

Hướng tới Hội nghị Hô hấp Châu Á - Thái Bình Dương lần thứ 24 - APSR 2019

14 - 17/11/2019 - Trung tâm Hội nghị Quốc gia, Hà Nội, Việt Nam



Kỷ Niệm

ĐẠI HỘI HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM NHIỆM KỲ 2019 - 2024

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM 2019

ANNUAL CONGRESS OF VIETNAM RESPIRATORY SOCIETY 2019

18 - 20/07/2019, HẠ LONG - VIETNAM



EVIS EXERA III



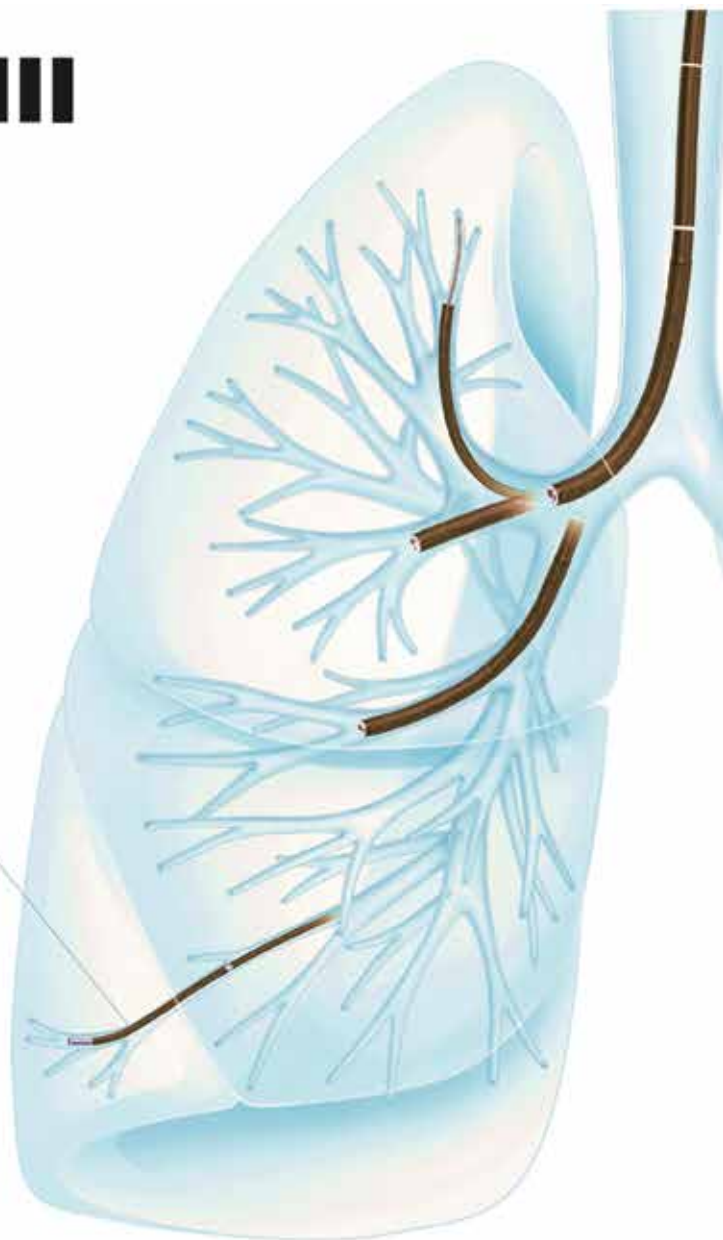
Insertion Tube
Rotation Function



Video image with
3.1mm distal tip



Increase 210° UP
angulation



EXTEND YOUR REACH

Go further with the new ultra-slim video bronchoscope

Experience BF-XP190 the world's slimmest full video bronchoscope with our unique Insertion Tube Rotation Function and increased angulation for easy access to the peripheral.

OLYMPUS

Mục Lục

I. BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG TỔNG KẾT CÔNG TÁC GIAI ĐOẠN 2014 - 2019 PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG 2019 - 2024	1
II. DANH SÁCH BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ	7
III. CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN	8
IV. MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ	16
V. TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ	23



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

THƯ CHÀO MỪNG CỦA CHỦ TỊCH HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM



Kính gửi:

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

Hội Hô hấp Việt Nam xin chào mừng các quý đồng nghiệp tham gia Hội nghị khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam năm 2019 tại Thành phố Hạ Long!

Trong suốt những năm qua, dưới sự cho phép của Ban đối ngoại Trung ương Đảng, của Bộ Y tế, của Tổng hội Y học Việt Nam và với sự hợp tác, hỗ trợ của các đơn vị liên quan, Hội Hô hấp Việt Nam đã tổ chức thành công nhiều kỳ Hội nghị khoa học. Tiếp nối thành công của Hội nghị thường niên Hội Hô hấp Việt Nam trong những năm qua, năm 2019, Hội Hô hấp Việt Nam sẽ tổ chức Hội nghị Khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam tại thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh từ ngày 18 đến 20 tháng 7 năm 2019.

Hội Hô hấp Việt Nam bao gồm hơn 800 thành viên là các Giáo sư, Tiến Sĩ, Bác Sĩ, Kỹ thuật viên, nhân viên y tế tại các bệnh viện, đại học, tổ chức y tế trên toàn quốc. Nhằm nâng cao chất lượng trong nghiên cứu, chẩn đoán, điều trị các bệnh về hô hấp của các thành viên Hội.

Hội Hô hấp Việt Nam đang từng bước phát triển và đóng góp một phần sức lực của mình. Tham gia hội nghị khoa học thường niên Hội Hô hấp Việt Nam, quý đồng nghiệp có cơ hội trao đổi kiến thức và tiếp xúc với các chuyên gia trong nước và quốc tế là các Giáo sư, Tiến sỹ, Bác sỹ đến từ Hội Lồng ngực Mỹ, Hội Hô hấp Châu Âu, Hội Hô hấp Châu Á - Thái Bình Dương, Hội Phổi Pháp - Việt...

Để Hội nghị được 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.

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



GS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU

BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG TỔNG KẾT CÔNG TÁC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019 PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG 2019 – 2024



PHẦN 1: KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG GIAI ĐOẠN 2014 - 2019

Từng bước đổi mới hoạt động của Hội, để Hội dần trở thành tổ chức xã hội nghề nghiệp, đoàn kết hợp tác, hoạt động có hiệu quả. Góp phần thiết thực bảo vệ sức khỏe cho người dân, phòng và điều trị bệnh Hô hấp.

Sau đây là kết quả tóm tắt các hoạt động của Hội Hô Hấp Việt Nam giai đoạn 2014 - 2019.

I. VỀ TỔ CHỨC CỦA HỘI

a) Về hội viên:

Tổng số hội viên: 856 Hội viên

b) Việc kiện toàn tổ chức Hội (tổ chức Đại hội, hội nghị thường niên; họp Ban Chấp hành, Ban Thường vụ theo quy định của Điều lệ Hội, kiện toàn Ban Lãnh đạo, các chức danh chủ chốt...)

- Nhân sự Hội nhiệm kỳ đầu tiên (2014 - 2019):

+ Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam: GS.TS. Ngô Quý Châu, Phó giám đốc BV Bạch Mai - Hà Nội, Giám đốc Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai.

+ Ban Thường vụ: Gồm 15 thành viên, Ban Chấp hành và 51 thành viên là các thầy thuốc, giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên ngành hô hấp trên khắp cả nước.

+ Các Phó chủ tịch Hội: PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan; GS.TS. Đỗ Quyết; PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước; PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn; GS.TSKH. Dương Quý Sỹ; PGS.TS. Chu Thị Hạnh; TS.BS. Nguyễn Văn Thành.

+ Tổng Thư ký: PGS.TS. Vũ Văn Giáp. Phó tổng Thư ký: TS. Nguyễn Thanh Hồi; TS. Lê Thượng Vũ.

II. CÁC KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CỦA HỘI

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

1. Phát triển Hội

Hội Hô hấp Việt Nam có khoảng 856 Hội viên. Hội viên Hội Hô hấp Việt Nam có mặt trên hầu hết khắp các tỉnh/thành phố trong cả nước, trải dài các tỉnh Bắc, Trung, Nam. Công tác phát triển Hội viên luôn được chú trọng phát triển cả số lượng lẫn chất lượng.



BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG TỔNG KẾT CÔNG TÁC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019 PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG 2019 – 2024

2. Các hoạt động chuyên môn

2.1. Công tác đào tạo

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

- Hỗ trợ chuyên môn, thúc đẩy các đơn vị, Bệnh viện đầu tư xây dựng trung tâm Hô hấp với các trang thiết bị mới, hiện đại nhằm thực hiện tốt vai trò chỉ đạo tuyến cho chuyên ngành hô hấp.

- Mở lớp đào tạo liên tục cập nhật kiến thức, kỹ năng về chuyên môn và cấp chứng chỉ cho học viên, bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên cho các tuyến.

- Tổ chức các buổi Hội thảo, Hội nghị với các chủ đề cập nhật có tính thời sự và quan trọng, thu hút sự quan tâm và tham gia của nhiều chuyên ngành liên quan.

- Tổ chức Hội nghị Khoa học thường niên Hội Hô Hấp Việt Nam với sự tham gia của nhiều Giáo sư, Phó giáo sư đầu ngành, các chuyên gia quốc tế với các báo cáo chất lượng.

2.2. Công tác khoa học

- Phối hợp với bệnh viện Bạch Mai, Dự án phòng chống Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và Hội Hô hấp Hà Nội tổ chức Hội nghị khoa học hưởng ứng ngày Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính toàn cầu diễn ra ngày 16/11/2018 tại bệnh viện Bạch Mai.

- Nhiều đề tài đã được lựa chọn báo cáo tại các Hội nghị khoa học Quốc tế và khu vực.

- Tham gia các Hội nghị khoa học Quốc tế và khu vực:

- + Hội nghị Hội Hô hấp Châu Âu (ERS)

- + Hội Nghị Hội Lồng ngực Mỹ (ATS)

- + Hội nghị Hội Hô hấp Châu Á Thái Bình Dương (APSR)

Đặc biệt trong năm 2019, Hội Hô hấp Việt Nam sẽ là đơn vị chủ quản tổ chức Hội nghị Hô hấp Châu Á Thái Bình Dương (APSR) từ ngày 14 - 17/11/2019 tại Trung tâm Hội nghị Quốc gia, Hà Nội. Hội nghị mang tầm cỡ quốc tế dự kiến sẽ thu hút hơn 3000 đại biểu trên Thế giới.

2.3. Biên soạn và ấn bản sách, tài liệu chuyên môn

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

BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG TỔNG KẾT CÔNG TÁC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019 PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG 2019 – 2024



Hàng năm, Hội Hô hấp Việt Nam phối hợp với các Hội chuyên ngành và các tổ chức trong nước và nước ngoài xây dựng các khuyến cáo chẩn đoán điều trị cung cấp những nội dung khoa học hữu ích cho cán bộ y tế trong công tác chăm sóc các bệnh nhân hô hấp và các bệnh đồng mắc. Tài liệu mang tính hướng dẫn cao, có tính khái luận sâu và đã có được cái nhìn toàn diện, phương hướng rõ ràng, hợp lý trong chẩn đoán, điều trị, đồng thời cung cấp kiến thức cập nhật trên cơ sở áp dụng thực tế tại Việt Nam và đã trở thành tài liệu rất hữu ích cho công tác khám, điều trị.

Ngoài ra, hàng năm Hội Hô hấp Việt Nam cũng thực hiện chuyển ngữ một số tài liệu quốc tế (GOLD, GINA) nhằm tạo điều kiện cho các bác sỹ trên khắp cả nước tiếp cận với các nguồn tài liệu chính thống và cập nhật dễ dàng hơn.

3. Hoạt động đối ngoại, hợp tác quốc tế

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

Các Hội viên Hội Hô hấp Việt Nam thường xuyên tham dự, được tham gia báo cáo, làm chủ tọa đoàn tại các Hội nghị khoa học thường niên của các Hội chuyên ngành uy tín trên Thế giới như: Hội nghị khoa học của Hội lồng ngực Mỹ (ATS), Hội Hô hấp Châu Âu (ERS), Hội Hô hấp Châu Á Thái Bình Dương (APSR)...

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

Ký kết thỏa thuận hợp tác với Hội Hô hấp Châu Âu ngày 10/06/2018. Đây là bước đệm có ý nghĩa quan trọng để hiệp hội chuyên ngành Hô hấp của Việt Nam kết nối với các Hiệp Hội Hô hấp trên Thế giới.

Tăng cường các hoạt động hợp tác trong nước cũng như Quốc tế nhằm tạo điều kiện cho Hội viên có cơ hội học tập, chia sẻ các kiến thức chuyên môn với các đồng nghiệp, bạn bè trong nước và quốc tế. Hợp tác với bệnh viện National Jewish Health - Hoa Kỳ, Hội Lồng ngực Mỹ (ATS).



BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG TỔNG KẾT CÔNG TÁC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019 PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG 2019 – 2024

4. Việc thực hiện nhiệm vụ được cơ quan có thẩm quyền giao

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

5. Công tác khen thưởng - kỷ luật

- Trong nhiệm kỳ 5 năm, Bộ Y tế đã ra quyết định khen thưởng cho tập thể Hội Hô hấp Việt Nam và 12 thành viên Ban chấp hành Hội Hô hấp Việt Nam và 03 chuyên gia nước ngoài có đóng góp tích cực vào hoạt động Hội.
- Tổng Hội Y học Việt Nam đã ra quyết định khen thưởng cho tập thể Hội Hô hấp Việt Nam và 11 thành viên Ban chấp hành Hội Hô hấp Việt Nam cùng 05 chuyên gia nước ngoài có đóng góp tích cực vào hoạt động Hội.
- Hội tặng giấy khen cho các thành viên Hội và 03 chuyên gia nước ngoài có đóng góp tích cực vào các Hoạt động của Hội.

III. NHỮNG THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN

1. Thuận lợi

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

BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG TỔNG KẾT CÔNG TÁC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019 PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG 2019 – 2024



2. Khó khăn

- Hội mới thành lập, còn non trẻ nên công tác quản lý, điều phối các hoạt động của Hội còn nhiều khó khăn.

- Không có nguồn thu ổn định.
- Các Hội viên chưa thực sự có ý thức tốt về việc đóng phí Hội viên.

IV. DỰ KIẾN PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG NHIỆM KỲ 2019 - 2024

1, Mục tiêu chung

- Nâng cao uy tín và vị thế của Hội trong nước và trên thế giới.
- Chuẩn bị cho Hội nghị Hô hấp Châu Á Thái Bình Dương diễn ra tại Hà Nội năm 2019.
- củng cố và nâng cao trình độ khoa học kỹ thuật, uy tín nghề nghiệp cho các hội viên.

2. Nội dung hoạt động

2.1. Phát triển hội viên mới

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

- Động viên các hội viên tham gia các Hội Hô hấp quốc tế, đặc biệt hội viên là các bác sĩ trẻ.

- Bảo vệ quyền lợi và danh dự của Hội viên.
- Tham vấn chuyên ngành trong các lĩnh vực có liên quan.
- Thu hút nhiều hội viên tích cực đóng góp vào các hoạt động của Hội.
- Đảm bảo cho Hội phát triển liên tục về số lượng và đặc biệt về chất lượng.

2.2. Cập nhật kiến thức cho hội viên qua các hình thức

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

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

2.3. Tổ chức vận động - thực hiện nghiên cứu khoa học

- Gợi ý các đề tài nghiên cứu khoa học chuyên ngành hô hấp.
- Hỗ trợ về mặt kỹ thuật trong thực hiện các đề tài nghiên cứu khoa học.



BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG TỔNG KẾT CÔNG TÁC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019 PHƯƠNG HƯỚNG HOẠT ĐỘNG 2019 – 2024

- Tiến hành nghiên cứu các đề tài của hội và mời gọi các hội viên tham gia.
- Góp phần thẩm định giá trị đề tài nghiên cứu khoa học.
- Tổ chức báo cáo và đăng báo, tạp chí các đề tài nghiên cứu khoa học trên các tờ tạp chí, tập san chuyên ngành.
- Khuyến khích và tài trợ các công trình nghiên cứu chuyên sâu về bệnh Hô hấp.
- Khuyến khích và hỗ trợ Hội viên đăng tải các nghiên cứu khoa học trên các tờ tạp chí, tập san chuyên ngành.
- Xây dựng các khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị một số bệnh Hô hấp.

2.4. Đẩy mạnh các hoạt động đối ngoại

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

TM. BAN THƯỜNG VỤ

CHỦ TỊCH



GS.TS. Ngô Quý Châu

DANH SÁCH BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ



STT	Họ và tên	Đơn vị	Nhiệm vụ
1	GS.TS. Ngô Quý Châu	Bệnh viện Bạch Mai	Trưởng ban Tổ chức
2	PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan	Đại học Y dược TP HCM	Phó trưởng ban thường trực
3	GS.TS. Đỗ Quyết	Học viện Quân Y, Hà Nội	Phó trưởng ban
4	PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước	Bệnh viện Việt Đức	Phó trưởng ban
5	PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn	Đại học Y dược Huế	Phó trưởng ban
6	GS.TSKH. Dương Quý Sỹ	Cao đẳng Y Lâm Đồng	Phó trưởng ban
7	PGS.TS. Chu Thị Hạnh	Bệnh viện Bạch Mai	Phó trưởng ban
8	TS.BS. Nguyễn Văn Thành	BVĐK TW Cần Thơ	Phó trưởng ban
9	PGS.TS. Nguyễn Hải Anh	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
10	PGS.TS. Phan Thu Phương	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
11	PGS.TS. Vũ Văn Giáp	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
12	TS. Đoàn Thị Phương Lan	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
13	ThS. Nguyễn Thị Diệu Hồng	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
14	ThS. Nguyễn Thanh Thủy	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
15	ThS. Vũ Thị Thu Trang	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
16	ThS. Nguyễn Thị Thanh Huyền	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
17	ThS. Phạm Thị Lệ Quyên	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
18	ThS. Hoàng Anh Đức	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
19	ThS. Nguyễn Ngọc Dư	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên
20	BS. Đào Ngọc Đức	Bệnh viện Bạch Mai	Thành viên



GS.TS. Ngô Quý Châu
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Chủ tịch Hội hô hấp Việt Nam
Phó giám đốc Bệnh viện Bạch Mai



GS.TS. Mai Trọng Khoa
Chủ tọa đoàn

Nguyên Phó Giám đốc
Bệnh viện Bạch Mai



GS.TS. Đỗ Quyết
Chủ tọa đoàn

Giám đốc Học viện Quân Y



GS.TS. Trần Văn Sáng
Chủ tọa đoàn

Nguyên Chủ nhiệm bộ môn Lao và
bệnh phổi - Đại học Y Hà Nội



GS.TSKH. Dương Quý Sỹ
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Hiệu trưởng Cao đẳng Y Lâm Đồng



GS.TS. Phạm Minh Thông
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai



GS.TS. Đinh Xuân Anh Tuấn
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Đại học Y Paris Descartes
Bệnh viện Cochin, Pháp



PGS.TS. Nguyễn Hải Anh
Chủ tọa đoàn

Nguyên Phó Giám đốc
Trung Tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Bộ môn Dược lý
Trường ĐH Dược Hà Nội



PGS.TS. Trần Quang Bính
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Giám Đốc Y Khoa BV Quốc Tế
City TP. Hồ Chí Minh
Nguyên Trưởng Khoa Bệnh Nhiệt Đới -
Hồi Súc Chống Độc - BV Chợ Rẫy



PGS.TS. Nguyễn Văn Đoàn
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Nguyên giám đốc trung tâm Dị ứng -
Miễn dịch lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Lê Tiến Dũng
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Bệnh viện Đại học Y Dược HCM

CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN



PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Nguyên trưởng khoa Nhi

Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Vũ Văn Giáp

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Giám đốc Trung tâm Hô Hấp

Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Chu Thị Hạnh

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Giám đốc Trung tâm Hô Hấp

Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Nguyễn Thanh Hôi

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Giám đốc BVĐK Quốc tế Hải Phòng



PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó chủ tịch VNRS



PGS.TS. Phạm Kim Liên

Báo cáo viên

Đại học Y Dược Thái Nguyên



PGS.TS. Trần Văn Ngọc

Chủ tọa đoàn

Khoa Hô hấp

Bệnh viện chợ Rẫy - TP. Hồ Chí Minh



PGS.TS. Nguyễn Viết Nhung

Chủ tọa đoàn

Giám đốc bệnh viện Phổi Trung ương



PGS.TS. Phan Thu Phương

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Giám đốc Trung tâm Hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Đỗ Kim Quế

Báo cáo viên

Phó Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất



PGS.TS. Tạ Bá Thắng

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Học viện Quân Y



PGS.TS. Nguyễn Đình Tiến

Chủ tọa đoàn

Chủ nhiệm khoa Lao và bệnh phổi

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Khoa Hồi sức tích cực
Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước
Chủ tọa đoàn

Trưởng khoa Phẫu thuật tim mạch và
lồng ngực – Bệnh viện Việt Đức



TS. Nguyễn Thu Anh
Chủ tọa đoàn

Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock



TS. Đào Ngọc Bằng
Báo cáo viên

Học viện Quân Y



TS. Lê Khắc Bảo
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Khoa Hô hấp
Bệnh viện Nhân Dân Gia Định



TS. Nguyễn Kim Cương
Báo cáo viên

Bệnh viện Phổi Trung ương



TS. Nguyễn Quang Đợi
Báo cáo viên

Trưởng khoa Hô hấp
Bệnh viện Đa khoa Hải Dương



TS. Ngô Vi Hải
Báo cáo viên

Khoa Phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện
Trung ương Quân đội 108



TS. Lê Thị Thu Hương
Báo cáo viên

Trưởng khoa Hô hấp
Bệnh viện Nhân dân Gia Định



PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn
Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Bệnh viện Trung ương Huế



TS. Đoàn Thị Phương Lan
Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai



TS. Nguyễn Hữu Lâm
Báo cáo viên

Giám đốc Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN



TS. Phạm Hữu Lư

Báo cáo viên

Bệnh viện Việt Đức



TS. Đỗ Thị Tường Oanh

Báo cáo viên

Nguyên trưởng khoa Hen – COPD

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch



TS. Đỗ Ngọc Sơn

Chủ tọa đoàn

Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock



TS. Nguyễn Văn Thành

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam



TS. Hoàng Thanh Thủy

Báo cáo viên

Bệnh viện Phổi Trung ương



TS. Nguyễn Văn Tình

Báo cáo viên

Bệnh viện K74



TS. Trần Anh Tuấn

Báo cáo viên

Bệnh viện Nhi đồng 1



TS. Lê Thượng Vũ

Báo cáo viên

Phó trưởng khoa Hô hấp

Bệnh viện Chợ Rẫy



BSCKII. Nguyễn Đình Duy

Báo cáo viên

Phó Giám đốc

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch



BSCKII. Hoàng Thị Lan Hương

Báo cáo viên

Trưởng khoa Hô hấp

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế



BS. Đào Ngọc Đức

Báo cáo viên

Trung tâm Hô Hấp

Bệnh viện Bạch Mai



BSCKII. Phan Thị Xuân

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Trưởng khoa Hồi sức cấp cứu

Bệnh viện Chợ Rẫy



ThS. Lê Thị Ba

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Nguyễn Ngọc Dư

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Hoàng Anh Đức

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Võ Minh Hiền

Báo cáo viên

Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa



ThS. Lê Hoàn

Báo cáo viên

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội



BS. Phạm Đức Trọng

Báo cáo viên

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Đào Quỳnh Hương

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Điều dưỡng trưởng, Trung tâm hô hấp -

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. BS. Lê Bảo Huy

Báo cáo viên

Bệnh viện Thống Nhất



ThS. Nguyễn Thị Thanh Huyền

Báo cáo viên

Trung tâm Hô Hấp

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Phạm Thị Kim Nhung

Báo cáo viên

Bệnh viện Quân Y 103

CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN



ThS. BS Nguyễn Thị Phụng

Báo cáo viên

Khoa Hô hấp – Bệnh Viện Chợ Rẫy



ThS. Phạm Thị Lệ Quyên

Chủ tọa đoàn - Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Bùi Minh Thu

Chủ tọa đoàn

Trưởng phòng Điều dưỡng

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Cao Thị Mỹ Thúy

Báo cáo viên

Trưởng Khoa Nội Hô hấp

BVĐK Trung Ương Cần Thơ



ThS. Nguyễn Thanh Thủy

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Vũ Thị Thu Trang

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Vũ Thành Trung

Báo cáo viên

Trung tâm điện quang

Bệnh viện Bạch Mai



ThS.BS. Mạc Thế Trường

Báo cáo viên

Khoa phẫu thuật lồng ngực

Bệnh viện Bạch Mai



ThS. Nguyễn Như Vinh

Báo cáo viên

Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM



BSNT. Phạm Ngọc Hà

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



BS. Nguyễn Ngọc Phúc

Báo cáo viên

Khoa Hô hấp

Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP.HCM



BS. Nguyễn Ngọc Khánh

Báo cáo viên

Bệnh viện Phổi Đồng Nai



BS. Phạm Thị Phương Anh

Báo cáo viên

Bệnh viện Bạch Mai



BS. Dương Thiên Bảo

Báo cáo viên

Bệnh viện Nhân Dân Gia Định



BS. Hồ Sĩ Dũng

Báo cáo viên

Trung tâm Hô hấp

Bệnh viện Thống Nhất



BS. Đặng Thành Đô

Báo cáo viên

Bệnh viện Bạch Mai



BS. Cao Trung Đức

Báo cáo viên

Bệnh viện Bạch Mai



BS. Nguyễn Minh Sang

Báo cáo viên

Khoa Hô hấp Dự ứng

Bệnh viện Hữu Nghị



BS. Nguyễn Hữu Hoàng

Báo cáo viên

Bệnh viện Nhân dân Gia Định



BS. Lê Nhật Huy

Báo cáo viên

Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

CHỦ TỌA ĐOÀN - BÁO CÁO VIÊN



BS. Nguyễn Đức Linh

Báo cáo viên

Bệnh viện Bạch Mai



BS. Phạm Văn Luận

Báo cáo viên

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



BS. Nguyễn Đức Nghĩa

Báo cáo viên

Bệnh viện Bạch Mai



BS. Trịnh Hồng Nhiên

Báo cáo viên

Bệnh viện Nhi Đồng TP Hồ Chí Minh



BS. Đào Ngọc Phú

Báo cáo viên

Bệnh viện Bạch Mai



DS. Nguyễn Thu Minh

Báo cáo viên

Khoa dược

Bệnh viện Bạch Mai



CN. Nguyễn Thị Huế

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



CN. Vũ Thị Hải Yến

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



CN. Đỗ Thành Đô

Báo cáo viên

Trung tâm hô hấp

Bệnh viện Bạch Mai



MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

STT	Tên bài	Tác giả	Trang
1	Cập nhật chẩn đoán và điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	GS.TS. Ngô Quý Châu Chủ tịch VNRS	23
2	Cập nhật chẩn đoán và điều trị Hen theo GINA 2019	PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan Phó chủ tịch VNRS	24
3	Trí tuệ nhân tạo trong bệnh học hô hấp	GS.TS. Đinh Xuân Anh Tuấn Đại học Y Paris Descartes Bệnh viện Cochin, Pháp	25
4	Chức năng hô hấp trong chẩn đoán sớm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	GS.TS. Đinh Xuân Anh Tuấn Đại học Y Paris Descartes Bệnh viện Cochin, Pháp	26
5	Xử trí đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	ThS. Cao Thị Mỹ Thúy Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ	31
6	Điều trị bộ 3 trong COPD, có phải là giải pháp tối ưu?	BSCKII. Nguyễn Đình Duy Phó Giám đốc Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch	32
7	Điều trị sinh học trong hen phế quản nặng: Thực tiễn hiện nay và ứng dụng tại Việt Nam	GS.TSKH. Dương Quý Sỹ Phó Chủ tịch VNRS	33
8	Hen nặng khó điều trị và kỹ năng thực hành của thầy thuốc ở Việt Nam	TS. Nguyễn Văn Thành Phó Chủ tịch VNRS	35
9	Tiếp cận mới trong chẩn đoán và điều trị hội chứng chống lấp Hen – COPD	TS. Đỗ Thị Tường Oanh Đại học Y Phạm Ngọc Thạch	38
10	Xử trí cơn hen phế quản cấp	PGS.TS. Nguyễn Văn Đoàn Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai	39
11	Điều trị giãn phế quản ổn định và vai trò của Macrolide	PGS.TS. Nguyễn Thanh Hồi BVĐK Quốc tế Hải Phòng	44
12	Điều trị đợt cấp giãn phế quản	TS. Đoàn Thị Phương Lan Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	45
13	Nút động mạch phế quản trong điều trị ho ra máu nặng	GS.TS. Phạm Minh Thông Phó Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai	46
14	Cập nhật chẩn đoán và điều trị viêm phổi cộng đồng người lớn	PGS.TS. Lê Tiến Dũng Bệnh viện Đại học Y Dược HCM	48

MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ



STT	Tên bài	Tác giả	Trang
15	Viêm phổi cúm	TS. Lê Thị Thu Hương Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhân Dân Gia Định	52
16	Tối ưu hóa thông khí không xâm nhập điều trị đợt cấp BPTNMT	TS. Đỗ Ngọc Sơn Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai	53
17	Cập nhật chẩn đoán và điều trị ARDS	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn Khoa HSTC - Bệnh viện Bạch Mai	54
18	Kiểm soát đường thở khó	TS. Đỗ Ngọc Sơn Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai	56
19	Chẩn đoán, điều trị NTM: Thách thức tại Việt Nam	TS. Nguyễn Kim Cương Bệnh viện Phổi Trung ương	60
20	Cập nhật chẩn đoán và điều trị Lao tiềm ẩn	TS. Nguyễn Hữu Lân Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch	62
21	Lao kháng đa thuốc - Thực trạng và giải pháp ở Việt Nam	TS. Hoàng Thanh Thuỷ Chương trình chống lao Quốc gia Bệnh viện Phổi Trung ương	63
22	Kinh nghiệm phẫu thuật các khối U trung thất lớn tại bệnh viện Bạch Mai	ThS.BS. Mạc Thế Trường Khoa PTLN - Bệnh viện Bạch Mai	65
23	Kết quả bước đầu điều trị một số bệnh lý lồng ngực bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ dưới gây mê không đặt ống thở tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	TS. Phạm Hữu Lư Bệnh viện Việt Đức	66
24	Kết quả dài hạn phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi giai đoạn sớm	PGS.TS. Đỗ Kim Quế Phó giám đốc Bệnh viện Thống Nhất	68
25	Kết quả bước đầu của nội soi giảm thể tích phổi bằng van một chiều điều trị bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có khí phế thũng nặng	TS. Đào Ngọc Bằng Học viện Quân Y	70
26	Dò khí quản thực quản mắc phải ở trẻ em: Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp và tổng quan y văn	BS. Nguyễn Ngọc Phúc Khoa Nhi - Bệnh viện Nhi đồng 1	71
27	Giá trị của xét nghiệm D-Dimer và phối hợp thang điểm Wells, Geneva cải tiến trong chẩn đoán tắc động mạch phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	ThS. Nguyễn Quang Đợi Trưởng khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Hải Dương	73



MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

STT	Tên bài	Tác giả	Trang
28	Nghiên cứu tỷ lệ kháng Insulin và Đái tháo đường trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	BSCCKII. Hoàng Thị Lan Hương Trưởng khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế	76
29	Tỷ lệ và yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	ThS. Nguyễn Quang Đợi Trưởng khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Hải Dương	77
30	Những tiến bộ trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ	PGS.TS. Tạ Bá Thắng Học viện Quân Y	78
31	Vai trò con đường tín hiệu PD-1/PD-L1 trong ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC)	ThS.BS. Nguyễn Thị Phụng Khoa Hô hấp Bệnh Viện Chợ Rẫy	79
32	Chuyển dạng ung thư phổi tế bào nhỏ ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến có đột biến gen EGFR dương tính kháng thuốc TKI: Một vấn đề chưa được làm rõ	BS. Phạm Văn Luận Bệnh viện TW Quân đội 108	80
33	Thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) trong viêm phổi trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi	PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn Bệnh viện Trung ương Huế	84
34	Điểm mới trong chẩn đoán điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới ở trẻ em	PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng Khoa Nhi - Bệnh viện Bạch Mai	85
35	Mềm sụn thanh quản ở trẻ em - Cập nhật chẩn đoán & điều trị	TS. Trần Anh Tuấn Bệnh viện Nhi Đồng 1	87
36	Đồng thuận liệu pháp khí dung trong điều trị bệnh lý hô hấp thường gặp ở trẻ em	PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn BV Trung ương Huế	88
37	Điều trị nhiễm nấm Aspergillus xâm lấn	PGS.TS. Chu Thị Hạnh PGĐ Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	89
38	Chẩn đoán nhiễm nấm Candida xâm lấn	BSCCKII. Phan Thị Xuân Trưởng khoa HSCC Bệnh viện Chợ Rẫy	94

MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ



STT	Tên bài	Tác giả	Trang
39	Điều trị nhiễm nấm Candida xâm lấn	PGS.TS. Trần Quang Bình Phó Giám Đốc Y Khoa BV Quốc Tế City TP. Hồ Chí Minh Nguyên Trưởng Khoa Bệnh Nhiệt Đới - Hồi Súc Chống Độc - Bệnh viện Chợ Rẫy	95
40	Can thiệp đốt điện đông qua nội soi ống cứng điều trị u khí quản	PGS.TS. Vũ Văn Giáp Tổng thư kí Hội hô hấp Việt Nam PGĐ Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	96
41	Đặt stent điều trị sẹp hẹp khí quản	ThS. Nguyễn Ngọc Dư Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	98
42	Thăm dò chức năng hô hấp tiền phẫu	PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan Phó chủ tịch VNRS	99
43	Hướng dẫn thực hành cai thuốc lá	ThS. Nguyễn Thanh Thủy Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	102
44	Yếu tố tiên lượng đợt cấp COPD	ThS. Nguyễn Thị Thanh Huyền Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	102
45	Một số lưu ý về liệu pháp oxy	CN. Nguyễn Thị Huế Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	103
46	Kỹ thuật lấy bệnh phẩm hô hấp	ThS. Đào Quỳnh Hương Điều dưỡng trưởng Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	105



MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

STT	Tên bài	Tác giả	Trang
47	Chăm sóc bệnh nhân thở máy không xâm nhập	CN. Đỗ Thành Đô Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	109
48	Chăm sóc bệnh nhân trước và sau đặt dẫn lưu màng phổi	CN. Vũ Thị Hải Yến Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	110
49	Sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp dưới dựa trên dược động học/ dược lực học	PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh Bộ môn Dược lý Trường ĐH Dược Hà Nội	112
50	Vai trò của thuốc trong điều trị cai thuốc lá	ThS. Phạm Thị Lệ Quyên Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	113
51	Tối ưu chế độ điều Ceftazidim cho bệnh nhân mắc đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thông qua mô phỏng dược động học/dược lực học	DS. Nguyễn Thu Minh Khoa Dược - Bệnh viện Bạch Mai	114
52	Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ trong bệnh hen và COPD	GS.TSKH. Dương Quý Sỹ Giám đốc trường Cao Đẳng Y tế Lâm Đồng	116
53	Tiếp cận xử trí chồng lấp OSA và hội chứng giảm thông khí phế nang	TS. Lê Khắc Bảo Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhân Dân Gia Định	120
54	Biến chứng tim mạch ở bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ	PGS.TS. Vũ Văn Giáp Tổng thư ký Hội hô hấp Việt Nam PGD Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	122
55	Hội chứng ngưng thở khi ngủ và COPD	ThS. Lê Thị Ba Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	123
56	Quản lý Hen ở bệnh nhân thai sản	ThS. Nguyễn Như Vinh Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM	124

MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ



STT	Tên bài	Tác giả	Trang
57	Đặc điểm mật độ xương và một số yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa hô hấp Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên	PGS.TS. Phạm Kim Liên ĐH Y Dược Thái Nguyên	125
58	Đánh giá hiệu quả can thiệp trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tỉnh Nghệ An	BS. Lê Nhật Huy Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An	128
59	Đặc điểm giải phẫu bệnh và đột biến EGFR ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Thống Nhất	PGS.TS. Võ Kim Quế PGD Bệnh viện Thống Nhất	130
60	Mối liên quan giữa đột biến yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR) với phân típ mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến phế quản theo IASLC/ATS/ERS 2011	ThS. Nguyễn Văn Tình Bệnh viện K74	132
61	Đánh giá hoạt tính tế bào giết tự nhiên (NKA) ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa	ThS. Phạm Thị Kim Nhung Bệnh viện Quân Y 103	132
62	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến phế quản theo IASLC/ATS/ERS 2011	ThS. Nguyễn Văn Tình Bệnh viện K74	134
63	Vai trò của sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của CLDT trong chẩn đoán u phổi ngoại biên tại Bệnh viện Thống Nhất	BS. Hồ Sĩ Dũng Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Thống Nhất	137
64	Vai trò của giao động xung khí trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	BS. Nguyễn Ngọc Khánh Bệnh viện Phổi Đồng Nai	136
65	Đặc điểm dịch tễ học - lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi	ThS. Võ Minh Hiền Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa	139
66	Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi do Klebsiella pneumoniae sinh ESBL tại bệnh viện Thống Nhất	ThS.BS. Lê Bảo Huy Bệnh viện Thống Nhất - Tp.HCM	141
67	Chồng lẩn COPD và OSA - Báo cáo ca lâm sàng	BS. Dương Thiên Bảo Bệnh viện Nhân dân Gia Định	144
68	Ca lâm sàng: Ngưng thở tắc nghẽn lúc ngủ nặng kết hợp với giảm thông khí phế nang	BS. Nguyễn Hữu Hoàng Bệnh viện Nhân dân Gia Định	145



MỤC LỤC TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

STT	Tên bài	Tác giả	Trang
69	Nhân một trường hợp Steven Johnson có tổn thương nghiêm trọng đường hô hấp	BS. Trịnh Hồng Nhiên Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Hồ Chí Minh	147
70	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và type mô bệnh học của bệnh nhân ung thư có tắc nghẽn đường thở trung tâm.	BS. Phạm Ngọc Hà Bệnh viện Bạch Mai	150
71	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân hẹp khí quản do căn nguyên không ác tính.	BS. Nguyễn Đức Linh Bệnh Viện Bạch Mai	151
72	Phân tích cụm các chỉ số NO thở ra (Feno, Cano và Jawno) ở bệnh nhân đến khám tại phòng khám hô hấp Bệnh viện Vinmec Time City	BS. Nguyễn Văn Đình và Cộng sự Bệnh viện Vinmec	153
73	Báo cáo ca lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn đa kháng	BS. Phạm Thị Phương Anh Đại học Y Hà Nội	155
74	Ho máu nặng do dị vật phế quản	BS. Nguyễn Đức Nghĩa Bệnh viện Bạch Mai	156
75	Báo cáo ca lâm sàng nấm phổi xâm nhập	BS. Đặng Thành Đô Bệnh viện Bạch Mai	157
76	Báo cáo ca lâm sàng viêm phổi sắc dầu	BS. Đào Ngọc Phú Bệnh viện Bạch Mai	158
77	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị tràn mủ màng phổi.	BS. Phạm Đức Trọng Đại học Y Hà Nội	159
78	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hỗ trợ bơm rửa màng phổi bằng nước muối sinh lý trong tràn dịch màng phổi do lao	BS. Cao Trung Đức Đại học Y Hà Nội	161
79	Giá trị của kỹ thuật gây khạc đờm trong chẩn đoán lao phổi AFB âm tính	BS. Nguyễn Minh Sang Khoa Hô hấp Dị ứng Bệnh viện Hữu Nghị	161
80	Xử lý hẹp khí quản bằng nội soi phế quản can thiệp	BS. Vũ Khắc Đại Bệnh viện Phổi Trung ương	163
81	Nội soi phế quản siêu âm: Một số kinh nghiệm bước đầu tại Việt Nam	ThS. Hoàng Anh Đức Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai	166

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

GS.TS. Ngô Quý Châu

Phó giám đốc Bệnh viện Bạch Mai

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam, nguyên gây bệnh hàng đầu là hút thuốc lá, thuốc lào và phơi nhiễm với khói, bụi trong môi trường.

Chẩn đoán BPTNMT nên được xem xét ở các bệnh nhân có các triệu chứng ho và khó thở mạn tính, tuy nhiên cần đo chức năng thông khí phổi để thiết lập chẩn đoán chính xác và tránh chẩn đoán quá mức những trường hợp có triệu chứng lâm sàng ho khạc đờm và khó thở mạn tính như lao phổi, giãn phế quản, hội chứng xoang phế quản...

Đánh giá toàn diện bệnh nhân BPTNMT ngay từ lần khám đầu tiên hoặc ngay sau đợt cấp dựa vào thang điểm đánh giá mức độ triệu chứng CAT, mMRC và đánh giá nguy cơ đợt cấp nhằm xếp loại và phân nhóm bệnh nhân A,B,C,D. Đánh giá phân loại bệnh nhân BPTNMT sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp.

Điều trị BPTNMT cần tối ưu hoá thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: Kháng cholinergic tác dụng kéo dài (LAMA), cường beta 2 tác dụng kéo dài (LABA) và kết hợp với ICS đối với những kiểu hình chồng lấp hen và COPD, 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. Đối với những trường hợp GOLD nhóm D, nhiều triệu chứng và nguy cơ cao cần áp dụng liệu pháp điều trị phối hợp 3 thuốc LAMA/LABA/ICS (triple therapy).

Các biện pháp điều trị không dùng thuốc bao gồm: Giảm thể tích phổi qua nội soi và đặt valve phế quản 1 chiều, phẫu thuật giảm thể tích phổi, hỗ trợ cai nghiện thuốc lá, phục hồi chức năng hô hấp, giáo dục bệnh nhân cũng đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị và quản lý bệnh nhân BPTNMT.

Những nghiên cứu về các phương pháp điều trị mới: tế bào gốc từ mô mỡ, tế bào gốc từ tủy xương trong điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang được nghiên cứu với các thử nghiệm phase III tại một số nước trong đó có Việt Nam có thể mang lại hy vọng mới cho các bệnh nhân BPTNMT.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HEN THEO GINA 2019

PGS. TS. BS Lê Thị Tuyết Lan

Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

GINA 2019 có nhiều thay đổi trong khuyến cáo điều trị trên nhóm bệnh nhân hen nhẹ. Bệnh nhân hen nhẹ vẫn có nguy cơ vào cơn hen nặng. Việc chỉ sử dụng thường xuyên SABA để cắt cơn liên quan đến các kết cục lâm sàng xấu như tăng nhập cấp cứu, tăng nguy cơ tử vong. Ở người lớn và trẻ trên 12 tuổi có hen bậc 1, GINA khuyến cáo xem xét sử dụng ICS liều thấp và SABA hoặc xem xét sử dụng ICS+formoterol giải nguy khi cần. Về hen nặng, GINA xuất bản hướng dẫn bỏ túi cho chẩn đoán và quản lý hen khó trị/hen nặng. Hen khó trị và/hoặc hen nặng chỉ được chẩn đoán sau khi đã đánh giá toàn diện và tối ưu hóa điều trị các bệnh nhân hen chưa kiểm soát. Hen nặng một nhóm nhỏ trong hen khó trị. Việc điều trị hen hen nặng hiện tại dựa trên phân loại kiểu hình hen nặng có viêm type 2 hoặc không viêm type 2.

UPDATE ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ASTHMA (GINA 2019)

Assoc Prof. Le Thi Tuyet Lan, MD., PhD.

Ho Chi Minh City Medicine and Pharmacy University

The GINA 2019 has many changes in management recommendations for patients with mild asthma. Mild asthma patients are still at risk for severe exacerbations. Frequent use of SABA alone is associated with poor clinical outcomes such as increasing emergency visits and increasing risk of death. In adults and children above 12 with asthma step 1, GINA recommends considering low-dose ICS and SABA as needed or ICS + formoterol as needed. Regarding severe asthma, GINA publishes a pocket guideline for diagnosing and managing of difficult-to-treat asthma / severe asthma. Difficult-to-treat asthma and/or severe asthma are diagnosed only after a comprehensive evaluation and optimization of uncontrolled asthma patients. Severe asthma is a subgroup of difficult-to-treat asthma. Severe asthma management currently is based on classification of Type 2 inflammation asthma or non-type 2 inflammation asthma.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG BỆNH HỌC HÔ HẤP

GS. TS. Đinh Xuân Anh Tuấn

Bệnh Viện Cochin, Đại Học Paris

Trí tuệ nhân tạo dựa trên nền tảng phát triển các thuật toán vi tính (nhân tạo) để thực hiện các tác vụ thường chỉ có thể thực thi bởi con người. Theo ý nghĩa đó, trí tuệ nhân tạo bao hàm rộng rãi các tiến trình học hỏi của hệ thống máy tính bao gồm machine learning (máy học), representation learning (học dựa trên thuộc tính đặc trưng), deep learning (học sâu), và natural language processing (xử lý ngôn ngữ tự nhiên). Hiện có ngày càng nhiều các chuyên ngành trong y học ứng dụng trí tuệ nhân tạo, dựa trên các thuật toán vi tính để truy tìm và xử lý các thông tin quan trọng từ nhiều nguồn (hay còn gọi Big Data) [2], nhằm hỗ trợ cho các quyết định lâm sàng thông qua việc “bắt chước” các khả năng chẩn đoán bệnh của con người (bác sĩ). Theo thuật ngữ lâm sàng, AI giúp cải thiện khả năng ra quyết định chẩn đoán và điều trị, dự đoán nguy cơ và phân loại bệnh trạng. Ví dụ, AI có thể xem xét các hình ảnh học y khoa và dựa vào tần xuất mắc của bệnh lý như là một cơ sở dữ liệu để trích xuất hình ảnh nào nên được ưu tiên diễn giải bởi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, hay khả năng phân tích các hình ảnh võng mạc để sàng lọc các bệnh nhân có vấn đề về thị lực nào cần thăm khám chuyên khoa ngay. AI bắt đầu thể hiện ảnh hưởng trong y học ở 3 phân tầng. Trước hết, cho các bác sĩ lâm sàng, AI cho phép diễn giải hình ảnh học nhanh hơn và chính xác hơn. Kế đến cho hệ thống y tế, AI giúp linh hoạt hóa các quy trình và có tiềm năng giảm thiểu sai sót y khoa. Và cuối cùng, cho người bệnh, AI ngày càng đóng góp nhiều hơn cho cá thể hóa chăm sóc y tế thông qua việc cho phép các cá nhân khỏe mạnh và bệnh lý khả năng sử dụng các cơ sở dữ liệu y tế của bản thân để tối ưu hóa chiến lược nâng cao sức khỏe. Tuy nhiên, AI vẫn còn nhiều hạn chế, bao gồm các vấn đề sai số, an toàn, bảo mật, và minh bạch thông tin cần được xem xét tổng thể nếu muốn AI không chỉ một cỗ máy thông minh, mà còn là một công cụ hữu ích phục vụ cho lợi ích của con người.

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN RESPIRATORY MEDICINE

Prof. Dinh Xuan Anh Tuan, MD., PhD.

Cochin Hospital, University of Paris

Artificial intelligence (AI) is based on the development of computer (artificial)-processed algorithms to perform tasks that normally can only be achieved by humans. In

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

that context, AI broadly encompasses a spectrum of computer-based learning processes, including machine learning, representation learning, deep learning, and natural language processing. An increasing number of medical specialties now use AI, based on computer-driven algorithms to retrieve and process relevant information from various sources (the so-called Big data), in order to assist clinical decision-making by mimicking human (physician) diagnostic abilities. In practical terms, AI technologies can help to improve diagnosis generation and therapy selection, risk predictions and stratifying disease stratification. For example, AI can examine radiology images and use the probability of disease as a basis to decide which images should be first interpreted by a human radiologist, or it could analyse retinal images to screen patients with a vision-threatening condition that needs to be rapidly referred to an ophthalmologist. AI is beginning to have an impact in medicine at three levels. First, for the clinicians, AI can markedly increase the speed and the accuracy of image interpretation. Secondly, for the health systems, AI can improve workflow and has the potential for reducing medical errors. Finally, for the patients, AI will increasingly contribute to personalized health care by enabling healthy and diseased individuals to derive from their own data optimal strategies to promote health. AI however still has many limitations, including bias, privacy, security, and lack of transparency, that need to be fully addressed if we want to make AI not only a clever, but also useful, non-human assistance to mankind.

CHỨC NĂNG HÔ HẤP TRONG CHẨN ĐOÁN SỚM BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

GS. TS. Đinh Xuân Anh Tuấn

Bệnh Viện Cochin, Đại Học Paris

Đối với hầu hết các chuyên gia, đặc biệt là các thành viên của Tổ chức GOLD, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) được chẩn đoán ở những bệnh nhân có tỉ lệ thể tích khí thở ra gắng sức trong 1 giây (FEV1) so với dung tích sống gắng sức (FVC) sau khi dùng thuốc dẫn phế quản nhỏ hơn 70% ($<0,70$). Vì FVC giảm tối thiểu trong các bệnh phổi tắc nghẽn (bao gồm hen và COPD), nên tỉ lệ FEV1/FVC giảm chủ yếu là do FEV1 thấp và điều này nên được sử dụng làm tiêu chí chẩn đoán chính cho COPD. Kể từ nghiên cứu của

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Fletcher và cộng sự, người ta đã chấp nhận rộng rãi rằng bệnh nhân COPD được đặc trưng bởi sự giảm nhanh FEV1. Tuy nhiên, sự suy giảm bình thường của FEV1 cũng có thể dẫn đến COPD ở những người có FEV1 đạt được tối đa thấp hơn ngưỡng chung của dân số. Dựa trên các tiêu chí hiện tại cho COPD (cụ thể là tỉ lệ FEV1/FVC thấp), nhiều người hút thuốc hiện tại (hoặc trước đây) có những đợt cấp, hạn chế hoạt động, bằng chứng về bệnh đường thở và được kê thuốc hô hấp, nhưng không bị suy giảm chức năng phổi (ví dụ: với tỉ lệ FEV1/FVC được bảo tồn). Những kết quả này cho thấy việc sử dụng riêng lẻ tỉ lệ FEV1/FVC mà không xem xét các thông số khác (bao gồm các triệu chứng hô hấp hay tỉ lệ đợt cấp trong những tháng trước đó) không phải là một tiêu chí nhạy hay chuyên biệt để chẩn đoán COPD.

LUNG FUNCTION IN THE EARLY DIAGNOSIS OF COPD

Prof. Dinh Xuan Anh Tuan, MD., PhD.

Cochin Hospital, University of Paris

For most experts, especially members of the GOLD Committee, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is diagnosed in patients whose ratio of the forced expiratory volume in 1 second (FEV1) to the forced vital capacity (FVC) after bronchodilator is less than 70% (<0.70). As FVC is minimally reduced in obstructive lung diseases (including asthma and COPD), reduction of FEV1/FVC ratio is mainly due to low FEV1 and this should be used as a key diagnostic criterion for COPD. Since the seminal study by Fletcher et al. it has been widely accepted that COPD patients are characterized by an accelerated decline in FEV1. Yet it is possible that a normal decline in FEV1 could also lead to COPD in persons whose maximally attained FEV1 is less than population norms. Based on the current criteria for COPD (namely low FEV1/FVC ratio), many current (or former) smokers have exacerbations, activity limitation, evidence of airway disease, and respiratory medications, yet without impaired lung function (i.e. with preserved FEV1/FVC ratio). These results suggest that the use of FEV1/FVC ratio in isolation without considering other parameters, including respiratory symptoms, exacerbations rates during the preceding months is neither a sensitive nor a specific criterion to diagnose COPD.

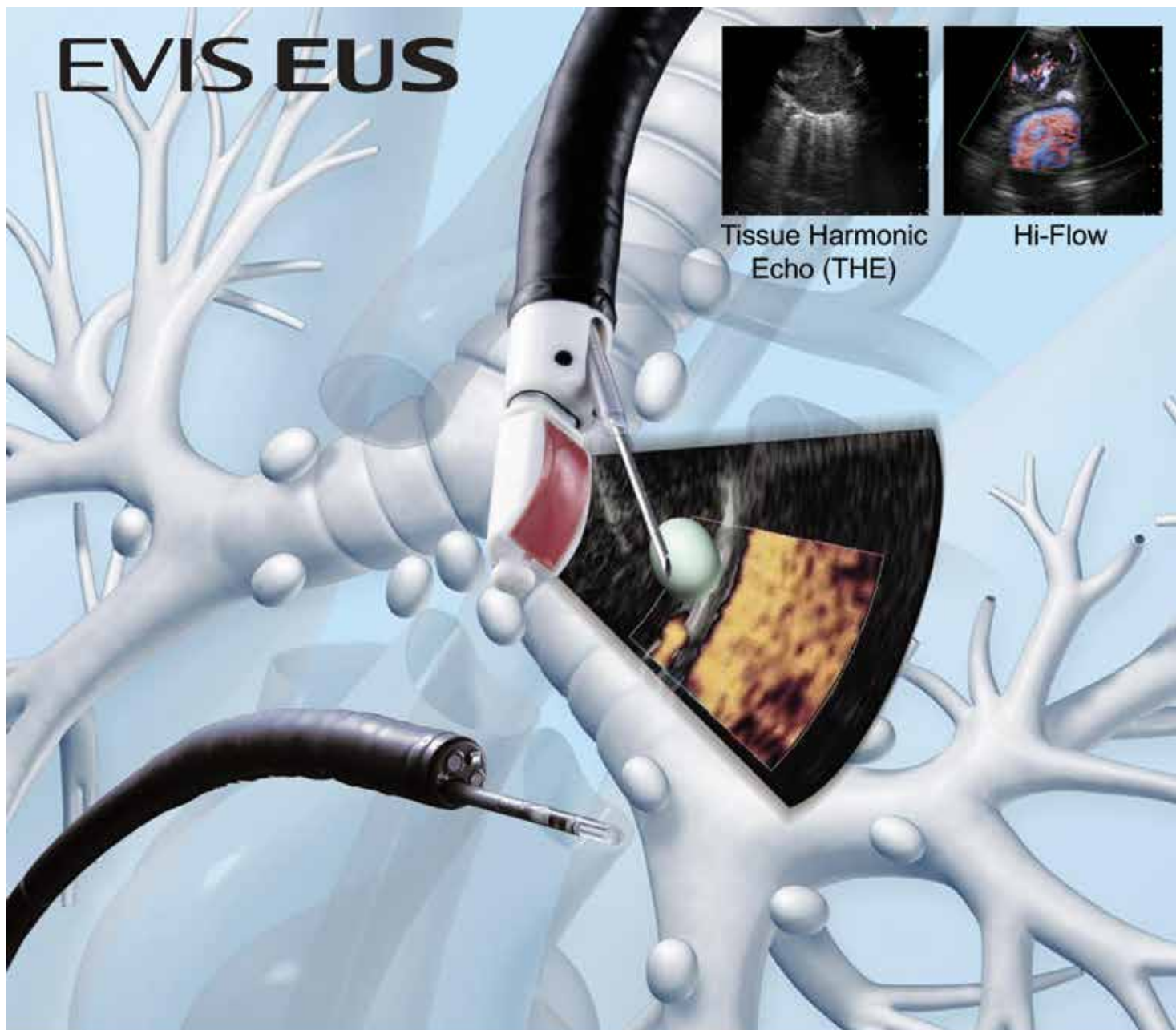
EVIS EUS



Tissue Harmonic
Echo (THE)



Hi-Flow



EXPAND EBUS OPTIONS

Integrating both electronic and mechanical scanning

Freedom to perform both EBUS-TBNA and Radial EBUS with greater clarity and sensitivity with the EU-ME2, a compact and comprehensive endobronchial ultrasound system ideal for staging and diagnosis of suspected lung cancer.

OLYMPUS[®]

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

Central Region (Balloon Contact Method)

UM-BS20-26R+MAJ-643R (2.8 mm or greater channel diameter)

Peripheral Region (Direct Contact Method)

UM-S30-25R (2.8 mm or greater channel diameter)

UM-2R/3R (2.8 mm or greater channel diameter)

UM-S30-20R (2.2 mm or greater channel diameter)

UM-S20-20R (2.2 mm or greater channel diameter)

UM-S20-17S (2.0 mm or greater channel diameter)

Guide sheath
compatible

Guide sheath
compatible

Guide sheath
compatible

Central Region

UM-BS20-26R

Peripheral Region

UM-S20-20R

UM-S20-17S plus Guide Sheath Kit

OLYMPUS

Endobronchial Ultrasound Probes

GUIDE SHEATH SYSTEM

Created to Help Improve Bronchoscopic Diagnosis

Devices to Diagnose Pulmonary Nodules

GuideSheathKit	Model Name	K-201	K-203
	Minimum Channel Diameter	2.0 mm	2.6 mm
	Guide Sheath	SG-200C	SG-201C
	Specification	Radiopaque distal tip for clear visibility under X-ray	
	Biopsy Forceps	FB-233D	FB-231D
	Specification	Oval, fenestrated cups	Oval, fenestrated cups, swinging type
	Cytology Brush	BC-204D-2010	BC-202D-2010
	Specification	Brush diameter Ø 2 mm, brush length 10 mm	
	EndoTherapy (ET) Stopper	3 pcs (white)	2 pcs (grey) + 1 pc. (white)
	Ultrasound (US) Stopper	1 pc. (white)	1 pc. (grey)

GuideSheathKit	Model Name	K-202	K-204
	Minimum Channel Diameter	2.0 mm	2.6 mm
	Guide Sheath	SG-200C	SG-201C
	Specification	Radiopaque distal tip for clear visibility under X-ray	
	Biopsy Forceps	FB-233D	FB-231D
	Specification	Oval, fenestrated cups	Oval, fenestrated cups, swinging type
	EndoTherapy (ET) Stopper	3 pcs (white)	2 pcs (grey) + 1 pc. (white)
	Ultrasound (US) Stopper	1 pc. (white)	1 pc. (grey)

Optional support devices

Guiding Device	Model Name	CC-6DR-1
	Minimum Channel Diameter	2.0 mm
	Specification	Rotatable, bendable tip (double-joint type), reusable
	Compatible GuideSheathKit	K-201,-202,-203,-204

Ultrasonic Probe	Model Name	UM-S20-17S	UM-S20-20R	UM-S30-20R
	Minimum Channel Diameter	2.0 mm	2.2 mm	2.2 mm
	Scanning Frequency	20 MHz	20 MHz	30 MHz
	Compatible GuideSheathKit	K-201,-202 (2.0 mm)	K-203,-204 (2.6 mm)	K-203,-204 (2.6 mm)

Specifications, design, and accessories are subject to change without any notice or obligation on the part of the manufacturer.

OLYMPUS

OLYMPUS EUROPA SE & CO. KG
Postbox 10 49 08, 20034 Hamburg, Germany
Wendenstrasse 14-18, 20097 Hamburg, Germany
Phone: +49 40 23773-0, Fax: +49 40 233765
www.olympus-europa.com



TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD

TS.BS. Cao Thị Mỹ Thuý

Trưởng Khoa Hô hấp - BVĐK TW Cần Thơ

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là tình trạng thay đổi cấp tính các biểu hiện lâm sàng: Khó thở tăng, ho tăng, khạc đờm tăng và hoặc thay đổi màu sắc của đờm. Những biến đổi này đòi hỏi phải có thay đổi trong điều trị. Đợt cấp COPD có tác động xấu đến chất lượng cuộc sống, thúc đẩy tiến triển bệnh, nhập viện và tử vong. Nguyên nhân gây đợt cấp thường gặp nhất là do nhiễm trùng, chiếm tới 70-80%. Mục tiêu điều trị đợt cấp COPD là giảm thiểu tác động của đợt cấp hiện tại và ngăn ngừa đợt cấp kế tiếp. Tùy theo mức độ nặng của đợt cấp và/ hoặc mức độ nặng của bệnh nền, đợt cấp COPD có thể được điều trị ngoại trú hay nội trú. Hơn 80% đợt cấp COPD được điều trị ngoại trú bằng thuốc, gồm dẫn phế quản, corticosteroids và kháng sinh. Các đợt cấp COPD nặng hay nguy kịch cần nhập viện và điều trị hỗ trợ hô hấp (thở oxy, thông khí) thêm vào điều trị thuốc. Ngay sau đợt cấp, các đánh giá thích hợp cho việc dự phòng các đợt cấp kế tiếp nên được bắt đầu ngay.

TREATMENTS FOR COPD EXACERBATION

Cao Thi My Thuy, MD., PhD.

Head of Respiratory Department - Can Tho Central General Hospital

Exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an acute change in clinical manifestations: increased dyspnea, increased cough, increased sputum and or changes in the color of the sputum. These changes require an additional therapy. COPD exacerbations have a negative impact on the quality of life of patients with COPD, accelerate disease progression, and can result in hospital admissions and death. The most common cause of acute exacerbation of COPD is infection, accounting for 70-80%. The goal for treatment of COPD exacerbations is to minimize the negative impact of the current exacerbation and to prevent subsequent events. Depending on the severity of an exacerbation and/or the severity of underlying disease, An exacerbation of COPD can be managed in either the outpatient or inpatient setting. More than 80% of COPD exacerbations are managed on an outpatient with pharmacological therapies

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

including bronchodilators, corticosteroids and antibiotics. Severe or life - threatening exacerbations of COPD should be managed in the hospital and received respiratory support (oxygen, ventilation) in addition to drug treatment. After an acute exacerbation, appropriate assessments for prevention of the future exacerbations should be initiated immediately.

ĐIỀU TRỊ BỘ 3 TRONG COPD, CÓ PHẢI LÀ GIẢI PHÁP TỐI ƯU?

BSCKII. Nguyễn Đình Duy

Phó giám đốc Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Liệu pháp điều trị bộ 3 cho Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) bao gồm một loại corticoid dạng hít (ICS), một chất chủ vận $\beta 2$ -LAB tác dụng dài (LABA) và thuốc đối kháng muscarinic tác dụng dài (LAMA) được sử dụng kết hợp. Liệu pháp điều trị bộ ba được GOLD khuyến cáo áp dụng cho những bệnh nhân bị cơn kịch phát thường xuyên mặc dù điều trị bằng thuốc giãn phế quản kép (liệu pháp ban đầu lựa chọn) hoặc kết hợp LABA / ICS (liệu pháp ban đầu thay thế). Mặc dù có bằng chứng về hiệu quả tốt hơn của liệu pháp bộ ba so với liệu pháp LABA / ICS và LAMA đơn trị liệu liên quan đến cải thiện về chức năng phổi, tình trạng sức khỏe và tần xuất cơn kịch phát, sự khác biệt của liệu pháp bộ ba khi so sánh với giãn phế quản kép (LABA / LAMA) vẫn chưa được biết. Vì việc sử dụng ICS có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh viêm phổi, điều quan trọng là phải đánh giá tỷ lệ nguy cơ / lợi ích của liệu pháp bộ ba trên mỗi cá thể điều trị và xác định khả năng mang lại lợi ích cao nhất cho bệnh nhân. Đã có nhiều bằng chứng cho vai trò của bạch cầu ái toan trong máu như là một dấu ấn sinh học để cân nhắc cho điều trị ICS. Tổng quan này đánh giá bằng chứng về sự an toàn và hiệu quả của liệu pháp bộ ba và đưa ra các bằng chứng triển vọng từ các nghiên cứu đang diễn ra. Khả năng điều trị cho những bệnh nhân có kiểu hình cơn kịch phát thường xuyên của liệu pháp thuốc giãn phế quản kép cũng được xem xét, cũng như rút ICS khỏi liệu pháp bộ ba ở những bệnh nhân mà sự sử dụng corticoid không có lợi ích.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

TREATMENT SET 3 IN COPD, MUST BE AN OPTIONAL SOLUTION?

Nguyen Dinh Duy, MD.

Deputy Director of Pham Ngoc Thach Hospital

Triple therapy for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) includes a type of inhaled corticosteroids (ICS), a long-acting β 2-LAB agonist (LABA) and long-acting muscarinic antagonist (LAMA) used in combination. Triple therapy is recommended by GOLD for patients with frequent exacerbations despite dual bronchodilator therapy (selected initial therapy) or a combination of LABA / ICS (banal therapy). head replacement). Although there is evidence of better efficacy of triple therapy compared to LABA / ICS and LAMA monotherapy relates to improvement in lung function, health status and frequency of exacerbations and other events. The specificity of triple therapy when compared with double bronchodilator (LABA / LAMA) is unknown. Because the use of ICS is associated with an increased risk of pneumonia, it is important to assess the risk / benefit ratio of triple therapy on each individual treatment and determine the ability to deliver. The highest benefit for patients. There has been much evidence for the role of eosinophils in the blood as a biomarker to consider for ICS treatment. This review assesses evidence of the safety and efficacy of triple therapy and provides promising evidence from ongoing studies. The ability to treat patients with frequent exacerbations of double bronchodilator therapy is also considered, as well as withdrawing ICS from triple therapy in patients whose use of corticosteroids is not beneficial.

