



Kỳ Diệu

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM 2022
ANNUAL CONGRESS OF VIETNAM RESPIRATORY SOCIETY 2022

05 - 06/11/2022, HẠ LONG - VIỆT NAM





MỤC LỤC

I. BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG NĂM 2022, PHƯƠNG HƯỚNG NĂM 2023

II. DANH SÁCH BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ

III. CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN

IV. MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

V. TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ



<https://www.facebook.com/HoihohapVietnam.VNRS/>
<http://hoihohapvietnam.org/>

THƯ CHÀO MỪNG CỦA CHỦ TỊCH HỘI HỒ HẤP VIỆT NAM



Hội Hồ hấp Việt Nam trân trọng cảm ơn Quý Thầy cô, các nhà khoa học và các đồng nghiệp đã cùng đồng hành và xây dựng Hội ngày càng vững mạnh và phát triển trong thời gian qua. Hội Hồ hấp Việt Nam bao gồm hơn 1000 thành viên là các Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ, nhân viên y tế tại các bệnh viện, đại học, tổ chức y tế trên toàn quốc với mục tiêu nâng cao chất lượng trong nghiên cứu, chẩn đoán, điều trị các bệnh về hô hấp. Hội đang từng bước phát triển và đóng góp một phần sức lực của mình vào công cuộc nâng cao sức khỏe của người dân trên mọi miền tổ quốc.

Trong suốt những năm qua, dưới sự cho phép của Ban đối ngoại Trung ương Đảng, Bộ Y tế, Bộ Nội vụ và với sự hợp tác, hỗ trợ của các đơn vị liên quan và các đối tác tin cậy, Hội Hồ hấp Việt Nam đã tổ chức thành công nhiều kỳ Hội nghị khoa học. Năm 2022 là một năm hứa hẹn sẽ là đòn bẩy phát triển kinh tế đất nước, đời sống nhân dân sau khi trải qua 2 năm đại dịch COVID-19 hoành hành. Thấu hiểu được điều đó, nhằm giúp đỡ đội ngũ cán bộ nhân viên y tế tăng cường chất lượng trong công tác khám chữa bệnh phục vụ sức khỏe nhân dân, đồng thời tiếp nối thành công của Hội nghị thường niên Hội Hồ hấp Việt Nam trong những năm qua,

Kính gửi:

- Các Quý đồng nghiệp
- Các hội viên Hội Hồ hấp Việt Nam
- Các Ủy viên BCH Hội Hồ hấp Việt Nam

Hội sẽ tổ chức Hội nghị khoa học thường niên năm 2022 tại Khách sạn Mường Thanh Luxury Quảng Ninh với sự góp mặt của các chuyên gia đầu ngành về Hô hấp và các lĩnh vực khỏe liên quan tới từ trong và ngoài nước.

Tham dự hội nghị, quý đồng nghiệp có cơ hội trao đổi kiến thức và tiếp xúc với các chuyên gia trên khắp cả nước và nhiều chuyên gia quốc tế. Để Hội nghị tổ chức thành công tốt đẹp, Ban tổ chức Hội nghị 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. Chúc Quý Đại biểu và các Bạn đồng nghiệp sức khỏe, chúc Hội nghị thành công.

Xin trân trọng cảm ơn!

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



GS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU

DANH SÁCH
BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ



MỤC LỤC
BÁO CÁO TẠI HỘI NGHỊ



UPDATE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ASTHMA ACCORDING TO GINA 2022

Helen Reddel

Woolcock Institute of Medical Research, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia
Chair of the Global Initiative for Asthma (GINA) Science Committee

The Global Initiative for Asthma (GINA) was established in 1993 with the aim of increasing awareness about asthma, and improving asthma prevention and management through a coordinated worldwide effort. The GINA Science Committee publishes an evidence-based strategy about asthma management and prevention that is updated every year based on a cumulative review of new evidence. This presentation will describe key changes in the GINA 2022 report.

Advice about diagnosis of asthma has been updated to reinforce the different approaches depending on whether or not the patient is already taking controller treatment. New evidence provides additional support for the GINA recommendation that combination inhaled corticosteroid (ICS)-formoterol is the preferred reliever across asthma severity, either on its own for patients with mild asthma, or in maintenance and reliever therapy (MART) for patients with moderate-severe asthma. In patients with mild asthma, this strategy is associated with significantly fewer emergency department visits or hospitalisations compared with ICS with as-needed short-acting beta2-agonist. Some new treatment options are available for patients with severe asthma. Use of maintenance oral corticosteroids should be considered only as a last resort in any age-group if other treatments have been optimized and no alternative is available.

In 2022, the GINA report provided additional advice about diagnosis and management of asthma in low and middle income countries, which carry most of the global burden of asthma mortality and morbidity. GINA strongly supports current initiatives towards achieving equitable access to affordable care for asthma.

GINA 2022 provides additional advice about COVID-19 in patients with asthma.

Acknowledgement: GINA is supported by the sale and licensing of its reports and other resources



CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ ASTHMA THEO GINA 2022

Helen Reddel

Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock, Đại học Sydney, Sydney, NSW, Úc
Chủ tịch Ủy ban Khoa học Sáng kiến Toàn cầu về Bệnh hen (GINA)

Sáng kiến toàn cầu về bệnh hen (GINA) được thành lập vào năm 1993 với mục đích nâng cao nhận thức về bệnh hen, cải thiện việc phòng ngừa và quản lý bệnh hen thông qua nỗ lực phối hợp trên toàn thế giới. Ủy ban Khoa học GINA xuất bản một chiến lược dựa trên bằng chứng về quản lý và phòng ngừa bệnh hen được cập nhật hàng năm dựa trên đánh giá tích lũy các bằng chứng mới. Phần trình bày này sẽ mô tả những thay đổi chính trong báo cáo GINA 2022.

Các lời khuyên về chẩn đoán hen đã được cập nhật để củng cố các phương pháp tiếp cận khác nhau tùy thuộc vào việc bệnh nhân có đang điều trị kiểm soát hay không. Bằng chứng mới cung cấp thêm hỗ trợ cho khuyến nghị của GINA rằng corticosteroid dạng hít kết hợp (ICS) - formoterol là thuốc cắt cơn ưu tiên trên mức độ nghiêm trọng của bệnh hen, hoặc cho riêng bệnh nhân hen nhẹ, hoặc trong liệu pháp duy trì và cắt cơn (MART) cho bệnh nhân mắc hen mức độ trung bình - nặng. Ở những bệnh nhân bị hen nhẹ, chiến lược này có liên quan đến việc đi khám tại khoa cấp cứu hoặc nhập viện ít hơn đáng kể so với ICS với chất chủ vận beta2 tác dụng ngắn khi cần thiết. Một số lựa chọn điều trị mới có sẵn cho bệnh nhân hen nặng.

Năm 2022, báo cáo của GINA đã cung cấp thêm lời khuyên về chẩn đoán và quản lý bệnh hen ở các nước thu nhập thấp và trung bình, những quốc gia gánh phần lớn gánh nặng toàn cầu về tỷ lệ tử vong và bệnh tật do hen. GINA ủng hộ mạnh mẽ các sáng kiến hiện tại nhằm đạt được khả năng tiếp cận công bằng với dịch vụ chăm sóc bệnh hen với giá cả phải chăng.

GINA 2022 cung cấp thêm lời khuyên về COVID-19 ở bệnh nhân hen. GINA được hỗ trợ bởi việc bán và cấp phép các báo cáo của mình và các tài nguyên khác.

NEWS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENTS OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROMES (OSAS)

Francis MARTIN

Service des pathologies du sommeil, sleep disorders unit
Hôpital de Chantilly Les Jockeys - Chantilly France

Based on recent data from the literature, it is an update on the news of the diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea syndrome (osas), by reviewing the following aspects:

- Physiopathology: description of the 4 endotypic types



- Interest of phenotyping, towards a personalized treatment of OSA?
- News on CPAP treatments: adjustment methods (constant pressure or continuous pressure?), connected CPAPs, benefits of remote monitoring of treatments, connected patient.
- Alternatives to CPAP treatments, indications, personalization according to the patient's phenotype: mandibular advancement orthoses, hypoglossal nerve stimulation, positional treatments, drug treatments.
- Drug treatments for residual sleepiness under CPAP

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ (OSAS)

Francis MARTIN

Đơn nguyên bệnh lý giấc ngủ

Bệnh viện Chantilly Les Jockeys - Chantilly Pháp

Dựa trên dữ liệu gần đây từ y văn, đây là bản tóm tắt cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSAS), bằng cách xem xét các khía cạnh sau:

- Sinh lý bệnh: mô tả 4 loại kiểu hình
- Lợi ích của kiểu hình, hướng tới việc cá nhân hóa điều trị OSA?
- Cập nhật về phương pháp điều trị CPAP: phương pháp điều chỉnh (áp lực cố định hay áp lực liên tục?), CPAP được kết nối, lợi ích của việc theo dõi điều trị từ xa, kết nối bệnh nhân.
- Các giải pháp thay thế cho phương pháp điều trị CPAP, chỉ định, cá nhân hóa theo kiểu hình của bệnh nhân: dụng cụ đẩy hàm dưới ra trước, kích thích thần kinh hạ thiệt, điều trị tư thế, điều trị bằng thuốc.
- Điều trị bằng thuốc với buồn ngủ tồn dư mặc dù đã điều trị CPAP.

UPDATE ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COPD

Assoc.Prof.Dr. Chu Thi Hanh

President of Hanoi Respiratory Society

Head of Respiratory Department, Tam Anh General Hospital

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide as well as in Vietnam, leading to an increasing socio-economic burden. The disease is treatable and preventable, with the leading causes of which are smoking, pipe tobacco and air pollution. The main pathophysiological feature of COPD is expiratory flow



limitation that impairs the respiratory system's capacity for adequate and appropriate ventilation and gas exchange. The diagnosis of COPD should be considered in patients with chronic cough and dyspnoea, and the diagnosis is based on pulmonary function measurements. The diagnosis is confirmed when the presence of a post-bronchodilator FEV1/FVC < 70%. The scheme to classify the severity of chronic obstructive pulmonary disease (ABCD group) is built based on the combination of 2 main factors, which are the severity of symptoms (assessed by mMRC, CAT scale) and risk of exacerbations (based on history of exacerbations in the past 12 months). Treatment of COPD should focus on individualization of treatment, treatment of comorbidities, preventive treatment to avoid exacerbations and slow disease progression. Besides, other measures such as smoking cessation support, respiratory rehabilitation, influenza, pneumococcal, pertussis vaccination... patient education also play an important role in the treatment and management. COPD patients. Short-acting bronchodilators (SABA, SAMA), long-acting bronchodilators (LABA, LAMA) are the main drugs for symptomatic treatment as well as maintenance therapy. Depending on the severity of the disease according to the ABCD subtype to choose the appropriate drug for each patient. Assess response to treatment according to symptoms and exacerbations. ICS is recommended for use in some specific cases: blood eosinophils > 300 cells/mcl, multiple exacerbations, overlapping asthma - COPD, and in cases where LABA/LAMA therapy has been used with continued symptoms and/or exacerbations. COPD does not increase the risk of COVID-19 infection, but COPD patients infected with COVID-19 are at high risk of developing severe pneumonia. GOLD's recommendation for COPD treatment in case of COVID-19: continue to maintain the patient's daily treatment. There is no evidence that the use of ICS can cause harm so ICS should continue to be treated as recommended. Use systemic corticosteroids, antibiotics as needed during acute exacerbations. Avoid using aerosol drugs if not necessary to avoid spreading the virus (aerosol is limited at home, in 1 room, near an open window, clean the nebulizer more often...). Maintain physical activity, non-drug treatments.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COPD THEO GOLD 2022

PGS.TS. Chu Thị Hạnh

Phó Chủ tịch Hội Hô Hấp Việt Nam, Chủ tịch hội Hô Hấp Hà Nội

Trưởng khoa Hô Hấp – Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội ngày càng gia tăng. Bệnh có thể điều trị và dự phòng được với căn nguyên gây bệnh hàng đầu



là hút thuốc lá, thuốc lào và ô nhiễm không khí. Đặc điểm sinh lý bệnh chính của COPD là giới hạn lưu lượng thở ra làm giảm khả năng thông khí, trao đổi khí đầy đủ và thích hợp của hệ hô hấp. Chẩn đoán BPTNMT nên được xem xét ở các bệnh nhân có các triệu chứng ho, khạc đờm và khó thở mạn tính, xác định bệnh dựa vào đo chức năng thông khí phổi. Chẩn đoán xác định khi: rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn: chỉ số FEV1/FVC < 70% sau test HPPQ. Sơ đồ phân loại mức độ nặng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (nhóm ABCD) được xây dựng dựa trên sự kết hợp của 2 yếu tố chính đó là mức độ nặng của triệu chứng (đánh giá theo thang điểm mMRC, CAT) và nguy cơ đợt cấp (dựa vào tiền sử đợt cấp trong 12 tháng qua). Điều trị BPTNMT cần chú trọng đến cá thể hóa điều trị, điều trị các bệnh đồng mắc, điều trị dự phòng để tránh các đợt cấp và làm chậm quá trình tiến triển bệnh. Bên cạnh đó, các biện pháp khác như hỗ trợ cai nghiện thuốc lá, phục hồi chức năng hô hấp, tiêm ngừa cúm, phế cầu, ho gà... giáo dục bệnh nhân cũng có vai trò quan trọng trong việc điều trị và quản lý bệnh nhân BPTNMT. Các thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn (SABA, SAMA), thuốc tác dụng kéo dài (LABA, LAMA) là các thuốc chính để điều trị triệu chứng cũng như điều trị duy trì BPTNMT. Tùy thuộc vào mức độ bệnh theo phân nhóm ABCD để lựa chọn thuốc thích hợp khởi đầu điều trị cho từng người bệnh. Đánh giá sự đáp ứng của điều trị theo sự cải thiện của triệu chứng và đợt cấp. ICS được khuyến cáo sử dụng trong một số trường hợp cụ thể: bạch cầu ái toan trong máu cao > 300 tế bào/mcl, nhiều đợt cấp, có chèn ép hen - BPTNMT và trong trường hợp đã điều trị với bộ đôi LABA/LAMA mà vẫn còn triệu chứng và/hoặc đợt cấp. BPTNMT không làm tăng nguy cơ nhiễm COVID -19, tuy nhiên bệnh nhân BPTNMT khi nhiễm COVID 19 thì có nguy cơ cao mắc viêm phổi tiến triển nặng. Khuyến cáo của GOLD về điều trị BPTNMT khi mắc COVID -19: tiếp tục duy trì điều trị hàng ngày của người bệnh. Không có bằng chứng cho thấy việc sử dụng ICS có thể gây hại do vậy ICS vẫn tiếp tục được điều trị theo khuyến cáo. Sử dụng corticosteroid toàn thân, kháng sinh khi cần trong đợt cấp. Tránh sử dụng thuốc dạng khí dung nếu không cần thiết để tránh phát tán virus (khí dung hạn chế ở nhà, trong 1 phòng, gần cửa sổ mở, vệ sinh máy khí dung thường xuyên hơn...). Duy trì các hoạt động thể chất, các biện pháp điều trị không thuốc.

PULMONARY FUNCTION TESTS AND COPD

Dinh Xuan Anh Tuan

Department of Respiratory Medicine, Cochin Hospital, University Paris Cité

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by progressive airflow obstruction that is only partly reversible, inflammation in the airways, and systemic effects or comorbidities. The main cause is smoking tobacco, but other factors have been identified.



Pulmonary function testing is often considered the basis for diagnosis in many categories of pulmonary disease. Although most of the testing methodologies are well established and widely employed, there are still many questions regarding how tests should be performed, how to ensure that reliable data are produced, what reference values and rules should be used, and how pulmonary function tests (PFTs) should be interpreted to best support clinical decision making. Special emphasis was given to discussing reference values, lower limits of normal, interpretive strategies to optimize disease classification, and those factors directly affecting data quality. Established techniques for spirometry, lung volumes, diffusing capacity, exercise testing, and bronchial challenges were compared with new technologies, and with technologies that might be part of pulmonary function laboratories in the near future.

THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI COPD

Đinh Xuân Anh Tuấn

Trung tâm Hô Hấp, Bệnh Viện Cochin, Đại Học Paris Cité

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT) được đặc trưng bởi tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí tiến triển chỉ hồi phục được một phần, viêm đường hô hấp và bệnh cảnh toàn thân hay các bệnh lý đồng mắc. Nguyên nhân chính là do hút thuốc lá, nhưng các tác nhân khác cũng đã được xác định. Thăm dò chức năng của phổi thường được xem là cơ sở để chẩn đoán trong nhiều loại bệnh phổi. Mặc dù hầu hết các phương pháp xét nghiệm đã được thiết lập tốt và được sử dụng rộng rãi, vẫn còn nhiều câu hỏi liên quan đến cách thức phương tiện chẩn đoán này nên được thực hiện, cách đảm bảo dữ liệu thu được là đáng tin cậy, các giá trị tham chiếu và quy ước nào nên được áp dụng và cách phân tích kết quả thăm dò chức năng hô hấp (TDCNHH) nào là tốt nhất nhằm hỗ trợ việc ra quyết định điều trị. Bài viết đặc biệt chú trọng thảo luận về các giá trị tham chiếu, giới hạn dưới của giá trị bình thường, các chiến lược diễn giải để tối ưu hóa phân loại bệnh và các yếu tố này ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng dữ liệu. Các kỹ thuật đo đặc cổ điển áp dụng cho phế dung ký, thể tích phổi, khả năng khuếch tán, thử nghiệm gắng sức và các test đáp ứng phế quản đã được so sánh và đối chiếu với các công nghệ mới có nhiều triển vọng là một phần của các đơn vị thăm dò chức năng hô hấp trong tương lai gần.



PERSONALIZED TREATMENT OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Professor Scientific Duong Quy Sy

President of Vietnam Society of Sleep Medicine -

Vice President of Vietnam Respiratory Society

Obstructive sleep apnea (OSA) is a common disease and often under-diagnosed and treated in all ages. This is due to differences in morphology, diversity in clinical phenotypes, and differences in diagnosis and treatment of OSA in children and adults, and even among individuals of the same age. Therefore, the approach to diagnosis and treatment of OSA according to personalized medicine is very necessary for physicians in clinical practice. Obviously, in children and in adults without serious underlying medical conditions, polysomnography at sleep labs may be inappropriate and inconvenient compared with home sleep apnea testing. In addition, apnea-hypopnea index should not be considered as a single parameter for making treatment decisions. Thus, the treatment of OSA should be personalized and based on individual tolerance to sleep quality-related parameters measured by microarousal index, harmful effect of OSA on cardiovascular system related to severe hypoxia, and patients' comorbidities. The current treatment options for OSA include lifestyle modification, continuous positive airway pressure (CPAP) therapy, oral appliance, surgery, and other alternative treatments. CPAP therapy has been recommended as a cornerstone treatment for moderate to severe OSA in adults, however, not all patients can afford the cost, as well as the issue of CPAP intolerance. Hence, the personalized management of patients with OSA should base on pathophysiology, cluster analysis of clinical phenotypes, adequate combined therapy, and the consideration of patients' expectations.

