Ho Chi Minh City

Asthma often starts before six years of age. Especially, many infants have asthmatic symptoms with wheezing, triggered predominantly by viral respiratory infections. There is also controversy as to when the diagnostic label of 'asthma' should be applied to infant (children under 2 y.o.). The delayed diagnosis and treatment contribute to both short- and long-term morbidity. Members of Ho Chi Minh city Respiratory Society develop a joint working group with the mandate to develop a consensus on the diagnosis and management of infantile asthma.

In the absence of lung function tests and other gold-standard lab tests, the clinical diagnosis of asthma should be done in children in children under 2 y.o.

Practical diagnostic criteria for asthma in infant (children under 2 y.o.):

1. Documentation of airflow obstruction: documented wheezing and other signs of airflow obstruction by physician (≥ 3 episodes of wheezing in children under 12 months of age, ≥ 2 episodes of wheezing in children from 12 to 24 months of age).
2. Documentation of reversibility of airflow obstruction: documented improvement in signs of airflow obstruction to SABA (in children with difficult breathing), or to a three-month therapeutic trial of a medium dose of inhaled corticosteroids with as-needed SABA (in children with API positive and without difficult breathing).

3. No clinical evidence of an alternative diagnosis

The authors provide key messages regarding in whom to consider the diagnosis, the management strategy. Finally, dissemination plans and priority areas for research are identified.

CHẨN ĐOÁN HEN NHŨ NHI: THÁCH THỨC VÀ ĐỒNG THUẬN

TS.BS. Trần Anh Tuấn

BV Nhi đồng 1, TPHCM

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

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

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

1. Có bằng chứng tắc nghẽn đường thở: khò khè do bác sĩ xác nhận: khò khè ≥ 3 lần (trẻ < 12 tháng tuổi), ≥ 2 lần (trẻ 12-24 tháng tuổi).
2. Có đáp ứng với điều trị hen: có bằng chứng cải thiện tắc nghẽn đường thở với SABA (ở trẻ có khó

thở), hay với điều trị thủ hen trong 3 tháng với ICS ± SABA (ở trẻ không có khó thở, API dương tính).

3. Không có bằng chứng gợi ý chẩn đoán khác

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

VIET NAM GUIDELINE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UPDATE 2018: DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF COPD

Prof. Ngo Quy Chau, MD., PhD

President of VNRS

COPD is a common disease, a leading cause of morbidity and mortality in the world as well as in Viet Nam. The Vietnamese Ministry of Health has published the Guidelines for diagnosis and treatment of COPD version 2018 in order to improve the efficiency of diagnosis and treatment of COPD in medical settings of variable levels. In Chapter I, Guidelines for diagnosis and assessment of COPD, there are details of how to make a diagnosis of COPD which can be applied to medical unit with or without spirometry. To assess COPD, it need to do step by step to assess the severity of airway limitation, the impact of disease on the patient's health status and the risk of future exacerbations, then to classify patients to group ABCD according to GOLD 2018. Besides, it also needs to diagnose the phenotype of COPD as bronchitis predominates, emphysema predominates, frequent exacerbations (with 2 or more exacerbations), bronchiectasis or asthma - COPD overlap (ACO).

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH VIỆT NAM 2018: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

GS.TS. Ngô Quý Châu

Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

BPTNMT ngày càng phổ biến, là nguyên nhân bệnh tật và tử vong hàng đầu trên thế giới và Việt Nam. Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị BPTNMT bản cập nhật năm 2018, nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị tại các cơ sở y tế các tuyến. Trong chương I, Hướng dẫn chẩn đoán và đánh giá BPTNMT có đầy đủ chi tiết các bước cần làm để chẩn đoán BPTNMT được áp dụng cho các cơ sở y tế có hoặc không có máy đo chức năng hô hấp. Để đánh giá BPTNMT cần thực hiện các bước đánh giá toàn diện gồm đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở, ảnh hưởng của bệnh lên sức khỏe người bệnh, nguy cơ đợt cấp, từ đó phân nhóm bệnh nhân ABCD theo GOLD 2018. Ngoài ra, cũng cần chẩn đoán về kiểu hình BPTNMT như: viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng, nhiều đợt cấp thường xuyên, giãn phế quản, chồng lấp BPTNMT - hen (ACO).

VIET NAM GUIDELINE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UPDATE 2018: MANAGEMENT IN STABLE STAGE

A/Prof. Le Thi Tuyet Lan, MD., PhD

Department of Respiratory Functional Exploration, University Medical Center, Ho Chi Minh City
Guideline on Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Vietnam Ministry of Health 2018 was updated according to Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) report 2018. Diagnostic approaches to COPD are added for health facilities at which spirometers are not available. These include careful history taking and clinical examination, and questionnaire by GOLD. Patients at risk or having suspected symptoms should be referred to eligible health facilities for further diagnostic tests, which include spirometry. Diagnosis of COPD phenotypes (mainly chronic bronchitis, mainly emphysema, frequent exacerbations, bronchiectasis) and especially Asthma-COPD Overlap is state-of-the-art. COPD management in stable stage is not only about pharmacotherapies but also other supporting therapies, such as smoking cessation, pulmonary rehabilitation, etc. There are no differences in drug types between health care levels if these health facilities are eligible to manage COPD. Appendices cover specific guidance on multiple subjects, such as the function, obligation and criteria for COPD Care Unit, the technique of inhaler devices, action plan form, 8-week pulmonary rehabilitation program, six-minute walk test.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH VIỆT NAM 2018: ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan

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

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) của Bộ Y tế 2018 được cập nhật theo Chiến lược toàn cầu vì BPTNMT (GOLD) 2018. Hướng dẫn chỉ ra cách tiếp cận chẩn đoán BPTNMT tại tuyến chưa được trang bị máy hô hấp ký, dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng kỹ càng và bảng câu hỏi theo GOLD. Những đối tượng có nguy cơ hoặc có triệu chứng nghi ngờ cần được chuyển lên cơ sở y tế đủ điều kiện tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán, trong đó có hô hấp ký.

Chẩn đoán các kiểu hình BPTNMT (viêm phế quản mạn tính chiếm ưu thế, khí phế thũng chiếm ưu thế, đợt cấp thường xuyên, giãn phế quản) và đặc biệt là Chồng lấp BPTNMT-Hen là những phần mới. Điều trị BPTNMT giai đoạn ổn định không chỉ tập trung vào trị liệu bằng thuốc mà còn đề cập chi tiết tới các phương pháp cai thuốc lá, thuốc lào, phục hồi chức năng hô hấp... Không còn sự phân biệt về loại thuốc giữa các tuyến nếu cơ sở đủ điều kiện quản lý BPTNMT. Các phụ lục đã hướng dẫn cụ thể về nhiều vấn đề quan trọng, như chức năng, nhiệm vụ và các tiêu chuẩn của Đơn vị quản lý BPTNMT; hướng dẫn sử dụng dụng cụ phân phối thuốc, mẫu kế hoạch hành động, chương trình phục hồi chức năng hô hấp 8 tuần, nghiệm pháp đi bộ 6 phút.

VIET NAM GUIDELINE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UPDATE 2018: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD EXACERBATION

A/Prof. Nguyen Thanh Hoi, MD., PhD
Director of Hai Phong International hospital

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations are defined as an acute worsening of respiratory symptoms (Cough increases in frequency and severity, sputum production increases in volume and/or changes character, dyspnea increases) that result in additional therapy.

According to statistics, the average annual number of patients with COPD exacerbation is 1.5 - 2.5 times per year. In Viet Nam: According to Ngo Quy Chau et al., The proportion of patients who had COPD exacerbation hospitalized in Respiratory Center, Bach Mai hospital was 25.1%.

Respiratory infections are estimated to trigger approximately 70 - 80 percent of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. Viral and bacterial infections cause most exacerbations, whereas atypical bacteria are a relatively uncommon cause. The remaining causes are environmental pollution, pulmonary embolism, or have an unknown etiology

COPD exacerbation is classified as: (1) Severe: increased dyspnea, increased sputum volume, increased sputum purulent; (2) Moderate: 2 of 3 cardinal symptoms; and mild: only 1 of 3 cardinal symptoms.

Hospitalized patients should be evaluated as no respiratory failure; acute respiratory failure - non-life threatening; and acute respiratory failure - life threatening.

The management of mild COPD exacerbation generally includes intensification of bronchodilator therapy, inhaled corticosteroid; with moderate COPD exacerbation: bronchodilators, systemic corticosteroid, and antibiotic (Anthonisen III or Anthonisen II with purulent sputum); severe COPD exacerbation: treatment as moderate diseases and oxygen therapy, mechanical ventilation support for patients who have respiratory failure does not respond to the above treatment.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CỦA BỘ Y TẾ 2018: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

PGS.TS. Nguyễn Thanh Hôi
Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là tình trạng thay đổi cấp tính các biểu hiện lâm sàng: khó thở tăng, ho tăng, khạc đờm tăng và hoặc thay đổi màu sắc của đờm. Những biến đổi này đòi hỏi phải có thay đổi trong điều trị.

Theo thống kê trung bình mỗi năm một bệnh nhân COPD có từ 1,5 - 2,5 đợt cấp/năm.

Tại Việt Nam: theo Ngô Quý Châu và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai vì COPD chiếm 25,1%.

Nhiễm trùng hô hấp gây ra khoảng 70-80% các trường hợp đợt cấp COPD. Vi rút và vi khuẩn là các căn nguyên thường gặp nhất. Các tác nhân vi sinh không điển hình ít gặp. Các nguyên nhân còn lại

Truyền tinh mạch (Imipenem/cilastatin sodium) TIENAM KHÁNG SINH PHỔ RỘNG

ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:

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

MSD

Số phiếu tiếp nhận hồ sơ đăng ký tác liều thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế: 0268/17/QLD-TT, ngày 22/08/2017
 Bản quyền © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., công ty con của Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All Rights Reserved.

TÀI LIỆU THÔNG TIN CHO CÁN BỘ Y TẾ

THÔNG TIN SẢN PHẨM
 TIENAM® (Imipenem và cilastatin sodium)
THÀNH PHẦN
 500mg Imipenem và 500mg cilastatin.

CHỈ ĐỊNH
 Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy với thuốc trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn trong ổ bụng, Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, Nhiễm khuẩn phụ khoa, Nhiễm khuẩn máu, Nhiễm khuẩn đường niệu dục, Nhiễm khuẩn khớp và xương, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
 Tổng liều hàng ngày và đường dùng của TIENAM được dựa trên tình chất hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn, và được chia thành các liều bằng nhau đưa trên các đợt điều trị. Dùng 1-2 lần mỗi ngày, chia làm 3-4 lần. Để điều trị nhiễm khuẩn vừa, có thể dùng liều 1g x 2 lần mỗi ngày. Với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm, có thể dùng liều TIENAM 1,73mg tiêm tĩnh mạch mỗi ngày có thể được tăng lên tới 4g ngày hoặc 50mg/kg ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Mỗi liều 500mg TIENAM tiêm tĩnh mạch phải được truyền tĩnh mạch trong 20-30 phút. Mỗi liều >500mg phải được truyền trong 40-60 phút. Ở những người bệnh bị buồn nôn khi truyền, thì tốc độ truyền có thể chậm hơn. Tổng liều tối đa trong ngày không nên vượt quá 50mg/kg ngày hoặc 4g ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Tuy nhiên, người bệnh bị suy thận nặng với chức năng thận bình thường, đã được điều trị với TIENAM tới liều 50mg/kg ngày, chia làm nhiều lần, nhưng không quá 4g ngày. Cần giảm liều TIENAM cho người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 1,73ml/1,73m² hoặc ít hơn. Nên dùng liều 1,25 mg tới 250 mg cho mỗi 12 giờ cho các người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 6-20 ml/ phút/ 1,73 m² với hầu hết các tác nhân nhạy cảm. Khi dùng liều 500 mg cho mỗi 12 giờ có thể làm tăng nguy cơ gây co giật cho những người bệnh này. Chỉ kết chỉnh liều, xem xét thông tin chi tiết sản phẩm). Không được cho người bệnh có nồng độ thanh lọc creatinine < 0,73 ml/1,73 m² dùng TIENAM tiêm tĩnh mạch, trừ khi có biện pháp thay thế. TIENAM tiêm tĩnh mạch cho người bệnh thận phải phân mảnh bụng.

LIỀU LƯỢNG 0,75g TIENAM
 (a) TRÉ EM cân nặng < 40kg nên dùng liều của người lớn (b) TRÉ EM VÀ TRÉ SƠ SINH cân nặng < 40kg: Đối với bệnh từ 3 tháng tuổi trở lên, liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài hệ tiêu hóa trung ương là 15-25 mg/kg cho mỗi 6 giờ một lần. Đối với bệnh từ dưới 3 tháng tuổi (nhỏ hơn 1500g), liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài hệ tiêu hóa trung ương như sau: < 1 tuần tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 12 giờ, 1-4 tuần tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 8 giờ, 4 tuần-3 tháng tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 6 giờ. Các liều từ 500mg nên được truyền tĩnh mạch từ 15 đến 30 phút. Liều tiêm tĩnh mạch 500mg nên được truyền tĩnh mạch từ 40 đến 60 phút. Không dùng TIENAM cho bệnh nhân có thể trọng dưới 60 kg lại có suy chức năng thận vì chưa có dữ liệu lâm sàng cho các trường hợp này. TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH
 Quá mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của sản phẩm.

THẬN TRỌNG
 Có một số bằng chứng tiền lâm sàng và trong phòng thí nghiệm về dị ứng chéo một phần giữa TIENAM và các kháng sinh khác thuộc nhóm beta-lactam khác, penicillin và cephalosporin. Trước khi điều trị bằng TIENAM, nên tìm hiểu kỹ về các tiền sử kháng ứng quá mẫn cảm trước đó với các kháng sinh nhóm beta-lactam. Mối phân ứng dị ứng với TIENAM xảy ra, phải ngừng thuốc và tiến hành các biện pháp xử trí thích hợp.

Các trường hợp báo cáo trong y văn cho thấy việc sử dụng các carbapenems bao gồm Imipenem cho người bệnh đang dùng acid valproic hoặc divalproex sodium đã làm giảm nồng độ acid valproic. Không khuyến cáo sử dụng Imipenem cùng lúc với acid valproic/divalproex sodium. Nếu cần sử dụng TIENAM, nên xem xét bổ sung thuốc chống co giật/dùng khác khác.

Viêm dạ dày ruột có mangan quá độ được ghi nhận với hầu hết các kháng sinh và mức độ đó có thể cao hơn ở các liều mạnh. Do đó, không nên cho người bệnh sử dụng sản phẩm ở người bệnh có tiền sử bệnh lý ống tiêu hóa, đặc biệt là viêm dạ dày ruột, phải dùng kháng sinh. Dù nhiều công trình nghiên cứu cho thấy một mức độ sản xuất bởi Clostridium difficile là nguyên nhân đầu tiên gây viêm dạ dày ruột do dùng kháng sinh, nhưng các nguyên nhân khác cũng phải nghĩ tới. KHÔNG THAY việc sử dụng TIENAM ở người mang thì chưa được nghiên cứu đầy đủ và kỹ lưỡng, do đó chỉ nên dùng TIENAM trong thời kỳ, nếu lợi ích cho mẹ vượt hơn nguy cơ cho con.

TÀI LIỆU THÔNG TIN CHO CÁN BỘ Y TẾ

CHỈ ĐỊNH
 Chỉ định để điều trị các nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy với thuốc trong các trường hợp sau: Nhiễm khuẩn trong ổ bụng, Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, Nhiễm khuẩn phụ khoa, Nhiễm khuẩn máu, Nhiễm khuẩn đường niệu dục, Nhiễm khuẩn khớp và xương, Nhiễm khuẩn da và mô mềm, Viêm nội tâm mạc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
 Tổng liều hàng ngày và đường dùng của TIENAM được dựa trên tình chất hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn, và được chia thành các liều bằng nhau đưa trên các đợt điều trị. Dùng 1-2 lần mỗi ngày, chia làm 3-4 lần. Để điều trị nhiễm khuẩn vừa, có thể dùng liều 1g x 2 lần mỗi ngày. Với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm, có thể dùng liều TIENAM 1,73mg tiêm tĩnh mạch mỗi ngày có thể được tăng lên tới 4g ngày hoặc 50mg/kg ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Mỗi liều 500mg TIENAM tiêm tĩnh mạch phải được truyền tĩnh mạch trong 20-30 phút. Mỗi liều >500mg phải được truyền trong 40-60 phút. Ở những người bệnh bị buồn nôn khi truyền, thì tốc độ truyền có thể chậm hơn. Tổng liều tối đa trong ngày không nên vượt quá 50mg/kg ngày hoặc 4g ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Tuy nhiên, người bệnh bị suy thận nặng với chức năng thận bình thường, đã được điều trị với TIENAM tới liều 50mg/kg ngày, chia làm nhiều lần, nhưng không quá 4g ngày. Cần giảm liều TIENAM cho người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 1,73ml/1,73m² hoặc ít hơn. Nên dùng liều 1,25 mg tới 250 mg cho mỗi 12 giờ cho các người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 6-20 ml/ phút/ 1,73 m² với hầu hết các tác nhân nhạy cảm. Khi dùng liều 500 mg cho mỗi 12 giờ có thể làm tăng nguy cơ gây co giật cho những người bệnh này. Chỉ kết chỉnh liều, xem xét thông tin chi tiết sản phẩm). Không được cho người bệnh có nồng độ thanh lọc creatinine < 0,73 ml/1,73 m² dùng TIENAM tiêm tĩnh mạch, trừ khi có biện pháp thay thế. TIENAM tiêm tĩnh mạch cho người bệnh thận phải phân mảnh bụng.

LIỀU LƯỢNG 0,75g TIENAM
 (a) TRÉ EM cân nặng < 40kg nên dùng liều của người lớn (b) TRÉ EM VÀ TRÉ SƠ SINH cân nặng < 40kg: Đối với bệnh từ 3 tháng tuổi trở lên, liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài hệ tiêu hóa trung ương là 15-25 mg/kg cho mỗi 6 giờ một lần. Đối với bệnh từ dưới 3 tháng tuổi (nhỏ hơn 1500g), liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoài hệ tiêu hóa trung ương như sau: < 1 tuần tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 12 giờ, 1-4 tuần tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 8 giờ, 4 tuần-3 tháng tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 6 giờ. Các liều từ 500mg nên được truyền tĩnh mạch từ 15 đến 30 phút. Liều tiêm tĩnh mạch 500mg nên được truyền tĩnh mạch từ 40 đến 60 phút. Không dùng TIENAM cho bệnh nhân có thể trọng dưới 60 kg lại có suy chức năng thận vì chưa có dữ liệu lâm sàng cho các trường hợp này. TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH
 Quá mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của sản phẩm.

THẬN TRỌNG
 Có một số bằng chứng tiền lâm sàng và trong phòng thí nghiệm về dị ứng chéo một phần giữa TIENAM và các kháng sinh khác thuộc nhóm beta-lactam khác, penicillin và cephalosporin. Trước khi điều trị bằng TIENAM, nên tìm hiểu kỹ về các tiền sử kháng ứng quá mẫn cảm trước đó với các kháng sinh nhóm beta-lactam. Mối phân ứng dị ứng với TIENAM xảy ra, phải ngừng thuốc và tiến hành các biện pháp xử trí thích hợp.

Các trường hợp báo cáo trong y văn cho thấy việc sử dụng các carbapenems bao gồm Imipenem cho người bệnh đang dùng acid valproic hoặc divalproex sodium đã làm giảm nồng độ acid valproic. Không khuyến cáo sử dụng Imipenem cùng lúc với acid valproic/divalproex sodium. Nếu cần sử dụng TIENAM, nên xem xét bổ sung thuốc chống co giật/dùng khác khác.

Viêm dạ dày ruột có mangan quá độ được ghi nhận với hầu hết các kháng sinh và mức độ đó có thể cao hơn ở các liều mạnh. Do đó, không nên cho người bệnh sử dụng sản phẩm ở người bệnh có tiền sử bệnh lý ống tiêu hóa, đặc biệt là viêm dạ dày ruột, phải dùng kháng sinh. Dù nhiều công trình nghiên cứu cho thấy một mức độ sản xuất bởi Clostridium difficile là nguyên nhân đầu tiên gây viêm dạ dày ruột do dùng kháng sinh, nhưng các nguyên nhân khác cũng phải nghĩ tới. KHÔNG THAY việc sử dụng TIENAM ở người mang thì chưa được nghiên cứu đầy đủ và kỹ lưỡng, do đó chỉ nên dùng TIENAM trong thời kỳ, nếu lợi ích cho mẹ vượt hơn nguy cơ cho con.

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN CÓ CHỨC NĂNG THẬN BÌNH THƯỜNG VÀ TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ \geq 70KG*

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

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

- * Loại nhiễm khuẩn hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn.
- * Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn.
- * Chức năng thận.
- * Trọng lượng cơ thể.

Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine \leq 5ml/phút/1.73 m² không nên dùng TIENAM trừ khi được thêm phân màu trong vòng 48 giờ.

Do hoạt tính kháng khuẩn của TIENAM cao, nên tổng liều/ngày của TIENAM được khuyến cáo không vượt quá 50mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.

* Cân giảm liều cho bệnh nhân có trọng lượng <70kg.

LIỀU DÙNG TIENAM CHO TRẺ EM VÀ TRẺ SƠ SINH*

Cân nặng	Liều dùng
> 40kg	Như người lớn
<40kg	Liều dùng theo tháng tuổi
	< 3 tháng (cân nặng > 1500g)
	> 3 tháng
	1-4 tuần tuổi
	4-12 tuần tuổi
	12-24 tháng tuổi
	24-36 tháng tuổi
	36-48 tháng tuổi
	48-60 tháng tuổi
	60-72 tháng tuổi
	72-84 tháng tuổi
	84-96 tháng tuổi
	96-108 tháng tuổi
	108-120 tháng tuổi
	120-132 tháng tuổi
	132-144 tháng tuổi
	144-156 tháng tuổi
	156-168 tháng tuổi
	168-180 tháng tuổi
	180-192 tháng tuổi
	192-204 tháng tuổi
	204-216 tháng tuổi
	216-228 tháng tuổi
	228-240 tháng tuổi
	240-252 tháng tuổi
	252-264 tháng tuổi
	264-276 tháng tuổi
	276-288 tháng tuổi
	288-300 tháng tuổi
	300-312 tháng tuổi
	312-324 tháng tuổi
	324-336 tháng tuổi
	336-348 tháng tuổi
	348-360 tháng tuổi
	360-372 tháng tuổi
	372-384 tháng tuổi
	384-396 tháng tuổi
	396-408 tháng tuổi
	408-420 tháng tuổi
	420-432 tháng tuổi
	432-444 tháng tuổi
	444-456 tháng tuổi
	456-468 tháng tuổi
	468-480 tháng tuổi
	480-492 tháng tuổi
	492-504 tháng tuổi
	504-516 tháng tuổi
	516-528 tháng tuổi
	528-540 tháng tuổi
	540-552 tháng tuổi
	552-564 tháng tuổi
	564-576 tháng tuổi
	576-588 tháng tuổi
	588-600 tháng tuổi
	600-612 tháng tuổi
	612-624 tháng tuổi
	624-636 tháng tuổi
	636-648 tháng tuổi
	648-660 tháng tuổi
	660-672 tháng tuổi
	672-684 tháng tuổi
	684-696 tháng tuổi
	696-708 tháng tuổi
	708-720 tháng tuổi
	720-732 tháng tuổi
	732-744 tháng tuổi
	744-756 tháng tuổi
	756-768 tháng tuổi
	768-780 tháng tuổi
	780-792 tháng tuổi
	792-804 tháng tuổi
	804-816 tháng tuổi
	816-828 tháng tuổi
	828-840 tháng tuổi
	840-852 tháng tuổi
	852-864 tháng tuổi
	864-876 tháng tuổi
	876-888 tháng tuổi
	888-900 tháng tuổi
	900-912 tháng tuổi
	912-924 tháng tuổi
	924-936 tháng tuổi
	936-948 tháng tuổi
	948-960 tháng tuổi
	960-972 tháng tuổi
	972-984 tháng tuổi
	984-996 tháng tuổi
	996-1008 tháng tuổi
	1008-1020 tháng tuổi
	1020-1032 tháng tuổi
	1032-1044 tháng tuổi
	1044-1056 tháng tuổi
	1056-1068 tháng tuổi
	1068-1080 tháng tuổi
	1080-1092 tháng tuổi
	1092-1104 tháng tuổi
	1104-1116 tháng tuổi
	1116-1128 tháng tuổi
	1128-1140 tháng tuổi
	1140-1152 tháng tuổi
	1152-1164 tháng tuổi
	1164-1176 tháng tuổi
	1176-1188 tháng tuổi
	1188-1200 tháng tuổi
	1200-1212 tháng tuổi
	1212-1224 tháng tuổi
	1224-1236 tháng tuổi
	1236-1248 tháng tuổi
	1248-1260 tháng tuổi
	1260-1272 tháng tuổi
	1272-1284 tháng tuổi
	1284-1296 tháng tuổi
	1296-1308 tháng tuổi
	1308-1320 tháng tuổi
	1320-1332 tháng tuổi
	1332-1344 tháng tuổi
	1344-1356 tháng tuổi
	1356-1368 tháng tuổi
	1368-1380 tháng tuổi
	1380-1392 tháng tuổi
	1392-1404 tháng tuổi
	1404-1416 tháng tuổi
	1416-1428 tháng tuổi
	1428-1440 tháng tuổi
	1440-1452 tháng tuổi
	1452-1464 tháng tuổi
	1464-1476 tháng tuổi
	1476-1488 tháng tuổi
	1488-1500 tháng tuổi

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

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

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN SUY THẬN VÀ HOẶC TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ < 70KG*

VA	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 71	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 41-70	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 21-40	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 6-20
10 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
15 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
2 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
3 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
4 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg

NEU TỔNG LIỀU HÀNG NGÀY LÀ:

VA	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 71	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 41-70	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 21-40	TRỌNG LƯỢNG (mL/phút/1.73m ²) \geq 6-20
10 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
15 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
2 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
3 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg
4 ngày	250 mg	250 mg	250 mg	250 mg

* Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine \leq 5ml/phút/1.73 m² đang được thêm phân màu nên được dùng liều khuyến cáo cho bệnh nhân có thanh thải creatinine từ 6-20ml/phút/1.73 m² (xin tham khảo liều cho bệnh nhân có suy chức năng thận và/hoặc trọng lượng cơ thể < 70kg).

- + Ca Imipenem và Cefasolin được loại khỏi màu trong quá trình thêm phân màu bệnh nhân nên được dùng TIENAM sau khi thêm phân màu và cứ mỗi 12 giờ sau khi hoàn tất thêm phân màu.
- + Bệnh nhân có thêm phân màu, đặc biệt có thêm phân kinh trung ương nên được theo dõi cẩn thận khi dùng TIENAM.
- + Bệnh nhân thêm phân màu chỉ nên dùng TIENAM khi đánh giá lợi ích vượt trội hơn nguy cơ có giết thêm ăn.



MSD
ANTIBIOTIC

Merck Sharp & Dohme (Asia) Ltd.,
Phố 08/1-49/AM8/14/F & 27/F, Lee Garden Two,
28 Yuen Ping Road, Causeway Bay, Hong Kong.

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

HÀ NỘI
Tầng 14, Kìungnam Hà Nội, Tòa nhà Landmark
Lô 16, Khu đô thị mới Cầu Giấy, Phường M8, Th
Quận Nam Từ Liêm
ĐT: 84-28-38155800 / Fax: 84-28-38228101
Số đăng ký: VN-20190-16
LPC code: MK038A/VNM-2015-010882
SPC: MK0797-VN-SM-100814



INVANZ[®]
(ertapenem)

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

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

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

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

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

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

VI KHUẨN KỶ KHÍ

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

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

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

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



bao gồm: ô nhiễm môi trường, nghẽn mạch phổi, hoặc không rõ căn nguyên.

Đợt cấp COPD được chia thành: (1) Nặng: khó thở tăng, khạc đờm tăng, đờm mủ tăng; (2) Trung bình: có 2 trong 3 dấu hiệu nêu trên; và (3) Nhẹ: có 1 trong 3 dấu hiệu nêu trên.

Các bệnh nhân nhập viện cần được đánh giá thêm tình trạng suy hô hấp: không suy hô hấp; suy hô hấp không đe dọa cuộc sống, và suy hô hấp có đe dọa cuộc sống.

Các bệnh nhân đợt cấp COPD mức độ nhẹ được điều trị với gia tăng các thuốc giãn phế quản, corticoid phun hít; với các bệnh nhân đợt cấp mức độ trung bình: các thuốc giãn phế quản, corticoid toàn thân, và kháng sinh (cho những bệnh nhân Anthonisen III, hoặc Anthonisen II - nhưng có đờm mủ). Những bệnh nhân đợt cấp COPD mức độ nặng được điều trị như mức độ trung bình, bổ sung thêm thở oxy, thở máy cho một số trường hợp có suy hô hấp không đáp ứng các điều trị nêu trên.

THE ROLE OF EXHALED NITRIC OXIDE MEASUREMENT IN RESPIRATORY DISEASES

Prof. Duong Quy Sy, MD., PhD

Vice president of VNRS

The measurement of nitric oxide (NO) concentration in exhaled breath is a common technique in the world for many years. Nowadays, the level of NO in exhaled breath has been recognized as a biomarker of inflammation in the airways. The measurement of NO is routinely used in clinical practice in many countries because the measurement technique has become more convenient with the new generation of handheld and portable NO devices. Particularly, in asthma, exhaled NO is used to diagnose, assess treatment response, and to monitor asthma control. In addition to asthma, exhaled NO is used in a vast variety of respiratory disorders including COPD, sleep apnea, pulmonary hypertension, interstitial pneumonia or lung fibrosis (measurement of alveolar concentration of NO: CANO), and other rare diseases of the respiratory tract such as primary ciliary dyskinesia or cystic fibrosis. Currently, the technique of measurement of exhaled NO might be used systematically in the following main respiratory diseases: asthma, respiratory allergies, respiratory diseases due to cigarette smoke and air pollution, and interstitial pneumonia. Clinical trials in these patients often use exhaled NO as an inflammatory biomarker to evaluate the efficacy of treatment, improvement of symptom, or progression of diseases.

VAI TRÒ CỦA ĐO NỒNG ĐỘ OXÍT NITRÍT (NO) KHÍ THỞ RA TRONG BỆNH HÔ HẤP

GS.TSKH. Dương Quý Sỹ

Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Đo nồng độ oxít nitrít (NO) trong khí thở ra là một kỹ thuật thăm dò chức năng phổ biến trên thế giới từ nhiều năm qua. Ngày nay, nồng độ NO trong khí thở ra đã được công nhận là một chất chỉ điểm sinh học cho hiện tượng viêm trong bệnh lý đường hô hấp. Đo NO được sử dụng thường quy trên lâm sàng tại nhiều nước do kỹ thuật đo đã trở nên tiện dụng với các thể hệ máy đo NO mới để bàn và cầm tay. Đặc biệt là NO trong khí thở ra được dùng để chẩn đoán, đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi mức độ kiểm soát bệnh hen (FENO). Ngoài bệnh hen, đo NO được ứng dụng trong nhiều

bệnh lý hô hấp khác như COPD, ngưng thở khi ngủ, tăng áp động mạch phổi, viêm mô kẽ phổi - xơ hóa phổi (đo nồng độ NO ở phế nang: CANO), và các bệnh lý hiếm gặp khác ở đường hô hấp như loạn động lông chuyển nguyên phát hoặc xơ nang phổi. Hiện nay, kỹ thuật đo NO trong khí thở ra có thể được ứng dụng thường quy trong những bệnh lý hô hấp chính sau đây: hen phế quản, dị ứng hô hấp, bệnh lý hô hấp có liên quan đến thuốc lá và ô nhiễm không khí, viêm mô kẽ phổi. Các thử nghiệm lâm sàng trên những bệnh nhân này thường dùng NO khí thở ra như một chất chỉ điểm sinh học do viêm để đánh giá hiệu quả điều trị, mức độ cải thiện triệu chứng, hay tiến triển của bệnh.

AETIOLOGY OF HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA AND VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA AND TRENDS IN ANTIMICROBIAL RESISTANCE

Pham Hong Nhung, MD., PhD

Department of Microbiology, Hanoi Medical University

Department of Microbiology, Bach Mai hospital

Background and Aims: Hospital-acquired pneumonia (HAP) and ventilator-associated pneumonia (VAP) are the most common life-threatening hospital infections and continues to present very significant diagnostic and management challenges. The development, introduction and use of a wider range of immunosuppressive therapies are leading to a broader spectrum of microorganisms causing HAP and VAP. The persistent clinical difficulty regarding their cause is that detection of a microorganism from a respiratory tract sample does not necessarily signify it is the causative agent of the pneumonia. The ever-increasing antibiotic resistance problem means that HAP and VAP are becoming progressively more difficult to treat. We review the cause, antimicrobial resistance, diagnosis of HAP and VAP

Methods: Review the cause, antimicrobial resistance, and microbiological laboratory diagnosis of HAP and VAP based on recent national and international studies.

Results: Although the microbial causes of HAP and VAP remain at present similar to those identified in previous studies, there are marked geographical differences. Resistance rates among Gram-negative bacteria keeps increasing, and for any species, multiresistance become more common. The development and introduction of rapid point-of-care diagnostics may improve understanding of the cause of HAP and VAP. Most importantly, the potential for rapid diagnostics to influence the treatment and clinical outcomes in HAP/VAP infections is immense, with patient with patients likely to receive much faster, microorganism-specific treatment.

Conclusions: We describe recent trends in aetiology of HAP and VAP and recent trends in antimicrobial resistance. The powerful modern microbiological tool to revolutionize the diagnosis and treatment of HAP/VAP is discussed.

CĂN NGUYÊN VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN, VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY VÀ XU HƯỚNG ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CHÚNG

TS.BS. Phạm Hồng Nhung

Bộ môn Vi sinh, Đại học Y Hà Nội

Khoa Vi sinh, Bệnh viện Bạch Mai

Bối cảnh và mục tiêu: Viêm phổi bệnh viện (HAP) và viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP) là các nhiễm trùng bệnh viện phổ biến nhất và có nguy cơ tử vong cao nhất. Vấn đề chẩn đoán và điều trị HAP và VAP vẫn còn là thách thức rất lớn cho các bác sĩ lâm sàng cũng như các phòng xét nghiệm. Các liệu pháp ức chế miễn dịch trong điều trị càng được sử dụng nhiều thì phổ căn nguyên của HAP, VAP tìm thấy càng đa dạng. Liệu khi phát hiện được vi sinh vật có trong mẫu bệnh phẩm đường hô hấp có phải là căn nguyên gây bệnh hay không vẫn là một câu hỏi khó, tồn tại rất lâu mà chưa giải quyết được. Sự gia tăng đề kháng kháng sinh của các căn nguyên gây bệnh làm cho vấn đề điều trị thêm khó khăn hơn nữa. Chúng tôi tổng kết các căn nguyên gây bệnh, xu hướng đề kháng kháng sinh và các kỹ thuật vi sinh chẩn đoán HAP, VAP.

Phương pháp nghiên cứu: Tổng hợp các nghiên cứu trong và ngoài nước gần đây về các căn nguyên gây bệnh, xu hướng đề kháng kháng sinh và các kỹ thuật vi sinh chẩn đoán HAP, VAP.

Kết quả: Mặc dù các phổ căn nguyên gây HAP, VAP không thay đổi nhiều nhưng có sự khác nhau ở các vùng địa lý khác nhau. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn Gram âm gia tăng đáng kể và tình hình đa kháng ngày càng phổ biến ở mọi loài vi khuẩn. Các phương pháp chẩn đoán nhanh giúp phát hiện sớm các căn nguyên gây bệnh và quan trọng hơn là nó giúp cho bệnh nhân được điều trị liệu pháp đặc hiệu căn nguyên đúng hơn và sớm hơn.

Kết luận: Chúng tôi mô tả căn nguyên gây bệnh HAP, VAP và xu hướng đề kháng kháng sinh của chúng. Các kỹ thuật chẩn đoán vi sinh hiện đại giúp cải thiện chẩn đoán và điều trị HAP, VAP.

DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC APPROACH IN HAEMOPTYSIS

Professor Francesco Blasi. MD, FERS.

Department of Pathophysiology and Transplantation, University of Milan, Italy

Head Internal Medicine Department, Respiratory Unit and Cystic Fibrosis Adult Center, Fondazione IRCCS Cà Granda Milan, Italy

Haemoptysis is defined as the expectoration of blood or blood-streaked sputum from the lower respiratory tract. The term derives from the ancient Greek words haima, meaning blood, and ptysis, meaning spitting. The presence of haemoptysis, even in the case of minor events, is a frightening symptom for the patient. The clinical spectrum may vary from minor blood-stained sputum to major bleeding causing respiratory failure and haemodynamic instability. Underlying causes may vary from benign, self-limiting conditions to severe, potentially lethal diseases.

Life-threatening haemoptysis may be defined as any haemoptysis that:

- Is >100 mL in 24 hours.
- Causes abnormal gas exchange/airway obstruction.

- Causes haemodynamic instability.

Causes of haemoptysis

Infection

- Mycobacterial (tuberculosis and atypical mycobacteria).
- Fungal infections (including mycetoma).
- Necrotizing pneumonia.
- Lung abscess.
- Parasitic.
- Septic emboli.

Pulmonary

- Acute bronchitis.
- Chronic obstructive pulmonary disease.
- Bronchiectasis (including cystic fibrosis).
- Alveolar haemorrhage.
- Lymphangioliomatosis.
- Sarcoidosis.
- Lung transplantation.

Neoplastic

- Bronchogenic carcinoma.
- Metastatic lung cancer.
- Endobronchial tumours (bronchial adenoma, carcinoid).

Cardiovascular

- Pulmonary embolism (lung infarct).
- Pulmonary hypertension.
- Pulmonary artery aneurysm.
- Bronchial artery aneurysm.
- Left ventricular heart failure.
- Mitral stenosis.
- Arteriovenous malformations.

Vasculitic

- Wegener's granulomatosis.
- Beh-et's disease.
- Goodpasture syndrome.
- Systemic lupus erythematosus.
- Antiphospholipid syndrome.

Traumatic

- Foreign body aspiration.
- Blunt or penetrating chest injury.

- Aortic aneurysm.

Iatrogenic

- Bronchoscopy.

- Endobronchial procedures (brachytherapy, dilation, stent placement, laser).

- Lung biopsy.

- Pulmonary artery catheterization.

Drugs and toxins

- Bevacizumab.

- Solvents.

- Crack cocaine.

- Penicillamine.

Haematological

- Coagulopathy (congenital, acquired or iatrogenic).

- Thrombocytopenia.

- Platelet dysfunction.

Miscellaneous

- Cryptogenetic.

- Endometriosis.

- Broncholitis.

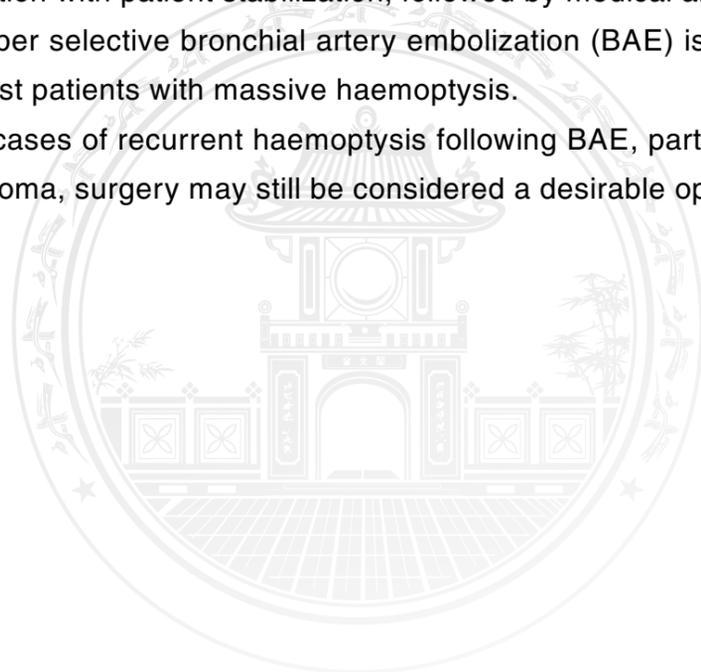
The diagnostic work-up involves the complementary use of CT scan, bronchoscopy, and pulmonary angiography.

Current multidetector CT angiography is currently considered superior and less time-consuming than traditional pulmonary angiography in identifying the artery causing bleeding.

The priority in management of massive haemoptysis involves prompt resuscitation and airway protection with patient stabilization, followed by medical and endoscopic temporary procedures.

Super selective bronchial artery embolization (BAE) is now considered the treatment of choice in most patients with massive haemoptysis.

In cases of recurrent haemoptysis following BAE, particularly in particular conditions such as mycetoma, surgery may still be considered a desirable option, provided the patient is sufficiently fit.



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

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



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

THÔNG TIN KÊ TOA TÓM TẮT

TRÌNH BÀY: AUGMENTIN 625mg: mỗi viên chứa amoxicillin 500 mg, acid clavulanic 125 mg. Dạng bào chế: Viên nén bao film. Hộp 2 vỉ x 7 viên nén
CHỈ ĐỊNH: Augmentin được chỉ định điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm, bao gồm: Nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp trên (gồm cả tai-mũi-họng) như viêm amidan cấp, viêm xoang cấp, viêm tai giữa cấp. Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới như đợt cấp của viêm phế quản mạn, viêm phổi thùy và viêm phế quản phổi. Nhiễm khuẩn tiết niệu như viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm thận-bể thận. Nhiễm khuẩn da và mô mềm như nhọt, áp-xe, viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn vết thương. Nhiễm khuẩn xương và khớp như viêm tủy xương. Nhiễm khuẩn răng như áp-xe ổ răng nặng kèm theo viêm mô tế bào lan tỏa hoặc nhiễm khuẩn răng không đáp ứng với các kháng sinh ban đầu.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nên dùng AUGMENTIN thận trọng ở những bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn chức năng gan. Hiếm có báo cáo vàng da ứ mật, có thể nặng nhưng thường hồi phục. Các dấu hiệu và triệu chứng có thể không trở nên rõ ràng cho đến tận 6 tuần sau khi ngừng điều trị. Nên điều chỉnh liều AUGMENTIN ở bệnh nhân suy thận theo khuyến cáo trong phần Liều lượng và cách dùng. Chứng co giật có thể xảy ra ở những bệnh nhân bị suy giảm chức năng thận hoặc đang sử dụng liều cao. Đã quan sát thấy tình thể niệu ở những bệnh nhân giảm bài tiết nước tiểu nhưng rất hiếm, chủ yếu gặp khi bệnh nhân dùng đường tiêm truyền.

Nên khuyến bệnh nhân duy trì đủ lượng nước đưa vào và lượng nước tiểu đào thải trong thời gian dùng amoxicillin liều cao để làm giảm khả năng xuất hiện tình thể niệu.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dựa trên GDS21/PI09 ban hành ngày 18 tháng 01 năm 2013, AUGMENTIN là nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies: AUGTAB 1215-09/180113

VISA: VN-20169-16

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

Xin liên hệ VPĐD GlaxoSmithKline Pte, Ltd. Cao ốc Metropolitan- 701, 235 Đồng Khởi, Quận 1, TP HCM. ĐT 028.38248744- Fax: 08.38248722.

Hà Nội Tower Center-Phòng 704, 49 Hai Bà Trưng, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội,

ĐT 024.39362607 – Fax: 04.39362608

Xin vui lòng thông báo các tác dụng ngoại ý của thuốc về văn phòng đại diện của

GSK Pte Ltd tại TP.HCM và Hà Nội hoặc số

điện thoại di động 0963905235 hoặc email

antoanthuoc@gsk.com

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



TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HO MÁU.

GS.TS. Francesco Blasi

Ủy viên ERS. Khoa Sinh lý bệnh và Ghép Tạng, Đại học Milan, Italy

Trưởng khoa nội, Đơn vị hô hấp và Trung tâm xơ nang người lớn, Fondazione IRCCS Cà Granda Milan, Italy

Ho máu được định nghĩa là sự khạc ra máu hoặc đờm lẫn dây máu từ đường hô hấp dưới. Thuật ngữ này có nguồn gốc từ những từ Hy Lạp cổ đại haima, có nghĩa là máu, và ptysis, có nghĩa là khạc nhỏ. Sự xuất hiện ho máu, ngay cả trong trường hợp ít, là một triệu chứng đáng sợ với bệnh nhân. Biểu hiện lâm sàng có thể thay đổi từ đờm lẫn dây máu đến ho máu nhiều gây suy hô hấp và mất ổn định huyết động. Nguyên nhân ho máu có thể thay đổi từ các trường hợp lành tính, tự khỏi đến các bệnh nặng, có khả năng gây tử vong.

Ho máu gây nguy hiểm tính mạng có thể được định nghĩa là các trường hợp ho máu mà:

- Lớn hơn 100 mL trong 24 giờ.
- Gây tắc nghẽn đường thở/quá trình trao đổi khí.
- Gây mất ổn định huyết động.

Nguyên nhân của ho máu

Nhiễm trùng

- Mycobacterial (bệnh lao và mycobacteria không điển hình).
- Nhiễm nấm (bao gồm cả mycetoma).
- Viêm phổi hoại tử.

- Áp xe phổi.

- Ký sinh trùng.

- Tắc mạch nhiễm khuẩn

Phổi

- Viêm phế quản cấp.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Giãn phế quản (bao gồm xơ nang).

- Xuất huyết phế nang.

- Lymphangioliomyomatosis (LAM)

- Sarcoidosis.

- Ghép phổi.

Ung thư

- Carcinoma biểu mô phế quản.

- Ung thư phổi di căn.

- Khối u nội phế quản (u tuyến phế quản, u carcinoid phế quản).

Tim mạch

- Tắc mạch phổi (nhồi máu phổi)

- Tăng áp động mạch phổi.

- Phình động mạch phổi.
- Phình động mạch phế quản.
- Suy thất trái.
- Hẹp van hai lá.
- Dị dạng động tĩnh mạch.

Viêm mạch

- Bệnh u hạt Wegener.
- Bệnh Behcet.
- Hội chứng Goodpasture.
- Lupus ban đỏ hệ thống.
- Hội chứng Antiphospholipid.

Chấn thương

- Hít phải dị vật
- Chấn thương ngực kín hay hở
- Phình động mạch chủ.

Do thủ thuật

- Soi phế quản.
- Các thủ thuật trong nội soi phế quản (xạ trị, nong, đặt stent, laser).
- Sinh thiết phổi.
- Đặt ống thông động mạch phổi.

Thuốc và độc tố

- Bevacizumab.
- Dung môi.
- Cocaine.
- Penicillamine.

Huyết học

- Rối loạn đông máu (bẩm sinh, mắc phải hoặc do điều trị).
- Giảm tiểu cầu.
- Rối loạn chức năng tiểu cầu.

Các bệnh khác

- Không rõ nguồn gốc
- Lạc nội mạc tử cung.
- Sỏi phế quản.

Việc chẩn đoán bao gồm sử dụng kết hợp CT scan, nội soi phế quản và chụp động mạch phổi.

Chụp mạch CT đa đầu dò hiện nay được coi là vượt trội và ít tốn thời gian hơn so với chụp động mạch phổi truyền thống trong việc xác định động mạch gây chảy máu.

Ưu tiên trong điều trị ho máu nặng là hồi sức nhanh chóng và bảo vệ đường thở với ổn định bệnh nhân, sau đó là các thủ thuật y khoa và nội soi tạm thời.

Gây tắc động mạch phế quản chọn lọc (bronchial artery embolization: BAE) hiện được coi là phương pháp điều trị được lựa chọn ở hầu hết bệnh nhân có ho máu nặng.

Trong trường hợp ho máu tái phát sau BAE, đặc biệt là trong các trường hợp cụ thể như nhiễm nấm mycetoma, phẫu thuật vẫn có thể được coi là một lựa chọn, nếu bệnh nhân đủ điều kiện phù hợp.

VIET NAM GUIDELINE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UPDATE 2018: THE MANAGEMENT OF CO-MORBIDITY WITH COPD

A/Prof. Chu Thi Hanh, MD., PhD

Vice President of VNRS

Patients with COPD often have other diseases at the same time, called co-morbidity. Co-morbidities can significantly affect the symptoms and prognosis of patients with COPD. Co-morbidities are common in COPD of any severity. The negative impact of COPD on co-morbidities. COPD is also one of the co-morbidities that has had a detrimental effect on the outcome of other diseases. Commonly Co-morbidities in COPD patients are cardiovascular diseases: atrial fibrillation, atrial flutter (13%), congestive heart failure (15.7%), coronary disease (30.2%); Endocrine disease: diabetes (4%); musculoskeletal disease: osteoporosis; Psychological disorders: anxiety depression (13.8%); lung cancer (9%), bronchiectasis, sleep apnea syndrome, gastroesophageal reflux disease ... In which cardiovascular disease and lung cancer has a great impact on mortality caused by COPD. Nearly 50% of patients with COPD have at least 3 co-morbidities or more.