ĐIỀU TRỊ SINH HỌC TRONG HEN PHẾ QUẢN NẶNG THỰC TIỄN HIỆN NAY VÀ ỨNG DỤNG TẠI VIỆT NAM

GS.TSKH. Dương Quý Sỹ

Hiệu trưởng Cao đẳng Y tế Lâm Đồng

Các chế phẩm sinh học có thể được sử dụng để điều trị hen nặng, đặc biệt là trong điều trị hen "dị ứng" hoặc hen với kiểu hình Th2. Một số chế phẩm sinh học đã được phát triển thành công để điều trị hen nặng. Hiện nay các chế phẩm sinh học đã được công nhận để điều trị hen dị ứng là Omalizumab, Benralizumab, Mepolizumab, Reslizumab và Dupilumab. Ở bệnh nhân bị hen, Omalizumab, là một kháng thể đơn dòng kháng IgE và liên kết với IgE lưu hành, có tác dụng làm giảm những cơn hen kịch phát và tình trạng nhập viện,

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

làm tăng khả năng giảm điều trị bằng corticoids hít (ICS). Các chế phẩm sinh học khác như Mepolizumab và Reslizumab, là các kháng thể đơn dòng chống lại IL5 (interleukine 5); hoặc Benralizumab, một kháng thể đơn dòng chống lại thụ thể IL5, có thể được sử dụng để điều trị hen nặng. Dupilumab là một kháng thể đơn dòng của người chống lại với tiểu đơn vị alpha của thụ thể IL4, do đó ngăn chặn hoạt tính của IL4 và IL13, đã được chứng minh là làm giảm các cơn hen kịch phát và cải thiện chức năng hô hấp. Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn có rất ít thông tin để phân biệt hiệu quả so sánh của các chế phẩm sinh học khác nhau. Ở các nước đang phát triển như ở Việt Nam, có nhiều vấn đề liên quan đến điều trị sinh học như là sự có sẵn của chế phẩm, thời gian điều trị hoặc chi phí điều trị sinh học ở bệnh nhân bị hen nặng.

BIOLOGIC THERAPY IN SEVERE ASTHMA ACTUALITY AND APPLICATION IN VIETNAM

Prof. Duong Quy Sy, MD., PhD.

Head Master of Lam Dong Medical College

Biologic therapies can be used to treat severe asthma, in particular those targeting the "allergic" or T-helper 2 (Th2) pathway asthma. Several biologic therapies have been successfully developed to treat severe asthma. Currently approved biologics for the treatment of allergic asthma are omalizumab, benralizumab, mepolizumab, reslizumab, and dupilumab. In asthmatic patients, Omalizumab, a humanized anti-immunoglobulin (Ig) E monoclonal antibody that binds circulating IgE, reduces exacerbations and hospitalizations and increased the likelihood of withdrawing ICS therapy. Other biologic therapies such as Mepolizumab and Reslizumab, the humanized monoclonal antibodies against IL5, or Benralizumab, a humanized monoclonal antibody against the IL5 receptor, might be used to treat severe eosinophilic asthma. Dupilumab is a human monoclonal antibody to the alpha subunit of the IL4 receptor, thereby blocking the activity of IL4 and IL13, has been shown to reduce asthma exacerbations and improve pulmonary function. However, little information is currently available to differentiate the comparative efficacy of the various biologics. In emerging country such as in Vietnam, there is a great deal with these biologic therapies concerning product disponibility and treatment duration or cost in patients with severe asthma.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

HEN NẶNG KHÓ ĐIỀU TRỊ VÀ KỸ NĂNG THỰC HÀNH CỦA THẦY THUỐC Ở VIỆT NAM

TS.BS. Nguyễn Văn Thành

Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam

Trong các tài liệu hướng dẫn hiện nay Hen nặng khó điều trị (severe-refractory asthma, SRA) chưa được chú ý và xác định lộ trình xử trí đúng mức. Bệnh học hen rất đa dạng và SRA là tình trạng thể hiện rõ nhất đặc điểm này. Tiếp cận thực hành xử trí nhóm bệnh nhân SRA cần hướng tới xác định kiểu hình (hay phenotype) của từng bệnh nhân. Việc này cần thực hiện sớm ngay khi nghi ngờ không đáp ứng tốt với trị liệu chuẩn với liều thấp-trung bình. Qua khảo sát thực hành quản lý hen ở một số cơ sở y tế chuyên khoa ở Việt Nam cho thấy vẫn còn một nhu cầu lớn chưa được đáp ứng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân SRA. Đây trước hết cần được xem là một khoảng trống hiểu biết của các thầy thuốc đối với nhóm bệnh nhân này. Phân tuyến chuyên khoa và cải thiện kỹ năng thực hành của các thầy thuốc, nhất là thầy thuốc chuyên khoa, có thể sẽ là một giải pháp cần thiết và hiệu quả.

SEVERE-REFRACTORY ASTHMA AND PRACTICAL SKILLS OF PHYSICIANS IN VIET NAM

Nguyen Van Thanh, MD., PhD.

Vice Chairman of Vietnam Respiratory Society

In the current guidelines severe-refractory asthma (SRA) has not been noticed and identified the proper pathway for management. Asthma is very diverse and SRA is the most obvious manifestation of this feature. Approach to the practice of SRA patients should be directed towards the phenotype of each patient. This should be done as soon as the suspicion of not responding well to standard therapy with low-moderate doses. A survey of practicing asthma management in some specialized medical facilities in Vietnam shows that there is still a large unmet need in diagnosing and treating SRA patients. This should first be considered an understanding gap of physicians for this group of patients. Specialization and improvement of practical skills of physicians, especially for specialized ones, may be a necessary and effective solution.

AUGMENTIN[®]

amoxicillin + clavulanate potassium



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

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



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

THÔNG TIN KÊ TOA TÓM TẮT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

năng lái xe và sử dụng máy móc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VISA: VN-20169-16

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

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

Hà Nội Tower Center-Phòng 704, 49 Hai

BàTrưng, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội,

ĐT 024.39362607 – Fax: 04.39362608

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

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



TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

TIẾP CẬN MỚI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHỐNG LẤP HEN - COPD

TS.BS. Đỗ Thị Tường Oanh

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chồng lấp hen - COPD (ACO) mô tả một nhóm bệnh nhân có các đặc điểm lâm sàng vừa hen vừa COPD, thường gặp phải trong số những bệnh nhân hô hấp mạn tính. Một số trường hợp được phát hiện từ những bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD, một số khác từ những bệnh nhân được chẩn đoán hen trước đây. Định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán ACO cho đến nay vẫn chưa thống nhất. Lưu đồ chẩn đoán ACO theo tài liệu hướng dẫn điều trị Hen COPD của Tây ban Nha năm 2017 đưa ra các tiêu chuẩn hợp lý và dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng. Hen, COPD đều vốn là những bệnh lý không thuần nhất và vì vậy, tính đa dạng của ACO cũng đang được xem xét và đưa ra nhiều kiểu hình khác nhau hướng đến việc cá thể hóa điều trị.

Các hướng dẫn điều trị dùng thuốc cho bệnh nhân nhóm ACO hiện nay phần lớn chỉ dựa trên ý kiến chuyên gia hơn là các số liệu y học chứng cứ. ICS là thuốc điều trị khởi đầu cho bệnh nhân hen và có thể kết hợp thêm với LABA nếu chưa đạt kiểm soát hen nhưng sử dụng LABA đơn độc là chống chỉ định trong bệnh hen. LABA hoặc LAMA là thuốc điều trị khởi đầu cho bệnh nhân COPD và dùng ICS đơn độc không được khuyến cáo trên bệnh nhân COPD. Các biện pháp điều trị ‘chồng lấp’ giữa bệnh hen và COPD như ICS/LABA hay ICS/LABA/LAMA được đề nghị sử dụng cho ACO nhưng vẫn còn cần thêm nhiều nghiên cứu được thiết kế tốt cho dân số chồng lấp hen COPD này. Các chỉ điểm sinh học như eosinophil, FeNO, IgE có thể giúp ích trong việc chọn lựa điều trị thích hợp cho bệnh nhân ACO.

NEW APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND THERAPY OF ASTHMA COPD OVERLAP

Do Thi Tuong Oanh, MD., PhD.

Pham Ngoc Thach University of Medicine

Asthma - COPD overlap (ACO) describes a group of patients with clinical features of both asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), who are frequently

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

encountered in chronic lung diseases. Some of them are identified from patients who have diagnosed COPD, and the rest are from the asthma patients. The definition and diagnostic criteria of ACO are still under debate until now. Diagnostic algorithm for ACO according to the Spanish COPD - asthma management guidelines includes reasonable criteria and is easy to apply in clinical practice. Asthma and COPD are heterogenous diseases, so heterogeneity of ACO is considered with several phenotypes toward personalized treatment. Most of pharmacological treatment guidelines of ACO were based mainly on expert opinions rather than the evidence base data. ICSs are first line therapy in asthma and may include add-on LABAs if unable to achieve asthma control but LABAs are contraindicated for use as a single agent in asthma. A LABA and/or LAMA is the preferred initial therapy in COPD and using ICSs as monotherapy are not approved in patients with COPD. The ‘overlap treatment’ between asthma and COPD as ICS/LABA or ICS/LABA/LAMA are recommended in ACO but still need of well-designed studies addressing the management of this population. Many biomarkers, such as peripheral blood eosinophil, exhaled nitric oxide and serum IgE may help in selecting appropriate therapies for ACO.

XỬ TRÍ CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP

PGS.TS.BS. Nguyễn Văn Đoàn

Giảng viên cao cấp Dị ứng-MDLS ĐHYHN

Tổng Thư ký Hội Dị ứng-MDLS Hà Nội

“Cơn hen cấp” là đợt bùng phát của bệnh hen mạn tính. Dựa vào phân loại mức độ cơn khó thở của GINA, thực hành lâm sàng có 2 cấp độ xử lý cơn hen cấp: cơn khó thở Nhẹ, Trung bình: xử trí tại nhà; cơn khó thở Nặng và Nguy kịch: xử lý tại bệnh viện.

1. Xử trí cơn hen cấp tại nhà hoặc y tế cơ sở.

- Giờ đầu tiên, ưu tiên SABA:

* Ventolin 100 µg hoặc Bricanyl 250 µg: xịt họng 3 lần, mỗi lần 4-10 xịt, cách mỗi 20’ Nếu khí dung (KD): Ventolin: 3 lần, mỗi lần 5 mg (2 ml), cách 20’; hoặc Bricanyl: 3 lần, mỗi lần 0,5 mg (2 ml), cách 20’.

* Nếu thuốc phối hợp KD: Combivent: 2,5 ml/lần; hoặc Berodual 1-2 ml/lần.

* Nếu thuốc viên: Theophyllin 100 mg 1-3 viên, hoặc salbutamol 4 mg x 1-2 viên/ (không ưu tiên).

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

- Sau 1 giờ: Nếu đỡ khó thở, xịt Ventolin hoặc Bricanyl: 3-4 h/lần x 1-2 ngày sau: mỗi lần 4-10 xịt hoặc KD: Ventolin 5mg (2 ml) hoặc Bricanyl 0,5 mg (2 ml)/lần. Nếu vẫn khó thở: Ventolin hoặc Bricanyl: 2h/lần, mỗi lần 4-10 xịt hoặc KD Ventolin 5mg (2 ml) hoặc Bricanyl 0,5 mg (2 ml), thêm Medrol 16 mg x 2 viên, rồi đi khám bác sỹ ngay. Nếu khó thở nặng hơn: Ventolin hoặc Bricanyl: 4-10 xịt mỗi 20'; thêm Atrovent hoặc Berodual 2-4 xịt; Medrol 16 mg x 2 viên, nhập viện ngay.

2. Xử trí cơn hen Nặng và Nguy kịch tại bệnh viện

a). Giờ đầu tiên

- Thở oxy mặt nạ hoặc gọng kính: 6-8 lít/phút, duy trì SpO₂ > 90%.
- Thuốc giãn PQ: Ventolin KD 5 mg trong 20' x 3 lần.
- Corticoide: Solu-Medrol TM 40 - 80mg.

b). Giờ tiếp theo: Tình trạng khó thở chưa cải thiện

- Thở oxy mặt nạ hoặc gọng kính: 6-8 lít /phút, duy trì SpO₂ > 90%.
- Thuốc giãn PQ: Ventolin KD 5 mg trong 20' x 3 lần.
- Corticoide: (nếu chưa dùng), tiêm TM Solu-Medrol 40 - 80mg.
- Thêm: Atrovent KD 2 ml (0,5mg)/lần x 2 lần; Sulphat magie 2g truyền TM trong 20'

c). 6 giờ -12 giờ tiếp theo: Tình trạng bệnh nặng hơn,

- Thở oxy mặt nạ hoặc gọng kính: 6-8 lít/phút, duy trì SpO₂ > 90%.
- Thuốc giãn PQ: Ventolin KD 5 mg/lần (3-4 lần/h; hoặc Salbutamol truyền TM: khởi đầu 0,1-0,15µg/kg/phút, tối đa 4 mg/h; Atrovent KD 2 ml (0,5 mg).
- Corticoide: Solu-Medrol tiêm TM 40 - 80mg.
- Thêm: Diaphyllin 0,24g tiêm TM trong 20' (ít nhất 5')

d). Sau 12 giờ điều trị: Khó thở vẫn nặng, suy hô hấp

Chuyển ngay Khoa Hồi sức Cấp cứu.

TREATMENT OF ACUTE ASTHMA ATTACKS

Assoc Prof. Nguyen Van Doan, MD., PhD.

Senior lecturer of Allergy - Clinical Immunology, Hanoi Medical University

Secretary General of Hanoi Society of Allergy - Clinical Immunology

"**Asthma attacks**" is an outbreak of chronic asthma. Based on GINA's dyspnea classification, clinical practice has 2 levels of treatment for acute asthma: Mild, Moderate dyspnea: Treatment asthma at home or health facility; dyspnea of severe and critical: treatment in hospital.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

1. Treatment asthma at home or health facility

- First 1 hour, SABA priority

* Ventolin 100 µg or Bricanyl 250 µg: Spray 3 times, 4-10 puffs at a time, every 20'.

If Nebulization: Ventolin: 3 times, 5 mg-2 ml each time, every 20', or: Bricanyl: 3 times, 0.5 mg-2 ml each time, every 20', or:

* Combination medicine: Combivent aerosol 2.5 ml)/time; or Berodual 1-2 ml/time, or

* Pill: Theophyllin 100 mg, 1-3 tablets or Salbutamol 4mg x 1-2 tablets /time (no priority)

- After 1 hour: If dyspnea is less: spray Ventolin or Bricanyl: 3-4 h./time x 1-2 days later, 4-10 puffs or Nebulization: Ventolin 5mg (2 ml) or Bricanyl 0,5 mg (2 ml)/time. If dyspnea is still present: Ventolin or Bricanyl: 2 h/time, 4-10 puffs at a time or Nebulization: Ventolin 5mg (2 ml) or Bricanyl 0.5 mg (2 ml), add Medrol 16 mg x 2 tablets, then see a doctor immediately. If breathing is more severe: Ventolin or Bricanyl: 4-10 puffs every 20'; Add Atrovent or Berodual 2-4 puffs; Medrol 16 mg x 2 tablets, hospitalized immediately.

2. Treatment dyspnea of Severe and Critical at the hospital

a). First hour:

- Oxygen mask or oxygen frames: 6-8 liters/minute, maintaining SpO₂> 90%.

- Bronchodilator, Nebulization: Ventollin 5mg in 20' x 3 times.

- Corticoide: Solu-mdrol 40 - 80mg (IV).

b). The following hours, if severe asthma is not improved:

- Oxygen mask or frames: 6-8 liters/minute, maintaining SpO₂> 90%.

- Bronchodilator, Nebulization: Ventollin 5mg in 20' x 3 times.

- Corticoide, (if not used before), Solu-mdrol 40 - 80mg (IV)

- Add Atrovent aerosol 2ml (0.5 mg) /time x 2 times and Magnesium sulphate: 2g for transmission in 20'

c). 6 hours -12 hours later, If severe signs do not improve:

- Oxygen mask or frame: 6-8 liters/minute, maintaining SpO₂> 90%.

- Bronchodilator, Nebulization: Ventollin 5 mg/time (3-4 times/h; or Salbutamol IV infusion: initial dose: 0.1µg - 0.15µg/kg /minute, maxium dose: 4 mg/h; Nebulization: Atrovent 2ml (0.5 mg)

- Corticoide, Solu-Medrol IV: 40-80 mg

- Add Diaphyllin: 0.24 g (IV) for 20' (at least 5').

d). After 12 hours of treatment: Not improve dyspnea, respiratory failure, immediately transfer to ICU.



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG SERETIDE® EVOHALER® DC*

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



Seretide Evohaler DC
25/50 mcg
VN-14684-12



Seretide Evohaler DC
25/125 mcg
VN-15448-12



Seretide Evohaler DC
25/250 mcg
VN-14683-12



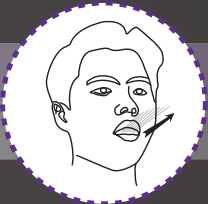
BƯỚC 1: MỞ

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



BƯỚC 2: LẮC

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



BƯỚC 3: THỞ

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



BƯỚC 4: NGẬM KÍN

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



BƯỚC 5: HÍT

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



BƯỚC 6: NÍN THỞ - SÚC MIỆNG

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

* Thông tin kê toa Seretide Evohaler DC

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

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

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

THÔNG TIN KÊ TOA

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

mật độ khoáng xương, đục thủy tinh thể và bệnh glôcôm. Vì thế, đối với bệnh nhân hen điều quan trọng là nên điều chỉnh liều corticosteroid đến liều thấp nhất mà vẫn duy trì kiểm soát bệnh một cách hiệu quả. Cần luôn nghĩ đến khả năng suy giảm đáp ứng thượng thận trong trường hợp cấp cứu và một số tình huống nhất định có thể gây stress và cần nhắc điều trị bằng corticosteroid thích hợp. Khuyến cáo nên kiểm tra thường xuyên chiều cao của trẻ khi điều trị kéo dài bằng corticosteroid hít. Vì có khả năng đáp ứng thượng thận suy giảm, cần đặc biệt thận trọng khi chuyển bệnh nhân từ điều trị steroid uống sang điều trị fluticasone propionate hít, và cần kiểm tra chức năng và tuyến thượng thận thường xuyên. Ngừng điều trị toàn thân cần thực hiện từ từ và bệnh nhân nên mang theo tấm thẻ cảnh báo về steroid chỉ rõ có thể cần điều trị bổ sung trong thời gian bị stress. Có thất phế quản nghịch lý có thể xuất hiện với tình trạng khô khè tăng ngay sau khi hít. Khi đó nên điều trị ngay lập tức bằng thuốc giãn phế quản dạng hít tác dụng nhanh và ngắn. Nên ngừng điều trị Salmeterol-Fluticasone Propionate Evohaler ngay, bệnh nhân nên được đánh giá và thay thế phương pháp điều trị nếu cần thiết. Đã có báo cáo về tác dụng phụ của điều trị bằng chất chủ vận beta 2 như run, đánh trống ngực chủ quan và đau đầu, nhưng có xu hướng thoáng qua và giảm khi điều trị thường xuyên. **TƯƠNG TÁC:** Nên tránh dùng cả chất chẹn beta chọn lọc và không chọn lọc ở bệnh nhân trừ khi có lý do bắt buộc. Trong điều kiện bình thường, do chuyển hóa bước đầu khá nhiều và đào thải toàn thân cao qua trung gian cytochrome P450 3A4 tại ruột và gan nên nồng độ fluticasone propionate huyết tương đạt được thấp sau khi hít. Do đó ít gặp các tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng qua trung gian fluticasone propionate. Trong nghiên cứu về tương tác thuốc ở người khỏe mạnh cho thấy rằng ritonavir có thể gây tăng cao nồng độ fluticasone propionate trong huyết tương, gây giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Đã có báo cáo về tương tác thuốc đáng kể trên lâm sàng ở những bệnh nhân dùng fluticasone propionate hít theo đường mũi hoặc miệng và ritonavir dẫn đến tác động toàn thân của corticosteroid bao gồm hội chứng Cushing và ức chế thượng thận. Do đó tránh dùng đồng thời fluticasone propionate và ritonavir trừ khi lợi ích điều trị vượt trội nguy cơ tác dụng phụ toàn thân của corticosteroid. Các chất ức chế cytochrome P450 3A4 khác làm tăng không đáng kể (erythromycin) và tăng ít (ketoconazole) mức phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate mà không làm giảm đáng kể nồng độ cortisol trong huyết thanh. Tuy nhiên nên thận trọng khi sử dụng đồng thời các chất ức chế mạnh cytochrome P450 3A4 (như ketoconazole) do khả năng tăng phơi nhiễm toàn thân với fluticasone propionate. Sử dụng đồng thời ketoconazole và SEREVENT (salmeterol) làm tăng đáng kể nồng độ salmeterol trong huyết tương và điều này có thể gây kéo dài khoảng QTc. **THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** Chỉ nên cân nhắc dùng SERETIDE cho thai phụ và người mẹ đang cho con bú nếu lợi ích cho người mẹ lớn hơn bất cứ nguy cơ nào có thể xảy ra cho thai hoặc trẻ. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** - **Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng.** Rất phổ biến: Đau đầu. Phổ biến: Nhiễm nấm candida miệng và họng; viêm phổi (ở bệnh nhân COPD); khàn giọng/khàn tiếng; chuột rút; đau khớp. Không phổ biến: Phản ứng quá mẫn trên da; khó thở; đục thủy tinh thể; tăng đường huyết; lo lắng; rối loạn giấc ngủ; run; đánh trống ngực; nhịp tim nhanh; rung nhĩ; kích ứng họng, vết thâm tím, Hiếm: Nấm candida thực quản; phản ứng phản vệ; tăng nhãn áp; thay đổi hành vi, bao gồm tăng hoạt động và kích thích (chủ yếu ở trẻ em); loạn nhịp tim bao gồm nhịp nhanh trên thất và ngoại tâm thu. - **Dữ liệu sau khi lưu hành thuốc:** Các phản ứng quá mẫn biểu hiện dưới dạng: phù mạch (chủ yếu phù mắt và miệng hầu) và co thắt phế quản (hiếm). Hội chứng Cushing; các dấu hiệu Cushing; ức chế thượng thận; chậm lớn ở trẻ em và thanh thiếu niên; giảm mật độ khoáng xương (hiếm). Có thất phế quản nghịch lý (hiếm). **QUÁ LIỀU:** Dấu hiệu và triệu chứng có thể xảy ra do quá liều salmeterol là những biểu hiện điển hình của kích thích quá mức thụ thể beta2-adrenergic, bao gồm run, đau đầu, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp tâm thu và hạ kali máu. Không có điều trị đặc hiệu cho quá liều salmeterol và fluticasone propionate. Nếu quá liều xảy ra, bệnh nhân nên được điều trị hỗ trợ với sự theo dõi thích hợp nếu cần. Nếu hít SERETIDE với liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài có thể gây ức chế đáng kể vô tuyến thượng thận. Rất hiếm có báo cáo về cơn thượng thận cấp, chủ yếu xuất hiện ở trẻ dùng liều cao hơn liều được phê duyệt trong thời gian dài (vài tháng hoặc vài năm); những biểu hiện quan sát thấy bao gồm hạ đường huyết kèm với giảm ý thức và/hoặc co giật. **THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHÍ BẢO QUẢN:** Đóng nắp đầy ống ngậm dứt khoát và đẩy vào đúng vị trí. Bảo quản dưới 30°C. Tránh đông lạnh và ánh sáng mặt trời trực tiếp. **SẢN XUẤT BỞI:** Glaxo Wellcome, S.A. Avda. De Extremadura, no 3 09400 – Aranda de Duero (Burgos) Tây Ban Nha. SERETIDE và EVOHALER là các nhãn hiệu thương mại đã đăng ký của GlaxoSmithKline group of companies. API-SEREVODC 0314-16/201213. PHÂN PHỐI BỞI: Công ty cổ phần Dược liệu TW2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, Tp. Hồ Chí Minh. VN-14684-12, VN-15448-12, VN-14683-12

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐIỀU TRỊ GIÃN PHẾ QUẢN ỔN ĐỊNH VÀ VAI TRÒ CỦA MACROLIDE

PGS.TS. Nguyễn Thanh Hôi

Giám đốc Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Giãn phế quản (GPQ) là tình trạng tăng khẩu kính PQ liên tục, vĩnh viễn không hồi phục của một hoặc nhiều PQ có đường kính trên 2 mm. GPQ được chia thành các thể: GPQ hình túi, GPQ hình trụ và GPQ hình tràng hạt. Bệnh gây ra do sự phá hủy tổ chức của thành phế quản.

Giãn phế quản là bệnh lý mạn tính, xen lẫn các đợt cấp tính. Việc điều trị GPQ ổn định đóng vai trò quan trọng. Các điều trị bao gồm: Điều trị các bệnh căn nguyên; dự phòng các đợt cấp; một số vấn đề liên quan khác trong điều trị; và phục hồi chức năng.

Việc đánh giá, xác định nguyên nhân GPQ có vai trò quan trọng, từ đó tiến hành các điều trị nguyên nhân nếu có. Tiêm vaccine phòng cúm, vaccine phế cầu giúp hạn chế các đợt cấp của GPQ.

Macrolide có vai trò khá rõ rệt trong việc giảm tần xuất các đợt cấp của GPQ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy, khi dùng macrolide kéo dài có thể làm gia tăng tỷ lệ xuất hiện các chủng vi khuẩn kháng thuốc.

Vỗ rung ngực kết hợp tập phục hồi chức năng hô hấp cho hiệu quả cải thiện chức năng phổi, khả năng gắng sức rõ rệt.

TREATMENT OF STABLE BRONCHIECTASIS, THE ROLE OF MACROLIDE

Assoc.Prof. Nguyen Thanh Hoi, PhD.

Director of Hai Phong International General Hospital

Bronchiectasis is a continuous, irreversible, permanent increase in the diameter of bronchi over than 2mm. Bronchiectasis is divided into categories: cystic, cylindric, and varicose bronchiectasis. The disease is caused by the the destruction of bronchial wall.

Bronchiectasis is a chronic disease, intermittent with acute episodes. The treatment of stable bronchiectasis plays an important role and includes: treatment of etiology; prevention of exacerbations; some other issues related to treatment; and rehabilitation.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

The evaluation and determination the etiology of bronchiectasis is important and could guide the treatment. Vaccination for influenza virus, pneumococcal vaccine could prevent the exacerbations of bronchiectasis.

Macrolide has a definitive role in reducing the frequency of bronchiectasis exacerbations. However, many studies show that prolonged use of macrolides may increase the incidence of bacteria resistant to antibiotics.

Chest flutter combined with rehabilitating respiratory function effectively improves lung function and exertion capacity.

ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP GIÃN PHẾ QUẢN

TS. Đoàn Thị Phương Lan

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Giãn phế quản là một hội chứng gồm ho kéo dài và khạc nhiều đờm liên quan đến tình trạng giãn phế quản và dày thành phế quản. Nhiều nguyên nhân dẫn đến giãn phế quản, nhưng tất cả đều là hậu quả của nhiễm trùng và dẫn lưu kém do tắc nghẽn đường thở và / hoặc có tình trạng suy giảm miễn dịch. Bệnh nhân giãn phế quản có gánh nặng về tình trạng nhiễm khuẩn và viêm. Chẩn đoán đợt cấp của giãn phế quản dựa chủ yếu vào sự thay đổi của triệu chứng lâm sàng chứ không phải là các xét nghiệm. Đợt cấp giãn phế quản do nhiễm khuẩn thường biểu hiện là tăng tiết đờm quánh, đặc, sẫm màu, và có thể có cảm giác khó chịu, khó thở, đau ngực kiểu màng phổi, hoặc ho ra máu. Các triệu chứng toàn thân như sốt và gai rét thường không có. Hầu hết các đợt cấp của giãn phế quản là do nhiễm trùng. Điều trị kháng sinh trong đợt cấp thay đổi tùy theo mức độ và tình trạng vi khuẩn, thời gian điều trị trung bình từ 10-14 ngày.

TREATMENT OF ACUTE BRONCHIECTASIS

Doan Thi Phuong Lan, PhD.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Bronchiectasis is a syndrome of chronic cough and daily viscid sputum production associated with airway dilatation and bronchial wall thickening. Multiple conditions are associated with the development of bronchiectasis, but all require an infectious insult and

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

usually also impairment of drainage, airway obstruction, and/or a defect in host defense. Patients with bronchiectasis have a high burden of bacterial pathogens and inflammation. Deciding when a patient has an acute exacerbation depends upon symptomatic changes rather than any specific laboratory feature. Acute bacterial infections are usually heralded by increased production of sputum that is more viscous with darker color, and may be accompanied by lassitude, shortness of breath, pleuritic chest pain, or hemoptysis. Systemic complaints such as fever and chills are generally absent. Exacerbations are usually caused by acute bacterial infections. The initial antibiotic regimen for acute exacerbations of bronchiectasis depend on severity and bacterial status. For treatment of acute exacerbations, we suggest 10 to 14 days of antibiotic therapy rather than a shorter course.

NÚT ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN TRONG ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU NẶNG

GS.TS. Phạm Minh Thông

Trung tâm X-Quang, Bệnh viện Bạch Mai

Ho ra máu nặng khi lượng máu ho ra từ 100ml đến 1000ml hoặc hơn trong vòng 24 giờ và thường hay dùng tiêu chuẩn 300ml đến 600ml trong một ngày. Có nhiều nguyên nhân gây ho ra máu nặng trong đó nguyên nhân hàng đầu là do giãn phế quản sau đó đến các nguyên nhân khác như ung thư phổi, xơ nang phổi, nấm phổi, áp xe phổi...

Phần lớn nguồn chảy máu trong ho ra máu nặng từ động mạch phế quản phổi (thường trong 90% các trường hợp), một phần nhỏ từ nguồn động mạch phổi.

Trong các bệnh phổi cấp tính và mãn tính thì tuần hoàn phổi giảm ở các tiểu động mạch phổi do co thắt mạch giảm oxy, huyết khối, viêm mạch nên có giãn các động mạch phế quản để bù lại ở vùng tổn thương và hậu quả có thể gây vỡ gây thoát máu vào trong hệ thống cây đường thở và gây ho ra máu nặng.

Cắt lớp vi tính đa dãy đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán ho ra máu nặng: Chẩn đoán bệnh phổi gây ho ra máu (giãn phế quản, ung thư phổi, lao xơ hang...); chẩn đoán bên chảy máu và đặc biệt chẩn đoán nguyên nhân ho ra máu (giãn động mạch phế quản hay ngoài động mạch phế quản gây ho ra máu).

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Nút động mạch phế quản trong điều trị ho ra máu nặng là kỹ thuật được tiến hành từ 1973 bởi Remy, hiện nay kỹ thuật này vẫn được tiến hành và có đến nay đã có nhiều tiến bộ: có nhiều vật liệu nút mạch khác nhau từ vật liệu nút tạm thời, các hạt nhựa, keo sinh học đến coil, các loại ống thông khác nhau để có thể nút siêu chọn lọc tránh các biến chứng.

Kỹ thuật nút động mạch phế quản thành công trong khoảng trên 90% tùy theo từng tác giả, tuy nhiên tỷ lệ tái phát cũng khá cao từ 10-30% tùy theo vật liệu nút mạch và tùy từng tác giả.

Viêm tuỷ cắt ngang do thiếu máu tuỷ là biến chứng trầm trọng nhất của kỹ thuật. Biến chứng này có thể gặp từ 1,4-6% tùy từng tác giả. Nút động mạch phế quản siêu chọn lọc và chú ý động mạch tuỷ trước đã giúp giảm tỷ lệ tai biến trầm trọng này.