CÁ THỂ HÓA TRONG ĐIỀU TRỊ

NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ - OSA

GS.TSKH. Dương Quý Sỹ

Chủ tịch Hội Y học Giấc ngủ Việt Nam – Phó chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) là một bệnh phổ biến và thường không được chẩn đoán và điều trị ở mọi lứa tuổi. Điều này là do sự khác biệt về hình thể học, sự đa dạng về kiểu hình lâm sàng, sự khác biệt trong chẩn đoán và điều trị OSA ở trẻ em và người lớn và thậm chí giữa các cá thể ở cùng độ tuổi. Vì vậy, phương pháp tiếp cận chẩn đoán và cá thể hóa điều trị OSA là rất cần thiết đối với người thầy thuốc trong thực hành lâm sàng. Ở trẻ em và người lớn không có bệnh nền nặng, đa ký giấc ngủ tại các phòng đo đa ký có thể không phù hợp và bất



tiện so với đo đa ký tại nhà. Ngoài ra, chỉ số ngưng thở-giảm thở (AHI) không nên được coi là một thông số duy nhất để đưa ra quyết định điều trị. Do đó, việc điều trị OSA nên được cá thể hóa và dựa trên khả năng dung nạp của người bệnh với các thông số liên quan đến chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng chỉ số vi thức giấc, hệ quả của OSA đối với hệ tim mạch liên quan đến tình trạng thiếu oxy máu nặng về đêm và các bệnh đồng mắc của bệnh nhân. Các lựa chọn điều trị hiện tại cho OSA bao gồm thay đổi lối sống, điều trị thở máy áp lực dương liên tục (CPAP), dùng dụng cụ miệng, phẫu thuật và các phương pháp điều trị thay thế khác. Liệu pháp CPAP đã được khuyến cáo như một phương pháp điều trị nền tảng cho OSA từ trung bình đến nặng ở người lớn; tuy nhiên, không phải bệnh nhân nào cũng có thể chi trả được chi phí mua máy cũng như vấn đề không dung nạp CPAP. Do đó, việc cá thể hóa điều trị OSA cần phải dựa trên sinh bệnh học, các đặc điểm chuỗi kiểu hình lâm sàng, phối hợp điều trị thỏa đáng và có xem xét đến kỳ vọng của bệnh nhân.

APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF PERSISTENT FEVER IN CHILDREN

Roger H. Kobayashi, M.D., M.S.

Clinical Professor of Pediatrics [Full Professor]

The UCLA School of Medicine Los Angeles, California United States of America

Fever is common in children, but prolonged fever or fever of undetermined origin is of concern and requires a prompt and systematic evaluation governed by a) the severity of the symptoms b) the age of the child c) organ[s] or tissue[s] involved and d) circumstances present at the time. While great strides have been made in understanding the causes and with diagnostic measures, this problem still raises great concern in both industrial and developing nations. As in decades before, depending upon the acuteness and the severity of the symptoms, aggressive search for causation and implementation of prompt, rapid treatment is essential. Often, repeated evaluations are necessary bearing in mind that infection and autoimmune causes can kill and kill quickly. However, with prolonged fever and fever of undetermined origin, the presenting problem is of vague or uncertain origin over a protracted period of time. The most common causes remain: a) infectious b) autoimmunity/ immunodeficiency c) malignancies d) miscellaneous causes.

This presentation will use the limited time to focus on general principals of approaching the infant or child with fever of undetermined origin since this is a complex subject which cannot be covered in 20 minutes. References will be amply provided.



TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN SỐT DÀI DẰNG Ở TRẺ EM

GS.TS. Roger H. Kobayashi

Giáo sư lâm sàng về nhi khoa Trường Y khoa UCLA,
Los Angeles, California, Hoa Kỳ

Sốt thường gặp ở trẻ em, nhưng sốt kéo dài hoặc sốt không xác định được nguyên nhân là vấn đề đáng quan tâm và cần được đánh giá nhanh chóng và có hệ thống bằng các đặc điểm sau:

- a] mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng
- b] tuổi của đứa trẻ
- c] cơ quan hoặc [các] mô liên quan và
- d] bệnh cảnh vào thời điểm đó.

Mặc dù đã đạt được những bước tiến lớn trong việc tìm hiểu nguyên nhân và các biện pháp chẩn đoán, vấn đề này vẫn gây ra mối quan tâm lớn ở cả các nước công nghiệp và các quốc gia đang phát triển. Như trong nhiều thập kỷ trước, tùy thuộc vào mức độ cấp tính và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, việc tích cực tìm kiếm nguyên nhân và thực hiện điều trị nhanh chóng, kịp thời là điều cần thiết. Thông thường, đánh giá lặp đi lặp lại là cần thiết vì nhiễm trùng và các nguyên nhân tự miễn dịch có thể gây tử vong rất nhanh. Tuy nhiên, với tình trạng sốt kéo dài và sốt không xác định được nguyên nhân, vấn đề hiện nay là nguồn gốc mơ hồ hoặc không chắc chắn trong một thời gian dài. Các nguyên nhân phổ biến nhất vẫn là:

- a] lây nhiễm
- b] tự miễn dịch / suy giảm miễn dịch
- c] bệnh ác tính
- d] nguyên nhân khác.

Phần trình bày này sẽ tập trung vào các nguyên tắc chung trong việc tiếp cận trẻ sơ sinh hoặc trẻ bị sốt không rõ nguyên nhân vì đây là một chủ đề phức tạp không thể bao quát trong 20 phút. Tài liệu tham khảo sẽ được cung cấp.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỚM BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

PGS.TS. Vũ Văn Giáp

Tổng thư ký VNRS

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là nguyên nhân thứ ba gây tử vong trên toàn cầu. Mặc dù đã có những nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị COPD đã được nghiên cứu và áp dụng tuy nhiên hầu như không có bước tiến lớn nào gần đây về phương pháp điều trị có thể đảo



ngược được diễn biến của COPD; cai thuốc lá vẫn là biện pháp can thiệp duy nhất được biết đến để thay đổi sự tiến triển của bệnh và cải thiện tỷ lệ tử vong.

Nếu chúng ta muốn thay đổi tiên lượng của bệnh nhân COPD, việc phát hiện sớm đóng một vai trò rất quan trọng. Tuy nhiên, chúng ta cần phải vượt qua các rào cản đối với việc phát hiện sớm và hiểu rõ hơn về định nghĩa của COPD cũng như các chiến lược chẩn đoán và điều trị để xác định và điều trị bệnh nhân COPD trước khi các thay đổi cấu trúc tiến triển. Việc chẩn đoán sớm hơn cùng với can thiệp điều trị sớm với giả thuyết rằng các biện pháp can thiệp ở giai đoạn này có khả năng ngăn chặn hoặc đảo ngược quá trình bệnh.

Tuy nhiên, hiện nay tiêu chí chẩn đoán sớm COPD chưa được đồng thuận chấp nhận trên toàn cầu và khái niệm về COPD sớm không tồn tại. Một số nghiên cứu đề xuất tổn thương đường thở nhỏ là giai đoạn sớm nhất của sự phát triển của COPD, và điều này đã được chứng minh là tiền thân của sự phát triển của khí phế thũng và có liên quan đến sự phát triển tiếp theo của tắc nghẽn luồng khí.

Trong khuôn khổ báo cáo này sẽ đề cập đến cơ sở lý luận và cơ sở bằng chứng hiện tại cho việc chẩn đoán và điều trị COPD sớm, đồng thời nhấn mạnh những thách thức của việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị COPD sớm trong thực hành lâm sàng.

THE ROLE OF EOSINOPHIL IN ASTHMA DIAGNOSIS

Nguyen Nhu Vinh, MD

Ho Chi Minh City Medicine and Pharmacy University

Asthma is considered as a chronic airway inflammatory disease of the Th2-driven in which eosinophils play a major role in the inflammatory mechanism. As a result, the inflammatory pattern in asthma is also called eosinophilic inflammation. Despite being essential to the physiopathology of asthma, eosinophils' contribution to asthma diagnosis is currently quite limited. There are two clinical tests used to manage asthma (and COPD) that are specifically connected to eosinophil cells. These are counts of eosinophils (numbers and percentages) in peripheral blood and sputum. Due to a lack of sensitivity and specificity, neither of these two tests is now necessary or optional for the diagnosis of asthma, while they can be used to guide asthma (and COPD) treatment. Although it is a common inflammatory pattern, eosinophilic inflammation is only an inflammatory phenotype in asthma, so if the asthmatic patients do not have this phenotype, there is no evidence of increased eosinophils in the blood or sputum found. This is the main reason why the use of eosinophil in blood or sputum is limited in the diagnosis of asthma.



Additionally, eosinophil elevation can be caused by a variety of conditions and diseases other than asthma, which limits the diagnostic utility of eosinophil elevation in the diagnosis of asthma.

VAI TRÒ CỦA BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG CHẨN ĐOÁN HEN

TS.BS. Nguyễn Như Vinh
Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh

Hen được xem như là bệnh viêm mạn tính của đường hô hấp theo hướng Th2 trong đó bạch cầu ái toan (eosinophil) là tế bào đóng vai trò chính trong cơ chế gây viêm. Do vậy, kiểu viêm trong hen còn được gọi là kiểu viêm eosinophilic. Mặc dù bạch cầu ái toan có vai trò chính trong cơ chế sinh bệnh của hen nhưng vai trò của loại tế bào này trong chẩn đoán hen hiện vẫn còn rất nhiều hạn chế. Trong thực hành lâm sàng, có 2 xét nghiệm liên quan trực tiếp đến bạch cầu ái toan được thực hiện trong quản lý hen (và COPD) là tỷ lệ phần trăm (hay số tuyệt đối) bạch cầu ái toan trong đàm và trong máu ngoại vi. Hiện tại, cả 2 xét nghiệm này không được đòi hỏi hay lựa chọn trong chẩn đoán hen vì có vai trò hạn chế mặc dù nó có thể được dùng để hướng dẫn điều trị hen (và cả COPD). Lý do chính khiến việc sử dụng eosinophil trong máu hay trong đàm bị hạn chế trong chẩn đoán hen là vì kiểu viêm eosinophilic chỉ là một kiểu hình viêm trong hen (mặc dù đây là kiểu viêm phổ biến), do vậy nếu bệnh nhân hen không có kiểu viêm eosinophilic thì không có biểu hiện eosinophil tăng trong máu hay trong đàm. Bên cạnh đó, có nhiều nguyên nhân và bệnh lý ngoài hen cũng có thể khiến bạch cầu ái toan tăng cao khiến giá trị chẩn đoán hen khi bạch cầu ái toan tăng cao bị hạn chế.

SOMNEF : PRÉVALENCE DES HABITUDES DE SOMMEIL ET DES PRINCIPALES PLAINTES SOMNOLOGIQUES DUNE POPULATION ADULTE AU SEIN DE L'ESPACE FRANCOPHONE

¹Soyez Franck , ²Souissi Zouhair , ³Benkheder Ali,

⁴Khayat Georges, ⁵Pigearia Bernard

¹Docteur Centre d'Etude du Sommeil Paris Sud , Antony, France

² Docteur , Faculté de médecine de Tunis , Tunisie

³Professeur , Faculté de médecine de Tunis , Tunisie

⁴Professeur , Faculté de médecine Saint Joseph de Beyrouth , Liban

⁵Docteur , Espace Francophone de Pneumologie , Nice , France



Background and Aims: Réaliser une cartographie mondiale des habitudes et plaintes de sommeil : durée du sommeil , environnement nocturne , prévalence de l'insomnie , de la somnolence excessive , de la fatigue. Appréhender les meilleurs outils en fonction des us et coutumes pour quantifier ces différentes plaintes .

Methods: Enquête observationnelle , multiculturelle , prospective pour une population adulte de 19 pays participant à l'Espace Francophone de Pneumologie, répartis en sous régions : France, Vietnam , Cambodge , Moyen Orient et Maghreb , Europe Centrale , Afrique subsaharienne et Madagascar

Results: 5462 dossiers sont exploitables . La quantité de sommeil est assez homogène sur la planète , auour de 7 h quotidienne , les plaintes d'insomnie sont fréquentes , autour de 40% en moyenne avec d'importantes disparité selon les régions, mais comparables entre les femmes et les hommes. La somnolence diurne excessive concerne 20 à 50 % des populations , chiffre variant selon l'outil utilisé pour la déterminer . Les femmes expriment régulièrement une plainte de fatigue plus importante que les hommes. Un sentiment dépressif est exprimé dans 10 à 20 % des populations étudiées.

Conclusions: Les plaintes de sommeil et leur répercussion sont fréquentes sur l'ensemble de la planète , avec parfois d'imortantes disparités régionales. Les outils pour les mesurer ne sont pas équivalents selon les cultures de chacun.

SOMNEF : TỶ LỆ NHỮNG THÓI QUEN NGỦ VÀ NHỮNG THAN PHIỀN CHÍNH VỀ BỆNH LÝ GIÁC NGỦ Ở DÂN SỐ NGƯỜI LỚN TRONG CỘNG ĐỒNG PHÁP NGỮ

Soyez Franck , Souissi Zouhair , Benkheder Ali , Khayat Georges ,Pigearia Bernard

¹Bác sĩ trung tâm nghiên cứu giấc ngủ phía Nam Paris , Antony , Pháp

²Bác sĩ trường đại học y Tunis, Tunisie

³Giảng viên trường đại học y Tunis, Tunisie

⁴Giảng viên trường đại học y Saint Joseph de Beyrouth , Liban

⁵Bác sĩ , hiệp hội phổi Pháp ngữ Nice , Pháp

Cơ sở và Mục tiêu: Thực hiện bản đồ toàn cầu về những thói quen và những phàn nàn về giấc ngủ: thời lượng ngủ, môi trường về đêm, tỷ lệ mất ngủ, buồn ngủ quá mức, mệt mỏi. Hiểu được các công cụ tốt nhất theo thói quen và tập quán để định lượng những than phiền khác nhau này.



Phương pháp: Phỏng vấn quan sát, đa trung tâm, tiến cứu đối với dân số trưởng thành của 19 quốc gia thuộc hội phổi Pháp ngữ được chia thành các tiểu vùng: Pháp, Việt Nam, Campuchia, Trung Đông và Maghreb, Trung Âu, Châu Phi cận Sahara và Madagascar

Kết quả: Có 5462 hồ sơ được chấp nhận. Thời lượng giấc ngủ khá đồng nhất trên hành tinh, vào khoảng 7 giờ/ ngày, những than phiền nhiều nhất là về mất ngủ, trung bình khoảng 40% với sự chênh lệch đáng kể tùy theo khu vực, nhưng có thể so sánh được giữa nữ giới và nam giới. Buồn ngủ ban ngày quá mức chiếm 20-50% dân số, con số này thay đổi tùy theo công cụ được sử dụng để nghiên cứu. Phụ nữ thường phàn nàn về sự mệt mỏi nhiều hơn nam giới. Cảm giác trầm cảm gặp ở 10-20% dân số được nghiên cứu.

Kết luận: Những than phiền về giấc ngủ và những tác động của chúng xảy ra thường xuyên trên khắp hành tinh, đôi khi có sự chênh lệch đáng kể giữa các vùng miền. Các công cụ để đo lường chúng không tương đương nhau tùy theo nền văn hóa của mỗi nơi.

ROLES OF AEROSOL DELIVERY DEVICES IN THE TREATMENT OF CHILDHOOD ASTHMA

Bui Binh Bao Son

Department of Pediatrics, Hue University of Medicine and Pharmacy

Pediatric Center, Hue Central Hospital

The delivery of aerosolized medications is an important component of treatment for many respiratory disorders and asthma in children. Using the inhalation route for drug delivery is preferred in the treatment of children due to the direct delivery of the medication to the lung, rapid onset of action, less systemic side effects, and minimal drug dosage needed for treatment efficacy compared to the other routes of administration. The delivery of aerosolized medication to infants and children is complicated by anatomic and physiologic differences in their respiratory systems compared with adults. Thus, a basic knowledge of the uses and limitations of aerosol delivery systems, the properties of effective aerosols, and the anatomic considerations affecting aerosol delivery in infants and children is essential to the optimal use of this therapeutic modality. There are many issues in terms of device and interface selection, delivery technique and dosing that have not changed for half a century. Also, due to many aerosol devices and interfaces available on the market and the broad range of patient characteristics and requirements, providing effective aerosol therapy to children becomes a challenge. While aerosol delivery devices are equally effective, if they are age-appropriate and used correctly, the majority of aerosol devices require multiple steps to be used efficiently. Unfortunately, many children with pulmonary diseases in general and asthma in particular have problems with the correct delivery technique and do not



gain therapeutic benefits from therapy that result in poor disease management and increased healthcare costs. Therefore, the purpose of this presentation is to review the current knowledge on aerosol delivery devices used in children and guide clinicians on the optimum device- and interface-selection in this patient population.

VAI TRÒ CỦA DỤNG CỤ PHÂN PHỐI THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ HEN Ở TRẺ EM

Bùi Bình Bảo Sơn

Bộ môn Nhi, Trường Đại Học Y-Dược Huế

Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung Ương Huế

Phân phối thuốc khí dung là biện pháp quan trọng trong điều trị các bệnh lý hô hấp và hen ở trẻ em. Sử dụng thuốc theo đường hít được ưu tiên chọn lựa trong điều trị ở trẻ em do thuốc đưa trực tiếp đến phổi, tác dụng nhanh, ít tác dụng phụ toàn thân, và chỉ cần liều thuốc tối thiểu đã có hiệu quả điều trị so với các đường dùng khác. Quá trình phân phối các thuốc khí dung cho trẻ nữ nhi và trẻ nhỏ rất phức tạp do sự khác biệt về giải phẫu và sinh lý hệ hô hấp của trẻ so với người lớn. Vì thế, các kiến thức cơ bản về việc sử dụng cũng như hạn chế của các dụng cụ phân phối thuốc, đặc tính của các hạt khí dung, và những yếu tố giải phẫu ảnh hưởng đến sự phân phối thuốc khí dung ở trẻ nữ nhi và trẻ nhỏ là rất cần thiết để phương thức điều trị này đạt hiệu quả cao nhất. Trong nửa thế kỷ qua, nhiều vấn đề liên quan đến việc chọn lựa dụng cụ phân phối thuốc và thiết bị tiếp nối, kỹ thuật hít và liều lượng thuốc không thay đổi nhiều. Hơn nữa, do trên thị trường có nhiều dụng cụ phân phối thuốc và thiết bị tiếp nối, đồng thời đặc điểm và yêu cầu của bệnh nhân khi sử dụng các dụng cụ này rất đa dạng, nên việc sử dụng hiệu quả liệu pháp khí dung ở trẻ em là một thách thức không nhỏ. Mặc dù các dụng cụ phân phối thuốc khí dung đều có hiệu quả như nhau, nhưng để sử dụng đúng cách, phù hợp với lứa tuổi của trẻ, cần phải thực hiện nhiều bước theo đúng trình tự. Đáng tiếc là nhiều trẻ mắc các bệnh lý hô hấp nói chung và hen nói riêng sử dụng các dụng cụ phân phối thuốc không đúng cách, không đạt được hiệu quả điều trị dẫn đến không quản lý được bệnh và tăng chi phí điều trị. Do đó, mục đích của bài trình bày này là khái quát lại các kiến thức cập nhật về các dụng cụ phân phối thuốc khí dung sử dụng ở trẻ em và hướng dẫn các bác sĩ lâm sàng cách lựa chọn dụng cụ và thiết bị tiếp nối tối ưu cho nhóm bệnh nhân này.