Whether or not there is a causal link between COPD and coexisting diseases, COPD treatment should include the detection and appropriate treatment of co-morbidities. It should be noted that co-morbidities may have symptoms associated with COPD and are therefore excluded, for example: heart failure and lung cancer (with dyspnea), depression (fatigue, decreased activity force).

Treatment of co-morbidities according to the treatment guidelines of each disease

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH VIỆT NAM 2018: QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC VỚI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

PGS.TS. Chu Thị Hạnh

Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Bệnh nhân BPTNMT thường có thêm những bệnh khác đồng thời, gọi là bệnh đồng mắc. Bệnh đồng mắc có thể ảnh hưởng đáng kể đến triệu chứng và tiên lượng của bệnh nhân BPTNMT.

Bệnh đồng mắc thường gặp ở BPTNMT bất kỳ mức độ nặng nào. Bệnh đồng mắc ảnh hưởng xấu đến BPTNMT và ngược lại BPTNMT cũng là một trong những bệnh đồng mắc có tác động có hại đến kết cục của các bệnh lý khác.

Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất ở người BPTNMT là bệnh tim mạch: rung nhĩ, cuồng nhĩ (13%), suy tim ứ huyết (15,7%), bệnh mạch vành (30,2%); bệnh nội tiết: tiểu đường (4%); bệnh cơ xương: loãng xương; rối loạn tâm lý: trầm cảm lo âu (13,8%); ung thư phổi (9%), giãn phế quản, hội chứng ngừng thở khi ngủ, trào ngược dạ dày thực quản... Trong đó các bệnh tim mạch, ung

Công ty TNHH Điện Dương là độc quyền phân phối các sản phẩm Máy thở (Hãng CareFusion - Mỹ), Máy đo chức năng hô hấp (Hãng CareFusion - Đức), và Máy xét nghiệm khí máu (Hãng Nova Biomedical - Mỹ).



Máy đo chức năng hô hấp và trở kháng đường thở bằng phương pháp dao động xung ký - Vyntus IOS

- Phép đo nhanh chóng không cần sự hợp tác của bệnh nhân (đo được cho trẻ em dưới 6 tuổi, người già yếu,...)
- Chẩn đoán phân biệt tắc nghẽn ngoại biên và trung tâm đường thở.
- Cho kết quả dưới dạng biểu đồ cho phép bác sĩ đánh giá nhanh chức năng phổi.

Hệ thống đo phế thân kế và khuếch tán khí qua màng phổi - Vyntus BODY

- Cảm biến lưu lượng sử dụng công nghệ siêu âm cho độ chính xác cao.
- Vận hành đơn giản, trực quan.
- Buồng đo rộng, truy cập dễ dàng, sử dụng cơ chế khóa bằng nam châm điện, an toàn cho bệnh nhân.



Máy đo hô hấp cầm tay:

- **Máy đo lưu lượng đỉnh - MicroPeak**
- **Máy đo hô hấp kê hàng ngày - Micro Dairy**
- **Máy đo tuổi phổi - Pulmolife**
- **Máy đo nồng độ khí CO trong hơi thở - MicroCO**
- **Máy đo phế dung kế - MicroLab, MicroLoop**



Máy xét nghiệm khí máu

Sử dụng công nghệ vi điện tử và vi cảm biến, không đòi hỏi sửa chữa.

Model:

- **Stat Profile Prime:** Cho kết quả 10 thông số: pH, pCO₂, pO₂, Na, K, Cl, iCa, Glucose, Lac, Hct
- **Stat Profile Prime Plus:** Có thể lựa chọn các nhóm thông số hoặc đầy đủ: pH, pCO₂, So₂%, Hct, Na⁺, K⁺, Cl⁻, TCO₂, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Glu, Lact, Ure, Creatinine, CO - Oximetry (HHb, MetHb, tHb, tBil, O₂Hb, So₂%, HbF)



thư phổi có tác động lớn trên tử vong gây ra do BPTNMT. Gần 50% bệnh nhân BPTNMT có ít nhất 3 bệnh đồng mắc hoặc nhiều hơn...

Dù có hoặc không có liên quan về cơ chế sinh bệnh giữa BPTNMT và các bệnh đồng mắc, điều trị BPTNMT phải bao gồm phát hiện và điều trị phù hợp các bệnh đồng mắc. Cần lưu ý là các bệnh đồng mắc có thể có triệu chứng kết hợp với BPTNMT và do đó bị bỏ qua, ví dụ: suy tim và ung thư phổi (với triệu chứng khó thở), trầm cảm (mệt, giảm hoạt động thể lực). Điều trị các bệnh lý đồng mắc theo hướng dẫn điều trị của từng bệnh lý.

VIET NAM GUIDELINE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UPDATE 2018: PULMONARY REHABILITATION AND PALLIATIVE CARE FOR CHRONIC LUNG DISEASES

Do Thi Tuong Oanh, MD., PhD

Pham Ngoc Thach Hospital

Pulmonary rehabilitation (PR), based on well - designed randomized controlled trials, has proved to significantly improve clinical outcomes in COPD patients. PR is not only useful for COPD patients but also for many other chronic lung diseases such as diffuse bronchiectasis, persistent asthma, cystic fibrosis, interstitial lung diseases, interstitial fibrosis, Sarcoidosis, occupational or environmental lung disease, post tuberculosis syndrome, chest wall diseases, kyphoscoliosis, ankylosing spondylitis, pulmonary hypertension, lung cancer, before and after lung transplantation, before and after lung volume reduction surgery, obesity-related respiratory disease...

PR is a multi-components program in which exercise training is the cornerstone component with two types of training (endurance training and strength/ resistance training) and consist of three exercises (lower extremity exercise, arm exercise and inspiratory muscle training). Inspiratory muscle training increases strength of inspiratory muscles, is indicated for patients who have evidences or risks of respiratory muscles weakness. Besides, health education, nutritional consult and intervention, psychological consideration and support can fulfill and complete the program. PR should be started early during 3 weeks after exacerbations can enhance exercise tolerance, reduce symptoms, improve quality of life, reduce mortality and re-hospitalization rate.

End of life and palliative care in advanced COPD patients including pharmacologic and non- pharmacologic therapy can help to relieve and soothe breathlessness, adjust nutritional abnormalities and support psychological disorders.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH VIỆT NAM 2018: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP VÀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ Ở BỆNH NHÂN BỆNH HÔ HẤP MẠN TÍNH

TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh

BV Phạm Ngọc Thạch, TP.Hồ Chí Minh

Chương trình phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH), dựa trên nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu

nhiên có đối chứng với phương pháp nghiên cứu được thiết kế chặt chẽ, đã được chứng minh mang lại sự cải thiện lâm sàng đáng kể ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). PHCNHH không chỉ áp dụng cho bệnh nhân BPTNMT mà còn mang lại lợi ích cho những bệnh nhân bệnh hô hấp mạn tính khác như giãn phế quản, hen kéo dài, xơ phổi, bệnh phổi nghề nghiệp, di chứng lao phổi, bệnh lý thành ngực, bệnh phổi liên quan chứng béo phì...

Chương trình PHCNHH là chương trình đa thành phần, trong đó tập vận động là thành phần cốt lõi bao gồm hai cách tập là tăng sức bền và tăng sức cơ; với các hình thức tập vận động chi dưới, vận động chi trên và vận động cơ hô hấp. Luyện tập cơ hô hấp giúp tăng cường sức cơ hô hấp, được chỉ định cho những bệnh nhân có bằng chứng hoặc nghi ngờ yếu cơ hô hấp. Ngoài ra giáo dục sức khỏe, tham vấn và can thiệp dinh dưỡng và hỗ trợ tâm lý tâm thần kinh là những thành phần cần thiết giúp bổ sung và hoàn chỉnh chương trình. PHCNHH có thể khởi đầu sớm ngay trong đợt cấp khi còn đang nằm viện. Khởi đầu PHCNHH sớm trong vòng 3 tuần sau đợt cấp giúp cải thiện khả năng gắng sức, giảm triệu chứng, tăng chất lượng cuộc sống, giảm tử vong và giảm tỉ lệ tái nhập viện.

Chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân BPTNMT tiến triển nặng bao gồm các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc giúp giảm nhẹ và xoa dịu khó thở, điều chỉnh các rối loạn dinh dưỡng và hỗ trợ các thay đổi về tâm lý.

CONSENSUS ON NEBULIZED INHALATION THERAPY FOR PEDIATRIC RESPIRATORY DISEASES

A/Prof. Nguyen Thi Dieu Thuy, MD., PhD

Hanoi Medical University

Inhalation therapy is the foundation of the management of many pediatric respiratory diseases. However, not all children are able to use a spacer device and not all drugs or solutions are available in pMDI form, hence nebulized inhalation therapy is the only viable alternative. Nebulized device is used to deliver medication to the respiratory system. Nebulizers use oxygen, compressed air or ultrasonic power to break up solutions and suspensions into small aerosol droplets that can be directly inhaled from the mouthpiece of the device. An aerosol is a mixture of gas and solid or liquid particles. The advantages of nebulized medication are to limit the systemic side effects, especially with corticosteroids. In addition, the use of bronchodilators by nebulization also reduces the common side effects such as hand tremor, palpitations, tachycardia. The recommendations for the use of nebulized inhalation therapy in both pediatric acute and chronic lung diseases, such as croup, wheezing and asthma...

ĐỒNG THUẬN VỀ LIỆU PHÁP KHÍ DUNG TRÊN CÁC BỆNH LÝ HÔ HẤP Ở TRẺ EM

PGS.TS. Nguyễn Thị Diệu Thúy

Bộ môn Nhi, Đại học Y Hà Nội

Trong nhi khoa, liệu pháp khí dung được sử dụng khá phổ biến để điều trị các bệnh lý hô hấp ở

trẻ em. Để thực hiện quá trình khí dung cần có máy phun khí dung. Có nhiều dạng hoạt động của máy khí dung khác nhau như máy khí dung dạng khí nén, máy dạng lưới hay dạng siêu âm. Khí dung giúp đưa thuốc vào đường thở dưới dạng những hạt sương nhỏ li ti. Các hạt này sẽ theo hơi thở vào các hốc mũi xoang, được hít thẳng vào phế quản, phổi và tạo tác dụng tại chỗ. Dùng thuốc bằng đường khí dung có ưu điểm là hạn chế được những tác dụng phụ toàn thân của thuốc, nhất là với các thuốc có nguồn gốc corticoid. Ngoài ra, dùng các thuốc giãn phế quản bằng đường khí dung cũng làm giảm bớt phần nào những tác dụng phụ thường có khi thuốc được sử dụng bằng uống hoặc tiêm như run tay, hồi hộp, nhịp tim nhanh. Chỉ định dùng thuốc bằng đường khí dung thường là các bệnh lý cấp và mạn của đường hô hấp như viêm thanh khí phế quản, khò khè kéo dài, hen phế quản...

ANTIBIOTIC TREATMENT FOR HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA IN THE ERA OF MULTI-DRUG RESISTANCE

A/Prof. Dang Quoc Tuan, MD., PhD

Deputy Head of ICU Bach Mai hospital

Hospital acquired pneumonia (HAP) by multidrug-resistant bacteria is a huge challenge for clinicians. Closed coordination among physicians, clinical pharmacologists, microbiologists and biochemists will contribute to the success of HAP treatment. A first appropriated antibiotic need an adequated microbiology data, including the common bacterium as well as the antibiotic sensitivity of the bacteria.

Using antibiotic should be optimized based on the pharmacokinetics/pharmacodynamics of the drugs. MIC test of bacterial pathogens and antibiotic serum level help to adjust the dosage and time for each patient. Antibiogramme may suggest a clinically appropriate combination of antibiotics.

Several way of using drugs have been proposed to improve the effectiveness of antibiotics. The use of antibiotics in the treatment of HAP as well as in the treatment of general infection disease should follow the guidelines on management of antibiotic using. To administer antibiotics in hospitals in order to: 1) Promote properly using antibiotics; 2) Reduce unwanted effects when using antibiotics; 3) Improve the quality of caring patients; 4) Prevention of antibiotic resistance; 5) Reduce medical pay.

Infection control is always the most important way to against hospital acquired pneumonia.

ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TRONG KỶ NGUYÊN ĐA KHÁNG THUỐC PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn

Phó khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai

Viêm phổi bệnh viện (HAP) do vi khuẩn đa kháng là một thách thức rất lớn với các bác sĩ lâm sàng. Phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng - vi sinh - dược lâm sàng và cả hóa sinh sẽ góp phần đảm bảo cho thành công của điều trị HAP. Để có cơ sở lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp, cần có

đầy đủ dữ liệu về vi sinh của cơ thể điều trị, bao gồm loại vi khuẩn thường gặp cũng như độ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn. Sử dụng kháng sinh cần được tối ưu hóa dựa trên dược động học/dược lực học của thuốc. Xét nghiệm MIC của vi khuẩn gây bệnh và xét nghiệm định lượng kháng sinh trong máu sẽ giúp điều chỉnh liều thuốc và thời gian đưa liều thích hợp cho từng bệnh nhân. Làm kháng sinh đồ phối hợp kháng sinh có thể gợi ý cho lâm sàng cách phối hợp kháng sinh hợp lý.

Một số cách dùng thuốc đã được đề xuất nhằm nâng cao hiệu quả của kháng sinh.

Việc sử dụng kháng sinh trong điều trị HAP cũng như trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn nói chung cần tuân thủ các hướng dẫn về quản lý sử dụng kháng sinh. Thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện nhằm: 1) Tăng cường sử dụng kháng sinh hợp lý; 2) Giảm hậu quả không mong muốn khi dùng kháng sinh; 3) Nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh; 4) Ngăn ngừa vi khuẩn đề kháng kháng sinh; 5) Giảm chi phí y tế.

Kiểm soát nhiễm khuẩn luôn luôn là biện pháp quan trọng nhất trong cuộc chiến đấu với viêm phổi bệnh viện.

ROLE OF INTERVENTIONAL PULMONOLOGY TO INCREASE QUALITY OF THORACIC ONCOLOGY MULTIDISCIPLINE TEAM

IsninAnangMarhana. MD

Division of Interventional Pulmonology and Critical Care

Department of Pulmonology Airlangga University - Dr. Soetomo Hospital Surabaya

Lung cancer has the highest mortality rate of any cancer in the world. Optimal lung cancer care requires a multidisciplinary team of specialists who care for a significant number of patients on a regular basis. Multidisciplinary Team (MDT) is usually composed of specialists from two or more related disciplines, which work together to discuss some kinds of malignant tumors, and to form a clinical treatment plan. MDT are also felt to improve the efficiency of communication and coordination when making decisions in cancer management. Once lung cancer is suspected, by radiology and PET scan, then tissue should be obtained to allow a formal diagnosis of malignancy to be made. This tissue diagnosis can be made by a variety of methods, depending on the site of disease (proximal vs peripheral), presence of lymph node involvement and presence of metastatic disease. The interventional pulmonologists can help obtain adequate tissue, but also minimize procedural risk to the patient, as well as manage some conditions such as airway stenosis or massive hemoptysis.

VAI TRÒ CỦA HÔ HẤP CAN THIỆP TRONG NÂNG CAO HIỆU QUẢ CỦA NHÓM ĐA CHUYÊN KHOA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRONG LỒNG NGỰC

BS. IsninAnangMarhana

Đơn nguyên Hô hấp can thiệp và điều trị tích cực, Khoa Hô hấp, Đại học Airlangga, Bệnh viện Soetomo Surabaya

Ung thư phổi là bệnh ung thư có tỷ lệ tử vong cao nhất thế giới. Để điều trị tối ưu bệnh ung thư phổi

cần có đội ngũ đa chuyên khoa gồm nhiều chuyên gia với một nguyên tắc nền tảng thống nhất. Nhóm đa chuyên khoa gồm các chuyên gia của 2 chuyên ngành có liên quan trở lên, sẽ làm việc cùng nhau để thảo luận về các thể ung thư để lập ra một kế hoạch điều trị. Nhóm đa chuyên khoa cũng được kỳ vọng sẽ nâng cao hiệu quả về mặt phối hợp và trao đổi thông tin trong quá trình quyết định điều trị ung thư. Khi nghi ngờ ung thư phổi trên phim chụp, cần sinh thiết khối u để chẩn đoán mô bệnh học. Việc sinh thiết này có thể tiến hành bằng rất nhiều phương pháp khác nhau, dựa vào vị trí khối u (trung tâm hay ngoại vi), có hạch hay không, có di căn hay không. Bác sĩ hô hấp can thiệp có thể giúp sinh thiết u một cách hợp lý, giảm thiểu nguy cơ thủ thuật cho bệnh nhân cũng như có thể giúp điều trị một số trường hợp cụ thể như hẹp tắc đường thở hoặc khống chế một số trường hợp chảy máu đường thở nặng.

COPD AND CO-MORBIDITIES: OPTIMAL THERAPY IN CLINICAL PRACTICE

A/Prof Le Tien Dung, MD., PhD

University Medical Center, HCMC

COPD often coexists with other diseases (comorbidities) such as cardiovascular diseases, lung cancer, weight loss, osteoporosis, psychology and diabetes...the most popular comorbidities are cardiovascular diseases, in which chronic heart failure is the most common one.

Cardiovascular disease is a frequent and important comorbidity in COPD. It makes poor prognosis, more symptoms and serious, which should be screened, assessed and treated appropriately. In clinical practice, the effects of COPD drugs on cardiovascular diseases as well as the effects of CVD drugs on COPD should be clearly understood and used to have optimal drug choices.

COPD patients have higher risks of lung cancer than people with normal lung function. Doctors should notice to find out lung cancer in COPD patients.

Other comorbidities also occur in COPD patients: osteoporosis, psychology, diabetes... should be noticed in diagnosis and treatment of COPD patients.

COPD VÀ BỆNH ĐỒNG MẮC: TỐI ƯU HÓA THUỐC ĐIỀU TRỊ TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

PGS.TS. Lê Tiến Dũng

Bệnh viện Đại học Y TP Hồ Chí Minh

COPD thường hay đi kèm với các bệnh lý khác (bệnh đồng mắc) như bệnh tim mạch, ung thư phổi, sụt cân, loãng xương, trầm cảm và đái tháo đường...; đa số thường có bệnh đi kèm là các bệnh tim mạch, trong đó đứng đầu là suy tim mạn.

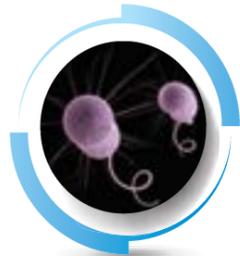
Bệnh tim mạch là bệnh đồng mắc thường xuyên và quan trọng trong COPD, đưa đến tiên lượng xấu, nhiều triệu chứng và nặng nề nên cần được chú ý phát hiện, đánh giá và có những biện pháp điều trị thích hợp. Trong thực hành lâm sàng nên hiểu rõ ảnh hưởng của các thuốc điều trị COPD trên bệnh tim mạch cũng như ảnh hưởng của các thuốc tim mạch đối với bệnh COPD để có chọn lựa thuốc thích hợp.

Bệnh nhân COPD có nguy cơ cao hơn bị ung thư phổi so với người có chức năng hô hấp bình



Phổ kháng khuẩn rộng (1):

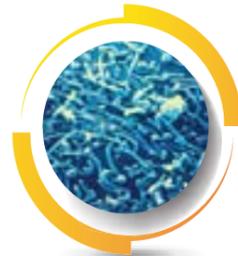
✓ **Vi khuẩn gram âm**



✓ **Vi khuẩn gram dương**



✓ **Vi khuẩn không điển hình**



Thâm nhập tốt vào (1):

✓ **Mô Phổi**

✓ **Dịch bọng nước**

✓ **Mô Xương**

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



VN-19455-15

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

Ngày in tài liệu:

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

SAVN.LEV.17.12.0795. Internal approval date: 03/18

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



Thông tin sản phẩm (1)

THÀNH PHẦN: Levofloxacin hemihydrate. **DẠNG BẢO CHẾ:** Viên nén bao phim chứa 500mg levofloxacin. **CHỈ ĐỊNH:** Tavanic là một kháng sinh tổng hợp thuộc nhóm fluoroquinolon. Thuốc tác động bằng cách tiêu diệt các vi khuẩn gây bệnh nhiễm khuẩn trong cơ thể. Tavanic được chỉ định điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm với levofloxacin gây ra ở người lớn: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp (kể cả viêm thận-bể thận), viêm tuyến tiền liệt nhiễm khuẩn mạn tính, nhiễm khuẩn da và mô mềm. Tavanic được sử dụng như một điều trị thay thế cho các thuốc kháng sinh thông thường khác với những nhiễm khuẩn sau đây: Viêm xoang nhiễm khuẩn cấp, đợt nhiễm khuẩn cấp của viêm phế quản mạn tính, nhiễm khuẩn đường tiết niệu không phức tạp. Do kháng sinh fluoroquinolon, trong đó có Tavanic liên quan đến phản ứng có hại nghiêm trọng và các bệnh lý này ở một số bệnh nhân có thể tự khỏi, chỉ nên sử dụng Tavanic cho những bệnh nhân không có lựa chọn điều trị khác thay thế. Trước khi kê toa Tavanic, nên lưu ý đến hướng dẫn chính thức của quốc gia và/hoặc địa phương về việc sử dụng hợp lý các thuốc kháng sinh. **CÁCH DÙNG:** Uống trọn viên thuốc với lượng nước vừa đủ uống; có thể bẻ viên thuốc theo đường khía ngang để phân liều. Có thể uống thuốc trong bữa ăn hoặc bất cứ lúc nào giữa các bữa ăn. **Bảo vệ da tránh ánh nắng:** Cần tránh ánh nắng trực tiếp trong thời gian dùng Tavanic. Da của bạn sẽ nhạy cảm hơn với ánh nắng và có thể bị bỏng, rất hoặc phỏng rộp nếu không áp dụng các biện pháp để phòng sau đây: Dùng kem chống nắng có chỉ số cao, luôn luôn đội mũ và mặc áo dài tay và quần dài, tránh tắm nắng. **Nếu đang dùng viên sắt, thuốc kháng acid hoặc sulcralfat, các chế phẩm bổ sung kẽm:** Không được uống những thuốc này cùng lúc với viên bao phim Tavanic. Nên uống ít nhất 2 giờ trước hoặc sau khi uống viên bao phim Tavanic. **LIỀU DÙNG:** Tavanic được dùng một hoặc hai lần mỗi ngày. Liều dùng tùy thuộc vào loại và độ nặng của nhiễm khuẩn và độ nhạy cảm của tác nhân gây bệnh giả định. **Thời gian điều trị:** Thời gian điều trị thay đổi tùy theo loại bệnh (xem bên dưới). Như điều trị kháng sinh nói chung, nên tiếp tục sử dụng Tavanic trong ít nhất 48 đến 72 giờ sau khi hết sốt hoặc có bằng chứng đã trừ diệt vi khuẩn. **Liều dùng ở bệnh nhân có chức năng thận bình thường:** (Thanh thải creatinine >50 ml/phút)

Chỉ định	Liều dùng mỗi ngày (tùy theo độ nặng)	Đường dùng	Thời gian điều trị
Viêm phổi mắc phải cộng đồng	500 mg một hoặc hai lần/ngày	Uống	7-14 ngày
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp (kể cả viêm thận - bể thận)	250 mg một lần/ngày*	Uống	7-10 ngày
Viêm tuyến tiền liệt nhiễm khuẩn mạn tính	500 mg một lần/ngày	Uống	28 ngày
Nhiễm khuẩn da và mô mềm	250 mg một lần/ngày hoặc 500 mg một hoặc hai lần/ngày	Uống	7-14 ngày
Viêm xoang nhiễm khuẩn cấp**	500 mg một lần/ngày	Uống	10-14 ngày
Đợt nhiễm khuẩn cấp của viêm phế quản mạn tính**	250 mg-500 mg một lần/ngày	Uống	7-10 ngày
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu không phức tạp**	250 mg một lần/ngày	Uống	3 ngày

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

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

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

* Không cần dùng thêm liều sau khi lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc liên tục lưu động (CAPD). **Thận trọng đối với bệnh nhân suy gan:** Không cần điều chỉnh liều dùng, vì levofloxacin ít được chuyển hóa ở gan. **Bệnh nhân cao tuổi:** Không cần chỉnh liều trên người cao tuổi, ngoài việc xem xét khả năng suy giảm chức năng thận. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với levofloxacin, các quinolones khác hoặc với bất cứ tá dược nào của thuốc, bệnh nhân động kinh, bệnh nhân có tiền sử đau gan cơ liên quan với việc sử dụng fluoroquinolones, trẻ em hoặc thiếu niên, phụ nữ có thai và cho con bú. **CẢNH BÁO:** Các fluoroquinolon có liên quan đến các phản ứng có hại (ADRs) nghiêm trọng có khả năng gây tàn tật và không hồi phục trên các hệ cơ quan khác nhau. ADRs thường gặp bao gồm viêm gân, đứt gân, đau khớp, đau cơ, bệnh lý thần kinh ngoại vi, và các tác dụng bất lợi trên hệ thống thần kinh trung ương (ảo giác, lo âu, trầm cảm, mất ngủ, đau đầu nặng và lú lẫn). ADRs này có thể xảy ra từ vài giờ đến vài tuần sau khi dùng thuốc, có thể xuất hiện đồng thời trên cùng một người bệnh, ở mọi lứa tuổi, hoặc không có sẵn các yếu tố nguy cơ. Ngừng sử dụng thuốc ngay khi có dấu hiệu hoặc triệu chứng đầu tiên của bất kỳ ADR nghiêm trọng nào. Tránh sử dụng thuốc cho các bệnh nhân có tiền sử ADR nghiêm trọng liên quan đến fluoroquinolon. **THẬN TRỌNG:** Bệnh nhân cao tuổi (>65 tuổi), bệnh nhân đang dùng corticosteroids, bệnh nhân đã từng có cơn ngất hoặc choáng, đã từng bị tổn thương não do đột quỵ hoặc chấn thương não khác, có bệnh thận, có chứng thiếu glucose-6-phosphat dehydrogenase, bệnh nhân đã từng bị rối loạn tâm thần, từng có bệnh tim, đái tháo đường hoặc có bệnh gan. Nên thận trọng khi dùng các fluoroquinolones, bao gồm levofloxacin, trên bệnh nhân đã biết có các yếu tố nguy cơ kéo dài khoảng QT chẳng hạn như: rối loạn điện giải chưa được điều chỉnh (ví dụ hạ kali máu, hạ magnesi máu), hội chứng QT dài bẩm sinh, bệnh tim (ví dụ suy tim, nhồi máu cơ tim, nhịp tim chậm), sử dụng đồng thời với những thuốc gây kéo dài khoảng QT, bệnh nhân cao tuổi và phụ nữ có thể nhạy cảm hơn đối với các thuốc gây kéo dài khoảng QT. Có tiền sử bệnh nhược cơ. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: Ngưng dùng Tavanic có những tác dụng phụ sau đây: Rất hiếm (xảy ra ở <1 / 10.000 bệnh nhân):** dị ứng. Dấu hiệu có thể là phát ban, khó nuốt hoặc khó thở, phù môi, mặt, họng hoặc lưỡi. **Ngưng dùng Tavanic nếu thấy bất kỳ tác dụng phụ nghiêm trọng nào sau đây – có thể cần điều trị khẩn cấp: Hiếm gặp (xảy ra ở <1 / 1.000 bệnh nhân):** Tiêu chảy toàn nước hoặc có máu, có thể kèm đau quặn bụng và sốt cao. Đau và viêm gân. Thường gặp nhất là gân gót (gân Achilles) và trong một số trường hợp có thể đứt gân. Co giật (động kinh). **Rất hiếm (xảy ra ở <1 / 10.000 bệnh nhân):** Cảm giác rất bỏng, kim châm, đau hoặc tê rần. Các phản ứng khác: Phát ban nặng trên da, có thể nổi bọng nước và tróc da quanh môi, mắt, miệng, mũi, và bộ phận sinh dục. Chán ăn, vàng da và vàng mắt, nước tiểu sậm màu, ngứa, hoặc đau khi ấn vào bụng trên. **Hãy báo cho bác sĩ nếu bất kỳ tác dụng phụ nào sau đây trở nặng hoặc kéo dài vài ngày: Thường gặp (xảy ra ở <1 / 10 bệnh nhân):** Buồn nôn và tiêu chảy. Tăng enzym gan trong máu. **Ít gặp (xảy ra ở <1 / 100 bệnh nhân):** Ngứa và phát ban trên da. Chán ăn, rối loạn tiêu hóa hoặc khó tiêu, nôn hoặc đau ở vùng dạ dày, cảm giác đầy bụng hoặc táo bón. Nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, rối loạn giấc ngủ hoặc căng thẳng thần kinh. Xét nghiệm máu có thể cho kết quả bất thường do các rối loạn ở gan và thận. Thay đổi số lượng bạch cầu trong kết quả của một số xét nghiệm máu. Yếu sức. Tăng số lượng của các vi khuẩn hoặc nấm khác, có thể cần phải điều trị. **Hiếm gặp (xảy ra ở <1 / 1.000 bệnh nhân):** Cảm giác kim châm ở bàn tay và bàn chân (dị cảm) hoặc run. Cảm giác căng thẳng (lo lắng), trầm cảm, các vấn đề tâm thần, cảm giác bứt rứt hoặc cảm giác lẫn lộn. Nhịp tim nhanh bất thường hoặc hạ huyết áp. Đau khớp hoặc đau cơ. Bám máu và đờ chảy máu do giảm số lượng tiểu cầu. Giảm số lượng bạch cầu. Khó thở hoặc thở khó khê (có thể phế quản). Giảm huyệt hơi (khó thở). Ngứa hoặc nổi mề đay. **Rất hiếm (xảy ra ở <1 / 10.000 bệnh nhân):** Đa tăng nhạy cảm với ánh nắng và tia cực tím. Giảm lượng đường trong máu (hạ đường huyết). Rối loạn thính giác hoặc thị giác, hoặc thay đổi vị giác và khứu giác. Áo giáp, phản ứng loạn thần với nguy cơ có ý định hoặc hành động tự tử. Truy tuần hoàn. Yếu cơ, có thể trầm trọng ở bệnh nhân nhược cơ. Viêm gan, rối loạn chức năng thận và đôi khi suy thận. Sốt, đau họng và cảm giác không khỏe kéo dài. Sốt và phản ứng dị ứng ở phổi. **Các tác dụng phụ khác:** Giảm số lượng hồng cầu. Da có thể tái tạo có màu vàng. Quá mẫn. Đỏ mồm hôi nhiều. Đau, kể cả đau lưng, ngực và tay chân. Khó khăn khi đi chuyển và đi lại. Con kích phát rối loạn chuyển hóa porphyrin ở người sẵn có bệnh này. Viêm mạch máu do phản ứng dị ứng. Kéo dài QT trên điện tâm đồ. Nhịp tim nhanh bất thường, rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng. Mất khứu giác và vị giác. Û tai. Tăng creatinin trong máu. Ly giải cơ vân. Hôn mê hạ đường huyết. Tăng bilirubin. Tổn thương gan nặng. Có giấc mơ ngủ khác thường, ác mộng. **TƯƠNG TÁC:** Với corticosteroids, bệnh nhân rất có thể bị viêm và/hoặc đứt gân. Với warfarin, bệnh nhân rất có thể sẽ bị chảy máu, cần xét nghiệm máu thường xuyên để kiểm tra tình trạng đông máu. Với theophylline, thuốc kháng viêm không-steroid (NSAIDs), bệnh nhân rất có thể sẽ bị co giật (động kinh). Với ciclosporin, bệnh nhân rất có thể sẽ gặp tác dụng phụ của ciclosporin. Với thuốc ảnh hưởng đến nhịp tim (thuốc chống loạn nhịp như quinidine và amiodarone), thuốc chữa trầm cảm (thuốc chống trầm cảm ba vòng như amitriptyline và amipramine) và thuốc chữa nhiễm trùng (các kháng sinh 'macrolides' như erythromycin, azithromycin và clarithromycin). Probenecid và cimetidine, cần thận trọng đặc biệt khi dùng chung những thuốc này với Tavanic. Nếu bệnh nhân có bệnh thận, bác sĩ sẽ cho dùng liều thấp hơn. Không được dùng viên bao phim Tavanic cùng lúc với những thuốc sau đây, vì chúng có thể ảnh hưởng đến cơ chế tác động của Tavanic: viên sắt, thuốc kháng acid chứa magnesi hoặc nhôm hoặc sulcralfate. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Không dùng Tavanic. **LÁI XE VÀ SỬ DỤNG MÁY MÓC:** Một số tác dụng phụ có thể ảnh hưởng đến khả năng tập trung và tốc độ phản ứng. Nếu xảy ra, không nên lái xe hoặc làm bất cứ việc gì cần sự chú ý cao độ. **NHÀ SẢN XUẤT: Viên nén bao phim:** Sanofi Winthrop Industrie: 56, route de Choisy au Bac 60205 Compiègne – Pháp. **NHÀ PHÂN PHỐI CHÍNH:** Công ty CP Dược Liệu Trung ương 2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, P. Bến Thành, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh. Tel: (+84) 08 3832 3058 – Fax: (+84) 08 38323012.

Thông tin chi tiết xin liên hệ:
Văn phòng đại diện Sanofi-Aventis Singapore Pte. Ltd. tại TP. HCM
Địa chỉ: Lầu 3, số 10, đường Hàm Nghi, phường Bến Nghé, Quận 1, TP. HCM
Điện thoại: +84. 8.3829 8526; **Fax:** +84. 8.3914 4801

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

Bisolvon®

Loãng đàm hiệu quả



Hoạt chất: Bisolvon: 8mg bromhexine HCl/viên; **Bisolvon Kids:** 4mg bromhexine HCl/5ml sirô. **Chỉ định:** Làm loãng đờm trong các bệnh phế quản phổi cấp và mạn tính có kèm theo sự tiết chất nhầy bất thường và sự vận chuyển chất nhầy suy yếu. **Liều lượng & Cách dùng: Chung cho 2 thuốc:** Có thể tăng tổng liều đến 48mg/ ngày ở người lớn và trẻ trên 12 tuổi khi bắt đầu điều trị. Trong chỉ định cho bệnh hô hấp cấp tính, hỏi ý kiến bác sỹ nếu triệu chứng không cải thiện hoặc xấu đi trong thời gian điều trị. **Bisolvon:** Người lớn và trẻ > 12 tuổi; 1 viên x 3 lần/ngày; Trẻ em 6-12 tuổi; ½ viên x 3 lần/ngày; Trẻ nhỏ 2-6 tuổi; ½ viên x 2 lần/ngày. Không dùng Bisolvon viên nên cho trẻ dưới 2 tuổi. **Bisolvon Kids:** Người lớn và trẻ > 12 tuổi; 10ml x 3 lần/ngày; Trẻ 6-12 tuổi; 5ml x 3 lần/ngày; Trẻ 2-6 tuổi; 2,5ml x 3 lần/ngày; Trẻ < 2 tuổi; 1,25ml x 3 lần/ngày. Thời gian điều trị Bisolvon sirô không quá 8-10 ngày mà không hỏi ý kiến bác sỹ. **Chống chỉ định:** Bệnh nhân quá mẫn với bromhexine hoặc các thành phần khác của thuốc; bệnh di truyền hiếm gặp có thể không dung nạp với một tá dược của thuốc. **Thận trọng: Chung cho 2 thuốc:** Rất ít báo cáo tổn thương da nghiêm trọng như hội chứng Stevens Johnson và hoại tử biểu bì nhiễm độc. Tham khảo ý kiến bác sỹ và ngừng thuốc nếu xuất hiện tổn thương mới ở da và niêm mạc. **Bisolvon:** chứa 222mg lactose cho tổng liều tối đa/ngày. Không dùng cho bệnh nhân bất dung nạp với galactose. **Bisolvon Kids:** chứa 17,142g sorbitol lỏng cho tổng liều tối đa/ngày. Không dùng cho bệnh nhân bất dung nạp với fructose. Có thể nhuận tràng nhẹ. Nên thận trọng khi sử dụng đồng thời Bisolvon và các thuốc ức chế ho để tránh tích tụ các chất tiết. Sử dụng thận trọng ở những bệnh nhân loét dạ dày và hen, những bệnh nhân là người cao tuổi, suy nhược hoặc quá yếu mà không có khả năng khạc đờm. Hết sức thận trọng khi sử dụng ở những bệnh nhân suy thận hoặc suy gan nặng. **Có thai & cho con bú:** Không nên dùng Bisolvon trong thời kỳ mang thai và thời gian cho con bú. **Khả năng sinh sản:** Chưa tiến hành nghiên cứu ảnh hưởng của Bisolvon đến khả năng sinh sản ở người. Dựa trên kinh nghiệm tiền lâm sàng, không có dấu hiệu cho thấy bromhexine có thể tác động đến khả năng sinh sản. **Ảnh hưởng đến khả năng lái xe & vận hành máy móc:** Chưa nghiên cứu. **Nhà nhập khẩu:** Vimedimex Bình Dương. Địa chỉ: 18 L1-2 VSIP II, đường số 3, Khu Công Nghiệp Việt Nam - Singapore 2, P. Hòa Phú, Thị xã Thủ Dầu Một, Tỉnh Bình Dương. Điện thoại: (0650) 3815 062 - Fax: (0650) 3815 063. **Nhà sản xuất:** PT.Boehringer Ingelheim Indonesia, Jl.Lawang Gintung No.89, Bogor, Indonesia. **Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng. Mọi thông tin sản phẩm xin liên hệ:** Lầu 14 - Kumho Asiana Plaza, 39 Lê Duẩn - Quận 1 - Tp. HCM. Tel: (08) 3823 6919 - Fax: (08) 3823 6916. Số giấy xác nhận nội dung quảng cáo: 13/2015/XNQ-QLD



thường. Thầy thuốc cần lưu ý tìm kiếm ung thư phổi ở bệnh nhân COPD.

Các bệnh đi kèm khác cũng rất thường xảy ra ở bệnh nhân COPD: loãng xương, trầm cảm, đái tháo đườngvà cũng cần được lưu ý trong chẩn đoán và điều trị ở bệnh nhân COPD.

SWITCHING TREATMENT IN COPD: CLINICAL EVIDENCE AND EXPERIENCE

Nguyen Dinh Duy, MD

Subspecialist Deputy director of Pham Ngoc Thach hospital

Background and Aims: The key objectives of the management of COPD are to reduce symptoms, also to reduce exacerbation risk. The recently updated from GOLD 2018 and Viet Nam guideline of diagnosis and treatment COPD, also many study publications, the presentation would like to evaluate the effectiveness of switching from LAMA or LABA or ICS/LABA to dual bronchodilators (LAMA/LABA).

Methods:

To evaluate effectiveness of improving symptoms and reducing exacerbations rate based on:

Randomized control trials (RCTs) compare LAMA/LABA (Indacaterol/Glycopyrronium) to mono therapy LAMA, LABA or ICS/LABA combination (SHINE, ILLUMINATE, SPARK, FLAME study).

Randomized control trials (RCTs) in switching from LAMA, LABA, or ICS/LABA to LAMA/LABA combination (FLASH and CRYSTAL study).

Real world evidence in switching from LAMA, LABA, or ICS/LABA to LAMA/LABA combination (DACCORD study).

Results: Randomized control trials (RCTs) showed LAMA/LABA's superiority in reducing rate of all exacerbations and improving FEV1 versus mono therapy LAMA, LABA or ICS/LABA combination.

Switching to LAMA/LABA showed improvement in lung function (FEV1), symptoms (TDIs) and reduction in annual rate of all exacerbations.

Conclusions: GOLD 2018 recommends dual bronchodilators as first-line treatment for patients with high risk of exacerbations.

Appropriate COPD patients can be safely switched from ICS-containing therapies to Non-ICS containing therapies regardless of FEV1.

High blood eosinophils ($\geq 300/\mu\text{L}$) may indicate the requirement of ICS, especially in case of ≥ 2 exacerbations in the previous year.

CHUYỂN ĐỔI ĐIỀU TRỊ COPD: BẰNG CHỨNG VÀ KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

BSCKII. Nguyễn Đình Duy

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Bối cảnh và mục tiêu: Mục tiêu chính của việc quản lý bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

h(COPD) là giúp làm giảm các triệu chứng và giảm nguy cơ đợt cấp. Trong bối cảnh GOLD 2018 và Hướng dẫn điều trị COPD Việt Nam 2018 vừa cập nhật, cùng với sự ra đời của hàng loạt các nghiên cứu lâm sàng mới, bài trình bày nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của việc chuyển đổi điều trị từ LABA hoặc LAMA hoặc ICS/LABA sang phối hợp LABA/LAMA.

Phương pháp:

Đánh giá hiệu quả cải thiện triệu chứng và giảm tỷ lệ đợt cấp:

Dựa trên các nghiên cứu lâm sàng (RCT) về so sánh hiệu quả của phối hợp LABA/LAMA (Indacaterol/Glycopyrronium) so với đơn trị liệu LAMA, LABA hoặc ICS/LABA (Nghiên cứu SHINE, ILLUMINATE, SPARK, FLAME).

Dựa trên các nghiên cứu lâm sàng (RCT) về việc chuyển đổi điều trị từ LABA hoặc LAMA hoặc ICS/LABA sang phối hợp LABA/LAMA (Nghiên cứu FLASH, CRYSTAL).

Dựa trên nghiên cứu đời thực (Real-world evidence) về việc chuyển đổi điều trị từ ICS/LABA sang phối hợp LABA/LAMA (Nghiên cứu DACCORD).

Kết quả: Các nghiên cứu RCT cho thấy cho thấy phối hợp hai thuốc giãn phế quản LABA/LAMA hiệu quả hơn so với đơn trị liệu LABA, LAMA hoặc phối hợp ICS/LABA trong việc cải thiện FEV1 và giảm tỷ lệ tất cả đợt cấp. Nghiên cứu về việc chuyển đổi từ LABA hoặc LAMA hoặc ICS/LABA sang phối hợp LABA/LAMA cho thấy việc chuyển đổi giúp bệnh nhân cải thiện chức năng phổi (FEV1), triệu chứng khó thở (TDI) và giảm tỷ lệ đợt cấp.

Kết luận: GOLD 2018 chỉ ra rằng thuốc giãn phế quản phối hợp LABA/LAMA là lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhân nguy cơ cao hơn với đợt cấp.

Bệnh nhân COPD có thể chuyển đổi an toàn từ các liệu pháp có chứa ICS (ICS/LABA hoặc ICS/LABA/LAMA) bất kể FEV1. Bạch cầu ái toan trong máu ($\geq 300/\mu\text{L}$) có thể cần phải sử dụng ICS, đặc biệt là những bệnh nhân có tiền căn ≥ 2 đợt cấp trong năm trước.

PEDIATRIC RESPIRATORY INFECTION CHALLENGES AND SOLUTIONS

A/Prof. Dao Minh Tuan, MD., PhD

Vice Director RICH

Head of Respiratory Department, National Hospital of Paediatrics

In recent years, respiratory infections in children have been the leading cause of morbidity and mortality among children. The two main causes of bacterial pneumonia in children in the community are pneumococcus and Hemophilus Influenzae. Non-typical bacteria such as Mycoplasma are becoming more common in the cause of pneumonia in young children (aged 2-5 years). The epidemiological factor of the impact of climate, the weather is increasingly evident. The antibiotic resistance of bacteria in children's pneumonia is increasing. The rate of antibiotic resistant bacteria especially in the new antibiotics also increased. The mechanisms for antibiotic resistance of bacteria are increasingly sophisticated and complex. Biofilm formation is a new mechanism of resistance of antibiotic resistance. Antimicrobial therapy regimens require updating and selection according to regions, depending on the antimicrobial resistance of the zones. especially in the

hospital. Principles of antibiotic use should be followed more closely. The first stage of respiratory infection may be followed by empirical antibiotics, followed by antibiotic therapy.

Parallel to antibiotics, the application of immuno-enhancement measures is the solution for the present and future to deal with respiratory infections. Among the currently available harmonic-mediated products, Broncho -Vaxom is considered to be effective and almost safe. Specific and active prevention measures should be promoted in the prevention and treatment of childhood respiratory infections such as vaccination, breastfeeding Improving the living environment, reducing pollution are also urgent solutions today.

NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP TRẺ EM THÁCH THỨC VÀ GIẢI PHÁP

PGS.TS. Đào Minh Tuấn

P.viện trưởng VNCSK trẻ em

Trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi TW.

Trong thời gian gần đây, nhiễm trùng hô hấp ở trẻ em vẫn là bệnh lý có tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất trong các bệnh lý ở trẻ em.

Hai nguyên nhân vi khuẩn cơ bản gây viêm phổi trẻ em ở cộng đồng vẫn là phế cầu và Hemophilus Influenzae.

Vi khuẩn không điển hình như Mycoplasma ngày càng gặp nhiều hơn trong mô hình nguyên nhân gây bệnh viêm phổi ở trẻ nhỏ tuổi hơn (từ 2 - 5 tuổi). Yếu tố dịch tễ về sự tác động của khí hậu, thời tiết ngày càng thể hiện rõ rệt.

Vấn đề kháng kháng sinh của vi khuẩn trong viêm phổi trẻ em ngày càng nghiêm trọng .

Tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh đặc biệt ngay cả với các kháng sinh thế hệ mới cũng tăng cao. Các cơ chế đề kháng kháng sinh của vi khuẩn ngày càng tinh vi và phức tạp. Việc tạo màng biofilm là cơ chế đề kháng mới của vi khuẩn với kháng sinh. Các phác đồ điều trị sử dụng kháng sinh đòi hỏi phải cập nhật, lựa chọn theo từng vùng miền, tùy theo tình hình đề kháng kháng sinh của các khu vực, nhất là trong bệnh viện. Các nguyên tắc sử dụng kháng sinh cần phải được tuân thủ chặt chẽ hơn. Giai đoạn đầu của nhiễm trùng hô hấp có thể sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm , sau đó cần điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Song song với kháng sinh, việc áp dụng các biện pháp tăng cường miễn dịch là giải pháp cho hiện tại và tương lai để đối phó với nhiễm trùng hô hấp. Trong số các sản phẩm có tác dụng điều hòa miễn dịch hiện nay, Broncho-vaxom được coi là có hiệu quả tốt và hầu như rất an toàn. Các biện pháp dự phòng đặc hiệu và chủ động cần được đẩy mạnh trong việc phòng và chữa nhiễm trùng hô hấp trẻ em như tiêm chủng vacxin, nuôi con bằng sữa mẹ. Tăng cường việc cải thiện môi trường sống, giảm thiểu ô nhiễm cũng là những giải pháp cấp bách hiện nay.

INTERVENTIONAL BRONCHOSCOPY IN LUNG VOLUME REDUCTION

Hoang Anh Duc, MD

Respiratory Center, Bach Mai hospital

Lung volume reduction therapy is an intervention to flatten or remove a lung area. Obliterating



Đi bệnh nhân như người thân

Tài liệu tham khảo: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc

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

Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế.../XNTT/..., ngày ... tháng ... năm ...

Ngày in tài liệu:.../.../...

THÔNG TIN SẢN PHẨM



MERONEM 500mg, 1g Meropenem.

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

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

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

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

pulmonary emphysema area allows the other lung areas to maintain the initial size, increases lung elasticity and improves respiratory muscle function. This can reduce dyspnea, improve physical activity and quality of life for patients. Indication of this therapy comprises severe emphysema in patients with chronic obstructive pulmonary disease and giant bulla. Lung volume reduction therapy can be performed by surgery or interventional bronchoscopy. Lung volume reduction surgery can be performed to remove the pulmonary giant bulla and pulmonary emphysema area. However, it is difficult to apply for patients with severe condition and exhaustion or with multiple co-morbidities. Bronchoscopic lung volume reduction has been shown to be effective in treatment as well as safety. This improves lung ventilation and increases breathing ability of the patient. There are many different bronchoscopic methods to reduce lung volume: endobronchial one-way valves, endobronchial coils, airway bypass stents, biological agents and thermal vapor ablation. In general, bronchoscopic lung volume reduction indicates its higher safety than surgery although there is not enough evidence to show a significant effect on pulmonary function. Short-term research data has shown efficacy in improving dyspnea and quality of life. Bronchoscopic lung volume reduction is a promising approach which provides COPD patients with more treatment options to improve symptoms and quality of life.