Tóm lại, trong các trường hợp ho ra máu nặng đe dọa tính mạng thì nút động mạch phế quản là phương pháp được lựa chọn hàng đầu. Đây là kỹ thuật có hiệu quả cao trong điều trị cầm máu tức thì và ít biến chứng.

EMBOLIZATION OF BRONCHIAL ARTERY IN TREATMENT OF MASSIVE HEMOPTYSIS

Prof. Pham Minh Thong, PhD.

Radiology Center, Bach Mai Hospital

Massive hemoptysis has been described as the expectoration of an amount of blood ranging from 100 mL to more than 1,000 mL over a period of 24 hours, the most widely used criteria is the production of 300-600 mL per day.

There are many causes of massive hemoptysis, of which the most common are bronchiectasis, tuberculosis and then to other such as lung cancer, cystic fibrosis, lung asbertosis, lung abscess ... the source of massive hemoptysis is usually from bronchial circulation (90% of cases), a small part is from the pulmonary circulation.

In acute and chronic lung diseases, pulmonary circulation is reduced or occluded at the pulmonary arterioles due to hypoxic vasoconstriction, thrombosis, vasculitis, so the bronchial arteries proliferate, enlarged to compensate the pulmonary circulation and can

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

rupture due to erosion by bacteria or high blood pressure. The arterial blood under systemic arterial pressure extravasates in to the respiratory tree, resulting in massive hemoptysis.

Multislices CT plays an important role in the diagnosis of massive hemoptysis: diagnosis of lung disease causes hemoptysis (bronchiectasis, lung cancer, tuberculosis...); localize the site of bleeding and specially suggest the cause of hemoptysis from bronchial artery or external bronchial artery.

The bronchial artery embolization in the treatment of massive hemoptysis was conducted in 1973 by Remy, and the technique is still widely used with advances : many different embolic materials, different types of catheters for super-selective embolization to avoid complications.

The the bronchial artery embolization is successful technique over 90% depending on the authors, but the recurrence rate is also quite high from 10-30% depending on the embolic materials and on the authors.

Transverse myelitis due to spinal cord ischemia is the most serious complication of the technique. This complication may be 1.4-6% depending on the authors. The super-selective bronchial artery embolization should help to reduce this serious complication. In summary, in cases of massive life-threatening hemoptysis, the bronchial artery embolization is the first choice method. This is a highly effective technique for hemostasis treatment with less complications.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LỚN

PGS.TS.BS. Lê Tiến Dũng

Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Viêm phổi cộng đồng là một nhiễm khuẩn cấp tính nhu mô phổi xảy ra ở ngoài cơ sở chăm sóc y tế.

Tác nhân gây bệnh thường gặp: *Streptococcus pneumoniae* và respiratory viruses là các tác nhân thường gặp ở bệnh nhân Viêm phổi cộng đồng. Tác nhân gây bệnh thường gặp có thể chia thành ba nhóm chính: **Nhóm vi khuẩn điển hình**, thường nhất là *Streptococcus pneumoniae* ; **Nhóm vi khuẩn không điển hình**; **Nhóm virus hô hấp**.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Ở hầu hết bệnh nhân Viêm phổi cộng đồng, tác nhân gây bệnh thường không biết được ở thời điểm chẩn đoán, và việc điều trị kinh nghiệm, hướng vào tác nhân gây bệnh thường gặp là phù hợp. Với bệnh nhân ngoại trú: Phần lớn bệnh nhân nhẹ được điều trị ngoại trú, nên lựa chọn kháng sinh hướng về cả vi khuẩn điển hình (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, và *M. catarrhalis*) và không điển hình (*Legionella pneumophila*, *M. pneumoniae* và *C. pneumoniae*). Với bệnh nhân ở khoa nội: Cần mở rộng điều trị theo kinh nghiệm bao phủ *S. aureus* và trực khuẩn gram âm (ví dụ, *Klebsiella pneumoniae*) bên cạnh các vi khuẩn điển hình (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, và *M. catarrhalis*) và không điển hình (*L. pneumophila*, *M. pneumoniae*, và *C. pneumoniae*).

UPDATE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN ADULTS

Assoc Prof. Le Tien Dung, MD., PhD.

University Medical center

Community-acquired pneumonia (CAP) refers to an acute infection of the pulmonary parenchyma acquired outside of a health care setting.

Common causes: *Streptococcus pneumoniae* (pneumococcus) and respiratory viruses are the most frequently detected pathogens in patients with CAP. The most commonly identified causes of CAP can be grouped into three categories: **Typical bacteria** *S. pneumoniae* (most common bacterial cause); **Atypical bacteria** ; **Respiratory viruses**

For most patients with CAP, the etiology is not known at the time of diagnosis, and empiric treatment, directed at the most likely pathogens, is appropriate. Outpatient antibiotic therapy - For most patients with mild CAP treated in the outpatient setting, we select an empiric antibiotic regimen that targets both typical pathogens (eg, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, and *M. catarrhalis*) and atypical pathogens (eg, *Legionella pneumophila*, *M. pneumoniae*, and *C. pneumoniae*). General medical ward - For patients with CAP admitted to the medical ward, we expand our initial empiric antibiotic regimen to include *S. aureus* and gram-negative enteric bacilli (eg, *Klebsiella pneumoniae*) in addition to typical pathogens (eg, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, and *M. catarrhalis*) and atypical pathogens (eg, *L. pneumophila*, *M. pneumoniae*, and *C. pneumoniae*).

Ciprobay[®] 500

Ciprofloxacin

Chỉ định trên các nhiễm trùng có và không có biến chứng do tác nhân gây bệnh nhạy cảm bao gồm vi khuẩn Gram âm và *Pseudomonas* (1) (2)

-  **Nhiễm trùng đường hô hấp dưới**
-  **Nhiễm trùng ổ bụng**
-  **Nhiễm trùng thận, tiết niệu¹**
-  **Nhiễm trùng huyết và các nhiễm khuẩn khác¹**

1. Thông tin kê toa được duyệt bởi Cục Quản Lý Dược Ciprobay viên: Ciprobay Tab/CCDS16/100112/PI VN03
2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bộ Y tế ban hành ngày 2 tháng 3 năm 2015 công văn số 708/QĐ-BYT

THÀNH PHẦN: Ciprobay viên 500 mg: 1 viên bao film chứa 500 mg ciprofloxacin dưới dạng hydrochloride. **CHỈ ĐỊNH: NHIỄM TRÙNG CÓ VÀ KHÔNG CÓ BIẾN CHỨNG DO TÁC NHÂN GÂY BỆNH NHẠY CẢM VỚI CIPROFLOXACIN:** Nhiễm trùng đường hô hấp dưới (tùy thuộc mức độ nặng nhẹ và vi khuẩn gây bệnh): viêm phổi do *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *E. coli*, *Pseudomonas*, *Haemophilus*, *Branhamella*, *Legionella* spp. và *Staphylococci*. Nhiễm trùng tai giữa (viêm tai giữa), đặc biệt nguyên nhân do vi khuẩn Gram âm, kể cả *Pseudomonas aeruginosa* hay do *Staphylococci*. Nhiễm trùng mắt. Nhiễm trùng tiết niệu có biến chứng, bao gồm nhiễm trùng thận-bể thận. Nhiễm trùng cơ quan sinh dục, kể cả viêm phần phụ, bệnh lậu và viêm tiền liệt tuyến. Nhiễm trùng ổ bụng (như nhiễm trùng đường tiêu hóa hoặc đường mật, viêm phúc mạc). Nhiễm trùng da và mô mềm. Nhiễm trùng xương và khớp. Nhiễm trùng huyết. Nhiễm trùng hoặc có nguy cơ nhiễm trùng (dự phòng) trên bệnh nhân bị suy giảm hệ miễn dịch (ví dụ bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hoặc giảm bạch cầu). Khử trùng đường ruột có chọn lọc ở các bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Dự phòng các trường hợp nhiễm trùng xâm lấn do *Neisseria meningitidis*. Nhiễm trùng đường tiết niệu không biến chứng. Do kháng sinh fluoroquinolon, trong đó có Ciprobay liên quan đến phản ứng có hại nghiêm trọng (xem mục *Cảnh báo và thận trọng*) và nhiễm trùng đường tiết niệu không biến chứng ở một số bệnh nhân có thể tự khỏi, chỉ nên sử dụng Ciprobay cho những bệnh nhân không có lựa chọn điều trị khác thay thế. Đợt nhiễm trùng cấp của viêm phế quản mạn tính. Do kháng sinh fluoroquinolon, trong đó có Ciprobay liên quan đến phản ứng có hại nghiêm trọng (xem mục *Cảnh báo và thận trọng*) và đợt nhiễm trùng cấp của viêm phế quản mạn tính ở một số bệnh nhân có thể tự khỏi, chỉ nên sử dụng Ciprobay cho những bệnh nhân không có lựa chọn điều trị khác thay thế. Viêm xoang cấp tính do vi khuẩn. Do kháng sinh fluoroquinolon, trong đó có Ciprobay liên quan đến phản ứng có hại nghiêm trọng (xem mục *Cảnh báo và thận trọng*) và viêm xoang cấp tính do vi khuẩn ở một số bệnh nhân có thể tự khỏi, chỉ nên sử dụng Ciprobay cho những bệnh nhân không có lựa chọn điều trị khác thay thế. **Trẻ em:** sử dụng như chọn lựa thứ 2 hoặc 3 trong nhiễm trùng tiết niệu có biến chứng và viêm thận-bể thận do *Escherichia coli* (1-17 tuổi) và viêm phổi cấp nặng do bệnh xơ nang đi kèm với *Pseudomonas aeruginosa* (5-17 tuổi). Chỉ điều trị sau khi đã đánh giá lợi ích/nguy cơ. Bệnh than lây truyền qua đường hô hấp (sau tiếp xúc) trên người lớn và trẻ em. Để làm giảm tần suất bệnh nhân mới hoặc giảm sự tiến triển của bệnh sau khi tiếp xúc với *Bacillus anthracis* trong không khí Đối với các chỉ định khác, kinh nghiệm lâm sàng còn hạn chế. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** **Liều lượng:** **Người lớn:** ***Nhiễm trùng đường hô hấp dưới:** Bao gồm viêm phổi (tùy mức độ nặng nhẹ và vi khuẩn gây bệnh) 500-750 mg, ngày 2 lần. ***Nhiễm trùng tiết niệu:** Có biến chứng bao gồm nhiễm trùng thận, bể thận 500-750 mg/ngày 2 lần. ***Nhiễm trùng đường sinh dục:** - Lậu chưa có biến chứng (bao gồm nhiễm trùng bên ngoài bộ phận sinh dục) 500 mg, ngày 1 lần. - Viêm phần phụ, viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn-tinh hoàn 500-750 mg, ngày 2 lần. ***Tiêu chảy (Salmonella spp, Shigella spp, Vibrio spp)** 500 mg, ngày 2 lần. ***Nhiễm trùng khác (xem phần Chỉ định)** 500 mg, ngày 2 lần. ***Nhiễm trùng rất trầm trọng, đe dọa tính mạng, đặc biệt khi có sự hiện diện của *Pseudomonas*, *Staphylococcus* hoặc *Streptococcus*:** Nhiễm trùng tái phát trong bệnh xơ nang (cystic fibrosis), Nhiễm trùng xương và khớp, Nhiễm trùng huyết, Viêm phúc mạc 750 mg, ngày 2 lần. ***Bệnh than (sau phơi nhiễm)** 500 mg, ngày 2 lần. ***Dự phòng các trường hợp nhiễm trùng xâm lấn do *Neisseria meningitidis*** 500 mg, ngày 1 lần. Nhiễm trùng tiết niệu cấp, không biến chứng 250-500 mg, ngày 2 lần. Viêm bàng quang cấp tính không biến chứng. Liều đơn 500mg. Đợt nhiễm khuẩn cấp của viêm phế quản mạn tính 500-750 mg, ngày 2 lần. Viêm xoang cấp tính do vi khuẩn 500mg, ngày 2 lần. ***Trẻ em và thiếu niên:** Liều mỗi ngày của ciprofloxacin (tính theo mg) đối với Ciprobay 500 đường uống: Các nhiễm trùng trong bệnh xơ nang 20 mg/kg thể trọng x 2 lần mỗi ngày (tối đa 750 mg/liều). Các nhiễm trùng đường tiêu có biến chứng và viêm thận bể thận 10-20 mg/kg thể trọng x 2 lần mỗi ngày (tối đa 750 mg/liều). ***Người lớn tuổi (trên 65 tuổi):** liều càng thấp càng tốt tùy theo độ nặng nhẹ của bệnh và độ thanh lọc creatinine. ***Suy gan, suy thận:** Người lớn: **1. Bệnh nhân suy thận:** Khi CrCl 30-60 ml/phút/1.73 m² hoặc nồng độ creatinine huyết thanh 123.76 đến 167.98 μmol/l: tổng liều tối đa/ ngày 1000 mg dạng viên uống. Khi CrCl < 30 ml/phút/1.73 m² hoặc nồng độ creatinine huyết thanh > 176.80 μmol/l: tổng liều tối đa 500 mg dạng viên uống. **2. Các bệnh nhân suy thận đang chạy thẩm tách:** Liều như mục 1. **3. Bệnh nhân suy thận đang thẩm tách màng bụng liên tục ngoại trú:** ciprofloxacin đường uống hàng ngày tối đa là 500 mg: Mỗi lần 500 mg, ngày 1 lần hoặc mỗi lần 250 mg, ngày 2 lần). **4. Bệnh nhân suy gan:** Không cần chỉnh liều. **5. Bệnh nhân suy gan và thận:** Điều chỉnh liều như trong mục 1. **Trẻ em:** Chưa có nghiên cứu về liều dùng ở trẻ em có suy giảm chức năng thận và/hoặc suy giảm chức năng gan. **Cách dùng:** Uống nguyên viên thuốc với một ít nước. Không phụ thuộc vào giờ ăn. Không nên dùng đồng thời Ciprobay 500 với các sản phẩm từ bơ sữa hay các đồ uống bổ sung khoáng chất. **Thời gian điều trị:** Tùy thuộc vào độ trầm trọng của bệnh, diễn biến về lâm sàng và về vi khuẩn học. Cần điều trị tiếp tục tối thiểu 3 ngày sau khi hết sốt hoặc hết triệu chứng lâm sàng và về vi khuẩn học. Cần điều trị tiếp tục tối thiểu 3 ngày sau khi hết sốt hoặc hết triệu chứng lâm sàng. **Thời gian điều trị trung bình:** ° **Người lớn:** 1 ngày trong trường hợp lậu cấp và viêm bàng quang cấp không biến chứng không biến chứng. Đến 7 ngày trong nhiễm trùng thận, đường niệu và ổ bụng, suốt toàn bộ giai đoạn giảm bạch cầu của bệnh nhân bị giảm sự đề kháng, tối đa 2 tháng trong viêm tủy xương, 7-14 ngày trong tất cả các nhiễm trùng khác. Điều trị tối thiểu 10 ngày trong nhiễm trùng do *Streptococcus* vì nguy cơ xảy ra biến chứng muộn. Nhiễm trùng do *Chlamydia* spp. nên được điều trị tối thiểu 10 ngày. ° **Trẻ em và thiếu niên:** Bệnh xơ nang: Viêm phổi cấp nặng của bệnh xơ nang do nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* ở trẻ em (5-17 tuổi): 10-14 ngày. Nhiễm trùng đường tiết niệu nặng và viêm thận bể thận do *Escherichia coli*: 10-21 ngày. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Quá mẫn cảm với ciprofloxacin hoặc với các quinolone khác hay bất kỳ các tá dược. Dùng đồng thời với tizanidine. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Các phản ứng có hại nghiêm trọng có khả năng không hồi phục và gây tàn tật, bao gồm viêm gân, đứt gân, bệnh lý thần kinh ngoại vi và các tác dụng bất lợi trên hệ thống thần kinh trung ương (ảo giác, lo âu, trầm cảm, mất ngủ, đau đầu nặng và lú lẫn). Các phản ứng này có thể xảy ra trong vòng vài giờ đến vài tuần sau khi sử dụng Ciprobay. Bệnh nhân ở bất kỳ tuổi nào hoặc không có yếu tố nguy cơ tổn tại từ trước đều có thể gặp những phản ứng có hại trên. Ngừng sử dụng Ciprobay ngay khi có dấu hiệu hoặc triệu chứng đầu tiên của bất kỳ phản ứng có hại nghiêm trọng nào. Thêm vào đó, tránh sử dụng các kháng sinh nhóm fluoroquinolon cho các bệnh nhân đã từng gặp các phản ứng nghiêm trọng liên quan đến fluoroquinolon. **Nhiễm trùng nặng và nhiễm trùng do vi khuẩn Gram dương và vi khuẩn kỵ khí:** phải sử dụng phối hợp với các thuốc kháng khuẩn thích hợp. **Nhiễm trùng phế cầu trùng *Streptococcus pneumoniae*:** Không khuyến cáo. Nhiễm trùng đường sinh dục do hoặc nghi ngờ do lậu cầu trùng (*Neisseria gonorrhoea*), cần xác định được độ nhạy cảm với thuốc dựa vào các test thử & tần suất kháng thuốc tại địa phương. **Rối loạn tim mạch:** Phụ nữ và người già có thể nhạy

PP-AVF-VN-0002-1



TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

VIÊM PHỔI CÚM

TS.BS. Lê Thị Thu Hương

Trưởng khoa Hô hấp, BV Nhân Dân Gia Định

Viêm phổi liên quan đến cúm bao gồm cả viêm phổi do vi-rút nguyên phát và viêm phổi do vi khuẩn thứ phát. Viêm phổi do vi-rút nguyên phát được ghi nhận là biểu hiện nghiêm trọng nhất của cúm với tỷ lệ tử vong cao, không chỉ ở những người bị suy giảm miễn dịch, mà cả ở những người trẻ, khỏe mạnh. Các bác sĩ nên nghi ngờ viêm phổi cao ở những bệnh nhân có triệu chứng giống cúm, tiến triển nhanh đến suy hô hấp và tổn thương phổi hai bên trên X quang phổi. Vi-rút là nguyên nhân quan trọng của viêm phổi cộng đồng không nên bỏ qua. Bắt đầu điều trị bằng thuốc kháng vi-rút càng sớm càng tốt là chìa khóa để cải thiện kết cục của bệnh nhân. Tiêm phòng cúm là cách hiệu quả nhất để phòng bệnh, đặc biệt là ở nhóm người có nguy cơ cao bị biến chứng cúm.

Từ khóa: cúm, viêm phổi liên quan cúm, cúm mùa

INFLUENZA-RELATED PNEUMONIA

Le Thi Thu Huong, MD., PhD.

Head of the Respiratory Department. Gia Dinh People Hospital

Influenza-related pneumonia includes both primary viral pneumonia and secondary bacterial pneumonia. Primary viral pneumonia is recognized as the most severe pulmonary manifestation of influenza suffered with a high mortality rate, not only in immunocompromised individuals, but also in young and healthy adults. Physicians should maintain a high index of suspicion for influenza pneumonia in patients presenting with influenza-like symptoms which progresses quickly to respiratory distress and bilateral lung involvement on chest radiography. Viruses being an important cause of community pneumonia should not be ignored. Initiation of antiviral treatment being performed as early as possible is key to improving patient outcomes. Vaccination is the most effective way to prevent the disease, especially in the group of people at high risk of influenza complications.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

TỐI ƯU HÓA THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn

Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một nguyên nhân phổ biến tại khoa cấp cứu, hồi sức cấp cứu và khoa hô hấp. Rối loạn thông khí chính của đợt cấp liên quan đến căng động quá mức và bẫy khí. Hậu quả làm tăng công hô hấp, trầm trọng thêm tình trạng thiếu ô xy và tăng CO₂. Thông khí không xâm nhập đã được chứng minh là làm giảm triệu chứng, cải thiện chức năng thông khí, giảm mệt cơ, giảm tỷ lệ đặt ống nội khí quản, thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ tử vong và giảm chi phí điều trị. Nhằm tối ưu hóa hiệu quả của thông khí không xâm nhập, cần quan tâm đến công tác chuẩn bị bệnh nhân. Cài đặt ban đầu và hướng dẫn tập thở cho bệnh nhân đóng vai trò then chốt. Các thông số về mức áp lực cài đặt (IPAP, IPAP-EPAP, PS) cần được điều chỉnh cho phù hợp với từng tình trạng, giai đoạn bệnh và mức độ thích nghi của bệnh nhân. Thời gian tăng áp (rise time) cũng phải được tối ưu hóa theo từng bệnh nhân. Theo dõi đáp ứng và điều chỉnh phù hợp với từng bệnh nhân. Cần quan tâm đến chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân thông khí nhân tạo không xâm nhập. Có thể bỏ máy ngắt quãng nếu thở máy làm bệnh nhân không ngủ được. Một số máy thở mới cung cấp các phần mềm hỗ trợ thở cho bệnh nhân thở máy khi ngủ góp phần cải thiện chất lượng của thở máy không xâm nhập. Cá thể hóa trong điều trị là xu hướng mới cần được phát huy trong thông khí nhân tạo không xâm nhập trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

OPTIMIZATION FOR THE NONINVASIVE MECHANICAL VENTILATION OF ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

Do Ngoc Son, MD., PhD.,

Woolcock Institute of Medical Research Vietnam

Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease is a common cause of admission to emergency department, intensive care unit and respiratory department.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Ventilatory disorders of exacerbation relates to dynamic over distention and air trapping, as the result, increased work of breathing, worsening of hypoxia and hypercapnia. Noninvasive ventilation has been shown to reduce symptoms, improve function aeration, reduce muscle fatigues, reduce the incidence of endotracheal intubation, length of hospital stay, decrease mortality and reduce costs of treatment. In order to optimize the effectiveness of non-invasive ventilation, patient preparation should be emphasized. The initial settings and patient coaching and encouragement plays a pivotal role. The parameters on the pressure levels (IPAP, IPAP-EPAP, PS) should be appropriately adjusted to each condition, stage of disease and the degree of tolerance of the patients. Rise time should be optimized for each patient. Monitoring of response and adjust accordingly to each patient. Care should be taken for the quality of sleep of patients on non-invasive ventilation. Intermittent discontinuation from machine should be done if patients do not sleep. Some new ventilators provide software support for ventilated patients breathing during sleep to improve the quality of non-invasive ventilation. Personalization of treatment is the new trend and it should be promoted in noninvasive ventilation for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN

PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn

Bộ môn Hồi sức Cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) là một tình trạng suy hô hấp cấp xuất hiện nhanh (trong vòng 1 tuần), đặc trưng bởi giảm compliance phổi, tình trạng viêm lan tỏa 2 bên phổi, X quang có hình ảnh mờ lan tỏa 2 phế trường, và không có nguồn gốc do tim. Nguyên nhân chính gây tử vong của ARDS là suy đa tạng. Tỷ lệ tử vong tăng dần theo mức độ nặng của ARDS (mức độ nhẹ tử vong 27%, trung bình: 32% và nặng 45%).

Chiến lược thông khí bảo vệ phổi với thể tích lưu thông 4 - 8 ml/kg cân nặng lý tưởng, PEEP tối ưu và giữ áp lực đường thở cao nguyên dưới 30 cmH₂O là biện pháp cơ bản trong thông khí nhân tạo ở bệnh nhân ARDS.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Trong những trường hợp thiếu oxy máu trở mặc dù đã được điều trị bằng thông khí nhân tạo bảo vệ phổi, một số biện pháp điều trị khác có thể được áp dụng: Thông khí tư thế nằm sấp, huy động phế nang, một số phương thức thở đặc biệt, dùng thuốc giãn mạch phổi, và tim phổi nhân tạo (ECMO).

Thông khí tư thế nằm sấp nên được chỉ định cho các bệnh nhân ARDS trung bình và nặng có thiếu oxy máu trở, với thời gian 12 giờ mỗi ngày.

Thuốc giãn cơ có thể được chỉ định dùng trong 48 giờ đầu nếu có thiếu oxy máu nặng ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$) để giúp bệnh nhân thở theo máy.

Huy động phế nang là biện pháp vẫn được các khuyến cáo gần đây khuyến thực hiện. Các phương thức thông khí với áp lực đường thở sụt giảm theo chu kỳ (APRV), thông khí tần số cao không được khuyến cáo sử dụng thường quy trong ARDS vừa và nặng.

Thuốc giãn mạch phổi đường hít không được coi là chỉ định trong điều trị thường quy ARDS. ECMO đã được áp dụng thành công trong điều trị ARDS, tuy nhiên những công bố mới đây thấy vẫn cần có thêm bằng chứng để khuyến cáo nên hay không nên chỉ định ECMO trong điều trị ARDS.

UPDATE ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Assoc Prof. Dang Quoc Tuan, MD., PhD.

Department of Intensive Care, Emergency and Clinical Toxicology

Hanoi Medical University

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) is a condition that is characterized by the acute onset (within 1 week of hypoxemia), reducing the lung compliance and the diffuse lung inflammation, bilateral opacities on chest imaging and noncardiogenic pulmonary edema. Multi-organ failure is the most common cause of death in ARDS. Severity of ARDS (mild, moderate, severe) were associated with increased mortality (27%, 32%, and 45% respectively).

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

The lung protective ventilation strategies with recommended parameters of tidal volume of 4 to 8 ml/kg (ideal body weight) with a optimum PEEP, while maintaining a plateau pressure of < 30 cm H₂O has become the paradigm for mechanical ventilation in ARDS.

In the cases of refractory hypoxemia despite lung protective conventional ventilator modes, clinicians may resort to other measures: prone position ventilation, recruitment maneuvers, unconventional ventilation modes, inhaled pulmonary vasodilators, and Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO).

Prone positioning should be considered for any patient with moderate-severe ARDS and refractory hypoxemia. Patients with severe ARDS receive prone positioning for more than 12h per day.

Neuromuscular blocking agents should be considered in patients with moderate-severe ARDS within the first 48 h, particularly in the subset of patients with PaO₂/FiO₂ less than 150, to improve patient-ventilator synchrony.

The authors of recent published evidence-based clinical practice guidelines have suggested that patients with ARDS should be treated by the recruitment maneuvers. Airway pressure release ventilation (APRV) and high frequency oscillatory ventilation (HFOV) are recommended, but not be routinely used in patients with moderate or severe ARDS. The inhaled vasodilators have not supported for daily use based on existing evidence.

The extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) has been successfully used in patients with severe acute respiratory distress syndrome (ARDS). The recent publication stated that additional evidence is necessary to make a definitive recommendation for or against the use of ECMO in severe ARDS.

KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ KHÓ

TS.BS. Đỗ Ngọc Sơn

Viện Nghiên cứu Y khoa Woolcock

Đường thở khó là một thể lâm sàng khá thường gặp trên bệnh nhân đặt nội khí quản ngoài môi trường gây mê hồi sức. Đường thở khó là một thách thức cho người thầy thuốc lâm sàng và là nguy cơ đe dọa tính mạng bệnh nhân. Đánh giá mức độ khó của đường thở,

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

chuẩn bị các thiết bị cần thiết trước thủ thuật là những biện pháp thiết yếu nhằm đảm bảo thành công thủ thuật. Cần thiết lập các xe can thiệp đường thở, xe can thiệp đường thở khó để có thể tiếp cận được các thiết bị hỗ trợ bất kể khi nào cần đến chúng. Team cấp cứu đường thở là lựa chọn ở những đơn vị chưa có kinh nghiệm kiểm soát đường thở. Cần tập huấn và thực hành thường xuyên các kỹ thuật kiểm soát đường thở khó cho các thành viên của team đường thở. Đồng thời đào tạo cho các nhân viên y tế tham gia trực những kỹ năng phát hiện bệnh nhân có nguy cơ khó kiểm soát đường thở. Tiếp cận đường thở khó đòi hỏi đánh giá nhanh và xử trí theo các kế hoạch (plan), cần quyết định lựa chọn các kế hoạch nhanh và thực hiện hiệu quả.

DIFFICULT AIRWAY MANAGEMENT

Do Ngoc Son, MD., PhD.

Woolcock Institute of Medical Research Vietnam

Difficult airway is a fairly common in clinical practice on patients intubated outside anesthetic and operational theater environment. Difficult airway is a challenge for clinicians and is a life-threatening situation for patients. Assessment for difficult airway and preparation for necessary equipment before procedure are essential measures to ensure the success of the procedure. Setting up of the airway and difficult airway trolley accessible for any needed devices should be done. Airway Emergency Team is a good option for the unit which have less experience on airway management. Training and routine practice and drill of techniques and clinical scenario for difficult airway management for all team members.

At the same time training for all medical staff directly involved with the skills to detect patients at risk. Approach for difficult airway management requires rapid assessment and management according to the plan, to decide the plan quickly and effectively implemented.

FLUOROQUINOLONE KHÔNG CHỈNH LIỀU

Điều trị bệnh nhiễm khuẩn do
những dòng vi khuẩn nhạy cảm
gây ra trong:

Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng ở
mức độ nhẹ đến trung bình,

Nhiễm trùng da và tổ chức dưới da có
biến chứng,

Nhiễm trùng ổ bụng có biến chứng,

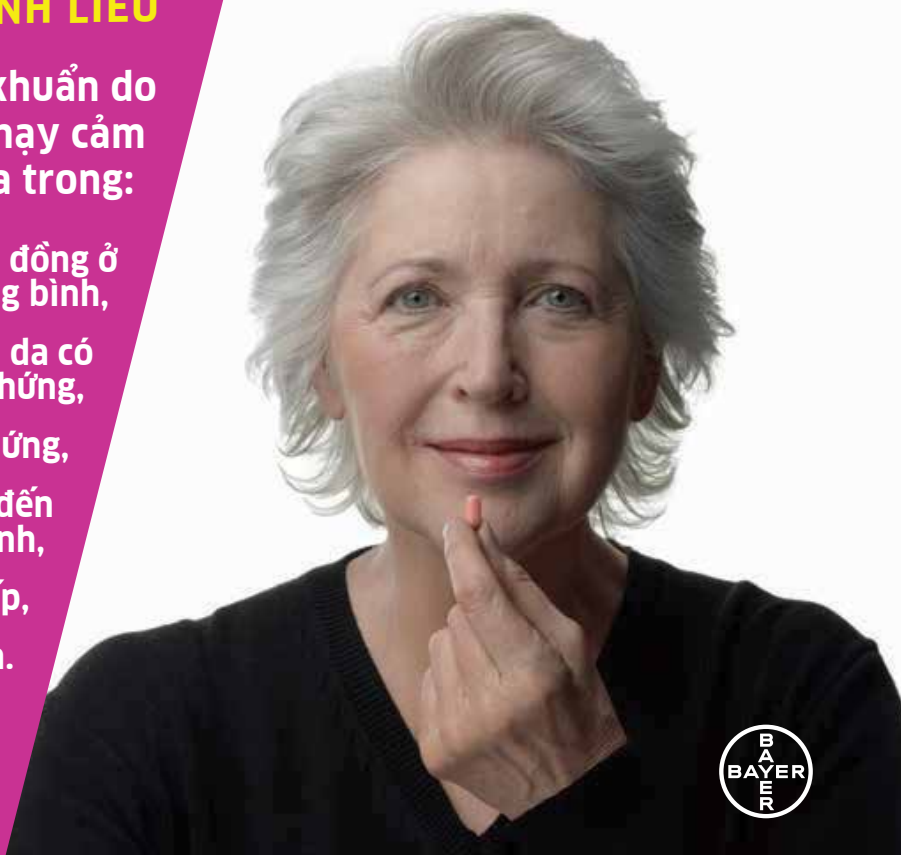
Viêm vùng chậu mức độ nhẹ đến
trung bình,

Viêm xoang cấp,

Đợt cấp của viêm phế quản mạn.