ƯU NHƯỢC ĐIỂM CỦA TRACK 1 - TRACK 2 TRONG ĐIỀU TRỊ HEN THEO GINA 2022

Lê Hoàn

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Hen là bệnh lý viêm đường thở mạn tính với những biểu hiện lâm sàng và chức năng thông khí phổi không hằng định. Vì vậy, việc quản lý bệnh hen lâu dài luôn là thách thức với các bác sỹ lâm sàng. Các hướng dẫn điều trị luôn được cập nhật theo hướng cá thể hóa, nhằm mang lại hiệu quả tối ưu cho từng nhóm đối tượng. GINA 2022 đã đưa ra 2 lựa chọn khác nhau trong điều trị dự phòng bệnh hen: Track 1 được ưu tiên cho những người bệnh kém tuân thủ điều trị hàng ngày. Track 2 được khuyến cáo áp dụng cho những người bệnh tuân thủ điều trị tốt. Trong bài trình bày này, chúng tôi sẽ phân tích ưu nhược điểm của từng liệu trình.

POSITIVE AIRWAY PRESURE TREATMENT FOR OSA IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Le Khac Bao MD,. PhD,.

Ho Chi Minh City Medicine and Pharmacy University-
Gia Dinh People's Hospital | Phoi Viet Respiratory Center.

Obstructive Sleep Apnea (OSA) badly impacts cardiac function and might relate to occurrence and progression of heart failure. Positive Airway Pressure treatment helps to improve sleep related breathing, left heart function, sympathetic activity in patients with OSA and heart failure. Although a recent large randomized controlled shows no significant benefit on avoiding cardiovascular events such as myocardial infarction, stroke, hospitalizations due to unstable angina between positive pressure treated and controlled groups, the treatment duration less than 3 hours per night, participants with less daytime sleepiness, and under-powered sample size to measure secondary cardiovascular events are three main reasons for the study negative results. ACC/AHA recognizes the benefits of and recommends the use of positive pressure treatment for OSA in patients with heart failure. Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) or Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP) are preferred options. Adaptive Servo Ventilation (ASV) might be considered for OSA associated with Central Sleep Apnea (CSA) unresponsive to usual CPAP or BiPAP. Until now, ASV is contraindicated in patients with heart failure and $EF < 45\%$ because there are evidence for mortality increase with this mode. Manual Pressure Calibration at Sleep lab allows to select positive pressure mode the most appropriate for OSA in patients with heart failure.



THỞ MÁY ÁP LỰC DƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH OSA ĐỒNG MẮC SUY TIM

TS.BS. Lê Khắc Bảo

Đại học Y Dược TPHCM - Bệnh viện Nhân Dân Gia Định –

Phòng khám Phổi Việt.

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) có nhiều tác hại trên chức năng tim và có thể liên quan đến xuất hiện và tiến triển của suy tim. Thở áp lực dương giúp cải thiện rối loạn thở liên quan giấc ngủ, chức năng thất trái, và hoạt tính thần kinh giao cảm trên người bệnh OSA đồng mắc suy tim. Mặc dù một thử nghiệm ngẫu nhiên mới đây chỉ ra không có sự khác biệt về khả năng tránh được các biến cố tim mạch như là nhồi máu cơ tim, đột quy, nhập viện do đau thắt ngực không ổn định giữa nhóm điều trị áp lực dương và nhóm chứng, thời gian điều trị áp lực dương mỗi đêm < 3 giờ, người bệnh trong nghiên cứu có ít buồn ngủ ngày, và cỡ mẫu không đủ để đánh giá biến cố tim mạch phụ là ba lý do chính giải thích kết quả âm tính của thử nghiệm này. ACC/AHA công nhận lợi ích của điều trị áp lực dương và khuyến cáo sử dụng cho OSA trong suy tim. Thở áp lực dương liên tục (CPAP) hay hai mức độ (BiPAP) là chọn lựa ưu tiên. Thở áp lực dương thích nghi Servo (ASV) có thể được xem xét trong trường hợp OSA có kèm ngưng thở trung ương (CSA) không đáp ứng với CPAP hay BiPAP thông thường. Cho đến nay ASV có chống chỉ định trên suy tim EF < 45% vì có chứng cứ cho thấy tăng tỷ lệ tử vong. Định chuẩn áp lực bằng tay tại phòng thí nghiệm giấc ngủ cho phép chọn được chế độ điều trị áp lực dương phù hợp nhất cho OSA trên người bệnh suy tim.

MANAGING PAEDIATRIC PNEUMONIA IN VIETNAM

Ben J Marais^{1,2}

¹Sydney Infectious Diseases Institute (Sydney ID) and the Children's Hospital at Westmead
Clinical School, The University of Sydney, Australia

²WHO Collaborating Centre in Tuberculosis, The University of Sydney, Australia

Background and Aims: Globally, pneumonia remains the nr.1 killer of young children (aged <5 years); outside the neonatal period. In Vietnam, lower respiratory tract infections represent the most common reason for hospitalisation in children across all levels of health care. While pneumonia can cause severe disease it is also the most common reason for unnecessary hospitalisation and antibiotic use, with excessive antibiotic use driving antimicrobial resistance



(AMR). The talk will critically reflect on the management challenges of childhood pneumonia in Vietnam and ways of encouraging more rational antibiotic use.

Methods: Brief overview of the burden of childhood pneumonia in the Western Pacific region and a collection of studies performed in Vietnam to evaluate childhood pneumonia management practices. Tuberculosis (TB) as a potentially underdiagnosed cause of childhood pneumonia will be considered with referral to the latest 2022 WHO guidelines on child and adolescent TB.

Results: Respiratory tract infection was confirmed as a major driver of paediatric hospitalisation and antibiotic use in Vietnam. However, in many children with non-severe disease hospitalisation may be inappropriate and antibiotic use unnecessary. A safe and effective way to reduce irrational antibiotic use in children may be to focus on the identification of children with ‘unlikely pneumonia’ in whom antibiotic treatment can be safely withheld. Children with TB disease may present like pneumonia cases and these children are frequently missed in the absence of strong awareness and easy access to diagnostic work-up.

Conclusions: Rational antibiotic use is important to ensure benefit for individual patients, as well as the community. Effective antibiotic stewardship requires better access to microbiological testing and surveillance to guide treatment choices. Increased vigilance is required to improve children access to TB diagnosis and treatment.

ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM TẠI VIỆT NAM

Ben J Marais^{1,2}

Viện Bệnh truyền nhiễm Sydney, Bệnh viện Nhi WestMead, Sydney, Úc
Trung tâm hợp tác của WHO về bệnh lao, Đại học Sydney, Úc

Tổng quan và mục tiêu: Trên thế giới, viêm phổi vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ nhỏ ngoài thời kỳ sơ sinh (trẻ nhỏ < 5 tuổi). Ở Việt Nam, nhiễm trùng đường hô hấp dưới là lý do phổ biến nhất khiến trẻ em phải nhập viện ở mọi tuyến chăm sóc sức khỏe. Trong khi viêm phổi có thể gây ra bệnh nặng và nó cũng là lý do phổ biến nhất cho việc không cần thiết phải nhập viện và dùng kháng sinh không cần thiết, với việc sử dụng kháng sinh quá mức dẫn đến kháng kháng sinh (AMR). Bài viết này sẽ phản ánh các thách thức trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Việt Nam và những cách thức sử dụng kháng sinh hợp lý hơn.

Phương pháp: Tổng quan về gánh nặng viêm phổi trẻ em ở khu vực Tây Thái Bình Dương và tập hợp các nghiên cứu thực hiện ở Việt Nam để đánh giá thực hành điều trị viêm



phổi ở trẻ em. Bệnh lao có thể là căn nguyên tiềm tàng chưa được chẩn đoán gây viêm phổi ở trẻ em sẽ được xem xét ở hướng dẫn mới nhất 2022 của WHO về lao ở trẻ em và thiếu niên.

Kết quả: Nhiễm trùng đường hô hấp được xác định như một nguyên nhân chính khiến trẻ nhập viện và dùng kháng sinh tại Việt Nam. Tuy nhiên, trong số nhiều trẻ em nhập viện với bệnh không nặng có thể được sử dụng kháng sinh không thích hợp và không cần thiết. Một cách an toàn và hiệu quả để giảm sử dụng kháng sinh không hợp lý ở trẻ em có thể tập trung vào xác định trẻ không có khả năng viêm phổi mà việc điều trị kháng sinh có thể giữ lại một cách an toàn. Trẻ em mắc bệnh lao có thể biểu hiện giống trường hợp viêm phổi và những trẻ này thường bị bỏ sót khi không có nhận định rõ ràng và dễ dàng tiếp cận với công việc chẩn đoán.

Kết luận: Sử dụng kháng sinh hợp lý là quan trọng để đảm bảo lợi ích cho từng bệnh nhân cũng như cộng đồng. Quản lý kháng sinh hiệu quả cần tiếp cận tốt hơn với xét nghiệm vi sinh và giám sát để hướng dẫn lựa chọn điều trị. Cần nâng cao cảnh giác để cải thiện khả năng chẩn đoán và điều trị bệnh lao ở trẻ em

HIỆU QUẢ, CHI PHÍ CỦA LIỆU PHÁP BỘ BA TRONG GIẢM ĐỘT CẤP COPD

Nguyễn Thanh Hồi

Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh mạn tính, thường gặp. Ước tính, thế giới có khoảng 384 triệu người mắc COPD. Bên cạnh đó, chừng khoảng 50% số các bệnh nhân COPD đang không được chẩn đoán và điều trị đầy đủ. COPD là nguyên nhân tử vong hàng thứ 3 và là nguyên nhân thứ 2 gây nhập viện cấp cứu.

COPD là bệnh có thể điều trị và dự phòng được. Hầu hết các bệnh nhân COPD đều nhập viện vì đợt cấp. Khoảng 77% các bệnh nhân có ghi nhận đợt cấp trong 3 năm đầu tiên. Các nghiên cứu đều chỉ ra: đợt cấp là nguyên nhân hàng đầu gây mất sức khỏe, giảm chất lượng cuộc sống, giảm chức năng hô hấp và tử vong. Việc chẩn đoán và điều trị hướng tới giảm tần xuất đợt cấp COPD do đó luôn được hướng tới.

Theo GOLD 2022, các bệnh nhân COPD được lựa chọn thuốc ban đầu căn cứ xếp 4 nhóm A, B, C, D. Trường hợp bệnh nhân nhóm D nhiều triệu chứng được ưu tiên điều trị LABA/LAMA; trường hợp bệnh nhân nhóm D có bạch cầu ái toan > 300/ml: được ưu tiên lựa chọn ICS/LABA. Các điều trị tiếp sau dựa theo đáp ứng của bệnh nhân với thuốc, đặc biệt triệu chứng khó thở và đợt cấp. Các dữ liệu nghiên cứu cho thấy: điều trị bộ 3 giúp cải thiện chức năng hô hấp tốt hơn, cải thiện điểm chất lượng cuộc sống, giảm tần xuất đợt cấp tốt hơn so với đơn trị liệu, hoặc điều



trị bộ đôi. Việc trì hoãn điều trị bộ 3 làm gia tăng tần xuất đợt cấp COPD. Việc giảm tần xuất đợt cấp COPD giúp tiết kiệm các chi phí điều trị COPD cả trực tiếp và gián tiếp.

UPDATE OF GUIDELINES FOR SEVERE ASTHMA

Le Thi Tuyet Lan

Ho Chi Minh City Medicine and Pharmacy University

As stated in GINA 2022, severe asthma is the asthma that is not controlled with maximal dose of ICS-LABA and all contributing factors have been considered or asthma is worsened of reduce the dose.

The problem is that among 24% asthmatic patients are treating with high dose of medication, there are only 17% of patients are difficult to treat asthma

In this group if adhered to treatment, good technics in using inhalers then there is only 3,7% is severe asthma.

So before diagnose one asthmatic patient is severe one, doctors have to answer 5 questions:

- Do patient use inhalers with good technics?
- Do patient use the doses of drug as prescribed ?
- Do patient use avoid triggers ?
- Concomitant diseases are well treated ?
- Does patient have asthma ?

In reality there are many patients with wheezing do not have asthma ?

To manage sever asthma doctors have to differentiate phenotypes and endotypes in using biomarkers.

Treatment of severe asthma are divided into two types:

Th2 and nonTh2

There are many medications in Th2 severe asthma: anti IgE, IL5, IL4- R alpha, IL13 and Tezepelumab

For non Th2 severe asthma we can use LAMA, Azithromycin, low dose OCS, thermoplasty

Medications for severe asthma are developing extensively./.



CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ HEN NẶNG

Lê Thị Tuyết Lan

Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Theo GINA 2022, Hen nặng là hen không được kiểm soát dù đã tuân thủ với liều cao tối đa của ICS-LABA và đã xử trí các yếu tố góp phần hoặc hen sẽ xấu đi nếu giảm liều.

Nhưng điều cần lưu ý là trong 24% BN hen đang điều trị mạnh thì chỉ có 17% là hen khó trị.

Trong nhóm này nếu tuân thủ điều trị, kỹ thuật hít tốt thì thật sự chỉ có 3,7% là hen nặng.

Vì vậy, trước khi chẩn đoán một BN hen nặng, BS cần trả lời 5 câu hỏi sau:

- BN dùng thuốc đúng kỹ thuật không ?
- BN có dùng đủ liều thuốc đã kê toa không ?
- BN đã tránh các yếu tố kích phát cơn hen không ?
- Các bệnh lý đi kèm đã được xử lý tốt chưa ?
- Có thật là BN bị hen không ?

Trên thực tế có rất nhiều BN bị khô khè do những nguyên nhân ngoài hen.

Để xử trí hen nặng BS cần phân biệt kiểu hình cũng như kiểu cơ chế nội sinh của hen, nhờ các dấu ấn sinh học.

Các kiểu điều trị hen nặng được phân làm hai nhóm chính: kiểu Th2 và non - Th2.

Kiểu Th2 đã có nhiều thuốc chống lại IgE, IL5, IL4- R alpha, IL13 và Tezepelumab

Kiểu non-Th2 thì có thể dùng LAMA, Azithromycin, OCS liều thấp, chỉnh hình phế quản bằng nhiệt

Các thuốc điều trị hen nặng đang được phát triển mạnh mẽ./.

CIRCULATORY CONSEQUENCES OF NONINVASIVE VENTILATION.

Bouchra LAMIA ^{1,2,3}

¹Pulmonary Department, Le Havre Hospital, 76600 Le Havre France

²Normandie Univ, UNIROUEN, EU3830-GRHVN, Institute for Research and Innovation in Biomedicine (IRIB), 76000 Rouen, France.

³Pulmonary Department, Rouen University Hospital, 76600 Rouen France

The heart and lungs are intimately coupled by their anatomical proximity within the thorax.

Both spontaneous and positive-pressure ventilation increase lung volume above an end-expiratory baseline. Hemodynamic effects of all forms of ventilation are similar despite differences in the mode of ventilation. The primary reasons for different hemodynamic responses seen during spontaneous and positive-pressure breathing are related to the changes



in intra thoracic pressure (ITP). Changes in ITP will affect the pressure gradients for both systemic venous return to the right ventricle (RV) and systemic outflow from the left ventricle (LV). Increases in ITP, induced by non invasive ventilation, by increasing right atrial pressure (Pra) and decreasing transmural LV systolic pressure, will reduce the pressure gradients for venous return and LV ejection, decreasing intrathoracic blood volume. Increases in ITP will reduce venous return and thus cardiac output.

LV afterload is defined as the maximal LV systolic-wall tension, which equals the maximal product of LV volume and transmural LV pressure. Increases in ITP decrease LV afterload.

Ventilation can alter pulmonary vascular resistance by either altering pulmonary vasomotor tone, via a process known as hypoxic pulmonary vasoconstriction, or mechanically altering vessel cross-sectional area, by changing transpulmonary pressure.

HẬU QUẢ TUẦN HOÀN CỦA THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP

Bouchra LAMIA^{1,2,3}

¹Pulmonary Department, Le Havre Hospital, 76600 Le Havre France

²Normandie Univ, UNIROUEN, EU3830-GRHVN, Institute for Research and Innovation in Biomedicine (IRIB), 76000 Rouen, France.

³Pulmonary Department, Rouen University Hospital, 76600 Rouen France

Tim và phổi gắn bó mật thiết với nhau bởi sự gần nhau về mặt giải phẫu của chúng trong lồng ngực.

Cả thông khí áp lực dương và thông khí tự phát đều làm tăng thể tích phổi trên mức cơ bản cuối kỳ thở ra. Tác động huyết động của tất cả các hình thức thông khí là tương tự nhau mặc dù có sự khác biệt về phương thức thông khí. Những lý do chính dẫn đến các đáp ứng huyết động khác nhau được thấy trong quá trình thông khí tự phát và thông khí áp lực dương có liên quan đến sự thay đổi áp lực trong lồng ngực (ITP). Những thay đổi trong ITP sẽ ảnh hưởng đến gradient áp lực cho cả dòng chảy của hệ thống tĩnh mạch trở về tâm thất phải (RV) và dòng chảy ra từ tâm thất trái (LV). Sự gia tăng ITP, gây ra bởi thông khí không xâm nhập, bằng cách tăng áp lực tâm nhĩ phải (Pra) và giảm áp lực tâm thu thất trái xuyên màng, sẽ làm giảm gradient áp lực cho sự hồi lưu của tĩnh mạch và sự tổng máu của thất trái, làm giảm thể tích máu trong lồng ngực. Sự gia tăng ITP sẽ làm giảm sự trở về của máu tĩnh mạch và do đó giảm cung lượng tim.

Hậu tải LV được định nghĩa là sức căng thành tâm thu LV tối đa, bằng tích số tối đa của thể tích LV và áp lực LV xuyên màng. Tăng ITP làm giảm hậu tải LV. Thông khí có thể làm thay đổi sức cản mạch máu phổi bằng cách thay đổi trương lực vận mạch phổi, thông qua một quá



trình được gọi là co mạch phổi do thiếu oxy, hoặc thay đổi cơ học diện tích mặt cắt ngang của mạch, bằng cách thay đổi áp lực xuyên phổi.

CTD-ILD: DIAGNOSTIC APPROACH

Elisabetta Renzoni

Affiliation Details- department, institution / hospital, city, state (if relevant), country

ILD UNIT, Royal Brompton Hospital, London, UK

Interstitial lung disease (ILD) is a frequent pulmonary complication of connective tissue diseases (CTDs), including systemic sclerosis (SSc), myositis spectrum disorders (MSD) and rheumatoid arthritis (RA), and is a major cause of morbidity and mortality. In CTD-ILD, a marked variability in morphological patterns, time course and severity exists. In many patients, CTD-ILD is limited and inherently stable, although a significant proportion of patients have progressive disease. In addition, CTD-ILD, particularly myositis spectrum disorders can present in acute/subacute fashion, with life threatening presentation, with subtle or no obvious extrapulmonary involvement. The lecture will also touch on key prognostic aspects of interstitial pneumonitis with autoimmune features.