NỘI SOI PHẾ QUẢN CAN THIỆP GIẢM THỂ TÍCH PHỔI

ThS.BS. Hoàng Anh Đức

Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Điều trị giảm thể tích phổi là phương pháp can thiệp nhằm làm xẹp hoặc mất một vùng phổi. Vùng phổi giãn phế nang bị loại bỏ cho phép các vùng phổi lành và ít tổn thương hơn duy trì được kích thước ban đầu, tăng độ đàn hồi của phổi và cải thiện hoạt động của cơ hô hấp. Nhờ đó có thể làm giảm tình trạng khó thở, tăng khả năng hoạt động thể lực và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Các trường hợp có chỉ định điều trị giảm thể tích phổi là: giãn phế nang mức độ nặng ở những bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, kén khí lớn tại phổi. Điều trị giảm thể tích phổi có thể được thực hiện nhờ phẫu thuật hoặc nội soi phế quản can thiệp. Phẫu thuật giảm thể tích phổi có thể được thực hiện để loại bỏ kén khí và vùng phổi giãn phế nang. Tuy nhiên khó áp dụng trong những trường hợp bệnh nhân nặng thể trạng suy kiệt, có nhiều bệnh đồng mắc phổi hợp. Các phương pháp nội soi phế quản giảm thể tích phổi cho thấy hiệu quả trong điều trị giảm thể tích phổi và tính an toàn. Qua đó cải thiện chức năng thông khí phổi và tăng khả năng gắng sức của bệnh nhân. Có nhiều phương pháp nội soi can thiệp thể tích phổi khác nhau. Nội soi đặt van một chiều, đặt coil nội phế quản, đặt stent đường thông khí phụ, nội soi giảm thể tích phổi bằng keo sinh học, nội soi đốt phế quản bằng hơi nước. Nhìn chung, nội soi phế quản giảm thể tích phổi cho thấy tính an toàn cao hơn phẫu thuật. Mặc dù chưa có đầy đủ bằng chứng cho thấy hiệu quả rõ rệt trên đo chức năng thông khí phổi. Các dữ liệu nghiên cứu ngắn hạn đã cho thấy hiệu quả trên việc cải thiện triệu chứng khó thở và chất lượng cuộc sống. Nội soi phế quản can thiệp giảm thể tích phổi là một phương pháp có nhiều triển vọng phát triển và mang đến cho

những bệnh nhân COPD nặng thêm những lựa chọn điều trị để cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống.

MANAGEMENT OF DIFFICULE ANAPHYLATIC SITUATION

Prof. Nguyen Gia Binh, MD., PhD

President of VNACCENT

Background : Anaphylaxis is a common emergency, it requires rapid detection and management, but anaphylaxis is only diagnosed by clinical investigation, in case of atypical anaphylaxis, it is difficult to determine. Delay in diagnosis and management could lead to death or severe sequelae. It is therefore helpful to share experiences in atypical cases

Methods: Cases report, which has been successfully diagnosed and treated through a variety of clinical conditions: acute airway obstructive, collapsus cardiovascular, prolonged anaphylaxis, failure to respond to urgent management... first aid measures of anaphylaxis need to be appropriate for each patient from time to time to maintain perfusion and oxygen supply to the organization until complete recovery

Results: All these cases were resuscitated due to close monitoring, early detection of complications with in-time management, maintenance of function until fully recovered

Conclude: Severe atypical anaphylactic reaction are rare, but the risk of death is very high, firmly understanding the mechanism of pathogenesis that leads to early diagnosis and in-time management to save and maintain lives.

KINH NGHIỆM XỬ TRÍ CẤP CỨU CÁC TRƯỜNG HỢP PHẢN VỆ KHÓ

GS.TS. Nguyễn Gia Bình

Chủ tịch Hội HSCC-CD

Bối cảnh và mục tiêu: phản vệ là một cấp cứu thường gặp, nó đòi hỏi phải được phát hiện và xử trí rất nhanh, nhưng chỉ được chẩn đoán bằng nhận định lâm sàng, trong một số trường hợp bệnh cảnh không điển hình nên không phát hiện được hoặc chậm trễ trong chẩn đoán hoặc xử trí dẫn đến tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề. Vì vậy chia sẻ kinh nghiệm trong cấp cứu các ca bệnh khó là cần thiết.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả chùm ca bệnh ,đã được chẩn đoán và điều trị thành công qua các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau; tắc nghẽn đường thở cấp, trụy mạch, phản vệ kéo dài, không đáp ứng với phác đồ cấp cứu thông thườngcác phương pháp điều trị cấp cứu phản vệ ban đầu và tiếp theo cho đến khi hồi phục hoàn toàn, thái độ xử trí phụ thuộc vào từng cá thể bệnh nhân tại từng thời điểm để duy trì tưới máu và cung cấp oxy cho tổ chức cho đến khi hồi phục

Kết quả: tất cả các trường hợp này đều được cứu sống nhờ sự theo dõi chặt chẽ, liên tục phát

hiện sớm những biến chứng có thái độ xử trí kịp thời, duy trì chức năng sống cho đến khi hồi phục
Kết luận: Cấp cứu các trường hợp phản vệ khó tuy ít gặp nhưng rất nặng, nguy cơ tử vong rất cao, nắm vững cơ chế bệnh sinh phát hiện sớm những biến chứng và có các biện pháp xử trí kịp thời mới có thể cứu sống người bệnh

STUDY OF IMAGING CHARACTERISTICS AND VOLUME OF EMPHYSEMA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE BY MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY

Pham Hong Canh, MD

Radiology Department, HMU hospital

Emphysema is common lesion of the lung in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The objective of the study is to assess imaging characteristics, quantify volume of emphysema and the correlation between percentage of emphysema with some indexes of lung function test in patients with COPD by multislice computed tomography. Their mean percentage emphysema of two lungs are $28,53 \pm 8,40(\%)$. Centrilobular emphysema presences at all of patients and the single centrilobular emphysema makes up 60% of the patients. Two phenotypes of patients are: Phenotype E with 36 patients and phenotype M with 14 patients, there is no patient with phenotype A. There is low significant correlation was observed between percentage of emphysema and FEV1%, FEV1/FVC % and this correlation is higher in phenotype E than phenotype M.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ THỂ TÍCH KHÍ PHẾ THŨNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH BẰNG CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY

BS. Phạm Hồng Cảnh

Khoa CĐHA - BV Đại học Y Hà Nội

Khí phế thũng là tổn thương phổi phổ biến ở bệnh nhân Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Mục đích của nghiên cứu là đánh giá đặc điểm hình ảnh, định lượng thể tích khí phế thũng và đánh giá mối tương quan giữa tỷ lệ phần trăm thể tích khí phế thũng với một số chỉ số chức năng hô hấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) bằng cắt lớp vi tính đa dây. Tỷ lệ phần trăm khí phế thũng trung bình của toàn phổi là $28,53 \pm 8,40(\%)$. Khí phế thũng trung tâm tiểu thùy xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân và khí phế thũng thể trung tâm tiểu thùy đơn thuần chiếm 60% số bệnh nhân. Hai kiểu hình của nhóm nghiên cứu là: Kiểu hình E với 36 bệnh nhân và kiểu hình M với 14 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào kiểu hình A. Quan sát thấy mối tương quan mức độ thấp giữa tỷ lệ phần trăm khí phế thũng với chỉ số FEV1%, FEV1/FVC % và mối tương quan này ở kiểu hình E cao hơn so với kiểu hình M.

DIAGNOSIS AND TREATMENT MYASTHENIA

A/Prof. Nguyen Van Lieu, MD., PhD

Hanoi Medical University

Myasthenia is not rare disease, there are approximately more than 700.000 patients in the world. Diagnosis based on clinical signs, prostigmin test, repeated stimulation tests on EMG and Anti-AchR ab. Treatment consist of use Cholinesterase inhibitors combination with cortico - therapy or other immunosuppressors. Plasma- exchange for serious cases. Thymextomy usealy presents effects after months.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ

PGS.TS. Nguyễn Văn Liệu

Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

Nhuợc cơ là một bệnh khá phổ biến. Ước tính có hơn 700.000 người trên thế giới mắc bệnh.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng, test prostigmin, test kích thích lặp lại trên điện cơ, xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể Acetyl Choline.

Điều trị hiện nay chủ yếu dựa vào các thuốc ức chế men Cholinesterase kết hợp với các liệu pháp Corticoid, các thuốc ức chế miễn dịch, lọc huyết tương.

Phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức hoặc tổ chức tuyến ức quá phát có hiệu quả nhưng thường muộn.

BASIC AND ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT IN ADULTS

Luong Quoc Chinh, MD., PhD

Emergency Department, Bach Mai Hospital

Sudden cardiac arrest (SCA) and sudden cardiac death (SCD) refer to the sudden cessation of cardiac activity with hemodynamic collapse, typically due to sustained ventricular tachycardia (VT)/ventricular fibrillation (VF). The specific causes of SCA vary with the population studied and patient age. SCA most commonly results from hemodynamic collapse due to ventricular fibrillation (VF) in the setting of structural heart disease. The outcome following SCA depends upon numerous factors including the underlying cause and the rapidity of resuscitation.

Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is a lifesaving technique useful in many emergencies, including a heart attack or near drowning, in which someone's breathing or heartbeat has stopped. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) consists of the use of chest compressions and artificial ventilation to maintain circulatory flow and oxygenation during cardiac arrest. Although survival rates and neurologic outcomes are poor for patients with cardiac arrest, early appropriate resuscitation - involving early defibrillation - and appropriate implementation of post-cardiac arrest care lead to improved survival and neurologic outcomes.

This topic review will discuss the critical facets of basic and advanced cardiac life support in adults for clinicians as presented in the American Heart Association and European Resuscitation Council's 2010 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, and the update of these guidelines published in 2015 and 2018.

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN VÀ NÂNG CAO Ở NGƯỜI LỚN

TS.BS. Lương Quốc Chính

Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai

Ngừng tim đột ngột (SCA) và đột tử do tim (SCD) đề cập tới sự ngừng đột ngột hoạt động của tim đi kèm với trụy mạch/suy tuần hoàn, thường là do nhịp nhanh thất dai dẳng (VT)/rung thất (VF). Các nguyên nhân cụ thể của ngừng tim đột ngột khác nhau theo quần thể nghiên cứu và tuổi của người bệnh. Ngừng tim đột ngột thường gặp nhất là hậu quả của trụy mạch/suy tuần hoàn do rung thất (VF) trong bệnh cảnh bệnh lý tim cấu trúc. Kết cục sau ngừng tim đột ngột phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm nguyên nhân nền và mức độ nhanh chóng trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Cấp cứu ngừng tuần hoàn là một kỹ thuật hồi sinh hữu ích trong nhiều trường hợp cấp cứu, bao gồm nhồi máu cơ tim hoặc đuối nước, mà người bệnh có ngừng tim hoặc ngừng thở. Cấp cứu ngừng tuần hoàn bao gồm việc ép tim/ép ngực và thông khí nhân tạo để duy trì lưu thông tuần hoàn và oxy hóa máu trong khi ngừng tim. Mặc dù tỷ lệ sống sót và các kết cục thần kinh còn nghèo nàn đối với người bệnh ngừng tim, nhưng nếu cấp cứu sớm và thích hợp - liên quan tới việc khử rung tim sớm - và tiến hành hồi sức sau ngừng tim phù hợp có thể làm cải thiện tỷ lệ sống sót và các kết cục thần kinh.

Chủ đề này sẽ thảo luận các khía cạnh quan trọng trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản và nâng cao ở người lớn cho các bác sĩ lâm sàng theo Hướng dẫn Hồi sinh Tim phổi và Chăm sóc Tim mạch Cấp cứu năm 2010 của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội đồng Hồi sức châu Âu, và một số cập nhật hướng dẫn này đã được công bố vào năm 2015 và 2018.

CHEST ULTRASOUND

A/Prof. Nguyen Xuan Hien, MD., PhD

Radiology Center, Bach Mai hospital

Lung ultrasound is a basic application of critical ultrasound, defined as a loop associating urgent diagnoses with immediate therapeutic decisions. There are some signs: the bat sign (pleural line), lung sliding (yielding seashore sign), the A-line (horizontal artifact); the quad sign, and sinusoid sign indicating pleural effusion; the fractal, and tissue-like sign indicating lung consolidation; the B-line, and lung rockets indicating interstitial syndrome; abolished lung sliding with the stratosphere sign suggesting pneumothorax; and the lung point indicating pneumothorax. All of these signs were assessed using CT as the “gold standard” with sensitivity and specificity ranging from 90% to 100%, allowing ultrasound to be considered as a reasonable bedside “gold standard” in the critically ill.

Conclusions: Lung ultrasound allows fast, accurate, bedside examinations of most acute respiratory disorders.

SIÊU ÂM LỒNG NGỰC

PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiền

Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai.

Siêu âm phổi là một ứng dụng quan trọng cơ bản của siêu âm, được định nghĩa là một vòng tuần hoàn về việc kết hợp chẩn đoán cấp cứu với các quyết định điều trị ngay lập tức. Có một số dấu

hiệu cơ bản: dấu hiệu con dơi (đường màng phổi), dấu hiệu trượt màng phổi (dấu hiệu đường bờ biển), A-line (dấu hiệu đường ngang); dấu hiệu hình tứ giác và dấu hiệu hình sin là biểu hiện tràn dịch màng phổi; dấu hiệu đường gấp khúc hay dấu hiệu có cấu trúc tổ chức gấp trong đông đặc phổi; dấu hiệu B-line, và đuôi sao chổi là biểu hiện của hội chứng kẽ; dấu hiệu trượt màng phổi bị mất cùng với sự xuất hiện dấu hiệu tăng bình lưu (dấu hiệu mã vạch) gợi ý tràn khí màng phổi; dấu hiệu “điểm” phổi là dấu hiệu đặc hiệu của tràn khí màng phổi trên siêu âm mode M. Chụp cắt lớp vi tính được coi là “tiêu chuẩn vàng” để phát hiện các dấu hiệu này với độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau, từ 90% đến 100%, trong những trường hợp bệnh nhân nặng thì siêu âm cũng được coi là một “tiêu chuẩn vàng” để phát hiện các dấu hiệu này.

Tóm lại: siêu âm phổi cho phép kiểm tra nhanh, chính xác, làm được tại giường và có thể phát hiện được hầu hết các rối loạn hô hấp cấp tính.

THE ROLE OF THYMECTOMY FOR TREATMENT OF MYASTHENIA GRAVIS

Nguyen Huu Uoc, Nguyen Viet Anh, Phạm Hữu Lưu

*Center of Cardio-vascular and Thoracic Surgery, Viet Duc University Hospital
Surgical Department, Hanoi Medical University*

Background: Myasthenia gravis is an autoimmune neuromuscular disease that causes impairment of the motor function of some skeletal muscle groups, which greatly affects the life and health of the patient. Thymus - especially when there is a tumor, which factors affect the pathogenesis of myasthenia. Treatment is very difficult to cure and should be combined in a variety of procedures, including medical treatment with drugs, plasma filtration and thymectomy; In addition, there is a radiotherapy. When to perform surgery, updated surgical techniques and the results of thymectomy are the main objectives of the review report on “the role of thymectomy for the treatment of myasthenia gravis.” **Methods:** report overview based on literature updates and practical experience.

Results: The most appropriate indication for thymectomy is the tumor, or gross muscle weakness with anti-acetylcholine antibody, or severe myasthenia gravis - did not respond to conservative methods. There is no age restriction, gender, but surgery should be done if the thymus with tumor; in case of no tumor, surgery should be performed for 2-4 weeks medical treatment and low dosage of corticoid. Depending on the circumstances, different thymus approaches may be chosen (classical sternotomy, open the sternotomy with a small incision, thoracotomy antero-lateral, VATS and Robot) but the general rule is to completely cut off the thymus, tumor (if any) and organize fat around the thymus. Nowadays, most popular surgical procedures are minimally-invasive surgery (VATS, Robot), with a low incidence of complications and mortality under 1%. The efficacy of thymectomy is very apparent in the tumor’s group; however, there was a reduction in the non-tumors group (but still better than non-surgical methods), with 20% postoperative improvement for one year, and an increase of more than 50% after 7-10 years; included reduce clinical symptoms, drug’s dose, decreased frequency of urgent episodes, and decreased number as well as duration of re-hospitalisation. Practical surgical treatment of myasthenia gravis at the Viet Duc

university hospital, with more than 50 patients in the last 2 years, by VATS, also showed similar results. **Conclusion:** Myasthenia gravis have multi-procedure's treatment, including thymectomy, which are indicated and recommended in most myasthenia groups. Surgery is only one part of the course of treatment for myasthenia gravis, with the primary effect of relieving the symptoms of the disease, but does not occur immediately but progresses over time. Invasive minimally surgery (VATS and robotic surgery) are the most common methods, with very low rates of complications and mortality, and short hospital stays.

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN ỨC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHƯỢC CƠ

Nguyễn Hữu Ước, Nguyễn Việt Anh, Phạm Hữu Lưu

Khoa PT Tim mạch và Lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Bộ môn Ngoại, Đại học Y Hà Nội

Tổng quan: Nhược cơ (myasthenia gravis) là một bệnh lý thần kinh cơ tự miễn (autoimmune neuromuscular disease) gây ra suy chức năng vận động của một số nhóm cơ vân, ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc sống và sức khỏe của bệnh nhân. Tuyến ức nhất là khi có u, là yếu tố có ảnh hưởng đến cơ chế bệnh sinh của nhược cơ. Điều trị rất khó khăn hãn bệnh và cần phối hợp các cách thức, bao gồm các điều trị nội khoa bằng thuốc, lọc huyết tương và phẫu thuật cắt tuyến ức; ngoài ra còn có phương pháp xạ trị. Chỉ định phẫu thuật khi nào, cập nhật các kỹ thuật mổ và kết quả phẫu thuật cắt tuyến ức là mục tiêu chính của báo cáo tổng quan về “vai trò của phẫu thuật cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ”. **Phương pháp:** báo cáo tổng quan dựa trên cập nhật y văn và kinh nghiệm thực tiễn. **Kết quả:** chỉ định cắt tuyến ức hợp lý nhất khi có u tuyến ức, hoặc nhược cơ toàn thể và có kháng thể kháng acetylcholine, hoặc nhược cơ nặng không đáp ứng với các phương pháp bảo tồn. Không có giới hạn về tuổi, giới, song cần mổ sớm nếu nhược cơ có u tuyến ức; còn nếu không có u thì nên mổ khi nhược cơ đã được kiểm soát bằng thuốc từ 2 đến 4 tuần và liều corticoid ở mức thấp. Tùy theo hoàn cảnh mà có thể lựa chọn các phương pháp tiếp cận tuyến ức khác nhau (mở dọc giữa xương ức, mở xương ức với đường rạch da nhỏ, mở ngực trước bên, các phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực và mổ Robot), nhưng nguyên tắc chung là phải cắt triệt để toàn bộ tuyến ức, u (nếu có) và tổ chức mỡ quanh tuyến ức. Phổ biến nhất hiện nay là các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ, bao gồm cả mổ Robot, với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp dưới 1%. Hiệu quả phẫu thuật cắt tuyến ức rất rõ ở nhóm có u tuyến ức; nhưng còn hạn chế ở nhóm không có u (nhưng vẫn hơn các phương pháp bảo tồn không mổ), với 20% thuyên giảm bệnh sau mổ 1 năm, và tăng lên hơn 50% sau mổ 7 - 10 năm, gồm giảm liều thuốc, giảm triệu chứng lâm sàng, giảm tần suất các đợt cấp và giảm số lần cũng như thời gian tái nhập viện. Thực tiễn điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, với hơn 50 bệnh nhân trong 2 năm gần đây, bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực, cũng cho thấy kết quả tương tự như vậy. **Kết luận:** điều trị bệnh nhược cơ gồm nhiều phương pháp, trong đó có phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến ức, được chỉ định và khuyến cáo trong hầu hết các nhóm bệnh nhược cơ. Phẫu thuật chỉ là một phần của liệu trình điều trị bệnh nhược cơ, với hiệu quả chủ yếu là thuyên giảm triệu chứng của bệnh, nhưng

không xảy ra tức thì mà tiến triển dần theo thời gian. Phẫu thuật ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ (VATS) và mổ bằng Robot là các biện pháp phổ biến nhất hiện nay, với tỷ lệ biến chứng và tử vong rất thấp, thời gian nằm viện ngắn.

NATIONAL GUIDELINE FOR SMOKING CESSATION IN VIETNAM

B.K. Le¹, H.T.Phan², N.T.T. Nguyen³, N.V.Tran⁴, L.T.T.Le⁵, K.N. Luong⁶, P.V.Dang⁷

^{1, 3, 4, 5} University of Medicine and Pharmacy at HCMC, Vietnam

^{2, 6} Tobacco harm prevention and combat funds, Ministry of Health, Vietnam

⁷ HCMC National University, Vietnam

Background and Aims: Smoking is a serious issue of public health in Vietnam, where 47.4% male and 1.4% female adults smoke tobacco. Smoking cessation is shown to be able to relieve the health burden due to tobacco smoking. However, smoking cessation is hard because tobacco dependence is a mental disorder by nature (International Code of Disease ICD: F.17), which requires appropriate medical interventions. Unfortunately, a guideline for smoking cessation has not been available in Vietnam. The Ministry of Health had the guideline written to help health professionals to manage tobacco dependence; and to provide organisations for healthcare and health security with legal documents to plan their actions against tobacco harm.

Methods: The tobacco harm prevention and combat funds of the Vietnamese Ministry of Health coordinated the guideline writing and ordered the experts from University of Medicine and Pharmacy, HCMC to develop the guideline. The guideline draft had been widely reviewed by domestic and international experts before its final approval by the Ministry of Health in December 2017. The guideline resulted from a strict process of the adaptation of guidelines for smoking cessation in the world into Vietnam in accounting for the real experiences of experts in smoking cessation in Vietnam.

Results: The 55-page guideline includes 5 chapters: Overview and Methodology; Tobacco Dependence Assessment; Consultation for Tobacco Dependence; Treatment for Tobacco Dependence; Implementation of Smoking Cessation. The guideline presents practical recommendations in the identification of tobacco dependence, motivational stages to quit smoking of individual patient. The guideline also recommends therapeutic options either consultation and/or medications relevant to each patient's motivational stage to quit smoking.

Conclusions: The National Guideline for Smoking Cessation in Vietnam has been approved by the Ministry of Health. It promises to be a useful document to help in relieving the health burden due to tobacco smoking in Vietnam.

HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN THUỐC LÁ TẠI VIỆT NAM

Lê Khắc Bảo¹, Phan Thị Hải², Nguyễn Thị Tố Như³, Trần Văn Ngọc⁴, Lê Thị Tuyết Lan⁵, Lương Ngọc Khuê⁶, Đặng Vạn Phước⁷

^{1, 3, 4} Khoa Y Đại Học Y Dược TPHCM



* Multi Unit Pellet System (MUPS): cấu trúc đa tiểu vi hạt
1. Thông tin kê toa đã được Cục Quản lý Dược – Bộ Y Tế phê duyệt

DẠNG BÀO CHẾ MUPS* ĐƯỢC SỬ DỤNG CHO CÁC ĐỐI TƯỢNG BỆNH NHÂN SAU¹:



Bơm qua ống sonde đối với bệnh nhân không nuốt được



Phân tán trong nước đối với bệnh nhân khó nuốt



Uống trực tiếp

- THÔNG TIN KÊ TOA -

NEXIUM MUPS: Esomeprazole viên nén kháng dịch dạ dày 20 mg và 40 mg.
THÀNH PHẦN: Mỗi viên chứa 20 mg hoặc 40 mg esomeprazole (dưới dạng magiê trihydrate).
ĐÓNG GÓI: Nexium mups 20 mg: hộp 2 vỉ x 7 viên; Nexium mups 40 mg: hộp 2 vỉ x 7 viên.
CHỈ ĐỊNH: *Người lớn và trẻ từ 12 tuổi trở lên:* **Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (GERD):** Điều trị viêm xoang thực quản do trào ngược; Điều trị dài hạn cho bệnh nhân viêm thực quản đã chữa lành để phòng ngừa tái phát; Điều trị triệu chứng trào ngược dạ dày-thực quản (GERD). **Kết hợp với một phác đồ kháng khuẩn thích hợp để diệt trừ *Helicobacter pylori*:** Chữa lành loét tá tràng hoặc phòng ngừa tái phát loét dạ dày-tá tràng ở bệnh nhân loét có nhiễm *Helicobacter pylori*. *Người lớn:* **Bệnh nhân cần điều trị bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) liên tục:** Chữa lành loét dạ dày do dùng thuốc NSAID và phòng ngừa loét dạ dày và loét tá tràng do dùng thuốc NSAID ở bệnh nhân có nguy cơ. **Điều trị kéo dài sau khi đã điều trị phòng ngừa tái xuất huyết do loét dạ dày tá tràng bằng đường tĩnh mạch. Điều trị hội chứng Zollinger-Ellison. LIỀU DÙNG:** Nên nuốt toàn bộ viên cùng với chất lỏng. Không nên nhai hay nghiền nát viên. Đối với bệnh nhân khó nuốt, có thể phân tán viên thuốc trong nửa ly nước không chứa carbonate, khuấy cho đến khi viên thuốc phân tán hoàn toàn và uống dịch phân tán chứa vi hạt này ngay lập tức hoặc trong vòng 30 phút. Đối với bệnh nhân không nuốt được, có thể phân tán viên thuốc trong nước không chứa carbonate và dùng qua ống thông dạ dày. *Người lớn và trẻ từ 12 tuổi trở lên:* **Viêm xoang thực quản do trào ngược:** 40 mg, 1 lần/ngày trong 4 tuần, nên điều trị thêm 4 tuần nữa cho bệnh nhân viêm thực quản chưa được chữa lành hay vẫn có triệu chứng dai dẳng; **Điều trị dài hạn cho bệnh nhân viêm thực quản đã chữa lành để phòng ngừa tái phát:** 20 mg, 1 lần/ngày; **Điều trị triệu chứng GERD:** 20 mg, 1 lần/ngày ở bệnh nhân không bị viêm thực quản. Nếu không kiểm soát được triệu chứng sau 4 tuần, bệnh nhân nên được thăm dò cận lâm sàng kỹ hơn để xác định chẩn đoán. Khi đã hết triệu chứng, có thể duy trì sự kiểm soát triệu chứng với liều 20 mg, 1 lần/ngày. *Người lớn:* **Kết hợp với một phác đồ kháng khuẩn thích hợp để diệt trừ *Helicobacter pylori*:** Chữa lành loét tá tràng hoặc phòng ngừa tái phát loét dạ dày-tá tràng ở bệnh nhân loét có nhiễm *Helicobacter pylori*: Nexium mups 20 mg, amoxicillin 1 g và clarithromycin 500 mg, tất cả dùng 2 lần/ngày trong 7 ngày. **Bệnh nhân cần điều trị bằng thuốc NSAID liên tục: Chữa lành loét dạ dày do dùng thuốc NSAID:** 20 mg, 1 lần/ngày trong 4-8 tuần; **Phòng loét dạ dày và loét tá tràng do dùng thuốc NSAID ở bệnh nhân có nguy cơ:** 20 mg, 1 lần/ngày. **Điều trị kéo dài sau khi đã điều trị phòng ngừa tái xuất huyết do loét dạ dày tá tràng bằng đường tĩnh mạch:** 40 mg, 1 lần/ngày trong 4 tuần. **Điều trị hội chứng Zollinger-Ellison:** Liều khởi đầu khuyến cáo là Nexium mups 40 mg, 2 lần/ngày, chỉnh liều theo đáp ứng của bệnh nhân và tiếp tục điều trị khi còn chỉ định về mặt lâm sàng, dữ liệu lâm sàng cho thấy phần lớn bệnh nhân được kiểm soát với liều 80-160 mg/ngày. Khi liều dùng > 80 mg/ngày, nên chia liều thành 2 lần/ngày. *Trẻ từ 12 tuổi trở lên:* **Điều trị loét tá tràng do *Helicobacter pylori*:** cần xem xét hướng dẫn chính thức của quốc gia, vùng và địa phương về sự đề kháng của vi khuẩn, thời gian điều trị và cách dùng các thuốc kháng khuẩn thích hợp. Liều dùng khuyến cáo là: *Trẻ 30-40 kg:* Nexium mups 20 mg, amoxicillin 750 mg và clarithromycin 150 mg/kg, 2 lần/ngày trong 1 tuần. *Trẻ >40 kg:* Nexium mups 20 mg, amoxicillin 1 g và clarithromycin 500 mg, 2 lần/ngày trong 1 tuần. *Trẻ dưới 12 tuổi:* Tham khảo tờ Hướng dẫn sử dụng của Nexium dạng gói chứa cốm kháng dịch dạ dày. **Bệnh nhân suy thận:** Không cần chỉnh liều. **Bệnh nhân suy gan:** Không cần chỉnh liều ở bệnh nhân tổn thương gan ở mức độ nhẹ đến trung bình. Ở bệnh nhân suy gan nặng, không nên dùng quá liều tối đa là Nexium mups 20 mg/ngày. *Người cao tuổi:* Không cần chỉnh liều. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Tiền sử quá mẫn với esomeprazole, phân nhóm benzimidazole hay các thành phần trong công thức. Không nên sử dụng esomeprazole đồng thời với nelfinavir, atazanavir. **THẬN TRỌNG:** Khi có sự hiện diện bất kỳ một triệu chứng báo động như giảm cân đáng kể không chủ ý, nôn tái phát, khó nuốt, nôn ra máu hay đại tiện phân đen và khi nghi ngờ hoặc bị loét dạ dày nên loại trừ bệnh lý ác tính vì điều trị bằng Nexium mups có thể làm giảm triệu chứng và che lấp triệu chứng chẩn đoán. Bệnh nhân điều trị thời gian dài nên được theo dõi thường xuyên. Khi kê toa esomeprazole theo chế độ điều trị khi cần thiết, nên xem xét đến mối liên quan về tương tác với các thuốc khác. Khi kê toa esomeprazole để diệt trừ *Helicobacter pylori*, nên xem xét các tương tác thuốc có thể xảy ra trong phác đồ điều trị 3 thuốc. Thuốc này có chứa đường sucrose. Bệnh nhân có các vấn đề di truyền hiếm gặp như không dung nạp fructose, kém hấp thu glucose-galactose hoặc thiếu sucrose-isomaltase không nên dùng thuốc này. Điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton có thể làm tăng nhẹ nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiêu hóa do *Salmonella* và *Campylobacter*. Không khuyến cáo dùng đồng thời esomeprazole với atazanavir. Nếu sự phối hợp atazanavir với thuốc ức chế bơm proton là không thể tránh khỏi, cần theo dõi chặt chẽ trên lâm sàng khi tăng liều atazanavir đến 400 mg kết hợp với 100 mg ritonavir; không nên sử dụng quá 20 mg esomeprazole. Esomeprazole có thể làm giảm hấp thu vitamin B12 do sự giảm hoặc thiếu axit dịch vị, nên cần nhắc ở những bệnh nhân có giảm dự trữ vitamin B12 hoặc có yếu tố nguy cơ giảm hấp thu vitamin B12 khi điều trị dài hạn. Esomeprazole là chất ức chế CYP2C19. Khi bắt đầu hay kết

qua CYP2C19. Đã có ghi nhận tương tác giữa clopidogrel và esomeprazole. Không rõ mối liên quan lâm sàng của tương tác này. Như là một biện pháp thận trọng, không khuyến khích dùng đồng thời esomeprazole và clopidogrel. Đã có các báo cáo về giảm magiê máu nặng ở những bệnh nhân điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton (PPI) như esomeprazole trong ít nhất 3 tháng. Cần nhắc định lượng nồng độ magiê máu trước khi bắt đầu điều trị PPI và định kỳ theo dõi trong quá trình điều trị ở bệnh nhân cần điều trị kéo dài hoặc dùng đồng thời PPI và digoxin hoặc các thuốc có thể gây hạ magiê máu. PPI khi dùng liều cao và trong thời gian dài (>1 năm), có thể làm tăng nhẹ nguy cơ gãy xương hông, xương cổ tay và cột sống, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi hoặc khi có sự hiện diện của yếu tố nguy cơ khác. Nhằm tránh sự can thiệp vào việc dò tìm các khối u thần kinh nội tiết do tăng nồng độ CgA, nên tạm thời ngừng điều trị bằng esomeprazole ít nhất năm ngày trước khi định lượng CgA. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Thận trọng khi dùng cho phụ nữ có thai, không dùng cho phụ nữ cho con bú. **ẢNH HƯỞNG TRÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Ít ảnh hưởng tới khả năng lái xe và vận hành máy móc, có thể xảy ra phản ứng ngoại ý như chóng mặt (ít gặp), nhìn mờ (hiếm gặp). **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Phản loại theo tần suất xảy ra: *Thường gặp >1/100 và <1/10:* Nhức đầu, đau bụng, táo bón, tiêu chảy, đầy bụng, buồn nôn/nôn. *Ít gặp >1/1000 và <1/100:* phù ngoại biên, mất ngủ, choáng váng, dị cảm, ngứa gà, chóng mặt, khô miệng, tăng men gan, viêm da, ngứa, nổi mẩn, mề đay. *Hiếm gặp >1/10000 và <1/1000:* giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, phản ứng quá mẫn như sốt, phù mạch, phản ứng/sốc phản vệ, giảm natri máu, kích động, lú lẫn, trầm cảm, rối loạn vị giác, nhìn mờ, cơ thất phế quản, viêm miệng, nhiễm candida đường tiêu hóa, viêm gan có hoặc không vàng da, hói đầu, nhạy cảm với ánh sáng, đau khớp, đau cơ, khó ở, tăng tiết mồ hôi. *Rất hiếm gặp <1/10000:* mất bạch cầu hạt, giảm toàn thể huyết cầu, nóng nảy, ảo giác, suy gan, bệnh não ở bệnh nhân đã có bệnh gan, hồng ban đa dạng, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử biểu bì gây độc (TEN), yếu cơ, viêm thận kẽ, nữ hóa tuyến vú. *Chưa biết:* giảm magiê máu. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Các nghiên cứu về tương tác thuốc mới chỉ được thực hiện ở người lớn. Esomeprazole có thể làm tăng hay giảm sự hấp thu của các thuốc khác nếu cơ chế hấp thu của các thuốc này bị ảnh hưởng bởi độ axit dạ dày như ketoconazole, itraconazole, erlotinib và digoxin. Hiếm có các báo cáo về độc tính của digoxin. Tuy nhiên, cần thận trọng khi dùng esomeprazole liều cao ở bệnh nhân cao tuổi. Cần tăng cường theo dõi việc điều trị bằng digoxin. Esomeprazole có thể làm giảm nồng độ atazanavir và nelfinavir trong huyết thanh. Không khuyến cáo sử dụng esomeprazole đồng thời với atazanavir và chống chỉ định sử dụng esomeprazole đồng thời với nelfinavir. Esomeprazole ức chế CYP2C19, có thể làm tăng nồng độ các thuốc diazepam, citalopram, imipramine, clomipramine, phenytoin... trong huyết tương và cần giảm liều dùng. Nên theo dõi bệnh nhân dùng đồng thời esomeprazole với warfarin hoặc các dẫn chất khác của coumarin. Esomeprazole làm tăng thời gian bán thải của cisapride lên 31%. Sử dụng clopidogrel (liều nạp 300 mg/ liều duy trì hàng ngày 75mg) và esomeprazole (40mg uống 1 lần/ngày) làm giảm nồng độ và thời gian tiếp xúc với chất chuyển hóa có hoạt tính của clopidogrel trung bình 40% và giảm sự ức chế tối đa kết tập tiểu cầu (gây ra bởi ADP) trung bình 14%. Khi sử dụng đồng thời clopidogrel với phối hợp liều cố định esomeprazole 20mg + ASA 81mg, nồng độ và thời gian tiếp xúc của chất chuyển hóa có hoạt tính của clopidogrel giảm gần 40% so với sử dụng clopidogrel đơn thuần. Mức độ tối đa ức chế kết tập tiểu cầu (gây bởi ADP) trên những đối tượng này là như nhau ở nhóm clopidogrel đơn thuần và nhóm clopidogrel phối hợp với (esomeprazole + ASA). Số liệu chưa nhất quán về biểu hiện lâm sàng của tương tác Dược động / Dược lực của esomeprazole trên các bệnh có tim mạch chính đã được báo cáo từ các nghiên cứu quan sát và nghiên cứu lâm sàng. Nhằm mục đích thận trọng, việc dùng đồng thời clopidogrel không được khuyến khích. Chưa biết cơ chế việc làm tăng nồng độ tacrolimus, methotrexate khi sử dụng đồng thời với esomeprazole. Các thuốc ức chế CYP3A4 và CYP2C19 có thể làm tăng nồng độ và thời gian tiếp xúc của esomeprazole, clarithromycin (500 mg, 2 lần/ngày) làm tăng gấp đôi diện tích dưới đường cong (AUC) của esomeprazole. Sự điều chỉnh liều cần được lưu ý ở bệnh nhân suy gan nặng hoặc điều trị lâu dài. Các thuốc cảm ứng CYP2C19 và CYP3A4 có thể gây giảm nồng độ esomeprazole huyết thanh (như rifampicin và cò St. John's).

NHÀ SẢN XUẤT: AstraZeneca AB, SE-151 85 Sodertalje, Thụy Điển. **NHÀ NHẬP KHẨU VÀ PHÂN PHỐI:** Công ty Cổ Phần Dược Liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, Tp. Hồ Chí Minh. **SĐK:** Nexium mups 20 mg: VN-19783-16, Nexium mups 40 mg: VN-19782-16.

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược – Bộ Y Tế: 0520/16/QLD-TT, ngày 14, tháng 03 năm 2017
Ngày in tài liệu: ngày 14 tháng 12 năm 2017

Mọi chi tiết xin liên hệ: Văn phòng đại diện AstraZeneca TP.HCM: Tầng 18, Tòa nhà AB, 76 Lê Lai, Q.1, TP.HCM. - Tel: +84(8) 3827 8088 – Fax: +84(8) 3827 8089.



Cốm pha hỗn dịch uống 10mg

Hiệu quả trong:¹

1 Điều trị bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GERD) ở trẻ em từ 1 - 11 tuổi

	10 kg ≤ Cân nặng <20 kg	Cân nặng ≥ 20 kg
Viêm xước thực quản	10 mg 1 lần/ngày x 8 tuần	10 mg hoặc 20 mg, 1 lần/ngày x 8 tuần
Triệu chứng GERD	10 mg 1 lần/ngày x 8 tuần	



THÔNG TIN KÊ TOA

2 Kết hợp với kháng sinh trong điều trị loét tá tràng do nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ từ 4 tuổi trở lên



THÀNH PHẦN: Mỗi gói chứa: 10 mg esomeprazole (dưới dạng magnesium trihydrate). **DẠNG BÀO CHẾ:** Cốm kháng dịch dạ dày để pha hỗn dịch uống. **ĐÓNG GÓI:** Nexium cốm 10 mg: hộp 28 gói. **CHỈ ĐỊNH:** Nexium hỗn dịch uống được chỉ định chính cho: **Trẻ em từ 1-11 tuổi - Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (GERD):** Điều trị viêm xước thực quản do trào ngược; Điều trị triệu chứng bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (GERD); **Trẻ em từ 4 tuổi trở lên - Kết hợp với kháng sinh trong điều trị loét tá tràng do *Helicobacter pylori*.** Nexium hỗn dịch uống cũng có thể dùng được cho những bệnh nhân nuốt khó dịch phân tán của viên nén Nexium MUPS kháng dịch dạ dày. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH SỬ DỤNG:** Đối với liều 10 mg: cho toàn bộ lượng thuốc trong gói 10 mg vào ly chứa khoảng 15 mL nước. Tương tự với liều 20 mg trong 30 mL nước không chứa carbonate. Khuấy đều và để trẻ phút cho đặc lại. Khuấy lại và uống trong vòng 30 phút. Không được nhai hoặc nghiền nát cốm. Tráng lại cốc với 15 mL nước. Đối với những bệnh nhân đặt ống qua mũi hoặc ống thông dạ dày: xin xem thông tin kê toa chi tiết. **Trẻ em từ 1-11 tuổi, cân nặng ≥ 10kg:** **Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (GERD):** Điều trị viêm xước thực quản do trào ngược: Cân nặng ≥10 - <20 kg: 10 mg 1 lần/ngày trong 8 tuần. Cân nặng ≥20 kg: 10 mg hoặc 20 mg 1 lần/ngày trong 8 tuần; **Điều trị triệu chứng bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (GERD):** 10 mg 1 lần/ngày trong 8 tuần. **Trẻ em từ 4 tuổi trở lên: Điều trị loét tá tràng do *Helicobacter pylori*:** Cân nặng <30kg, 10 mg 2 lần/ngày trong 1 tuần, kết hợp với 2 kháng sinh; Cân nặng ≥ 30kg, 20mg 2 lần/ngày trong 1 tuần, kết hợp với 2 kháng sinh. Trẻ em dưới 1 tuổi: Kinh nghiệm điều trị còn hạn chế nên không khuyến cáo sử dụng. **Người lớn và trẻ vị thành niên từ 12 tuổi trở lên:** Xin xem thông tin kê toa của Nexium MUPS. **Người tổn thương chức năng thận:** Không cần phải điều chỉnh liều. Nên thận trọng khi điều trị ở các bệnh nhân này. **Người tổn thương chức năng gan:** Không cần phải điều chỉnh liều ở bệnh nhân tổn thương gan ở mức độ từ nhẹ đến trung bình. Ở bệnh nhân ≥ 12 tuổi suy gan nặng, liều tối đa là 20 mg. Ở trẻ 1 - 11 tuổi suy gan nặng, không nên dùng quá liều tối đa là 10 mg. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Tiền sử quá mẫn với esomeprazole, phân nhóm benzimidazole hay các thành phần khác trong công thức. Không nên sử dụng esomeprazole đồng thời với nelfinavir. **LƯU Ý VÀ THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI DÙNG:** Khi có sự hiện diện bất kỳ một triệu chứng báo động nào (như là giảm cân đáng kể không chủ ý, nôn tái phát, khó nuốt, nôn ra máu hay đại tiện phân đen) và khi nghi ngờ hoặc bị loét dạ dày nên loại trừ bệnh lý ác tính vì điều trị bằng Nexium có thể làm giảm triệu chứng và làm che lấp việc chẩn đoán. Bệnh nhân điều trị thời gian dài (hơn 1 năm) nên được theo dõi thường xuyên. Khi kê toa esomeprazole theo chế độ điều trị khi cần thiết nên xem xét đến mối liên quan về tương tác với các thuốc khác do nồng độ esomeprazol trong huyết tương có thể thay đổi. Không dùng thuốc trên các bệnh nhân có các vấn đề di truyền hiếm gặp như không dung nạp fructose, kém hấp thu glucose-galactose hoặc thiếu sucrose-isomaltase. Thuốc ức chế bơm proton có thể làm tăng nhẹ nguy cơ nhiễm *Salmonella* và *Campylobacter*, giảm hấp thu vitamin B12, hạ magiesi huyết. Nên cần nhắc kiểm tra nồng độ magiesi trong máu trước khi dùng PPI và kiểm tra định kỳ khi cần điều trị kéo dài, hoặc ở người có dùng thuốc gây hạ magiesi huyết. Không dùng đồng thời với atazanavir, nếu phải dùng, liều esomeprazole tối đa là 20 mg. Thuốc ức chế bơm proton có thể làm tăng nhẹ nguy cơ gãy xương hông, xương cổ tay và cột sống. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Esomeprazole có thể làm tăng hay giảm sự hấp thu của các thuốc có cơ chế hấp thu phụ thuộc độ axit dạ dày (như ketoconazole, itraconazole và erlotinib). Không khuyến cáo sử dụng đồng thời với atazanavir và chống chỉ định với nelfinavir. Có ghi nhận tương tác dược động/ dược lực học với clopidogrel. Để thận trọng, không nên dùng đồng thời với clopidogrel. Cần nhắc ngưng dùng esomeprazole ở bệnh nhân dùng liều cao methotrexate. Esomeprazole ức chế CYP2C19, có thể làm tăng nồng độ các thuốc diazepam, citalopram, imipramine, clomipramine, phenytoin... trong huyết tương. Nên theo dõi bệnh nhân dùng đồng thời esomeprazole với warfarin hoặc các dẫn chất khác của coumarin. Esomeprazole làm tăng thời gian bán thải của cisapride lên 31%. Các thuốc ức chế CYP3A4 và CYP2C19 có thể làm tăng nồng độ và thời gian tiếp xúc của esomeprazole, cần thận trọng trên các bệnh nhân suy gan nặng hoặc có chỉ định điều trị dài hạn. Các thuốc cảm ứng CYP2C19 hoặc CYP3A4 hoặc cả hai có thể gây giảm nồng độ esomeprazole huyết thanh. Tương tác với các xét nghiệm: Sự tăng nồng độ Chromogranin A (CgA) có thể can thiệp vào việc dò tìm các khối u thần kinh nội tiết. Nên ngừng điều trị bằng esomeprazole ít nhất 5 ngày trước khi định lượng CgA. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Thận trọng khi kê toa cho phụ nữ có thai. Không nên dùng Nexium trong khi cho con bú. **KHÔNG ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC. PHẢN ỨNG KHÔNG MONG MUỐN:** Thường gặp >1/100 và <1/10: Nhức đầu, đau bụng, táo bón, tiêu chảy, đầy bụng, buồn nôn/nôn. Ít gặp ≥1/1000 và < 1/100: gây xương hông, xương cổ tay hoặc cột sống, phù ngoại biên, mất ngủ, choáng váng, dị cảm, ngứa gà, chóng mặt, khô miệng, tăng men gan, viêm da, ngứa, nổi mẩn, mề đay. Hiếm gặp ≥1/10000 và <1/1000: giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, phản ứng quá mẫn như sốt, phù mạch, phản ứng/sốc phản vệ, giảm natri máu, kích động, lú lẫn, trầm cảm, rối loạn vị giác, nhìn mờ, cơ thất phế quản, viêm miệng, nhiễm candida đường tiêu hóa, viêm gan có hoặc không vàng da, hói đầu, nhạy cảm với ánh sáng, đau khớp, đau cơ, khó ở, tăng tiết mồ hôi. *Rất hiếm gặp < 1/10000:* mất bạch cầu hạt, giảm toàn thể huyết cầu, nóng nảy, ảo giác, suy gan, bệnh não ở bệnh nhân đã có bệnh gan, hồng ban đa dạng, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử biểu bì gây độc (TEN), yếu cơ, viêm thận kẽ, nữ hóa tuyến vú. **NHÀ SẢN XUẤT:** AstraZeneca AB, SE-151 85 Sodertalje, Thụy Điển. **SĐK:** VN-17834-14. **NHÀ NHẬP KHẨU VÀ PHÂN PHỐI:** Công ty Cổ Phần Dược Liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, Tp. Hồ Chí Minh

Mọi chi tiết xin liên hệ: Văn phòng đại diện AstraZeneca TP.HCM: Tầng 18, Tòa nhà AB, 76 Lê Lai, Q.1, TP.HCM. - Tel: +84(8) 3827 8088 – Fax: +84(8) 3827 8089. HÀ NỘI: Tầng 6, Tòa nhà Sao Bắc, 4 Dã Tượng, Hà Nội. - Tel: +84(4) 3822 4443
Tài liệu tham khảo: 1. Thông tin kê toa Nexium đã được Cục QLĐ phê duyệt
Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược – Bộ Y Tế: 0234/16/QLD-TT, ngày 05 tháng 09 năm 2016
Ngày in tài liệu: Ngày, tháng, năm





HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

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



THÔNG TIN KÊ TOA PULMICORT RESPULES (Budesonid)

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

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

Mọi chi tiết xin liên hệ VPDD AstraZeneca
Tòa nhà AB, Lầu 18, 76 Lê Lai Q.1, TP.Hồ Chí Minh, Việt Nam. Tel: 848 - 3827 8088 - Fax: 848 - 3827 8089
Tòa nhà Sao Bắc, Lầu 6, P.601, 4 Dã Tượng, Q.Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam. Tel: 844 - 3822 4443/4 - Fax: 844 - 3822 4445



^{2,6} Quỹ phòng, chống tác hại của thuốc lá, Bộ Y tế

⁷ Khoa Y - Đại học quốc gia TP HCM

Bối cảnh và mục tiêu: Hút thuốc lá là vấn đề sức khỏe cộng đồng tại Việt Nam với 47,4% nam và 1,4% nữ hút thuốc lá. Cai thuốc lá giúp giảm gánh nặng này. Cai thuốc lá khó vì nghiện thuốc lá là rối loạn tâm thần (ICD: F.17), cần can thiệp y khoa. Hướng dẫn điều trị cai nghiện thuốc lá hiện chưa có ở Việt Nam. Bộ Y tế tổ chức biên soạn hướng dẫn này để giúp cán bộ y tế để tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá; và làm cơ sở pháp lý cho các cơ sở y tế và bảo hiểm y tế lập kế hoạch phòng chống tác hại thuốc lá.