Số giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của BYT:
0602/2017/XNNT/QLD, ngày 21 tháng 05 năm 2018
ngày xx tháng xx năm xxxx in tài liệu.
Tài liệu gồm có 2 trang.
Thông tin chi tiết sản phẩm xem ở trang 1 và 2

Avelox[®]
moxifloxacin



THÔNG TIN KÊ TOA

THÀNH PHẦN: Viên nén bao phim gồm có 400 mg moxifloxacin (dưới dạng hydrochloride). **CHỈ ĐỊNH:** Avelox 400 mg viên nén bao phim được chỉ định trong điều trị bệnh nhiễm khuẩn do những dòng vi khuẩn nhạy cảm gây ra trong các trường hợp liệt kê dưới đây: Nhiễm khuẩn đường hô hấp. Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng (với mức độ từ nhẹ đến trung bình) do *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* hoặc *Moraxella catarrhalis* gây ra. Viêm da và tổ chức dưới da không có biến chứng do *Staphylococcus aureus* hoặc *Streptococcus pyogenes* gây ra. Nhiễm trùng da và tổ chức dưới da có biến chứng (bao gồm cả nhiễm trùng bao chân do bệnh đái tháo đường). Nhiễm trùng ổ bụng có biến chứng bao gồm cả các trường hợp nhiễm trùng do nhiều loại vi khuẩn gây ra như áp xe. Điều trị các bệnh viêm vùng chậu mức độ nhẹ đến trung bình (ví dụ: nhiễm trùng đường sinh dục trên của nữ, bao gồm viêm vòi trứng và viêm nội mạc tử cung) mà không có áp xe vòi trứng hoặc ổ chậu. Viên nén bao phim Avelox 400 mg không khuyến cáo sử dụng đơn trị liệu bệnh lý viêm vùng chậu mà nên phối hợp thuốc với một kháng sinh diệt khuẩn thích hợp khác (như cephalosporin) do tăng sự kháng thuốc với moxifloxacin của *Neisseria gonorrhoeae* (trừ khi có thể loại trừ *Neisseria gonorrhoeae* kháng moxifloxacin). Viêm xoang cấp do vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* hoặc *Moraxella catarrhalis* gây ra. Đợt cấp của viêm phế quản mạn do vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* gây ra. Do kháng sinh fluoroquinolon, trong đó có Avelox liên quan đến phản ứng có hại nghiêm trọng (xem mục **Cảnh báo và thận trọng**) và viêm xoang cấp tính do vi khuẩn hoặc đợt nhiễm khuẩn cấp của viêm phế quản mạn tính ở một số bệnh nhân có thể tự khỏi, chỉ nên sử dụng Avelox cho những bệnh nhân không có lựa chọn điều trị khác thay thế. Nên xem xét cẩn thận các chỉ dẫn chính thức về sử dụng thích hợp các kháng sinh. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** **Liều lượng:** **Liều dùng (người lớn):** Liều khuyến dùng là 400mg Avelox (viên nén hoặc dung dịch tiêm truyền) một lần mỗi ngày cho các chỉ định nêu trên và không dùng quá liều. **Thời gian điều trị:** Nên xác định thời gian điều trị tùy theo mức độ nặng của chỉ định hay đáp ứng lâm sàng. **Có thể sử dụng theo khuyến cáo chung dưới đây:** Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng: 10 ngày. Nhiễm trùng da và tổ chức dưới da không có biến chứng: 7 ngày. Nhiễm trùng da và tổ chức dưới da có biến chứng tổng thời gian điều trị nối tiếp (truyền tĩnh mạch trước sau đó chuyển sang dùng đường uống): 7 – 21 ngày. Nhiễm trùng ổ bụng có biến chứng tổng thời gian điều trị nối tiếp (truyền tĩnh mạch trước sau đó chuyển sang dùng đường uống): 5 – 14 ngày. Nhiễm trùng ổ chậu mức độ nhẹ đến vừa: 14 ngày. Đợt cấp của viêm phế quản mạn: 5 ngày. Viêm xoang cấp: 7 ngày. Viên Avelox

400mg đã được nghiên cứu trong những thử nghiệm lâm sàng kéo dài đến 21 ngày điều trị (trong điều trị nhiễm trùng da và tổ chức dưới da có biến chứng). **Cách sử dụng:** Nuốt nguyên cả viên thuốc với một lượng nước vừa đủ có thể uống thuốc trong hay ngoài bữa ăn. **Thông tin bổ sung cho các dân số đặc biệt:** **Người già:** Không cần chỉnh liều ở người già. **Trẻ em và thanh thiếu niên:** Hiệu quả và độ an toàn của Avelox ở trẻ em và thanh thiếu niên chưa được xác định. **Các chủng tộc khác nhau:** Không cần chỉnh liều. **Suy gan:** Không cần phải chỉnh liều ở bệnh nhân suy chức năng gan (xem thêm phần **Cảnh báo và thận trọng khi sử dụng cho những bệnh nhân xơ gan**). **Suy thận:** Không cần phải chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận ở bất kỳ mức độ nào (kể cả khi độ thanh thải creatinine $\leq 30\text{ml/phút/1,73m}^2$) và trên bệnh nhân phải lọc máu kéo dài như chạy thận nhân tạo hoặc bệnh nhân ngoại trú thẩm phân phúc mạc liên tục. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với moxifloxacin hoặc các quinolone khác hoặc bất kỳ thành phần tá dược của thuốc. Phụ nữ có thai và cho con bú. Bệnh nhân dưới 18 tuổi. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** Các phản ứng có hại nghiêm trọng có khả năng không hồi phục và gây tàn tật, bao gồm viêm gan, đứt gân, bệnh lý thần kinh ngoại biên và các tác dụng bất lợi trên hệ thống thần kinh trung ương. Các kháng sinh nhóm fluoroquinolon bao gồm Avelox có liên quan đến các phản ứng có hại nghiêm trọng có khả năng gây tàn tật và không hồi phục trên các hệ cơ quan khác nhau của cơ thể. Các phản ứng này có thể xuất hiện đồng thời trên cùng bệnh nhân. Các phản ứng có hại thường được ghi nhận gồm viêm gân, đứt gân, đau khớp, đau cơ, bệnh lý thần kinh ngoại vi và các tác dụng bất lợi trên hệ thống thần kinh trung ương (ảo giác, lo âu, trầm cảm, mất ngủ, đau đầu nặng và lú lẫn). Các phản ứng này có thể xảy ra trong vòng vài giờ đến vài tuần sau khi sử dụng thuốc Avelox. Bệnh nhân ở bất kỳ tuổi nào hoặc không có yếu tố nguy cơ tồn tại từ trước đều có thể gặp những phản ứng có hại trên. Ngừng sử dụng thuốc Avelox ngay khi có dấu hiệu hoặc triệu chứng đầu tiên của bất kỳ phản ứng có hại nghiêm trọng nào. Thêm vào đó, tránh sử dụng các kháng sinh nhóm fluoroquinolon cho các bệnh nhân đã từng gặp các phản ứng nghiêm trọng liên quan đến fluoroquinolon. Trong một vài trường hợp, phản ứng quá mẫn hoặc phản ứng dị ứng thường xảy ra ngay sau lần dùng thuốc đầu tiên và phải thông báo cho bác sĩ biết ngay lập tức. Phản ứng phản vệ trong một số rất hiếm trường hợp có thể dẫn đến tình trạng sốc gây nguy hiểm đến tính mạng, có thể xảy ra ngay sau lần dùng thuốc đầu tiên. Trong những trường hợp này, cần ngưng sử dụng Avelox và cần có các biện pháp điều trị khác (ví dụ điều trị sốc). Avelox làm kéo dài khoảng QT trên điện tâm đồ ở một vài bệnh nhân. Vì phụ nữ có khuynh hướng có khoảng QT lúc đầu dài hơn so với nam giới, do đó phụ nữ nhạy cảm hơn với các thuốc gây kéo dài khoảng QT. Những bệnh nhân lớn tuổi cũng nhạy cảm hơn với các thuốc có ảnh hưởng lên khoảng QT. Độ rộng của khoảng QT



kéo dài có thể bị tăng lên cùng với sự tăng nồng độ của thuốc. Do đó không nên vượt quá liều sử dụng và tốc độ truyền đã được khuyến cáo (400 mg trong vòng 60 phút). Tuy nhiên đối với những bệnh nhân viêm phổi, người ta không nhận thấy có sự liên quan giữa nồng độ của moxifloxacin trong huyết tương và hiện tượng kéo dài khoảng QT. Sự kéo dài khoảng QT có thể dẫn tới loạn nhịp thất bao gồm cả xoắn đỉnh. Không có trường hợp bệnh hoặc tử vong do tim mạch do sự kéo dài khoảng QT khi điều trị với Avelox trong một nghiên cứu lâm sàng trên 9.000 bệnh nhân, tuy nhiên một số bệnh tiềm tàng có thể làm tăng nguy cơ loạn nhịp thất. **Do đó nên tránh sử dụng Avelox do thiếu kinh nghiệm lâm sàng sử dụng thuốc trên những nhóm bệnh nhân sau:** Trên các bệnh nhân có khoảng QT kéo dài. Các bệnh nhân có hạ kali máu chưa được điều trị. Các bệnh nhân đang điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp nhóm IA (như quinidine, procainamide) hoặc nhóm III (như amiodarone, sotalolol). Nên sử dụng thận trọng Avelox cho những bệnh nhân sau do không loại trừ được tác dụng hiệp đồng làm kéo dài khoảng QT của moxifloxacin. Bệnh nhân đang sử dụng đồng thời thuốc làm kéo dài khoảng QT như cisapride, erythromycin, thuốc chống loạn thần hoặc các chống trầm cảm 3 vòng. Bệnh nhân đang có tình trạng loạn nhịp tim như nhịp chậm rõ trên lâm sàng hoặc thiếu máu cục bộ cơ tim cấp tính. Ở những bệnh nhân xơ gan do không thể loại trừ khả năng những bệnh nhân này đã có trước kéo dài khoảng QT. Phụ nữ và người già có thể tăng nhạy cảm với các thuốc kéo dài khoảng QT. Đã có những thông báo về các trường hợp có tổn thương gan cấp tính dẫn đến suy gan (bao gồm cả những ca bị tử vong) với Avelox. Bệnh nhân cần liên hệ và thông báo ngay cho bác sĩ trước khi tiếp tục điều trị nếu xuất hiện các triệu chứng liên quan đến suy gan. Đã có những thông báo về các phản ứng da bong rộp như hội chứng Stevens-Johnson hoặc hoại tử biểu bì do nhiễm độc với Avelox. Bệnh nhân cần liên hệ và thông báo ngay cho bác sĩ trước khi tiếp tục điều trị nếu xuất hiện các phản ứng da và niêm mạc. Các cơn động kinh cũng có thể xảy ra khi sử dụng các thuốc thuộc nhóm quinolone. Nên thận trọng trên những bệnh nhân đã có hoặc nghi ngờ có rối loạn ở hệ thần kinh trung ương có thể dẫn tới cơn động kinh hoặc làm giảm ngưỡng của cơn động kinh. Viêm đại tràng do sử dụng thuốc kháng sinh đã được báo cáo khi sử dụng những kháng sinh phổ rộng, bao gồm cả Avelox; do đó, điều quan trọng là phải nghĩ tới chẩn đoán này ở những bệnh nhân bị tiêu chảy trầm trọng đi kèm với sử dụng Avelox. Trong tình huống lâm sàng này, nên tiến hành ngay các biện pháp điều trị phù hợp. Chống chỉ định các thuốc ức chế nhu động ruột với các trường hợp tiêu chảy nghiêm trọng. Cần thận trọng khi sử dụng cho bệnh nhân nhược cơ nặng vì Avelox có thể làm cho các triệu chứng của bệnh trở nên trầm trọng. Viêm và đứt gân có thể xảy ra khi điều trị bằng quinolone bao gồm moxifloxacin, đặc biệt trên bệnh nhân lớn tuổi và những người đang điều trị với corticosteroids, đã có báo cáo về các trường hợp tác dụng phụ này xảy ra sau khi kết thúc điều trị vài tháng. Khi có những dấu hiệu đầu tiên của đau hay yếu, bệnh nhân cần ngưng thuốc và bắt đầu điều trị bằng quinolone cho thấy nó có thể làm tăng độ nhạy cảm với ánh sáng ở các bệnh nhân. Tuy nhiên, chưa xác định rõ tình trạng nhạy cảm với ánh sáng trong các thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng đối với moxifloxacin. Bên cạnh đó, kể từ khi bắt đầu sử dụng cho đến nay chưa thấy các bằng chứng trên lâm sàng cho thấy moxifloxacin gây tăng mẫn cảm với ánh sáng. Mặc dù vậy, nên khuyến bệnh nhân tránh tiếp xúc với tia cực tím hoặc ánh sáng mặt trời. Đối với những bệnh nhân bị nhiễm trùng hô hấp có biến chứng (như: áp xe vòm họng hoặc ổ châu) cần phải được điều trị bằng moxifloxacin đường truyền tĩnh mạch, không khuyến cáo sử dụng viên nén bao phim Avelox 400 mg. Không khuyến cáo sử dụng moxifloxacin để điều trị nhiễm khuẩn do MRSA. Trong trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định nhiễm khuẩn gây ra bởi MRSA, nên bắt đầu điều trị bằng kháng sinh phù hợp. Hoạt tính của moxifloxacin in vitro có thể làm ảnh hưởng đến xét nghiệm nuôi cấy *Mycobacterium spp.* do ức chế sự phát triển của vi khuẩn *Mycobacteria*, gây ra kết quả âm tính giả trên mẫu được lấy từ bệnh nhân đang dùng Avelox. Đã có báo cáo về các trường hợp bệnh đa dây thần kinh cảm giác hoặc vận động cảm giác, dẫn đến dị cảm, tăng cảm giác, rối loạn cảm giác hoặc yếu cơ ở bệnh nhân đang dùng kháng sinh nhóm quinolone, bao gồm cả Avelox. Nếu xảy ra các triệu chứng của bệnh thần kinh như đau, nóng bỏng, ngứa ran, tê hoặc tình trạng yếu cơ, bệnh nhân nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi tiếp tục điều trị bằng Avelox. Các phản ứng tâm thần có thể xảy ra thậm chí ngay sau lần đầu tiên sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolone, bao gồm cả moxifloxacin. Rất hiếm gặp các trường hợp trầm cảm hoặc phản ứng loạn thần dẫn đến ý nghĩ tự tử và hành vi tự gây thương tích cho bản thân như cố gắng tự tử. Trong trường hợp bệnh nhân mắc phải các phản ứng này, nên ngưng sử dụng Avelox và được thay thế bằng các biện pháp phù hợp. Nên thận trọng khi sử dụng Avelox ở các bệnh nhân loạn thần hoặc bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh tâm thần. Do tần suất mắc *Neisseria gonorrhoeae* đề kháng fluoroquinolone lan rộng và đang tăng lên, nên tránh sử dụng moxifloxacin đơn trị liệu ở bệnh nhân mắc bệnh viêm vùng chậu, ngoại trừ trường hợp đã loại trừ được *N. gonorrhoeae* để kháng fluoroquinolone. Nếu không loại trừ được *N. gonorrhoeae* để kháng fluoroquinolone, nên cân nhắc phối hợp thêm một kháng sinh thích hợp thường có tác dụng chống lại *N. gonorrhoeae* (như một kháng sinh cephalosporin) vào phác đồ moxifloxacin theo kinh nghiệm. **Rối loạn đường huyết:** Cũng như tất cả các fluoroquinolone, sự rối loạn đường huyết, bao gồm cả tăng và giảm đường huyết đều được báo cáo khi dùng Avelox. Ở bệnh nhân điều trị bằng Avelox, rối loạn đường huyết xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi đang điều trị đồng thời với một thuốc hạ đường huyết đang uống hoặc đang sử dụng insulin. Ở bệnh nhân đái tháo đường, cần giám sát chặt chẽ nồng độ đường huyết. **TƯƠNG TÁC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC DẠNG TƯƠNG TÁC KHÁC:** Các thuốc sau đây đã được chứng minh là không có các tương tác trên lâm sàng với Avelox: atenolol,

ranitidine, các chế phẩm bổ sung calci, theophylline, cyclosporine, thuốc uống tránh thai, glibenclamide, itraconazole, digoxin, morphine, probenecid. Không cần phải điều chỉnh liều đối với những thuốc này. **Thuốc kháng acid, muối khoáng và vitamin:** Có thể làm giảm hấp thu của moxifloxacin dẫn đến nồng độ trong huyết tương thấp hơn đáng kể so với mong muốn. Các thuốc trung hòa acid, thuốc kháng retrovirus và chế phẩm khác chứa magnesium, nhôm và chất khoáng khác như sắt nên được sử dụng ít nhất 4 giờ trước hoặc 2 giờ sau khi uống moxifloxacin. Các thuốc trung hòa acid, thuốc kháng retrovirus (như didanosin) và những chế phẩm khác chứa magnesium hay nhôm, sucralfate và những thuốc chứa sắt hay kẽm nên được sử dụng ít nhất 4 giờ trước hoặc 2 giờ sau khi uống moxifloxacin. **Warfarin:** Không ghi nhận có tương tác thuốc khi điều trị đồng thời với warfarin trên được lực học, thời gian prothrombin và các thông số về đông máu khác, tuy nhiên nên tiến hành theo dõi INR và nếu cần thiết, nên điều chỉnh liều lượng của các loại thuốc uống chống đông máu cho phù hợp. **Digoxin:** Được đồng học của digoxin không bị ảnh hưởng đáng kể bởi moxifloxacin và ngược lại. **Thận hoạt:** làm giảm sinh khả dụng toàn thân của moxifloxacin đến 80%. Sử dụng thận hoạt trong giai đoạn hấp thu sớm ngăn cản sự tăng lên của mức độ phơi nhiễm toàn thân trong các trường hợp dùng quá liều. Sau khi dùng thuốc theo đường tĩnh mạch, các thuốc có chứa carbon chì làm giảm nhẹ mức độ phơi nhiễm toàn thân của thuốc (khoảng 20%). **Thức ăn và các sản phẩm từ sữa:** không ảnh hưởng hấp thu của moxifloxacin. Có thể uống không phụ thuộc vào bữa ăn. **SỬ DỤNG Ở PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** chống chỉ định sử dụng Avelox cho phụ nữ mang thai và phụ nữ đang cho con bú. **TÁC DỤNG TRÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** có thể gây ảnh hưởng. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Hay gặp ($\geq 1/100$ tới $< 1/10$): Bội nhiễm nấm; Đau đầu, Đau dạ dày và đau bụng, Tiêu chảy; Tăng các men transaminase; Phản ứng tại vị trí tiêm và truyền thuốc. **Ít gặp ($\geq 1/1.000$ tới $< 1/100$):** Thiếu máu, Giảm bạch cầu, Giảm bạch cầu trung tính, Giảm tiểu cầu, Tăng tiểu cầu nguyên phát, Kéo dài thời gian prothrombin / Tăng chỉ số INR; Phản ứng dị ứng, Ngứa, Ban da, Mày dầy, Tăng bạch cầu ưa eosin; Tăng lipid máu; Các phản ứng loét, ngứa, Tăng hoạt động thần kinh vận động / Lo âu; Dị cảm và rối loạn cảm giác, Rối loạn vị giác (kể cả mất vị giác rất hiếm khi xảy ra), Lẫn lộn và rối loạn định hướng, Rối loạn giấc ngủ, Run, Chóng mặt, Tinh trạng lơ mơ; Rối loạn thị giác (đặc biệt trong giai đoạn xảy ra các phản ứng của hệ thần kinh trung ương); Kéo dài khoảng QT, Đánh trống ngực, Nhịp tim nhanh, Giãn mạch; Khó thở (kể cả bệnh hen); Giảm cảm giác ngon miệng và ợ thèm ăn, Táo bón, Rối loạn vị giác, Đau họng, Viêm da dày ruột (ngoại trừ viêm da dày ruột do ăn mòn), Tăng amylase; Suy giảm chức năng gan (bao gồm tăng LDH), Tăng bilirubin, Tăng gamma-glutamyl-transferase, Tăng phosphatase kiềm trong máu; Đau khớp, Đau cơ; Mất nước (do tiêu chảy gây giảm lượng dịch đưa vào); Cảm giác không khỏe, Đau không xác định, Toàn thân mệt mỏi, Phản ứng tại vị trí truyền (viêm tắc tĩnh mạch). **Hiếm gặp ($\geq 1/10.000$ tới $< 1/1.000$):** Nồng độ thromboplastin bất thường; Phản ứng phản vệ / phản ứng dạng phản vệ, Phù dị ứng / phù mạch (kể cả phù thanh quản, có khả năng đe dọa tính mạng); Tăng đường huyết, Tăng acid uric máu; Cảm xúc không ổn định, Trầm cảm (rất hiếm gặp các trường hợp có khả năng dẫn đến nặng nhất là hành vi tự gây thương tích bản thân, như ý định tự tử hoặc cố gắng tự tử), Áo giáp, Giảm cảm giác, Rối loạn khứu giác (bao gồm cả mất khứu giác hoàn toàn), Giấc ngủ bất thường, Rối loạn phối hợp vận động (kể cả rối loạn dáng đi, đặc biệt do chóng mặt hay chóng mặt; rất hiếm trường hợp dẫn đến ngã với chấn thương, nhất là ở người lớn tuổi), Đồng kinh với nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau (bao gồm cả động kinh cơn lớn); Mất tập trung, Các rối loạn về giọng nói, Mất trí nhớ; Bệnh lý thần kinh ngoại vi và đa dây thần kinh; Û tai, Suy giảm thính lực bao gồm cả điếc (thường có thể hồi phục), Nhịp nhanh thất, Ngất, Tăng huyết áp, Hạ huyết áp, Khó nuốt, Viêm miệng, Viêm ruột kết liên quan đến sử dụng kháng sinh (rất hiếm gặp các trường hợp liên quan đến các biến chứng đe dọa tính mạng), Viêm da, Viêm gan (chủ yếu là ứ mật), Viêm gan, Tăng trương lực cơ và chuột rút, Yếu cơ, Suy giảm chức năng thần, Suy thần (do mất nước, đặc biệt ở người lớn tuổi đã có trước các rối loạn trên thân); Phù. **Rất hiếm gặp ($< 1/10.000$):** Tăng nồng độ prothrombin / giảm INR, Nồng độ prothrombin / INR bất thường; Sốc phản vệ / dạng phản vệ (có khả năng đe dọa tính mạng); Hạ đường huyết; Mất nhân cách, Các phản ứng loạn thần, (nặng nhất có khả năng dẫn đến tự gây thương tích bản thân, như ý định / ý nghĩ tự tử hoặc cố gắng tự tử); Tăng cảm giác, Mất thị lực thoáng qua (đặc biệt trong giai đoạn xảy ra các phản ứng của hệ thần kinh trung ương), Loạn nhịp không xác định, Xoắn đỉnh *, Ngưng tim * (*đặc biệt ở những bệnh nhân đang mắc các bệnh lý nên tiến hành theo dõi nghiêm trọng như nhịp tim chậm có ý nghĩa lâm sàng, thiếu máu cục bộ cơ tim cấp tính); Có khả năng xảy ra viêm gan tối cấp dẫn đến suy gan (đe dọa tính mạng (bao gồm cả các trường hợp tử vong); Các phản ứng bong rộp trên da như hội chứng Steven-Johnson hoặc hoại tử biểu bì nhiễm độc (có khả năng đe dọa tính mạng); Đứt gân, Viêm khớp, Rối loạn dáng đi (do các triệu chứng trên cơ, gần hoặc khớp); Trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh nhược cơ. Tác dụng không mong muốn sau thường xảy ra ở tần suất cao hơn khi sử dụng moxifloxacin i.v sau đó chuyển sang uống; **Thường gặp:** Tăng chỉ số Gamma-Glutamyl-Transferase. **Không thường gặp:** Nhịp nhanh thất, hạ huyết áp, Phù, Viêm ruột liên quan đến kháng sinh (trong một số rất hiếm trường hợp có thể gây biến chứng nguy hiểm đến tính mạng), lộn cơn động kinh với các biểu hiện lâm sàng khác nhau (bao gồm những cơn động kinh cơn lớn), ảo giác, suy thần (trong một số trường hợp do mất nước dẫn đến suy thần, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi đã có rối loạn chức năng thần trước đó). **ĐIỀU KIỆN BẢO QUẢN:** Bảo quản thuốc ở nhiệt độ dưới 30°C (= 86°F), tránh hơi ẩm. **TRÌNH BAY:** Avelox viên: Hộp chứa 1 vi có 5 viên bao phim (1x5). **NHÀ SẢN XUẤT:** BAYER PHARMA AG, D-51368, Leverkusen, CHLB Đức. **NHÀ ĐĂNG KÝ:** BAYER (SOUTH EAST ASIA) PTE., LTD., SINGAPORE.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NTM: THÁCH THỨC TẠI VIỆT NAM

⁽¹⁾Nguyễn Kim Cương, ⁽²⁾Nguyễn Viết Nhung

⁽¹⁾Bệnh viện Phổi Trung ương, ⁽²⁾Đại học Y Hà Nội

Có hơn 200 loài NTM đã được định danh, trong đó có những loài phân lập từ bệnh phẩm và là căn nguyên gây bệnh. Tại Việt Nam, bệnh viện Phổi Trung ương (2013-2017) đã định danh các vi khuẩn NTM thường gặp gây bệnh tại phổi là: *M. abscessus*, *M. chelonae*, *M. intracelluar* và *M. fortuitum*. Tỷ lệ mắc NTM tăng liên quan tới tăng nhận thức về bệnh, kỹ thuật chẩn đoán phát triển, số lượng người có bệnh phổi mạn tính. NTM có thể tồn tại không gây bệnh, hoặc cũng có thể là nguyên nhân gây tình trạng bệnh tại phổi. Chẩn đoán xác định dựa trên nuôi cấy và định danh vi khuẩn bằng kỹ thuật sinh học phân tử từ các bệnh phẩm đường hô hấp. Kỹ thuật xét nghiệm rất quan trọng trong việc xác định các loài vi khuẩn NTM khác nhau. Một số vi khuẩn NTM đòi hỏi những điều kiện nuôi cấy đặc biệt. Kỹ thuật sinh học phân tử giúp xác định loài và các gen kháng thuốc của vi khuẩn, đặc biệt là kháng Clarythromycin, có sự không phù hợp giữa *invivo* và *invitro* trong xác định nhạy cảm với thuốc kháng sinh. Chẩn đoán bệnh nhiễm trùng phổi do NTM cần dựa trên sự phù hợp các tiêu chuẩn lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, vi sinh. Quyết định điều trị cần cân nhắc dựa trên sự phù hợp, tiến triển lâm sàng và cận lâm sàng mục đích điều trị, đánh giá nguy cơ và lợi ích đối với từng bệnh nhân. Phác đồ điều trị khác nhau ở các loài NTM, thuốc cơ bản bao gồm Clarythromycin, Rifampicin và Inzoniazid và một số thuốc kháng sinh đường tiêm nhóm Aminoglycoside, Quinolones hoặc một số thuốc khác như Clofazamin, Linezolid, Bedaquiline. Phác đồ điều trị có thể thay đổi dựa trên mức độ nặng của bệnh. Thời gian điều trị bệnh nhiễm trùng phổi do NTM được khuyến cáo kéo dài thêm 12 tháng kể từ khi nuôi cấy đờm âm tính. Phẫu thuật phổi trong một số trường hợp tổn thương khu trú, hoặc liên tục dương tính. Cần theo dõi kết quả nuôi cấy đờm và các tác dụng phụ của thuốc trong quá trình điều trị. Hiện nay, việc chẩn đoán xác định và điều trị NTM nên chỉ đặt ra với các cơ sở chuyên khoa Lao và bệnh phổi có đủ năng lực xét nghiệm và theo dõi người bệnh. Cần có khuyến cáo cách tiếp cận chẩn đoán và điều trị NTM với các cơ sở chuyên khoa và đa khoa tuyến tỉnh về căn bệnh này.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CHALLENGES IN THE DIAGNOSE AND TREATMENT OF NON-TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA PULMONARY DISEASE (NTM-PD)

⁽¹⁾Nguyen Kim Cuong, ⁽²⁾Nguyen Viet Nhung

⁽¹⁾Central Lung Hospital, ⁽²⁾Ha Noi Medical University

Over 200 strains of non-tuberculous mycobacteria (NTM) were isolated from specimen and identified as the cause of the diseases. In National lung Hospital (2013-2017) the most common cause of pulmonary NTM: *M. abscessus*, *M. chelonae*, *M. intracelluar* and *M. fortuitum*. Increased incidence of NTM is associated with increased awareness of diseases, developed diagnostic techniques and increased number of patients with chronic lung disease.. The diagnosis of this disease is based on culture and identification of NTM using molecular biological techniques from respiratory specimens. These tests are very important in identifying different NTM species and also in detecting drug-resistant genes of NTM, especially Clarythromycin resistance. There are some mismatches between invivo and invitro results in determining the drug-susceptibility. Furthermore, the diagnosis of NTM pulmonary disease is also based on the consistency between clinical signs and laboratory tests; the decision of treatment is based on evaluating the risks and the benefits of each patient. The treatment regimen is different between NTM species and the severity of the disease. The basic drugs include Clarythromycin, Rifampicin and Inzoniazid and some injectable antibiotics such as Aminoglycoside, Quinolones or some other drugs such as Clofazamin, Linezolid, Bedaquiline. Antibiotic treatment should continue for a minimum of 12 months after culture conversion. Surgery should be considered where there is cavitory disease that is limited in site and extent; or culture positivity despite 6-12 months of treatment with an appropriate antibiotic regimen or relapse after completing treatment. Sputum culture results and drug side effects monitoring are essential.

NTM guidelines from British Thoracic Society 2017 developed from best available evidence. The initiative work began since 2012 for searching documents which address the research question, type of study, epidemiology, bacteriology, definition, treatment decision, antibiotic resistance, lung operation and lung transplantation.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN

TS.BS. Nguyễn Hữu Lân

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Lao tiềm ẩn (LTA; Latent tuberculosis infection: LTBI) là trạng thái đáp ứng miễn dịch dai dẳng với sự kích thích của kháng nguyên *Mycobacterium tuberculosis* mà không có bằng chứng về bệnh lao hoạt tính biểu hiện lâm sàng.

Ở các nước thu nhập cao có tỷ lệ mắc bệnh lao thấp, việc kiểm soát nhiễm trùng tiềm ẩn có thể góp phần loại bỏ bệnh lao. Một đánh giá về các phác đồ điều trị cho thấy điều trị bệnh lao tiềm ẩn có thể làm giảm nguy cơ tái phát bệnh từ 60% đến 90%. Một Nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên gần đây ở một quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao cho thấy lợi ích của điều trị dự phòng ở những người nhiễm HIV có thể kéo dài hơn 5 năm.

WHO khuyến cáo nên quản lý phù hợp lao tiềm ẩn dựa trên gánh nặng bệnh lao và nguồn lực sẵn có. Khuyến cáo xét nghiệm và điều trị thường quy lao tiềm ẩn cho những người nhiễm HIV và cho trẻ em dưới 5 tuổi tiếp xúc với bệnh lao phổi, bất kể gánh nặng bệnh lao của đất nước hoặc nguồn lực sẵn có. Ở các nước thu nhập trung bình hoặc cao, tùy thuộc vào gánh nặng bệnh lao thấp và nguồn lực sẵn có, nên xét nghiệm và điều trị thường quy lao tiềm ẩn đối với một số nhóm bệnh nhân nguy cơ khác như: người lớn tiếp xúc trong gia đình với bệnh nhân lao phổi; bệnh nhân mắc bệnh bụi phổi silic; bệnh nhân bắt đầu điều trị yếu tố hoại tử chống khối u; bệnh nhân chạy thận nhân tạo; và người nhận ghép tạng.

UPDATE ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LATENT TUBERCULOSIS INFECTION

Nguyen Huu Lan, MD, PhD

Pham Ngoc Thach Hospital

Latent tuberculosis infection (LTBI) is a state of persistent immune response to stimulation by *Mycobacterium tuberculosis* antigens without evidence of clinically manifested active Tuberculosis (TB).

In high-income countries which already have a low incidence of tuberculosis, management of latent infection can contribute to elimination of the disease. A review of

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

treatment regimens found that treatment of latent tuberculosis can reduce the risk of disease reactivation by 60% to 90%. A recent randomized controlled trial in a high tuberculosis burden country showed that the benefits of preventive treatment in people living with HIV can last for more than 5 years.

The WHO recommends tailored latent tuberculosis infection management based on tuberculosis burden and resource availability. Systematic testing and treatment for latent infection is strongly recommended for people living with HIV and for children younger than 5 years who are household contacts of a pulmonary tuberculosis case, regardless of the country's background tuberculosis burden or resource availability. In upper-middle or high-income countries, depending on low tuberculosis burden and availability of resources, systematic testing and treatment of latent tuberculosis is strongly recommended for certain other risk groups: adult household contacts of pulmonary tuberculosis cases; patients with silicosis; patients initiating anti-tumour necrosis factor treatment; patients on dialysis; and organ transplant recipients.