LUNG CANCER SCREENING: WHO? WHEN? HOW?

Hashimoto Masao

Center hospital of National Center for Global health and Medicine, Japan

In Vietnam, lung cancer is a cancer with the highest mortality among other malignancies, due to its poor prognosis, and at the same time its high incidence, and is often detected when it has progressed to late stage of cancer. This problem of lung cancer is also the same in Japan and other countries in the world. Therefore, the method of screening and detecting lung cancer early to improve the situation is being studied and discussed in the world, including criteria for selecting subjects to receive screening, testing methods, evaluate screening effectiveness, and be updated for more meaningful screening performance. In addition, lung cancer is also known that differences in race or lifestyle could affect cancer characteristics such as the incidence of driver mutations, and this also make situation more complicated.

On this occasion, I present the content of the Japanese guideline updated in 2022, and present the recent evidence from around the world that has influenced the revision of the guideline, with additional points of note about screening lung cancer from the view point of clinical doctor of lung cancer.



SÀNG LỌC UNG THƯ PHỔI: ĐỐI TƯỢNG NÀO? KHI NÀO? NHƯ THẾ NÀO?

Hashimoto Masao

Bệnh viện Trung tâm quốc gia y tế và sức khỏe toàn cầu, Nhật Bản

Ở Việt Nam, ung thư phổi là một loại ung thư có bệnh nhân tử vong nhiều nhất trong những bệnh ác tính khác, do tiên lượng xấu, và đồng thời tần suất mắc bệnh cao, và nhiều khi được phát hiện khi tiến triển đến giai đoạn muộn. Vấn đề của ung thư phổi này cũng giống nhau ở Nhật Bản và những nước khác trong thế giới. Vì vậy, từ trước đây, phương án tầm soát và phát hiện ung thư phổi sớm để cải thiện tình trạng đang được nghiên cứu và thảo luận trên thế giới, bao gồm tiêu chuẩn chọn đối tượng nhận tầm soát, phương pháp xét nghiệm, đánh giá hiệu quả tầm soát, và được cập nhật dần dần để tổ chức tầm soát có ý nghĩa hơn. Ngoài ra, ung thư phổi cũng được biết là một ung thư sự khác biệt về chủng tộc hoặc là khác biệt về thói quen sinh hoạt có thể ảnh hưởng tính cách ung thư như tỷ lệ có driver mutation chẳng hạn, và điều này cũng làm tình trạng phức tạp hơn.

Nhân dịp này, tôi giới thiệu nội dung của guideline của Nhật Bản được cập nhật trong năm 2022, và giới thiệu các bằng chứng gần đây trên thế giới đã có ảnh hưởng đổi sửa guideline, với cả thêm những điểm cần lưu ý, từ quan điểm bác sĩ lâm sàng khám chữa ung thư phổi.

COMMON ERRORS IN CPAP TREATMENT FAILURE IN PATIENTS WITH SLEEP APNEA

Phan Thanh Thuy

Respiratory Center- Bach Mai Hospital

Continuous positive airway pressure therapy, or CPAP, is one of the most successful and widely used approaches of treating sleep apnea, particularly obstructive sleep apnea syndrome. However, failure rates for CPAP therapy are relatively high: 8–15% of patients stop using it after their first night, and at least 50% stop using it within a year of treatment. A risk factor for subsequent CPAP treatment failure is prior CPAP treatment failure. Common errors in CPAP treatment failure: breathing mask is not suitable for the patient (selection of full face mask, nasal mask or pillow, size of mask), air leakage (intentional leak and non-air leak), inadequate ventilator pressure titration, inappropriate ventilation pattern indication (CPAP, BiPAP or ASV), inadequate patient education (what is sleep apnea? Complications if untreated? What is



CPAP therapy?), there is no plan for monitoring patients (residual AHI, mean pressure, air leak, adherence to treatment, cleaning of machines...).

CÁC LỖI THƯỜNG GẶP TRONG THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ THÔNG KHÍ ÁP LỰC DƯƠNG (CPAP) CHO NGƯỜI BỆNH NGỪNG THỞ KHI NGỦ

Phan Thanh Thủy

Trung tâm Hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai

Liệu pháp CPAP (thông khí áp lực dương liên tục) là một trong những biện pháp hiệu quả và được sử dụng phổ biến nhất trong điều trị bệnh lý ngừng thở khi ngủ, đặc biệt là hội chứng ngừng thở khi ngủ tắc nghẽn. Tuy nhiên, thất bại trong điều trị CPAP chiếm tỷ lệ khá cao: 8-15% từ chối CPAP ngay sau đêm đầu tiên và ít nhất 50% không tiếp tục sử dụng sau 1 năm kể từ khi khởi trị. Thất bại trước đó trong điều trị CPAP là yếu tố nguy cơ thất bại điều trị CPAP tiếp theo. Các lỗi thường gặp trong thất bại điều trị CPAP: mask thở chưa phù hợp với người bệnh (lựa chọn mask mũi- miệng, mask mũi hay gối mũi, kích thước mask thở), rò khí (rò khí chủ đích và rò khí không chủ đích), chuẩn độ áp lực máy thở chưa phù hợp, chỉ định phương thức thông khí chưa phù hợp (CPAP, BiPAP hay ASV), chưa giáo dục điều trị cho bệnh nhân (bệnh lý ngừng thở khi ngủ là gì? Biến chứng nếu không được điều trị? Liệu pháp CPAP là gì?); chưa có kế hoạch theo dõi định kỳ cho bệnh nhân (AHI tồn dư, áp lực trung bình, rò khí, tuân thủ điều trị, vệ sinh máy móc...).

VIÊM PHỔI KẼ TIẾN TRIỂN NHANH TRONG VIÊM DA CƠ/VIÊM ĐA CƠ

BS. Vũ Thị Thu Trang

Bộ môn Nội – Đại học Y Hà Nội

Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai

Thư ký HĐ chuyên môn Bệnh phổi kẽ - Bệnh viện Bạch Mai

Viêm da cơ/viêm đa cơ là nhóm bệnh nằm trong các bệnh mô liên kết, thường được đặc trưng bởi tình trạng viêm cơ có hoặc không kèm theo tổn thương da và tổn thương các cơ quan khác, trong đó có tổn thương phổi, mà quan trọng nhất là bệnh lý phổi kẽ. Tỷ lệ mắc bệnh phổi kẽ thay đổi trong khoảng từ 20 – 80% bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ, trong đó có một tỷ lệ không nhỏ (37,5%) bệnh nhân có bệnh phổi kẽ khởi phát trước tình trạng viêm cơ. Tiến triển tự nhiên cũng như mức độ nặng của bệnh phổi kẽ trong nhóm bệnh lý viêm cơ tự miễn nói chung và bệnh lý viêm da cơ nói riêng, thay đổi phụ thuộc vào từng thể lâm sàng, cận lâm sàng



nhất định, tương ứng với chiến lược điều trị khác nhau. Trong các trường hợp viêm phổi kẽ - viêm da cơ, nhóm các bệnh nhân có kháng thể kháng MDA5 thường đi kèm với tổn thương loét da, ít hoặc không có biểu hiện bệnh cơ, nhưng có tổn thương phổi diễn tiến nhanh với biểu hiện bệnh phổi kẽ cấp/ bán cấp nặng, kháng lại với glucocorticoid, và có tiên lượng tồi. Trong bài báo cáo này, chúng tôi sẽ trình bày các kiến thức cập nhật về thể bệnh này với các ca lâm sàng thực tế chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Bạch Mai để minh họa.

CT-GUIDED TECHNIQUE OF HOOK-WIRE LOCALIZATION FOR VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPY SURGERY

Tran Van Luong

Radiology Center - Bach Mai Hospital

Nowadays, routine examination as well as the application of low-dose computed tomography (LDCT) for high-risk subjects of lung cancer has made increasing the detection of small lung lesions, along with that, the diagnosis, following, and treatment of these lesions have many challenges. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) can currently be used to diagnose and treat pulmonary nodules. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) is a minimally invasive procedure, with faster postoperative recovery, and fewer complications. However, the intraoperative location of pulmonary nodules in VATS is challenging, VATS usually cannot accurately localize ground-glass, deep location in the pulmonary parenchyma, resulting in thoracotomy or extended excision. To overcome the disadvantages of VATS, the localization of lung nodules with a wire needle (Hookwire) is considered the most optimal solution to remove the lesion by minimally removing the lung parenchyma, it is a safe, effective, low-cost, and low-complicated technique to locate lung tumors.

KỸ THUẬT ĐỊNH VỊ KIM DÂY (HOOK-WIRE) DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRƯỚC PHẪU THUẬT NỘI SOI LÒNG NGỰC CÓ HỖ TRỢ VIDEO

Trần Văn Lượng

Trung tâm Điện quang - Bệnh viện Bạch Mai

Ngày nay, việc khám sức khỏe định kỳ cũng như áp dụng phương pháp chẩn đoán hình ảnh bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT – low-dose computed tomography) cho những đối tượng có nguy cơ cao mắc ung thư phổi đã làm tăng tỷ lệ phát hiện các nốt tổn thương kích thước nhỏ ở phổi, đi kèm theo đó, việc chẩn đoán xác định, theo dõi tiến triển và chiến lược



điều trị đối với các tổn thương này cũng đặt ra nhiều thách thức. Phẫu thuật nội soi lồng ngực có sự hỗ trợ của Video (VATS – Video-Assisted Thoracoscopy Sugery) hiện nay được áp dụng rộng rãi giúp vừa chẩn đoán và vừa điều trị các nốt ở phổi, là phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu, hồi phục nhanh và ít biến chứng. Tuy nhiên, VATS không thể khu trú một cách chính xác các tổn thương nhỏ ở phổi, đặc biệt các nốt tổn thương dạng kính mờ, nốt nhỏ nằm sâu trong nhu mô phổi, vì vậy, trong phẫu thuật thường phải cắt rộng hoặc cắt bỏ cả thùy phổi. Để khắc phục nhược điểm của VATS, thì việc định vị nốt tổn thương khu trú ở phổi bằng kim dây (Hookwire) được xem là giải pháp tối ưu nhất giúp loại bỏ tổn thương bằng phẫu thuật cắt bỏ tối thiểu nhu mô phổi, nó được xem là phương pháp an toàn, hiệu quả, chi phí thấp và ít biến chứng trong định vị u phổi.

ASSOCIATION OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA SYNDROME (OSAS) AND SEVERE ASTHMA. DATA FROM FASE – CPHG STUDY

Dr Laurent PORTEL

Centre Hospitalier Robert Boulin, Libourne, France

Background: Obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS) and severe asthma are frequently associated. This presentation focuses on the relationship between severe asthma phenotypes and OSAS.

Methods: FASE-CPHG was an observational, cross-sectional, prospective, multicentric study conducted in 104 non-academic hospitals from May-16 to July-17. 1465 patients with severe asthma were analysed. Clusters were compared for OSAS presence; independent factors associated with OSAS were identified by logistic regression.

Results: 11% of patients with severe asthma reported OSAS. OSAS incidence differed according to asthma phenotypes. 98% of OSAS patients belonged to the “obese asthma” cluster, and none to the “early onset allergic asthma” cluster. Independent factors associated with OSAS were obesity (OR=5.782 [3.927-8.512]), male gender (OR=3.047 [2.059-4.510]), high blood pressure (OR=2.875 [1.978-4.181]), depression (OR=2.552 [1.607-4.050]), late-onset asthma (OR=1.789 [1.167-2.743]) and atopy (OR=0.622 [0.408-0.948]). Moreover, OSAS patients were more frequently treated with long-term oral corticosteroids (30% vs 15%, $p<0.0001$), that may contribute to the high prevalence of obesity in this group of patients. They were more frequently uncontrolled (78% vs 69%, $p=0.03$) and they engaged in low level physical activity (vs 80% vs 68% $p\leq 0.001$).

Conclusion: Our study gives an innovative insight into OSAS associated with severe asthma. Most of patients with OSAS belonged to the cluster “obese asthma” and none to the



cluster “early onset allergic asthma”. In addition to male gender, arterial hypertension and depression, obese asthma, late onset asthma and non-atopic status were identified as specific risk factors. Oral corticosteroids seems to play a deleterious role. Phenotyping asthma can help physicians target severe asthmatic patients with OSAS and may avoid unnecessary examinations.

LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ TẮC NGHẼN (OSAS) VÀ HEN NẶNG. DỮ LIỆU TỪ NGHIÊN CỨU FASE – CPHG

Laurent PORTEL

Bệnh viện Robert Boulin, Libourne, Pháp

Đặt vấn đề: Hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn (OSAS) và hen nặng thường liên quan. Bài thuyết trình này tập trung vào mối quan hệ giữa các kiểu hình hen suyễn nặng và OSAS.

Phương pháp: FASE-CPHG là một nghiên cứu quan sát, cắt ngang, tiến cứu, đa trung tâm được thực hiện tại 104 bệnh viện từ ngày 16/5 đến 17/6. 1465 bệnh nhân bị hen nặng đã được phân tích. Các phân nhóm được so sánh về sự hiện diện của OSAS; các yếu tố độc lập liên quan đến OSAS đã được xác định bằng hồi quy logistic.

Kết quả: 11% bệnh nhân hen nặng có kèm theo OSAS. Tỷ lệ mắc OSAS khác nhau tùy theo kiểu hình hen. 98% bệnh nhân OSAS thuộc về kiểu hình "hen béo phì", và không có bệnh nhân thuộc kiểu hình "hen dị ứng khởi phát sớm". Các yếu tố độc lập liên quan đến OSAS là béo phì (OR=5.782 [3.927-8.512]), giới tính nam (OR=3.047 [2.059-4.510]), huyết áp cao (OR=2.875 [1.978-4.181]), trầm cảm (OR=2.552 [1.607-4.050]), hen khởi phát muộn (OR=1.789 [1.167-2.743]) và dị ứng (OR=0.622 [0.408-0.948]). Hơn nữa, bệnh nhân hen có OSAS thường được điều trị bằng corticosteroid đường uống lâu dài (30% so với 15%, $p < 0,0001$), có thể góp phần vào tỷ lệ béo phì cao ở nhóm bệnh nhân này. Bệnh hen thường không được kiểm soát (78% so với 69%, $p = 0,03$) và điều này tham gia vào việc làm giảm thấp các hoạt động thể chất (80% so với 68% $p \leq 0,001$).

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp một cái nhìn sâu sắc về mối liên quan OSAS và hen nặng. Hầu hết các bệnh nhân bị OSAS thuộc kiểu hình "hen béo phì" và không có bệnh nhân nào thuộc kiểu hình "hen dị ứng khởi phát sớm". Ngoài giới tính nam, tăng huyết áp và trầm cảm, hen béo phì, hen khởi phát muộn và tình trạng không dị ứng được xác định là các yếu tố nguy cơ cụ thể. Corticosteroid đường uống dường như đóng một vai trò có hại. Kiểu hình hen có thể giúp các bác sĩ nhắm mục tiêu bệnh nhân hen nặng bị OSAS và có thể tránh được các xét nghiệm không cần thiết.



ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X QUANG VÀ CẮT LỚP VI TÍNH TỔN THƯƠNG PHỔI DO NẤM

Đoàn Tiến Lưu

Bộ môn CĐHA – Đại học Y Hà Nội

Đặc điểm hình ảnh x quang và cắt lớp vi tính của tổn thương phổi do nấm rất đa dạng, tùy thuộc vào cơ chế gây bệnh và phụ thuộc vào loại nấm gây bệnh.

Nấm aspergillosis có thể gây bệnh theo 5 types: tổn thương khu trú dạng u nấm, viêm dị ứng phế quản phổi do nấm, nấm xâm nhập đường dẫn khí phổi, nấm xâm nhập mạch phổi. Mỗi cơ chế gây bệnh có đặc điểm hình ảnh riêng. U nấm thường có hình ảnh hang, trong có cầu nấm. Viêm dị ứng phế quản phổi có hình ảnh giãn phế quản, trong chứa cấu trúc tăng tỷ trọng, với hình ảnh ngón tay đi găng trên x quang. Nấm xâm nhập phế quản có hình ảnh viêm tiểu phế quản với hình ảnh nốt hình chồi cây, viêm phế quản phổi với các ổ đông đặc. Nấm xâm nhập mạch có tổn thương là các nốt mờ, vùng đông đặc với hình ảnh “halo sign”, hình hang với dấu hiệu liền khí do hoại tử. Tổn thương phổi mạn tính do nấm có thể có nhiều đặc điểm trên, nhưng diễn biến mạn tính, có nhiều tổn thương xơ đi kèm.

Các loại nấm đơn bào như histoplasma, cryptococcus neoformans, pneumocystis jiroveci... hay gặp tổn thương phổi kẽ dạng kính mờ, dày vách tiểu thùy, các nốt mờ, có thể gặp tổn thương đông đặc, tổn thương hang, kén khí phổi.

Phần lớn các hình ảnh tổn thương phổi do nấm trên x quang, cắt lớp vi tính không đặc hiệu cao nhưng có thể định hướng tới nguyên nhân nấm, có chỉ định xét nghiệm tìm nấm phổi.

MANAGEMENT OF TREATMENT FOR NON-SMALL CELL LUNG CANCER – ROLE OF THE SURGERY

Nguyen Huu Uoc

Viet Duc Hospital

Non-small cell lung cancer accounts for 85% of primary lung cancers – a type of lung cancer that can be treated with lobectomy ± lymph node dissection, if the tumor is not too large or has not distant metastasis (stage III.B, III.C, and IV). Disease in stage III.A (M.0 and T.1-2 + N.2 _ or M.0 and T.3 + N.1 _ or M.0 and T.4 + N.0-1), is considered the latest stage with a routine surgical indication. In Vietnam, there are still many patients with lung cancer detected at a rather late stage (II.B, III.A). Thoracic surgery has made rapid progress over the last 10 years. The indication and practice the surgery to lesion removal for the patient depends on many factors of both the patient and the medical facility. The development of techniques of lobectomy



– pulmonectomy with many kind of laparoscopic surgeries (VATS), of anesthesia - resuscitation, of multimodality treatment before and after surgery has gradually increased the number of cancer patients in stage III.A lungs are operated as well as the quality of life of patients after surgery, and are close to the treatment effectiveness of developed countries.