Phương pháp nghiên cứu: Quỹ phòng, chống tác hại của thuốc lá, Bộ Y Tế chủ trì biên soạn và giao chuyên gia thuộc ĐHYD TP.HCM thực hiện. Bản thảo được gửi lấy ý kiến rộng rãi các chuyên gia trong và ngoài nước trước nghiệm thu tháng 12/2017. Hướng dẫn được xây dựng trên cơ sở tham khảo các hướng dẫn tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá trên thế giới và cải biên theo kinh nghiệm điều trị thực tế của cán bộ y tế tại Việt Nam.

Kết quả: Hướng dẫn 55 trang, gồm 5 chương: Tổng quan và phương pháp; Đánh giá nghiện thuốc lá; Tư vấn cai nghiện thuốc lá; Điều trị cai nghiện thuốc lá; Triển khai điều trị cai nghiện thuốc lá, trình bày các khuyến cáo giúp nhận diện nghiện thuốc lá, giai đoạn trưởng thành quyết tâm cai thuốc lá, lựa chọn điều trị tư vấn và dùng thuốc phù hợp.

Kết luận: Hướng dẫn tổ chức tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại Việt Nam đã được Bộ Y tế công nhận, hứa hẹn là tài liệu hữu ích giải quyết gánh nặng hút thuốc lá tại Việt Nam.

LOCAL ANESTHETIC SYSTEMIC TOXICITY, UPDATE 2018

Nguyen Trung Kien¹, Nguyen Anh Tuan², Cong Quyet Thang³

¹ Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Military Hospital 103, Vietnam Military Medical University

² Department of Anesthesiology and Pain Medicine, University Medical Center, Hochiminh City, Vietnam

³ The President of Vietnam Society of Anesthesiologists

Background and Aims: Local anesthetic system toxicity (LAST) is a recognized complication which was introduced when cocaine as the first local anesthetic in the late nineteenth century. Mechanism, diagnosis and treatment of LAST base on the guideline 2018 of the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (ASRA) and the role of Intralipid emulsion 20%.

Methods: We based on Guideline of ASRA and searched in Medline (via PubMed), PubMed Clinical Queries, and the Cochrane Database of Systematic Reviews for systematic reviews and case report about local anesthetic systemic toxicity

Results: Currently available data indicate that the incidence of LAST associated with peripheral nerve blocks has decreased from 1.6 - 2/1000 in the 1990s to 0.08 - 0.98/1000 between 2003 and 2013. LAST outside the usual scope of an anesthesiologist include retrobulbar blocks for ophthalmologic surgery and inferior alveolar nerve blocks for dental procedures. The richly vascular area

of the pterygomandibular space increases the risk for intravascular needle placement, which can be as high as 15.3% even among experienced oral surgeons. Neurologic toxicity has also been described after the topical use of local anesthetic, which anesthesia providers frequently use prior to airway instrumentation for awake intubation. A 20% lipid emulsion is efficacious in the treatment of LAST caused by bupivacaine as well as other less-soluble LAs, such as ropivacain, mepivacaine and lidocain.

Conclusions: Although LAST is fatal complication but it can be prevented and managed. Intralipid emulsion 20% infusion provided a good effective treatment for LAST.

CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ THÂN, CẬP NHẬT 2018

PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên¹, Ths. Nguyễn Anh Tuấn², PGS.TS. Công Quyết Thắng³

¹Khoa Gây mê, Bệnh viện Quân y 103, Học Viện Quân Y

²Khoa Gây mê, Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM

³Chủ tịch Hội Gây Mê Hồi Sức Việt Nam

Bối cảnh và mục tiêu: Ngộ độc thuốc tê toàn thân (LAST) là một biến chứng đã được thông báo ngay từ khi thuốc tê đầu tiên cocain được tìm ra cuối thế kỷ 19. Bài này sẽ khái quát về cơ chế, chẩn đoán và điều trị LAST bằng intralipid 20% từ cập nhật mới nhất của Hiệp Hội Gây tê vùng và Giảm đau Hoa Kỳ 2018.

Phương pháp nghiên cứu: Dựa trên gui delin của Hiệp Hội gây tê vùng giảm đau Hoa Kỳ và các dữ liệu trên Pubmed, các nghiên cứu cộng gộp và các thông báo lâm sàng về LAST.

Kết quả: Tỷ lệ LAST khi gây tê thần kinh ngoại vi là 1,6-2/1000 ca trong thập niên 90 và khoảng 0,08-0,98/1000 ca từ năm 2003-2013. LAST xảy ra ngoài phạm vi của bác sĩ gây mê như khi gây tê hậu nhãn cầu cho các phẫu thuật mắt và gây tê thần kinh ổ răng khi nhổ răng. Tỷ lệ tiêm thuốc tê vào mạch máu ở khu chân bướm hàm khoảng 15,3% dù là bác sĩ có kinh nghiệm. LAST cũng đã được thông báo sau khi xịt thuốc tê tại chỗ trước khi đặt ống nội khí quản ở dưới phun tê. Dung dịch lipid nhũ tương 20% có hiệu quả điều trị LAST do thuốc tê bupivacain cũng như các thuốc tê ít hoà tan khác như ropivacain, mepivacain và lidocain.

Kết luận: Ngộ độc thuốc tê toàn thân (LAST) là một biến chứng gây tử vong nhưng có thể dự phòng và điều trị. Dung dịch nhũ tương intralipid 20% có hiệu quả tốt trong điều trị LAST.

INTERVENTIONAL TREATMENT OF VASCULAR MALFORMATION LEADING TO HEMOPTYSIS

Manabu Suzuki, Haruhito Sugiyama

Department of Respiratory Medicine, National Center for Global Health and Medicine Hospital

Massive hemoptysis is generally described by various degrees, approximately over 200 ml or more than 4 cups (50 ml) of blood which is commonly expelled from the lower respiratory tract. It shows that massive hemoptysis may be fewer than 5% of all of the cases, but massive hemoptysis sometimes brings to a life-threatening condition caused by asphyxiating the patients to death, therefore,

it is necessary for pulmonologists to have sufficient understanding of adequate treatments.

In particular, we order that the patients keep quiet in bed, lateral positioning under the disease side in order to avoid pouring the blood into the healthy lung.

If the patients show hypoxemia we support oxygen, and hemostatic agents are given intravenously such as carbazochrome salicylate and tranexamic acid.

The recurrent hemoptysis patients have to spend feeling scared in daily life because of persistent sudden unexpected hemoptysis which severely impairs their quality of life regardless of the amount of hemoptysis.

The pulmonologists must take care of these patients in everyday clinical practice.

Is there any useful treatment other than symptomatic therapy that will improve the general condition of hemoptysis patients?

We have a useful procedure. It is Bronchial artery embolization (BAE).

BAE has been known to play an important role in emergent palliative hemostasis of massive hemoptysis in various diseases for decades.

Due to a recent revolution in the technology, we can make advancements in interventional devices and techniques, and we can perform treatment more safely and with more efficacy to produce the embolization. Nowadays, our BAE team members have performed all procedures of angiography and embolization. But these procedures need to be practiced to achieve a certain level of experience.

If you want to acquire these skills, you should train in the adequate department. We believe that you can do it! Let's make a BAE team in respiratory medicine in Vietnam.

EFFECTIVE LIPHD - RICH IN TREATING PATIENTS WITH CHRONIC PULMONARY DISEASE WITH VENTILATATOR

Vu Thi Thanh, MD., PhD

Nutrition Department, Bach Mai hospital

To complete this study we would like to thank the Board of Directors of Bach Mai Hospital, Clinical Nutrition Center, Clinic Respiratory Center, Intensive Care Unit, Emergency Department A9, Truong Sinh Company, Functional departments of Bach Mai Hospital, Hanoi Medical University, Preventive Medicine Training Institute, Department of Nutrition and Safety, Assoc. TS. Dr. Tran Thi Phuc Nguyet, PhD. Le Thi Diem Tuyet.

Background and Objectives: Chronic obstructive pulmonary disease in Viet Nam accounts for 4.2% according to Nguyen Thi Xuyen et al. (2010), and studies in the world and in Vietnam have demonstrated the efficacy of cannabis. Dietary advice for patients with COPD. However, the Ministry of Health of Vietnam has not recommended dietary regimen for patients with COPD. Vietnam has not found a study to evaluate the effect of diets with high lipid content, low glucose content for patients. Therefore, we study with the aim to: (1) assess the nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease at Bach Mai Hospital; (2) Application and evaluation of lip-

id-rich diet for patients with chronic obstructive pulmonary disease at Bach Mai Hospital.

Research method: Intervention research with comparative study. Research on the selection of soups and dairy products.

Result:

- BMI: Malnutrition patients account for 73.7%; Risk of malnutrition is 96.6%; Biochemical index: Prealbumin<20g/l accounts for 60.2%; Albumin<35g/l accounted for 87.3%;

- Weight change after intervention: soup group: weight increased from 44.4 to 44.9 kg; Falls from 84.1% to 29.5%; Group ensure: weight increased from 43.8 to 45 kg; Relieved from 76.5% to 17.6%; Control: weight decreased from 45.6 to 44.5 kg; Fluctuating from 77.5% to 47.5%; SGA change: Significant improvement in intervention group, less improvement in control group

Conclude: Patients with mechanical ventilation for COPD have both malnutrition clinical and sub-clinical.

After nutritional intervention, there was a marked improvement in weight, nutritional status in the intervention group, and no clinical or laboratory improvement in the control group.

DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN COPD VÀ BỆNH NHÂN THỞ MÁY

TS.BS. Vũ Thị Thanh

Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Bạch Mai

Để hoàn thành nghiên cứu này chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện Bạch Mai, Trung tâm Dinh dưỡng lâm sàng, Khoa Hồi Súc Tích Cực, Trung Tâm Hô Hấp, Khoa Cấp cứu A9, Công Ty Trường Sinh, các phòng ban chức năng của Bệnh viện Bạch Mai, Trường Đại Học Y Hà Nội, Viện Đào tạo Y học dự phòng, Bộ Môn Dinh Dưỡng và ATTP, PGS. TS. Trần Thị Phúc Nguyệt, TS. Lê Thị Diễm Tuyết.

Bối cảnh và mục tiêu: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam chiếm 4,2% theo Nguyễn Thị Xuyên và cộng sự (2010), đồng thời các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam đã chứng minh hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng đối với bệnh nhân COPD. Tuy nhiên, Bộ Y Tế của Việt Nam cũng chưa có khuyến cáo chế độ dinh dưỡng dành cho bệnh nhân COPD. Việt Nam chưa thấy có nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của chế độ dinh dưỡng với hàm lượng lipid cao, hàm lượng glucid thấp cho bệnh nhân. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu: (1) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thở máy tại Bệnh viện Bạch Mai; (2) Ứng dụng và đánh giá hiệu quả chế độ dinh dưỡng giàu lipid cho bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thở máy tại Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có so sánh đối chứng. Nghiên cứu chọn 2 sản phẩm súp và sữa.

Kết quả:

- Chỉ số BMI: Bệnh nhân bị suy dinh dưỡng chiếm 73,7%; Nguy cơ SDD các mức độ 96,6%;Chỉ số hóa sinh: Prealbumin<20g/l chiếm 60,2%; Albumin <35g/l chiếm 87,3%;

- Thay đổi cân nặng sau can thiệp: Nhóm súp: Cân nặng tăng từ 44,4 lên 44,9kg; Phù giảm từ

84,1% xuống 29,5%; Nhóm ensure: Cân nặng tăng từ 43,8 lên 45kg; Phù giảm từ 76,5% xuống 17,6%; Nhóm chứng: Cân nặng giảm từ 45,6 xuống 44,5kg; Phù giảm từ 77,5% xuống 47,5%; Thay đổi chỉ số SGA: Cải thiện rõ ở nhóm can thiệp, nhóm chứng ít cải thiện

Kết luận: Bệnh nhân đợt cấp COPD thở máy có suy dinh dưỡng cả trên lâm sàng và trên cận lâm sàng.

Sau can thiệp dinh dưỡng có cải thiện rõ rệt về cân nặng, chỉ số dinh dưỡng ở nhóm can thiệp súp, ensure, không cải thiện về lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm chứng.

DESIGNING CLINICAL RESEARCH #1: DEVELOPING A RESEARCH IDEA

Toshie Manabe, MPH, Ph.D.

Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan

Evidence based medicine (EBM) is the reasonable use of modern and best evidence in making decisions about the care of patients. EBM integrates clinical experience and patient values with the available research information. Your clinical experiences have a value and a high potential for making the new evidence through the clinical research.

The first step for conducting the clinical research is to take your daily clinical questions and ideas to “Research Question (RQ).” Research question can be modeled by PICO. The elements of PICO include: Population (patient)/Problem, Intervention/Exposure, Comparison, and Outcome. Take the example, if your question is, “Does early access to hospital reduce developing pneumonia among patients with respiratory infection,” you can model PICO such as: P, patients with respiratory infection; I (E), number of days to access hospital; C, Patients who early- vs. delayed access to hospital; O, developing pneumonia. By this PICO, your QR can be “Whether the prevalence of pneumonia in patients with early access to hospital due to respiratory infection is lower than those with delayed access to hospital.” Following to this QR, you can make a study plan. For instance, your study will be to observe the number of days from symptom onset to access to hospital on patients who visited your hospital due to respiratory infection, then to compare the prevalence of pneumonia among patients in groups of early- and delayed access to hospital.

After modeling PICO, the next step is to assess your RQ, if it is feasible, interesting, novel, ethical, and relevant (FINER). Feasible includes the number of subjects, technical expertise, cost in time and money, and scope. For the medical providers, Interesting is very much important for having a motivation to conduct the research besides the daily practice. Good clinical research contributes novel information. The novelty of your study can be determined by thoroughly reviewing the literature. Currently, some good medical-related databases are available through the internet as well as the free online medical journals. However, even though you find the similar studies in the previous papers, I encourage you to conduct your research unless the previous paper was reported from Vietnam. A good RQ must be ethical. If the study poses unacceptable physical risks or invasion of privacy, the investigator must seek other ways to answer your question. Relevant is the most important issue for the consideration of your research. When relevance is uncertain, talk to your col-

leagues, mentors and other clinicians and experts. The most importantly, ask yourself “So what?” In this session, an introduction to how you can bring your idea to clinical research using the Vietnam-Japan cooperative research papers that we previously conducted in Vietnam.

AIR POLLUTION- A RISK OF HOSPITALIZATION FOR RESPIRATORY DISEASES IN RED RIVER REGION: EVIDENCE FROM THE APHIST PROJECT

Le Tu Hoang¹ MPH ; Ngo Quy Chau² MD. PhD. Prof; Phan Thi Hanh² MD; Tran Minh Dien³ MD. PhD. Ass Prof; Nguyen Thi Nhat Thanh⁴ Bsc. PhD. Ass Prof, Nguyen Thi Trang Nhung⁹¹ PhD.

¹: Hanoi University of Public Health

²: Bach Mai Hospital

³: National Hospital of Children

⁴: University of Engineering and Technology, Vietnam National University Hanoi,

Recently, attention has focused on whether ambient air pollution is a specific trigger of respiratory diseases in Vietnam. The results of previous study on children in Hanoi assessing the effects of ambient air pollution on the risk of hospitalization for acute lower respiratory infection were observed. We used a three-province case-crossover study to examine risk of hospitalization associated with ambient air pollutants for 130'000 hospital admissions for respiratory diseases during 2011-2016 among residents of three provinces: Hanoi, Phu Tho and Quang Ninh. We used time-stratified controls matched on day of the week, temperature and humidity to detect possible residual confounding by weather. We found most ambient air pollutants are associated with increased risks of hospitalizations for respiratory diseases in Hanoi. For example, a 2.6% [95% confidence interval (CI), 1.0 - 4.3%] increased risk of hospitalization for respiratory disease per 53.2 µg/m³ increase in ambient fine particulate matter with aerodynamic diameter < 10µm concentration. The results are still consistent in the two-pollutant models. The similar figures were observed in Quang Ninh province but not for Phu Tho. The effects varied by seasons and age groups. We conclude that increased concentrations of ambient air pollutants are associated with increased risk of respiratory diseases among the Vietnam population. The high risk suggests that current concentrations of ambient air pollutants in Vietnam need to be reduced to protect people health.

Key words: air pollution, respiratory diseases, case-crossover

Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ - YẾU TỐ LÀM TĂNG SỐ NGƯỜI NHẬP VIỆN DO BỆNH HÔ HẤP TẠI ĐỒNG BẰNG SÔNG HỒNG: BẰNG CHỨNG TỪ NGHIÊN CỨU APHIST

Thạc sỹ Lê Tự Hoàng¹; Bác sỹ, Tiến sỹ, Giáo sư Ngô Quý Châu²; Bác sỹ Phan Thị Hạnh²; Bác sỹ, Tiến sỹ, Phó Giáo sư Trần Minh Điển³; Tiến sỹ Phó Giáo sư Nguyễn Thị Nhật Thanh⁴; Tiến sỹ Nguyễn Thị Trang Nhung¹

¹: Trường Đại học Y tế Công cộng

²: Bệnh viện Bạch Mai

³: Bệnh viện Nhi Trung Ương

⁴: Trường Đại học Công nghệ, Đại học Quốc gia Hà Nội

Trong thời gian gần đây, mối quan tâm liệu ô nhiễm không khí bên ngoài có làm gia tăng nguy cơ bị bệnh hô hấp ở Việt Nam đang được quan tâm. Kết quả nghiên cứu trước đây đã chỉ ra ô nhiễm không khí làm tăng nguy cơ nhập viện do bệnh hô hấp dưới cấp tính ở trẻ em. Chúng tôi sử dụng phép phân tích thuần tập bắt chéo tại 3 tỉnh (Hà Nội, Phú Thọ và Quảng Ninh) với trên 130000 ca nhập viện để đánh giá mối liên quan giữa nguy cơ nhập viện do bệnh hô hấp và các chất ô nhiễm trong giai đoạn 2011 -2016 của người dân. Chúng tôi sử dụng ngày trong tuần là nhóm chứng thời gian và hiệu chỉnh cho nhiệt độ và độ ẩm. Kết quả cho thấy đa số các chất ô nhiễm đều làm tăng nguy cơ nhập viện do bệnh hô hấp ở Hà Nội. Ví dụ, khi PM10 (bụi có kích thước nhỏ hơn 10 µm) tăng thêm 53.2 µg/m³ thì nguy cơ nhập viện do bệnh hô hấp tăng thêm 2.6% [95% khoảng tin cậy: 1.0 - 4.3%]. Mối liên quan vẫn có ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh với một chất ô nhiễm khác. Phép phân tích ở Quảng Ninh cũng có kết quả tương tự, nhưng ở Phú Thọ chúng tôi không tìm thấy mối liên quan. Độ lớn của sự tác động khác nhau theo mùa và nhóm tuổi.

Chúng tôi kết luận rằng ô nhiễm không khí làm tăng nguy cơ nhập viện cho bệnh hô hấp ở người dân Việt Nam. Với mức độ liên quan lớn ở mức ô nhiễm hiện nay gợi ý rằng Việt Nam cần kiểm soát mức độ ô nhiễm để bảo vệ sức khỏe cho người dân.

Từ khóa: Ô nhiễm không khí, bệnh hô hấp, thuần tập bắt chéo

THE ROLE OF LYMPHADENECTOMY IN LUNG CANCER SURGERY

Ngo Gia Khanh, MD

Bach Mai Hospital

Lobectomy with systematic complete mediastinal lymph node dissection is standard surgical treatment for localized non - small cell lung cancer. In recent decades, the intrathoracic reevaluation of disease at thoracotomy for lung cancer has evolved into a detailed and sophisticated assessment of disease extent. Central to this is an evaluation of nodal involvement at the mediastinal and hilar levels. Defining the extent of lymph node involvement is important for accurate staging and prognostic guidance. Accurate lymph node assessment also guides the decision to use adjuvant therapy after resection. In this manuscript, anatomy and physiology of the thoracic lymphatic system, lymphatic drainage from lung into the mediastinum, and technique of lymph node dissection for lung cancer are described.

VAI TRÒ CỦA NẠO VẾT HẠCH TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI

Thạc sĩ Ngô Gia Khánh

Bệnh viện Bạch Mai

Cắt thùy phổi nạo vét hạch hệ thống là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị Ung thư phổi không tế bào nhỏ. Những năm gần đây, việc đánh giá giai đoạn bệnh trong mổ ngày càng chi tiết và tỷ mỉ. Trung tâm trong việc đánh giá này là xác định mức độ liên quan của hạch trung thất và hạch rốn

phổi với u nguyên phát. Việc xác định này rất quan trọng để đánh giá giai đoạn bệnh, tiên lượng cũng như lựa chọn phác đồ điều trị hỗ trợ sau mổ. Trong báo cáo này, chúng tôi hệ thống lại ý kiến về giải phẫu sinh lý của hệ thống bạch huyết của phổi cũng như đường dẫn lưu bạch huyết từ phổi tới hạch trung thất và mô tả lại các kỹ thuật nạo vét hạch trong phẫu thuật ung thư phổi.

CHANGES OF THE PARAMETERS OF RESPIRATORY FUNCTION, MEASURED BY WHOLE BODY PLETHYSMOGRAPHY, IN STABLE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS

A/Prof. Ta Ba Thang, MD., PhD

Respiratory center-103 Military hospital 103, Military Medical University

Background and Aims: Assessment of respiratory function plays an important role in diagnosis, evaluation of progression and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Aims: To assess the change of parameters of respiratory function measured by whole body plethysmography in stable COPD patients.

Subjects and methods: A descriptive, cross-sectional and prospective study was carried out in 103 stable COPD patients, treated in the Respiratory center - Military Hospital 103 from November 2013 to July 2016. All of them were underwent whole body plethysmography to be assessed the parameters: VC, FVC, FEV1, RV, TLC, Raw and DLCO.

Results: The mean of RV and TLC increased clearly, with the values of 236.56 ± 68.75 %predicted and 138.03 ± 24.34 %predicted, of whom 92.24% of patients have severe overinflation of the lungs. The mean of Raw was 9.06 ± 3.96 cmH₂O/l/sec and 61,77% of patients increased Raw severely. The mean of DLCO was 63.26 ± 20.73 % predicted and the highest portion of the patients increased DLCO lightly (55.56%). FEV1 had negative correlation with RV ($r = -0,539$), Raw ($r = -0,40$), PaCO₂ ($r = -0,44$) and positive one with DLCO ($r = 0,57$) and PaO₂ ($r = 0,57$) ($p < 0,05$).

Conclusions: The stable COPD patients have severe overinflation of the lungs and disorder of gas diffusion.

THAY ĐỔI CÁC THÔNG SỐ CHỨC NĂNG HÔ HẤP ĐO BẰNG PHƯƠNG PHÁP THỂ TÍCH KÝ THÂN Ở BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NGOÀI ĐỢT CẤP

PGS.TS Tạ Bá Thắng

Trung tâm Nội hô hấp-Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Bối cảnh và mục tiêu: Thăm dò chức năng hô hấp có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, đánh giá tiến triển và tiên lượng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT).

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thay đổi một số thông số chức năng hô hấp đo bằng phương pháp thể tích ký thân ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu trên 103 bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp điều trị tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Quân y 103 từ 11/2013 đến 7/2016 được đo các thông số chức năng hô hấp bằng phương pháp thể tích ký thân để đánh giá các thông số VC, FVC, FEV1, RV,

TLC, Raw và DLCO.

Kết quả: Giá trị trung bình RV là $236,56 \pm 68,75$ %SLT và TLC là $138,03 \pm 24,34$ %SLT đều tăng cao và có 92,24% bệnh nhân căng giãn phổi mức độ nặng. Giá trị trung bình Raw là $9,06 \pm 3,96$ cmH₂O/l/sec và 61,77% bệnh nhân có Raw tăng mức độ nặng. Giá trị trung bình DLCO là $63,26 \pm 20,73$ %SLT và mức DLCO giảm nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (55,56%). FEV1 có mối tương quan nghịch với RV ($r = -0,539$), Raw ($r = -0,40$), PaCO₂ ($r = -0,44$) và có mối tương quan thuận với DLCO ($r = 0,57$), PaO₂ ($r = 0,57$) ($p < 0,05$).

Kết luận: Các bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp có căng giãn phổi nặng và có rối loạn khuếch tán khí.

DESIGNING CLINICAL RESEARCH #2: STUDY DESIGN

Toshie Manabe, MPH, Ph.D.

Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan

The process of developing study plan begins with the one-sentence research question described in the session #1. Based on your research question, it is good to write the outline of the elements of the research on a sheet of paper. This sheet can be a standardized checklist to remind the investigators components and can expand to the study protocol. It is also contribute when you write the research manuscript after finishing the study. The elements of the research include title, research question, study design, study site, subject (entry criteria, sampling design), method of intervention/observation, study period, collecting variables (primary outcome, secondary outcomes), and statistical issues. A sample of our "study plan sheet" will be shown in the session.

The study design on clinical, medical and epidemiological studies is the formulation of experiments and observational researches involving human beings. The study design has mainly Observational study and Experimental (Intervention) study. Observational study includes Descriptive study and Analytical study. Descriptive study describes data and characteristics of the population or phenomenon being studied. Although the data description is factual, accurate and systematic, the research cannot describe what caused a situation. Analytical studies used for testing your hypotheses. It includes Cohort, Case-Control, and Cross-sectional studies. Cohort study begins with a group of people who do not have the disease (condition), takes baseline measurements, then follows them over time to determine whether people get disease and determine the correlations with the risk of exposure. Case-Control study is often used to identify factors that may contribute to a medical condition by comparing patients who have that condition/disease (case) with patients who do not have the condition/disease but are otherwise similar (control). Cross-sectional study can be thought of as providing a "snapshot" of the frequency and characteristics of a disease in a population at a particular point-of-time. Experimental study is used for Clinical trials including Randomized controlled trials (RCTs). Investigators apply an intervention and observe the effect on outcomes. The major advantage of a trial over an observational study is the ability to demonstrate causality. Cost, source of population, time, convenient, and indicators are different

according to the study design.

In this session, the detail of each study design would be presented as well as the statistical indicators on each design including incidence rate, relative risk, attributable risk, and odds ratio for developing your “study plan sheet.” Your motivation and knowledge for challenging to conduct clinical research would be higher.

VIRAL PATHOGENS ASSOCIATED WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS AMONG MYANMAR CHILDREN IN YONGON DURING 2014-2015

Le Minh Nhat^{1,2}, Yoshihara Keisuke¹, Toizumi Michiko¹, Hintin Lin^{3,4}, Masahiro Hashizume¹, Ariyoshi Koya⁵, Yoshida Lay-Myint¹

¹ Department of Pediatric Infectious Diseases, Institute of Tropical Medicine, Nagasaki University, Japan

² National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi, Vietnam

³ Department of Medical Research, Yangon Children Hospital, Myanmar

⁴ Yangon Children Hospital, Myanmar

⁵ Department of Clinical Medicine, Institute of Tropical Medicine, Nagasaki University.

Background and Aims: It is estimated that about 1.9 million children die from acute respiratory infection (ARI) every year, ranking as the second leading cause of children death. A wide range of pathogens are responsible for ARI. In children, viral pathogens like rhinovirus (HRV), respiratory syncytial virus (RSV) and Influenza virus are the main causes of ARI. The spread of new emerging respiratory viruses as SARS-CoV, MERS-CoV and recently re-emerging of HEV-D68 had huge impact on global health and economy. However, the epidemiology and impact of respiratory viruses in tropical and developing countries are still limited. This study to investigate the epidemiology, clinical and molecular characteristic of respiratory viruses on pediatric hospitalized ARI in Myanmar

Methods: A hospital-based prospective surveillance was conducted from January 2014 to August 2015 collected demographic, clinical data and nasopharyngeal swab from children under 5 year of age admitted to Yongon Hospital with ARI symptom. Respiratory viruses was screened by multiplex PCR assay and genotyped by sequencing.

Results: Among enrolled of 400 pediatric hospitalized ARI case, 262 (66%) positive for any virus detected with 10% were co-infection. HRV, RSV, and Influenza A virus were three common viruses at 129 (32.4%); 72(18%); and 35 (8.8%), respectively. Children ARI hospitalized with any respiratory viruses detected were younger but have more frequency of wheeze (40.1% versus 26.1%) and difficulty breathing (69.8% vs 58%). Children infected with RSV were younger than RSV negative group but significant severe with more frequency of wheeze (65.4 vs 31.2%); difficulty breathing (84.6% vs 63.5%); chest-wall indrawing (67.3% vs 33.9%) and diagnosis severe LRTI (67.3% vs 39.7%). Almost of RSV-A were ON1 genotype while RSV-B were BA genotype. However, the demographic and clinical characteristic between RSV- A and B were not significant different. Using the specific primers for Picornavirus genus at 5'-UTR have detected 177

(45%) samples. Sequencing have genotyped 151 (85%) of HRV that classified at 54(32%) HRV-A; 6(3.9%) HRV-B and 91 (53%) HRV-C while 17 (9.6%) HEV that classified at 1 (0.6%) HEV-A/B; 10 (6.4%) HEV-C and all of 6(3.9%) HEV-D were D68 species. Children ARI hospitalized with HRV-A genotype were younger but have more frequency of co-infection with other viruses (29% vs 13%) and longer duration of illness in day (3 vs 2) compare with HRV-C genotype group. However the clinical severity between two group HRV-A and -C were not significant different.

Conclusions: Respiratory viruses is main viral pathogen of ARI hospitalized among Myanmar children. The study findings have important implications for monitoring, surveillance and health policy for preventive medicine in Myanmar.

CÁC CĂN NGUYÊN VI RÚT GÂY VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP NHẬP VIỆN Ở TRẺ EM MYANMAR NĂM 2014-2015

Le Minh Nhat^{1,2}, Yoshihara Keisuke¹, Toizumi Michiko¹, Hintin Lin^{3,4}, Masahiro Hashizume¹, Ariyoshi Koya⁵, Yoshida Lay-Myint¹

¹ Khoa Các bệnh truyền nhiễm nhi khoa, Viện Y học nhiệt đới, Đại học Nagasaki,

² Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội, Việt Nam,

³ Khoa Nghiên cứu Y học,

⁴ Bệnh Viện Nhi Yongon, Myanmar,

⁵ Khoa Y học lâm sàng, Viện Y học nhiệt đới, Đại học Nagasaki.

Tổng quan: Hàng năm ước tính có khoảng 1,9 triệu trẻ em trên thế giới bị chết do các nhiễm trùng đường hô hấp, đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây chết ở trẻ. Có rất nhiều các vi sinh vật là nguyên nhân gây viêm đường hô hấp cấp tính. Ở trẻ em, những vi rút như rhino, hợp bào vi rút và cúm là những căn nguyên chính. Sự lan rộng của các vi rút hô hấp mới nổi như SARS-CoV, MERS-CoV và gần đây là sự quay trở lại của HEV-D68 đã gây ra những tác động lớn tới sức khỏe và kinh tế trên toàn cầu. Tuy nhiên những nghiên cứu dịch tễ học và tác động của các vi rút gây viêm đường hô hấp ở các nước nhiệt đới và đang phát triển vẫn còn có những hạn chế.

Mục tiêu và phương pháp: Nhằm tìm hiểu dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng và sinh học phân tử của các vi rút hô hấp trên trẻ nhập viện ở Myanmar, chúng tôi tiến hành nghiên cứu giám sát hồi cứu dựa vào bệnh viện được tiến hành từ tháng 1 năm 2014 tới tháng 8 năm 2015 để thu thập các thông tin, yếu tố lâm sàng và dịch hầu họng của trẻ em dưới 5 tuổi nhập viện nhi Yongon với các triệu chứng viêm đường hô hấp cấp tính. Các vi rút hô hấp được sàng lọc và chẩn đoán dựa trên kỹ thuật PCR đa mô và giải trình tự gene.

Kết quả: Trong tổng số 400 mẫu bệnh phẩm thu thập được, 262 (66%) dương tính với ít nhất 01 vi rút hô hấp với tỷ lệ đồng nhiễm là 10%. HRV, RSV, và Influenza A virus là 03 vi rút hô hấp có tỷ lệ xác định cao nhất lần lượt là 129 (32.4%); 72(18%); và 35 (8.8%). Trẻ nhập viện do viêm đường hô hấp cấp dương tính với vi rút hô hấp so với nhóm trẻ âm tính có độ tuổi nhỏ hơn và có tần suất cao khi xác định có tiếng thở khò khè (40.1% versus 26.1%) và thở khó khăn (69.8% vs 58%). Trẻ được xác định là nhiễm vi rút hợp bào hô hấp (RSV) nhỏ tuổi hơn so với trẻ không nhiễm nhưng

có tần suất cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các dấu hiệu lâm sàng như: có tiếng thở khò khè (65.4 vs 31.2%); thở khó khăn (84.6% vs 63.5%); bóng mờ phổi (67.3% vs 33.9%) và chẩn đoán là viêm đường hô hấp dưới (67.3% vs 39.7%). Hầu hết trẻ nhiễm với RSV nhóm A là thuộc kiểu gen ON1 trong khi RSV nhóm B lại thuộc kiểu gen BA. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai kiểu gen A và B là không có ý nghĩa thống kê. Sử dụng cặp mồi đặc hiệu cho nhóm Picornavirus ở vùng 5'-UTR đã xác định được 177 (45%) mẫu dương tính. Kết quả giải trình tự đã phân biệt được 151 (85%) thuộc nhóm HRV phân chia như sau: 54(32%) HRV-A; 6(3.9%) HRV-B và 91 (53%) HRV-C Còn lại 17 (9.6%) HEV phân chia như sau: 1 (0.6%) HEV-A/B; 10 (6.4%) HEV-C và tất cả 6(3.9%) HEV-D đều là chủng D68. Trẻ nhập viện do viêm đường hô hấp cấp dương tính với HRV-A genotype được xác định là nhỏ tuổi hơn nhưng có tần suất cao hơn khi đồng nhiễm với các vi rút khác (29% vs 13%) và thời gian bị bệnh dài hơn (3 vs 2) khi so sánh với HRV-C. Tuy nhiên bệnh cảnh lâm sàng giữa hai nhóm kiểu gen HRV- A và -C là không có sự khác biệt.

Kết luận: Vi rút hô hấp là một trong những căn nguyên chính gây viêm đường hô hấp cấp tính nhập viện ở trẻ em Myanmar. Nghiên cứu này góp phần quan trọng vào việc theo dõi, giám sát và hình thành các chính sách y tế góp phần ngăn chặn các bệnh truyền nhiễm ở Myanmar.

IMPROVEMENT OF PROPER USE OF INHALE DEVICES AT THE ASTHMA - COPD MANAGEMENT UNIT IN DONG DA HOSPITAL, 2017

Dinh Thi Thu Huong, MD

Dong Da hospital

Background and Aims: Proper use of inhalation devices is critical to the effectiveness of inhaled medications. The proportion of the wrong technique for using inhaled device is very high. Target: Implement a number of solutions to improve the proportion of patients compliance with correct inhaler devices usage.

Methods: The prospective study utilized interviewing techniques, evaluating and observation through the checklist in patients at the COPD-Asthma management unit in May/2017 and 3 months after receiving implement solutions.

Solution: Select the accordant tools through the test devices; Hand out leaflets and usage manual documentation; Modeling, manual when start-up and change of device; Monthly collection of inhaled device to check; Organize the seminar about the role of correct use of inhaled devices, common errors affect the effectiveness of the drug; Evaluate monthly the technique of using inhaled devices through the checklist, detect errors and guide again.

Results: Total of 121 patients, 60.3% male, mean age 69.5 ± 8.85 were evaluated. In terms of inhalation techniques, 78.5% of patients had at least one essential step incorrect, patients using the MDI had the higher compliance failure (84.3%) than the DPI (62.5%). Most common mistakes step in using MDI were the slow, deep inhalation step (92%), with DPI were the breath out gently to residual volume step (75%). After 3 months of implement a number of solutions, the percentage of patients compliance with correct inhaler devices usage was statistically significant increased

($p < 0.05$) with all devices (21,5% vs 74,4%) and MDI (15,7% vs 63,7%).

Conclusion: The proportion of patients compliance with correct inhaler devices usage was improved through solutions for training and supervision.

CẢI THIỆN TỶ LỆ SỬ DỤNG ĐÚNG CÁC DỤNG CỤ XỊT HÍT TẠI PHÒNG QUẢN LÝ HEN - BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH BỆNH VIỆN ĐỒNG ĐA 2017

BS. Đinh Thị Thu Hương

Bệnh viện Đồng Đa

Bối cảnh: Sử dụng đúng dụng cụ hít có ý nghĩa quyết định đến hiệu quả thuốc. Tỷ lệ dùng sai kỹ thuật còn rất cao. Mục tiêu: Thực hiện một số giải pháp nhằm nâng cao tỷ lệ bệnh nhân sử dụng đúng các dụng cụ hít.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu sử dụng kỹ thuật phỏng vấn, quan sát đánh giá qua bảng kiểm bệnh nhân quản lý tại phòng quản lý COPD-Hen T5/2017 và sau 3 tháng thực hiện giải pháp.

Giải pháp: Chọn dụng cụ phù hợp qua dụng cụ thử; Phát tờ rơi, tài liệu hướng dẫn sử dụng; Làm mẫu, hướng dẫn sử dụng khi bắt đầu làm hồ sơ và khi thay đổi dụng cụ; Hàng tháng thu vở hộp để kiểm tra; Tổ chức buổi sinh hoạt về vai trò sử dụng đúng, các sai sót hay gặp ảnh hưởng đến hiệu quả của thuốc; Đánh giá cách sử dụng dụng cụ hàng tháng qua bảng kiểm, phát hiện sai sót và hướng dẫn lại.

Kết quả: Có 121 bệnh nhân, nam 60,3%, tuổi trung bình: $69,5 \pm 8,85$. Về kỹ thuật hít thuốc có 78,5% bệnh nhân sai ít nhất một bước quan trọng; sử dụng MDI có tỷ lệ dùng sai cao hơn (84,3%) so với dùng DPI (62,5%). Bước sai hay gặp nhất khi sử dụng MDI là bước hít chậm, sâu (92%); với DPI là bước thở ra hết mức (75%). Sau 3 tháng thực hiện giải pháp, tỷ lệ bệnh nhân dùng đúng kỹ thuật tăng có ý nghĩa ($p < 0,05$) với tất cả các dụng cụ (21,5% vs 74,4%) và MDI (15,7% vs 63,7%).

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng đúng các dụng cụ hít đã được cải thiện qua tập huấn và giám sát.

THE USE OF DRUG DELIVERY DEVICES IN COPD PATIENTS

Pham Thu Phuong, MD

Duc Giang Hospital

Nguyen Dac Hanh¹, Pham Thu Phuong², Nguyen Thi Bich Hao³,
Outpatient of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Duc Giang general hospital, Hanoi

Background: This study aimed to evaluate the Knowledge, Attitudes and Practices evohaler or turbuhaler of Chronic Obstructive Pulmonary Disease's (COPD) patients in Duc Giang general Hospital .

Methods: Two hundreds thirty two outpatients with COPD (GOLD stage 2 or 3) completed KAP (Knowledge- Attitudes-Practises) questionnaire about knowledge and attitudes from february to

October 2017. Otherwise, they used their inhaler or turbuhaler with the observation of medical staffs.

Results: In 232 patients of study, the average age is $65,19 \pm 9,03$, percentage of male to female is 84% to 16%. In that group, 44% of patients have suffered from COPD about 1-5 years, 63% of patients have more than 6 times of examination per year while 72.4% patients have been examined monthly. The 78.9% of patients know that COPD is not an infective disease, 53% know that COPD can be controlled by medicine and 87,9% patients know that COPD can't be already treated. 82.3% patients know that smoking, 78,9% know the poison smoke and chemistry in work are the high risk factors of COPD. About the exacerbation, 81.9% know the increasing of breathlessness, 54,7% know the increasing of coughing and mucus are the symptoms of acute COPD exacerbation. 73.7% patients find out disease's information from medical staffs. About the practice of inhaler and turbuhaler, the most three-popular-wrong-steps are exhaling thoroughly before inhaling, deeply inhaling and stop breathing 10 seconds before exhaling again (18% to 34% depend on devices).

Conclusions: The most three-popular-wrong-steps are exhaling thoroughly before inhaling, deeply inhaling and stop breathing 10 seconds before exhaling again.

NHẬN XÉT VỀ CÁCH DÙNG BÌNH XỊT, BÌNH HÍT CỦA BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

BS. Phạm Thu Phương

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Bối cảnh và mục tiêu: Việc đánh giá kiến thức, thái độ cũng như kỹ năng dùng bình xịt, bình hít rất quan trọng để đánh giá hiệu quả của chương trình điều trị Hen- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Nghiên cứu nhằm mục tiêu: mô tả kiến thức, thái độ của bệnh nhân về Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và nhận xét về thực hành sử dụng bình xịt, bình hít của họ.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu từ 2/2017 đến 10/2017, lấy mẫu thuận tiện $n=232$. Thu thập thông tin theo bộ câu hỏi KAP thiết kế sẵn (Knowledge- Attitudes-Practises). Số liệu được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.

Kết quả: Có 232 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình $65,19 \pm 9,03$. Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ lần lượt là 84% và 16%. Trong đó 44.8% là mắc bệnh từ 1- 5 năm. Có 63% khám lại trên 6 lần/ năm, 72,4% khám hàng tháng. 78,9% bệnh nhân biết bệnh không lây truyền, 53% biết bệnh có thể kiểm soát, 87,9% biết bệnh không thể khỏi hoàn toàn: có 82,8% biết thuốc lá, thuốc lào, 78,9% biết khói, hoá chất nghề nghiệp là yếu tố nguy cơ. 81,9% biết khó thở tăng lên, 54,7% biết ho khạc đờm tăng lên là triệu chứng của đợt cấp. 73,7% bệnh nhân có tìm hiểu về bệnh, nguồn thông tin chủ yếu đến từ cán bộ y tế (72,5%). Nghiên cứu cho thấy 3 bước làm sai nhiều nhất là thở ra hết sức trước khi hít, hít thuốc sâu và nín thở 10 giây sau khi hít thuốc (tỷ lệ sai từ 18% - 34% tùy theo dụng cụ).

Kết luận: Việc dùng chưa đúng dụng cụ có tỷ lệ 18% - 34% tùy loại, ba bước làm sai nhiều nhất là

thở ra hết sức trước khi hít, hít thuốc hết sức và nín thở 10 giây sau khi hít thuốc.

INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES: A SYSTEMATIC REVIEW

Erick Wan, MD

Sydney University, Australia

Introduction: As cigarette smoking is the leading cause of death that is preventable, interventions to reduce smoking cessation is important to improve health and reduce healthcare expenditure. A number of studies have evaluated various smoking cessation interventions, such as face-to-face counselling, hotline support, and medications. However, most of the studies were conducted in high-income countries. The implementation of the interventions in the healthcare systems in low- and middle-income countries (LMICs) may be hindered by unexpected barriers. Therefore, identifying effective, affordable, and suitable measures is imperative for LMICs where resource and support for smoking cessation is limited.

Objectives: To assess the effectiveness of interventions for smoking cessation within healthcare settings in LMICs.

Methods: This review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA) guidelines. We conducted a systematic review on the effectiveness of smoking cessation interventions implemented within healthcare settings in LMICs. Literature published between January 1990 and September 2017 were considered. The search was undertaken in December 2017 on Cochrane Library, PUBMED, MEDLINE (via OVID), LILACS, ClinicalTrials and "Grey" literature. Screening and data extraction were done by two researchers independently. Where there is discordant results, a third researcher was included for discussion before the final adjudication.

Description of studies: We identified 8,936 publications for title and abstract review and yielded 29 articles for full-text analysis (Figure 1).



Figure 1. PRISMA Flow Diagram

Key findings

Counselling stands for the majority of the interventions that were studied, which is followed by pharmacotherapy, including Bupropion SR, Nicotine replacement therapy, Varenicline. About half of reviewed studies were conducted in Asian countries.

Results of the systematic review provides evidence that brief counselling is more effective than usual care to help participants quit smoking (RR: 1.64, 95%CI: 1.02 - 2.62; Figure 2). Follow-up counselling, including face-to-face consultation and phone calls, showed better results than baseline counselling alone (RR: 2.28, 95%CI: 1.35 - 3.86; Figure 3). A medicine given to participants, along with counselling produces better short-term and long-term outcomes (Figure 4).

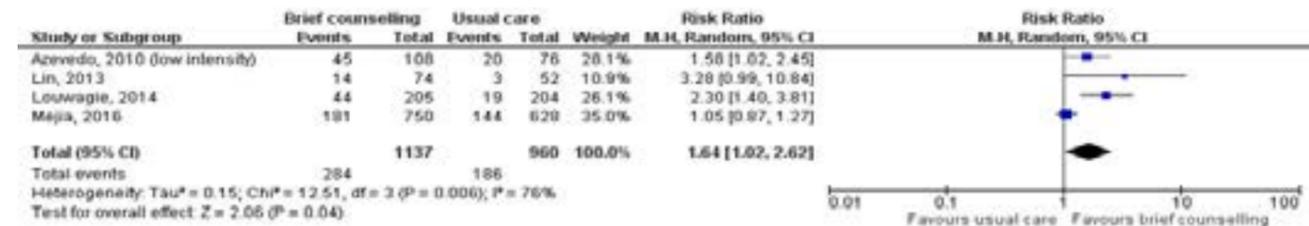


Figure 2. Meta-analysis of effectiveness of brief counseling on smoking cessation, compared to usual care

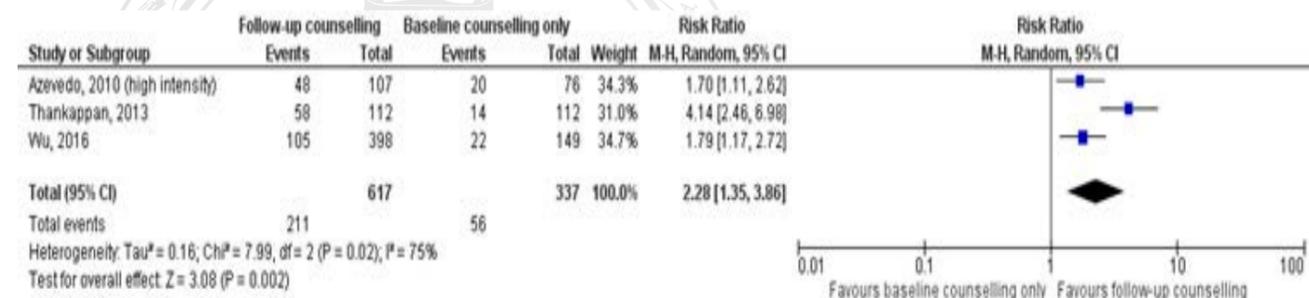


Figure 3. Meta-analysis of effectiveness of baseline counselling plus follow-up counseling, compared to baseline counseling only

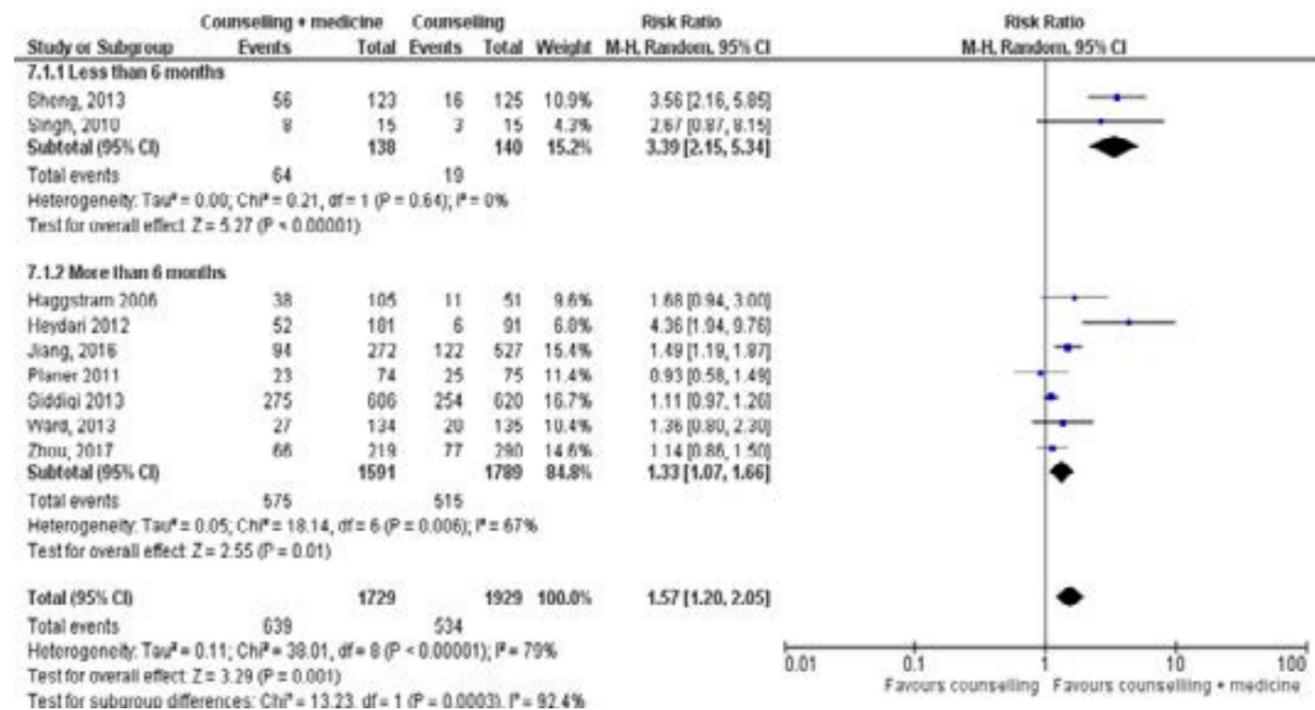


Figure 4. Meta-analysis of effectiveness of counselling plus pharmacotherapy, compared to counselling only

Conclusions: The review supports the use of different smoking cessation interventions to help quit smoking in LMICs. Further health economic analysis is necessary to identify cost-effective measures.