LAO KHÁNG ĐA THUỐC - THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP Ở VIỆT NAM

TS. Hoàng Thị Thanh Thủy

Bệnh viện Phổi Trung ương

Phó trưởng đơn vị quản lý Lao kháng thuốc, Chương trình Chống lao Quốc gia

Tổng quan: Sự bùng phát của bệnh lao kháng đa thuốc (MDR-TB) là mối đe dọa lớn đối với công tác phòng chống bệnh Lao trên toàn thế giới. Việt Nam đứng thứ 15 trong tổng số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao trên toàn cầu. Ước tính mỗi năm Việt Nam xuất hiện khoảng 7.100 bệnh nhân lao kháng Rifampicin/lao đa kháng (với tỷ lệ 4.1% trong số lao mới và 17% trong số bệnh nhân lao đã có tiền sử điều trị).

Chiến lược quản lý lao kháng thuốc (PMDT): PMDT tại Việt Nam được thực hiện trên nguyên tắc lồng ghép toàn diện trong hệ thống chống lao hiện hành của CTCLQG dựa trên 5 thành tố cơ bản của chiến lược điều trị có kiểm soát trực tiếp (DOT).

Kết quả thực hiện: Việt Nam bắt đầu triển khai thí điểm PMDT từ năm 2009, đến nay đã mở rộng trên phạm vi toàn quốc với số bệnh nhân thu nhận điều trị từ hơn 2000-3000 bệnh nhân lao đa kháng mỗi năm. Việc áp dụng kỹ thuật sinh học phân tử để chẩn đoán

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

nhánh và sử dụng thuốc, phác đồ mới trong điều trị lao kháng thuốc là bước đột phá trong quản lý PMDT tại Việt Nam. Tỷ lệ điều trị thành công lao kháng thuốc tại Việt Nam hiện đạt mức 70%, cao hơn so với mức trung bình toàn cầu (dưới 50%). Tuy nhiên, chúng ta vẫn cần nỗ lực rất nhiều trong việc huy động nguồn lực, tăng cường hoạt động quản lý, chuyên môn kỹ thuật để duy trì tính bền vững trong những năm tiếp theo.

MULTI DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS-CURRENT SITUATION AND SOLUTIONS IN VIETNAM

Hoang Thi Thanh Thuy, PhD.

Lung Central Hospital

Deputy head of the PMDT Unit, National Tuberculosis Program of Vietnam

Background: The outbreak of drug-resistant tuberculosis is a major threat for TB prevention. It is estimated that Vietnam has about 7,100 rifampicin-resistant tuberculosis patients / multidrug-resistant tuberculosis (4.1% and 17% among new TB and among previously treated TB patients respectively).

Programmatic Management of Drug Resistant TB (PMDT): PMDT in Vietnam is developed in principle to be integrated in the existing system of the general TB control programme and rely on five elements of direct observed treatment (DOT).

Results: Vietnam has started implementing pilot PMDT since 2009, so far has expanded nationwide to provide treatment for about 2000-3000 MDR-TB patients each year. The utilization of molecular techniques for rapid diagnosis and use of new drugs, new regimens in the treatment of drug-resistant TB is a breakthrough in management of PMDT in Vietnam. Results of treatment of MDR-TB treatment showed a high success rates (approximately 70%) compared to the global average (less than 50%). However, we still need a lot of effort in mobilizing resources, strengthening management and technical expertise to maintain sustainability of PMDT implementation in the future.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

KINH NGHIỆM PHẪU THUẬT CÁC KHỐI U TRUNG THẤT LỚN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

⁽¹⁾Mạc Thế Trường, ⁽²⁾Ngô Gia Khánh

⁽¹⁾Bệnh viện Bạch Mai, ⁽²⁾Bệnh viện Phổi Đồng Nai

U trung thất lớn là một bệnh hiếm gặp và bao gồm nhiều loại khác nhau về giải phẫu bệnh. Tuy nhiên bất kể loại nào, tất cả các khối u trung thất lớn đều có thể gây chèn ép hoặc xâm lấn các cấu trúc giải phẫu quan trọng xung quanh, dẫn đến suy hô hấp hoặc rối loạn huyết động. Chuẩn bị chi tiết trước phẫu thuật với hội chẩn đa chuyên khoa: chẩn đoán hình ảnh, ung thư, hô hấp, tim mạch, gây mê, ngoại khoa,... là điều kiện tiên quyết cho kết quả phẫu thuật thuận lợi. Trong nội dung báo cáo này chúng tôi mô tả chùm 15 ca bệnh được phẫu thuật thành công tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2018 đến tháng 3/2019 và những kinh nghiệm liên quan đến phẫu thuật các khối u trung thất lớn.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH LÝ LỒNG NGỰC BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT LỖ DƯỚI GÂY Mê KHÔNG ĐẶT ỐNG THỞ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Hữu Lư, Trịnh Kế Diệp, Nguyễn Hữu Ước, Đỗ Danh Quỳnh và cộng sự

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ dưới gây mê không đặt ống thở điều trị một số bệnh lý lồng ngực tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu 13 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ dưới gây mê không đặt ống thở từ tháng 02/2019 tới 04/2019 về các thông số trước, trong và sau mổ.

Kết quả: Bao gồm 02 nam và 11 nữ. Tuổi trung bình 49,2 - 20,5 (06 - 71). Chỉ số BMI trung bình 20,65 - 2,04 kg/ m²(15,39 - 23,93). Chỉ định và phương pháp mổ: Nốt mờ đơn độc phổi (cắt phổi không điển hình): 02 (15,4%); U trung thất (lấy u): 08 (61,6%);

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (cắt thùy phổi - nạo vét hạch): 02 (15,4%); Kén khí phổi (cắt kén khí): 01 (7,6%). Thời gian phẫu thuật 102,3 - 27,46 phút (60 - 160). Thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình $3,2 \pm 1,34$ ngày (2 - 8). Số ngày nằm viện trung bình $4,8 \pm 1,68$ ngày (3 - 12). Không có tử vong và biến chứng nặng sau mổ.

Kết luận: Điều trị một số bệnh lý lồng ngực bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ dưới gáy mê không đặt ống thở là một phương pháp an toàn, khả thi và kết quả tốt sau phẫu thuật.

INITIAL RESULT OF NONINTUBATED UNIPORTAL THORACOSCOPIC SURGERY APPROACH TO INTRATHORACIC DISEASES AT VIETNAM-GERMANY UNIVERSITY HOSPITAL

Pham Huu Lu, Trinh Ke Diep, Nguyen Huu Uoc, Do Danh Quynh et al.

Objective: The study aimed to evaluate the initial results of nonintubated uniportal thoracoscopic surgery for treatment of intrathoracic diseases at the Vietnam Germany University Hospital.

Methods: A descriptive study of 13 patients with intrathoracic diseases were treated with nonintubated uniportal thoracoscopic surgery from 02/2019 to 04/2019 for preoperative, postoperative and postoperative parameters.

Results: 02 men and 11 women. Mean age was 49,2 - 20,5 (06 - 71). The average BMI: 20,65 - 2,04 kg/ m²(15,39 - 23,93). Indication and operating methods: GGO (Wedge resection): 02 (15,4%); Bullous lung disease (Wedge resection): 01 (7,6%); Mediastinal tumor (resection): 08 (61,6%); NSLC (lobectomy + node dissection): 02 (15,4%. The average operative time: 102,3 - 27,46 minutes (60 - 160). The average drainage time was $3,2 \pm 1,34$ days (2 - 8). The average hospitalization time was $4,8 \pm 1,68$ days (3 - 12). No mortality and major complications after operation.

Conclusion: Treatment of intrathoracic diseases with nonintubated uniportal thoracoscopic surgery is a safe, feasible, and well-tolerated method of surgery.

BÌNH XỊT HẠT MỊN RESPIMAT

Hướng dẫn sử dụng hàng ngày



XOAY

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



MỞ

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



ẤN

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

BÌNH XỊT HẠT MỊN RESPIMAT

Chuẩn bị cho lần sử dụng đầu tiên



1. THÁO RỜI PHẦN ĐỂ TRONG SUỐT

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



2. LẮP ỐNG THUỐC

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



3. LẮP LẠI PHẦN ĐỂ TRONG SUỐT

Lắp phần để trong suốt trở lại đúng vị trí, khi để khớp sẽ có một tiếng “cách”.



4. XOAY

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



5. MỞ

Mở nắp cho đến khi khớp được mở hoàn toàn.



6. ẤN

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

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM: PHẪU THUẬT MỎ SO VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC

PGS.TS. Đỗ Kim Quế

Phó giám đốc Bệnh viện Thống Nhất

Mở đầu: Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là một ung thư thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư. Phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo hạch được xem là phương pháp điều trị tốt nhất cho UTPKTBN giai đoạn sớm. Phẫu thuật nội soi lồng ngực có video hỗ trợ là phương pháp ít xâm lấn, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh, tuy nhiên nhiều tác giả vẫn cho rằng phẫu thuật mở là phương pháp điều trị tốt hơn về ung thư học.

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm và so sánh với phẫu thuật mở kinh điển.

Phương pháp: Thu thập toàn bộ hồ sơ của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IA - IIB được phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo hạch qua mổ nội soi lồng ngực có hỗ trợ video hoặc mổ mở tại bệnh viện Thống Nhất. Các đặc điểm của bệnh nhân, thông số phẫu thuật, biến chứng được đánh giá và so sánh. Sống còn được đánh giá theo Kaplan-Meier và phân tích Cox proportional hazards. Thời gian theo dõi từ 14 tới 66 tháng.

Kết quả: Trong thời gian 8 năm từ 2008 - 2016, 57 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IA - IIB đã được thực hiện phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi lồng ngực có hỗ trợ Video và 60 bệnh nhân qua mổ ngực tại bệnh viện Thống Nhất. 75 bệnh nhân nam và 42 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình 56,3 (31-84). 106 bệnh nhân được mổ cắt thùy phổi và 11 bệnh nhân cắt 2 thùy phổi. Thời gian mổ trung bình ở nhóm cắt thùy phổi qua nội soi có hỗ trợ Video là 157 phút dài hơn nhóm mổ mở là 124 phút. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm về các đặc điểm lâm sàng và dịch tễ. Có 5 trường hợp trong nhóm mổ nội soi phải chuyển mổ mở. 1 trường hợp tử vong trong nhóm mổ mở, ở mỗi nhóm có 1 trường hợp chảy máu cần mổ cầm máu. Rò khí kéo dài ở 7 bệnh nhân trong nhóm mổ mở và 2 bệnh nhân trong nhóm mổ nội soi. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm mổ mở là 18,4 ngày và 12,8 ngày ở nhóm mổ nội soi. Sống thêm 5 năm toàn bộ là 67,8% ở nhóm mổ nội soi và 71,6% ở nhóm mổ mở ($p=0,156$). Sống thêm 5 năm không bệnh tiến triển là 59,6% ở nhóm mổ nội soi và 65,9% ở nhóm mổ mở ($p=0,065$). Không có khác biệt về sống thêm giữa 2 nhóm theo mô hình Cox (hazard ratio 0.82; $P = .21$).

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Kết luận: Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Video là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm. Phẫu thuật vẫn là lựa chọn ưu tiên trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm. Phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi lồng ngực có hỗ trợ Video có biến chứng ít và thời gian nằm viện ngắn, sống thêm 5 năm tương đương phẫu thuật mở.

SURGICAL THERAPY FOR EARLY STAGE NON SMALL CELL LUNG CANCER: VATS VERSUS THORACOTOMY

Assoc Prof. Do Kim Que, PhD.

Deputy Director of Thong Nhat Hospital

Objectives: Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) is frequently cancer and the leading cause death of cancer. Lobectomy and lymph node dissection is optimal surgical treatment method for early stage NSCLC. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) approach is less trauma, quickly recovery, whereas those who advocate thoracotomy claim it as an oncologically superior procedure.

The aims of study are evaluation the role of Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for treating the patients who had early stage NSCLC and compare with conventional thoracotomy.

Methods: All of patient with NSCLC in stage IA - IIB underwent lobectomy and lymph node dissection through VATS or thoracotomy are collected. Patient characteristics were compared. Operative datas, complications were assessed and survival was assessed by Kaplan-Meier and Cox proportional hazards analysis. Follow-up from 14 to 66 months.

Results: From May 2008 to August 2016, 57 patients with NSCLC stage IA - IIB underwent an attempt at VATS lobectomy and 60 patients underwent thoracotomy. There are 75 male and 42 female, mean age is 56.3 range 31 - 84. Lobectomy was performed in 106 cases and bilobectomy in 11 cases. The mean operating time in VATS group is 157 minutes longer than conventional thoracotomy was 124 minutes. No statistic different between 2 group in characteristics of patients. In 57 cases VATS, 5 cases were converted to thoracotomy. There are one patient death in conventional thoracotomy group. One patient had bleeding need to reoperation for controlling bleeding in each group, Prolonged air-leak were 7 cases (10.7%)

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

in thoracotomy and 2 cases (3.8%) in VATS group. Hospitalization is 18.4 days in thoracotomy group and 12.8 days in VATS group. The 5-year OS rate was 67.8% in the VATS group and 71.6% in the thoracotomy group ($p = 0.156$). The 5-year DFS rate was 59.6% in the VATS group and 65.9% in the thoracotomy group ($p = 0.065$). Survival by Cox model was no different for VATS versus thoracotomy (hazard ratio 0.82; $P = .21$).

Conclusion: Video-assisted thoracoscopic surgery is effective and safe method for surgical treatment of early stage NSCLC. Surgery remains the primary therapy in the treatment of early-stage lung cancer. VATS was associated with less complications and shorter length of hospital stay. The 5 years survival is similar in VATS and conventional thoracotomy approach.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA NỘI SOI GIẢM THỂ TÍCH PHỔI BẰNG VAN MỘT CHIỀU ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CÓ KHÍ PHẾ THŨNG NẶNG

TS. Đào Ngọc Bằng và cộng sự

Phó chủ nhiệm khoa Phổi, Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Quân y 103

Mục tiêu: Đánh giá kết quả đặt van phế quản một chiều điều trị khí phế thũng nặng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng và theo dõi dọc trên 33 bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định có khí phế thũng nặng khu trú. Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng, chụp CT ngực, đo FEV1, RV, TLC, Raw và khí máu động mạch trước và sau đặt van. Van 1 chiều Zephyr được đặt vào phế quản qua nội soi phế quản ống mềm.

Kết quả: 31 bệnh nhân được đặt 1 van, trong đó có 27 van kích cỡ 5,5 mm. Sau 3 tháng: 48,48% tăng quãng đường đi bộ 6 phút (6MWD) ≥ 26 m; Điểm CAT giảm ở 75,76% với mức giảm ≥ 2 điểm; Tăng 6MWD, giảm CAT và mMRC nhiều hơn rõ rệt so với trước đặt van và nhóm chứng ($p < 0,05$). 9,09% bệnh nhân tăng FEV1 $\geq 10\%$ SLT. So sánh với trước điều trị và nhóm chứng, tăng FVC và giảm RV, TLC nhiều hơn rõ rệt ($p < 0,05$). Các biến chứng ít và nhẹ.

Kết luận: Van 1 chiều làm giảm thể tích phổi trong điều trị bệnh nhân BPTNMT có khí phế thũng nặng khu trú. Kỹ thuật an toàn.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

THE INITIAL RESULT OF BRONCHOSCOPIC LUNG VOLUME REDUCTION BY ONE-WAY BRONCHIAL VALVE IN TREATMENT OF COPD PATIENTS WITH SEVERE EMPHYSEMA

PhD. Dao Ngoc Bang et al.

Vice Dean of Department of Lung diseases

Respiratory Center, Military Hospital 103

Objectives: To evaluate the results of one-way valve placement in treatment of severe emphysema in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Subjects and methods: This study was a prospective clinical trial and carried out on 33 stable COPD patients with localized severe emphysema. Patients underwent clinical examination, chest computed tomography (CT), measurement of FEV1, RV, TLC and Raw and arterial blood gases before and after therapy. The one-way bronchial valve Zephyr was placed in bronchi via flexible bronchoscopy.

Results: 31 patients were placed one valve. 27 valves with the size of 5.5 mm were used. The results were seen at the 3rd month after therapy that 6-minute walk distance (6MWD) increased in 48.48% of patients more than 26 meters; CAT index decreased in 75.76% of patients more than 2 points. The increase of 6MWD and decrease of CAT and mMRC were significant in comparison with baseline and control group ($p < 0.05$). The proportion of patients improved FEV1 more than 10% predicted was 9.09%. To compare with baseline and control group, the increase of FVC and decrease of RV and TLC were significant ($p < 0.05$). Complications were seen after valve insertion rarely and lightly.

Conclusions: One-way valve reduced lung volume in treatment of COPD patients with located severe emphysema. The technique was safe.

DÒ KHÍ QUẢN THỰC QUẢN MẮC PHẢI Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

⁽¹⁾Trần Anh Tuấn, ⁽²⁾Nguyễn Ngọc Phúc

⁽¹⁾Bệnh viện Nhi Đồng 1, ⁽²⁾Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Dò khí quản thực quản mắc phải do nuốt dị vật là một vấn đề khó khăn trong chẩn đoán nhưng may mắn là hiếm khi xảy ra. Đường dò từ thực quản có thể xảy ra nếu dị vật

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

không được loại bỏ sẽ gây ra tình trạng hoại tử tại chỗ và dẫn đến sự xuyên thủng vào khí quản nằm trước thực quản. Việc chẩn đoán muộn có thể là do thiếu các triệu chứng điển hình và tiền sử, điều này dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng, thậm chí tử vong. Ở đây, chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng dị vật gây ra lỗ dò khí quản thực quản ở một trẻ nam 22 tháng tuổi. Dị vật là vài mảnh nhựa lớn từ đồ chơi bị vướng vào thực quản nhưng không gây ra triệu chứng lâm sàng trong nhiều tuần, cho đến khi hình thành lỗ dò khí quản thực quản. Chẩn đoán được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính và nội soi phế quản. Sau đó, lỗ dò đã được loại bỏ thông qua phẫu thuật.

ACQUIRED TRACHEO-OESOPHAGEAL FISTULA IN CHILDREN: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

⁽¹⁾Tran Anh Tuan, ⁽²⁾Nguyen Ngoc Phuc

⁽¹⁾Children's Hospital 1, ⁽²⁾Gia Dinh People's Hospital

Acquired tracheo-esophageal fistula caused by foreign body ingestion is a difficult problem to diagnosis but fortunately rare in occurrence. Penetration of the esophagus can occur if a foreign body is not removed will cause necrosis leading to perforation into the trachea which is closely related to the esophagus. Delayed diagnosis may result from lack of classical symptoms and history, leading to serious result, even to death. Here, we report a case of trachea-esophageal fistula induced by a large foreign body in a 22- month-old male child. The foreign body, some pieces of large plastic from a toy, were lodged in the esophagus and no clinical symptoms had been presented for weeks, until tracheo-esophageal fistula actually developed. The diagnosis was confirmed by computed tomography and bronchoscopy. Subsequently, the fistula was removed through thoracotomy.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

GIÁ TRỊ CỦA XÉT NGHIỆM D-DIMER VÀ PHỐI HỢP VỚI THANG ĐIỂM WELLS, GENEVA CẢI TIẾN TRONG CHẨN ĐOÁN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

⁽¹⁾Nguyễn Quang Đợi, ⁽²⁾Hoàng Hồng Thái, ⁽³⁾Chu Thị Hạnh, ⁽²⁾⁽³⁾Ngô Quý Châu

⁽¹⁾ Khoa Hô Hấp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

⁽²⁾ Bộ môn Nội - Đại học Y Hà Nội

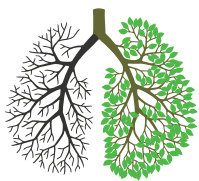
⁽³⁾ Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu: Xác định giá trị của xét nghiệm D-dimer và hiệu quả phối hợp với thang điểm Wells, thang điểm Geneva cải tiến trong chẩn đoán TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, 210 bệnh nhân đợt cấp COPD có kết quả D-dimer $\geq 1\text{mg/l FEU}$, tại Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 9 năm 2018. Tất cả bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi để khẳng định hoặc loại trừ TĐMP.

Kết quả: 37/210 (17,6%) bệnh nhân được chẩn đoán TĐMP. Giá trị điểm cắt của D-dimer trong chẩn đoán TĐMP là $2,1\text{mg/l FEU}$, AUC tại đường cong ROC: 0,744 (95% CI: 0,66- 0,83), $p < 0,001$. Giá trị của xét nghiệm D-dimer trong chẩn đoán TĐMP: Se 73%, Sp 61,8%, PPV: 29%, NPV: 91,5%, tỷ số khả dĩ (+): 1,91, tỷ số khả dĩ (-): 0,43. Giá trị phối hợp D-dimer $\leq 2,1\text{mg/l FEU}$ với thang điểm Wells < 5 trong loại trừ TĐMP: Se 87,9%, Sp 43,2%, PPV 87,9%, NPV 43,2%. Giá trị phối hợp D-dimer $\leq 2,1\text{mg/l FEU}$ với thang điểm Geneva cải tiến ≤ 6 trong loại trừ TĐMP: Se 98,3%, Sp 40,5%, PPV 88,5%, NPV 83,3%.

Kết luận: Xét nghiệm D-dimer không có vai trò chẩn đoán TĐMP. Phối hợp kết quả D-dimer $\leq 2,1\text{mg/l FEU}$ với thang điểm Wells < 5 hoặc thang điểm Geneva cải tiến ≤ 6 có hiệu quả tốt trong loại trừ TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD.



Berodual®

Ipratropium + Fenoterol

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



THÔNG TIN KÊ TOA

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

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

COMBIVENT® UDV

(ipratropium bromid + salbutamol)

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



THÔNG TIN KÊ TOA

THÀNH PHẦN: Một lọ đơn liều (2,5 ml) dung dịch dùng cho khí dung chứa: (8*r*)-3*α*-hydroxy-8-isopropyl-1*α*H,5*α*H-tropanium bromide (±)-tropate monohydrate (= ipratropium bromid): 520 mcg; tương ứng với 0,5 mg ipratropium bromid dạng khan. di[(RS)-2-tert-butylamino-1-(4-hydroxy-3-hydroxymethyl-phenyl)ethanol] sulphate (= salbutamol sulfat): 3010 mcg; tương ứng với 2,5 mg salbutamol dạng ba zơ. **CHỈ ĐỊNH:** COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung trong lo đơn liều được chỉ định để kiểm soát co thắt phế quản có hồi phục do bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp ở những bệnh nhân cần nhiều hơn một thuốc giãn phế quản. **LIỀU DÙNG:** Do thiếu thông tin về việc sử dụng trên trẻ em COMBIVENT không được chỉ định cho bệnh nhân nhi. COMBIVENT chưa được nghiên cứu sử dụng trên bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. Nên thận trọng khi sử dụng thuốc cho những đối tượng bệnh nhân này. Bệnh nhân nên đến khám bác sĩ hoặc đến bệnh viện gần nhất ngay lập tức trong trường hợp bị khó thở cấp hoặc chứng khó thở nặng thêm một cách nhanh chóng nếu dùng thêm liều khí dung COMBIVENT không đem lại cải thiện thỏa đáng. Trong điều trị hen, nên cân nhắc sử dụng đồng thời thuốc kháng viêm. Liều lượng sau đây của COMBIVENT được khuyến cáo cho người lớn (kể cả bệnh nhân cao tuổi): COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung trong lo đơn liều có thể sử dụng với máy khí dung phù hợp bằng máy thở áp lực dương ngắt quãng. Không cần thiết pha loãng dung dịch trong lo đơn liều để khí dung. Vì lo thuốc đơn liều không có chất bảo quản, nên điều quan trọng là cần dùng ngay dung dịch thuốc sau khi mở và lo thuốc mới chỉ được dùng một lần để tránh nhiễm khuẩn. Nên loại bỏ những lo thuốc đã dùng một phần, đã mở hoặc bị hư. Tuyệt đối không được trộn COMBIVENT dung dịch dùng với các thuốc khác trong cùng một dụng cụ khí dung. **TÁC DỤNG PHỤ:** Nhiều tác dụng không mong muốn được liệt kê có thể do đặc tính kích thích thần kinh giao cảm beta2 và kháng cholinergic của COMBIVENT. Giống như tất cả các thuốc dùng đường khí dung, COMBIVENT có thể gây kích ứng tại chỗ. Các phản ứng bất lợi được ghi nhận từ dữ liệu của các thử nghiệm lâm sàng và cảnh giác được sau khi thuốc được lưu hành. Tác dụng phụ gặp thường xuyên nhất trong các thử nghiệm lâm sàng là đau đầu, kích ứng cổ họng, ho, khô miệng, rối loạn nhu động dạ dày - ruột (bao gồm táo bón, tiêu chảy và nôn), buồn nôn và chóng mặt. Rối loạn hệ miễn dịch: Phản ứng phản vệ; Quá mẫn. Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng: Hạ kali huyết. Rối loạn tâm thần: Rối loạn tinh thần; Lo lắng. Rối loạn hệ thần kinh: Chóng mặt; Đau đầu Run. Rối loạn thị giác: Rối loạn điều tiết; Phù giác mạc; Glô-côm; Tăng áp lực nội nhãn; Giãn đồng tử; Nhìn mờ; Đau mắt; Sung huyết kết mạc; Nhìn thấy hào quang. Rối loạn tim mạch: Đánh trống ngực; Tim đập nhanh; Loạn nhịp tim; Rung nhĩ; Nhịp nhanh trên thất; Thiểu máu cơ tim; Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất: Ho Khó phát âm; Khô họng; Co thắt phế quản; Co thắt phế quản nghịch lý (gây ra bởi thuốc giãn phế quản); Co thắt thanh quản; Phù họng. Rối loạn dạ dày ruột: Khô miệng; Buồn nôn; Kích ứng họng; Tiêu chảy; Nôn; Táo bón; Rối loạn vận động dạ dày ruột; Phù miệng; Viêm miệng. Rối loạn da và mô dưới da: Các phản ứng da như: Phát ban, Ngứa, Mày đay; Phù mạch; Tiết nhiều mồ hôi. Rối loạn cơ xương và mô liên kết: Co thắt cơ; Yếu cơ; Đau cơ. Rối loạn thận và tiết niệu: Úr tiểu. Rối loạn toàn thân và tại vị trí sử dụng: Suy nhược. **Nghiệm pháp đánh giá:** Giảm huyết áp tâm trương; Tăng huyết áp tâm thu. Thông báo cho bác sĩ các tác dụng không mong muốn gặp phải khi dùng thuốc. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không sử dụng COMBIVENT cho bệnh nhân bị bệnh cơ tim tắc nghẽn phải đại hoặc loạn nhịp nhanh. Không sử dụng COMBIVENT cho bệnh nhân quá mẫn với atropin hoặc các dẫn xuất của atropin hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc. **THẬN TRỌNG VÀ CẢNH BÁO:** Có thể xuất hiện các phản ứng quá mẫn tức thì sau khi dùng COMBIVENT, biểu hiện bởi các trường hợp hiếm gặp bị mày đay, phù mạch, phát ban, co thắt phế quản và phù hầu họng. Đã có những báo cáo riêng lẻ về các biến chứng tại mắt (như giãn đồng tử, tăng áp lực nội nhãn, glô-côm góc hẹp, đau mắt) khi bị ipratropium bromid dạng khí dung dùng một mình hoặc kết hợp với một chất chủ vận beta2 adrenergic bản vào mắt. Đau mắt hoặc khó chịu ở mắt, nhìn mờ, thấy hào quang hoặc nhìn hình ảnh bị nhuộm màu kết hợp với đỏ mắt do sung huyết kết mạc hoặc phù giác mạc có thể là các dấu hiệu của glô-côm góc hẹp cấp. Nếu có bất kỳ sự kết hợp nào của các triệu chứng trên thì nên điều trị tức thì bằng thuốc nhỏ mắt gây co đồng tử và tham khảo ý kiến bác sĩ. Bệnh nhân phải được hướng dẫn sử dụng đúng cách COMBIVENT. Phải cẩn thận không để dung dịch hoặc khí dung của COMBIVENT vào mắt. Những bệnh nhân có khả năng bị bệnh glô-côm cần được cảnh báo đặc biệt để bảo vệ mắt. Khuyến cáo sử dụng COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung (UDV) qua ống ngậm. Nếu không sẵn có ống ngậm mà sử dụng mặt nạ khí dung thì phải dùng mặt nạ phù hợp. Trong các trường hợp sau, nên cân nhắc sử dụng COMBIVENT sau khi có đánh giá kỹ lưỡng giữa lợi ích/nguy cơ, đặc biệt khi dùng liều cao hơn liều khuyến cáo: bệnh nhân tiểu đường không được kiểm soát đầy đủ, mới bị nhồi máu cơ tim, rối loạn tim mạch thực thể trầm trọng, cường giáp, u tuyến thượng thận, nguy cơ glô-côm góc hẹp, phì đại tiền liệt tuyến hoặc tắc nghẽn cổ bàng quang. Các ảnh hưởng trên tim mạch đã được quan sát thấy khi sử dụng các thuốc giống giao cảm, trong đó có COMBIVENT. Đã có bằng chứng từ dữ liệu hậu mãi và trong y văn đã được công bố về các trường hợp hiếm xảy ra thiếu máu cơ tim cấp bộ liên quan đến salbutamol. Những bệnh nhân đang mắc bệnh tim nặng (như bệnh tim do thiếu máu cục bộ, loạn nhịp nhanh hoặc suy tim nặng) mà dùng salbutamol điều trị bệnh đường hô hấp nên thận trọng hỏi ý kiến bác sĩ nếu bị đau ngực hoặc các triệu chứng khác của tình trạng bệnh tim nặng lên. Nên lưu ý đánh giá các triệu chứng khó thở và đau ngực do những triệu chứng này có thể xuất phát từ nguyên nhân hô hấp hoặc tim mạch. Điều trị bằng thuốc chủ vận beta2 có thể gây ra hạ kali huyết nặng. Ngoài ra, tình trạng giảm oxy có thể làm trầm trọng thêm tác động của hạ kali huyết trên nhịp tim. Bệnh nhân bị xơ hóa dạng nang có thể dễ bị rối loạn nhu động dạ dày ruột. Trong trường hợp khó thở tiến triển nhanh, cấp tính, nên đến khám bác sĩ ngay lập tức. Bác sĩ nên xem xét lại phác đồ điều trị bệnh nhân nếu cần dùng liều cao hơn mức khuyến cáo mới kiểm soát được triệu chứng. Việc sử dụng COMBIVENT có thể đưa đến kết quả dương tính với salbutamol khi làm xét nghiệm cần làm sàng để đánh giá lạm dụng hoạt chất salbutamol, ví dụ trong trường hợp dùng chất kích thích để nâng cao thành tích thể thao. **Khả năng sinh sản, thai kỳ và cho con bú:** Chưa thiết lập được tính an toàn của COMBIVENT trong giai đoạn thai kỳ ở người. Nên chú ý tác dụng gây ức chế co thắt tử cung của COMBIVENT. Lợi ích của việc sử dụng COMBIVENT trên phụ nữ nghi ngờ hoặc đã xác định có thai phải được cân nhắc so với nguy cơ đối với thai nhi. Nên áp dụng các biện pháp tránh thai thông thường khi sử dụng thuốc trong thai kỳ, đặc biệt trong 3 tháng đầu thai kỳ. Đối với ipratropium bromid, các nghiên cứu tiền lâm sàng không cho thấy độc tính trên phôi thai hoặc tác dụng gây quái thai của thuốc sau khi sử dụng thuốc đường khí dung hoặc đường uống với liều cao hơn đáng kể liều khuyến cáo ở người. Đối với salbutamol sulfat, các nghiên cứu tiền lâm sàng đã không chỉ ra ảnh hưởng có hại trực tiếp hay gián tiếp trừ khi xông hít quá liều hàng ngày tối đa được khuyến cáo sử dụng cho người (Maximum Recommended Human Daily Dose - MRHDD). Hiện vẫn chưa rõ ipratropium bromid và salbutamol sulfat có được bài tiết vào sữa mẹ hay không. Mặc dù các cation bậc bốn không tan trong lipid vào được sữa mẹ, rất khó có khả năng ipratropium bromid đến được trẻ được bú mẹ với lượng lớn khi dùng dạng hít. Tuy nhiên, cũng như nhiều loại thuốc được bài tiết vào sữa mẹ, nên thận trọng khi dùng COMBIVENT ở phụ nữ đang cho con bú. Chưa có nghiên cứu nào về ảnh hưởng đến tính sinh sản trên người được tiến hành với COMBIVENT. Các nghiên cứu tiền lâm sàng được tiến hành với ipratropium bromid và salbutamol cho thấy không có ảnh hưởng bất lợi đến khả năng sinh sản. **Tác động lên khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa có nghiên cứu được tiến hành về ảnh hưởng của thuốc lên khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên, bệnh nhân nên được thông báo về các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra trong quá trình sử dụng COMBIVENT như chóng mặt, rối loạn điều tiết, giãn đồng tử, nhìn mờ. Vì vậy nên thận trọng khi lái xe hoặc vận hành máy móc. Nếu gặp phải các tác dụng không mong muốn như đề cập ở trên, bệnh nhân nên tránh những hoạt động có khả năng gây nguy hiểm như lái xe hoặc vận hành máy móc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Dùng đồng thời các dẫn xuất của xanthine cũng như các thuốc beta-adrenergic khác và các thuốc kháng cholinergic có thể làm tăng các tác dụng phụ. Giảm kali máu do chất chủ vận beta có thể sẽ trầm trọng hơn khi điều trị đồng thời với các dẫn xuất xanthine, các glucocorticosteroid và thuốc lợi tiểu. Nên xét đến khả năng này đặc biệt ở những bệnh nhân bị tắc nghẽn đường hô hấp nặng. Giảm kali máu có thể làm cho những bệnh nhân dùng digoxin dễ bị loạn nhịp tim. Phải theo dõi nồng độ kali huyết tương trong những trường hợp này. Tác dụng giãn phế quản có thể giảm nghiêm trọng khi dùng đồng thời với các thuốc ức chế beta. Nên sử dụng thận trọng các chất chủ vận beta-adrenergic ở những bệnh nhân đang điều trị với các thuốc ức chế monoamine oxidase hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng, do tác dụng của các chất chủ vận beta-adrenergic có thể mạnh lên. Hít các chất gây mê hydrocarbon được halogen hóa như halothane, trichloroethylene và enflurane có thể gây tăng sự nhạy cảm đối với tác dụng trên hệ tim mạch của các chất chủ vận beta. **NHÀ SẢN XUẤT:** Laboratoire UNITHER, Espace Industriel Nord, 151 rue André Durouchet, CS 28028, 80084 Amiens Cedex 2, Pháp. **NHÀ PHÂN PHỐI CHÍNH:** Công ty Cổ phần y Dược Phẩm Việt Nam (Vimedimex) - 246 Cống Quỳnh, Q. 1, TP. HCM. **MỌI THÔNG TIN SẢN PHẨM XIN LIÊN HỆ:** TP.HCM: Tòa nhà Kumho Asiana - Tầng 14 - 39 Lê Duẩn - Q.1 - TP.HCM; ĐT: (028)3.823.6919 - Fax: (028)3.823.6916. Hà Nội: Tòa nhà VIT - Tầng 14 - 519 Kim Mã - Hà Nội; ĐT: (024)3.562.4128 - Fax: (024)3.562.4129. Đà Nẵng: 167 Trần Phú - Q. Hải Châu - TP. Đà Nẵng; ĐT: (0236)381.7404 - Fax: (0236)389.6628

Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y tế 0291/17/QLD-TT, ngày 27 tháng 07 năm 2017.