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III.A VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT

Nguyễn Hữu Ước

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm 85% các ung thư phổi nguyên phát – là loại ung thư phổi có thể điều trị bằng phẫu thuật cắt thùy phổi có u ± nạo vét hạch, nếu u không quá lớn hoặc chưa có di căn xa (giai đoạn III.B, III.C, IV). Bệnh ở giai đoạn III.A (M.0 và T.1-2 + N.2 _ hoặc M.0 và T.3 + N.1 _ hoặc M.0 và T.4 + N.0-1), được coi là giai đoạn muộn nhất còn có chỉ định ngoại khoa thường qui. Ở Việt nam, còn rất nhiều bệnh nhân mắc ung thư phổi được phát hiện ở giai đoạn khá muộn (II.B, III.A). Phẫu thuật lồng ngực có nhiều tiến bộ nhanh chóng trong hơn 10 năm gần đây. Việc chỉ định và thực hiện cắt bỏ thương tổn cho người bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố của cả bệnh nhân lẫn cơ sở y tế. Sự phát triển của những kỹ thuật cắt thùy phổi – cắt phổi bằng các dạng phẫu thuật nội soi (VATS), của gây mê – hồi sức, của điều trị đa mô thức trước và sau mổ đã dần tăng số lượng bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn III.A được phẫu thuật cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ, và tiếp cận gần đến hiệu quả điều trị của các nước phát triển.

LES CIGARETTES ÉLECTRONIQUES, VECTEURS D'INITIATION AU TABAC

Yves Martinet

Unité de Coordination de Tabacologie, CHRU de Nancy

La nicotine est une drogue très puissante qui induit rapidement une addiction puisque deux jeunes sur trois qui consomment une toute première cigarette « pour voir » deviendront fumeurs quotidiens au minimum temporairement, et puisque 10% des jeunes perdent leur autonomie vis-à-vis du tabac 2 jours après leur 1ère inhalation.

L'entrée en addiction à la nicotine est d'autant plus facile que l'enfant est jeune. Sa consommation dès l'âge de 9-10 ans se traduit par des performances cognitives plus faibles et par des altérations cérébrales visibles en IRM.

C'est cette fragilité des jeunes vis-à-vis de la nicotine qui, associée à leur grande sensibilité au marketing, explique qu'ils sont la cible préférentielle de l'industrie du tabac, qui inonde le



marché avec des cigarettes électroniques visant à les faire entrer dans l'addiction. Ces Cigarettes électroniques peuvent être jetables ou non, contiennent de la nicotine fortement dosée sous forme de sels, avec ajout d'arômes visant à masquer le caractère acre de la nicotine, à séduire et à développer le caractère ludique de leur consommation.

Une méta-analyse récente à partir de 21 études longitudinales (15 aux USA, 6 dans l'UE) concernant des jeunes âgés de 13 à 19 ans suivis (de 4 mois à 2,5 ans) entre 2013 et 2016 montre que le risque de débiter une consommation de tabac est multiplié par 4,6 (95%IC :3,00- 5,48) chez les jeunes ayant déjà consommé une cigarette électronique au moment de leur inclusion. Ce travail est une preuve complémentaire que la consommation des cigarettes électronique est une possible porte d'entrée sur celle de tabac fumé.

LE SEVRAGE DES CIGARETTES ÉLECTRONIQUES

Nathalie Wirth

Unité de Coordination de Tabacologie, CHRU de Nancy

Si, dans la population générale, l'usage des cigarettes électroniques est principalement motivée par un objectif d'arrêt du tabac, chez les jeunes l'initiation à ces produits, favorisée par le marketing, a pour objectif de les faire rentrer dans l'addiction.

On observe que ces produits sont souvent utilisés sur du moyen ou long terme et que cet usage pose question quant à leur pouvoir addictif, leur efficacité comme aide à l'arrêt du tabac et leurs potentiels risques pour la santé.

Si une majorité d'utilisateurs exprime leur intérêt à arrêter cet usage, certains éprouvent des difficultés à y parvenir.

En tant que professionnels de santé et au vu des données scientifiques actuelles et des nombreuses questions qui restent posées, il est de notre devoir d'informer les usagers du risque de dépendance et des potentiels risques pour la santé liés à l'usage des cigarettes électroniques sur le long terme.

D'autre part, il est nécessaire de leur proposer une aide spécifique et adaptée.

Afin d'être plus efficace, des études pour évaluer les caractéristiques de la dépendance des utilisateurs de cigarettes électroniques et de leur difficulté à arrêter leur consommation sont nécessaires afin de pouvoir établir pour leur prise en charge des recommandations de bonnes pratiques cliniques (Evidence Based Medecine).



IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IN INTERSTITIAL LUNG DISEASE: EFFICACY AND CAUTIONS

Bui Van Dan

Department of Allergy - Clinical Immunology, Hanoi Medical University
Department of Allergy, Immunology & Dermatology E. Hospital

Interstitial lung diseases (ILDs) is a group of lung diseases characterized by inflammation and fibrosis of the interstitial lung parenchyma. In clinical practice, the classification of ILDs plays an important role in the treatment decision for patients. Immunosuppressive therapy has the role of suppressing inflammatory cells, reducing inflammation and fibrosis in some phenotypes of ILDs with infiltration of T lymphocytes, alveolar macrophages, and leukocytes. neutral multiplier. However, immunosuppressive therapy for idiopathic pulmonary fibrosis may present more risks to patients than benefits. Possible risk factors include opportunistic infections, bone marrow suppression, hepatitis, urinary tract injury, drug-induced pneumonia. Therefore, it should be used with caution and patients must be closely monitored before and after treatment. This report will present the role and effectiveness of immunosuppressive therapies in the treatment of ILDs.

LIỆU PHÁP ỨC CHẾ MIỄN DỊCH TRONG BỆNH PHỔI MÔ KẼ: HIỆU QUẢ VÀ NHỮNG LƯU Ý

Bùi Văn Dân

Bộ môn Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Trường Đại học Y Hà Nội
Khoa Dị ứng Miễn dịch & Da liễu Bệnh viện E

Bệnh phổi mô kẽ là một nhóm bệnh của phổi đặc trưng bởi tình trạng viêm và xơ mô kẽ của phổi. Trong thực hành lâm sàng, phân loại các nhóm bệnh phổi mô kẽ đóng vai trò quan trọng trong quyết định điều trị cho người bệnh. Liệu pháp ức chế miễn dịch có vai trò ức chế tế bào viêm, giảm tình trạng viêm và xơ hoá trong một số kiểu hình bệnh phổi mô kẽ có sự thâm nhiễm của các tế bào lympho T, đại thực bào phế nang, bạch cầu đa nhân trung tính. Tuy nhiên, điều trị liệu pháp miễn dịch cho xơ phổi vô căn có thể mang lại nhiều nguy cơ cho người bệnh hơn là lợi ích. Các yếu tố nguy cơ có thể gặp như nhiễm trùng cơ hội, ức chế tuỷ xương, viêm gan, tổn thương đường tiết niệu, viêm phổi do thuốc. Do đó, cần cân nhắc kỹ liệu pháp miễn dịch lâm sàng cho đúng thể tổn thương, theo dõi người bệnh trước và sau điều trị. Bài báo cáo này sẽ trình bày vai trò và hiệu quả của các liệu pháp miễn dịch trong thực hành điều trị bệnh phổi mô kẽ.



RADIOLOGICAL APPROACHES IN DIAGNOSIS OF CYSTIC LUNG LESIONS

Nguyen Truong Giang

Centre for Diagnostic and Interventional Radiology, Thai Nguyen National Hospital

Lung cystic findings seen on high resolution computed tomography (HRCT) and cystic lung diseases are ranged broadly. Having a correct diagnosis of cystic lung diseases is challenging to all radiologists. Differential diagnosis of cystic lung lesions with other lung cavitating entities and analysing imaging characteristics of each pathology require intensively reviewing of clinical data, laboratory tests and HRCT images. This presentation is to provide radiological approaches in characterising and evaluating imaging findings on HRCT those are to narrow differential diagnosis and to give the appropriate clinical diagnoses.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CÁC TỔN THƯƠNG KÉN Ở PHỔI

Nguyễn Trường Giang

Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh và Điện quang Can thiệp -

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Tổn thương kén phổi thấy trên phim chụp cắt lớp vi tính và bệnh lý phổi có tổn thương kén có nguyên nhân và bệnh học khá đa dạng. Chẩn đoán đúng bệnh lý phổi có tổn thương kén là thử thách lớn đối với các bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh. Từ việc chẩn đoán có phải bệnh lý phổi có tổn thương kén đến việc phân tích các đặc điểm hình ảnh tổn thương để chẩn đoán bệnh chính đòi hỏi sự phối hợp giữa các dữ liệu về lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính phân giải cao. Báo cáo này đưa ra các bước phân tích và đánh giá hình ảnh tổn thương phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính. Qua đó có thể giúp thu hẹp chẩn đoán phân biệt cũng như định hướng chẩn đoán bệnh lý kén ở phổi.

XÉT NGHIỆM SINH HỌC PHÂN TỬ ỨNG DỤNG TRONG UNG THƯ PHỔI

Trần Khánh Chi

Trường Đại học Y Hà Nội

Ung thư phổi hiện vẫn là căn bệnh có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh lý ung thư. Với sự phát triển mạnh mẽ của y sinh học phân tử trong những năm gần đây, người ta ngày càng hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh sinh của ung thư phổi. Sự tương tác giữa các yếu tố cá thể với các yếu tố nguy cơ bên ngoài làm mất đi trạng thái cân bằng của hệ thống điều



hòa gen trong cơ thể, từ đó xuất hiện các biến đổi vật chất di truyền (đột biến gen, sắp xếp lại gen) làm cho các tế bào tăng sinh, biệt hóa, xâm nhập, tránh apoptosis, ... hình thành ung thư. Cho đến nay, nhiều đột biến gen hoặc sắp xếp lại gen đã được ghi nhận liên quan đến ung thư phổi, bao gồm EGFR, KRAS, BRAF, ALK, ROS-1, ... Việc xác định các dấu ấn sinh học này là cơ sở khoa học cho phương pháp điều trị đích. Trong bài trình này, chúng tôi sẽ phân tích các xét nghiệm sinh học phân tử ứng dụng phát hiện các bất thường gen trong ung thư phổi.

TỔNG QUAN CHIẾN LƯỢC VỚI VI KHUẨN KHÁNG THUỐC TRONG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

Tác giả: Nguyễn Văn Thành
Trường Đại học Y-Dược Cần Thơ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPCĐ) là tình trạng viêm nhu mô phổi xuất hiện bên ngoài bệnh viện. VPCĐ có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh khá cao trên toàn thế giới, đặc biệt là ở những bệnh nhân cao tuổi. Gánh nặng ngày càng tăng từ VPCĐ là do tình trạng kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh, sự gia tăng của dân số cao tuổi và các bệnh kèm theo. *Streptococcus pneumoniae* vẫn còn vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất gây ra VPCĐ nhưng đã gia tăng kháng thuốc. Sự tham gia của các vi khuẩn đa kháng thuốc và có khả năng gây bệnh đã làm tăng khó khăn và là thách thức trong việc điều trị VPCĐ. Mặc dù các biện pháp phòng ngừa, kỹ thuật chẩn đoán và chiến lược điều trị không ngừng phát triển và cải tiến, nhưng tính nhạy cảm của vi khuẩn gây bệnh và đa kháng thuốc, chẳng hạn như *Staphylococcus aureus* kháng Methicillin (MRSA), *Klebsiella pneumoniae*, và *Pseudomonas aeruginosa*, không cải thiện đáng kể trong những thập kỷ gần đây. Điều này nêu bật tầm quan trọng và sự cần thiết của việc thực hành kháng sinh hợp lý, phát triển kháng sinh mới để điều trị VPCĐ. Điều này cũng giúp làm việc giảm lạm dụng thuốc kháng sinh, giảm độc tính và các phản ứng có hại của thuốc và cung cấp phương pháp điều trị kháng sinh hiệu quả. Trên cơ sở tổng quan tài liệu, bài trình bày này đề cập tới tình hình kháng thuốc trong VPCĐ và chiến lược tiếp cận thực hành với vi khuẩn kháng thuốc trong viêm phổi cộng đồng.

OVERVIEW OF STRATEGY FOR ANTIBIOTIC RESISTANT BACTERIA IN COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Nguyen Van Thanh
Can Tho University of Medicine - Pharmacy

Community-acquired pneumonia (CAP) is an inflammation of the lung parenchyma that occurs outside the hospital. CAP has a relatively high mortality and morbidity rate worldwide,



especially in elderly patients. The increasing burden from CAP is due to antibiotic resistance of pathogenic bacteria, an increase in the elderly population, and comorbidities. *Streptococcus pneumoniae* is still the most common pathogen causing CAP but has increased drug resistance. The involvement of multidrug-resistant and potentially pathogenic bacteria has increased the difficulty and challenge in the treatment of CAP. Although preventive measures, diagnostic techniques, and treatment strategies are constantly evolving and improving, the susceptibility of pathogenic and multidrug-resistant bacteria, such as Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Klebsiella pneumoniae*, and *Pseudomonas aeruginosa*, have not improved significantly in recent decades. This highlights the importance and necessity of rational antibiotic practice and the development of new antibiotics for the treatment of CAP. This also helps to reduce overuse of antibiotics, reduce toxicity and adverse drug reactions, and provide effective antibiotic treatments. Based on a literature review, this presentation addresses the situation of drug resistance in CAP and a practical approach to drug-resistant bacteria in community-acquired pneumonia.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NẤM ASPERGILLUS PHẾ QUẢN PHỔI DỊ ỨNG (ABPA)

Đặng Vũ Thông

Khoa Nội Phổi – Bệnh viện Chợ Rẫy

Aspergillus là loại nấm mốc có ở khắp nơi trong môi trường, đặc biệt là trong các chất hữu cơ, có thể gây nhiều loại bệnh ở người, từ phản ứng quá mẫn đến xâm lấn mạch trực tiếp. Bệnh nấm Aspergillus phế quản phổi dị ứng (ABPA) do phản ứng quá mẫn với các kháng nguyên thường là *A.fumigatus*, hầu như chỉ xảy ra ở bệnh nhân hen hoặc bệnh xơ nang.

Đáp ứng miễn dịch với kháng nguyên Aspergillus gây tắc nghẽn đường thở và nếu không điều trị, sẽ gây giãn phế quản và xơ phổi. Chẩn đoán sớm và nhanh chóng thực hiện các xử trí thích hợp rất quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng và/hoặc sự tiến triển của bệnh. Chẩn đoán được nghi ngờ dựa trên tiền sử, các xét nghiệm hình ảnh, và được xác nhận bằng xét nghiệm Aspergillus ở da và đo nồng độ IgE, lượng chất tua lưu hành và kháng thể đặc hiệu với *A. fumigatus*. Cần xem xét ABPA nếu bệnh nhân bị hen hoặc xơ nang có các đợt cấp thường xuyên không rõ nguyên nhân, có thâm nhiễm di chuyển hoặc không mất trên X-quang phổi, có bằng chứng giãn phế quản trên hình ảnh học, tăng bạch cầu ái toan trong máu dai dẳng hoặc cấy đàm thấy Aspergillus.

ABPA được điều trị bằng corticosteroid, và một thuốc chống nấm như itraconazole ở những trường hợp bệnh khó trị. Phương pháp tiếp cận chuyên nghiệp của các chuyên gia chăm



sức khỏe là cần thiết để giáo dục và cải thiện kết quả của bệnh nhân. Với liệu pháp miễn dịch nhắm đích đang phát triển, có thể có các lựa chọn điều trị mới trong tương lai gần.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ALLERGIC BRONCHOPULMONARY ASPERGILLOSIS (ABPA)

Dang Vu Thông

Respiratory Medicine Department – Cho Ray Hospital

Aspergillus species are molds that are present ubiquitously in the environment, especially in the organic matter. An infection by Aspergillus species can cause a broad spectrum of illnesses in humans and depends on the immune status of the host, ranging from hypersensitivity reactions to direct angioinvasion. Allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA) is a fungal infection of the lung secondary to a hypersensitivity reaction to antigens of Aspergillus species, generally *A.fumigatus*, that occurs almost exclusively in patients with asthma or, less commonly, cystic fibrosis.

Immune responses to Aspergillus antigens cause airway obstruction and, if untreated, bronchiectasis and pulmonary fibrosis. This disease process is uncommon; however, routine screening is necessary for asthmatic and cystic fibrosis patients. Early diagnosis and rapid implementation of proper management are critical to prevent complications and/or disease progression. Diagnosis is suspected based on history and imaging tests and confirmed by Aspergillus skin testing and measurement of IgE levels, circulating precipitins, and *A. fumigatus*-specific antibodies. Consider ABPA if a patient with asthma or cystic fibrosis develops frequent exacerbations for unclear reasons, has migratory or nonresolving infiltrates on chest x-ray, has evidence of bronchiectasis on imaging studies, has persistent blood eosinophilia, or if a sputum culture reveals Aspergillus. A focused history and physical examination along with appropriate imaging are critical to establish an early diagnosis and initiate early treatment to prevent the development of bronchiectasis or pulmonary fibrosis.

ABPA is treated with corticosteroids and, in patients with refractory disease, an antifungal agent such as itraconazole. The interprofessional approach of pulmonologists, infectious diseases, primary care physicians, pharmacists, and other healthcare professionals is essential to educate and improve patient outcomes. As targeted immunotherapy is evolving, there may be new treatment options in the near future.



LỰA CHỌN KHÁNG SINH Ở BỆNH NHÂN COPD NHIỀU ĐỢT CẤP

Nguyễn Thanh Thủy

Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai

Bộ môn Nội – Đại học Y Hà Nội

Đợt cấp COPD được định nghĩa là một tình trạng biến đổi cấp tính của các triệu chứng hô hấp từ giai đoạn ổn định của bệnh trở nên xấu đột ngột vượt quá những dao động hàng ngày đòi hỏi phải thay đổi điều trị thường quy của bệnh nhân COPD. Bệnh nhân COPD nhiều đợt cấp là kiểu hình có ít nhất từ 2 đợt cấp trở lên trong 12 tháng. Hơn 80% số bệnh nhân nhóm D có từ > 2 đợt cấp trung bình – nặng trong 12 tháng. Kiểu hình COPD nhiều đợt cấp suy giảm chức năng thông khí nhanh hơn, chất lượng cuộc sống giảm, nguy cơ tử vong cao. Nguyên nhân gây đợt cấp 70 – 80% là do nhiễm virus hoặc vi khuẩn. Lựa chọn điều trị kháng sinh đợt cấp COPD cần dựa vào phân tầng theo Anthonisen, mức độ nặng của COPD, bệnh đồng mắc, tiền sử đợt cấp, tiền sử sử dụng kháng sinh trong 3 tháng trước, nghi ngờ nhiễm trực khuẩn mủ xanh, tình hình kháng thuốc của vi khuẩn tại địa phương. Quản lý các cơn kịch phát thường xuyên có thể dự phòng bằng kháng sinh, đặc biệt là macrolid vì đặc tính chống viêm của thuốc; mặc dù có hiệu quả giảm các đợt cấp nhưng phải đối mặt với nguy cơ đề kháng kháng sinh.