CÁC CAN THIỆP CAI NGHIỆN THUỐC LÁ Ở CÁC NƯỚC CÓ THU NHẬP THẤP VÀ TRUNG BÌNH: TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Ths.BS. Erick Wan

Viện Nghiên cứu Y Khoa Woolcock, Đại học Sydney, Australia

Giới thiệu Vì hút thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và có thể ngăn ngừa được, các can thiệp để giảm hút và cai thuốc lá là điều quan trọng để cải thiện sức khỏe và giảm chi phí chăm sóc sức khỏe. Một số nghiên cứu đã đánh giá nhiều can thiệp cai thuốc lá khác nhau, chẳng hạn như tư vấn trực tiếp, hỗ trợ đường dây nóng và dùng thuốc. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu được thực hiện ở các nước thu nhập cao. Việc thực hiện các can thiệp trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (low- and middle-income countries: LMICs) có thể bị cản trở bởi các rào cản không mong muốn. Do đó, việc xác định các biện pháp hiệu quả, giá cả phải chăng và phù hợp là bắt buộc đối với các nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi tài nguyên và hỗ trợ cho việc cai thuốc lá bị hạn chế.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của các can thiệp cai thuốc lá trong các cơ sở y tế trong các nước có thu nhập thấp và trung bình.

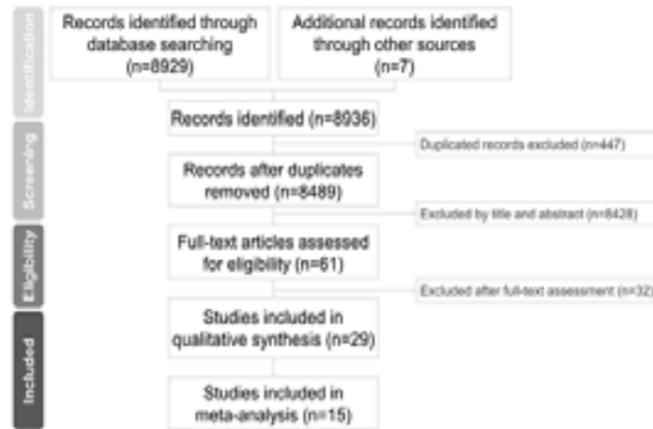
Phương pháp:

Bài tổng quan này được thực hiện theo với Hướng dẫn báo cáo ưu tiên cho các tổng quan hệ

thống và phân tích tổng hợp (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis: PRISMA). Chúng tôi đã tiến hành tổng quan hệ thống về hiệu quả của các can thiệp cai thuốc lá được thực hiện trong các cơ sở y tế trong các nước có thu nhập thấp và trung bình. Các tài liệu được công bố từ tháng 1 năm 1990 đến tháng 9 năm 2017 đã được xem xét. Nghiên cứu được thực hiện vào tháng 12 năm 2017 trên Thư viện Cochrane, PUBMED, MEDLINE (qua OVID), LILACS, ClinicalTrials và tài liệu “xám”*. Kiểm tra và trích xuất dữ liệu được thực hiện bởi hai nhà nghiên cứu độc lập. Trường hợp có kết quả trái ngược nhau, một nhà nghiên cứu thứ ba sẽ tham gia vào để đưa ra kết luận cuối cùng.

Mô tả nghiên cứu

Chúng tôi đã xác định 8.936 ấn phẩm dựa trên tiêu đề và bài tóm tắt, và chọn ra 29 bài báo để phân tích toàn văn (Hình 1).

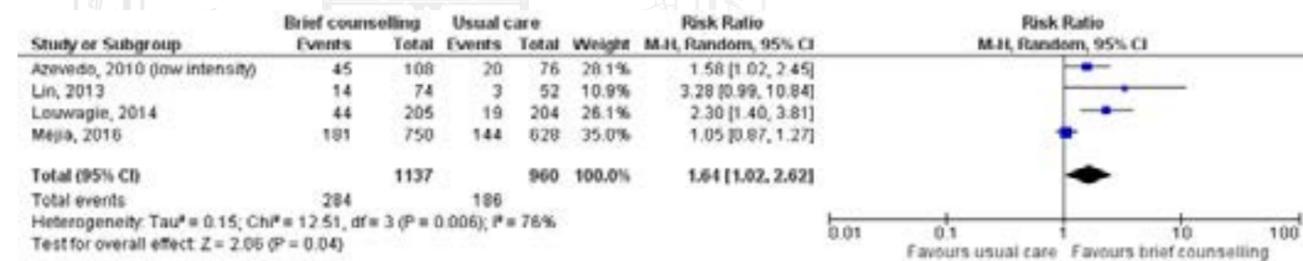


Hình 1. Sơ đồ PRISMA

Các phát hiện chính

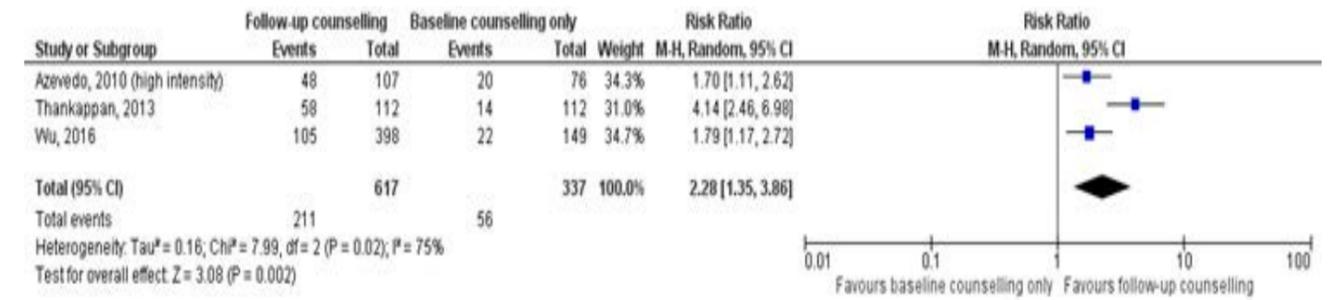
Phương pháp tư vấn chiếm phần lớn các can thiệp đã được nghiên cứu, tiếp theo là dùng thuốc, bao gồm Bupropion SR, liệu pháp thay thế nicotine, Varenicline. Khoảng một nửa các nghiên cứu được xem xét đã được tiến hành ở các nước châu Á.

Kết quả của tổng quan hệ thống cung cấp bằng chứng cho thấy việc tư vấn ngắn gọn hiệu quả hơn chăm sóc thông thường để giúp người tham gia bỏ thuốc lá (RR: 1.64, 95%CI: 1,02 - 2,62; Hình 2). Phương pháp tư vấn tiếp theo, bao gồm tư vấn trực tiếp và gọi điện thoại, cho kết quả tốt hơn so với tư vấn ban đầu đơn thuần (RR: 2,28, 95%CI: 1,35 - 3,86; Hình 3). Kê thuốc cho người tham gia kết hợp với tư vấn tạo ra kết quả ngắn hạn và dài hạn tốt hơn (Hình 4).

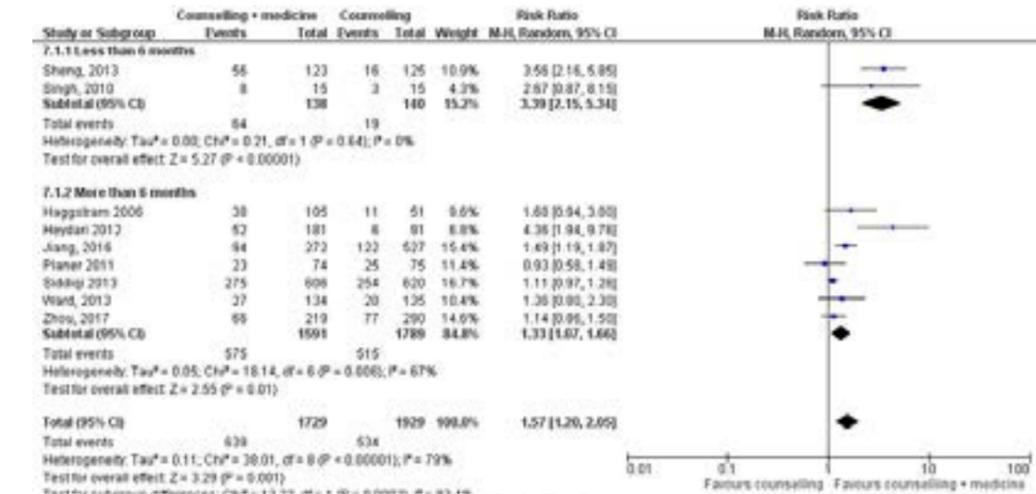


Hình 2. Phân tích tổng hợp về hiệu quả của tư vấn ngắn về việc cai thuốc lá, so sánh với các

phương pháp chăm sóc thông thường.



Hình 3. Phân tích tổng hợp về hiệu quả của tư vấn ban đầu kết hợp với các tư vấn bổ sung, so với chỉ tư vấn ban đầu đơn thuần.



Hình 4. Phân tích tổng hợp về hiệu quả của tư vấn kết hợp với dùng thuốc, so sánh với tư vấn đơn thuần.

Kết luận: Bài đánh giá này hỗ trợ việc sử dụng các biện pháp can thiệp cai thuốc lá khác nhau để giúp cai thuốc lá tại các nước có thu nhập thấp và trung bình. Cần thêm các phân tích kinh tế y tế để xác định các đo lường về hiệu quả - chi phí.

Chú thích của người dịch:

* Tài liệu “xám”: các dữ liệu chưa được xuất bản hoặc được xuất bản dưới dạng phi thương mại

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

Le Bao Huy, MD

Department of Emergency Medicine, Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City

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

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

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

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

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

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ NT - PROBNP HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH CÓ BỆNH TIM MẠCH ĐỒNG MẮC NHẬP CẤP CỨU

BS. Lê Bảo Huy

Khoa Cấp cứu bệnh viện Thống Nhất, TP Hồ Chí Minh

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

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

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

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

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

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND OUTCOMES OF PATIENT WITH PULMONARY FUNGAL INFECTION

Nguyen Thi Nhu Quynh, MD¹; A/Prof Chu Thi Hanh, MD., PhD²

¹Hanoi Medical University

²Respiratory center, Bach Mai hospital

Common in men (65.8%), the mean age of the study group was 53.5 ± 2.328 (17-77). The most common risk factors were chronic illness (65.8%), diabetes (64%, COPD 20%, SLE 12% ...), prolonged use of corticosteroid 15.8%, structurally abnormal lungs with pre-existing cavities 21.1%, blood disease 7.9%, neutropenia 5.3%, use of immunosuppressive drugs 5.3%, immunosuppression 7.9%. Hospitalization risk for patients was 44.7%, sputum 42.1%, chest pain 26.3%, dyspnea 21.1%, blood cough 21.1%, dry cough 5.3%, other cause 13.2% (acute exacerbation of SLE, blurred vision, sore eyes). Computed tomography should be assigned early in patients with suspected invasive pulmonary disease. In the study, common imaging were cavities lesion 58.6%, consolidation 41.4%, halo sign 6.9%, air-crescent sign 6.9%. Diagnosis of histopathologic involved thoracic biopsy, biopsy in bronchoscopy and after surgery aspergilloma) were 71.1%, direct microscopic of sputum (+) 18.4%, sputum culture (+) 23.7%, direct microscopic of bronchial fluid (+) 2.6%, bronchial culture 21.1%, other tests 13.2%. Diagnosis of Invasive pulmonary Aspergillosis: Proven 71.1%, Probable 26.3%, Possible 2.6%. In our study group, 36/38 patients agreed to treat the fungus, with the first therapy was Amphotericin B group 83.33%, Azoles group 13.89%. Assessment of clinical symptoms at the time of discharge: out of symptom 50%, symptom relief 26.3%,

progress 13.2%, no support, up 10.5%. At the time of discharge to meet 1 part 52.6%, stable response 18.4%, disease progression 23.7%, no patient died and no patient completely. There were 10 patients (26.3%) monitored after 6 weeks, in which 70% died, 20% progressive fungal disease, 10% met part. Side effects during treatment: drug reaction 36.11%, nephrotoxic 36.11%, liver toxicity 16.67%, hypokalaemia 38.89%.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẤM PHỔI XÂM NHẬP

BSNT. Nguyễn Thị Như Quỳnh¹; PGS.TS. Chu Thị Hạnh²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Bối cảnh và mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nấm phổi xâm lấn tại Trung tâm Hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai

2. Nhận xét kết quả điều trị nấm phổi xâm lấn tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai

Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu hồi, tiến cứu, mô tả chùm, ca bệnh
- Lấy mẫu thuận tiện theo bệnh án nghiên cứu.

Kết quả: Bệnh thường gặp ở nam giới (65.8%), độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 53.5 ±2.328 (17-77). Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là bệnh mạn tính (65.8%)(trong đó ĐTĐ chiếm 64%, COPD 20%, SLE 12%...), sử dụng corticoid kéo dài 15.8%, bệnh phổi tạo hang 21.1%, bệnh máu 7.9%, giảm BCĐNTT 5.3%, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch 5.3%, suy giảm miễn dịch 7.9%. Lí do vào viện của bệnh nhân thường không đặc hiệu với sốt 44.7%, ho đờm 42.1%, đau ngực 26.3%, khó thở 21.1%, ho máu 21.1%, ho khan 5.3%, lí do khác 13.2% (gồm đợt cấp SLE, nhìn mờ, đau nhức mắt). Cắt lớp vi tính nên được chỉ định sớm ở bệnh nhân nghi ngờ nấm phổi xâm lấn, trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu các hình ảnh thường gặp là tổn thương hang 58.6%, đông đặc 41.4%, dấu hiệu quang sáng 6.9%, dấu hiệu liềm khí 6.9%. Xét nghiệm chẩn đoán nấm mô bệnh học (qua sinh thiết xuyên thành ngực và sinh thiết qua nội soi phế quản, giải phẫu bệnh sau mổ) 71.1%, soi đờm (+) 18.4%, cấy đờm (+) 23.7%, soi dịch phế quản (+) 2.6%, cấy dịch phế quản 21.1%, xét nghiệm khác 13.2%. Chẩn đoán phân loại nấm xâm lấn: chắc chắn (proven) 71.1%, nhiều khả năng (proable) 26.3%, có khả năng (possible) 2.6%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có 36/38 BN đồng ý điều trị nấm, trong đó lựa chọn khởi đầu nhóm Amphotericin B 83.33%, nhóm Azoles 13.89%. Đánh giá triệu chứng lâm sàng tại thời điểm ra viện: hết triệu chứng 50%, đỡ/giảm triệu chứng 26.3%, tiến triển 13.2%, không đỡ, hết 10.5%. Tại thời điểm ra viện đáp ứng 1 phần 52.6%, đáp ứng ổn định 18.4%, bệnh nấm tiến triển 23.7%, không có bệnh nhân tử vong và không có bệnh nhân khởi hoàn toàn. Có 10 BN(26.3%) theo dõi đánh giá sau 6 tuần, trong đó 70% tử vong, 20% bệnh nấm tiến triển, 10% đáp ứng một phần. Tác dụng phụ trong quá trình điều trị: phản ứng dùng thuốc 36.11%, độc thận 36.11%, độc gan 16.67%, hạ kali máu 38.89%.

Kết luận: Bệnh nấm phổi xâm lấn gặp chủ yếu ở nam giới (65.8%), độ tuổi trung bình 53.5. Yếu tố

nguy cơ thường gặp nhất là bệnh mạn tính 65.8%, trong đó 64% bệnh nhân mắc đái tháo đường. Lí do vào viện của bệnh nhân thường không điển hình, thường gặp nhất là biểu hiện nhiễm trùng với sốt 44.7% và ho đờm 42.1%. Trên phim cắt lớp vi tính, hình ảnh thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là tổn thương hang 58.6%. Trong xét nghiệm chẩn đoán nấm tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học thấy hình ảnh nấm Aspergillus gặp trong phần lớn bệnh nhân với 71.1%. 100% loại nấm phân lập được là Aspergillus fumigatus, có 1 bệnh nhân nhiễm đồng thời nấm Aspergillus fumigatus và Candida albicans. Chẩn đoán chắc chắn nhiễm nấm xâm lấn 71.1%, nhiều khả năng nhiễm nấm 26.3%, có thể nhiễm nấm 2.6%. Lựa chọn khởi đầu điều trị với thuốc nhóm Amphotericin B chiếm chủ yếu 83.33%. Đánh giá tại thời điểm ra viện có 50% bệnh nhân hết triệu chứng lâm sàng, 52.6% bệnh nhân đáp ứng một phần. Tác dụng phụ thường gặp nhất trong quá trình điều trị là phản ứng dùng thuốc và độc tính thận với 36.11%.

ASSOCIATIONS BETWEEN COMORBIDITIES AND COPD EXACERBATIONS IN THAI NGUYEN

A/Prof Hoang Ha, MD., PhD

Thai Nguyen Medicine and Pharmacy of University

Objectives: To analyze the relationship between comorbidities with exacerbations and poor treatment outcomes in Thai Nguyen.

Methods: descriptive research, whole sample size. There were 371 COPD patients to treatment in Tuberculosis and Lung diseases Thai Nguyen Hospital from 1/8/2017 to 1/3/2018.

Result: Patients comorbidities COPD accounted for 47.7%. There was a relationship between hypertension, cardiovascular disease, depression, lung cancer with exacerbations and poor outcome with $p < 0.01$.

Conclusions: Comorbidities pressure hypertension, cardiovascular, depression, lung cancer, pneumonia, bronchitis those that are more likely to suffer from frequent exacerbations, and increased risk of death in COPD patients. Therefore, it is necessary to detect and treat comorbidity with treatment of the main diseases, thus achieving the best management effect.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BỆNH ĐỒNG MẮC VÀ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI THÁI NGUYÊN

PGS.TS Hoàng Hà

Đại học Y Dược Thái Nguyên

Bối cảnh và mục tiêu: phân tích mối liên quan giữa các bệnh đồng mắc với đợt cấp BPTNMT và kết quả điều trị kém tại Thái Nguyên.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu toàn bộ. Thu được 371 bệnh nhân BPTNMT điều trị tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên từ tháng 1/8/2017 đến 1/3/2018.

Kết quả: bệnh nhân BPTNMT có bệnh đồng mắc chiếm 47,7%. Có mối liên quan giữa bệnh đồng mắc tăng HA, bệnh tim mạch, trầm cảm, ung thư phổi với số đợt cấp BPTNMT và kết quả điều trị kém, với $p < 0,01$.



OMRON

MÁY XÔNG KHÍ DUNG

Máy xông mũi họng nén khí OMRON - Thương hiệu duy nhất được Hội Hô hấp Việt Nam KHUYÊN DÙNG

ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ CÁC BỆNH:

Hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh viêm phế quản, viêm xoang, viêm thanh quản, viêm mũi dị ứng và các bệnh về hô hấp.



LOẠI DÙNG CHO BỆNH VIỆN, PHÒNG KHÁM

NE-U17

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



NE-C900

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



LOẠI DÙNG CHO GIA ĐÌNH

NE-C803

Thiết kế vượt trội, lọt lòng bàn tay tiện lợi cho đi du lịch, công tác.



NE-C801

- Máy chạy êm
- Thích hợp dùng cho gia đình



NE-C801KD

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



NE-C101

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



NE-C28

- Máy có độ bền cao
- Hiệu suất xông lớn.



Kết luận: Bệnh đồng mắc tăng HA, tim mạch, trầm cảm, ung thư phổi viêm phổi, phế quản làm nặng thêm tình trạng của bệnh và tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân BPTNMT. Do đó cần phát hiện, điều trị các bệnh đồng mắc cùng với điều trị bệnh chính, giúp đạt hiệu quả quản lý bệnh tốt nhất.

VCAP 1 - CHARACTERISTICS OF RESPIRATORY SYMPTOMS AND SMOKING BEHAVIOR AT HEALTH FACILITIES IN VIETNAM

Huang.E.¹, Giap.VV.², Thu Anh.N.¹, Yen.PN¹, Ngo, QC², Marks, G¹, Fox,G¹

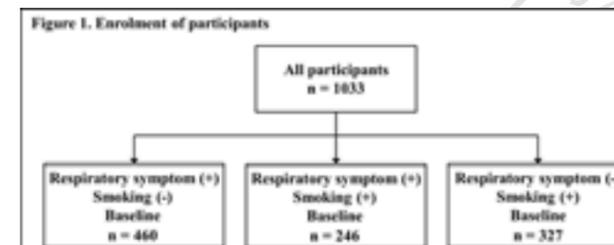
¹Woolcock Institute of Medical Research, University of Sydney

²Respiratory Center, Bach Mai hospital, Vietnam

Study aim: VCAPS 1 aims to obtain evidence that will contribute to an understanding of acute and chronic respiratory disease and smoking practices among patients presenting to health facilities. It will also evaluate the current approaches to management of chronic lung disease and smoking within the health system.

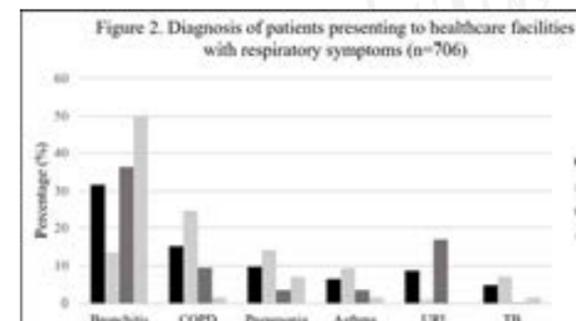
Study design: VCAPS 1 is a prospective cohort study performed among patients with respiratory symptoms, or current smoking, presenting to selected health facilities.

Findings: Enrolment of patients is ongoing. Currently, 1,033 individuals finished baseline survey (Figure 1)



The mean age was 55.7±15.5 years. Male (n=798) accounted for 77.3% of the cohort. Among the 706 patients with respiratory symptoms, 308, 326, and 72 were enrolled at provincial, district and commune hospitals, respectively.

Their diagnosis is shown in Figure 2. Chi-square analysis of the diagnosis among the three levels of facilities showed statistically significant difference (p<0.001). 77.4% of patients with COPD and 58.6% of patients asthma received no inhalers after discharge from hospitals.



The majority of the 573 individuals who smoked at baseline were males (n= 568, 99.1%) and daily smokers (n=548, 95.6%). The mean cigarettes per day was 16.8±12.9. Among all the baseline smokers, 34.6% (n=198) of them had quit attempt within the past 12 months.

Figure 3 shows the smoking cessation services that they tried.



Conclusion: The findings suggest that diagnosis of COPD and asthma are more likely to be made in

provincial facilities. Inhaled medicines are not commonly prescribed across the three levels of hospitals. About one-third of current smokers had quit attempts in the past 12 months. However, only about 15% of them used cessation services.

VCAP 1 - ĐẶC ĐIỂM CÁC TRIỆU CHỨNG HÔ HẤP VÀ HÀNH VI HÚT THUỐC TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ TẠI VIỆT NAM

Huang.E.¹, Giap.VV.², Thu Anh.N.¹, Yen.PN¹, Ngo, QC²., Marks, G¹., Fox,G¹

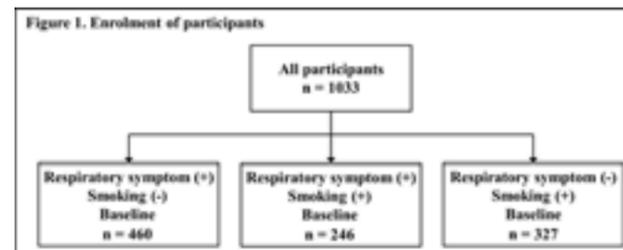
¹ Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock, Đại học of Sydney

² Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu VCAPS1 được thực hiện nhằm tìm hiểu về bệnh hô hấp cấp và mạn tính cũng như thói quen hút thuốc ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế. Nghiên cứu cũng sẽ đánh giá các phương pháp quản lý bệnh phổi mạn tính và hút thuốc trong hệ thống y tế hiện nay.

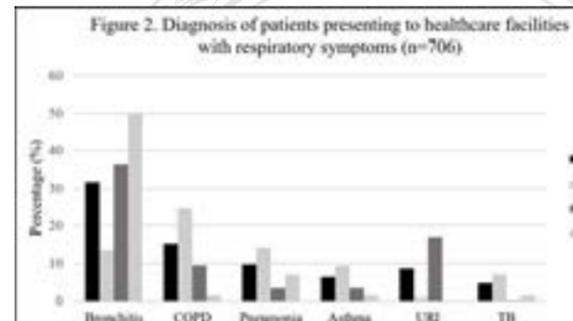
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu VCAPS 1 là nghiên cứu thuần tập tiến cứu triển khai trên đối tượng là bệnh nhân có triệu chứng hô hấp, hoặc đang hút thuốc lá, đến khám/điều trị tại các cơ sở y tế được lựa chọn.

Kết quả nghiên cứu: Giai đoạn thu nhận bệnh nhân vẫn đang được triển khai. Hiện tại, đã hoàn thành khảo sát bước đầu trên 1.033 đối tượng (Hình 1).



Tuổi trung bình của đối tượng là $55,7 \pm 15,5$ tuổi. Nam giới (n=798) chiếm 77.3% tổng số đối tượng theo dõi. Trong tổng số 706 bệnh nhân có triệu chứng hô hấp, số bệnh nhân được thu nhận ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện, xã lần lượt là 308, 326 và 72.

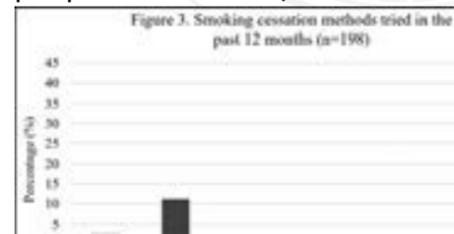
Số liệu thống kê những bệnh nhân này được trình bày trong Hình 2.



Kiểm định Chi-square cho kết quả ở 3 tuyến cơ sở y tế cho kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). 77,4% bệnh nhân COPD và 58,6% bệnh nhân hen không được kê thuốc xịt/hít sau khi khám/ra viện.

Trong số 573 bệnh nhân hút thuốc đã thu nhận cho giai đoạn đầu, phần lớn là nam giới (n = 568, chiếm 99,1%) và hút thuốc hàng ngày (n = 548, chiếm 95,6%). Số điếu hút trung bình một ngày là $16,8 \pm 12,9$.

Trong tất cả những bệnh nhân hút thuốc, 34,6% đã thử cai thuốc trong 12 tháng qua. Các biện pháp cai thuốc lá bệnh nhân đã sử dụng được trình bày ở Hình 3.



Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng COPD và hen thường được chẩn đoán ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh. Các loại thuốc xịt/hít thường không được kê đơn ở các

bệnh viện của cả 3 tuyến. Khoảng một phần ba người đang hút thuốc đã từng thử cai thuốc trong 12 tháng trở lại đây, tuy nhiên, chỉ 15% trong số đó tìm đến các dịch vụ hỗ trợ cai thuốc.

DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS USING INDUCED SPUTUM: A REPORT OF FIVE CLINICAL CASES

M.S. Nguyen¹, T.P. Phan², Q.C. Ngo²

¹Affiliation 1 Respiratory- Allergy department, Friendship Hospital

²Affiliation 2 Hanoi Medical University, Respiratory Centre - Bach mai Hospital

Background and Aims: Vietnam is located in the epidemic region of pulmonary tuberculosis, despite a lot of efforts has been made tuberculosis remains a major public health problem. Induced sputum (IS) has been proved to be equivalent to bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. In recent years, we have been applying IS for diagnosis of pulmonary tuberculosis at Friendship Hospital and Bach Mai Hospital in Hanoi capital. We would like to present several interesting cases in this article.

Methods: Clinical case reports

Results: There were 5 cases with different medical conditions, who were confirmed diagnosis of pulmonary tuberculosis by using IS. Two cases were contraindicated with bronchoscopy: one thrombocytopenia, one severe pericardial effusion. Two patients had a pulmonary consolidation were performed a bronchoscopy and then a biopsy transthoracic but had no diagnosis. One patient had Xpert MTB/Rif negative (IS) and PCR-TB negative (Broncho-alveola lavage: BAL), and then liquid culture was positive with IS and negative with BAL.

Conclusions: We hope these clinical cases will provide more evidence for clinicians, that IS may be a good option in some clinical setting.

GÂY KHẠC ĐỜM CHẨN ĐOÁN LAO PHỔI: MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Nguyễn Minh Sang¹, Phan Thu Phương², Ngô Quý Châu²

¹ Khoa Hô hấp Dị ứng, Bệnh Viện Hữu Nghị, Hà nội, Việt Nam

² Bộ Môn Nội Tổng hợp Trường Đại Học Y Hà Nội, Trung Tâm Hô Hấp- Bệnh viện Bạch Mai.

Bối cảnh và mục tiêu: Nước ta nằm trong vùng dịch tễ của lao phổi, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng lao phổi vẫn còn là vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được quan tâm. Kỹ thuật gây khạc đờm (GKĐ) bằng khí dung nước muối ưu trương sử dụng máy khí dung siêu âm đã được chứng minh có hiệu quả tương đương với nội soi phế quản (NSPQ) trong lấy bệnh phẩm chẩn đoán lao phổi. Chúng tôi đã nghiên cứu áp dụng có hiệu quả kỹ thuật GKĐ để lấy bệnh phẩm chẩn đoán lao phổi tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu Nghị. Trong báo cáo này chúng tôi đưa ra một số ca lâm sàng điển hình áp dụng kỹ thuật này.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng

Kết quả: Trong bài báo này chúng tôi trình bày 5 ca lâm sàng với những bệnh cảnh khác nhau được GKĐ. Trong đó 2 ca có chống chỉ định với nội soi phế quản: 1 ca xuất huyết giảm tiểu

cầu, 1 ca có tràn dịch màng tim mức độ nhiều. Hai ca có hình ảnh tổn thương đông đặc đã được NSPQ và sinh thiết xuyên thành ngực mà không có chẩn đoán. Một ca kết quả Xpert MTB/Rif và PCR của cả NSPQ và GKĐ âm tính, sau đó kết quả nuôi cấy MGIT từ bệnh phẩm GKĐ dương tính. **Kết luận:** Chúng tôi hy vọng những ca lâm sàng trên sẽ cung cấp thêm bằng chứng, từ đó các bác sĩ có thể lựa chọn thêm kỹ thuật GKĐ lấy bệnh phẩm chẩn đoán lao phổi AFB(-) và những trường hợp có chống chỉ định với NSPQ.

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF DIFFUSING CAPACITY OF THE LUNG FOR CARBON MONOXIDE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Phung Thi Thom¹, Vu Van Giap²

¹Ha Noi Medical University

²Respiratory Center, Bach Mai hospital

Objectives:

1. Describe the clinical, paraclinical characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease.
2. Evaluate the results of diffusing capacity of the lung for carbon monoxide (DLCO) through EasyOne Pro in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Objects and methods: A cross-sectional study of 49 patients with stable COPD diagnosed at Bach Mai Hospital's lung management department from September 2016 to June 2018.

Results: The mean age was 67.1 ± 7.9 years, male/female 49/1. The most common symptoms were dyspnea (85.7%), cough (83.5%), lung hyperinflation (80%), and flatened diaphragm (42.3%). The mean DLCO of the study group was 12.3 ± 4.69 ml/min/mmHg, and the mean FEV1% predict was $38.79 \pm 14.61\%$. The DLCO value in infrequent exacerbators was $49.7 \pm 17.8\%$, in frequent exacerbators with chronic bronchitis predominant was $50.4 \pm 15.0\%$, in frequent with emphysema predominant was $57.8 \pm 21.6\%$. The mean DLCO in patients with very severe airway obstruction was 9.8 ± 3.5 ml/min/mmHg, in patients with severe airway obstruction was 13.0 ± 5.1 mm/min/mmHg, in patients with moderate airway obstruction was 14.2 ± 2.9 mmHg/min/mmHg.

Conclusions: DLCO values decrease in COPD patients and they are associated with the severity of airways obstruction.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐỘ KHUẾCH TÁN KHÍ CO QUA MÀNG PHẾ NANG MAO MẠCH Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Phùng Thị Thơm¹, Vũ Văn Giáp²

¹Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

2. Đánh giá kết quả độ khuếch tán khí CO qua màng phế nang mao mạch bằng máy EasyOne Pro ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 49 bệnh nhân được chẩn đoán COPD giai đoạn ổn định tại phòng quản lý bệnh phổi tắc nghẽn bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2019 đến tháng 6/2018.

Kết quả: Tuổi trung bình $67,1 \pm 7,9$ (năm), nam/nữ 49/1. Triệu chứng thường gặp nhất là khó thở khi gắng sức (85,7%), ho (83,5%), tăng sáng trường phổi (80%), biến dạng vòm hoành gặp trong 42,3%. Giá trị DLCO trung bình của nhóm nghiên cứu là $12,3 \pm 4,69$ ml/phút/mmHg, FEV1 là $38,79 \pm 14,61$ %. Giá trị DLCO trong kiểu hình ít đợt cấp là $49,7 \pm 17,8$ %, kiểu hình nhiều đợt cấp có viêm phế quản mạn là $50,4 \pm 15,0$ %, kiểu hình nhiều đợt cấp có giãn phế nang là $57,8 \pm 21,6$ %. Giá trị DLCO trung bình ở nhóm bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn rất nặng là $9,8 \pm 3,5$ ml/phút/mmHg, mức độ tắc nghẽn nặng $13,0 \pm 5,1$ mm/phút/mmHg, mức độ tắc nghẽn trung bình là $14,2 \pm 2,9$ mmHg/phút/mmHg.

Kết luận: Giá trị DLCO giảm ở bệnh nhân COPD và có liên quan với mức độ tắc nghẽn và giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

CHARACTERISTICS OF PARENCHYMAL AND PULMONARY ARTERY ON 320 DETECTOR ROW CT IN PATIENT WITH EXACEBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Pham Van Luan, MD

Department of Respiratory Medicine, 108 Military Central Hospital

Objective: To assess the characteristics of parenchymal and pulmonary artery injury in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on 320 detector row CT.

Patients and methods: 40 COPD patients treatment in Department of Respiratory Medicine, 108 Military Central Hospital from June 2016 - May 2018 were examined clinical, sub-clinical, D-dimer, CT 320 rows assessing pulmonary and pulmonary artery injury.

Results: The average of emphysema score was 3.39 ± 0.56 , very severe emphysema was 72.5%, severe was 12.5%, average 15%, no mild. 87,5% of patients had centrilobular emphysema, 30% had panlobular emphysema, 45% had subpleural emphysema, 12.5% had bullous emphysema, 65% had ≥ 2 types of emphysema lesions. 100% case of bronchial wall thickening were assessed, 3 patients had combined bronchiectasis localize, 7 cases of pneumonia, 1 patient had lung tumor. The average dimension of the main pulmonary artery was 26.55 ± 2.77 mm, the right main pulmonary artery was 22.40 ± 2.98 mm, the left main pulmonary artery was 20.89 ± 3.91 mm. The percentage of pulmonary hypertension was 15%. There was one case who had pulmonary embolism at the lateral branch of the lower lobe on both sides, with amputation complete.

Conclusion: 320 detector row CT is a very useful means of assessing not only imaging, but also level of parenchymal and pulmonary artery injury as well as pulmonary embolism, es-

pecially small arteries.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG NHU MÔ VÀ ĐỘNG MẠCH PHỔI TRÊN PHIM CT 320 DÂY Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

BS. Phạm Văn Luận

Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm tổn thương nhu mô và động mạch phổi trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) trên phim CT 320 dây.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 40 bệnh nhân BPTNMT điều trị tại Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 06/2016 - 05/2018 được khám lâm sàng, cận lâm sàng, xét nghiệm D-dimer, chụp CT ngực 320 dây đánh giá tổn thương nhu mô và động mạch phổi.

Kết quả: Điểm KPT trung bình là $3,39 \pm 0,56$, KPT mức độ rất nặng là 72,5%, nặng 12,5%, trung bình 15%, không có mức độ nhẹ. 87,5% số bệnh nhân có KPT trung tâm tuyến nang, 30% có KPT đa tuyến nang, 45% có KPT cạnh vách, 12,5% có bóng khí, 65% các trường hợp có ≥ 2 loại tổn thương KPT. 100% các trường hợp đánh giá có dày thành phế quản, 3 bệnh nhân có giãn phế quản khu trú kết hợp, 7 trường hợp có viêm phổi kết hợp, 1 bệnh nhân có u phổi. Kích thước trung bình của thân chung ĐMP là $26,55 \pm 2,77\text{mm}$, ĐMP phải là $22,40 \pm 2,98\text{mm}$, ĐMP trái là $20,89 \pm 3,91\text{mm}$. Tỷ lệ có giãn động mạch phổi là 15%. Có 1 ca tắc mạch phổi ở vị trí nhánh ĐMP thùy dưới 2 bên, hình thái cắt cụt.

Kết luận: CT 320 dây là một phương tiện rất hữu ích trong đánh giá hình ảnh, mức độ tổn thương nhu mô phổi, động mạch phổi và phát hiện các trường hợp tắc mạch phổi, đặc biệt là các nhánh động mạch nhỏ.

PREVALENCE OF AND RISK FACTORS FOR ANXIETY AND DEPRESSION AMONG OUTPATIENTS WITH COPD AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Huynh Thi Thanh Phuong. MD

Gia Dinh People's Hospital

Background: It is known that anxiety and depression occur more commonly in patients with COPD but their prevalence among patients with this condition in Vietnam is not known. Therefore, our aim was to measure the prevalence of anxiety and depression among patients with COPD attending to respiratory outpatient clinic in Ho Chi Minh city, Vietnam. Furthermore, we sought to identify risk factors for, or predictors of, depression and anxiety in these patients.

Method: We conducted a cross-sectional study in patients with COPD attending the Asthma and COPD Management Unit at Gia Dinh Hospital, Ho Chi Minh city. Anxiety and depression were evaluated using a Vietnamese-language version of the Hospital Anxiety and Depression Scale that was self-completed by patients. A cut-point of ≥ 8 was used to identify both depression and anxiety on the respective scales.

Results: The sample of 193 patients was predominantly (93.5%) male. The prevalence of anxiety and depression were 21.7% and 41.3%, respectively. Younger age and increased breathlessness

were associated with anxiety with odds ratio of 2.33 (95% CI 1.04 to 5.20) and adjusted odds ratio 1.90 (95% CI 0.89 to 4.05), respectively. Prolonged disease duration and severity of breathlessness were independent predictors for depression with adjusted odds ratios of 4.29 (95% CI 1.67 to 10.98) and 1.87 (95% CI 1.01 to 3.46), respectively.

Conclusion: Anxiety and depression are common among patients with COPD. Clinicians should screen for these disorders among patients with COPD, particularly those who are younger, have prolonged disease duration and more severe breathlessness.

TỶ LỆ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA LO ÂU TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

BS. Huỳnh Thị Thanh Phương

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Giới thiệu: Lo âu và trầm cảm là bệnh lý khá thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhưng tỷ lệ bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mắc các rối loạn này tại Việt Nam vẫn chưa được biết rõ. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm khảo sát tỷ lệ của lo âu trầm cảm ở những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đến phòng khám hô hấp ngoại trú tại Thành Phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Bên cạnh đó, nghiên cứu còn xác định một số yếu tố nguy cơ của lo âu và trầm cảm ở những bệnh nhân này.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả ở 193 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đến phòng khám quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, Thành phố Hồ Chí Minh. Lo âu và trầm cảm được đánh giá bởi thang đo tự đánh giá Hospital Anxiety and Depression (HADS) phiên bản tiếng Việt. Điểm cắt ≥ 8 được dùng để chẩn đoán cho cả trầm cảm và lo âu

Kết quả: Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm đa số 93,5%. Tỷ lệ lo âu và trầm cảm lần lượt là 21,7% và 41,3%. Tuổi trẻ, tăng mức độ khó thở liên quan đến lo âu với odds ratio lần lượt là 2.33 (khoảng tin cậy 95% là 1,04 - 5,20) và 1,90 (Khoảng tin cậy 95% là 0.89 - 4.05). Thời gian mắc bệnh kéo dài và mức độ khó thở là yếu tố nguy cơ độc lập của trầm cảm với odd ratios lần lượt là 4,29 (Khoảng tin cậy 95% là 1,67 - 10,98) và 1,87 (Khoảng tin cậy 95% là 1,01 - 3,46).

Kết luận: Lo âu và trầm cảm là bệnh thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Bác sĩ lâm sàng cần tầm soát những rối loạn này ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đặc biệt là những bệnh nhân trẻ, có thời gian mắc bệnh kéo dài và có mức độ khó thở nặng.

SMOKING IN HEALTH CARE SETTINGS: FROM POLICY TO PRACTICE

Yen. PN¹, Thu Anh. N¹, Thao. NH¹, Toan. DT², Fox GJ^{1,3},

¹Woolcock Institute of Medical Research, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University, Hanoi, Vietnam

³Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Sydney, Australia

Background and Aims: Vietnam has a high prevalence of smoking among men, the Ministry

of Health has been assigned to be the standing agency for a national tobacco control program. Various policies to advocate the reduction of smoking and restrict smoking at public places including health care settings were issued. This presentation is aimed to describe the current situation of smoking in health care settings to identify the gaps between policy and practice, as well as opportunities and challenges to bring policy into reality.

Methods: We have conducted both qualitative and quantitative methods in this study, including: (1) qualitative studies among patients and health care workers who are smokers, (2) a cross-sectional survey among with health care workers in health care settings at different levels, (3) a survey among leaders of health facilities regarding smoking, (4) observation to describe the current smoking situation in health care settings.

Results: Most health facilities knew about the Smoke-Free Hospital policy and tried to adopt it into their own agencies. 85% of facilities had their own policies to ban smoking in their settings, although most of them (94%) had no funding allocated to implement the policy. Only 42% of facilities them has designated staff in charge of this activity. "No Smoking" signs were found in all health facilities but further activities to support smoking cessation among health care workers and patients were limited. Smoking was observed in some health care settings, proved by the existence of cigarettes butts in hospitals, and the number of people seen smoking. Some health care workers currently smoke. Among the 8% admitted they smoke, 75% among them intended to quit.

Conclusions: Various activities to advocate for smoke-free hospitals have been conducted. These have created positive changes. A substantial gap still exists between policies and practice. Smoking in health care settings is not completely solved. Furthermore, further research is required to evaluate the cost-effectiveness of interventions to support health care workers and patients to stop smoking in Vietnamese health facilities.

HÚT THUỐC LÁ TRONG HỆ THỐNG Y TẾ: TỪ CHÍNH SÁCH ĐẾN THỰC TIỄN

Yến. PN¹, Thu Anh. N¹, Thảo. NH¹, Toàn. DT², Fox GJ^{1,3}.

¹Viện nghiên cứu y khoa Woolcock, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

³Khoa Y học và Sức khỏe, Đại học Sydney, Úc

Bối cảnh và Mục tiêu: Việt Nam hiện có tỷ lệ nam giới hút thuốc lá cao, theo đó Bộ Y tế được chỉ định làm đơn vị đầu mối cho chương trình quốc gia phòng chống tác hại của thuốc lá. Hiện nay, Việt Nam có khá nhiều chính sách khác nhau được ban hành để giảm thiểu tác hại và cấm hút thuốc lá tại nơi công cộng bao gồm các cơ sở y tế. Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng hút thuốc lá tại các cơ sở y tế, tìm hiểu khoảng trống giữa chính sách và thực tiễn, cũng như cơ hội và thách thức để đưa chính sách vào thực tiễn.

Phương pháp: Chúng tôi tiến hành kết hợp phương pháp nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng trong nghiên cứu này, gồm có: (1) nghiên cứu định tính trên nhóm bệnh nhân và cán bộ y tế đang hút thuốc lá, (2) nghiên cứu định lượng trên cán bộ y tế ở các cấp từ trung ương đến địa phương, (3) một khảo sát dành cho lãnh đạo của cơ sở y tế về vấn đề thuốc lá, và (4) quan sát độc

lập nhằm mô tả tình hình hút thuốc lá hiện tại trong hệ thống y tế.

Kết quả: Hầu hết cơ sở y tế tham gia nghiên cứu biết về chính sách Bệnh viện không Khói thuốc và đang nỗ lực triển khai chính sách. 85% cơ sở y tế đã ban hành chính sách riêng về cấm hút thuốc trong các khu vực của cơ sở, mặc dù hầu hết trong số đó (94%) không được phân bổ ngân sách để thực hiện các hoạt động liên quan. Chỉ 42% cơ sở y tế có nhân viên chuyên trách cho hoạt động hút thuốc lá. Biển báo "Cấm hút thuốc" được gắn ở tất cả các cơ sở y tế nhưng các hoạt động hỗ trợ chuyên sâu cho việc cai nghiện thuốc lá cho cán bộ y tế và bệnh nhân vẫn còn hạn chế. Việc hút thuốc lá vẫn tồn tại ở một số nơi, được chứng minh bằng các đầu mẩu, tàn thuốc lá trong bệnh viện và những người đang hút thuốc được quan sát thấy trong khuôn viên bệnh viện. Một số cán bộ y tế hiện vẫn đang hút thuốc. Trong số 8% cán bộ y tế thừa nhận đang hút thuốc, có 75% trong số đó có ý định bỏ thuốc.

Kết luận: Nhiều hoạt động khác nhau nhằm thúc đẩy chính sách bệnh viện không khói thuốc đã được thực hiện và tạo ra những chuyển biến tích cực. Tuy nhiên, hiện vẫn còn một khoảng trống đáng kể giữa các chính sách và thực tiễn. Việc hút thuốc lá trong cơ sở y tế vẫn chưa được giải quyết hoàn toàn. Hơn nữa, chúng ta cần nghiên cứu thêm để đánh giá chi phí hiệu quả của các can thiệp hỗ trợ nhân viên y tế và bệnh nhân bỏ thuốc lá tại các cơ sở y tế ở Việt Nam.

INVESTIGATE CLINICAL FEATURES, POLYSOMNOGRAPHY DATA OF PATIENTS DIAGNOSED WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Phan Thu Phuong, Pham Van Luu

Respiratory Center, Bach Mai hospital

Background and Aims: OSA is the most common sleep-related breathing disorder and prevalence appears to be increasing worldwide. The prevalence of OSA in Asia is similar to that in the United States, despite lower rates of obesity, and linked risk related to craniofacial anatomy [1, 2]. Our primary objective was to delineate clinical, anthropometric and polysomnography data and comorbidities of 70 patients was diagnosed with obstructive sleep apnea (OSA) in Respiratory Center, Bach Mai hospital from August, 2017 to June, 2018

Methods: Cross-sectional study

Results: The mean age \pm SD was 42 ± 14 ; 87% were men and 86,9% had a body mass index ≥ 23 (kg/m²). The mean neck circumference were $39,8 \pm 3,2$ (cm). The most common daytime symptoms is excessive daytime sleepiness (59,4%), the most common nighttime symptoms is loud snoring (97,1%). There is statistical differences of minimum SpO₂ value between mild and severe group (P= 0,03)

Conclusions: There was 55 patients (79,7%) were diagnosed with moderate to severe OSA. The most common daytime symptoms is excessive daytime sleepiness (59,4%), the most common nighttime symptoms is loud snoring (97,1%). The most common lipid disorders is hyperglyceridemia (59,1%) and hypercholesterolemia (54,5%). There is statistical differences of minimum SpO₂ value between mild and severe group (P= 0,03).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐA KÍ GIÁC NGỦ Ở BỆNH NHÂN NGUNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Phan Thu Phương, Phạm Văn Lưu.

Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Bối cảnh và mục tiêu: Ngưng thở khi ngủ là rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ thường gặp và tỉ lệ mắc bệnh đang có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới. Tỉ lệ mắc bệnh ở người châu Á tương tự như châu Âu mặc dù tỉ lệ béo phì thấp hơn, có thể do liên quan đến bất thường giải phẫu vùng sọ mặt [1, 2]. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là làm rõ các đặc điểm lâm sàng, chỉ số nhân trắc và dữ liệu đo đa kí giấc ngủ cũng như các bệnh lí kèm theo của 69 bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở khi ngủ tại Trung tâm Hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 6 năm 2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Kết quả: Độ tuổi trung bình 42 ± 14 tuổi, số bệnh nhân nam chiếm 87%. Tỉ lệ bệnh nhân có BMI ≥ 23 là 86,9%. Chu vi vòng cổ trung bình của nhóm nghiên cứu là $39,8 \pm 3,2$ (cm). Triệu chứng ban ngày thường gặp nhất là buồn ngủ ban ngày (59,4%), triệu chứng ban đêm hay gặp nhất là ngáy to khi ngủ (97,1%). Rối loạn mỡ máu bao gồm tăng triglyceride (59,1%), tăng cholesterol (54,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị bão hòa oxy máu thấp nhất giữa nhóm bệnh nhân mức độ nhẹ và mức độ nặng ($P = 0.03$).

Kết luận: Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả ghi đo đa kí giấc ngủ trên 69 bệnh nhân mắc chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại Trung tâm Hô hấp- bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi ghi nhận có 55 bệnh nhân (79,7%) mắc mức độ trung bình - nặng, triệu chứng lâm sàng ban ngày hay gặp nhất là buồn ngủ ban ngày (59,4%), triệu chứng ban đêm hay gặp nhất là ngáy to khi ngủ (97,1%). Rối loạn mỡ máu hay gặp nhất là tăng triglyceride (59,1%) sau đó là tăng cholesterol (54,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ bão hòa oxy máu thấp nhất trong khi ngủ giữa nhóm bệnh nhân nhẹ và nặng ($P= 0,03$).

GIỚI THIỆU ĐỒNG THUẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HEN Ở TRẺ NHŨ NHI - HỘI HÔ HẤP TP.HỒ CHÍ MINH 2018

TS. BS. Trần Anh Tuấn

Hen là bệnh lý mạn tính thường gặp ở trẻ em và người lớn. Chẩn đoán hen trong đa số trường hợp không mấy khó khăn. Tuy nhiên, ở trẻ nhũ nhi chẩn đoán hen thật sự là một thách thức đối với người thầy thuốc lâm sàng. Việc chẩn đoán đúng, không quá lạm dụng cũng nhưng không

bỏ sót, sẽ giúp điều trị bệnh hiệu quả và hạn chế tác dụng phụ của thuốc gây ra cho trẻ nhỏ. Trong chuyên ngành nhi khoa, hen ở trẻ nhũ nhi là vấn đề thường gặp trên thực hành lâm sàng nhưng vẫn còn nhiều bàn cãi, bất cập trong chẩn đoán, xử trí do chưa có khuyến cáo và đồng thuận phù hợp. Hội Hô hấp TPHCM đã soạn thảo “Đồng thuận chẩn đoán và điều trị hen ở trẻ nhũ nhi” phù hợp với điều kiện thực tế của nước ta, và chính thức công bố tại Hội nghị thường niên của Hội lần thứ 20 tại TPHCM ngày 24/3/2018.

Sau đây là những nội dung chính của Đồng thuận.

I. TỔNG QUAN VỀ HEN Ở TRẺ NHŨ NHI:

Quan niệm về hen ở trẻ nhũ nhi (trẻ dưới 24 tháng tuổi) bắt đầu có từ cuối những năm 1970 và đầu những năm 1980. Tabachnik E và Levison H (1981) là những người đầu tiên nêu ra định nghĩa hen nhũ nhi mà nhiều nơi vẫn còn áp dụng dù có những hạn chế do chỉ dựa trên tần suất khò khè.

Hiện nay chưa có đồng thuận thống nhất trên toàn thế giới về định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở trẻ nhũ nhi. Đó là do việc chẩn đoán hen ở trẻ nhũ nhi có một số khó khăn chính sau:

- Hô hấp ký và các biện pháp thăm dò chức năng hô hấp thay thế khác không thể thực hiện được hay chưa đủ đặc hiệu cho chẩn đoán hen ở trẻ nhũ nhi.

- Chưa có các dấu ấn chỉ điểm viêm đặc hiệu cho hen ở lứa tuổi này.

- Nhiều trẻ dưới 2 tuổi chỉ khò khè thoáng qua, nhất là khi nhiễm virus đường hô hấp, và khoảng 60% không có triệu chứng khi đến 6 tuổi.

Tuy nhiên, nhiều trẻ nhỏ vẫn có nhiều đợt tái phát trong giai đoạn tuổi tiền học đường: khoảng 40% trẻ dưới 3 tuổi bị khò khè sẽ tiếp tục bị dai dẳng, liên tục đến sau 6 tuổi và là hen khởi phát sớm thật sự. Thế nhưng, nếu không được điều trị đúng mức, trẻ phải đối diện với nhiều nguy cơ không chỉ trước mắt và mà còn về lâu dài:

- Tuổi nhũ nhi là lứa tuổi có nguy cơ phải đi cấp cứu và nhập viện vì hen cao nhất so với các nhóm tuổi khác.

- Ngoài ra, khò khè trong giai đoạn sớm của cuộc đời đã được chứng minh là có kết hợp với suy giảm chức năng hô hấp lúc trẻ 6 tuổi và thường còn dai dẳng đến tuổi người lớn, cũng như với hiện tượng tái cấu trúc đường thở sau này.

Việc không được chẩn đoán là hen trên thực tế dẫn đến việc sử dụng nhiều danh từ không rõ ràng, không phù hợp hay mơ hồ và hậu quả tất yếu là nhiều trẻ hen thật sự lại không được điều trị sớm, phù hợp.

Đồng thuận này thống nhất chọn cách tiếp cận lâm sàng trong chẩn đoán hen ở trẻ nhũ nhi. Cũng như mọi tiếp cận lâm sàng khác, cách tiếp cận này cũng có khả năng là quá mức nhưng nếu cân nhắc với nguy cơ xấu, trước mắt và lâu dài, của hen không được chẩn đoán, điều trị đúng mức, thì cách tiếp cận hen nhũ nhi dựa trên lâm sàng vẫn có nhiều lợi ích hơn.

2. CHẨN ĐOÁN - ĐÁNH GIÁ:

2.1. Chẩn đoán hen nhũ nhi:

Chủ yếu là chẩn đoán lâm sàng, gợi ý bởi tiền sử, bệnh sử.

Không có xét nghiệm chẩn đoán thường quy chuyên biệt.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hen nữ nhi:

1. Có bằng chứng tắc nghẽn đường thở: khò khè do bác sĩ xác nhận
 - Trẻ < 12 tháng tuổi: khò khè ≥ 3 lần
 - Trẻ 12-24 tháng: khò khè ≥ 2 lần
2. Có đáp ứng với điều trị hen
3. Không có bằng chứng gợi ý chẩn đoán khác

Bảng 1. Triệu chứng gợi ý chẩn đoán hen ở trẻ nữ nhi

Triệu chứng	Đặc điểm gợi ý hen
Ho	Ho khan tái phát hoặc kéo dài, nặng lên về đêm hoặc đi kèm khò khè và khó thở. Ho xảy ra khi gắng sức, cười, khóc hoặc tiếp xúc với khói thuốc lá, không khí ô nhiễm, không liên quan đến nhiễm trùng hô hấp cấp.
Khò khè	Khò khè tái phát, trong khi ngủ hoặc khi có yếu tố thúc đẩy như gắng sức, cười, khóc, tiếp xúc với khói thuốc lá hoặc không khí ô nhiễm.
Khó thở	Xảy ra khi gắng sức, cười hoặc khóc.
Giảm hoạt động	Không chạy, chơi hoặc cười như những trẻ khác, mệt sớm hơn khi đi bộ (đòi ẵm bồng).
Tiền căn bản thân, gia đình	Bản thân: viêm da cơ địa, viêm mũi dị ứng. Gia đình: cha mẹ hen.
Điều trị thử với ICS và SABA khi cần	Cải thiện lâm sàng sau 2-3 tháng điều trị duy trì và triệu chứng nặng lên khi ngưng điều trị.

Các chìa khóa góp phần chẩn đoán hen nữ nhi:

1. Bằng chứng tắc nghẽn đường thở: khò khè do bác sĩ xác nhận
2. Chỉ số tiên đoán hen cải tiến (mAPI)
3. Đáp ứng với điều trị: chọn lựa tùy theo tình huống lâm sàng:

Nếu trẻ có khó thở: test giãn phế quản

Nếu trẻ không có khó thở: test điều trị thử (với ICS liều trung bình \pm SABA)

Lưu ý: các test điều trị cần được chuẩn hóa và thực hiện đúng quy trình.

4. Không có gợi ý chẩn đoán khác: không có “dấu hiệu cảnh báo chẩn đoán khác”.

2.1. Chẩn đoán phân biệt hen nữ nhi:

Không phải tất cả trẻ khò khè đều là hen, cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý khác:

Chìa khóa quan trọng là cần lưu ý đến các dấu hiệu cảnh báo khả năng có chẩn đoán khác:

- Khò khè khởi phát sớm (nhất là sơ sinh).
- Khò khè/thở rít hai thì.
- Khò khè liên tục.
- Khò khè kèm nôn trớ hay có liên quan với bữa ăn
- Cơ địa đặc biệt: suy dinh dưỡng nặng, bất thường nhiễm sắc thể, bệnh tim bẩm sinh, bệnh thần kinh-cơ, teo thực quản bẩm sinh, dị dạng lồng ngực

Chẩn đoán phân biệt với hen nữ nhi:

Các chẩn đoán phân biệt với hen nữ nhi:

Khò khè cấp tính:

- Nhiễm trùng hô hấp: đặc biệt là viêm tiểu phế quản
- Dị vật đường thở

Khò khè mạn tính, tái phát:

- Bất thường cấu trúc:

Lưu đồ 1: Chẩn đoán hen nữ nhi



Bất thường khí - phế quản
 Bất thường hệ thống tim mạch
 U trung thất

- Bất thường chức năng:

Hội chứng hít: dị vật đường thở bỏ quên, trào ngược dạ dày - thực quản, rối loạn

nuốt, dò khí quản thực quản

Bất thường đề kháng cơ thể

Loạn sản phế quản - phổi

Viêm tiểu phế quản tắc nghẽn

Viêm phế quản do vi khuẩn kéo dài

Bệnh phổi mô kẽ, bệnh xơ nang

2.3. Đánh giá mức độ nặng của cơn hen:

Bảng 2. Đánh giá mức độ nặng của cơn hen

Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nguy kịch
- Tỉnh - Khó thở khi gắng sức (khóc), vẫn nằm được - Thở nhanh, không co lõm lồng ngực - SpO2 ≥ 95%	- Tỉnh - Khó thở rõ, thích ngồi hơn nằm - Thở nhanh, co lõm lồng ngực - SpO2: 92-95%	- Kích thích, vật vã - Khó thở liên tục, phải nằm đầu cao - Thở nhanh, co lõm lồng ngực - SpO2 < 92%	- Lơ mơ, hôn mê - Tím tái - Thở chậm, cơn ngưng thở - Rì rào phế nang giảm hoặc không nghe thấy - SpO2 < 92%

2.4. Đánh giá mức độ kiểm soát hen:

Bảng 3. Đánh giá mức độ kiểm soát hen và nguy cơ tương lai.

Kiểm soát triệu chứng Trong 4 tuần qua, trẻ đã:	Mức độ kiểm soát hen		
	Tốt	Một phần	Không kiểm soát

Có triệu chứng ban ngày kéo dài trên vài phút và trên 1 lần/tuần	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	Không có dấu hiệu nào	Có 1 - 2 dấu hiệu	Có 3 - 4 dấu hiệu
Có bất kỳ giới hạn hoạt động do hen (chạy/chơi kém hơn trẻ khác, dễ mệt khi đi bộ/chơi)	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>			
Cần sử dụng thuốc cắt cơn trên 1 lần/tuần	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>			
Có bất kỳ thức giấc hay ho về đêm do hen	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>			

Nguy cơ tương lai hen kém kiểm soát

Nguy cơ có cơn hen kịch phát trong vài tháng tới:

- Các triệu chứng hen không được kiểm soát
- Có ít nhất một cơn hen nặng trong năm qua
- Bắt đầu vào mùa trẻ thường lên cơn hen
- Tiếp xúc với khói thuốc lá, ô nhiễm nội/ngoại thất, dị nguyên trong nhà, đặc biệt kết hợp với nhiễm virus.
- Trẻ hay gia đình có vấn đề tâm lý hay kinh tế - xã hội
- Kém tuân thủ điều trị, hay kỹ thuật dùng dụng cụ hít không đúng

Nguy cơ giới hạn luồng khí cố định:

- Hen nặng với vài lần nhập viện
- Tiền sử viêm tiểu phế quản

Nguy cơ có tác dụng phụ của thuốc:

- Toàn thân: dùng corticosteroid uống thường xuyên, ICS liều cao.
- Tại chỗ: dùng ICS liều trung bình/cao, kỹ thuật dùng dụng cụ hít không đúng, không bảo vệ da hay mắt khi dùng ICS phun khí dung hay buồng đệm với mặt nạ.

3. ĐIỀU TRỊ CƠN HEN CẤP:

3.1. Mục tiêu điều trị cơn hen cấp

- Nhanh chóng cải thiện tình trạng thiếu oxy và ứ CO2 máu
- Hồi phục tình trạng tắc nghẽn đường thở dưới
- Giảm nguy cơ tái phát trong tương lai

3.2. Các thuốc sử dụng trong điều trị cơn hen cấp: các đồng thuận:

3.2.1. Thuốc đồng vận β_2 tác dụng ngắn (SABA): Salbutamol, Terbutaline.

Đường dùng:

- Đường hít khí dung hoặc MDI (Metered dose inhaler: bình hít định liều) dùng với buồng đệm có mặt nạ là đường dung được lựa chọn do có tác dụng nhanh, hiệu quả giãn phế quản mạnh và ít tác dụng phụ toàn thân. Sử dụng SABA MDI với buồng đệm có mặt nạ cho hen cơn nhẹ và trung bình có hiệu quả tương đương qua đường khí dung và ít tác dụng phụ hơn (Chứng cứ A).

- Liều lượng:

o Salbutamol phun khí dung: 2,5mg/lần

o Salbutamol MDI 100mcg: 4-6 nhát/lần (1 nhát/3-4kg/lần - tối đa: 10 nhát/lần)

- Đường truyền tĩnh mạch: Salbutamol hoặc Terbutaline truyền tĩnh mạch được cân nhắc như biện pháp 'cuối cùng' nhằm tránh đặt nội khí quản khi cơn hen nặng thất bại với điều trị. Bệnh nhân phải được theo dõi sát tại khoa hồi sức tích cực.

- Đường uống không được khuyến cáo vì thời gian tác dụng chậm hơn, hiệu quả kém hơn trong khi tác dụng phụ toàn thân nhiều hơn.

3.2.2. Thuốc đồng vận β_2 không chọn lọc:

Adrenaline:

- Ưu tiên sử dụng để cắt cơn hen trong bệnh cảnh phản ứng phản vệ và phù mạch.
- Cơn hen nguy kịch hoặc không sẵn có đồng vận β_2 khí dung.

Liều lượng: 0,01ml/kg/lần (tối đa: 0,3ml/lần)

3.2.3. Thuốc kháng đối giao cảm

Ipratropium bromide:

- Không là lựa chọn đầu tiên trong cắt cơn hen
- Có tác dụng hiệp đồng với SABA.
- Được phối hợp sớm với SABA trong cơn hen nặng (mỗi 20 phút trong giờ đầu) hoặc cơn hen trung bình thất bại với liều SABA hít ban đầu.

Liều lượng: 125-250mcg/lần

Khuyến cáo chỉ nên dùng trong một ngày đầu

3.2.4. Magnesium sulfate

Magnesium sulfate truyền tĩnh mạch:

- Không được khuyến cáo dùng cho trẻ dưới 2 tuổi.
- Trong trường hợp trẻ trên 1 tuổi có cơn hen nặng kém đáp ứng với các điều trị giãn phế quản tích cực và corticosteroid đường toàn thân, phải nằm khoa HSTC, có thể cân nhắc điều trị magnesium sulfate TTM.

3.2.5. Theophylline

Theophylline được cân nhắc trong các trường hợp trẻ có cơn hen nặng, không đáp ứng với các điều trị tích cực trước đó.

Liều lượng: tấn công: 5-7mg/kg (TMC/20ph), duy trì: 1mg/kg/giờ (TTM).

Khi dùng phải theo dõi sát ECG và nồng độ theophyllin trong huyết tương (sau 6 - 12 giờ điều trị và sau đó mỗi 12 - 24 giờ). Cần giữ nồng độ thuốc ở mức 10 - 15 $\mu\text{g/ml}$.

3.2.6. Corticosteroids

Chỉ định:

- Bệnh nhân đang điều trị corticosteroid hoặc có tiền căn hen đã nằm hồi sức.
- Nếu sau liều SABA hít đầu tiên không đáp ứng hay đáp ứng không hoàn toàn.
- Cơn hen nặng/nguy kịch.

Đường dùng, cách dùng:

- Đường uống:

o Được khuyến cáo sử dụng do có tác dụng tương đương đường tiêm, rẻ tiền, không xâm lấn

o Prednisolone/Prednisone: 1-2mg/kg/ng trong 3 - 5 ngày.

- Đường tiêm mạch:

o Chỉ định: cơn hen nặng hoặc nguy kịch hoặc khi trẻ không thể dung nạp đường uống.

Methylprednisolone: 2mg/kg, sau đó 1mg/kg/6 giờ (ưu tiên lựa chọn trong cơn hen nặng).

Hydrocortisone. 5mg/kg/6 giờ

o Cần chuyển sang đường uống khi bệnh nhân ổn định hơn.

- Đường hít:

o Chỉ định sử dụng ICS liều cao trong điều trị cắt cơn:

o Khi không thể dùng corticosteroid đường toàn thân.

o Chống chỉ định dùng corticosteroid đường toàn thân: thủy đậu (mắc thủy đậu hoặc chủng ngừa thủy đậu trong vòng 2 tuần, tiếp xúc bệnh thủy đậu trong 3 tuần trước), bệnh tay chân miệng, nhiễm trùng nặng, lao, viêm loét dạ dày - tá tràng, xuất huyết tiêu hóa.

o Cha mẹ trẻ từ chối dùng corticosteroid uống.

o Điều trị phối hợp corticosteroid đường toàn thân trong cơn hen nặng, cơn hen trung bình kém đáp ứng điều trị ban đầu.

- Liều lượng:

Cơn hen nặng (phối hợp với corticosteroid đường toàn thân): khí dung Budesonide 1mg/lần - phun khí dung 2 lần cách nhau 30 phút.

Cơn hen nhẹ - trung bình (thay thế corticosteroid đường toàn thân): khí dung Budesonide: 1mg/lần, 2 lần/ngày.

Lưu đồ 2: Xử trí cơn hen tại bệnh viện



- Trẻ đang được theo dõi hen và cần phải sử dụng thường xuyên SABA hít (> 1-2 lần/tuần).

- Trẻ nhập viện vì cơn hen nặng/nguy kịch.

4.3. Chọn lựa điều trị ban đầu:

Bảng 4. Chọn lựa điều trị ban đầu

	Thuốc chọn lựa	Đánh giá sau 4 tuần	
Hen khởi phát do virus	LTRA	Có đáp ứng tốt, ngưng thuốc rồi theo dõi	Không đáp ứng: chuyển sang ICS, khám chuyên khoa
Hen khởi phát do nhiều yếu tố hay có bằng chứng về dị ứng Hen dai dẳng	ICS liều thấp	Có đáp ứng tốt: tiếp tục đủ 3 tháng, rồi ngưng thuốc	Không đáp ứng : - Khám chuyên khoa - ICS liều trung bình - Hay phối hợp LTRA

- Lựa chọn thuốc:

- Khò khè gián đoạn khởi phát do virus: ICS liều thấp hiệu quả hơn LTRA.

- Khò khè do nhiều yếu tố khởi phát, dị ứng với dị nguyên đường hít và hoặc eosinophile/máu ≥ 400/mm³: nên sử dụng ICS.

- Đối với khò khè gián đoạn khởi phát do virus mức độ trung bình - nặng: dùng ICS liều cao khi bắt đầu có triệu chứng nhiễm virus đường hô hấp trên, trước khi có khò khè và duy trì 10 ngày (Budesonide PKD 1mg x 2 lần/ngày).

4.4. Điều trị duy trì theo mức độ kiểm soát triệu chứng:

- Sau khi điều trị ban đầu 4 tuần, thuốc được lựa chọn để điều trị tiếp tục tùy thuộc mức độ kiểm soát hen.

- Tiếp cận điều trị duy trì theo cách tăng hoặc giảm bậc điều trị giúp kiểm soát tốt triệu chứng, giảm thiểu nguy cơ xuất hiện cơn cấp và tác dụng phụ của thuốc về sau.

4. ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ

4.1. Mục tiêu:

- Kiểm soát hoàn toàn triệu chứng hen (không triệu chứng ngày và đêm, không cần dùng thuốc cắt cơn)

- Duy trì chức năng hô hấp bình thường (không xuất hiện triệu chứng khi gắng sức hoặc hít khí lạnh...)

- Cải thiện chất lượng cuộc sống (sinh hoạt bình thường, không nghỉ học, giảm thiểu tác dụng phụ của thuốc)

4.2. Chỉ định điều trị duy trì:

- Trẻ có kiểu triệu chứng gợi ý chẩn đoán hen (xem bảng 1) và những triệu chứng này không được kiểm soát (xem bảng 3) và/hoặc trẻ thường có các đợt khò khè (từ 3 đợt trở lên trong một mùa).

- Trẻ có những đợt khò khè nặng khởi phát do virus dù ít thường xuyên (1-2 đợt trong một mùa).

Bảng 5. Tiếp cận điều trị duy trì theo bậc để kiểm soát triệu chứng

				Bậc 4
--	--	--	--	-------

			Bậc 3	
		Bậc 2		
	Bậc 1	- Kiểu triệu chứng phù hợp hen và triệu chứng hen không kiểm soát tốt, hoặc có ≥ 3 cơn cấp/năm; hoặc - Kiểu triệu chứng không phù hợp với hen nhưng các đợt khò khè xuất hiện thường xuyên (mỗi 6-8 tuần). Điều trị thử để chẩn đoán: 3 tháng.	Chẩn đoán hen, nhưng không được kiểm soát tốt với ICS liều thấp	Hen không được kiểm soát tốt với ICS liều trung bình
Cần nhắc khi trẻ có	Khò khè không thường xuyên do nhiễm virus, giữa các đợt không có hoặc ít triệu chứng.			
Thuốc phòng ngừa ưu tiên	LTRA 2-4 tuần	ICS liều thấp hàng ngày	ICS liều trung bình	Tiếp tục ICS liều trung bình + chuyển chuyên gia
Thuốc thay thế	Không	LTRA hoặc ICS ngắt quãng	ICS liều thấp + LTRA	- Thêm LTRA - Tăng liều ICS - Thêm ICS ngắt quãng
Thuốc cắt cơn	Thuốc đồng vận beta2 tác dụng ngắn hít khi cần (đối với mọi trẻ em)			
Lưu ý cho mọi trẻ em:				
<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá kiểm soát triệu chứng, nguy cơ về sau, bệnh đi kèm. - Kỹ năng tự xử trí: giáo dục sức khỏe, kỹ thuật hít, bảng hướng dẫn tự xử trí hen, tuân thủ điều trị. - Thường xuyên đánh giá: đáp ứng điều trị, tác dụng phụ, thiết lập điều trị hiệu quả với liều tối thiểu và xem xét lại chẩn đoán hen nếu thất bại điều trị. - Kiểm soát môi trường (tùy trường hợp): khói thuốc lá, dị nguyên, ô nhiễm không khí nội/ngoại thất. 				

4.5. Đánh giá đáp ứng và điều chỉnh điều trị:

Cần đánh giá đáp ứng với điều trị của trẻ và điều chỉnh điều trị tùy theo mức độ kiểm soát với mục tiêu kiểm soát hen bằng cách dùng thuốc với liều thấp nhất có thể.

Bảng 6. Đánh giá đáp ứng và điều chỉnh điều trị

Mức độ kiểm soát	Hướng xử trí
-------------------------	---------------------

Kiểm soát tốt	Cần nhắc giảm bậc điều trị khi triệu chứng hen được kiểm soát tốt trong 3 tháng hoặc hơn. Chọn thời điểm giảm bậc điều trị thích hợp (không bị nhiễm trùng hô hấp, không đi du lịch, không vào những lúc thời tiết thay đổi). Đối với trẻ được điều trị duy trì với ICS thì giảm 25-50% liều ICS mỗi 3 tháng.
Kiểm soát một phần	Trước khi tăng bậc điều trị cần kiểm tra, điều chỉnh kỹ thuật hít thuốc; bảo đảm tuân thủ tốt với liều thuốc đã kê toa. Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ: phơi nhiễm với dị nguyên, khói thuốc lá...
Không kiểm soát	Cần tăng bậc điều trị sau khi đã kiểm tra các vấn đề trên.

4.6. Tái khám

- Sau mỗi cơn hen cấp, trẻ cần được tái khám trong vòng 1 tuần. Tần suất tái khám tùy thuộc mức độ kiểm soát hen ban đầu, đáp ứng với điều trị và khả năng tự xử trí của cha/mẹ hay người chăm sóc trẻ. Tốt nhất trẻ cần được tái khám sau 1-3 tháng bắt đầu điều trị, sau đó 3-6 tháng/ lần.

- Cần đánh giá mức độ kiểm soát hen, yếu tố nguy cơ, tác dụng phụ của thuốc và hỏi cha/mẹ trẻ có lo lắng gì không ở mỗi lần tái khám. Theo dõi chiều cao của trẻ ít nhất 1 lần/ năm.

4.7. Ngưng điều trị

- Cần nhắc ngưng điều trị duy trì nếu bệnh nhân hết triệu chứng trong 6-12 tháng, đang ở bậc điều trị thấp nhất và không có yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, không nên ngưng điều trị vào mùa trẻ hay bị nhiễm trùng hô hấp, mùa có nhiều phấn hoa và lúc trẻ đang đi du lịch.

- Trường hợp ngưng điều trị duy trì, cần tái khám sau 3-6 tuần để kiểm tra xem có tái xuất hiện triệu chứng không, nếu có, cần điều trị lại.

4.8. Liều lượng thuốc điều trị duy trì

Bảng 7. Liều lượng thuốc điều trị duy trì cho trẻ nữ nhi

Thuốc	Liều lượng (mcg/ngày)		
	Thấp	Trung bình	Cao
Fluticasone propionate MDI (HFA) + buồng đệm	100	200	400
Beclomethasone dipropionate MDI (HFA) + buồng đệm	100	200	400
Budesonide MDI + buồng đệm	200	400	800
Budesonide khí dung	250	500	1000
Montelukast	4 mg/ngày - uống vào buổi tối		

4.9. Chọn lựa dụng cụ hít

Đối với trẻ nữ nhi, dụng cụ hít được khuyến cáo là MDI kết hợp với buồng đệm và mặt nạ, dụng cụ thay thế là phun khí dung với mặt nạ.

DANH SÁCH BAN SOẠN THẢO:

PGS. TS. BS. Trần Văn Ngọc (Chủ tịch Hội Hô hấp TPHCM) (chủ biên), PGS. TS. BS. Lê Thị Tuyết Lan, PGS. TS. BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm, PGS. TS. BS. Phạm Thị Minh Hồng, TS. BS. Trần Anh Tuấn (Thường trực), ThS. BS. Trần Thiện Ngọc Thảo, BS. CK.2 Đặng Thị Kim Huyền, ThS. BS. Trịnh Hồng Nhiên, ThS. BS. Lê Bình Bảo Tịnh, ThS. BS. Võ Lê Vi Vi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

- Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH (2008). Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy*; 63:5-34.
- British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2016), British Guideline on the Management of Asthma.
- Castro-Rodriguez JA, Custovic A, Ducharme FM (2016). Treatment of asthma in young children: evidence-based recommendations. *Asthma Research and Practice*; 2:5, DOI 10.1186/s40733-016-0020-z.
- Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D (2015). Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society position. *Can Respir J*; 22(3): 135-143.
- ERS Task Force (2014). Classification and pharmacological treatment of preschool wheezing: changes since 2008. *Eur Respir J*; 43: 1172 - 1177 | DOI: 10.1183/09031936.00199913.
- Global Initiative for Asthma (2017), Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
- Hội Hô hấp Việt Nam và Hội Nhi khoa Việt Nam (2016). Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi. NXB Y học.
- Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam (2015). Chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi. In: Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. NXB Y học, 155-184.
- Jackson DJ, Lemanske RF, Guilbert TW (2015). Management of Asthma in Infants and Children. In: Middleton's Allergy Principles and Practice, Elsevier-Mosby, 8 th ed., 861-891.
- Kakumaku S (2017). Treatment of recurrent virus-induced wheezing in young children. UpToDate. Jun 2017.
- Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH (2012). International Consensus on Pediatric Asthma. *Allergy*; DOI: 10.1111/j.1398-9995.2012.02865.x (epub June 15, 2012).
- Ren CL, Esther CR, Debley JS (2016). Official American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines: Diagnostic Evaluation of Infants with Recurrent or Persistent Wheezing. *Am J Respir Crit Care Med*, 194(3): 356-373.
- Sawicki G, Haver K (2017). Asthma in children younger than 12 years: Treatment of persistent asthma with controller medications. UpToDate. Jun 2017.
- Société Pédiatrique de Pneumologie et Allergologie (2009). Asthme de l'enfant de moins de 36 mois: diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus.
- Tabachnik E, Levison H (1981). "Infantile bronchial asthma". *J Allergy Clin Immunol.*, 67(5): 339-347. Arakawa H, Hamasaki Y, Kohno Y (2017). Japanese guidelines for childhood asthma 2017. *Allergology International*, 66: 190-204.

ĐỒNG THUẬN VỀ LIỆU PHÁP KHÍ DUNG TRÊN CÁC BỆNH LÝ HÔ HẤP Ở TRẺ EM

Lược dịch và hiệu đính: Ngô Quý Châu^a, Nguyễn Thị Diệu Thúy^b

^a Trung tâm Hô Hấp, Bệnh viện Bạch Mai

^b Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Hà Nội

TỔNG QUAN

Liệu pháp khí dung là nền tảng trong quản lý một số bệnh hô hấp cấp và mạn tính ở trẻ em. Thực tế, không phải tất cả trẻ em đều có thể sử dụng buồng đệm và không phải tất cả các thuốc hay dung dịch đều có sẵn ở dạng ống hít định liều (pMDI), vì thế liệu pháp khí dung là lựa chọn thay thế khả thi duy nhất.

Đồng thuận này dựa trên các bằng chứng được tổng kết qua kinh nghiệm lâm sàng và các nghiên cứu mới nhất để đưa ra các khuyến cáo về ứng dụng của liệu pháp khí dung trên đối tượng bệnh nhân là trẻ em. Đồng thuận cung cấp tổng quan về các loại máy khí dung khác nhau và những lưu ý khi sử dụng. Chúng tôi cũng xem xét các đặc tính dược lý và tính an toàn của các thuốc khí dung được sử dụng phổ biến, bao gồm corticoid dạng hít (ICS), đồng vận thụ thể β_2 tác động nhanh (SABA) và đối vận thụ thể muscarinic tác động nhanh (SAMA). Chúng tôi đưa ra khuyến cáo về sử dụng liệu pháp khí dung trong điều trị hen phế quản và viêm thanh khí phế quản cấp ở trẻ em.

Khuyến cáo này giúp cho các bác sĩ lâm sàng có một số hướng dẫn xử trí nhằm cải thiện quá trình điều trị bằng liệu pháp khí dung cho các bệnh lý hô hấp ở trẻ em.

1. Máy khí dung

Máy khí dung dạng khí nén (Jet nebulizer)

Máy khí dung dạng khí nén là loại máy được sử dụng phổ biến nhất trên thực hành lâm sàng. Máy khí dung dạng này nén khí hoặc nén oxy qua một lỗ nhỏ với tốc độ cao¹. Tăng tốc độ dòng khí giúp tăng thể tích thuốc đưa vào phổi và có thể rút ngắn thời gian phun thuốc, giúp tăng sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân¹.

Dung tích chất lỏng trong ngăn chứa thuốc thường dao động từ 3-5ml, và thường sẽ phân phối hết trong vòng 5-10 phút. Đối với trẻ em có tiền sử cơn hen kịch phát nặng và khó thở nhiều, oxy (6-8 L/ phút) được khuyến cáo sử dụng như khí đẩy vì điều này giúp bổ sung oxy cùng lúc phun thuốc. Tuy nhiên, việc cung cấp oxy cần được tiếp tục sau khi hoàn thành việc phun khí dung^{2,3}.

Máy khí dung dạng lưới (Mesh nebulizer)

Máy khí dung dạng lưới tạo ra các hạt nhỏ bằng cách bơm hỗn dịch thuốc qua các lỗ nhỏ trong một hệ thống lưới rung hoặc một tấm lưới gồm nhiều lỗ nhỏ⁴. Máy khí dung dạng lưới có giá cao hơn so với máy phun dạng khí nén và tỷ lệ thuốc phân phối thấp hơn. Tuy nhiên, máy khí dung dạng lưới nhìn chung nhỏ hơn, nhẹ hơn và gọn hơn, có thể mang theo khi di chuyển và có thể sử dụng cho bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng. Số lượng các dạng máy khí dung dạng lưới có sẵn còn hạn chế và nhược điểm lớn nhất của chúng là độ bền của lưới thấp vì có thể bị tắc và khó làm sạch⁴. Máy khí dung dạng lưới chủ động hoạt động dựa trên các cảm biến áp điện gây rung, ngược lại với máy khí dung dạng lưới thụ động tạo ra các rung động dựa vào chuyển động không khí⁴. Máy khí dung dạng lưới thụ động ít hiệu quả trong phân phối thuốc

dạng hỗn dịch và thường sử dụng cùng với đầu ngậm.

Máy khí dung dạng siêu âm (Ultrasonic wave nebulizer)

Cảm biến áp điện trong máy khí dung dạng sóng siêu âm tạo ra xung động với tần số cao >1MHz để tạo ra các hạt nhỏ trên bề mặt chất lỏng trong ngăn chứa thuốc⁵. Tuy nhiên, các hạt nhỏ này chứa các phân tử thuốc ở mật độ thấp và các phân tử nước ở mật độ cao có thể gây tăng kháng trở đường thở. Hơn nữa, máy khí dung dạng siêu âm không thể tạo ra các hạt nhỏ từ hỗn dịch và có thể làm giảm chất lượng của các hạt nhạy cảm với nhiệt độ như ICS⁴. Máy khí dung dạng sóng siêu âm không được khuyến cáo trong điều trị hen⁶.

Ứng dụng của máy khí dung

Trên thực tế, có thể có khác biệt lớn về kích thước hạt và số lượng thuốc được phân phối giữa các loại máy khí dung khác nhau và thậm chí là giữa các dòng khác nhau của cùng một dạng máy khí dung. Chỉ nên sử dụng máy khí dung khi đã có sẵn dữ liệu về khí động học của hạt và/hoặc bằng chứng về hiệu quả lâm sàng. Máy phun khí dung được chứng minh về hiệu quả và an toàn tốt hơn so với bình xịt định liều (pMDI) và bình hít bột khô (DPI)⁷.

Ở bệnh nhân trẻ em, đầu miệng ngậm sẽ phân phối gấp hai lần lượng thuốc so với mặt nạ⁸ và nên được sử dụng khi phun khí dung ICS để tránh thuốc bay vào mắt. Tuy nhiên, không phải tất cả trẻ em đều có thể sử dụng đầu miệng ngậm⁸.

2. Áp dụng liệu pháp khí dung trong điều trị các bệnh lý hô hấp

2.1. Hen phế quản

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính đường thở liên quan đến tăng phản ứng quá mức của đường dẫn khí gây ra các đợt khò khè, khó thở, nặng ngực, và ho tái đi tái lại, đặc biệt vào buổi tối hoặc sáng sớm⁹. Các đợt triệu chứng này thường thường liên quan đến tắc nghẽn luồng khí dao động, thường hồi phục tự nhiên hoặc do điều trị⁹.

Cơn hen cấp được đặc trưng bởi sự tiến triển các triệu chứng khó thở, ho, khò khè và nặng ngực cùng với hạn chế luồng khí thở ra được xác định bằng cách đo chức năng hô hấp^{10,11}. Cơn hen cấp là tình trạng cấp cứu y khoa cần phải được chẩn đoán và điều trị cấp. Mục đích xử trí cơn hen cấp là phục hồi sự tắc nghẽn đường thở nhanh chóng bằng các thuốc giãn phế quản (SABA hoặc Ipratropium), điều trị sớm với corticosteroid để giảm tình trạng viêm và điều trị tình trạng suy hô hấp thông qua liệu pháp oxy. Trong cơn hen cấp ở trẻ em, corticosteroid nên dùng đường toàn thân, hoặc prednisolone đường uống với liều 1-2mg/kg/ngày, tối đa 40mg cho trẻ từ 6 - 11 tuổi, 30 mg cho trẻ từ 2 - 5 tuổi và 20mg với trẻ < 2 tuổi¹⁰, hydrocortisone 4mg/kg tiêm truyền tĩnh mạch mỗi 4 giờ đối với trẻ không thể uống hoặc methylprednisolone 1mg/kg tiêm truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ trong ngày đầu tiên cho trẻ ≤5 tuổi¹⁰.

Chứng cứ về sử dụng corticosteroid dạng hít hoặc phun khí dung trong cơn hen cấp

Một phân tích cộng gộp từ 17 nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên trên bệnh nhân trẻ em (từ 6 tháng đến 17 tuổi) và người lớn (>18 tuổi) có cơn hen kịch phát nhập viện cấp cứu được điều trị bằng ICS hoặc giả dược hoặc corticosteroid đường toàn thân¹². Kết quả nghiên cứu cho thấy ICS dùng nhiều liều đồng thời cùng với kích thích beta 2 làm giảm tỉ lệ nằm viện sau 2-4 giờ, cao hơn so với giả dược. Nhóm bệnh nhân điều trị bằng ICS dùng nhiều liều đồng thời cùng với kích

thích beta 2 cũng cải thiện triệu chứng lâm sàng nhanh hơn so với nhóm giả dược hoặc nhóm điều trị bằng corticosteroid đường toàn thân và tăng tỉ lệ xuất viện sớm.

Một nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên tiến cứu thực hiện trên 80 trẻ hen (1-18 tuổi) trong cơn hen cấp điều trị bằng budesonide (800 µg) khí dung mỗi giờ trong 3 giờ đầu tiên, mỗi 12 giờ cho 2 liều tiếp theo so sánh với prednisolone 2mg/kg đường uống; kết hợp liệu pháp oxy và khí dung salbutamol duy trì¹³. Sự cải thiện tình trạng hô hấp rõ rệt được quan sát thấy sau 1, 2 và 6 giờ sau khi bắt đầu điều trị ở nhóm Budesonide so với nhóm prednisolone (p<0.01).

Một nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên khác được thực hiện trên 118 trẻ em nhập viện cấp cứu vì cơn hen cấp mức độ trung bình đến nặng. Các bệnh nhân được điều trị với salbutamol và ipratropium bormide mỗi 20 phút/lần phối hợp với budesonide liều cao hoặc nước muối sinh lý 3 lần trong giờ đầu tiên¹⁴. Kết quả cho thấy, sự cải thiện FEV1 là tương tự ở 2 nhóm ngay sau 3 liều khí dung, nhưng sự cải thiện đáng kể được quan sát thấy tại thời điểm 1h và 2h sau liều khí dung cuối cùng ở nhóm budesonide so với nhóm dùng nước muối sinh lý. Nhóm điều trị bằng budesonide có tỉ lệ thuyên giảm bệnh và giảm nhu cầu sử dụng corticosteroid đường uống cao hơn¹⁴.

Khuyến cáo điều trị cơn Hen cấp

***Cơn hen cấp mức độ nhẹ**

Khởi đầu điều trị với SABA dạng khí dung kết hợp với hỗn dịch budesonide 0,5 - 1mg dạng khí dung có thể cải thiện triệu chứng nhanh chóng ở trẻ em không thể dung nạp với corticosteroid uống do nôn hoặc từ chối uống thuốc (Chứng cứ B).

***Cơn hen cấp mức độ trung bình đến nặng**

Liều cao budesonide dạng khí dung phun cách quãng (1 mg mỗi 20 - 30 phút, 2 lần trong 60 - 90 phút đầu tiên) kết hợp với SABA. Cách phối hợp này có thể thay thế hoàn toàn hoặc một phần corticoid đường toàn thân (SCS) trong cơn hen cấp không đe dọa tính mạng (Chứng cứ A).

Nếu triệu chứng không được cải thiện trong 60 - 90 phút điều trị khởi đầu, SCS nên được sử dụng thêm vào càng sớm càng tốt. Sau những liều đầu tiên, nhắc lại liều budesonide 1mg dạng hít mỗi 12 giờ và tiếp tục điều trị với mức liều này trong ít nhất 3 - 5 ngày (Chứng cứ B).

***Cơn hen cấp đe dọa tính mạng**

SCS nên được phối hợp ngay lập tức cùng với các liệu pháp dạng khí dung: liều cao budesonide được khí dung cách quãng (1 mg mỗi 20 - 30 phút, 2 lần trong 60 - 90 phút đầu tiên) kết hợp với SABA. Sau những liều đầu tiên, nhắc lại liều budesonide 1mg dạng khí dung mỗi 6h giờ và tiếp tục điều trị với mức liều này trong ít nhất 3 - 5 ngày (Chứng cứ A).

Chứng cứ về sử dụng corticosteroid dạng hít hoặc phun khí dung trong điều trị duy trì

ICS là thuốc điều trị hen duy trì được ưu tiên khi cơn hen cấp được kiểm soát. Điều trị với ICS giúp làm giảm triệu chứng hen và nguy cơ đợt kịch phát, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống (Chứng cứ A). Khởi đầu điều trị sớm với ICS liều thấp giúp cải thiện chức năng hô hấp tốt hơn là điều trị khi triệu chứng bệnh đã xuất hiện từ 2 - 4 năm, sau đó có thể tăng liều ICS nếu cần⁹. Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene (LTRA) là một lựa chọn khác để kiểm soát hen, nhưng ít

hiệu quả hơn ICS (Chứng cứ A).

Sử dụng ICS liều thấp duy trì hàng ngày phối hợp SABA khi cần được khuyến cáo là điều trị duy trì khởi đầu cho hen bậc 2 ở trẻ em ≤ 5 tuổi⁸.

pMDI với buồng đệm là cách phân phối thuốc được lựa chọn cho trẻ 5 tuổi¹⁵, tuy nhiên kỹ thuật hít thuốc đòi hỏi phải phối hợp kỹ thuật “tay bóp miệng hít” và không phải tất cả trẻ đều có thể sử dụng pMDI. Đối với những trẻ này, budesonide dạng khí dung với liều khởi đầu 0,5-1mg/ngày là một lựa chọn để kiểm soát hen lâu dài.

Nếu hen kiểm soát kém sau ít nhất 3 tháng điều trị thì nên cân nhắc nâng bậc điều trị¹⁰.

- Đối với trẻ đang điều trị với liều khởi đầu 0,5mg/ngày thì có thể tăng liều lên 1mg/ngày.
- Đối với trẻ đang điều trị với liều khởi đầu 1mg/ngày thì nên phối hợp với một thuốc khác như kháng thụ thể leukotriene (LTRA).

Nếu hen được kiểm soát trong ít nhất 3 tháng thì có thể hạ bậc điều trị bằng cách giảm 25-50% liều ICS đến liều thấp nhất có hiệu quả (liều budesonide 0,25mg/ngày).

Nếu hen được kiểm soát ở liều ICS thấp nhất trong ít nhất 1 năm thì có thể cân nhắc ngưng điều trị.

Một nghiên cứu trên 202 trẻ hen nhẹ dai dẳng từ 2 đến 4 tuổi được điều trị với budesonide 0,5mg dạng hít hoặc montelukast 4mg x 1 lần/ngày trong thời gian 1 năm. Kết quả cho thấy budesonide đem lại lợi ích đáng kể so với montelukast về tỉ lệ trẻ phải dùng steroid đường uống, tỉ lệ các đợt phải dùng thêm thuốc và khả năng kiểm soát triệu chứng hen cho trẻ từ những người chăm sóc¹⁵.

Khuyến cáo về xử trí sớm cơn hen cấp tại nhà

Cha mẹ/ bệnh nhân nên có một bản kế hoạch hành động hướng dẫn điều trị duy trì và cách xử trí sớm cơn hen cấp. Khi trẻ có các dấu hiệu của cơn hen cấp hoặc triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên thì xử trí cơn hen cấp bằng cách khởi đầu gấp đôi liều ICS dạng pMDI với buồng đệm hoặc liều cao corticosteroid 1mg x 2 lần/ngày dạng khí dung. Điều trị này nên được duy trì trong 1 - 2 tuần (không dài quá 2 tuần) trước khi giảm liều từ từ xuống mức liều duy trì thông thường. Tuy nhiên, không có đồng thuận nào về liều dùng và số lần dùng ICS. Các nghiên cứu cho thấy tuân thủ theo các hướng dẫn này thì cha mẹ có thể kiểm soát được 83 - 94% cơn hen cấp của trẻ tại nhà^{16,17}. (Chứng cứ B).

2.2. Bệnh Croup (Viêm thanh khí phế quản cấp)

Viêm thanh khí phế quản cấp tính (còn gọi là bệnh Croup) là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy hô hấp và thở rít thanh quản¹⁸. Virus là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh croup, chiếm tới 80%. Trong số đó, virus á cúm (thể 1 -3) gặp ở 50-75% ở bệnh nhân croup. Các chủng virus khác gây bệnh croup bao gồm enterovirus, human bocavirus, cúm A và B, virus hợp bào hô hấp, rhinovirus và adenovirus¹⁹. Một số trường hợp hiếm gặp có thể liên quan tới vi khuẩn như bạch hầu và mycoplasma pneumoniae¹⁸.

Croup ảnh hưởng đến phần lớn trẻ trong độ tuổi từ 6 tháng đến 3 tuổi và thường có các triệu chứng viêm long đường hô hấp trước 1 - 4 ngày (chảy nước mũi trong, hạ thân nhiệt và ho)¹⁸. Đa phần các đợt croup thường nhẹ: khoảng 5% trường hợp trẻ phải nhập viện, và trong số đó 1-3% có thể phải đặt nội khí quản¹⁸.

Corticosteroid đem lại nhiều lợi ích trong điều trị croup, kể cả croup mức độ nhẹ (Chứng cứ A)²⁰. Điều trị bằng corticosteroid làm giảm thời gian điều trị cấp cứu và giảm thời gian cha mẹ túc trực ở trong phòng cấp cứu (RR: 0,50; CI: 0,36 - 0,70) (Chứng cứ A)²⁰. Một liều dexamethasone có hiệu quả trên bệnh nhân croup thể nhẹ (Chứng cứ B)⁴⁷ và cũng được ưu tiên lựa chọn cho tất cả bệnh nhân croup, bao gồm các bệnh nhân croup nhẹ (liều ~0,60mg/kg) so với các thuốc khác hoặc đường dùng khác nhưng thiếu bằng chứng có giá trị²⁰.

Phần lớn trong số 12 nghiên cứu từ tổng hợp Cochrane về điều trị với budesonide cho thấy cả budesonide dạng hít và SCS đều vượt trội hơn giả dược về cải thiện triệu chứng lâm sàng và tiến triển bệnh croup²⁰. Và trong hầu hết 12 nghiên cứu này, liều khởi đầu budesonide dạng hít là 2 mg, với liều tiếp theo là 1mg mỗi 12 giờ ở trong 2 nghiên cứu²⁰. Một nghiên cứu mù đôi, giả dược so sánh hiệu quả của dexamethasone 0,6mg/kg đường uống với budesonide 2 mg dạng hít cho thấy không có sự khác biệt về thời gian điều trị tại phòng cấp cứu hoặc làm giảm độ nặng của bệnh²². Budesonide phun khí dung khởi phát tác dụng trong vòng 30 phút, chậm hơn thời gian khởi phát của adrenaline phun khí dung nhưng cao hơn SCS²².