Ngày 01 tháng 08 năm 2017 in tài liệu.

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

GPM-ASTH-0002-VN

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ KHÁNG INSULIN VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

BSCKII. Hoàng Thị Lan Hương

Phó giám đốc Bệnh viện Trung ương Huế

Mục tiêu: Tìm hiểu tỷ lệ đề kháng insulin và đái tháo đường ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện ở 71 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, được điều trị tại khoa Nội Tiết - Thần kinh - Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3/2017 đến tháng 3/2019. Ở giai đoạn ổn định, bệnh nhân được làm các xét nghiệm bạch cầu máu, tỷ lệ bạch cầu trung tính, hs-CRP, Interleukin 6, đường máu đói (G0), Insulin lúc đói (I0), đo chức năng hô hấp, khí máu động mạch. Đánh giá đề kháng Insulin bằng chỉ số HOMA, QUICKY và chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2017.

Kết quả nghiên cứu: 100% bệnh nhân có hút thuốc lá, 19,7% có tăng huyết áp, 7,0% có đái tháo đường, 74,6% bệnh nhân có dùng corticoid. Tỷ lệ đề kháng Insulin theo chỉ số HOMA là 26,8%, theo chỉ số QUICKI là 21,1%. Tỷ lệ đái tháo đường trên nhóm bệnh là 16,9%. Có mối tương quan mức độ yếu giữa chỉ số HOMA, QUICKI với FEV1 (%), Interleukin 6. Tỷ lệ đề kháng Insulin ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ở nhóm C và D cao hơn ở nhóm A và B.

Kết luận: Đề kháng insulin tăng cao ở bệnh nhân COPD. Cần tầm soát đề kháng insulin và đái tháo đường trên các bệnh nhân này.

STUDY THE RATE OF ANTI-INSULIN AND DIABETES IN COPD PATIENTS

Hoang Thi Lan Huong, MD.

Deputy Director of Hue Central Hospital

Objectives: Investigating the rate of insulin resistance and diabetes in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Subjects and methods: 71 patients with chronic obstructive pulmonary disease who were treated and monitored in Endocrinology - Neurology - Respiratory Department, Hue

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Central Hospital from March 2017 to March 2019. At their stable stage, patients were tested for white blood cell count, neutrophil, hs-CRP, Interleukin 6, fasting blood sugar (G0), fasting insulin (I0), respiratory function, gas blood, electrocardiogram. Evaluation of insulin resistance with HOMA, QUICKY. Using diabetes diagnosis criteria of American Diabetes Association 2017.

Results: 100% of patients had smoked, 19.7% had hypertension, 7% had diabetes, 74,6% had used corticosteroid. Rate of insulin resistance by HOMA was 26.8%, by QUICKI index was 21.1%. Total diabetes ratio is 16.9%. There is a weak correlation between HOMA, QUICKI and FEV1(%), IL6, CRP. The incidence of insulin resistance in patients with chronic obstructive pulmonary disease in group C and D is higher in group A and B.

Conclusion: Insulin resistance is elevated in COPD patients. Insulin resistance and diabetes mellitus are required screening in these patients.

TỶ LỆ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI TRONG ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

TS. Nguyễn Quang Đợi

Trưởng khoa Hô Hấp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố nguy cơ TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 210 bệnh nhân đợt cấp COPD có kết quả D-dimer $\geq 1\text{mg/l}$ FEU tại Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 9 năm 2018. Tất cả bệnh nhân đều được chụp động mạch phổi bằng máy chụp cắt lớp vi tính 64 dãy để khẳng định hoặc loại trừ TĐMP.

Kết quả: 37/210 (17,6%) bệnh nhân được chẩn đoán TĐMP. Một số yếu tố nguy cơ TĐMP được xác định: tiền sử HKTMS (OR: 17,8; 95% CI: 1-322), thời gian mắc bệnh > 5 năm (OR: 41,6; 95% CI: 3,3-515,6), viêm phổi: (OR: 29,2; 95% CI: 4,5-189,3), giãn phế nang (OR: 17; 95% CI: 2-139,3), tắc nghẽn nặng (OR: 6,4; 95% CI: 1,3-32,4), đợt cấp do

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

niêm trùng (OR: 0,001; 95% CI: 0-0,02), tăng huyết áp (OR: 32,6; 95% CI: 3,9-269,9).

Kết luận: (1) Tỷ lệ TĐMP trong đợt cấp COPD là 17,6%. (2) Một số yếu tố nguy cơ TĐMP: tiền sử HKTMS, thời gian mắc bệnh > 5 năm, viêm phổi, giãn phế nang, tắc nghẽn nặng, đợt cấp do nhiễm trùng, tăng huyết áp. Từ khóa: TĐMP, yếu tố nguy cơ, đợt cấp COPD.

NHỮNG TIẾN BỘ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

⁽¹⁾Tạ Bá Thắng, ⁽²⁾Phạm Thị Kim Nhung

**Trung tâm Nội hô hấp - Bệnh viện Quân y 103, ⁽²⁾Học viện Quân y*

Ung thư phổi là bệnh đứng hàng thứ hai và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư phổ biến được chẩn đoán trên toàn thế giới. Điều này thường do ung thư phổi khi có biểu hiện lâm sàng đã ở giai đoạn muộn và thiếu các biện pháp điều trị bệnh ở giai đoạn này. Chụp Xquang và xét nghiệm tế bào ung thư trong đờm là biện pháp thường quy sàng lọc chẩn đoán sớm ung thư phổi nhưng độ nhạy thấp. Những hiểu biết sâu về sinh học ung thư phổi đã có giá giá hữu ích trong chẩn đoán sớm và ảnh hưởng quan trọng đến thời gian sống thêm toàn bộ và chất lượng cuộc sống người bệnh. Những năm gần đây nhiều kỹ thuật mới đã được áp dụng trong chẩn đoán ung thư phổi như: các kỹ thuật hình ảnh mới, nội soi phế quản mới, sinh thiết lỏng. Các công nghệ này đang được sử dụng như là các kỹ thuật tiềm năng trong sàng lọc chẩn đoán xâm lấn và không xâm lấn, chẩn đoán sớm, tiên lượng, đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi bệnh nhân ung thư phổi.

ADVANCES IN THE DIAGNOSIS OF NON SMALL CELL LUNG CANCER

⁽¹⁾Ta Ba Thang, ⁽²⁾Pham Thi Kim Nhung

⁽¹⁾Respiratory center - 103 Military hospital, ⁽²⁾Military Medical University

Lung cancer is the second most commonly diagnosed cancer and remains the leading cause of cancer deaths worldwide. This is often due to lung cancer first presenting at late stages and a lack of curative therapeutic options at these later stages. Radiography and sputum cytology as the screening modalities to early diagnosis of lung cancer but low sensitivity. Advances in the knowledge of the biology of lung cancer have revealed

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

molecular information used for early diagnosis, with an important impact on patients overall survival and quality of life. The recent years, many new techniques are applied in early diagnosis of lung cancer such as: new imaging techniques, advanced bronchoscopy, liquid biopsy. These technologies are using as potential techniques for non-invasive and invasive screenings, early diagnosis, prognosis, response to treatment and real time monitoring of the disease in lung cancer patients.

VAI TRÒ CON ĐƯỜNG TÍN HIỆU PD-1/PD-L1 TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ (NSCLC)

ThS.BS. Nguyễn Thị Phụng

Khoa Hô Hấp - Bệnh viện Chợ Rẫy

Ung thư phổi (UTP) là gánh nặng cho y tế toàn cầu. Số bệnh nhân chết vì UTP mỗi năm nhiều hơn tổng số chết vì ung thư đại tràng, vú và tiền liệt tuyến. Ở Mỹ, 14% ung thư mới được chẩn đoán là UTP, ở Việt Nam là 12%, trong đó # 90% là NSCLC. Đa phần bệnh nhân UTP được chẩn đoán ở giai đoạn muộn do đó tỉ lệ sống còn sau 5 năm là rất thấp: giai đoạn IIIB 5%, IV là 1%. Gần đây, các nghiên cứu con đường tín hiệu tế bào với liệu pháp nhắm trúng đích trong ung thư đã mang đến những lợi ích về sống còn hơn so với hóa trị. Sự bùng nổ các nghiên cứu liệu pháp miễn dịch ung thư (IO: Immuno Oncology) trong những năm gần đây đã tạo ra một bước tiến mới trong chẩn đoán và điều trị ung thư nói chung; trong chẩn đoán và điều trị NSCLC nói riêng. Sự phát hiện con đường tín hiệu PD-1/PD-L1 và sau đó là các thuốc kháng PD-1/PD-L1 đã chứng minh hiệu quả lâm sàng vượt trội. Hiện nay, kháng PD-1/PDL-1 được chỉ định bước 1, bước 2; đơn trị hoặc kết hợp hóa trị chuẩn trong NSCLC tùy theo sự bộc lộ dấu ấn miễn dịch PD-L1 trong tế bào khối u. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch PD-L1 hiện nay được khuyến cáo thường quy trong NSCLC. Kết quả nghiên cứu KEYNOTE-24 đã khuyến cáo liệu pháp miễn dịch như là “chuẩn mực mới” trong trị liệu ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

THE ROLE OF PD-1/PD-L1 SIGNAL PATHWAY IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC)

Nguyen Thi Phung, MD., MSc.

Respiratory Depart - Cho Ray Hospital

Lung cancer is a medical burden for global health. The number of patients dying from lung cancer each year is more than the total death from colorectal cancer, breast and prostate cancer. In the United States, 14% of new cancers are diagnosed with lung cancer. In Vietnam, this figure is 12%, of which # 90% is non-small cell lung cancer (NSCLC). Most patients with lung cancer are diagnosed at late stage so the survival rate after 5 years is very low: Stage IIIB 5%, IV is 1%. Recent studies of cell signaling pathways with targeted therapy in cancer have yielded more survival benefits than chemotherapy. The boom in cancer immunology research (IO: Immuno Oncology) in recent years has created a new step in the diagnosis and treatment of cancer in general and in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in particular. The detection of PD-1 / PD-L1 signaling pathways and subsequently of PD-1 / PD-L1 checkpoint inhibitors have demonstrated superior clinical efficacy in comparison to standard chemotherapy. Currently, PD-1 / PD-L1 checkpoint inhibitors were approved in first line and second line, monotherapy or in combination with chemotherapy in non-small cell lung cancer according to the expression of PD-L1 in the tumor cells. The immunohistochemistry of PD-L1 is routinely recommended in NSCLC. The research results KEYNOTE-24 has recommended immunotherapy as a "new standard" for non-small cell lung cancer therapy.

CHUYỂN DẠNG UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ TỪ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN KHÁNG THUỐC TKI Ở BỆNH NHÂN CÓ ĐỘT BIẾN GEN EGFR DƯƠNG TÍNH: MỘT VẤN ĐỀ CHƯA ĐƯỢC LÀM RÕ

Nguyễn Đình Tiến, Phạm Văn Luận

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Đặt vấn đề: Điều trị đích bằng thuốc ức chế Tyrosin Kinase (TKI) ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến có đột biến gen EGFR dương tính là xu hướng chung trên Thế giới cũng

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

như Việt Nam. Tuy nhiên, sau thời gian điều trị khoảng 10 - 14 tháng xảy ra hiện tượng kháng thuốc TKI mà cơ chế đã được xác định do sự có mặt đột biến T790M hoặc các đột biến khác như PIK3CA, MET, HER 2... Chuyển dạng ung thư phổi tế bào nhỏ cũng là một trong những nguyên nhân gây kháng thuốc TKI với tỉ lệ khoảng 5 - 14%. Cơ chế của sự chuyển đổi này còn chưa rõ ràng. Mục tiêu: Bàn luận về cơ chế chuyển dạng ung thư phổi tế bào nhỏ từ ung thư biểu mô tuyến kháng thuốc TKIs. Kết luận: Đã có một số giả thuyết ban đầu, nhưng cần tiếp tục có những nghiên cứu để giải thích cơ chế chuyển dạng ung thư phổi tế bào nhỏ từ ung thư biểu mô tuyến kháng TKI cũng như tìm ra xét nghiệm có giá trị về tiên lượng khả năng chuyển dạng ung thư phổi tế bào nhỏ ở những bệnh nhân này.

SMALL CELL LUNG CANCER TRANSFORMATION FROM ADENOCARCINOMA RESISTED TKIs IN PATIENTS WHO HAVE EGFR MUTATIONS POSITIVE: AN ISSUE HAS NOT BEEN CLARIFIED

Nguyen Dinh Tien, Pham Van Luan

108 Military Central Hospital

Introduction: Targeted therapy by Tyrosin Kinase Inhibitor drugs in Adenocarcinoma patients who have EGFR mutations positive was overall tend to in the world as well as in Vietnam. However, after treated about 10 - 14 months, there are a resistance TKI which its mechanisms were determined due to appearance of T790M mutation or some other mutations such as PIK3CA, MET, HER 2... Small cell lung cancer transformation was also one of reasons lead to resist TKI, it accounted for about 5- 14%. Mechanisms of this transformation were not clear.

Purpose: Discussion about mechanism of the small cell lung cancer transformation from adenocarcinoma resisted TKI.

Conclusion: There were some initial theories, but further researches are needed to explain the mechanism of small cell lung cancer transformation from TKI-resistant adenocarcinoma as well as to find a valuable test of the prognosis of small cell lung cancer transformation in these patients.



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

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

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG DỤNG CỤ BREEZHALER®

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

Bước 1: Đặt viên nang vào ống hít



1 Kéo nắp ra



2 Mở ống hít



Giữ chặt đáy ống hít và kéo nghiêng đầu hít

3 Chuẩn bị viên nang



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

4 Đặt viên nang vào buồng chứa



5 Đóng chặt ống hít



Nghe thấy một tiếng "clic"

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

6 Chọc thủng viên thuốc



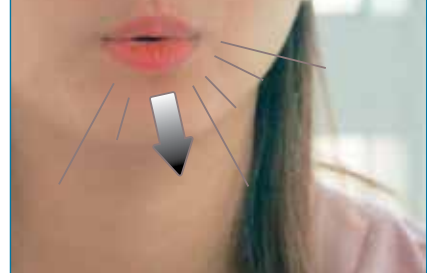
Giữ ống hít thẳng đứng với đầu ống hít hướng lên trên, nhấn chắc cả hai nút cùng một lúc

7 Nhả nút hoàn toàn



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

8 Thở ra



Thở mạnh ra (không thổi vào ống hít)

Bước 3: Hít thuốc

9 Hít thuốc vào



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

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

10 Nín thở



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

11 Kiểm tra



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

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

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

THỂ TÍCH TIỂU CẦU TRUNG BÌNH (MPV) TRONG VIÊM PHỔI TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI

⁽¹⁾Bùi Bình Bảo Sơn, ⁽²⁾Võ Thị Kim Dung

⁽¹⁾Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y dược Huế

⁽²⁾Khoa Nội Nhi tổng hợp, Bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ngãi

Viêm phổi là một trong những vấn đề sức khỏe quan trọng nhất ảnh hưởng đến trẻ em trong độ tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Hiện nay, thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) đang được hướng đến như một marker phản ánh chức năng và mức độ hoạt động của tiểu cầu trong viêm phổi.

Mục tiêu: xác định mối liên quan giữa MPV với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mức độ nặng của viêm phổi theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhi viêm phổi, viêm phổi nặng điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: MPV trung bình trong nhóm nghiên cứu là 9,6 - 0,9 fL, của nhóm viêm phổi là 9,5 - 0,9 fL và nhóm viêm phổi nặng là 9,8 - 0,6 fL. MPV không có tương quan với nhiệt độ lúc vào viện, số lượng bạch cầu máu ngoại vi, nồng độ CRP huyết thanh và hình ảnh X-quang phổi. MPV có tương quan với tần số thở, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính. MPV tương quan nghịch mức độ vừa với số lượng tiểu cầu ($r_s = -0,303$ và $p < 0,05$). MPV không liên quan với phân loại mức độ nặng của viêm phổi theo WHO.

Kết luận: MPV không liên quan với phân loại mức độ nặng của viêm phổi theo WHO.

MEAN PLATELET VOLUME (MPV) IN PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS

⁽¹⁾Bui Binh Bao Son, ⁽²⁾Vo Thi Kim Dung

⁽¹⁾Dept. of Pediatrics, Hue University of Medicine and Pharmacy

⁽²⁾General Pediatrics Department, Children's Hospital of Quang Ngai Province

Pneumonia is one of the most important health problems affecting children between the ages from 2 months to 5 years in Vietnam and in all over the world. Nowadays, mean platelet volume (MPV) is being targeted as a marker of platelet function and activity in pneumonia.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Objective: To determine the relationship between MPV and clinical, subclinical characteristics and the severity classification of pneumonia in children according to WHO. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study on 150 children hospitalized for pneumonia, severe pneumonia in Pediatric Center, Hue Central Hospital.

Results: The mean MPV in the whole study group was 9.6 - 0.9 fL. The mean MPV in pneumonia group was 9.5 - 0.9 fL and in severe pneumonia group was 9.8 - 0.6 fL. MPV did not correlate with body temperature on admission, white blood cell, serum CRP and chest X-ray. MPV had correlation with respiratory rate on admission and neutrophile percentage. MPV had a medium inverse correlation with platelet count ($r_s = -0.303$, $p < 0.05$). There was no relation between MPV and the severity of pneumonia in children.

Conclusions: MPV had no correlation with the severity of pneumonia in children.

ĐIỂM MỚI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI Ở TRẺ EM

PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng

Nguyên Trưởng Khoa Nhi - Bệnh viện Bạch Mai

Một trong các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới thường gặp nhất là viêm phổi. Viêm phổi là bệnh hay gặp và cũng là nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất cho trẻ dưới 5 tuổi. Chẩn đoán viêm phổi dựa chủ yếu bằng lâm sàng. Nhịp thở nhanh và co rút lồng ngực là 2 dấu hiệu chính giúp chẩn đoán viêm phổi và viêm phổi nặng. Mặc dù ran ẩm là dấu hiệu hay được các bác sỹ tin là dấu hiệu của viêm phổi nhưng trong thực hành lâm sàng thì dấu hiệu này có độ nhạy trong chẩn đoán viêm phổi rất thấp, chỉ xấp xỉ 50%. Độ nhạy của Xquang phổi trong chẩn đoán viêm phổi ở trẻ em cũng rất thấp, chỉ 45%. Vì vậy khi các dấu hiệu lâm sàng của viêm phổi đã rõ thì không cần chụp Xquang thường qui để chẩn đoán viêm phổi nữa, đặc biệt là những trường hợp viêm phổi không cần phải nhập viện. Cần phải nhập viện và điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch cho tất cả các trẻ viêm phổi dưới 2 tháng tuổi. Các trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi bị viêm phổi không nặng không cần phải nhập viện thì điều trị ngoại trú bằng một kháng sinh uống. Kháng sinh được lựa chọn ban đầu cho các trường hợp này là amoxycillin. Các trẻ viêm phổi nặng cần nhập viện

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

điều trị bằng kháng sinh tiêm. Kháng sinh được chọn ban đầu trong trường hợp này là nhóm betalactam như penicillin hoặc ampicillin hoặc cephalosporin có hoặc không kết hợp với aminoglycoside. Các trường hợp cần phối hợp thêm với một macrolide là viêm phổi rất nặng, đặc biệt khi phải hô hấp nhân tạo hoặc các trẻ trên 5 tuổi

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LOWER RESPIRATORY TRACT INFACTIONS IN CHILDREN: WHAT IS NEW

Assoc Prof. Nguyen Tien Dung, PhD.

Pediatric Department of Bach mai Hospital

One of the commonest lower respiratory tract infections is pneumonia. Pneumonia is also common diseases and causes the most deaths in children under 5 years old. Diagnosis of pneumonia based mainly on clinical signs. Fast breathing and chest indrawing are two key signs for diagnosing pneumonia and severe pneumonia. Although crepitation is a sign, that doctors believe a sign of pneumonia, but in clinical practice, sensitivity of crepitation in the diagnosis of pneumonia is very low, only approximately 50%. Chest X-ray sensitivity in the diagnosis of pneumonia in children is also very low, only 45%. So when the clinical signs of pneumonia was clearly, chest X-ray is not required for diagnosing pneumonia, especially cases of pneumonia do not need to be admitted to the hospital. Infant under 2 months of age with pneumonia should be hospitalized and treated with intravenous antibiotics. Children 2 months up to 5 years old with non-severe pneumonia do not need to be hospitalized. They are treated as outpatient treatment with an oral antibiotic. The first line antibiotic selected for the non-severe pneumonia is amoxycillin. Children with severe pneumonia requiring hospitalization need to be treated by injectable antibiotics. Initial Antibiotics selected for severe pneumonia are penicillin or ampicillin, or cephalosporins with or without combination of aminoglycosides. Cases of severe pneumonia should be combined with a macrolides, when they need to be artificial ventilation or children over 5 years old, especially

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

MỀM SỤN THANH QUẢN Ở TRẺ EM CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ

TS.BS. Trần Anh Tuấn

Khoa Hô hấp - BV Nhi Đồng 1

Mềm sụn thanh quản (MSTQ) là nguyên nhân thường gặp nhất của thở rít ở trẻ em, chiếm 45-75% các trường hợp thở rít bẩm sinh.

Biểu hiện lâm sàng, tiến triển và dự hậu của MSTQ thường thay đổi. Việc xác định các triệu chứng và yếu tố của bệnh nhân ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh có thể giúp tiên đoán dự hậu của trẻ.

Nội soi thanh quản ống mềm là thủ thuật quan trọng giúp chẩn đoán xác định.

Các triệu chứng của MSTQ đa số tự giới hạn trong vòng 24 tháng đầu đời, hầu hết có triệu chứng nhẹ - trung bình và đa số có thể chỉ cần điều trị bảo tồn.

Trẻ thở rít nhưng không có các triệu chứng liên quan có ý nghĩa với cũ bú thường không cần can thiệp gì. Trẻ có thở rít và các triệu chứng liên quan với cũ bú có lợi với điều trị ức chế bài tiết acid.

Khoảng 5-20% trẻ MSTQ nặng hay kháng trị cần phải được phẫu thuật. Thường các trẻ MSTQ đủ nặng như vậy cần được phẫu thuật tạo hình thượng thanh môn - một phẫu thuật ít biến chứng và có kết quả tốt nếu trẻ không có bệnh phổi hợp đáng kể kèm theo.

Bài tổng quan này cũng cung cấp những khuyến cáo cập nhật trong xử trí trẻ MSTQ.

LARYNGOMALACIA IN CHILDREN - UPDATE ON DIAGNOSIS AND TREATMENT

Tran Anh Tuan, MD., PhD.

Respiratory Department - Children's Hospital 1

Laryngomalacia is the most common cause of stridor in newborns, affecting 45-75% of all infants with congenital stridor.

The spectrum of disease presentation, progression, and outcomes is varied. Identifying symptoms and patient factors that influence disease severity helps predict outcomes.

Flexible fiberoptic laryngoscopy is important to confirm the diagnosis.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

The disorder is most often self-limited with resolution of symptoms within the first 24 months of life, and the majority of children can thus be managed conservatively. Infants with stridor who do not have significant feeding-related symptoms can be managed expectantly without intervention. Infants with stridor and feeding-related symptoms benefit from acid suppression treatment.

The approximately 5%-20% of children with severe or refractory disease may require more aggressive intervention. Those with severe enough disease to require supraglottoplasty will have minimal complications and good outcomes if multiple medical comorbidities are not present.

This review provide updated recommendations for the comprehensive management of young infants with laryngomalacia.

ĐỒNG THUẬN LIỆU PHÁP KHÍ DUNG TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ HÔ HẤP THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

PGS.TS. Bùi Bình Bảo Sơn

Chi hội Hô Hấp Nhi - Hội Nhi Khoa Việt Nam

Liệu pháp khí dung là biện pháp điều trị quan trọng trong nhiều bệnh lý hô hấp khác nhau ở trẻ em. Hiện nay, các bác sĩ lâm sàng có thể sử dụng glucocorticoid, thuốc giãn phế quản, nước muối ưu trương, magiê sunphat và adrenaline bằng các dụng cụ hít khác nhau. Ở trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ, sự phân bố thuốc khí dung có những bất lợi do sự khác biệt về giải phẫu và sinh lý đường thở so với người lớn. Vì thế, những kiến thức cơ bản về các phương pháp và quy trình khí dung (máy phun khí dung, bình xịt định liều điều áp, bình hít bột khô); các loại thuốc khí dung thường dùng; áp dụng liệu pháp khí dung trong điều trị một số bệnh lý hô hấp thường gặp (hen và hen dạng ho, viêm tiểu phế quản, viêm thanh khí phế quản cấp); phòng ngừa và xử trí biến cố liệu pháp khí dung trong đồng thuận này rất hữu ích để tối ưu hóa phương thức trị liệu này ở trẻ em.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CONSENSUS REPORT ON INHALATION THERAPY IN MANAGEMENT OF COMMON RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

Assoc Prof. Bui Binh Bao Son, PhD.

Respiratory Group - Vietnam Pediatrics Association

The delivery of aerosolized medication is an important component of treatment for many respiratory disorders in children. Glucocorticoids, bronchodilators, hypertonic saline, magnesium sulphate and adrenaline can be administered via aerosol using a range of aerosol-generating devices. 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 delivery systems (nebulizers, pressurized metered dose inhalers, dry powder inhalers) and techniques; common inhaled medications; inhalation therapy in some common respiratory diseases (asthma and cough variant asthma, bronchiolitis, croup); and prevention and management of inhalation therapy's adverse events in this report is essential to the optimal use of this therapeutic modality in children.

ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM ASPERGILLUS XÂM LẤN

Chu Thị Hạnh và cộng sự

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Các loài nấm *Aspergillus* tiếp tục là một nguyên nhân quan trọng gây nhiễm trùng đe dọa tính mạng ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Dân số có nguy cơ này bao gồm các bệnh nhân bị giảm bạch cầu kéo dài, ghép tế bào gốc tạo máu (HSCT), ghép tạng đặc (SOT), suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải, sử dụng corticosteroid và các loại thuốc ức chế miễn dịch khác.

Các thuốc chống nấm có sẵn để điều trị và điều trị dự phòng bệnh Aspergillosis xâm lấn: Amphotericin B (AmB) deoxycholate và các dẫn xuất lipid của nó là những lựa chọn thích hợp cho điều trị ban đầu và cứu cánh khi nhiễm *Aspergillus*. Tuy nhiên,

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

AmB deoxycholate và các dẫn xuất lipid của nó nên được lựa chọn điều trị ban đầu hoặc điều trị thay thế khi không có voriconazol. Echinocandin có hiệu quả trong trị liệu cứu cánh (đơn trị hoặc kết hợp) chống lại IA, nhưng không được khuyến nghị sử dụng thường quy như đơn trị liệu trong lựa chọn ưu tiên (khuyến cáo mạnh; bằng chứng trung bình). Triazoles là thuốc ưu tiên để điều trị và phòng ngừa IA ở hầu hết bệnh nhân (khuyến cáo mạnh; bằng chứng cao).

Các chế độ điều trị và các biện pháp điều trị hỗ trợ cho các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau của Aspergillosis xâm lấn: Bắt đầu điều trị kháng nấm sớm ở những bệnh nhân nghi ngờ mạnh IPA trong khi đánh giá chẩn đoán vẫn được tiến hành. Nên điều trị chính bằng voriconazole. Các liệu pháp thay thế bao gồm AmB liposome hoặc các phức hợp lipid khác của AmB. Điều trị kháng nấm kết hợp voriconazole và echinocandin có thể được xem xét ở những bệnh nhân IPA tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng. Điều trị chính bằng echinocandin không được khuyến cáo. Echinocandin (micafungin hoặc caspofungin) có thể được sử dụng trong trường hợp có chống chỉ định với thuốc chống nấm azole và polyene.

Nên điều trị IPA kéo dài tối thiểu 6 tuần 12 tuần, chủ yếu tùy thuộc vào mức độ và thời gian ức chế miễn dịch, cơ quan bị bệnh và bằng chứng cải thiện bệnh.

Đối với những bệnh nhân điều trị IPA thành công mà cần ức chế miễn dịch sau đó, nên điều trị dự phòng thứ phát để ngăn ngừa tái phát.

TREATMENT MEASURES FOR THE INVASIVE ASPERGILLOSIS

Chu Thị Hạnh et al.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Aspergillus species continue to be an important cause of lifethreatening infection in immunocompromised patients. This at-risk population is comprised of patients with prolonged neutropenia, allogeneic hematopoietic stem cell transplant (HSCT), solid organ transplant (SOT), inherited or acquired immunodeficiencies, corticosteroid use, and others.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

What Antifungal Agents Are Available for the Treatment and Prophylaxis of Invasive Aspergillosis (IDSA 2016)?: Amphotericin B (AmB) deoxycholate and its lipid derivatives are appropriate options for initial and salvage therapy of *Aspergillus* infections when voriconazole cannot be administered. However, AmB deoxycholate should be reserved for use in resource-limited settings in which no alternative agents are available. Echinocandins are effective in salvage therapy (either alone or in combination) against IA, but not recommend their routine use as monotherapy for the primary treatment of IA. Triazoles are preferred agents for treatment and prevention of IA in most patients.