ANTIBIOTICS IN THE COPD “FREQUENT EXACERBATOR” PHENOTYPE

Nguyen Thanh Thuy

Respiratory Center – Bach Mai Hospital

Department of Internal Medicine – Hanoi Medical University

An exacerbation of copd is defined as an acute event characterized by a worsening of the patient's respiratory symptoms that is beyond normal day-to-day variations and leads to a change in medication. The copd “frequent exacerbator” phenotype has at least 2 or more exacerbations in 12 months. 80% of patients in group d had more than 2 moderate-severe exacerbations in 12 months. the copd “frequent exacerbator” phenotype has a faster decline in ventilatory function, a reduced quality of life, and a high risk of death. 70-80% of exacerbations are caused by viral or bacterial infections. the choice of antibiotic treatment for copd exacerbations was based on the anthonisen stratification, severity of copd, comorbidities, history of exacerbations, history of antibiotic use in the previous 3 months, suspicion of pseudomonas aeruginosa, local antimicrobial resistance. Management of frequent exacerbators is particularly challenging for physicians. This may include antibiotic prophylaxis, especially macrolides because of anti-



inflammatory properties; though successful in reducing exacerbations, concerns about resistance development remain.

LỰA CHỌN KHÁNG SINH AN TOÀN CHO BỆNH NHÂN CÓ TIỀN SỬ DỊ ỨNG: CHÚNG TA CẦN LÀM GÌ?

Vũ Thị Mai^{1,2}, Nguyễn Văn Đĩnh^{1,2,3}

¹ Đơn Nguyên Hô hấp, Dị ứng- Miễn dịch Lâm sàng, Bệnh viện Vinmec Times City

² Giảng viên Lâm sàng, Khối khoa học Sức khỏe, Đại Học VinUniversity

³ Giáo sư trợ lý (Adjunct Assistant Professor), Khoa Y, Đại Học Penn State, Hoa Kỳ

Kháng sinh là nguyên nhân hàng đầu gây ra các phản ứng dị ứng trong các nguyên nhân do thuốc trong đó nhóm penicillin và cephalosporin được ghi nhận nhiều nhất. Theo thống kê, cứ khoảng 15 người thì có một người có ghi nhận dị ứng với kháng sinh, mức độ từ nhẹ như nổi ban mề đay, ngoại ban morbiliform đến các phản ứng nặng đe dọa tính mạng như tổn thương da nặng, tổn thương nội tạng và phản vệ. Nhóm penicillin là nguyên nhân của 20% các trường hợp phản vệ do thuốc tại Mỹ, là nguyên nhân của 75% số ca tử vong do phản vệ. Phản vệ do penicillin cao gấp 10 lần so với cephalosporin. Tuy nhiên, phần lớn các hồ sơ hay dữ kiện về phản ứng dị ứng với kháng sinh không rõ ràng. Do đó, trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ gặp nhiều khó khăn trong việc xác định nguy cơ thực sự của bệnh nhân và lựa chọn kháng sinh an toàn khi bệnh nhân có chỉ định điều trị. Mặt khác, khoảng 90% nhân được ghi nhận quá mức tiền sử dị ứng kháng sinh, đặc biệt là nhóm beta-lactam dẫn đến việc chỉ định thay thế bằng các kháng sinh phổ rộng, không thuộc nhóm beta-lactam, làm tăng nguy cơ tác dụng phụ, kháng kháng sinh và gia tăng chi phí điều trị quá mức. Việc xác nhận lại (de-labelling) tiền sử dị ứng kháng sinh bằng các phương pháp tin cậy như khai thác tiền sử theo cấu trúc, các test chẩn đoán in vivo và in vitro mang lại lợi ích trong sử dụng kháng sinh an toàn hợp lý và hạn chế kháng kháng sinh đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu gần đây. Trong bài tổng quan này, chúng tôi sẽ cập nhật về dị ứng kháng sinh bao gồm: phân loại, cơ chế, chẩn đoán, điều trị và lựa chọn kháng sinh an toàn cho bệnh nhân dựa trên phân tầng theo các nhóm nguy cơ.



CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN NẤM PHỔI ASPERGILLUS VÀ ÁP DỤNG LÂM SÀNG

Retno Wahyuningsih

Khoa Ký sinh trùng, Đại học Kristen Indonesia, Jakarta, Indonesia

Hiệp hội nấm Người và Động vật Indonesia (chủ tịch)

Tổng quan và Mục tiêu: Aspergillus là một loại nấm mốc có mặt ở khắp nơi trong tự nhiên và tạo ra các bào tử dính với kích thước rất nhỏ để có thể được dễ dàng hít vào đường hô hấp. Trong đường hô hấp, nấm Aspergillus có thể sống dưới dạng hoại sinh ở những người có tình trạng suy giảm miễn dịch, nó có thể gây bệnh nhiễm nấm aspergillus xoang và phổi. Bệnh nấm phổi aspergillus xâm lấn (IPA) và nấm phổi aspergillus mãn tính (CPA) là hai bệnh quan trọng gây ra bởi nấm Aspergillus spp. Chẩn đoán xác định dựa trên các yếu tố vật chủ, triệu chứng lâm sàng, và xét nghiệm cận lâm sàng.

Phương pháp: mô tả hướng dẫn chẩn đoán nấm phổi aspergillus xâm lấn và nấm phổi aspergillus mãn tính và phân giải kết quả cận lâm sàng.

Kết quả: chẩn đoán nhiễm nấm aspergillus xâm lấn dựa vào các yếu tố vật chủ, lâm sàng và xét nghiệm tìm nấm (nuôi cấy, phát hiện kháng nguyên) có thể được chia thành “Chắc chắn”, “nhiều khả năng” và “có thể” IPA. Trong khi CPA được chẩn đoán dựa vào tiền sử bệnh phổi trước đó, kết quả nuôi cấy và phát hiện kháng nguyên

Kết luận: Chẩn đoán nhiễm nấm aspergillus phổi không chỉ dựa vào kết quả xét nghiệm mà còn cần sự phân tích các yếu tố vật chủ và triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân bởi các bác sĩ lâm sàng

METHODS OF DIAGNOSIS OF LUNG FUNGUS ASPERGILLUS & CLINICAL APPLICATION

Retno Wahyuningsih

Department of Parasitology, Universitas Kristen Indonesia, Jakarta, Indonesia

Indonesian Society for Human and Animal Mycology (chair person)

Background and Aims: Aspergillus is a mould that is ubiquitous in nature and produces spores called conidia which are small so that they are easily inhaled into the respiratory tract. In the airways Aspergillus can live as a saprophyte in immunocompetent individuals but in immunocompromised hosts it can cause aspergillosis of the sinuses and lungs. Invasive pulmonary aspergillosis (IPA) and chronic pulmonary aspergillosis (CPA) are two important diseases caused by the mould Aspergillus spp. The diagnosis is established based on the host factors, clinical symptoms, and laboratory investigations.



Methods: describe how to diagnose invasive aspergillosis and chronic pulmonary aspergillosis and the clinical interpretation of the laboratory result.

Results: the diagnosis of invasive aspergillosis based on the host factors, clinical and mycology laboratory (culture, antigen detection) can be divided into Proven, probable and possible IPA. While CPA diagnosed based on the result of the history of previous lung disease, culture and antibody detection

Conclusions: The diagnosis of pulmonary aspergillosis is not only based on laboratory results but requires an analysis of the host factors and clinical symptoms of the patient by the clinician

QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở BỆNH NHÂN COPD

PGS.TS.BS. Vũ Thị Thanh Huyền

Trưởng khoa Nội tiết Cơ xương khớp, Bệnh viện Lão Khoa TW

Phó chủ nhiệm Bộ môn Lão khoa, Trường ĐH Y Hà Nội

Bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính (COPD) và đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ2) là hai bệnh lý phổ biến trên toàn cầu, có liên quan đến gia tăng tỷ lệ tử vong và bệnh tật. Mối liên quan giữa hai bệnh rất phức tạp, trong đó COPD là một yếu tố nguy cơ tiến triển của bệnh ĐTĐ2 thông qua các cơ chế khác nhau như quá trình viêm toàn thân, béo phì, tình trạng thiếu oxy và sử dụng corticosteroid. Bên cạnh đó, tăng đường huyết trên bệnh nhân ĐTĐ2 có tác động bất lợi đến sinh lý phổi và có thể làm tăng nguy cơ mắc COPD.

Các phương pháp điều trị COPD và đái tháo đường típ 2 hiện nay chủ yếu tập trung vào kiểm soát triệu chứng, nhưng không giải quyết được nguyên nhân. Điều trị tiêu chuẩn của COPD bao gồm tiêm phòng cúm, kháng sinh và điều trị kịp thời các đợt cấp, các biện pháp này được kỳ vọng sẽ làm giảm viêm và căng thẳng oxy hóa. Bên cạnh đó các liệu pháp này cũng làm giảm tình trạng kháng insulin và làm giảm lượng đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ2. Bệnh nhân mắc đồng thời COPD và ĐTĐ2 có nguy cơ gia tăng các biến cố bất lợi hơn so với ĐTĐ2 đơn thuần. Do đó cần điều chỉnh lượng đường huyết để tránh các biến chứng nghiêm trọng.

Với nhiều bằng chứng về mối liên quan giữa COPD và ĐTĐ2, các bác sĩ nội tiết nên sàng lọc bằng cách đo chức năng phổi ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, và bác sĩ chuyên khoa hô hấp nên sàng lọc ĐTĐ2 trên bệnh nhân COPD. Các khuyến cáo điều trị đều hướng tới tiếp cận toàn diện để giảm các yếu tố nguy cơ, trì hoãn sự tiến triển của bệnh, bảo vệ cơ quan đích và giảm các biến chứng của bệnh.



MANAGEMENT OF DIABETES IN PATIENTS WITH COPD

Vu Thi Thanh Huyen. Prof.MD
Central Geriatric Hospital
Hanoi Medical University

COPD and Type 2 diabetes are two highly prevalent global health conditions associated with high mortality and morbidity. The connection between these two common diseases is complex, in which COPD is being increasingly recognized as a risk factor for the development of type2 diabetes through different mechanisms including systemic inflammation, obesity, hypoxia and use of corticosteroids. Besides, hyperglycemia in diabetes patients is linked to the adverse impact on lung physiology, and a possible increase in the risk of COPD.

Current treatments for COPD and type 2 diabetes are focused mainly on symptom management, but fail to address the causes of the diseases. The standard-of-care respiratory therapies in place for COPD include flu vaccination, antibiotics, and timely treatment of COPD exacerbations. Together, these approaches are expected to reduce general inflammation and oxidative stress. These strategies are expected to also reduce insulin resistance and improve blood sugar levels in type 2 diabetes patients.

Given the overwhelming evidence of the association between the COPD and type 2 diabetes, it is important for the endocrinologist to measure lung function in type 2 diabetes patients, and for pulmonologists to screen for type 2 diabetes in COPD patients. Treatment recommendations are directed towards a comprehensive approach to reduce risk factors, delay disease progression, protect target organs, and reduce complications.

QUẢN LÝ BỆNH TIM MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH COPD

TS. BS. Phan Tuấn Đạt
Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai
Bộ môn Tim mạch - Trường Đại học Y Hà Nội

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) và bệnh động mạch vành có chung yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá và thường gặp ở những bệnh nhân hút thuốc lá. Sự xuất hiện của bệnh này có ảnh hưởng xấu tới kết cục của bệnh còn lại.

Ở những bệnh nhân mắc COPD mức độ nặng kèm theo bệnh mạch vành, các biện pháp điều trị không dùng thuốc (ví dụ: bỏ thuốc lá, tập phục hồi chức năng hô hấp, tiêm vaccine



phòng cúm và phế cầu, liệu pháp oxy) được chỉ định để cải thiện triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống và dự phòng đợt cấp tương tự như ở bệnh nhân mắc COPD đơn thuần.

Nhìn chung, phác đồ điều trị ở bệnh nhân mắc COPD kèm theo bệnh lý tim mạch vẫn dựa theo các khuyến cáo điều trị bệnh nhân mắc COPD đơn thuần.

Đối với bệnh nhân mắc COPD kèm theo bệnh mạch vành, khuyến cáo sử dụng các thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn nhằm cải thiện các triệu chứng cấp tính của COPD (khuyến cáo mức độ 1B). Đối với các bệnh nhân đang sử dụng thuốc giãn phế quản nhóm kháng cholinergic tác dụng kéo dài, thuốc kích thích thụ thể beta giao cảm tác dụng ngắn được sử dụng thay thế thuốc giãn phế quản nhóm kháng cholinergic tác dụng ngắn nhằm cải thiện nhanh triệu chứng của COPD.

Sử dụng phối hợp thuốc kích thích thụ thể beta tác dụng kéo dài và thuốc glucocorticoid dạng hít có thể hiệu quả ở bệnh nhân COPD, nhưng thiếu những dữ liệu về an toàn tim mạch khi sử dụng kết hợp 2 loại thuốc này.

Đối với những bệnh nhân mắc COPD và bệnh lý tim mạch đồng mắc, khuyến cáo sử dụng thuốc chẹn beta chọn lọc (ví dụ atenolol hoặc metoprolol) hơn là sử dụng các thuốc chẹn beta không chọn lọc (mức độ khuyến cáo 1B). Đối với các bệnh nhân kèm theo suy tim, sử dụng thuốc phối hợp chẹn beta và chẹn alpha (ví dụ carvedilol, labetalol) có thể ít gây các tác dụng không mong muốn ở bệnh nhân COPD, tuy nhiên các dữ liệu còn hạn chế

Sau khi khởi trị thuốc chẹn beta, bệnh nhân cần được theo dõi sát các triệu chứng mới xuất hiện (ví dụ: khó thở, giảm dung nạp với gắng sức, ho) hoặc cần đánh giá ngay khi bệnh nhân tăng nhu cầu sử dụng các thuốc kích thích thụ thể beta giao cảm

Đối với các bệnh nhân mắc COPD mức độ nặng có chỉ định phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành dựa trên các yếu tố tim mạch, can thiệp động mạch vành qua da nên được ưu tiên nếu có khả năng thành công cao về mặt kỹ thuật.

CẬP NHẬT CÁC THUỐC CAI NGHIỆN THUỐC LÁ

ThS.BS.Nguyễn Hữu Hoàng

Phó chủ tịch kiêm Tổng thư ký - Chi hội Y học Giấc ngủ TPHCM

Bác sỹ điều trị - Trung tâm hô hấp Phổi Việt

Giảng viên - Trung tâm Giáo dục Y học – ĐH Y Dược TPHCM

Nghiện thuốc lá là một trạng thái tâm thần – thể chất xuất hiện do tương tác giữa cơ thể với nicotine trong thuốc lá. Cai nghiện thuốc lá là sự từ bỏ hoàn toàn thuốc lá. Để cai nghiện thuốc lá thành công cần 3 thành tố: kiến thức, quyết tâm và sự hỗ trợ. Quyết tâm là thành tố



quan trọng quyết định thành công cai thuốc lá. Các thuốc cai thuốc lá hiện nay được công nhận giúp cai thuốc lá thành công bao gồm: Nicotine thay thế, Bupropion, Varenicline.

Tất cả 3 thuốc trên đều có tác dụng giảm hội chứng cai. Nicotine thay thế gồm miếng dán, viên nhai (kẹo cao su), viên ngậm, thuốc xịt, hít... NRT hiệu quả cao, dễ tiếp cận và dễ sử dụng cho bệnh nhân. Bupropion là thuốc uống giúp cai thuốc lá hiệu quả đồng thời giúp ức chế thèm ăn nên không gây tăng cân. Varenicline là thuốc cai thuốc lá thế hệ mới có tác dụng cắt được hội chứng cai đồng thời giảm sự hưng phấn khi hút thuốc lá. Các thuốc khác như Nortriptyline, Cystisine mang lại hiệu quả chưa rõ ràng. Ngoài ra sản phẩm hỗ trợ như L-cysteine và các loại thảo dược cần có nhiều bằng chứng hơn trong cai thuốc lá. Thuốc lá điện tử không cho thấy hiệu quả rõ ràng mà còn thấy tác hại khi sử dụng nên không khuyến cáo dùng cai thuốc lá.

Kết luận: Ba thuốc cai nghiện thuốc lá được công nhận và hiệu quả bao gồm nicotine thay thế, Bupropion và Varenicline. Hiệu quả của thuốc cai nghiện thuốc lá là giúp giảm hội chứng cai và các triệu chứng do thiếu nicotine gây ra.

Keywords: Cai nghiện thuốc lá, Nicotine thay thế, Bupropion, Varenicline

UPDATE ON MEDICINES FOR SMOKING CESSATION

Nguyen Huu Hoang. MD

Ho Chi Minh City Association of Sleep Medicine

Phoi Viet Respiratory Diseases Center

Ho Chi Minh City Medicine and Pharmacy University

Tobacco addiction is a mental-physical state that occurs as a result of the body's interaction with the nicotine in tobacco. Smoking cessation is the complete abandonment of smoking. Successful smoking cessation requires three components: knowledge, determination and support. Determination is an important factor for successful smoking cessation. Currently recognized smoking cessation medicines for smoking cessation include: Nicotine replacement, Bupropion, Varenicline.

All 3 drugs above are effective in reducing withdrawal syndrome. Nicotine replacement includes patches, chewable tablets (gum), lozenges, sprays, inhalers... NRT is highly effective, accessible and easy to use for patients. Bupropion is an effective smoking cessation drug and helps suppress appetite, so it does not cause weight gain. Varenicline is a new generation smoking cessation medicine that works to cut withdrawal syndrome and reduce the excitement when smoking. Other medicines such as Nortriptyline, Cystisine bring unclear effectiveness. In addition, support products such as L-cysteine and herbs need more evidence in smoking



cessation. E-cigarettes do not show a clear effect but also see harm when used, so smoking cessation is not recommended.

Conclusion: Three recognized and effective smoking cessation medicines include Nicotine replacement, Bupropion and Varenicline. The effectiveness of smoking cessation medications is to help reduce withdrawal symptoms and symptoms caused by nicotine deficiency.

Keywords: Smoking cessation, Nicotine Replacement Therapy, Bupropion, Varenicline

NHẬN BIẾT CÁC TỔN THƯƠNG PHỔI KẼ SỚM TRÊN HRCT

Nguyễn Hoàng Thịnh

Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Bệnh phổi kẽ là nhóm bệnh lý đa dạng với hơn 200 mặt bệnh khác nhau. Nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng, bệnh thường được chẩn đoán muộn khi triệu chứng lâm sàng nặng nề, tổn thương phổi không hồi phục, đáp ứng điều trị kém, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và thời gian sống của người bệnh. Phát hiện và chẩn đoán sớm bệnh lý phổi kẽ cần dựa trên kết quả chụp CLVT lồng ngực độ phân giải cao. Mặc dù vậy, sử dụng CLVT như thế nào cho phù hợp và hiệu quả trong thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều tranh cãi. Bài báo cáo này trình bày các dấu hiệu giúp nhận biết sớm tổn thương phổi kẽ trên HRCT, cập nhật các dữ liệu nghiên cứu về tiến triển của các bất thường phổi kẽ sớm cũng như thảo luận về vấn đề quản lý các tổn thương này trong thực hành lâm sàng.