Adrenaline dạng phun khí dung giúp cải thiện triệu chứng của bệnh nhân croup mức độ trung bình đến nặng (Chứng cứ A)²⁴. Adrenaline dạng phun khí dung làm giảm tính thấm mạch máu biểu mô phế quản và khí quản, vì vậy giúp làm giảm phù nề đường thở và cải thiện luồng khí thở. Liều chuẩn của L-adrenaline (1:1000) là 0,5mL/kg lên tới liều tối đa 5mL²². Khởi phát tác dụng nhanh của Adrenalin giúp giảm triệu chứng croup trong vòng 30 phút và duy trì trong khoảng 2 giờ²⁴. Croup mức độ nặng hơn có thể đòi hỏi lặp lại liều điều trị²³.

Khuyến cáo điều trị Croup

Croup mức độ nhẹ: một liều SCS hoặc corticosteroid dạng phun khí dung (2mg).

Croup mức độ trung bình đến nặng: corticosteroid dạng phun khí dung (liều khởi đầu 2mg) kết hợp với SCS có/không có adrenaline phun khí dung. Thời gian điều trị dựa trên sự đáp ứng và/hoặc mức độ nặng của bệnh (Chứng cứ A).

Lời cảm ơn

Bản đồng thuận được lược dịch và hiệu đính từ bản tiếng Anh “Consensus on nebulized inhalation therapy for pediatric respiratory diseases” của nhóm tác giả từ Singapore, Ấn Độ, Indonesia, Malaysia, Philippines, Thái Lan, Việt Nam, Trung Quốc biên soạn vào tháng 8-11/2017 và thông qua vào tháng 6/2018 với sự hỗ trợ từ AstraZeneca cho mục đích cập nhật và giáo dục y khoa.

Tài liệu tham khảo

- [1] Hess DR. Nebulizers: principles and performance. Respir Care 2000; 45:609-622.
- [2] Subspecialty Group of Respiratory Diseases, Society of Pediatrics, Chinese Medical Association, Editorial Board, Chinese Journal of Pediatrics. Guideline for the diagnosis and optimal management of asthma in children (2016). Zhonghua Er Ke Za Zhi 2016; 54:167-181.
- [3] Hong J, Bao Y, Chen A, Li C, Xiang L, Liu C, Chen Z, Zhao D, Fu Z, Shang Y. Chinese guidelines for childhood asthma 2016: Major updates, recommendations and key regional data. J Asthma 2017:1-9.
- [4] Ari A. Jet, Ultrasonic, and Mesh Nebulizers: An Evaluation of Nebulizers for Better Clinical

Outcomes. Eurasian Journal of Pulmonology 2014; 16:1-7.

[5] Dolovich MB, Dhand R. Aerosol drug delivery: developments in device design and clinical use. Lancet 2011; 377:1032-1045.

[6] Hong J. Asthma in inhalation therapy and inhalation device. Journal of Clinical Pediatrics 2000; 18:185-186.

[7] Dolovich MB, Ahrens RC, Hess DR, et al, American College of Chest Physicians, American College of Asthma, Allergy, and Immunology. Device selection and outcomes of aerosol therapy: Evidence-based guidelines: American College of Chest Physicians/American College of Asthma, Allergy, and Immunology. Chest 2005; 127:335-371.

[8] Ari A. Drug delivery interfaces: A way to optimize inhalation therapy in spontaneously breathing children. World J Clin Pediatr 2016; 5:281-287.

[9] Global Initiative for Asthma (GINA). GINA report: global strategy for asthma management and prevention. 2017.

[10] Zhang L, Prietsch SO, Ducharme FM. Inhaled corticosteroids in children with persistent asthma: effects on growth. Cochrane Database Syst Rev 2014; (7):CD009471. doi:CD009471.

[11] Reddel HK, Taylor DR, Bateman ED, et al, American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force on Asthma Control and Exacerbations. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180:59-99.

[12] Rodrigo GJ. Rapid effects of inhaled corticosteroids in acute asthma: an evidence-based evaluation. Chest 2006; 130:1301-1311.

[13] Sharma S, Harish R, Dutt N, Digra K. To evaluate the efficacy of nebulized budesonide compared to oral prednisolone in the management of moderate exacerbation of acute asthma. International Journal of Contemporary Pediatrics 2017; 4.

[14] Chen AH, Zeng GQ, Chen RC, Zhan JY, Sun LH, Huang SK, Yang CZ, Zhong N. Effects of nebulized high-dose budesonide on moderate-to-severe acute exacerbation of asthma in children: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Respirology 2013; 18 Suppl 3:47-52.

[15] Szeffler SJ, Carlsson LG, Uryniak T, Baker JW. Budesonide inhalation suspension versus montelukast in children aged 2 to 4 years with mild persistent asthma. J Allergy Clin Immunol Pract 2013; 1:58-64.

[16] Volovitz B, Bilavsky E, Nussinovitch M. Effectiveness of high repeated doses of inhaled budesonide or fluticasone in controlling acute asthma exacerbations in young children. J Asthma 2008; 45:561-567.

[17] Volovitz B, Nussinovitch M, Finkelstein Y, Harel L, Varsano I. Effectiveness of inhaled corticosteroids in controlling acute asthma exacerbations in children at home. Clin Pediatr (Phila) 2001; 40:79-86.

[18] Johnson DW. Croup. Am Fam Physician 2016; 94:476-478.

[19] Russell KF, Liang Y, O'Gorman K, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev 2011; (1):CD001955. doi:CD001955

[20] Russell KF, Liang Y, O'Gorman K, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev 2011; (1):CD001955. doi:CD001955.

[21] Bjornson CL, Klassen TP, Williamson J, Brant R, Mitton C, Plint A, Bulloch B, Evered L, Johnson DW, Pediatric Emergency Research Canada Network. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. N Engl J Med 2004; 351:1306-1313.

[22] Geelhoed GC, Macdonald WB. Oral and inhaled steroids in croup: a randomized, placebo-controlled trial. Pediatr Pulmonol 1995; 20:355-361.

[23] Fitzgerald DA, Kilham HA. Croup: assessment and evidence-based management. Med J Aust 2003; 179:372-377.

[24] Bjornson C, Russell K, Vandermeer B, Klassen TP, Johnson DW. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database Syst Rev 2013; (10):CD006619. doi:CD006619.

TỶ LỆ VIÊM PHỔI KÉO DÀI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ 2 THÁNG - 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2017

Đặng Văn Chúc*, Nguyễn Thị Ngọc Yến, Đoàn Văn Hải***

* Đại học Y Dược Hải Phòng, ** Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chúc, Email: dvchuc@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày duyệt bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Theo báo cáo của Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) và Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO), có khoảng 2 triệu trẻ em tử vong vì viêm phổi mỗi năm trên toàn thế giới [10]. Tử vong do viêm phổi chiếm 19% trong tổng số trẻ tử vong dưới 5 tuổi, tuy nhiên ở các nước vùng cận Sahara và Đông Nam Á, viêm phổi chiếm tới hơn 70% số trường hợp tử vong [8].

Ở Việt Nam, theo thống kê của các cơ sở y tế viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu mà trẻ em đến khám và điều trị tại các bệnh viện và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Theo quan sát của chúng tôi, hiện nay có nhiều trường hợp viêm phổi tiến kéo dài (VPKD) tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng làm cho việc điều trị khó khăn, tốn kém và có thể dẫn đến tử vong. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ viêm phổi kéo dài ở trẻ 2 tháng - 5 tuổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2017.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài ở đối tượng nghiên cứu trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhi từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi theo mức

độ nặng nhẹ, được điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm từ 1/6/2017 đến 31/12/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được phân loại viêm phổi theo mức độ nặng nhẹ của WHO [10] ngoài ra bệnh nhân được điều trị theo qui định đã được ≥ 14 ngày mà triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng không thuyên giảm [1], [9].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.
- Viêm phổi kéo dài <14 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Lấy mẫu toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại là viêm phổi, viêm phổi nặng và viêm phổi rất nặng kéo dài. Trên thực tế chúng tôi thu được 540 bệnh nhi được phân loại là viêm phổi, viêm phổi nặng và viêm phổi rất nặng. Trong số này có 64 trẻ bị VPKD.

- Chọn mẫu theo phương pháp tiện ích không xác suất.

2.2.3. Chỉ số biến số nghiên cứu theo nội dung

2.2.3.1. Mục tiêu 1

Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, địa dư, học vấn mẹ, nghề nghiệp, cân nặng lúc sinh.

Tỷ lệ VPKD chung, theo giới, tuổi, cân nặng khi sinh và địa dư.

2.2.3.2. Mục tiêu 2

- Thủ thuật: Khí dung, hút mũi, thở oxy, thở máy
- Tiền sử liên quan: Tuổi, giới, địa dư, cân nặng khi sinh, suy dinh dưỡng, nhẹ cân, tiền sử dùng kháng sinh trước vào viện, tiền sử nằm viện tuyến trước.

2.2.3.2. Kỹ thuật thu thập số liệu:

- Nghiên cứu kỹ, toàn diện hồ sơ bệnh án bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để phân loại bệnh nhân viêm phổi, viêm phổi nặng, viêm phổi rất nặng tại khoa Hô hấp Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 6/2017 - 12/2017.

- Lấy thông tin vào bệnh án mẫu đã được thiết kế từ trước.

2.2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu sau khi thu thập sẽ được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Tính tỷ lệ %, so sánh 2 tỷ lệ % test bằng Chi2. Có sự khác nhau giữa 2 tỷ lệ khi $p < 0,05$.

- Tính OR để tìm mối liên quan với VPKD

+ OR = 1 không có liên quan

+ OR < 1 liên quan nghịch

+ OR > 1, nằm trong 95% CI và cực dưới của 95% CI > 1 thì có liên quan.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài

3.1.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu

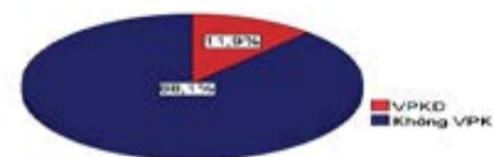
Từ tháng 6/2017 - 12/2017 chúng tôi thu thập được 540 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn viêm phổi theo WHO, trong đó có 64 VPKD. Sau đây là một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Nhóm 2-<12 th chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,3% sau đó là nhóm 12-<24 th chiếm 28.1%, thấp nhất là nhóm 36-<48 th chiếm 1,5%.

Trẻ trai chiếm 54,8%, ngoại thành 60,9%, nội thành 26,7% và nơi khác 12,4%.

Mẹ là công nhân có tỷ lệ cao nhất 58,1% và thấp nhất là mẹ là nông dân 3,3%. Mẹ có học vấn THCS chiếm tỷ lệ cao nhất 89,6% và thấp nhất là mẹ có học vấn THCS 2,6%.

3.1.2. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài



Hình 3.1. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài (n = 540)

Nhận xét. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài là 11,9%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài theo giới

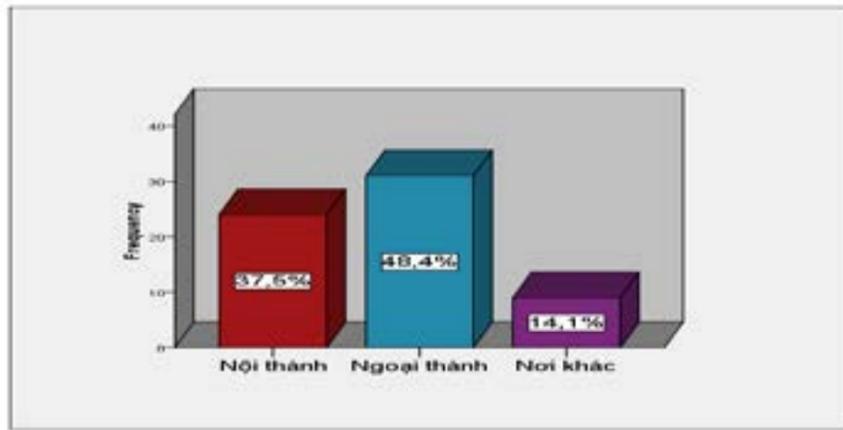
Giới	Số ca viêm phổi các loại (n)	số ca VPKD	Tỷ lệ VPKD (%)	p
Nam	296	38	7,1%	> 0,05
Nữ	244	26	4,8%	
Tổng	540	64	11,9%	

Nhận xét: Trẻ trai mắc VPKD cao hơn trẻ gái (7,1% so với 4,8%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài theo lứa tuổi

Lứa tuổi	Số ca viêm phổi các loại (n)	số ca VPKD	Tỷ lệ VPKD (%)	p
2 - <12 tháng	320	45	8,4%	> 0,05
12 - <24 tháng	152	13	2,4%	
24 - <36 tháng	51	6	1,1%	
36 - <48 tháng	8	0	0%	
48 - <60 tháng	9	0	0%	
Tổng	540	64	11,9%	

Nhận xét. Tỷ lệ viêm phổi ở trẻ 2 - <12 th chiếm 8,4% cao hơn ở trẻ 12 th - <24 th là 2,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Hình 3.2. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài theo địa dư (n = 64)

Nhận xét. Tỷ lệ cao nhất ở ngoại thành 48,4%, sau đó nội thành 37,5% và nơi khác 14,1%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài theo cân nặng lúc sinh

Cân nặng lúc sinh	Số ca viêm phổi các loại (n)	số ca VPKD	Tỷ lệ VPKD (%)	p
<2500 gram	44	12	2,2%	< 0,05
≥2500 gram	496	52	9,6%	
Tổng	540	64	11,9%	

Nhận xét. Những trẻ VPKD có cân nặng lúc sinh dưới 2500 gram chiếm tỷ lệ 2,2%; còn những trẻ mắc VPKD có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram chiếm tỷ lệ 9,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài

Bảng 3.4. Liên quan thủ thuật khí dung với VPKD

Yếu tố liên quan	VPKD		VPKGD		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Khí dung	Có	47	8,7%	219	40,6%	3,2 (1,8-5,8)
	Không	17	3,2%	257	47,5%	
Tổng	64	11,9%	476	88,1%	540	p<0,05

Nhận xét. Nhóm bệnh nhân có khí dung nguy cơ VPKD tăng 3,2 lần so với nhóm bệnh nhân không khí dung với 95% CI 1,8 - 5,8. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.5. Liên quan thủ thuật hút mũi với VPKD

Yếu tố liên quan	VPKD		VPKGD		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Hút mũi	Có	21	3,9%	62	11,5%	3,3 (1,8-5,9)
	Không	43	8,0%	414	76,7%	
Tổng	64	11,9%	476	88,1%	540	p<0,05

Nhận xét. Nhóm bệnh nhân có hút mũi nguy cơ VPKD tăng 3,3 lần so với nhóm bệnh nhân không hút mũi với 95% CI 1,8 - 5,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.6. Liên quan thủ thuật thở oxy với VPKD

Yếu tố liên quan	VPKD		VPKGD		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Thở oxy	Có	12	2,2%	13	2,4%	8,2 (3,6-18,9)
	Không	52	9,7%	463	85,7%	
Tổng	64	11,9%	476	88,1%	540	p<0,05

Nhận xét. Nhóm bệnh nhân thở oxy làm tăng nguy cơ VPKD tăng 8,2 lần nhóm bệnh nhân không thở oxy với 95% CI 3,6 - 18,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.7. Liên quan suy dinh dưỡng với VPKD

Yếu tố liên quan	VPKD		VPKGD		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
SDD	Có	18	3,3%	47	8,7%	3,6 (1,9-6,7)
	Không	46	8,6%	429	79,4%	
Tổng	64	11,9%	476	88,1%	540	p<0,05

Nhận xét. Nguy cơ mắc VPKD ở nhóm suy dinh dưỡng tăng 3,6 lần nhóm không suy dinh dưỡng với 95%CI 1,9 - 6,7. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.8. Liên quan giữa tiền sử dùng kháng sinh trước vào viện với VPKD

Yếu tố liên quan	VPKD		VPKGD		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Tiền sử dùng kháng sinh trước đó	Có	44	8,2%	272	50,4%	1,7 (0,9-2,9) p>0,05
	Không	20	3,7%	204	37,7%	
Tổng	64	11,9%	476	88,1%	540	

Nhận xét. Những trẻ dùng kháng sinh trước khi vào viện có nguy cơ VPKD tăng 1,7 lần nhóm không điều trị kháng sinh trước đó với 95%CI 0,9-2,9. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.9. Liên quan đẻ nhẹ cân với viêm phổi kéo dài

Yếu tố liên quan	VPKD		VPKGD		Tổng	OR 95%CI p
	n	%	n	%		
Đẻ non, đẻ nhẹ cân	Có	11	2,0%	30	5,6%	3,1 (1,5-6,5)
	Không	53	9,9%	446	82,5%	
Tổng	64	11,9%	476	88,1%	540	p<0,05

Nhận xét. Những trẻ có tiền sử đẻ non, đẻ nhẹ cân thì khả năng VPKD tăng 3,1 lần những trẻ cân nặng bình thường với 95% CI 1,5 - 6,5. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.10. Liên quan của tiền sử nằm viện viện tuyến trước với VPKD

VPKD		VPKD		VPKKD		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
Tiền sử nằm viện tuyến trước	Có	12	2,2%	26	4,8%	38	4,0 (1,9-8,4) p< 0,05
	Không	52	9,6%	450	83,3%	502	
Tổng		64	11,9%	476	88,1%	540	

Nhận xét. Nhóm bệnh nhân có tiền sử nằm viện tuyến trước nguy cơ mắc VPKD tăng 4 lần so với nhóm không có tiền sử nằm viện tuyến trước với 95%CI 1,9 - 8,4. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài

Hình 3.1 tỷ lệ viêm phổi kéo dài là 11,9%. Kết quả này cao hơn của Kamburova L, Nedkova V (10%) [7] và cũng cao hơn của Nguyễn Thế Tấn và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2009) trong vòng 5 tháng tại Bệnh viện Nhi đồng I trong số 2047 trẻ được chẩn đoán là viêm phổi trong đó có 97 trẻ mắc VPKD chiếm 4,7% [1]. Sự khác nhau có thể được giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác ở nơi, quốc gia khác nhau; ở các độ tuổi khác nhau cũng có thể là do tiêu chuẩn chọn những bệnh nhân vào nghiên cứu cũng khác nhau. Tỷ lệ ở trẻ trai cao hơn trẻ gái (bảng 3.1) lần lượt là 7,1% và 4,8%. Tỷ lệ trẻ trai cao có thể là do tỷ lệ trẻ trai sinh ra nhiều hơn trẻ gái. Theo lứa tuổi (bảng 3.2), trẻ 2 - <12 th chiếm 8,4%, kết quả phù hợp với kết quả của Nguyễn Thế Tấn và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2009) (76,3%) [1], [3]. Theo địa dư (hình 3.2) chúng tôi thấy trẻ ở khu vực ngoại thành có tỷ lệ mắc VPKD nhiều nhất 48,4% sau đó là nội thành 37,5%. Sự khác biệt do dân số ngoại thành đông hơn nội thành, hơn nữa bệnh nhân ngoại thành thường điều trị không kết quả mới chuyển lên tuyến trên do đó làm gia tăng tỷ lệ VPKD. Theo bảng 3.3 tỷ lệ VPKD ở trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram chiếm tỷ lệ 9,6% so với nhóm cân lúc sinh <2500g là 2,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Tỷ lệ ở nhóm cân bình thường cao là do đa số trẻ sinh có cân nặng bình thường so với nhóm nhẹ cân.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài

Bảng 3.4 cho thấy, nhóm bệnh nhân có khí dung nguy cơ VPKD tăng 3,2 lần so với nhóm bệnh nhân không khí dung với 95% CI 1,8 - 5,8 và p>0,05, nhóm hút mũi nguy cơ VPKD tăng 3,3 lần so với nhóm bệnh nhân không hút mũi với 95% CI 1,8 - 5,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (bảng 3.5), thở oxy qua mũi làm tăng nguy cơ VPKD tăng 8,2 lần nhóm bệnh nhân không thở oxy với 95% CI 3,6 - 18,9 (bảng 3.6.). Những bệnh nhân được làm thủ thuật xâm nhập nhất là khi thủ thuật không vô trùng, dùng sonde lại, sử dụng chung lọ nước hút mũi...là cơ hội đưa vi khuẩn từ ngoài vào và từ bệnh nhân này qua bệnh nhân khác gây viêm phổi bệnh viện làm bệnh diễn biến kéo dài khó điều trị. Nhận xét phù hợp với Trần Thị Hải Yến (2015) [5], [6].

Nguy cơ trẻ mắc VPKD ở nhóm suy dinh dưỡng tăng 3,6 lần nhóm không suy dinh dưỡng với 95% CI 1,9 - 6,7 và p <0,05 (bảng 3.7). Kết quả phù hợp với Nguyễn Ngọc Sáng, Đặng Thị

Ngoan và cộng sự (2010) [2] và của Đào Minh Tuấn (2002) [4]. Cân nặng thấp nguy cơ VPKD tăng 3,1 lần những trẻ cân nặng bình thường với 95% CI 1,5 - 6,5. Kết quả phù hợp với Trần Thị Hải Yến (2015) [5] (bảng 3.9). Bảng 3.8 cho thấy trẻ có tiền sử dùng kháng sinh trước khi vào viện có nguy cơ VPKD tăng 1,7 lần với 95%CI 0,9-2,9. Tuy nhiên mối liên quan không có ý nghĩa thống kê với p >0,05. Bảng 3.10 liên quan giữa tiền sử nằm viện tuyến trước với VPKD, bệnh nhân có tiền sử này thì nguy cơ VPKD tăng lên 4,0 lần và p<0,05. Bệnh nhân nằm viện tuyến trước nguy cơ kháng thuốc cao do đó việc điều trị sẽ khó khăn kéo dài. Nhận xét phù hợp với [2].

5. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ viêm phổi kéo dài

Tỷ lệ viêm phổi kéo dài là 11,9%, gặp nhiều ở trẻ trai (7,1%), trẻ 2-<12 tháng (8,4%), trẻ ở nông thôn (48,4%) và trẻ đẻ cân nặng từ 2500 g trở lên (11.9%).

5.2. Một số yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm các thủ thuật (khí dung, hút mũi, thở oxy), tiền sử nằm viện tuyến trước (huyện, trung tâm, xã...), trẻ mắc suy dinh dưỡng, trẻ đẻ nhẹ cân/ đẻ non.

Yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê với viêm phổi kéo dài gồm tiền sử dùng kháng sinh tuyến trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thế Tấn và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2010), “Đặc điểm viêm phổi nằm viện trên 2 tuần tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1”, Y Học TP. Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 150-154.
- Đặng Thị Ngoan, Nguyễn Ngọc Sáng, Ngô Đức Kiểm, Trần Thị Vân Hải (2010), “Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị viêm phổi kéo dài trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2006”, Tạp chí Y học thực hành, số 725 + 726/2010, tr 619 -622.
- Nguyễn Thị Thái (2015), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô hình viêm phổi của trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa.
- Đào Minh Tuấn (2002), “Viêm phế quản phổi tái nhiễm ở trẻ em: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số nguyên nhân qua nội soi phế quản”, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
- Trần Thị Hải Yến (2015), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh kéo dài do vi khuẩn tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng”, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Hải Phòng.
- Lê Văn Tráng (2017), “Nghiên cứu căn nguyên gây bệnh và yếu tố nguy cơ ở trẻ bị viêm phổi kéo dài trên 2 tuần tại Khoa Hô Hấp Bệnh viện Nhi Thanh Hóa”, Nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. <http://tph.vn/home/vi/news/Nghien-cuu-khoa-hoc/>.
- Trần Quy, Trần Thị Hồng Vân (2013), “Đặc điểm hệ hô hấp trẻ em”, Bài giảng Nhi khoa tập 1, trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, tr.371 - 379.
- Rudan I., Boschi-Pinto C., Biloglav Z., Mulholland K., Campbell H. (2008), “Epidemiology and etiology of childhood pneumonia”, Bull World Health Organ; 86(5), pp. 408 - 416.

9. Hendin AS (1975), "Clearing patterns of pulmonary infarction and slowly resolving pneumonia", Radiology, .114, tr. 557-559.

10. Wardlaw, Tessa M.; Johansson, Emily White; Hodge, Matthew; World Health Organization; UNICEF (2006), "Pneumonia: The forgotten killer of children", tr.10.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI KÉO DÀI

Đặng Văn Chúc*, Nguyễn Thị Ngọc Yến, Nguyễn Thị Hồng Vân***

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi kéo dài (VPKD) ở trẻ 2 tháng - dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2017 và nhận xét kết quả điều trị và mô tả một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài không phân lập được vi khuẩn gây bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng gồm 151 bệnh nhân VPKD tại khoa Hô hấp bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2017. Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

Kết quả Tỷ lệ nam/nữ = 1,7/1. Trẻ từ 2 tháng - dưới 12 tháng chiếm 67,5%, trẻ ở ngoại thành chiếm 61,6%, cân nặng khi sinh ≥ 2500 g chiếm 86,8%. Lâm sàng gồm Ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ẩm nhỏ hạt hai bên phổi. Chẩn đoán khi vào viện chiếm đa số là viêm phổi chiếm 49%, lứa tuổi càng nhỏ, tỷ lệ viêm phổi nặng càng cao. X-quang điển hình viêm phổi chiếm 72,2%, CRP tăng trên 12 mg/l ở 63,3% bệnh nhân. Cấy dịch tỵ hầu dương tính là 33,1%, gặp chủ yếu là vi khuẩn Gram dương, trong đó Streptococcus pneumoniae 42%. Tỷ lệ khỏi 95,4%, chuyển tuyến chiếm 4,6% và không có trường hợp nào tử vong. Thời gian điều trị là từ 14 - 21 ngày chiếm 88,1%. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê bao gồm: trẻ có tiền sử nhẹ cân (OR=3,2), trẻ có tiền sử nằm viện tuyến trước (OR=2,4), trẻ được dùng kháng sinh ở nhà (OR=9,1), suy dinh dưỡng (OR=4,4) hoặc suy giảm miễn dịch (OR=3,2) có mối liên quan rõ rệt (có ý nghĩa thống kê) đến việc cấy dịch tỵ hầu âm tính. Kết luận. Cần lưu ý các trường hợp trẻ < 12 tháng có bệnh đi kèm, cần cân nhắc sử dụng kháng sinh hợp lý, nhất là các trường hợp đã được điều trị trước khi nhập viện.

Từ khóa: Viêm phổi kéo dài ở trẻ 2 tháng - dưới 5

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES, TREATMENT RESULTS, SOME RISK FACTORS OF NASO-PHARYNGEAL SECRETION CULTURE NEGATIVE IN CHILDREN WITH PERSISTENT PNEUMONIA

Dang Van Chuc*, Nguyen Thi Ngoc Yen, Nguyen Thi Hong Van***

Objective: To describe the features of clinical and subclinical epidemiology of persistent pneumonia in children from 2 months to less than 5 years in Respiratory Dept of Haiphong Children Hospital in 2017 and remark on treatment results, describe some risk factors relating to persistent pneumonia without identified causal bacteria.

Research subjects: 151 children with persistent pneumonia were eligible to the study.

Method: It was a case series report.

Main findings: In terms of clinics: The male/female ratio was 1.7/1. Children from 2 to less than 12 months represented 67.5%, children from rural area 61.6%; urban area 27.8%; else 10.6%. Children with birth weight equal to or more than 2500 grs were 86.8%. Typical clinical symptoms included cough, fast breathing, thoracic retraction, moist rales in both lung. The diagnosis on admission was mainly pneumonia (49%) and severe pneumonia (47%). In terms of subclinics: lung X-ray showed typical lesions in 72.2%, increased CRP more than 12 mg/l was found in 63.3%. Naso-pharyngeal secretion culture was positive in 33.1%, in which the majority of bacteria were Gram (+). Among identified bacteria, Streptococcus pneumoniae was the highest rate (42,0%). Cured rate was 95.4%, referral to higher level 4.6% and no cases were died. Average time for treatment was 14 - 21 days, more than 28 - 35 days was rare. Some risk factors that were strongly associated with naso-pharyngeal secretion culture (-) included low birth weight (OR=3.2), hospitalization prior to on admission (OR=2.4), already used antibiotics (OR=9.1), malnutrition (OR=4.4) or immunodeficiency (OR=3.2).

Keyword. Persistent pneumonia in children from 2 months to less than 5 years old

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi còn gọi là viêm phế quản phổi hay phế quản phế viêm là một trong những bệnh lý phổ biến nhất ở trẻ dưới 5 tuổi, không những ở các nước đang phát triển mà ngay cả ở các nước đã phát triển VP vẫn chiếm tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong cao [9]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGG) năm 2013, viêm phổi là nguyên nhân lớn nhất gây TV ở trẻ em trên toàn thế giới. Mỗi năm, nó giết chết khoảng 1,1 triệu trẻ em dưới 5 tuổi, chiếm 18% của tất cả các trường hợp TV ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới [11].

Viêm phổi kéo dài (VPKD) là biến chứng khá thường gặp của viêm phổi ở trẻ em, đặc biệt trẻ từ 2 tháng - dưới 5 tuổi. Tuy nhiên còn có ít các nghiên cứu về dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố liên quan. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi kéo dài ở trẻ 2 tháng - dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2017.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị và mô tả một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài không phân lập được vi khuẩn gây bệnh.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Gồm 151 trẻ từ 2 tháng - < 5 tuổi được chẩn đoán VPKD tại khoa Hô hấp, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, năm 2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu

- Tuổi từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi có chẩn đoán: Viêm phổi, viêm phổi nặng, viêm phổi rất nặng/ hoặc bệnh rất nặng

- Tiêu chuẩn VPKD là là trẻ mắc viêm phổi các loại điều trị từ ≥ 14 ngày tại bệnh viện theo phác đồ mà các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh không thuyên giảm [3], [8], [11].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân ngoài độ tuổi, không đủ tiêu chuẩn VPKD
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin (tên, tuổi, giới,...) cần cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, theo phương pháp thuận tiện không xác suất.

2.2.3. Chỉ số và biến số theo nội dung nghiên cứu

2.2.3.1. Mục tiêu 1

- Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Giới, tuổi, địa dư, học vấn mẹ, nghề nghiệp mẹ, tuổi thai, cân nặng, học vấn mẹ.

- Đặc điểm lâm sàng: Ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, dấu hiệu nguy kịch, SHH

- Đặc điểm cận lâm sàng: CTM, CRP, kết quả cấy dịch tỵ hầu, X quang tim phổi

2.2.3.2. Mục tiêu 2

- Kết quả điều trị:

- + Khởi, nặng chuyển lên tuyến trên
- + Thời gian dùng kháng sinh, số ngày điều trị kháng sinh tại bệnh viện.

- Một số yếu tố liên quan đến cấy dịch tỵ hầu (-):

- + Can thiệp hô hấp: hút đờm dãi, thở oxi, khí dung
- + Suy dinh dưỡng
- + Suy giảm miễn dịch
- + Tiền sử đẻ nhẹ cân
- + Tiền sử dùng kháng sinh trước vào
- + Tiền sử nằm viện tuyến trước trước khi vào viện

2.2.4. Thu thập thông tin

Nghiên cứu kỹ hồ sơ bệnh án được chẩn đoán viêm phổi các loại, thu thập thông tin cần thiết vào bệnh án mẫu đã thiết kế từ trước.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học thông thường.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi kéo dài

3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong số 151 bệnh nhân VPKD, 63,6% là trai, 2-<12 tháng chiếm 67,5%, 12 tháng -<5 tuổi chiếm 32,5%. 72,8% mẹ có học vấn THPT, 1,3% mẹ tiểu học, 49,0% mẹ là công nhân, 7,3% mẹ là nông dân, 85,4% trẻ đủ tháng, 86,8% trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 g, 59,6% có các loại dị tật và bệnh kèm theo.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Các biểu hiện lâm sàng của viêm phổi

Lứa tuổi	2 tháng - dưới 12 tháng (n=102)		12 tháng - dưới 5 tuổi (n=49)	
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu lâm sàng				
Ho	102	100%	49	100%
Sốt	32	31,4%	20	40,8%
Thở nhanh	102	100%	49	100%
Rút lõm lồng ngực	58	56,9%	18	36,7%
Ran ẩm nhỏ hạt	101	99%	49	100%
Suy hô hấp	4	3,9%	1	2%
Ran rít, ran ngáy	30	29,4%	12	24,5%
Ngủ li bì khó đánh thức	4	3,9%	2	4,1%
Co giật	3	2,9%	2	4,1%
Không uống được	2	2%	1	2%
Thở rít khi nằm yên	4	3,9%	2	4,1%
Suy dinh dưỡng nặng	10	9,8%	5	10,2%

Nhận xét. Ho, thở nhanh, ran ẩm nhỏ hạt là triệu chứng chủ yếu của VPKD của cả 2 nhóm tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố viêm phổi theo tuổi

Nhóm tuổi	2 tháng - < 12 tháng (n=102)		12 tháng - < 5 tuổi (n=49)		Chung	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VP	43	42,2%	31	63,3%	74	49,0%
VPN	54	52,9%	17	34,7%	71	47,0%
VPRN	5	4,9%	1	2,0%	6	4%
p	< 0,05					

Nhận xét. Trong 151 trẻ mắc VPKD, 49,0% từ viêm phổi, 47,0% từ viêm phổi nặng và 4% từ viêm phổi rất nặng. Viêm phổi gặp nhiều nhất ở trẻ 12 tháng - < 5 tuổi, viêm phổi nặng và viêm phổi rất nặng gặp nhiều ở trẻ 2 tháng - < 12 tháng ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Phân bố viêm phổi theo giới

Giới	Trai		Gái		Chung	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VP	47	31,1%	27	17,9%	74	49%
VPN	45	29,8%	26	17,2%	71	47%
VPRN	4	2,6%	2	1,3%	6	4%
p	< 0,05					

Nhận xét. Tỷ lệ viêm phổi, viêm phổi nặng và viêm phổi rất nặng ở trẻ trai cao hơn trẻ gái. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Có 72,2% bệnh nhân có hình ảnh viêm phổi còn lại 27,8% hình ảnh không điển hình, 60,3% bệnh nhân có CRP tăng. Có 44,4% bệnh nhân có tăng bạch cầu, 27,2% giảm bạch cầu. Có 50/151 bệnh nhân cấy dịch tỵ hầu (+) chiếm 33,1%.

Trong số 50 trường hợp cấy + tính thì 76% là gram (+), 24% gram (-). Trong số gram (+) phế cầu chiếm tỷ lệ cao nhất 42%, sau đó là Streptococcus viridans chiếm 20%, Staphylococcus epidermidis chiếm 14%.

3.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài không phân lập được vi khuẩn

3.2.1. Kết quả điều trị

Tỷ lệ khỏi chiếm 95,4%, chuyển tuyến 4,6%, không có bệnh nhân tử vong.

Thời gian điều trị từ 14-<21 ngày chiếm 88,1%, 21-<28 ngày 11,3% và từ trên 28 ngày chiếm 0,6%.

3.2.2. Yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài không phân lập được vi khuẩn

Bảng 3.4. Liên quan giữa tiền sử hút đờm dãi với cấy dịch tỵ hầu (-)

Cấy DTH		Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
Hút đờm	Có	35	23,2%	15	9,9%	50	1,2 (0,6-2,6)
	Không	66	43,7%	35	23,2%	101	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p>0,05

Nhận xét: Những bệnh nhân được hút đờm làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 1,2 lần so với nhóm bệnh nhân không hút đờm với 95%CI 0,6-2,6. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

Bảng 3.5. Liên quan giữa tiền sử khí dung với cấy dịch tỵ hầu (-)

Cấy DTH		Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
Khí dung	Có	72	47,7%	36	23,8%	108	0,97 (0,5 - 2,1)
	Không	29	19,2%	14	9,3%	43	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p>0,05

Nhận xét: Những bệnh nhân được khí dung làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 0,97 lần so với nhóm bệnh nhân không khí dung với 95%CI 0,46-2,05. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

Bảng 3.6. Liên quan giữa tiền sử thở oxy với cấy dịch tỵ hầu (-)

Cấy DTH		Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
Thở Oxy	Có	7	4,6%	4	2,6%	11	0,9 (0,2-3,1)
	Không	94	62,3%	46	30,5%	140	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p>0,05

Nhận xét: Những bệnh nhân được thở oxy làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 0,9 lần so với nhóm bệnh nhân không thở oxy với 95%CI 0,2-3,1. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

Bảng 3.7. Liên quan giữa tiền sử dễ nhẹ cân với cấy dịch tỵ hầu (-)

Cấy DTH		Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
TS dễ nhẹ cân	Có	22	14,6%	4	2,6%	26	3,2 (1,0-9,9)
	Không	79	52,3%	46	30,5%	125	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p<0,05

Nhận xét: Những bệnh nhân có tiền sử dễ nhẹ cân làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 3,2 lần so với nhóm bệnh nhân cân nặng bình thường với 95%CI 1,039-9,871. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3.8 Liên quan giữa tiền sử nằm viện tuyến trước với cấy dịch tỵ hầu (-)

Cấy DTH		Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
TSNV tuyến trước	Có	44	29,1%	12	7,9%	56	2,4 (1,1-5,2)
	Không	57	37,7%	38	25,2%	95	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p<0,05

Nhận xét. Những bệnh nhân có tiền sử nằm viện tuyến trước làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 2,4 lần so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử nằm viện tuyến trước với 95%CI 1,1-5,2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3.9 Liên quan giữa tiền sử dùng kháng sinh ở nhà với cấy dịch tỵ hầu (-)

Cấy DTH		Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
TSDK ở nhà	Có	82	54,3%	16	10,6%	98	9,1 (4,2-19,9)
	Không	19	12,6%	34	22,5%	53	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p<0,05

Nhận xét. Những bệnh nhân tiền sử dùng kháng sinh ở nhà làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 9,1 lần so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử dùng kháng sinh ở nhà với 95%CI 4,2-19,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3.10 Liên quan giữa bệnh suy giảm miễn dịch với cấy dịch tỵ hầu (-)

Cấy DTH		Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
Giảm miễn dịch	Có	17	11,3%	2	1,3%	19	3,2 (1,0-9,9)
	Không	84	55,6%	48	31,8%	132	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p<0,05

Nhận xét. Những bệnh nhân có suy giảm miễn dịch làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 3,2 lần so với nhóm bệnh nhân không có suy giảm miễn dịch với 95%CI 1,04-9,87. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3.11. Liên quan giữa bệnh suy dinh dưỡng với cấy dịch tỵ hầu (-)

Yếu tố liên quan	Cấy DTH	Cấy (-)		Cấy (+)		Tổng	OR 95%CI p
		n	%	n	%		
SDD	Có	38	25,2%	6	4%	44	4,4 (1,7-11,4)
	Không	63	41,7%	44	29,1%	107	
Tổng		101	66,9%	50	33,1%	151	p<0,05

Nhận xét. Những bệnh nhân suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ cấy dịch tỵ hầu (-) tăng 4,4 lần so với nhóm bệnh nhân không có suy dinh dưỡng với 95%CI 1,7-11,4. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Theo bảng 3.1, ho, thở nhanh, ran ẩm nhỏ hạt ở phổi là các triệu chứng hay gặp nhất ở cả 2 nhóm tuổi. Trong số 102 trẻ từ 2 tháng - <12 tháng bị bệnh, ho gặp ở (100%) bệnh nhân, thở nhanh (100%) bệnh nhân, ran ẩm nhỏ hạt gặp ở (99%) bệnh nhân. Trong số 49 trẻ từ 12 tháng - <5 tuổi bị bệnh, ho gặp ở 49(100%) bệnh nhân, thở nhanh (100%) bệnh nhân, ran ẩm nhỏ hạt gặp ở (100%) [2], [7], [8].

4.1.3. Cận lâm sàng

Hình ảnh VP trên X-quang chiếm 72,2%. Còn lại 27,8% không có hình ảnh VP trên X-quang. 91 bệnh nhân (60,3%) có CRP tăng trên 12mg/l, còn lại 39,7% trẻ có CRP bình thường. Số lượng BC trong máu ngoại vi: Số lượng BC đa số là tăng (44,4%), lứa tuổi 2 tháng - <12 tháng chiếm 39,2%, lứa tuổi 12 tháng - <5 tuổi chiếm 55,1%. Kết quả cấy dịch tỵ hầu cho thấy (+) chiếm 33,1%. Có 50/151 bệnh nhân cấy dịch tỵ hầu (+) chiếm 33,1%. Trong số 50 trường hợp cấy + tính thì 76% là gram (+) [2], [4], [7].

4.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan

4.2.1. Kết quả điều trị

Tỷ lệ khỏi hoàn toàn chiếm 95,4%, số trẻ khỏi trong vòng 14 - 21 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 88,1% [2], [7].

4.2.2 Một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kéo dài cấy dịch tỵ hầu (-)

Bảng 3.4-11 là kết quả khảo sát một số yếu tố mà chúng tôi cho rằng có liên quan đến cấy dịch tỵ hầu ở bệnh nhân VPKD âm tính.

Trong số này có những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê như trẻ sinh nhẹ cân (cân lúc sinh dưới 2500 g). Trẻ có cân nặng lúc sinh <2500 g thì nguy cơ cấy dịch tỵ hầu âm tính tăng lên 3,2 lần với 95%CI 1,0-9,9 và p<0,05. Chúng tôi cho rằng bệnh nhân VPKD suy giảm miễn dịch phải sử dụng kháng sinh mạnh và kéo dài do đó cấy dịch tỵ hầu trở lên âm tính. Nhận xét phù hợp với nhận xét của Đào Minh Tuấn [], [7]. Bệnh nhân có tiền sử nằm viện ở tuyến trước thì nguy cơ cấy dịch tỵ hầu âm tính tăng lên 2,4 lần với 95%CI 1,1-5,2. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Trẻ có tiền sử dùng kháng sinh trước khi vào viện thì nguy cơ cấy dịch tỵ hầu tăng

lên

9,1 lần với 95%CI 4,2-19,9 và p <0,05. Cấy dịch tỵ hầu âm tính ở những bệnh nhân này theo chúng tôi đều có liên quan đến tiền sử sử dụng kháng sinh nên làm cho dịch tỵ hầu trở lên vô khuẩn. Nhận xét phù hợp với [2], [6], [7], [10]. Bệnh nhân SDD cũng làm cho cấy dịch tỵ hầu trở lên âm tính với OR là 4,4. Suy dinh dưỡng làm cho trẻ giảm đề kháng, hay mắc bệnh nhiễm khuẩn và cũng phải sử dụng kháng sinh nhiều và kéo dài do đó làm cho cấy dịch tỵ hầu âm tính [7].

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi kéo dài

5.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng gồm ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ẩm nhỏ hạt hai bên phổi. Viêm phổi kéo dài từ viêm phổi (49%) và viêm phổi nặng (47%). Lứa tuổi càng nhỏ, tỷ lệ viêm phổi nặng thành viêm phổi kéo dài càng cao.

5.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Có 72,2% bệnh nhân có hình ảnh viêm phổi, CRP tăng gặp ở 63,3%, cấy dịch tỵ hầu dương tính ở 33,1%, vi khuẩn hay gặp là phế cầu 42%.

5.2. Một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị viêm phổi kéo dài

Tỷ lệ khỏi 95,4%, chuyển tuyến 4,6% và không có trường hợp nào tử vong.

Thời gian điều trị từ 14 - 21 ngày chiếm 88,1%.

Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với cấy dịch tỵ hầu âm tính ở bệnh nhân viêm phổi kéo dài gồm trẻ đẻ nhẹ cân, trẻ có tiền sử nằm viện tuyến trước, trẻ đã được dùng kháng sinh tại nhà trước khi đến viện, trẻ bị suy dinh dưỡng. Các yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê gồm hút đờm dãi, khí dung, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Văn Chân (2005), Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.42-49,73,80-81.
2. Đặng Thị Ngoan, Nguyễn Ngọc Sáng, Ngô Đức Kiểm, Trần Thị Vân Hải (2010), “Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị viêm phổi kéo dài trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2006”, Tạp chí Y học thực hành, số 725 + 726/2010, tr 619 -622.
3. Nguyễn Thế Tấn và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2009), “Đặc điểm viêm phổi nằm viện trên 2 tuần tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 14(1), tr. 150-154.
4. Nguyễn Thị Thái (2015), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô hình viêm phổi của trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa.
5. Lê Văn Tráng (2017), “Nghiên cứu căn nguyên gây bệnh và yếu tố nguy cơ ở trẻ bị viêm phổi kéo dài trên 2 tuần tại Khoa Hô Hấp Bệnh viện Nhi Thanh Hóa”, Nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. <http://tph.vn/home/vi/news/Nghien-cuu-khoa-hoc/>
6. Nguyễn Phước Trương Nhật Phương, Phan Hữu Nguyệt Diễm (2008): “Nhận xét về kết quả

- đáp ứng kháng sinh trị liệu trong viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 - 59 tháng tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2006 - 2007”, Y học TP Hồ Chí Minh, tập 12, phụ bản số 1- 2008, tr.79-85.
7. Đào Minh Tuấn (2002), “Viêm phế quản phổi tái nhiễm ở trẻ em: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số nguyên nhân qua nội soi phế quản”, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
8. Avenant T, “Recurrent or Persistent Pneumonia”, Lower Respiratory Tract.
9. Sonogo M, Pellegrin Mc, Becker G (2015), “Risk Factors for Mortality from Acute Lower Respiratory Infections (ALRI) in Children under Five Years of Age in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies”, Plos One.2015; 10(1).
10. Wacker.J (2003), “ Risk factors for acute respiratory infections in children in rural Tripura-India”, Lancet infects Dis, pp.35-39.
11. WHO (2013), “Pneumonie”, Aide-mémoire 331.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP SÁN LÁ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN 74 TRUNG ƯƠNG

TS. Đặng Văn Khoa

Bệnh viện 74 Trung ương.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá phổi là bệnh ký sinh trùng gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe con người, nhiều trường hợp nặng có thể gây tử vong. Tuy nhiên, bệnh có biểu hiện lâm sàng rất dễ nhầm với các bệnh phổi khác đặc biệt là lao phổi, bệnh có yếu tố dịch tễ, tập quán ăn uống cua, ốc sống. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đê (2000), tỷ lệ nhiễm sán lá phổi tại 8 tỉnh miền núi phía bắc Việt Nam qua xét nghiệm 1776 mẫu đờm và dịch màng phổi trung bình 3,9%, trong đó Sìn Hồ - Lai Châu tỷ lệ nhiễm 3,6%, Mộc Châu - Sơn La 15,7% [1]. Bệnh sán lá phổi có biểu hiện lâm sàng phức tạp như ho ra máu, tràn dịch màng phổi, khó thở...biểu hiện cận lâm sàng trên X quang và chụp cắt lớp hình ảnh đa dạng như thâm nhiễm mau bay, dạng viêm phổi, tràn dịch màng phổi...gây ra khó khăn cho chẩn đoán, do vậy kết hợp đánh giá phối hợp giữa lâm sàng, khai thác tiền sử, dịch tễ học, cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định và điều trị bệnh khỏi hoàn toàn [2]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh sán lá phổi tại Bệnh viện 74 Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:* 12 bệnh nhân (BN) sán lá phổi được chẩn đoán xác định và điều trị tại bệnh viện 74 Trung ương trong 5 năm (từ 2012 - 2017).
- *Tiêu chuẩn chẩn đoán:* Chẩn đoán sán lá phổi qua các bệnh phẩm: đờm, dịch phế quản, dịch màng phổi, có hình ảnh trứng sán lá phổi, trứng giun, mô bệnh học có hình ảnh sán lá phổi, xét nghiệm ELISA dịch màng phổi, máu dương tính với sán lá phổi.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* các bệnh phổi khác: lao phổi phối hợp, viêm phổi, các bệnh phổi do các nguyên nhân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Hồi cứu dựa vào hồ sơ bệnh án, theo mã bệnh án trong thời gian từ 2012 - 2017. Tại Bệnh viện 74 Trung ương
- Nghiên cứu các đặc điểm về tuổi, giới, phân bố địa lý, nghề nghiệp
- Nghiên cứu lâm sàng: tiền sử bệnh tật, tiền sử ăn uống như tôm cua sống..., ghi nhận các triệu chứng lâm sàng dựa vào dữ liệu có sẵn trong hồ sơ bệnh án
- Nghiên cứu cận lâm sàng: công thức máu, số lượng bạch cầu (BC) ưa a xít, số lượng hồng cầu (HC), tiểu cầu (TC), chỉ số sinh hóa máu, phân tích tổn thương trên hình ảnh X quang, cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVT), các bệnh phẩm được chẩn đoán, các chủng giun sán hay gặp.
- Đánh giá phương pháp, kết quả điều trị: Nội khoa, ngoại khoa, khỏi, biến chứng, tái phát.
- Tiêu chuẩn khỏi bệnh: Bệnh nhân sau khi điều trị theo phác đồ, hết triệu chứng lâm sàng, hình ảnh X quang tim phổi bình thường sau 1 tháng kiểm tra lại.