CẬP NHẬT VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI HẬU COVID-19

Nguyễn Văn Thọ

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi, Đại Học Y Dược TP.HCM

Bệnh nhân mắc COVID-19 có biểu hiện khác nhau từ không triệu chứng lâm sàng đến viêm hô hấp trên đến viêm phổi nặng cần thông khí cơ học. Hậu COVID-19 được định nghĩa là bệnh nhân vẫn còn triệu chứng ít nhất 3 tháng sau khi mắc COVID-19. Trong các biểu hiện của hậu COVID-19, một số ít bệnh nhân có thể có triệu chứng hô hấp kéo dài và có tổn thương tại phổi. Các triệu chứng của bệnh phổi hậu COVID-19 có thể là ho kéo dài, khó thở hoặc đau ngực. Các biểu hiện trên chức năng hô hấp có thể là hội chứng hạn chế hô hấp hoặc giảm khả năng khuếch tán khí qua màng phế nang mao mạch. Các biểu hiện trên CT ngực tùy thuộc vào thời điểm đánh giá, có thể có tổn thương dạng kính mờ, đông đặc, hoặc xơ hóa. Bằng chứng về điều trị bệnh phổi hậu COVID-19 thì rất ít. Việc điều trị bệnh phổi hậu COVID-19 hiện chủ



yếu dựa vào vật lý trị liệu phục hồi chức năng hô hấp, điều trị triệu chứng, xem xét corticosteroid trong vài trường hợp cụ thể. Bài trình bày này sẽ cập nhật về chẩn đoán và điều trị bệnh phổi hậu COVID-19.

UPDATES ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POST-COVID LUNG DISEASES

Nguyen Van Tho

Ho Chi Minh City Medicine and Pharmacy University

Patients with COVID-19 present clinically from asymptomatic to upper respiratory symptoms to severe pneumonia requiring invasive mechanical ventilation. Post-COVID condition is defined as patients remain having symptoms at least 3 months after acute COVID-19 disease. Among clinical symptoms of post-COVID condition, very few patients have persistent respiratory symptoms and have lung abnormalities. Clinical symptoms of post-COVID lung diseases may include persistent cough, shortness of breath, or chest pain. Pulmonary function tests may detect restrictive respiratory pattern or decreased capacity of lung diffusion. Abnormalities on chest CT depend on the time of evaluation during the disease course, which may include ground-glass opacities, consolidations, or fibrotic changes. Therapeutic evidence for post-COVID lung diseases is scarce. Treatments for post-COVID lung diseases are mostly based on pulmonary rehabilitation, medications for relieving respiratory symptoms, and consideration of corticosteroid for some specific patients. We will present updates on diagnosis and treatment of post COVID lung diseases.

CÁC THĂM DÒ CHỨC NĂNG PHỔI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI BỆNH PHỔI KẼ

Vũ Trần Thiên Quân

Bộ môn Sinh lý – Sinh lý bệnh miễn dịch – Đại học Y dược TP.HCM

Khoa thăm dò chức năng hô hấp – BV Đại học Y dược TP.HCM

Thăm dò chức năng hô hấp là một phần quan trọng trong đánh giá bệnh phổi kẽ nhằm mục đích xác định trạng thái ban đầu của bệnh, theo dõi diễn tiến, tiên lượng và cung cấp bằng chứng khách quan về đáp ứng với một điều trị cụ thể. Các phương pháp thăm dò chức năng hô hấp phổ biến trong bệnh phổi kẽ là hô hấp ký, đo các thể tích phổi, đo khả năng khuếch tán của phổi bằng carbon monoxide (Diffusing capacity of the lung for carbon monoxide – DLCO) và nghiệm pháp đi bộ 6 phút (6-minute walk test – 6MWT). Một khi bệnh phổi kẽ đã được chẩn đoán xác định, hô hấp ký và DLCO thường dùng để theo dõi diễn tiến bệnh theo thời gian vì



chúng nhạy hơn HRCT và tránh phơi nhiễm tia X cho bệnh nhân không cần thiết. Mức độ thay đổi chức năng hô hấp theo thời gian cung cấp thông tin quan trọng về tiên lượng, giúp bác sĩ xác định thời điểm thích hợp để bắt đầu hoặc dừng một trị liệu và/hoặc giới thiệu ghép phổi.

HO VÀ HEN PHẾ QUẢN SAU COVID 19

Đoàn Thị Phương Lan

Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai

Ho là triệu chứng phổ biến nhất của bệnh coronavirus cấp tính-19 (COVID-19), nhưng ho có thể kéo dài ở 10% –20% bệnh nhân trong nhiều tuần hoặc vài tháng sau khi hồi phục từ giai đoạn cấp tính [1]. COVID kéo dài (hội chứng sau COVID) đề cập đến các triệu chứng xuất hiện và thay đổi sau bệnh cấp tính, với các dấu hiệu và triệu chứng tồn tại trong 8-12 tuần và không thể giải thích được. Ho là một triệu chứng thường xuyên của COVID kéo dài; Cơ chế bệnh sinh của ho kéo dài sau nhiễm covid 19 còn chưa rõ ràng. Bên cạnh đó nhiều trường hợp ho kéo dài xuất hiện sau nhiễm covid là biểu hiện của các bệnh lý của phổi trước đó chưa được chẩn đoán như: ung thư phổi, lao phổi,...Do đó đứng trước một bệnh nhân ho kéo dài sau nhiễm covid 19 cần được thăm khám toàn diện. Ngoài ra Covid 19 là một loại virus đường hô hấp khởi phát bệnh hen. Trước đây, coronavirus, đã được chứng minh gây nhiễm trùng đường hô hấp và các đợt cấp của bệnh hen. Nghiên cứu ở Trung Quốc và Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ hen ở bệnh nhân COVID-19 tương ứng là $\leq 1\%$ và 7.4 –17% [2,3]. Một nghiên cứu khác tuyên bố tỷ lệ hiện mắc bệnh hen suyễn là 1,82% ở bệnh nhân COVID [4], và bệnh hen suyễn từ trung bình đến nặng không kiểm soát được là nhóm nguy cơ cao dễ bị COVID-19 nặng. Chẩn đoán và xử trí bệnh nhân hen phế quản liên quan đến covid 19 là vấn đề còn nhiều băn khoăn chưa rõ ràng.

PERSISTENT COUGH AND ASTHMA SYMPTOMS POST COVID-19

Doan Thi Phuong Lan

Respiratory Center – Bach Mai Hospital

Cough is the most common symptom of acute coronavirus disease-19 (COVID-19), but cough may persist in 10%–20% of the patients for weeks or months after recovery from acute phase [1]. Long COVID (post-COVID syndrome) refers to an array of variable and fluctuating symptoms experienced after acute illness, with signs and symptoms that persist for 8–12 weeks and are not otherwise explicable. Cough is a frequent symptom of long COVID; The pathogenesis of persistent cough after covid-19 infection is still unclear. Besides, many cases of prolonged cough that appear after covid infection are manifestations of previously



undiagnosed lung diseases such as lung cancer, tuberculosis, etc. Therefore, with a patient with a prolonged cough After being infected with covid 19, it is necessary to have a comprehensive examination. Respiratory viruses are usually regarded as asthma triggers. Therefore, coronaviruses, which are respiratory viruses, have been shown to contribute to the infections of the respiratory tract and asthma exacerbations. Currently, asthma risk factors in children induced by COVID-19 are not clear. The studies performed in China and the United States reported $\leq 1\%$ and 7.4–17% prevalence for asthma in patients with COVID-19, respectively [2,3]. Another study claimed the asthma prevalence of 1.82% among COVID patients [4], classifies uncontrolled moderate to severe asthma as a high-risk group susceptible to severe COVID-19. Diagnosis and management of patients with asthma related to covid 19 is a matter of confusion and uncertainty.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI TĂNG CẢM

Evans Fernández, MD, MS

National Jewish Health | Trung tâm Khoa học Sức khỏe Đại học Colorado

- VPTC là một bệnh phổi phức tạp và là nguyên nhân quan trọng gây xơ phổi.
- VPTC được phân loại thành nhóm xơ hóa hoặc không xơ hóa và theo nguy cơ tiếp xúc với kháng nguyên.
- Chẩn đoán VPTC nên lấy bệnh nhân làm trung tâm, từng bước và dựa trên lý luận xác suất và hội chẩn đa chuyên khoa.
- Các xét nghiệm miễn dịch đặc hiệu với kháng nguyên không phải là công cụ chẩn đoán mà là công cụ đánh giá mức độ phơi nhiễm và không thay thế cho bảng câu hỏi chi tiết về tiền sử và phơi nhiễm.
- Tránh tiếp xúc kháng nguyên là chìa khóa trong điều trị và khi lợi ích nhiều hơn nguy cơ, liệu pháp điều hòa miễn dịch có thể đóng một vai trò quan trọng.
- Bệnh nhân HP có thể bị xơ phổi tiến triển dù yếu tố kháng nguyên đã được khắc phục và việc dùng thuốc chống xơ nên được cân nhắc.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS

Evans Fernández, MD, MS

National Jewish Health | University of Colorado Health Science Center

- HP is a complex lung disease and an important cause of lung fibrosis
- HP is classified as non-fibrotic or fibrotic and according to antigen exposure likelihood



- HP diagnosis should be patient-centered, stepwise and based on probabilistic reasoning and multidisciplinary discussion
- Antigen-specific immunological tests are not diagnostic tools but are exposure assessment tools and are not a substitute for a detailed history and exposure questionnaire
- Antigen avoidance is key and when the benefits outweigh the risk, immunomodulatory therapy can play an important role
- HP patients may develop progressive pulmonary fibrosis, despite apparent antigen remediation and antifibrotics should be considered

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SEPSIS

Đỗ Ngọc Sơn

Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai

Sepsis là hội chứng lâm sàng thường gặp trong hồi sức cấp cứu đặc biệt tại Việt Nam do tính chất đặc trưng của khí hậu, điều kiện kinh tế và xu hướng phát triển xã hội. Sepsis được coi là một nhóm bệnh đáp ứng và hiệu quả điều trị phụ thuộc thời gian giống như đột quỵ, nhồi máu cơ tim và chấn thương nặng. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là yếu tố tiên quyết đảm bảo thành công của điều trị. Các hướng dẫn hiện nay trong vấn đề chẩn đoán và điều trị sepsis như Sepsis 3 hay SSC 2021 đã hỗ trợ cho các đơn vị lâm sàng chuẩn hóa quy trình, thúc đẩy thực hành lâm sàng tốt nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị bệnh nhân sepsis. Khái niệm qSOFA đã được áp dụng trong chẩn đoán sớm từ những năm 2016, tuy nhiên nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả chẩn đoán của chỉ số này chưa đạt được như kì vọng. Những thông số khác như NEWS, MEWS, kết hợp nhiều chỉ số, phối hợp marker sinh học được giới thiệu nhằm tăng độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán sớm. Điều trị sepsis hiệu quả cần có cách tiếp cận đa chuyên khoa và team work trong thực hiện các gói giải pháp là những thực hành tốt giúp cải thiện kết cục của bệnh nhân.

UPDATE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SEPSIS

Do Ngoc Son

Center for Critical Care Medicine - Bach Mai Hospital

Sepsis is a clinical syndrome common seen in critical care unit, especially in Vietnam due to climate, socio-economic development. Sepsis is considered as time dependent emergency similar as acute stroke, acute myocardial infarction, and severe multiple traumas. Early diagnosis and appropriate management guarantee the success of the treatment. Current



guideline in diagnosis and management of sepsis such as Sepsis 3 and SSC 2021 facilitate the protocol standardization, clinical good practice recommendation to optimize the treatment of septic patients. qSOFA has been used as tool for early recognition of sepsis since 2016, however, its value was questionable in recent studies. New tools such as NEWS, MEWS, combination of those scores, biomarkers improve sensitivity and specificity in the early diagnosis of sepsis. Effectiveness of sepsis management requires multidisciplinary approach and teamwork such as sepsis bundle to improve outcomes of the septic patients.

CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO CỦA ATS/ERS/JRS/ALAT 2022 VỀ XƠ PHỔI VÔ CĂN VÀ XƠ PHỔI TIẾN TRIỂN

Phan Thu Phương

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Hướng dẫn điều trị xơ phổi vô căn (IPF) của ATS/ERS/JRS/ALAT cập nhật năm 2022 bao gồm hai phần. Phần đầu tiên với nội dung cập nhật chẩn đoán và điều trị IPF và phần hai là những điểm quan trọng trong xơ phổi tiến triển

Chẩn đoán IPF: Chẩn đoán xác định IPF được đặt ra nếu người bệnh có tổn thương dạng UIP trên phim chụp cắt lớp vi tính lớp mỏng độ phân giải cao, có bệnh cảnh lâm sàng phù hợp, được hội đồng đa chuyên khoa hội chẩn và đồng thuận, không cần dựa vào kết quả mô bệnh học. Kỹ thuật sinh thiết lạnh qua nội soi phế quản được khuyến cáo thay thế sinh thiết phổi mở trong chẩn đoán. Không khuyến cáo thực hiện thêm các xét nghiệm phân loại gen các mẫu bệnh phẩm thu thập được qua nội soi phế quản với mục tiêu chẩn đoán viêm phổi kẽ thông thường ở bệnh nhân bệnh phổi mô kẽ chưa xác định nguyên nhân.

Điều trị IPF: không nên điều trị thuốc kháng acid với mục đích cải thiện chức năng hô hấp ở người bệnh IPF, không khuyến cáo người bệnh IPF phẫu thuật điều trị trào ngược để đạt mục đích cải thiện tình trạng bệnh lý hô hấp.

Xơ phổi tiến triển: Bệnh nhân mắc bệnh phổi kẽ có hoặc không có nguyên nhân (không phải IPF) có bằng chứng X quang về xơ hóa phổi, xác định phổi xơ hóa tiến triển khi có ít nhất 2 trong 3 tiêu chí sau xảy ra trong vòng 1 năm qua mà không giải thích được nguyên nhân: các triệu chứng hô hấp xấu đi, bằng chứng bệnh tiến triển trên chức năng hô hấp (bao gồm 1 hoặc cả 2 tiêu chí giảm FVC tuyệt đối $\geq 5\%$; giảm DLCO $\geq 10\%$ trong vòng 1 năm sau khi theo dõi). Bằng chứng bệnh tiến triển trên chẩn đoán hình ảnh (≥ 1 các tiêu chí: giãn tiểu phế quản, giãn phế quản co kéo lan rộng hoặc tăng mức độ nặng; hình ảnh kính mờ kèm giãn phế quản co kéo mới xuất hiện; hình ảnh lưới mịn xuất hiện mới; hình ảnh lưới dày và rộng hơn hoặc lan rộng; hình ảnh tổ ong mới hoặc tăng lên; giảm thể tích phổi tăng lên).



Hướng dẫn đề xuất sử dụng thuốc nintedanib điều trị người bệnh có xơ phổi tiến triển đã thất bại với phác đồ điều trị chuẩn. Hướng dẫn cũng đề nghị nên nghiên cứu thêm về thuốc pirfenidone.

**THE 2022 UPDATE ON GUIDELINES FOR IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS
(IPF) AND PROGRESSIVE PULMONARY FIBROSIS (PPF) BY
ATS/ERS/JRS/ALAT**

Phan Thu Phương

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

The 2022 update on guidelines for idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) and progressive pulmonary fibrosis (PPF) by ATS/ERS/JRS/ALAT consists of two parts. The first part is an update on the diagnosis and treatment of IPF and the second deals with the important issue of progressive pulmonary fibrosis

Diagnosis of IPF. The presence of the probable UIP pattern can support the diagnosis of IPF in the appropriate clinical setting within the context of multidisciplinary discussion, obviating the need for tissue confirmation. Transbronchial cryobiopsy is an acceptable alternative to surgical lung biopsy in patients with ILD of undetermined type, in medical centres with appropriate expertise. No recommendation is made regarding the addition of genomic classifier testing for the purpose of diagnosing UIP in patients with undetermined ILD undergoing transbronchial forceps biopsy

Treatment of IPF: Patients with IPF should not be treated with antacid medication, with the aim of improving respiratory outcomes. Patients with IPF should not be referred for anti-reflux surgery, with the aim of improving respiratory outcomes

Progressive pulmonary fibrosis: The concept of PPF can be applied to patients with fibrotic ILD of known or unknown cause other than IPF. PPF is defined on the basis of the presence of at least two of the following three criteria occurring within one year: Worsening respiratory symptoms; Physiological evidence of disease progression, (including one or both of Absolute decline in forced vital capacity of at least 5% predicted, Absolute decline in diffusing capacity for carbon monoxide of at least 10% predicted); Radiological evidence of disease progression (one or more of the following: Increased extent or severity of traction bronchiectasis and bronchiolectasis; New ground-glass opacity with traction bronchiectasis; New fine reticulation; Increased extent or increased coarseness of reticular abnormality, New or increased honeycombing; Increased lobar volume loss)



Nintedanib is suggested for the treatment of PPF in patients unresponsive to standard management, and further research pirfenidone is recommended.

VAI TRÒ CỦA VẮC XIN TRONG QUẢN LÝ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

PGS.TS. Vũ Văn Giáp

Tổng thư ký VNRS

Tiên lượng của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) phụ thuộc phần lớn vào tần suất các đợt cấp. Nguyên nhân gây đợt cấp thường gặp nhất là nhiễm trùng đường hô hấp. Vắc-xin là biện pháp phòng ngừa hiệu quả ở những bệnh nhân mắc các bệnh đường hô hấp, bao gồm cả những bệnh nhân COPD.

Các loại vắc xin được khuyến cáo đối với bệnh nhân COPD theo GOLD 2022

- Influenza vaccination reduces serious illness and death in COPD patients (**Evidence B**).
- The WHO and CDC recommend SARS-Cov-2 (COVID-19) vaccination for people with COPD (**Evidence B**).
- The 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine (PPSV23) has been shown to reduce the incidence of community-acquired pneumonia in COPD patients aged < 65 years with an FEV₁ < 40% predicted and in those with comorbidities (**Evidence B**).
- In the general population of adults ≥ 65 years the 13-valent conjugated pneumococcal vaccine (PCV13) has demonstrated significant efficacy in reducing bacteremia & serious invasive pneumococcal disease (**Evidence B**).
- The CDC recommends Tdap (dTaP/dTPa) vaccination to protect against pertussis (whooping cough) for adults with COPD who were not vaccinated in adolescence (**Evidence B**) and Zoster vaccine to protect against shingles for adults with COPD aged ≥ 50 years (**Evidence B**).

Tiêm chủng vắc-xin phòng phế cầu, phòng cúm được khuyến cáo cho bệnh nhân COPD. Mặc dù vậy, việc sử dụng chúng ở những bệnh nhân này vẫn chưa tối ưu. chỉ định của các loại vắc-xin khác nhau ở bệnh nhân COPD.

Bệnh nhân COPD có nhiều nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 do sự biểu hiện gia tăng của phân tử ACE2, mục tiêu phân tử được sử dụng bởi vi rút này để xâm nhập vào các tế bào biểu mô của đường hô hấp. Tiên lượng của bệnh coronavirus 2019 (COVID-19) nặng hơn ở các đối tượng COPD, những người có nguy cơ nhập viện, diễn biến nặng và tử vong cao hơn. Do vậy tiêm phòng vắc xin SARS-CoV-2 được khuyến cáo cho bệnh nhân COPD.

Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) khuyến cáo tiêm vắc xin Tdap chống ho gà ở những người không được tiêm chủng trước đây và vắc-xin Zoster để bảo vệ chống lại bệnh zona cho người lớn mắc COPD từ ≥ 50 tuổi.



CẬP NHẬT PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐÍCH TRONG UNG THƯ PHỔI

TS.BS. Phạm Văn Thái

Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu-Bệnh viện Bạch Mai;

Bộ môn Y học hạt nhân-Đại học Y Hà Nội

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là một trong những bệnh ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong số các bệnh ung thư ở Việt Nam cũng như trên thế giới hiện nay. Điều trị đích là một phương pháp có hiệu quả với nhiều ưu điểm so với hoá trị trong điều trị căn bệnh này. Trong những năm gần đây có nhiều tiến bộ mới trong lĩnh vực này.

Phương pháp: Tổng hợp, phân tích các nghiên cứu, các hướng dẫn quốc tế gần đây nhất, để cập nhật các kiến thức về điều trị đích trong ung thư phổi không tế bào nhỏ.

Kết quả: Lựa chọn thuốc nhóm phân tử nhỏ tùy thuộc vào loại đột biến. Đột biến EGFR có các thuốc TKI thế hệ 1 (Gefitinib, Erlotinib), 2 (Afatinib, Dacomitinib), 3 (Osimertinib) hoặc Erlotinib + Bevacizumab hoặc Ramucirumab; Tái sắp xếp ALK có thế hệ 1 (Czirotinib), 2 (Ceritinib, Alectinib), 3 (Lorlatinib). Điều trị đích không chỉ áp dụng cho giai đoạn muộn mà còn cho cả giai đoạn sớm, hỗ trợ sau phẫu thuật. Cập nhật kết quả thử nghiệm lâm sàng pha III (nghiên cứu ADAURA) được báo cáo tại ESMO 2022 cho thấy, bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ loại không vảy, giai đoạn IB-IIIa, có đột biến mất đoạn exon 19 hoặc đột biến điểm L858R được điều trị Osimertinib có tỷ lệ sống thêm không bệnh ở thời điểm 4 năm là 73%, cao hơn hẳn so với nhóm giả dược là 38% (HR=0,27). Lợi ích đạt được ở tất cả các phân nhóm: chủng tộc, tuổi, giới, loại đột biến, giai đoạn bệnh, việc điều trị hoá trị hỗ trợ.

Kết luận: Điều trị đích nhóm phân tử nhỏ ngày càng có nhiều vai trò và có hiệu quả trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.

UPDATE TARGET THERAPY IN LUNG CANCER

MD, PhD. Pham Van Thai

Nuclear Medicine and Oncology Center-Bach Mai Hospital;

Nuclear Medicine Department-Hanoi Medical University

Introduction: Lung cancer is one of the leading types of cancer in terms of both cancer new cases and cancer deaths in Vietnam as well as in the world. In treating the disease, targeted therapy is an effective method with many advantages over chemotherapy. In recent years there have been many new advances in this field.

Study method: Synthesize and analyze the most recent international studies and guidelines to update the knowledge of targeted therapy in non-small cell lung cancer.



Results: Selection of small molecule drugs depends on the type of mutation. To treat non-small cell lung cancer with EGFR mutations there are 1st generation TKIs (Gefitinib, Erlotinib), 2nd generation TKIs (Afatinib, Dacomitinib), 3rd generation TKI (Osimertinib) or the combination of Erlotinib and Bevacizumab or Ramucirumab. For ALK rearrangements patients can be treated with 1st generation TKI (Czirotinib), 2nd generation TKI (Ceritinib, Alectinib) or 3rd generation TKI (Lorlatinib). Targeted therapy is not only indicated for the late stages but also for the early and adjuvant stage after surgery. Updated results of the phase III clinical trial (ADAURA study) reported at ESMO 2022 showed that patients with non-small cell lung cancer, stages IB-IIIa, with EGFR exon 19 deletion mutations or L858R mutations treated with osimertinib had a disease-free survival rate at 4 years of 73%, much higher than that of the placebo group of 38% (HR=0.27). The benefit favoring osimertinib was observed consistently across all predefined subgroups including disease stages, races, ages, genders, mutation types, adjuvant chemotherapy.

Conclusion: Small molecule target therapy is increasingly playing a role and is effective in the treatment of non-small cell lung cancer.

CẬP NHẬT CÁC PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP MÀNG PHỔI NỘI KHOA

Nguyễn Ngọc Dư

Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai

Bộ môn Nội tổng hợp – Trường Đại học Y Hà Nội

Bệnh lý màng phổi là nhóm bệnh lý phổ biến trong các bệnh lý hô hấp, và gánh nặng của các bệnh lý này ngày càng gia tăng. Các bác sĩ hô hấp hiện nay đã có thể tiến hành nhiều các can thiệp thủ thuật nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị các bệnh lý của màng phổi nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật. Nội soi màng phổi nội khoa với ống cứng hoặc ống bán cứng là một kỹ thuật được tiến hành bởi bác sĩ hô hấp mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết. Sinh thiết màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực, đo áp lực khoang màng phổi ngày càng được tiến hành ở nhiều cơ sở y tế. Các kỹ thuật gây dính màng phổi bằng thuốc, đặt catheter đường hầm màng phổi đang được áp dụng để điều trị các bệnh lý màng phổi như tràn dịch màng phổi ác tính do ung thư, tràn khí màng phổi tái phát ở bệnh nhân bệnh phổi mạn tính. Phá dính khoang màng phổi bằng thuốc điều trị trong các trường hợp mũ màng phổi vách hóa nhiều cũng mang lại hiệu quả ban đầu. Các kỹ thuật can thiệp để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý màng phổi cần được phổ biến nhiều hơn ở các cơ sở y tế ở Việt Nam.



UPDATE MEDICAL INTERVENTIONS IN PLEURAL TECHNIQUE

Nguyen Ngoc Du

Respiratory Center, Bạch Mai Hospital

Internal Medical Department, Hanoi Medical University

Pleural diseases are a common group of respiratory diseases, and the burden of these diseases is increasing. Respiratory doctors are now able to conduct many surgical interventions aimed at the diagnosis and treatment of pleural diseases thanks to the advancement of science and technology. Medical pleuroscopy with rigid or semi-rigid tube is a technique performed by a pulmonologist that is highly effective in diagnosing the cause of exudative pleural effusion. Pleural biopsies under the guidance of ultrasound or computed tomography of the chest, measuring pleural pressure are increasingly conducted in many medical facilities. Techniques to induce pleural adhesions with drugs, pleural tunnel catheterization are being applied to treat pleural diseases such as malignant pleural effusion due to cancer, recurrent pneumothorax in patients with lung disease. chronic. Dissecting the pleural cavity with drugs to treat pleural effusions with multiple septum also brings initial effectiveness. Interventional techniques for diagnosis and treatment of pleural diseases need to be more widely disseminated in medical facilities in Vietnam.

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH GIUN LƯƠN PHỔI VÀ GIUN LƯƠN LAN TỎA

Nguyễn Thị Hương Giang

Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Bạch Mai

Bệnh do giun lươn đường ruột *Strongyloides stercoralis* là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở các nước nhiệt đới, cận nhiệt đới, hoặc người đã từng đến vùng dịch tễ lưu hành. Nhiễm giun lươn thường là không triệu chứng hoặc có thể biểu hiện rối loạn tiêu hóa mạn tính và trong thời gian dài, bệnh được coi là ít nghiêm trọng và dường như bị lãng quên. Nhưng gần đây, đã có báo cáo những ca bệnh giun lươn do *S. stercoralis* nặng gây tổn thương phổi đến mức suy hô hấp, ARDS hoặc mắc giun lươn lan tỏa tại bất kỳ 1 cơ quan nào trong cơ thể, thường gặp ở người có bệnh nền, suy giảm miễn dịch với nhiều biến chứng, tử vong cao. Cần thiết nâng cao cảnh giác về bệnh giun lươn, sàng lọc thích hợp và chẩn đoán sớm để có thể điều trị kịp thời làm giảm nặng bệnh và tử vong.



DIAGNOSIS, MANAGEMENT OF PULMONARY AND DISSEMINATED STRONGYLOIDES STERCORALIS

Nguyen Thi Huong Giang

Center for Tropical Diseases – Bachmai Hospital

Strongyloidiasis is common in the tropics and subtropics and anyone who has travelled to, or lived in, these areas is at risk. The infection is often asymptomatic or chronic digestive disorders and it has been neglected infectious diseases for long time. But recently, there have been reports of pulmonary strongyloidiasis cases with respiratory failure or acute respiratory distress syndrome and disseminated strongyloidiasis, that are potentially fatal, particularly in immunocompromised host. It is necessary to appropriate screening, early diagnosis and prompt treatment to reduce morbidity and mortality.

ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC TÁC NHÂN GÂY VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

Trần Văn Ngọc

Phó chủ tịch Hội Phổi Việt Nam

Chủ tịch Hội Hô hấp thành phố Hồ Chí Minh

Streptococcus pneumoniae hiện vẫn là vi khuẩn hàng đầu gây VPCĐ tại Việt Nam và thế giới. Phế cầu kháng macrolide, bactrim, ciprofloxacin, tetracycline ở mức rất cao. *S. pneumoniae* kháng PCN G (MIC \geq 8 mg/l) tại Việt Nam là 1,6%. Xu hướng kháng levofloxacin đang gia tăng nhanh từ 0% năm 2010 đến khoảng 20% năm 2018 (nghiên cứu đa trung tâm EACRI của Hội Phổi VN).

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

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



ANTIBIOTIC RESISTANCE OF AGENTS CAUSING COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

Tran Van Ngoc

Vietnam Lung Association

Ho Chi Minh Respiratory Association

Streptococcus pneumoniae is still the leading cause of CAP in Việt Nam and in the World. *Pneumococcus* resistances to macrolide, cotrimoxazon, ciprofloxacin, tetracycline in very high level and S.P resistances to PNG (MIC \geq 8 mg/l) in Viet nam about 1,6%. Levofloxacin resistant S.pneumoniae is increasing from 0% in 2010 to about 20% in 2018.(multicenter study of VILA – EACRI 2018)

Hemophilus influenzae and *M. catarrhalis* are two common agents causing CAP. Betalactamase producing *H.influenzae* and *M.catarrhalis* were nearly 56% and 100%, respectively. 30% of *H.influenzae* was resistant to azithromycine.

The difficult to treat gram negative bacteria such as *Klebsiella pneumoniae* and non fermentic agents as *P.aeruginosa* have been increasing in prevalence and antibiotic resistant level, especially in patients who had comorbidities such as cirrhosis, diabetes mellitus alcohol abuse, immunodifficiency... These risk factors lead to increasing mortality, longer stay in hospital and they have little curable opportunity.

TỔNG QUAN CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI DO NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIA-TIẾP CẬN THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Hoàng Thị Phụng

Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Bệnh phổi do vi khuẩn nontuberculous mycobacteria (NTM) là một bệnh tiến triển mãn tính do nhiều loài NTM khác nhau gây ra. Tỷ lệ phổ biến và gánh nặng của bệnh phổi do NTM (NTM-LD) đang gia tăng trên toàn thế giới. Bài tổng quan đề cập nội dung về dịch tễ căn nguyên vi sinh gây nhiễm trùng do NTM và cập nhật các khuyến nghị Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS), Hiệp hội Hô hấp Châu Âu (ERS), Hiệp hội Vi sinh Lâm sàng và các bệnh Truyền nhiễm Châu Âu (ESCMID) và Hiệp hội các bệnh Truyền nhiễm Mỹ (IDSA) (2020). Các khuyến nghị về quản lý đồng thuận cũng như tiếp cận về chẩn đoán và điều trị NTM là những nội dung hướng dẫn hữu ích để chẩn đoán và điều trị NTM trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Bệnh phổi do vi khuẩn NTM, chẩn đoán NTM, điều trị NTM



REVIEW ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIAL PULMONARY DISEASE - A CLINICAL PRACTICE GUIDLINE

Hoàng Thị Phụng

Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

NTM-PD is a chronic progressive disease caused by many different species of NTM. The prevalence and the burden of NTM-PD is increasing worldwide. This review based on the microbiological etiology of NTM and updates the recommendations of the ATS/ERS/ESCMID/IDSA clinical practice guideline. The recommendations on the management and on the approach to the diagnosis and treatment of NTM are useful guidelines for the diagnosis and treatment of this disease in clinical practice.

Key word: NTM-PD, diagnosis and treatment of NTM, treatment of NTM

CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP VỚI CÁC BỆNH PHỔI MẠN TÍNH

Phạm Thị Lệ Quyên

Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai

Phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH) được công nhận là thành phần cốt lõi trong quản lý những bệnh nhân mắc bệnh hô hấp mạn tính. Bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã cho thấy PHCNHH giúp giảm khó thở, tăng khả năng gắng sức, và cải thiện chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân mắc bệnh hô hấp mạn (bao gồm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và một số bệnh hô hấp mạn tính khác). PHCNHH là một can thiệp toàn diện dựa trên việc đánh giá kỹ lưỡng bệnh nhân, bao gồm nhưng không giới hạn ở tập vận động, giáo dục, và thay đổi hành vi, được thiết kế để cải thiện tình trạng thể chất và tâm lý của những người mắc bệnh lý hô hấp mạn tính và thúc đẩy việc tuân thủ lâu dài các hành vi nâng cao sức khoẻ. Chương trình phục hồi chức năng hô hấp là chương trình đa thành phần với sự phối hợp liên ngành, trong đó tập vận động là thành phần cốt lõi gồm các bài tập tăng sức bền và tăng sức mạnh cơ. Ngoài ra giáo dục sức khoẻ, tư vấn và can thiệp điều trị dinh dưỡng và hỗ trợ tâm lý là những thành phần cần thiết giúp bổ sung và hoàn chỉnh chương trình. Các can thiệp PHCNHH cần được cá thể hoá theo nhu cầu riêng của bệnh nhân, dựa trên các đánh giá ban đầu và liên tục, bao gồm mức độ nặng của bệnh, mức độ phức tạp, và các bệnh đồng mắc. Phục hồi chức năng hô hấp có thể khởi đầu ở bất cứ giai đoạn nào của bệnh, trong giai đoạn ổn định hoặc khởi đầu sớm ngay sau đợt cấp của bệnh. Bài tổng quan này nhằm tìm hiểu vai trò của



phục hồi chức năng hô hấp trong các bệnh lý hô hấp mạn tính và cấu trúc, cách thức tổ chức một chương trình phục hồi chức năng hô hấp hiệu quả ở nhóm bệnh nhân này.

CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP VỚI CÁC BỆNH PHỔI MẠN TÍNH

Phạm Thị Lệ Quyên
Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai

Pulmonary rehabilitation (PR) is recognized as a core component of the management of patients with chronic respiratory disease. Evidence from randomized controlled clinical trials has shown that PR reduces dyspnea, increases exercise capacity, and improve quality of life in individuals with chronic respiratory disease (including chronic obstructive pulmonary disease patients and other chronic respiratory diseases). PR is a comprehensive intervention based on a thorough patient assessment followed by patient tailored therapies that include, but are not limited to, exercise training, education, and behavior change, designed to improve the physical and psychological condition of people with chronic respiratory disease and to promote the longterm adherence to health enhancing behaviors. PR is a multi-components programme with interdisciplinary coordination, where exercise training is the core component including endurance training exercises and muscle strength exercises. In addition, health education, nutritional interventions are essential components to help complement and complete the programme. PR interventions should be individualized to the patients' needs, based on initial and ongoing assessments, including disease severity, complexity, and comorbidities. PR may be initiated at any stage of the disease, during periods of clinical stability or early initiated after an exacerbation. This review aims to understand the role of PR in chronic respiratory diseases, structure of a PR programme, and how to organize an effective PR programme in this group of patients.

LỰA CHỌN KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN DO VI KHUẨN GRAM ÂM KHÁNG THUỐC: HƯỚNG DẪN IDSA 2022

Nguyễn Hoàng Anh
Trung tâm DI&ADR Quốc gia, trường Đại học Dược Hà Nội;
Đơn vị Dược lâm sàng - Thông tin thuốc, Khoa Dược, bệnh viện Bạch Mai

Nhiễm khuẩn bệnh viện do các vi khuẩn đa kháng thuốc (*Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem) hiện đang trở thành thách



thức lớn trong thực hành lâm sàng, làm gia tăng bệnh suất và tử suất đặc biệt trên các bệnh nhân nặng. Tình trạng gia tăng đề kháng của vi khuẩn đã làm cho phác đồ kháng sinh hiện có điều trị các nhiễm khuẩn này rất hạn chế, chủ yếu sử dụng phối hợp carbapenem, colistin, fosfomycin, aminoglycosid, tigecyclin trong đó colistin đóng vai trò chủ đạo trong phác đồ. Trong bối cảnh đó, việc áp dụng các nguyên tắc PK/PD cân nhắc đến biến thiên cá thể về dược động học và dịch tễ kháng thuốc của vi sinh vật gây bệnh trong lựa chọn và tối ưu chế độ liều của kháng sinh bao gồm cân nhắc liều nạp, ưu tiên sử dụng liều cao, đưa thuốc tại chỗ (khí dung) và theo dõi điều trị thông qua nồng độ thuốc trong máu (TDM) là một trong những giải pháp cần được cân nhắc giúp tăng hiệu quả điều trị, giảm thiểu độc tính và cải thiện tiên lượng của bệnh nhân. Tuy nhiên, độc tính giới hạn bởi liều, đặc điểm dược động học biến thiên giữa các cá thể là nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ thành công lâm sàng và vi sinh của phác đồ hiện tại trong đó có colistin còn chưa cao. Các kháng sinh mới (beta-lactam và không beta-lactam) được nghiên cứu phát triển trong 10 năm trở lại đây hiện có nhiều ưu điểm so với các kháng sinh kinh điển và được các hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn cập nhật của IDSA và ESCMID khuyến cáo ưu tiên trong điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm đa kháng. Hiểu biết về đặc tính PK/PD để tối ưu chế độ liều, giám sát vi sinh chặt chẽ, lựa chọn và chỉ định phù hợp dựa trên phân tầng nguy cơ và kết quả kháng sinh đồ, cân nhắc chi phí/hiệu quả là các chiến lược quan trọng trong chương trình quản lý kháng sinh với các kháng sinh mới này. Bài trình bày sẽ cập nhật thông tin về đặc tính PK/PD, tối ưu chế độ liều của các kháng sinh cũ và các kháng sinh mới trong phác đồ và đề xuất các khuyến cáo áp dụng trong thực hành.



ĐƠN VỊ TÀI TRỢ

Tài trợ Kim Cương



Tài trợ Vàng



Tài trợ Bạc



Tài trợ Đồng



Đồng tài trợ



Daiichi-Sankyo

Tài trợ Khác





HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM

Địa chỉ: 108 Hoàng Như Tiếp, P. Bồ Đề, Q. Long Biên, Hà Nội

Điện thoại: 0243 629 1207

Email: hoihohapvietnam@gmail.com

Website: hoihohapvietnam.org