2.3. Xử lý số liệu: Phương pháp thống kê y học Spss 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung:

- Tuổi, giới: Trong 5 năm (từ 2012 - 2017), chúng tôi thu thập được 12 bệnh nhân theo tiêu chuẩn chẩn đoán, có đặc điểm chung như sau: có 8 bệnh nhân nam (66,7%), 4 bệnh nhân nữ (33,3%), tuổi thấp nhất 5, cao nhất 63, trung bình 34,5 + 18,5 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 16-40 tuổi 6/12 bệnh nhân (50,0%).
- Địa dư sinh sống: Lai Châu 8/12 (75,0%), trong đó huyện Sìn Hồ 5/12(41,7%), 3 bệnh nhân ở 3 huyện Than Uyên, Tân Uyên, Nậm Nhùn mỗi huyện 1 bệnh nhân, 3 bệnh nhân ở Vĩnh Phúc, 1 bệnh nhân ở Sơn Dương-Tuyên Quang.
- Tiền sử ăn cua ốc sống: có ăn cua, ốc sống 4/12(33,3%), không rõ 8/12(66,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân (n=12)

Triệu chứng cơ năng	n(%)	Triệu chứng thực thể	n(%)
Ho khan	2(16,7)	Hội chứng nhiễm trùng	6(50,0)
Đau ngực	12(100,0)	Hội chứng 3 giảm	7(58,3)
Khó thở	9(75,0)	Ral ẩm, ral nổ	4(33,3)
Sốt	9(91,7)	Ban mẩn ngứa trên da	2(16,7)
Ho ra máu	10(83,3)	Ral rít ngáy	2(16,7)
Sút cân	10(83,3)	Hội chứng thiếu máu nhẹ	2(16,7)

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp: đau ngực (100%), khó thở (75,0%), sốt (91,7%), ho ra máu và sút cân 98,3%), triệu chứng thực thể hay gặp: hội chứng 3 giảm (58,3%), hội chứng nhiễm trùng (50,0%), các triệu chứng khác ít hơn.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Công thức máu

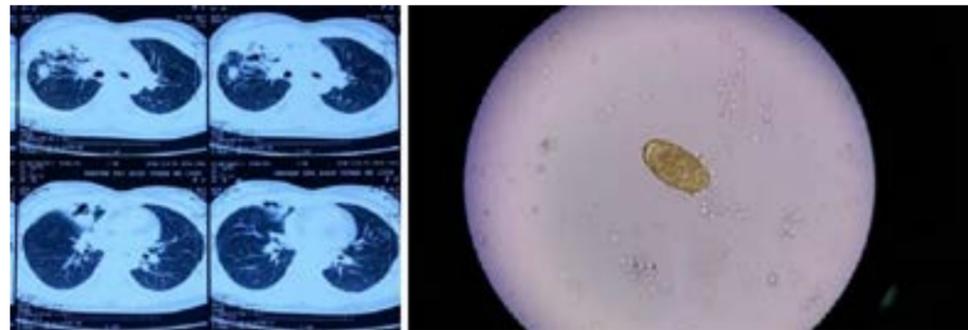
Bảng 3.2. Các chỉ số công thức máu (n=12)

Chỉ số	Nhỏ nhất	Lớn nhất	X	SD
HC (T/L)	3,6	6,7	4,8	0,8
TC (T/L)	136	447,0	234,3	68,9
Hb(g/l)	107	169	142,9	17,8
BC (G/L)	6,5	36,6	13,5	6,2
Bạch cầu ưa a xít E(%)	0	53,0	13,9	13,8
L(%)	8,0	55,0	21,6	12,5

Nhận xét: Chỉ số BC tăng cao hơn so với bình thường $13,5 + 6,2$, trong đó cao nhất $36,6$ G/L. Đặc biệt BC ưa acid (E $13,9 + 13,8\%$, tăng cao, cao nhất là $53,0\%$). Có 8/12 BN ($66,7\%$) có tăng BC ưa acid, 4/12 BN ($33,3\%$) BC ưa acid trong giới hạn bình thường.

3.3.2. Vị trí và hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính lồng ngực

- Vị trí tổn thương: Phổi phải: 4/12BN($33,3\%$), phổi trái 5/12BN($41,7\%$), hai phổi 3/12BN ($25,0\%$).
- Hình thái tổn thương: Hình ảnh tràn dịch màng phổi hay gặp nhất 7/12BN($58,3\%$), tổn thương dạng hang 3/12BN($25,0\%$), lan tỏa 2/12BN($16,7\%$).



Hình 1. Hình ảnh CLVT lồng ngực và trứng sán trong dịch phế quản soi trực tiếp ở bệnh nhân nữ 27 tuổi vào viện vì ho ra máu

3.3.3. Các bệnh phẩm và phương pháp chẩn đoán sán lá phổi

Bảng 3.3. Các bệnh phẩm tìm sán lá phổi (n=12)

Bệnh phẩm	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Máu	7	58,3
Đờm	2	16,7
Dịch phế quản	1	8,3
Dịch màng phổi	1	8,3
Bệnh phẩm qua sinh thiết màng phổi mù	1	8,3
Tổng	12	100

Nhận xét: Đa số 7/12BN($58,3\%$) bệnh nhân được chẩn đoán qua bệnh phẩm máu, bệnh phẩm đờm có 2 bệnh nhân, dịch phế quản, dịch màng phổi và đặc biệt thấy trứng sán trên mô bệnh học của bệnh phẩm sinh thiết màng phổi có 1 bệnh nhân.

- Phương pháp chẩn đoán: ELISA máu 7/12BN($58,3\%$), soi trực tiếp thấy trứng sán 4/12BN($33,3\%$),

tim thấy sán lá phổi trên bệnh phẩm MBH 1/12BN($8,3\%$).

3.4. Phương pháp và kết quả điều trị

- Tẩy nội khoa: có 10/12BN ($83,3\%$) được điều trị nội khoa với liều Praziquantel: 75 mg/kg/ngày chia 3 lần x 2 ngày, 2/12BN ($16,7\%$) điều trị kết hợp bóc vỏ phổi và tẩy nội khoa. Kết quả điều trị khỏi 12/12(100%) bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ nam/nữ: 2/1, tuổi thấp nhất 5 cao nhất 63, trung bình $34,5 + 18,5$ tuổi, 16-40 tuổi có 6/12 BN ($50,0\%$) chiếm tỷ lệ cao nhất. Theo Nguyễn Văn Đê (2000), bệnh sán lá phổi chủ yếu gặp ở trẻ em ($71,1\%$) và nhiều nhất ở nhóm tuổi 5 -14 tuổi ($63,7\%$) [1].
- Địa dư sinh sống: Lai Châu 8/12 BN ($75,0\%$), trong đó huyện Sìn Hồ 5/12($41,7\%$) chiếm tỷ lệ cao nhất. Tiền sử ăn cua ốc sống: có ăn cua ốc sống 4/12($33,3\%$), không rõ 8/12($66,7\%$). Theo Nguyễn Văn Đê (2000), tỷ lệ nhiễm sán lá phổi tại 8 tỉnh miền núi phía bắc Việt Nam qua xét nghiệm 1776 mẫu đờm và dịch màng phổi trung bình là $3,9\%$, trong đó Sìn Hồ - Lai Châu tỷ lệ nhiễm $3,6\%$, Mộc Châu - Sơn La $15,7\%$. Tỷ lệ người nhiễm sán lá phổi có mối liên quan với tập tục ăn cua nướng ($r=0,14$) [1]. Nguyễn Chi Lăng (2008), trong 6 bệnh nhân trẻ em sán lá phổi có 3 trẻ ở Sìn Hồ - Lai Châu cũng tương tự kết quả của chúng tôi [3]. Nghiên cứu của Zongrong Gong và cộng sự (2017), trên 123 bệnh nhân sán lá phổi; $58,5\%$ các bệnh nhân có tiền sử ăn cua suối nướng cao hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi, điều này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít [4]. Kết quả của chúng tôi có $66,7\%$ bệnh nhân không rõ tiền sử ăn cua ốc sống, có thể do bệnh nhân không nhớ, mặt khác do hồi cứu nên phần khai thác tiền sử còn hạn chế.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng hay gặp: đau ngực (100%), khó thở ($75,0\%$), sốt ($91,7\%$), ho ra máu và sút cân ($83,3\%$), triệu chứng thực thể: hội chứng 3 giảm ($58,3\%$), hội chứng nhiễm trùng ($50,0\%$), các triệu chứng khác ít hơn. Theo Nguyễn Chi Lăng (2008), 6 bệnh nhân sán lá phổi, có 3 bệnh nhân ho ra máu ($50,0\%$), tràn dịch màng phổi 4 bệnh nhân($66,6\%$), sốt 6/6(100%) [3]. Tác giả Hwang KE và CS (2015), nghiên cứu trên 20 bệnh nhân tràn dịch màng phổi do sán lá phổi trong 10 năm từ 2001 đến 2011 tại Hàn Quốc, các triệu chứng hay gặp: khó thở (30%), ho ra máu (20%), ho khan(20%), đau ngực kiểu màng phổi(15%) [5].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- Công thức máu: trong nghiên cứu của chúng tôi: có 8/12 BN ($66,7\%$) có tăng BC ưa acid, Số lượng bạch cầu ưa a xít trong khoảng ($13,9 + 13,8\%$), cao nhất là $53,0\%$ ở bệnh nhân nữ 31 tuổi. Đây là một dấu hiệu gợi ý quan trọng định hướng đến nguyên nhân do ký sinh trùng Theo Nguyễn Chi Lăng (2008), 6 bệnh nhân sán lá phổi bạch cầu ưa acid tăng dao động từ $10,4 - 80\%$ [3], Lương Bá Phú (2004), bạch cầu ái toan tăng 23/26 ($88,5\%$) [6].

- Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính lồng ngực: Hình ảnh tràn dịch màng phổi hay gặp nhất ($58,3\%$), tổn thương dạng hang và lan tỏa ít gặp hơn. Với các hình ảnh này gặp trong rất nhiều bệnh lý hô hấp và rất khó để phân biệt như lao phổi, nấm phổi, thậm chí là ung thư phổi

di căn. Kết quả của chúng tôi cũng khá phù hợp với Lương Bá Phú (2004), 100% bệnh nhân sán lá phổi có tổn thương trên phim chụp phổi trong đó tràn dịch màng phổi 9,5% [6], Nguyễn Chi Lăng (2008), 5/6 bệnh nhân có tổn thương dạng đám mờ lan tỏa, 1 bệnh nhân có tràn dịch màng phổi [3]. Theo Zongrong Gong và cộng sự (2017), 123 bệnh nhân sán lá phổi, kết quả chụp ảnh chính bao gồm: tràn dịch màng phổi (90%), hạch lympho (40%), hình ảnh kính mờ (36,2%), tổn thương dạng hang (18,1%) và dày màng phổi (17,0%) [4].

- Các bệnh phẩm và phương pháp chẩn đoán sán lá phổi: 7/12 (58,3%) bệnh nhân được chẩn đoán qua bệnh phẩm máu, các trường hợp tìm thấy trứng sán bằng các bệnh phẩm đờm có 2 bệnh nhân, dịch phế quản, dịch màng phổi và đặc biệt thấy trứng sán trên mô bệnh học của bệnh phẩm sinh thiết màng phổi có 1 bệnh nhân. Phương pháp chẩn đoán bằng ELISA máu 7/12(58,3%) cao nhất. Theo Zongrong Gong và cộng sự (2017), 123 bệnh nhân sán lá phổi tại Trung Quốc, chỉ có 1/123(0,8%) được tìm thấy trứng sán trong đờm, còn lại chẩn đoán bằng ELISA 120/123 bệnh nhân và có 2 bệnh nhân được tìm thấy trứng sán trên mô bệnh học của sinh thiết màng phổi [4].

4.4. Kết quả điều trị

Về điều trị theo Bộ Y Tế (2004), hiện nay, Praziquantel được chọn là thuốc ưu tiên chữa bệnh sán lá phổi, liều lượng: 75 mg/kg/ngày chia 3 lần x 2 ngày. Ngoài ra có thể dùng Triclabendazole 10 mg/kg chia 2 lần cách nhau 6-8 giờ [7]. Trong 12 bệnh nhân của chúng tôi: điều trị tẩy nội khoa:10/12(83,3%), bóc vỏ phổi kết hợp tẩy nội khoa 2/12(16,7%). Kết quả điều trị khỏi hoàn toàn 12/12(100%) bệnh nhân. Theo Zongrong Gong và cộng sự (2017), 123 bệnh nhân sán lá phổi tại Trung Quốc, tất cả bệnh nhân đều được điều trị ban đầu bằng Praziquantel trong 3 ngày, 41 bệnh nhân (76,4%) cho thấy có cải thiện triệu chứng. Tuy nhiên, 29/123 (23,6%) bệnh nhân cần một đợt điều trị nữa, 21(17,1%) bệnh nhân không thể tuân thủ điều trị. Thời gian nằm viện trung bình là 11,23 ± 6,63 ngày [4].

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng: Địa dư sinh sống: Lai Châu (75,0%), Sìn Hồ (41,7%), đau ngực (100%), khó thở (75,0%), sốt (91,7%), ho ra máu, sút cân (83,3%), hội chứng 3 giảm (58,3%), hội chứng nhiễm trùng (50,0%).

- Cận lâm sàng: (66,7%) có tăng bạch cầu ưa acid, hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực: tràn dịch màng phổi (58,3%), tổn thương dạng hang (25,0%), lan tỏa (16,7%), chẩn đoán bằng ELISA máu (58,3%).

- Điều trị: khỏi 100%, 10 bệnh nhân được tẩy nội khoa, 2 bệnh nhân kết hợp với bóc vỏ phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đề và CS (2000). Một số yếu tố dịch tễ, bệnh cảnh lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị sán lá phổi ở một số điểm thuộc các tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ. Bộ Y Tế.

2. Bộ môn ký sinh trùng (2003). Bài giảng ký sinh trùng - ĐHYHN. Nhà xuất bản y học, năm 1998, tr 133 -145.

3. Nguyễn Chi Lăng, Hoàng Thanh Vân (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

sán lá phổi ở trẻ em. Tạp Chí Y học thực hành, số 601, trang 131 -135.

4. Gong Z, Miao R, Shu M, Zhu Y, Wen Y, et al. (2017). Paragonimiasis in Children in South-west China: A retrospective case reports review from 2005 to 2016. Medicine 96: e7265.

5. Hwang K-E, Song H-Y, Jung J-W, Oh S-J, Yoon K-H, et al. (2015). Pleural fluid characteristics of pleuropulmonary paragonimiasis masquerading as pleural tuberculosis. The Korean Journal of Internal Medicine 30: 56-61.

6. Lương Bá Phú (2004). Nghiên cứu dịch tễ, biểu hiện bệnh lý và điều trị sán lá phổi ở huyện Lục Yên, Yên Bái. Tạp chí Y - dược học quân sự, số 3, trang 134 -140.

7. Bộ Y tế (2004). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sán lá gan nhỏ, sán lá phổi, sán dây và bệnh ấu trùng sán lợn. Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 1450/2004/QĐ-BYT ngày 26-4-2004.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐỘ KHUẾCH TÁN KHÍ CO QUA MÀNG PHẾ NANG MAO MẠCH Ở BỆNH NHÂN ACO

Cao Sỹ Phước, Vũ Văn Giáp

Trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh phổi mạn tính và hen phế quản là bệnh hô hấp mạn tính phổ biến trong dân số thế giới cũng như Việt Nam. Có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có triệu chứng của cả hen và COPD, nhóm bệnh nhân này thường có nhiều đợt cấp, chức năng hô hấp suy giảm nhanh. Năm 2014, ủy ban khoa học của GINA và GOLD đã đưa ra hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng chồng lấp giữa hen và COPD, theo đó chồng lấp Hen - COPD có đặc điểm là giới hạn luồng khí dai dẳng với một vài tính chất của Hen và một vài của COPD, ACO được xác định bởi các tính chất mà Hen và CODP đều có

Khuếch tán khí CO qua màng phế nang mao mạch (DLCO) có thể giúp chẩn đoán phân biệt giữa khí phế thũng và các nguyên nhân gây tắc nghẽn đường hô hấp khác. DLCO thường giảm ở những bệnh nhân COPD, bình thường hoặc tăng ở bệnh nhân hen. Cùng với FEV1, DLCO có khả năng dự báo tỷ lệ tử vong ở mọi nguyên nhân.

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân ACO và mối liên hệ của DLCO với các đặc điểm này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ACO đang được theo dõi tại phòng quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Lựa chọn ngẫu nhiên các bệnh nhân các bệnh nhân được chẩn đoán ACO được theo dõi tại phòng quản lý bệnh phổi mạn tính bệnh viện Bạch mai.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức trong nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp trên bệnh nhân, tất cả các dữ liệu của bệnh nhân được mã hóa và bảo mật phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu có 15 nam, 30 nữ, tỷ lệ nam/nữ = 3/4, khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p=0,398$)

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $60 \pm 12,6$, ít nhất là 26, nhiều nhất là 80, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 50-70 tuổi chiếm 57,14%

2. Tiền sử hút thuốc

Hầu hết bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc với thuốc lá (Có 23 bệnh nhân có Hút thuốc hoặc hút thuốc thụ động), trong đó có 2 bệnh nhân đang hút.

3. Tiền sử hen phế quản và dị ứng

Trong 35 bệnh nhân có 18 bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản (51,4%) và 17 bệnh nhân không được chẩn đoán hen phế quản (chiếm 48,6%) trong tiền sử

Có 22 bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh dị ứng (có tiền sử dị ứng, viêm da cơ địa, chàm, mày đay...) chiếm tỷ lệ 63%

4. Các bệnh đồng mắc

Bảng 1: Các bệnh đồng mắc

Tên bệnh	N	%
Tăng huyết áp	15	42,9%
Đái tháo đường	3	8,6%
Suy tim	2	5,7%
Mạch vành	1	2,9%
Loãng xương	7	20%

Trong các bệnh đồng mắc, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9%), sau đó là loãng xương (20%)

5. Các triệu chứng cơ năng

Bảng 2: Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	N	%
Khó thở	14	60
Ho	22	62,9
Khạc đờm	21	60
Đờm đục	8	22,9
Sốt	0	0
Khò Khè	23	65,7
Nặng ngực về đêm gần sang	24	68,9

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu không có bệnh nhân có sốt, ho khạc đờm đục có 8 bệnh nhân chiếm 22,9%.

Khó thở, ho, khạc đờm là các triệu chứng hay gặp. Các triệu chứng hay gặp trong hen như khò khè, nặng ngực về đêm gần sang đều chiếm tỷ lệ cao (65,7% và 68,9%)

6. Đánh giá mức độ khó thở qua thang điểm mMRC

Bảng 3: Đánh giá mức độ khó thở qua thang điểm mMRC

mMRC	N	%
0-1	12	34,3
≥ 2	23	65,7

mMRC = $1,9 \pm 0,9$. Có 12 bệnh nhân có mức độ khó thở ít hơn (mMRC = 0,1) và 23 bệnh nhân có mức độ khó thở nhiều hơn (mMRC ≥ 2)

- Đặc điểm về chức năng hô hấp của bệnh nhân ACO

Bảng 4: Các thông số về chức năng thông khí của bệnh nhân ACO

	mean \pm SD	Min	Max
FVC(l)	$2,13 \pm 0,62$	0,86	3,41
FEV1(l)	$1,15 \pm 0,41$	0,45	0,28
FEV1(%)	$52,9 \pm 15,4$	23	88
DLCOadj(ml/p/mmHg)	$16,5 \pm 5,1$	7,8	29,6
DLCOadj(%)	$73,8 \pm 17,8$	33	116

Bảng 5: Phân loại mức độ giảm DLCO ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	N	%
Không giảm DLCO (DLCO $\geq 80\%$ GTLT)	8	22,9
Giảm nhẹ ($80\% > \text{DLCO} \geq 60\%$ GTLT)	22	62,9
Trung bình ($60\% > \text{DLCO} \geq 40\%$ GTLT)	3	8,6
Nặng DLCO $< 40\%$ GTLT	2	5,7

Hầu hết bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có giảm DLCO mức độ nhẹ

Mối tương quan giữa DLCO và FEV1

DLCO = $0,807 * \text{FEV1} + 7,187$. Hệ số tương quan $r=0,659$ và $p=0,000$

DLCO ở những bệnh nhân có mức độ khó thở ít (mMRC ≤ 1 , DLCO = $19,6 \pm 5,9$) cao hơn ở những bệnh nhân có mức độ khó thở nhiều hơn (mMRC ≥ 2 , DLCO = $14,9 \pm 3,8$). Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,008$

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về giới

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ = 3/4, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này khác với các nghiên cứu về ACO trước ở Việt Nam như Chu Thị Hạnh, tỷ lệ Nam/Nữ = 63/37, Đào Ngọc Phú, tỷ lệ Nam/Nữ = 2,4, điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ

2. Sự suy giảm khả năng khuếch tán của bệnh nhân ACO

Có 27 bệnh nhân có sự suy giảm DLCO (77,1%), trong đó hầu hết có suy giảm DLCO mức độ nhẹ và trung bình (25 bệnh nhân). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Zuber ahmad nghiên cứu trên 115 bệnh nhân ACO, 71,4% số bệnh nhân có mức DLCO từ 41-80% giá trị lý thuyết.

3. Mối liên quan giữa DLCO và mMRC

Có sự khác biệt về DLCO giữa 2 nhóm mMRC ≤ 1 mMRC ≥ 2 , với $p=0,008$. Điều này tương tự các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Jae Seung Lee trên 102 bệnh nhân COPD của hàn

quốc, (mMRC=0,1, , mean DLCO%=75.5±2.4, mMRC≥2, mean DLCO%=60.0±3.1, p<0, 001.) Điều này cũng có thể được giải thích khi DLCO càng cao, khả năng khuếch tán khí của bệnh nhân càng tốt, mức độ khó thở càng ít. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, cùng với FEV1 và các dấu hiệu lâm sàng, DLCO cũng là 1 chỉ số cảnh báo nguy cơ tử vong ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

4. Mối liên quan giữa DLCO và FEV1

DLCO=0,807*FEV1+7,187. Hệ số tương quan r=0,659 và p=0,000. Có mối tương quan đồng biến giữa DLCO và FEV1.

IV. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân ACO, có mối liên quan giữa DLCO và điểm mMRC, giữa DLCO và FEV1 có quan hệ đồng biến

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ PHỔI VỚI TÌNH TRẠNG DI CĂN XƯƠNG

Đinh Thị Nguyệt¹, Trần Hoàng Thành²

¹ Đại học Y Hà Nội, ² Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân lớn nhất dẫn đến cái chết do ung thư trên thế giới trong nhiều thập kỷ qua. Theo thống kê của Globocan năm 2012 có 1,8 triệu trường hợp mới mắc, chiếm 12.9% tổng số bệnh nhân ung thư, trong đó 58% xảy ra ở các khu vực kém phát triển. Ung thư phổi chiếm 20.6% tỉ lệ tử vong do ung thư toàn cầu [1], [4]. Ung thư phổi là loại ung thư có tiên lượng xấu với tỉ lệ di căn cao, vị trí di căn hay gặp nhất là não, xương và gan. Đặc biệt bệnh nhân ung thư phổi di căn xương thường có các biến chứng liên quan đến di căn xương (Skeletal - related - events, gọi tắt là SREs), bao gồm gãy xương bệnh lý, chèn ép tủy sống, calci máu cao, đau xương đòi hỏi cần phẫu thuật, xạ trị hoặc giảm đau bằng opioid. Việc xuất hiện di căn xương chính là yếu tố tiên lượng xấu của bệnh nhân ung thư phổi [2]. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm di căn, đặc biệt là di căn xương trong ung thư phổi giúp xác định giai đoạn, quyết định phương pháp điều trị phù hợp để mang lại cơ hội kéo dài thời gian sống cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Đã có nhiều nghiên cứu về ung thư phổi di căn xương trên thế giới và ở Việt Nam, trên thế giới gần đây có nhiều đánh giá mối liên hệ giữa một số marker sinh học, cùng một số đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng chỉ điểm nguy cơ cao di căn xương trong ung thư phổi, tuy nhiên việc xác định yếu tố dự báo sự di căn xương trong ung thư phổi vẫn chưa rõ ràng [6], [7], [13], [14] [3], [12]. Trong nghiên cứu hồi cứu này, chúng tôi đã nghiên cứu mối tương quan giữa các tham số lâm sàng - bệnh lý, dấu ấn sinh học và di căn xương trong ung thư phổi tại thời điểm chẩn đoán để xác định các yếu tố nguy cơ của di căn xương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu số liệu

Đối tượng nghiên cứu: 86 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi bằng mô bệnh học hoặc tế bào học, tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, chưa can thiệp điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ

6/2017 - 6/2018

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân chẩn đoán ung thư phổi lần đầu, chưa can thiệp điều trị.
- Bệnh nhân được khảo sát tình trạng di căn xương bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh.
- Bệnh nhân có đủ các kết quả chẩn đoán xác định mô bệnh học, Calci toàn phần, CEA, Cyfra 21-1.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được can thiệp điều trị ung thư phổi
- Bệnh nhân không được khảo sát tình trạng di căn xương
- Bệnh nhân thiếu các xét nghiệm trong bộ câu hỏi
- Bệnh nhân chẩn đoán ung thư phổi thứ phát

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, chỉ số định tính được trình bày dưới dạng n, %, định lượng được trình bày dưới dạng X + SD (min-max). Áp dụng test t-student để so sánh hai trung bình và test khi bình phương để so sánh hai tỉ lệ. Khác biệt được coi là có ý nghĩa khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	n(%, n=86)
Giới	
- Nam	56 (65,1%)
- Nữ	30 (34,9%)
Tuổi phát hiện bệnh	
- Trung bình	60,96 ± 9,68
Mô bệnh học (n, %)	
- Tuyến	77 (89,5%)
- Vảy	8 (9,3%)
- Tế bào nhỏ	1 (1,2%)
- Không tế bào nhỏ khác	0 (0%)
Bệnh nhân ung thư phổi di căn xương	38 (44,2%)
- Nam	22 (57,9%)
- Nữ	16 (42,1%)

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi, 86 bệnh nhân ung thư phổi được khảo sát, trong đó, có 38 bệnh nhân (44,2%) xuất hiện tình trạng di căn xương ngay từ thời điểm phát hiện bệnh. Trong nhóm nghiên cứu chung bệnh nhân ung thư phổi có/ không di căn xương, tỉ lệ nam nữ tương ứng chiếm 65,1% và 34,9%, với p = 0,007 khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuổi phát hiện ung thư [11] phổi chủ yếu từ tuổi trung niên, với tuổi trung bình phát hiện bệnh là 60,96 ± 9,68, Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất 89,5%.

Bảng 2. Phân bố vị trí di căn xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí di căn xương		n(%, n = 38)
Một vị trí	Xương đốt sống	31 (81,6)
	Xương sườn	21 (55,3)
	Xương chậu	15 (39,5)
	Xương chi	15 (39,5)
	Xương bả vai	6 (15,8)
	Xương sọ	5 (13,2)
	Xương ức	4 (10,5)
	Xương cùng cột	2 (5,3)
Từ 2 vị trí trở lên		21 (55,3%)

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có phát hiện di căn xương, vị trí di căn hay gặp nhất là xương đốt sống (chiếm 81,6%), sau đó là xương sườn, xương chậu và xương chi (với tỷ lệ tương ứng là 55,3%, 39,5% và 39,5%), vị trí di căn xương ít gặp nhất là xương cùng cột (5,3%). Có 45,7% bệnh nhân có di căn xương tại một vị trí và 55,3% bệnh nhân có di căn xương từ 2 vị trí trở lên, những vị trí thường gặp di căn cùng nhau là: chậu - cùng cột, ức - sườn - bả vai.

Bảng 3. Mối tương quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với tình trạng di căn xương trong ung thư phổi

Đặc điểm	BM	NBM	P
Calci toàn phần (mmol/l)	2,30 ± 0,15	2,25 ± 0,1	0,041
CEA (ng/ml)	105,95 ± 207,75	94,62 ± 213,72	0,805
Cyfra 21-1 (ng/ml)	19,30 ± 33,49	8,27 ± 9,84	0,033
Tuổi (năm)	60, 66 ± 10,50	61, 21 ± 9,08	0,795
Giới			0,211
- Nam	22	34	
- Nữ	16	14	
Mô bệnh học			0,334
- Tuyến	36	41	
- Vây	2	6	
- Tế bào nhỏ	0	1	
- Không tế bào nhỏ khác	0	0	

Nhận xét:

- Nồng độ CEA trong máu, đặc điểm tuổi, giới và mô bệnh học không có khác biệt giữa nhóm có di căn xương và nhóm không có di căn xương.
- Nồng độ Calci toàn phần và Cyfra 21 -1 ở nhóm bệnh nhân có di căn xương cao hơn nhóm không di căn xương với p = 0,041 và p = 0,033.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi được biết là loại ung thư dễ có khả năng di căn xa và đặc biệt là tới xương. Những nghiên cứu trước đây cho thấy ung thư phổi đứng hàng thứ 3 trong những loại ung thư thường di căn tới xương. Các nghiên cứu cũng báo cáo rằng, tỷ lệ khá cao bệnh nhân ung thư phổi đã có di căn xương tại thời điểm chẩn đoán, tỷ lệ dao động từ 15% đến 40% tùy nghiên cứu [8], [9]. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn xương là 38%, tương tự với những nghiên cứu trước đây[10]. Trong những vị trí di căn xương, vị trí hay gặp nhất là xương đốt sống (chiếm 81,6%). Kết quả này tương tự với báo cáo từ những nghiên cứu trước đây[10], [14].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng Cyfra 21 -1 có liên quan đến tình trạng di căn xương trong ung thư phổi, Cyfra 21-1 có nồng độ cao hơn ở nhóm có di căn xương, tương tự với nghiên cứu của Muley và cộng sự năm 2008, chứng minh rằng nồng độ Cyfra 21 -1 liên quan đến tiên lượng xấu ở bệnh nhân ung thư phổi [5], tuy nhiên, so với nghiên cứu của Yang Zhou và cộng sự năm 2017, tiến hành nghiên cứu trên 1115 bệnh nhân, trong đó có 264 trường hợp có di căn xương, chỉ ra rằng, không có mối tương quan giữa nồng độ Cyfra 21 -1 và tình trạng di căn xương [14]. Lý giải sự khác nhau này, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi quá nhỏ.

Nồng độ Calci máu toàn phần trong nghiên cứu của chúng tôi cũng liên quan đến tình trạng di căn xương trong ung thư phổi, có thể do trong di căn xương có tình trạng hủy xương, tiêu xương dẫn đến tăng nồng độ calci toàn phần trong máu.

Tuổi, mô bệnh học và giới không liên quan đến tình trạng di căn xương trong ung thư phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có những điểm tương tự và khác biệt với nghiên cứu của Yang Zhou 2017, tương đồng về kết luận với tham số giới và khác biệt với hai tham số tuổi và mô bệnh học. Nguyên nhân do ung thư phổi ở bệnh nhân Việt Nam nói chung và trong nghiên cứu của chúng tôi nói riêng, chủ yếu là biểu mô tuyến, nên khó có thể đánh giá mức độ tương quan giữa di căn xương với mô bệnh học.

KẾT LUẬN

1. Tình trạng di căn xương trong ung thư phổi không liên quan đến đặc điểm giới, tuổi, nồng độ CEA máu.
2. Về sự liên quan giữa tình trạng di căn xương với đặc điểm mô bệnh học chúng tôi không đủ điều kiện kết luận vì mất cân bằng giữa số lượng bệnh nhân giữa các nhóm mô bệnh học.
3. Nồng độ Cyfra 21 -1 và nồng độ Calci toàn phần trong máu bệnh nhân ung thư phổi có di căn xương cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân ung thư phổi không di căn xương (p = 0,033 và p = 0,041). Khuyến nghị trong thực hành lâm sàng, chúng ta nên chú ý những đặc điểm này để xác định tình trạng di căn xương sớm hơn trên những bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Brenner và các cộng sự (2009), "Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002", Eur J Cancer. 45(6), pp. 1028-41.
2. K. Conen và các cộng sự (2016), "Incidence and predictors of Bone Metastases (BM) and Skeletal-Related Events (SREs) in Small Cell Lung Cancer (SCLC): A Swiss patient cohort", J Cancer. 7(14), pp. 2110-2116.
3. Ono M Iyama S, Kawai-Nakahara H, (2016), "Drebrin: a new oncofetal biomarker associated with prognosis of lung adenocarcinoma", Lung Cancer, pp. 74-81.
4. C. J. Langer và các cộng sự (2010), "The evolving role of histology in the management of advanced non-small-cell lung cancer", J Clin Oncol. 28(36), pp. 5311-20.

5. T. Muley và các cộng sự (2008), "Tumor volume and tumor marker index based on CY-FRA 21-1 and CEA are strong prognostic factors in operated early stage NSCLC", Lung Cancer. 60(3), pp. 408-15.
6. Pascale Tomasini và các cộng sự (2016), "EGFR and KRAS Mutations Predict the Incidence and Outcome of Brain Metastases in Non-Small Cell Lung Cancer", International Journal of Molecular Sciences 17(12), pp. 21-32.
7. R. Qiao và các cộng sự (2017), "Serum dickkopf-1 as a clinical and prognostic factor in non-small cell lung cancer patients with bone metastases", Oncotarget.
8. R. L. Siegel, K. D. Miller và A. Jemal (2015), "Cancer statistics, 2015", CA Cancer J Clin. 65(1), pp. 5-29.
9. H. Sugiura và các cộng sự (2008), "Predictors of survival in patients with bone metastasis of lung cancer", Clin Orthop Relat Res. 466(3), pp. 729-36.
10. Trần Hoàng Thành, Trần Thị Vân (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi di căn xương được điều trị tại Trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai năm 2010-2012".
11. Rudiger J Wess, Rikard Wedin, (2011), "Surgery for skeletal metastases in lung cancer", Acta Orthopaedica. 82(1), pp. 96-101.
12. Garbett N Xiang D, Chaires J (2009), "Plasma thermogram profiling: a novel biomarker for lung cancer", J Clin Oncol 27, pp. 22074.
13. G. Zhang và các cộng sự (2017), "High Serum HDGF Levels Are Predictive of Bone Metastasis and Unfavorable Prognosis in Non-Small Cell Lung Cancer", Tohoku J Exp Med. 242(2), pp. 101-108.
14. Y. Zhou và các cộng sự (2017), "Neuron-specific enolase, histopathological types, and age as risk factors for bone metastases in lung cancer", Tumour Biol. 39(7), pp. 1010428317714194.

STUDY ON RESULTS OF ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND BRONCHOSCOPY TO DIAGNOSIS MEDIASTINAL LYMPH NODE AND TUMOR IN RESPIRATORY CENTER BACH MAI HOSPITAL.

Ngo Quy Chau¹; Vu Van Giap¹; Masao Hashimoto²; Hoang Anh Duc¹; Nguyen Ngoc Du¹

¹ Respiratory center, Bach Mai hospital

² National Center for Global Health and Medicine, NCGM

Introduction: Mediastinal lesions such as tumors, lymph nodes may be primary or secondary lesions. Diagnosis and evaluation of these lesions have an important role in the treatment and prognosis, as in the case of mediastinal tumor, metastatic mediastinal lymph node. Difficulties on etiologic diagnosis due to inaccessible locations and previous invasive procedure with high risk of complication: thoracoscopy, mediastinoscopy, computed tomography-guided lung biopsy. Endobronchial ultrasound bronchoscopy (EBUS) is a procedure of bronchoscopy combined with ultrasonic bronchial probe to evaluate as well as access to structures (tumors, lymph node) in

the mediastinum. With the aim of applying modern interventional bronchoscopy in the diagnosis of respiratory diseases, we conducted "Study on results of endobronchial ultrasound bronchoscopy to diagnosis mediastinal lymph node and tumor in Respiratory center Bach Mai hospital".

Patients and Method: Pro-retrospective study was performed on 28 patients diagnosed with mediastinal tumor, lymph nodes undergoing endobronchial ultrasound bronchoscopy to biopsy at Respiratory Center, Bach Mai Hospital from July 2017 to August 2018. In our study, we used the endobronchial ultrasound bronchoscopy system with convex probe and Visi-shot biopsy needle from Olympus, Japan. Research parameters have been collected before, during and after the intervention: clinical parameters (age, gender, length of hospital stay); parameters during procedure (biopsy location, complications) cytology and histopathology results.

Results: The mean age of the study population was 58, 6 years, female / male ratio was 1/6, mean hospitalization length was 11.6 days, and 19/28 study patients had a history of smoking. Biopsy sites of lymph node station were station 2 (14.3%); station 4 (64.3%); station 7 (32.1%); station 10 (7.1%); station 11 (3.5%). The cytological results showed that 7/28 patients had cancer cells, 2 necrotizing inflammation and 1 granuloma. Histopathological results: 39, 3% of patients (11/28) had cancer diagnosis (including epithelial carcinoma, small cell carcinoma, non-small cell carcinoma, squamous cell carcinoma, carcinoma); 7.1% were granuloma (2/28); 7.1% (2/28) were lymphoid inflamed lymph nodes; 28.5% (8/28) were chronic inflammatory lesions; 3/28 cases cannot be obtained the sample for histopathology. After intervention, the complication rate was 0%.

Conclusion: Endobronchial ultrasound bronchoscopy (EBUS) showed the important role and the safety in the etiologic diagnosis of mediastinal tumor and lymph node.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ NỘI SOI PHẾ QUẢN SIÊU ÂM SINH THIẾT CHẨN ĐOÁN U, HẠCH TRUNG THẤT TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Ngô Quý Châu¹; Vũ Văn Giáp¹; Masao Hashimoto²; Hoàng Anh Đức¹; Nguyễn Ngọc Du¹

¹ Trung tâm hô hấp, bệnh viện Bạch Mai

² Trung tâm quốc gia sức khỏe toàn cầu Nhật Bản - NCGM

Tổng quan: Tổn thương trung thất như u, hạch trung thất có thể là các tổn thương nguyên phát hoặc thứ phát. Chẩn đoán và đánh giá các tổn thương này có vai trò quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh như trong các trường hợp u trung thất, ung thư phổi di căn hạch trung thất,...Việc chẩn đoán căn nguyên u, hạch trung thất gặp nhiều khó khăn do vị trí khó tiếp cận và trước đây cần tiến hành các thăm dò xâm lấn có nguy cơ tai biến cao: nội soi lồng ngực, nội soi trung thất, sinh thiết xuyên thành ngực. Nội soi siêu âm sinh thiết xuyên thành phế quản (EBUS) là kỹ thuật nội soi phế quản kết hợp với đầu dò siêu âm trong lòng phế quản để đánh giá cũng như tiếp cận các cấu trúc (u, hạch) trong trung thất. Với mục tiêu áp dụng các kỹ thuật nội soi can thiệp hiện đại trong chẩn đoán các bệnh lý hô hấp, chúng tôi tiến hành "nghiên cứu kết quả nội soi phế quản siêu âm sinh thiết chẩn đoán u, hạch trung thất tại trung tâm Hô hấp bệnh viện Bạch Mai".

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hồi tiến cứu được thực hiện trên 28 bệnh nhân được chẩn đoán u, hạch trung thất được tiến hành nội soi phế quản siêu âm sinh thiết tại trung tâm Hô hấp, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 8 năm 2018. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng ống nội soi phế quản siêu âm đầu dò lồi (convex probe EBUS) và kim sinh thiết Visi - shot của hãng Olympus, Nhật Bản. Các thông số nghiên cứu sẽ được thu thập trước, trong và sau quá trình can thiệp: các thông số lâm sàng (tuổi, giới, thời gian nằm viện); các thông số khi nội soi (vị trí hạch sinh thiết, tai biến sau khi nội soi); kết quả tế bào học và mô bệnh học.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 58, 6 tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1/6, thời gian nằm viện trung bình là 11,6 ngày, 19/28 bệnh nhân nghiên cứu có tiền sử hút thuốc. Các vị trí hạch sinh thiết trên nội soi siêu âm lần lượt là hạch nhóm 2 (14,3%); hạch nhóm 4 (64,3%); hạch nhóm 7 (32,1%); hạch nhóm 10 (7,1%); hạch nhóm 11 (3,5%). Kết quả tế bào học cho thấy: 7/28 bệnh nhân có tế bào ung thư, 2 hạch viêm mũ hoại tử và 1 hạch viêm hạt. Kết quả mô bệnh học: 39, 3% bệnh nhân (11/28) có chẩn đoán ung thư (gồm ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tế bào nhỏ, ung thư tế bào không nhỏ, ung thư biểu mô vảy, ung thư biểu mô); 7,1 % là tổn thương viêm hạt (2/28), 7,1 % (2/28) là hạch viêm xâm nhiễm lympho; 28,5 % (8/28) là tổn thương viêm mạn tính; 3/28 trường hợp không lấy được bệnh phẩm để làm mô bệnh học. Sau can thiệp, tỷ lệ biến chứng là 0%.

Kết luận: Nội soi siêu âm sinh thiết xuyên thành phế quản (EBUS - TBNA) cho thấy vai trò quan trọng và tính an toàn cao trong chẩn đoán căn nguyên u, hạch trung thất.



CHƯƠNG TRÌNH LỚP CME SAU HỘI NGHỊ

PROGRAM FOR ABGS WORKSHOP ON ACUTE RESPIRATORY FAILURE

I. Time: From 13:00 to 17:00 29 September, 2018

II. Topics: Interpretation of Arterial Blood Gases for Acute Respiratory Failure

III. Place: Bach Mai Hospital

IV. Number of participants: 50-60 participants (Maximum 60)

V. Program:

Time	Lectures	Speakers
13:00 - 13:30	Registration	
13:30 - 14:15	Acid Base Disorders: What is the New Approach?	Do Ngoc Son, MD., PhD Bach Mai Hospital
14:15 - 15:00	Alveolar Equition and Oxygenation Indexes	Nguyen Anh Tuan, MD., PhD Bachmai Hospital
15:00 - 15:15	Break time	
15:15 - 16:00	Case Studies for Acute Respiratory Failure	Khuong Quoc Dai, MD Bach Mai Hospital
16:00 - 16:45	Standardization for ABGs	Bui Tuan Anh, MD ., PhD Bach Mai Hospital
16:45 - 17:00	Q & A and closing	

CHƯƠNG TRÌNH TẬP HUẤN PHÂN TÍCH KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP

I. Thời gian: từ 13h đến 17h ngày 29 tháng 09 năm 2018.

II. Chủ đề: Phân tích khí máu động mạch áp dụng trên bệnh nhân trên bệnh nhân suy hô hấp cấp

III. Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai.

IV. Số lượng học viên: 50-60 học viên (tối đa 60 học viên).

V. Chương trình:

Time	Lectures	Speakers
13:00 - 13:30	Đón tiếp đại biểu	
13:30 - 14:15	Rối loạn thăng bằng toan kiềm theo các cách tiếp cận mới	TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
14:15 - 15:00	Phương trình thông khí phế nang và các thông số đánh giá ô xy hóa máu	TS.BS. Nguyễn Anh Tuấn Bệnh viện Bạch Mai
15:00 - 15:15	Giải lao	
15:15 - 16:00	Ca lâm sàng khí máu trên bệnh nhân suy hô hấp	ThS.BS. Khuong Quốc Đại Bệnh viện Bạch Mai
16:00 - 16:45	Chuẩn hóa quy trình xét nghiệm khí máu	TS.BS. Bùi Tuấn Anh Bệnh viện Bạch Mai
16:45 - 17:00	Thảo luận và bế mạc	

PROGRAM FOR NON-INVASIVE VENTILATION WORKSHOP**I. Time:** From 8:00 to 16:30, 29th September, 2018**II. Topics:** Non-Invasive Ventilation for Acute Respiratory Failure**III. Place:** Bach Mai Hospital**IV. Number of participants:** 20-30 participants (Maximum 30)**V. Program:**

Time	Lectures	Speakers
08:00 - 08:30	Registration	
08:30 - 08:45	Welcome and introduction of the program	Do Ngoc Son, MD., PhD Bach Mai Hospital
08:45 - 09:30	Respiratory Physiology in the Positive Pressure Ventilation	Do Ngoc Son, MD., PhD Bach Mai Hospital
09:30 - 10:15	Non-invasive ventilation: Principles, Ventilators, and Settings	Mr. Valeric RRT (Philips)
10:15 - 10:30	Break	
10:30 - 11:15	Modes of Non-Invasive Ventilation: Principles and Outcome Assessment	Do Ngoc Son, MD., PhD Bach Mai Hospital
11:45 - 12:00	Patients Interfaces: How to Make an Effective NIV?	Khuong Quoc Dai, MD Bach Mai Hospital
12:00 - 14:00	Lunch	
14:00 - 15:00	Group1: Ventilator and settings	Mr. Valeric RRT (Philips)
	Group 2: Patients Interfaces: Masks and Supportive	Khuong Quoc Dai, MD Bach Mai Hospital
15:00 - 15:15	Break	
15:15 - 16:15	Group rotation	
16:15 - 16:30	Q&A	

CHƯƠNG TRÌNH TẬP HUẤN THÔNG KHÍ NHÂN TẠO KHÔNG XÂM NHẬP**I. Thời gian:** Từ 8h đến 16h30 ngày 29/09/2018**II. Chủ đề:** Thông khí nhân tạo không xâm nhập trên bệnh nhân suy hô hấp cấp**III. Địa điểm:** Bệnh viện Bạch Mai.**IV. Số lượng học viên:** 20-30 học viên (tối đa 30 học viên).**V. Chương trình:**

Thời gian	Bài giảng	Giảng viên
08:00 - 08:30	Tiếp đón đại biểu	
08:30 - 08:45	Khai mạc và giới thiệu chương trình	TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
08:45 - 09:30	Sinh lý hô hấp trong Thông khí áp lực dương	TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
09:30 - 10:15	Thông khí nhân tạo không xâm nhập: Nguyên lý, các loại máy thở và Cài đặt	BS. Valeric RRT (Philips)
10:15 - 10:30	Giải lao	
10:30 - 11:15	Các mode thông khí không xâm nhập: Nguyên lý và Đánh giá kết quả	TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
11:45 - 12:00	Giao diện với bệnh nhân: Làm cách nào đảm bảo Thông khí không xâm nhập hiệu quả nhất?	ThS.BS. Khương Quốc Đại Bệnh viện Bạch Mai
12:00 - 14:00	Ăn trưa	
14:00 - 15:00	Nhóm 1: Máy thở và cài đặt máy thở	BS. Valeric RRT (Philips)
	Nhóm 2: Giao diện với bệnh nhân: Các loại mask và dụng cụ hỗ trợ	ThS.BS. Khương Quốc Đại Bệnh viện Bạch Mai
15:00 - 15:15	Giải lao	
15:15 - 16:15	Đổi nhóm	
16:15 - 16:30	Thảo luận	

HỘI NGHỊ

KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN

HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM

27 - 29/09/2018, HÀ NỘI, VIỆT NAM



CHƯƠNG TRÌNH QUAY SỐ TRÚNG THƯỞNG

(TẤT CẢ CÁ NHÂN ĐÃ ĐĂNG KÝ THAM GIA HỘI NGHỊ)

- 1 GIẢI ĐẶC BIỆT: 1 MÁY TÍNH XÁCH TAY
- 1 GIẢI NHẤT: 1 ỒNG NGHE LITTMANN CLASSIC
- 1 GIẢI NHÌ: 1 MÁY ĐO SPO₂
- 1 GIẢI BA: 1 MÁY ĐO HUYẾT ÁP ĐIỆN TỬ
- 10 GIẢI KHUYẾN KHÍCH: SÁCH CẨM NANG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Tại sao nên tham gia VNRS?

- Cập nhật các thông tin về y học
- Nâng cao kiến thức chuyên môn qua các khóa đào tạo/ hội nghị hàng năm
- Hỗ trợ, giải đáp thắc mắc từ các nhà khoa học, chuyên gia đầu ngành trong lĩnh vực hô hấp



BÁO CÁO NGHIÊN CỨU HỘI NGHỊ

(BÁO CÁO VIÊN TIẾNG ANH VÀ TIẾNG VIỆT)

- GIẢI NHẤT: 1 ỒNG NGHE LITTMANN CLASSIC
- GIẢI NHÌ: 1 MÁY ĐO SPO₂
- GIẢI BA: 1 MÁY ĐO HUYẾT ÁP ĐIỆN TỬ
- GIẢI KHUYẾN KHÍCH: SÁCH CẨM NANG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

5th



HOTLINE LIÊN HỆ VNRS

0243.629.1207

WEBSITE THÔNG TIN HỘI NGHỊ

<http://hoihohapvietnam.org/>