The Recommended Treatment Regimens and Adjunctive Treatment Measures for the Invasive Aspergillosis: We recommend primary treatment with voriconazole. Early initiation of antifungal therapy in patients with strongly suspected IPA is warranted while a diagnostic evaluation is conducted. Alternative therapies include liposomal AmB (strong recommendation; moderate-quality evidence), isavuconazole (strong recommendation; moderate-quality evidence), or other lipid formulations of AmB. Combination antifungal therapy with voriconazole and an echinocandin may be considered in select patients with documented IPA. Primary therapy with an echinocandin is not recommended. Echinocandins (micafungin or caspofungin) can be used in settings in which azole and polyene antifungals are contraindicated.

The treatment of IPA should be continued for a minimum of 6-12 weeks, largely dependent on the degree and duration of immunosuppression, site of disease, and evidence of disease improvement.

For patients with successfully treated IPA who require subsequent immunosuppression, secondary prophylaxis should be initiated to prevent recurrence.



INVANZ[®]

(ertapenem)



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

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



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

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

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

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

VI KHUẨN KỶ KHÍ

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

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

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

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



THÔNG TIN SẢN PHẨM

THÀNH PHẦN

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

CHỈ ĐỊNH

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

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG

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

Bệnh nhân 13 tuổi hoặc lớn hơn

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

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

Bệnh nhi từ 3 tháng đến 12 tuổi

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

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

THẬN TRỌNG

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

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

Tài liệu tham khảo:

1. Thông tin kê toa chi tiết.

Code: AINF-1251738-0006 09 MARCH 2020



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

TP HỒ CHÍ MINH

Lầu 16 Tòa nhà M Plaza Saigon

39 Lê Duẩn, Quận 1

ĐT: 84-28-39155800 / Fax: 84-28-38278101

HÀ NỘI

Tầng 14, Keangnam Hà Nội, Tòa nhà Landmark

Lô E6, khu đô thị mới Cầu Giấy, Phường Mỹ Đình

Quận Nam Từ Liêm

ĐT: 84-24-37824360 / Fax: 84-24-38378415

2

Liều sử dụng: 1 liều, ngày một lần¹

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

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

TÁC DỤNG PHỤ

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

TƯƠNG TÁC THUỐC

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

QUÁ LIỀU

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

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

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

DẠNG TRÌNH BÀY

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

BẢO QUẢN

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

ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TRƯỚC KHI DÙNG ĐỂ XA TÂM TAY TRẺ EM

NHÀ SẢN XUẤT: Merck Sharp & Dohme - Chibret

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

SỐ ĐĂNG KÝ: VN - 20315 - 17

NHÀ PHÂN PHỐI: Công ty cổ phần Dược liệu Trung Ương 2, 24 Nguyễn Thị Nghĩa, Q1, TP.HCM.

INVANZ[®]
(ertapenem)

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CHẨN ĐOÁN NHIỄM NẤM CANDIDA XÂM LẤN

TS.BS. Phan Thị Xuân

Trưởng khoa Hồi Sức Cấp Cứu, bệnh viện Chợ Rẫy

Nhiễm Candida xâm lấn bao gồm nhiễm Candida máu và nhiễm Candida xâm lấn mô sâu. Chẩn đoán xác định nhiễm Candida xâm lấn khi có kết quả cấy máu, dịch hoặc mẫu mô sinh thiết dương tính, hoặc giải phẫu bệnh có hình ảnh Candida xâm lấn vào mô. Vì biểu hiện lâm sàng của nhiễm Candida máu không khác những tác nhân khác gây nhiễm khuẩn huyết, chẩn đoán nhiễm Candida máu nên nghĩ đến khi có sốt kéo dài không đáp ứng với kháng sinh phổ rộng trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ. Các xét nghiệm “không cấy” chẩn đoán nhiễm Candida xâm lấn hiện chưa có sẵn ở nhiều bệnh viện tại Việt Nam, nên việc khởi đầu điều trị theo kinh nghiệm hoàn toàn dựa vào lâm sàng, việc quyết định tiếp tục thuốc kháng nấm khi kết quả cấy máu âm tính cũng dựa vào đánh giá trên lâm sàng.

DIAGNOSIS OF INVASIVE CANDIDIASIS

Phan Thi Xuan, MD., PhD.

Head of Emergency Medicine Department, Cho Ray Hospital

Invasive Candidiasis includes Candidemia and Deep-seated Tissue Candidiasis. The gold standard for the diagnosis of invasive candidiasis is cultures of blood or other sterile fluids or the histopathological demonstration of invasive tissue disease. As there is no characteristic constellation of clinical signs and symptoms to indicate a diagnosis of candidemia, its complication should be considered in any patients with known risk factors who present with persistent fever unresponsive to broad-spectrum antibacterial antibiotics. Nonculture diagnostics for invasive candidiasis are not available in many hospitals in Vietnam, so the decision of empiric treatment is based on clinical suspectedness.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM CANDIDA XÂM LẤN

PGS.TS. Trần Quang Bình

Phó Giám Đốc Y Khoa BV Quốc Tế City TP. Hồ Chí Minh

Nguyên Trưởng Khoa Bệnh Nhiệt Đới - Hồi Sức Chống Độc - Bệnh viện Chợ Rẫy

Nhiễm candida xâm lấn ghi nhận khoảng từ 0,5 - 1% các trường hợp nhập viện ICU và chiếm từ 5 - 10% nhiễm trùng mắc phải tại ICU. Nhiễm candida máu gây tăng bệnh suất, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Tác nhân gây bệnh thường gặp là *Candida albicans*, hiện nay ghi nhận gia tăng một số dòng giảm nhạy cảm hoặc kháng với fluconazole. Khúm nấm quần cư và phẫu thuật lớn ở ổ bụng là những nguy cơ thường gặp. Các yếu tố nguy cơ nhiễm Candida xâm lấn gồm có điểm APACHE II cao, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, và thở máy, phẫu thuật ổ bụng, viêm tụy hoại tử, thủng tạng rỗng, xì rò miệng nối, dùng kháng sinh phổ rộng là các yếu tố thuận lợi cho nhiễm nấm xâm lấn.

Kết quả cấy máu thường có trễ. Những phương pháp huyết thanh học (mannan, antimannan và betaglucan) và phương pháp phân tử (PCR candida đặc hiệu trong máu và huyết thanh) có thể góp phần chẩn đoán và điều trị sớm nhiễm nấm xâm lấn.

Nhóm Echinocandin (Caspofungin) có ưu thế hơn so với các Amphotericin B dạng lipid, và các azole mới (Voriconazole) trong điều trị nhiễm nấm candida xâm lấn, trong khi Amphotericin B dạng lipid kết hợp flucytosine và /hoặc fluconazole là chọn lựa cho nhiễm nấm xâm lấn hệ thần kinh trung ương. Các azole mới (như voriconazole) là một lựa chọn tốt trong các trường hợp nhiễm candida kháng fluconazole gồm cả *Candida krusei* và các nấm không thường gặp khác. Fluconazole vẫn hiệu quả tốt với *candida albicans* trong một số trường hợp nhiễm nấm candida máu có huyết động ổn định và chưa được điều trị với azole.

MANAGEMENT OF INVASIVE CANDIDIASIS

Assoc Prof. Tran Quang Binh, MD., PhD.

Deputy Director of City International Hospital

Nguyên Trưởng Khoa Bệnh Nhiệt Đới - Hồi Sức Chống Độc - Bệnh viện Chợ Rẫy

Invasive candidiasis ranges from 0.5 to 1% per 1,000 admitted cases in ICU and represents 5% to 10% of all ICU acquired infections. Candidemia is associated with significant morbidity and is one of leading causes of death. A very common pathogen

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

is *Candida albicans*, but so far, some strains with decreased sensitivity or resistance to fluconazole is increasingly reported. Colonization and major abdominal surgery are common risk factors. The risk factors were described for invasive candidiasis including high APACHE II score, central venous catheter, mechanical ventilation, abdominal surgery, necrotising pancreatitis, gastrointestinal perforation, anastomotic leakage, use of broad spectrum antibiotics.

The results of blood cultures are often late during fungal infection. Both serologic (mannan, antimannan and β -glucan) and molecular (candida specific PCR in blood and serum) have been applied and could contribute to early diagnosis and treatment of invasive candidiasis.

Echinocandin (Caspofungin) is favour than Amphotericin B Lipid formulation, new azoles in the treatment of invasive candidiasis, while Amphotericin B Lipid formulation in combination with flucytosine and/or fluconazole is the choice for invasive fungal infections of central nervous system. The new azoles (voriconazole) is the best of choice in fluconazole resistant candidiasis including *Candida krusei* and the other uncommon fungi. Fluconazole and itraconazole are still good effective for candidemia with stable hemodynamic state and no previous treatment with azole.

CAN THIỆP ĐỐT ĐIỆN ĐÔNG QUA NỘI SOI ỐNG CỨNG ĐIỀU TRỊ U KHÍ QUẢN

PGS.TS. Vũ Văn Giáp

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

Tổng thư ký Hội Hô hấp Việt Nam

Nội soi phế quản can thiệp sử dụng điện đông cao tần là phương pháp sử dụng hiệu ứng nhiệt của dòng điện cao tần để đốt cháy và tiêu hủy khối u giải phóng sự cản trở và tắc nghẽn cơ học đường dẫn khí cứu sống người bệnh. Đầu đốt điện cao tần khi sử dụng cho

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

diện tác động nhiệt hẹp, do vậy kiểm soát được diện tổn thương, trong khi đó đầu đốt điện thông thường cho diện tổn thương nhiệt khá rộng do vậy nguy cơ gây thủng khí quản và gây tổn thương cấu trúc xung quanh.

Nội soi phế quản can thiệp sử dụng điện đông cao tần được áp dụng trong điều trị các tổn thương lành tính (u khí phế quản lành tính, sẹo hẹp khí phế quản) hoặc ác tính trong lòng khí phế quản. Đối với bệnh nhân ung thư phổi, khối u có thể xâm lấn gây tắc nghẽn đường thở trung tâm khiến cho bệnh nhân khó thở, suy hô hấp và đe dọa tính mạng. Nội soi can thiệp sử dụng điện đông cao tần cắt đốt khối u, giúp giải phóng tắc nghẽn đường thở, giải quyết tình trạng suy hô hấp và là cơ sở cho các biện pháp điều trị tiếp theo: đặt stent khí phế quản, hoá chất hoặc xạ trị.

Chỉ định điều trị đối với các tổn thương khối u xâm lấn vào đường thở hoặc vừa xâm lấn và vừa đè ép. Đối với các tổn thương do khối u đè ép từ ngoài vào đường thở trung tâm thì không có chỉ định sử dụng đốt điện đông cao tần. Nội soi can thiệp sử dụng điện đông cao tần cũng được áp dụng để cầm máu đối với các khối u lồi vào lòng phế quản và chảy máu.

Ngoài các chống chỉ định đối với phương pháp nội soi can thiệp nói chung: rối loạn đông cầm máu, hô hấp và huyết động không ổn định, phình tách động mạch chủ,... thì cần lưu ý tôn trọng các chống chỉ định của phương pháp đốt điện đông cao tần: Tổn thương u ở bên ngoài khí phế quản gây đè ép khí phế quản; bệnh nhân đang đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo (pace marker) và thận trọng khi đốt các tổn thương sùi lân cận stent.

Khi tiến hành kỹ thuật cần chuẩn bị bệnh nhân kỹ lưỡng và làm tại phòng mổ, dưới gây mê toàn thân. Ê kíp can thiệp gồm bác sỹ và điều dưỡng chuyên khoa hô hấp được đào tạo về nội soi phế quản can thiệp, triển khai tại cơ sở y tế có đầy đủ các phương tiện hồi sức và cấp cứu nếu xảy ra các tai biến: chảy máu, suy hô hấp, thủng khí phế quản, tràn khí màng phổi...

Tuỳ theo tính chất tổn thương, sau khi cắt đốt khối u, giải phóng tắc nghẽn đường thở, bệnh nhân sẽ có chỉ định theo dõi, đặt stent hoặc điều trị hoá chất, xạ trị tiếp theo.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐẶT STENT KHÍ QUẢN ĐIỀU TRỊ SẸO HẸP KHÍ QUẢN

ThS.BS. Nguyễn Ngọc Dư

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Sẹo hẹp khí quản là một loại tắc nghẽn đường thở trung tâm lành tính, hậu quả do đặt ống nội khí quản, mở khí quản hoặc nhiễm trùng do lao hoặc nấm. Chẩn đoán dựa vào tiền sử ở bệnh nhân có nguy cơ cao. Triệu chứng đa dạng, phụ thuộc vào mức độ hẹp, bao gồm khó thở, khó thở khi gắng sức, khò khè, tiếng rít thanh quản. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực dựng hình cây khí phế quản xác định được vị trí, tính chất, độ dài đoạn hẹp. Đo chức năng hô hấp cho thấy hình ảnh tắc nghẽn đường thở trung tâm. Nội soi phế quản ống mềm có thể giúp đánh giá kỹ đoạn hẹp. Đặt stent là một biện pháp điều trị sẹo hẹp có hiệu quả. Chỉ định đặt stent trong nhiều trường hợp, làm cải thiện triệu chứng nhanh chóng. Có thể đặt stent silicon hoặc stent kim loại, tiến hành qua nội soi phế quản ống cứng. Biến chứng do đặt stent thường gặp là di lệch stent, tắc stent mọc tổ chức hạt đầu trên và đầu dưới stent, nhiễm trùng,.

TRACHEAL STENT INSERTION AND TRACHEAL STENOSIS TREATMENT

Nguyen Ngoc Du, MD., MSc.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Tracheal stenosis is a benign central airway obstruction, the result of intubated, tracheostomy or post-tuberculosis or fungal infection. Diagnosis is based on history in high-risk patient. Symptoms and signs vary, depending on the severity, including difficulty breathing, shortness of breath during exertion, wheezing, stridor. Computerized tomography of the chest can determine the location, size and length of narrow sections. Spirometry shows central airway obstruction images. Flexible bronchoscopy can help assess narrow segments. Stenting is an effective treatment for tracheal stenosis. Stenting is indicated in many cases, which improves symptoms immediately. A silicon stent or a metal stent can be placed through rigid bronchoscopy. Complications associated with the use of stents are moving, blocked and developing granulomas on the upper and lower head of the stent, infection.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP TIỀN PHẪU

PGS.TS.BS. Lê Thị Tuyết Lan

Chuyên gia Hô hấp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Dù có rất nhiều tiến bộ trong phẫu thuật, các biến chứng hô hấp hậu phẫu vẫn thường xảy ra. Đây là nguyên nhân quan trọng gây ra tử vong và tổn thất chu phẫu. Thăm dò chức năng hô hấp tiền phẫu là một trong các biện pháp giúp làm giảm các nguy cơ này.

Thăm dò chức năng hô hấp tiền phẫu được chia làm hai nhóm: cho các phẫu thuật không cắt phổi và các phẫu thuật cắt phổi. Với phẫu thuật không cắt phổi, có thể đánh giá nguy cơ qua các bảng đánh giá: ARISCAT (Canet), Arozullar hay Gupta. Với phẫu thuật cắt phổi, 4 câu hỏi cần được trả lời: Cắt được hay không, chức năng hô hấp còn lại, nguy cơ biến chứng hậu phẫu và cắt tối đa bao nhiêu. Bệnh nhân thường được đánh giá ban đầu bằng hô hấp ký và khả năng khuếch tán CO qua màng phế nang mao mạch, sau cùng là đo gắng sức tim mạch-hô hấp để phân tầng nguy cơ và đưa ra quyết định.

PREOPERATIVE PULMONARY FUNCTION TESTING

Assoc Prof. Le Thi Tuyet Lan, MD., PhD.

Respiratory specialist, University Medical Center, Ho Chi Minh City

Despite many significant improvements in surgery, postoperative pulmonary complications are still common. This is a major cause of overall perioperative morbidity and mortality. Preoperative pulmonary function testing is one of many strategies to reduce these risks.

Preoperative pulmonary function testing are divided into 2 groups: surgery with or without lung resection. Without lung resection, risk assessment can be done with checklists, such as ARISCAT (Canet), Arozullar or Gupta. With lung resection, 4 questions are needed to be answered: patient's tolerance to surgery, lung function after surgery, risk of postoperative complications and maximal area for lung resection. Patients are screened with spirometry and diffusing capacity for carbon monoxide, and finally cardiopulmonary exercise testing to stratify the risk and make decision.

Truyền tĩnh mạch
(imipenem/cilastatin sodium)
TIENAM
KHÁNG SINH PHỔ RỘNG



Số phiếu nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y tế: 0298/17/QLD-TT, ngày 22/09/2017
Bản quyền © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., công ty con của Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All Rights Reserved.



ĐIỀU TRỊ NIÊM KHUẨN DO CÁC VI KHUẨN NHẠY CẢM:

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

THÔNG TIN SẢN PHẨM
TIENAM[®]
(imipenem/cilastatin sodium)
THÀNH PHẦN
500mg imipenem và 500mg cilastatin.

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

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG
Tổng liều hàng ngày và đường dùng của TIENAM được đưa trên tính chất hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn và được chia thành các liều bằng nhau đưa trên việc đánh giá mức độ nhạy cảm của vi khuẩn gây bệnh, chức năng thận và thể trạng. DÙNG ĐỂ TIÊM TRUYỀN TĨNH MẠCH. Phần lớn các nhiễm khuẩn đáp ứng với liều 1-2g mỗi ngày, chia làm 3-4 lần. Để điều trị nhiễm khuẩn vừa, có thể dùng liều 1g x 2 lần mỗi ngày. Với các nhiễm khuẩn do vi khuẩn ít nhạy cảm hơn, liều TIENAM tiêm tĩnh mạch mỗi ngày có thể được tăng lên tới 4g/ngày hoặc 50mg/kg/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn. Mỗi liều 500mg TIENAM tiêm tĩnh mạch phải được truyền tĩnh mạch trong 20-30 phút. Mỗi liều >500mg phải được truyền trong 40-60 phút. Ở những người bệnh bị buồn nôn khi truyền, thì tốc độ truyền có thể chậm hơn. **Tổng liều tối đa trong ngày không nên vượt quá 50mg/kg/ngày hoặc 4g/ngày, tùy theo liều nào thấp hơn.** Tuy nhiên, người bệnh bị xơ hóa nang với chức năng thận bình thường, đã được điều trị với TIENAM tới liều 90mg/kg/ngày, chia làm nhiều lần, nhưng nhiều người 70mg/1,73m² và hoặc thể trọng <70kg. Nên dùng liều 125 mg hay 250 mg cho mỗi 12 giờ cho các người bệnh có độ thanh lọc creatinine từ 6-20 mL/ phút/ 1,73 m² đối với hầu hết các tác nhân gây bệnh. Khi dùng liều 500 mg cho mỗi 12 giờ có thể làm tăng nguy cơ gây co giật cho những người bệnh này. (Chỉ tiết chính liều, xin đọc thông tin chi tiết sản phẩm). Không được cho người bệnh có nồng độ thanh lọc creatinine 5mL/ phút/ 1,73 m² dùng TIENAM tiêm tĩnh mạch trừ khi sẽ tiến hành thẩm phân máu trong vòng 48 giờ. Chưa có đủ dữ liệu để khuyến cáo dùng TIENAM tiêm tĩnh mạch cho người bệnh thận phân bụng.

LIỀU LƯỢNG Ở TRẺ EM
(a) TRẺ EM cân nặng ≥40kg nên dùng liều của người lớn (b) TRẺ EM VÀ TRẺ SỐ SINH cân nặng <40kg: **Đối với bệnh nhi từ 3 tháng tuổi trở lên**, liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoại hệ thần kinh trung ương là 15-25 mg/kg/liều cho mỗi khoảng cách 6 giờ một lần. **Đối với bệnh nhi dưới 3 tháng tuổi (thể trọng ≥1500 g)**, liều khuyến cáo cho các trường hợp nhiễm khuẩn ngoại hệ thần kinh trung ương như sau: <1 tuổi tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 12 giờ, 1-4 tuần tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 8 giờ, 4 tuần-3 tháng tuổi: 25 mg/kg cho mỗi 6 giờ. Các liều từ 500mg trở xuống nên được truyền tĩnh mạch từ 15 đến 30 phút. Liều trên 500mg nên được truyền tĩnh mạch từ 40 đến 60 phút. Không dùng TIENAM cho bệnh nhi có thể trọng dưới 60 kg/let có suy chức năng thận vì chưa có đủ dữ liệu lâm sàng cho các trường hợp này. TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não.

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

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

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

Viêm đại tràng có mủ giả đã được ghi nhận với hầu hết các kháng sinh và mức độ có thể từ nhẹ tới đe dọa tính mạng. Do đó, kháng sinh phải được sử dụng cẩn thận ở người bệnh có tiền sử bệnh lý ống tiêu hóa, đặc biệt là viêm đại tràng. Phải nghĩ tới chuẩn đoán viêm đại tràng có mủ giả ở người bệnh bị tiêu chảy khi dùng kháng sinh. Dù nhiều công trình nghiên cứu cho thấy một độc tố sản xuất bởi *Clostridium difficile* là nguyên nhân đầu tiên gây viêm đại tràng do dùng kháng sinh, nhưng các nguyên nhân khác cũng phải nghĩ tới. KHI MANG THAI: việc sử dụng TIENAM ở người mang thai chưa được nghiên cứu đầy đủ và kỹ lưỡng, do đó chỉ nên dùng TIENAM trong thai kỳ, nếu lợi ích cho mẹ vượt hơn nguy cơ cho

bào thai. CHO CON BÚ: imipenem đã được tìm thấy trong sữa mẹ. Nếu việc sử dụng TIENAM thật sự cần thiết cho mẹ, thì mẹ nên ngưng cho con bú. VOI TRE EM: Không dùng TIENAM cho trẻ bị nhiễm khuẩn thần kinh trung ương vì nguy cơ co giật. Không dùng TIENAM cho những bệnh nhi <30 kg bị rối loạn chức năng thận (creatinine huyết thanh >2mg/dL) vì chưa có dữ liệu lâm sàng cho đối tượng này. HE THẬN KINH TRUNG ƯƠNG: cũng như với các kháng sinh beta-lactam khác, các tác dụng ngoại ý trên hệ thần kinh trung ương như chóng có cơ trạng thái lú lẫn, co giật đã được ghi nhận, nhất là khi vượt quá liều khuyến cáo dựa trên chức năng thận và thể trạng. Các tác dụng này thường được ghi nhận nhiều nhất ở người bệnh có bệnh ở hệ thần kinh trung ương (ví dụ: tổn thương não hoặc tiền sử động kinh) và hoặc chức năng thận đã tổn thương khiên thuốc có thể tích lũy lại. Do đó, nên theo sát phác đồ liều lượng và cách dùng. Nên tiếp tục dùng thuốc chống co giật ở các người bệnh bị bệnh động kinh. Nếu xảy ra cơn co giật, co cơ và co giật người bệnh phải được khám thần kinh và điều trị co giật ngay nếu chưa được điều trị từ trước. Nếu các triệu chứng của hệ thần kinh trung ương vẫn tiếp tục, phải giảm liều hoặc ngưng TIENAM. Người bệnh có độ thanh lọc phân máu 5mL/ phút/1,73m² không nên dùng TIENAM, trừ khi sẽ được thẩm phân máu. TIENAM chỉ được khuyến cáo sử dụng khi cần nhắc lợi ích điều trị vượt hơn hẳn nguy cơ co giật tiềm ẩn.

TƯƠNG TÁC THUỐC
Đồng kinh toàn thể đã được ghi nhận ở người bệnh dùng đồng thời ganciclovir và TIENAM. Không được phối hợp những thuốc này với nhau trừ khi lợi ích vượt hơn hẳn nguy cơ.

Các trường hợp báo cáo trong y văn cho thấy việc sử dụng các carbapenem bao gồm imipenem cho bệnh nhân đang dùng acid valproic. Nồng độ acid valproic có thể giảm dưới mức điều trị do kết quả tương tác thuốc này, do đó làm tăng nguy cơ bộc phát cơn co giật/dùng kinh. Mặc dù chưa rõ cơ chế tương tác thuốc này, dữ liệu từ các nghiên cứu in vitro và nghiên cứu trên động vật gợi ý các carbapenem có lẽ ức chế quá trình thủy phân chất chuyển hóa glucuronide của acid valproic, do đó làm giảm nồng độ acid valproic trong huyết thanh.

TÁC DỤNG NGOẠI Y
TIENAM thường được dùng nạp tối. Trong các nghiên cứu lâm sàng có đối chứng, Các tác dụng ngoại ý hiếm khi đối hời phải ngưng thuốc và thường nhẹ và thoáng qua, hiếm gặp các tác dụng ngoại ý nghiêm trọng. PHAN ỨNG TÀI CHỖ: hồng ban, đau và chait tại chỗ, viêm tắc tĩnh mạch. PHAN ỨNG DỊ ỨNG/DALI ỨNG: nổi ban, ngứa, mày đay, hồng ban đa dạng, hội chứng Steven Johnson, phù nề mắt, nhiễm độc biểu bì hoại tử (hiếm), viêm da bong vảy (hiếm), nhiễm nấm Candida, sốt bao gồm sốt do thuốc và các phản ứng phản vệ. PHAN ỨNG TIÊU HOÁ: buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đổi màu men răng và/hoặc lưỡi. HUYẾT HỌC: đã gặp tăng bạch cầu ưa eosin, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính, kể cả mất bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu, tăng tiểu cầu, giảm hemoglobin, thiếu máu bất sản tủy và kéo dài thời gian prothrombin. CHÚC NĂNG GAN: tăng transaminase huyết thanh, bilirubin và/hoặc phosphatase kiềm huyết thanh, suy gan (hiếm gặp), viêm gan (hiếm gặp) và viêm gan báo phát (rất hiếm). CHÚC NĂNG THẬN: thiếu niệu/ vô niệu, suy gan (hiếm gặp), suy thận cấp (hiếm). HE THẬN KINH/ TÂM THẬN: cũng như với các kháng sinh beta-lactam khác, những tác dụng ngoại ý trên hệ thần kinh trung ương như co cơ, rối loạn tâm lý, kể cả ảo giác, trạng thái lú lẫn hoặc co giật toàn thân đã được ghi nhận với dạng bào chế dễ tiêu tĩnh mạch. VOI NGƯỜI BỊ BỆNH GIẢM BẠCH CẦU: khi điều trị với TIENAM, buồn nôn và/hoặc nôn có liên quan đến thuốc thường gặp ở người bệnh bị giảm bạch cầu hơn là ở người bệnh không bị giảm bạch cầu.

QUÁ LIỀU
Hiện chưa có thông tin cho điều trị đặc hiệu các trường hợp sử dụng TIENAM quá liều. Imipenem-cilastatin natri có thể thẩm phân được. Tuy nhiên, lợi ích của thủ thuật này trong trường hợp quá liều vẫn chưa rõ ràng.

DẠNG TRÌNH BÀY
TIENAM IV 500/500 dạng truyền tĩnh mạch, mỗi lọ chứa 500mg imipenem (tương đương dạng khan) và 500mg cilastatin dạng tương đương, được cung cấp dưới dạng bột vô trùng trong lọ có dung tích 25 mL. Mỗi hộp chứa 50 lọ.

BẢO QUẢN: Bảo quản bột khô dưới 25°C.

ĐỘC KỸ THÔNG TIN CHI TIẾT SẢN PHẨM TRƯỚC KHI KẾ TOA

Tài liệu tham khảo
1. Thông tin chi tiết sản phẩm
Sân xuất bởi Merck Sharp & Dohme Corp.,
2778 South East Side Highway, Elkton, VA 22827, USA (Hoa Kỳ)
Đóng gói bởi: Laboratoires Merck Sharp & Dohme-Chibret, Route de Marsat, Riom, F-63963 Clermont-Ferrand, Cedex 9, France (Pháp)
DNKK: Công ty Cổ phần Dược liệu TW 2, 24 - Nguyễn Thị Nghĩa, Q.1, TPHCM

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN CÓ CHỨC NĂNG THẬN BÌNH THƯỜNG VÀ TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ $\geq 70\text{KG}$ ¹

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

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

* **Loại nhiễm khuẩn hoặc mức độ nặng của nhiễm khuẩn.**

* **Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn.**

* **Chức năng thận.**

* **Trọng lượng cơ thể.**

Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine $\leq 5\text{ml/phút/1,73 m}^2$ Không nên dùng TIENAM trừ khi được thẩm phân máu trong vòng 48 giờ.

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

Cần giảm liều cho bệnh nhân có trọng lượng $<70\text{kg}$.

LIỀU DÙNG TIENAM CHO TRẺ EM VÀ TRẺ SƠ SINH¹

Cân nặng	Liều dùng
$\geq 40\text{kg}$	Như người lớn
$<40\text{kg}$	Liều dùng theo tháng tuổi
	≥ 3 tháng
	<3 tháng (cân nặng $\geq 1500\text{g}$)
15-25mg/kg/liều mỗi 6g*	1 tuần tuổi-1-4 tuần tuổi
25mg/kg mỗi 12g*	25mg/kg mỗi 8h*
	3 tháng tuổi-4 tuần
	25mg/kg mỗi 6h*

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

+ Không dùng TIENAM cho các bệnh nhi có thể trọng dưới 30 kg lại có suy chức năng thận.

+ TIENAM không được khuyến nghị trong điều trị viêm màng não. Nếu nghi ngờ viêm màng não, nên sử dụng kháng sinh thích hợp.

+ TIENAM có thể dùng ở trẻ em bị nhiễm khuẩn nặng nếu không có nghi ngờ viêm màng não

LIỀU DÙNG TIENAM CHO BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN SUY THẬN VÀ/ HOẶC TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ $< 70\text{KG}$ ¹

NEU TONG LIEU HANG NGAY LA:																
VÀ	1.0 g/ngày				1.5 g/ngày				2 g/ngày				3 g/ngày			
TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ	và thanh thải creatinine (mL /phút/1.73m ²) là:				và thanh thải creatinine (mL /phút/1.73m ²) là:				và thanh thải creatinine (mL /phút/1.73m ²) là:				và thanh thải creatinine (mL /phút/1.73m ²) là:			
là:	≥ 71	41-70	21-40	6-20	≥ 71	41-70	21-40	6-20	≥ 71	41-70	21-40	6-20	≥ 71	41-70	21-40	6-20
liều khuyến cáo là:	liều khuyến cáo là:				liều khuyến cáo là:				liều khuyến cáo là:				liều khuyến cáo là:			
≥ 70	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 12g	500 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g	500 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 12g	1000 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 6g	500 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 12g
60	250 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 12g	125 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g	500 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g	750 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 12g
50	125 mg mỗi 6g	125 mg mỗi 6g	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g	500 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	500 mg mỗi 12g
40	125 mg mỗi 6g	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 12g	125 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 6g	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 12g	500 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g
30	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 12g	125 mg mỗi 12g	125 mg mỗi 6g	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 6g	125 mg mỗi 8g	125 mg mỗi 12g	250 mg mỗi 6g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 8g	250 mg mỗi 12g



MSD
ANTIBIOTIC

Merck Sharp & Dohme (Asia) Ltd.,
Flat/RM 1401 A&B 14/F & 27/F, Lee Garden Two
28 Yun Ping Road, Causeway Bay, Hong Kong.

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

TP HỒ CHÍ MINH

Lầu 16 Tòa nhà M Plaza Saigon
39 Lê Duẩn, Quận 1

ĐT: 84-28-391153800 / Fax: 84-28-38278101

Code: ANE-1161994-0021 19 AUGUST 2019

Số đăng ký: VN-20190-16

LPC code: MK0787-ANM-2015-010982

S-PC-CMK0787-ANM-102014

HÀ NỘI

Tầng 14, Keangnam Hà Nội, Tòa nhà Landmark
Lô E6, Khu đô thị mới Cầu Giấy, Phường Mễ Trì
quận Nam Từ Liêm

ĐT: 84-24-37824560 / Fax: 84-24-38378415

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH CAI NGHIỆN THUỐC LÁ

ThS. Nguyễn Thanh Thủy

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Trên thế giới có khoảng 1,1 tỷ người hút thuốc lá và khoảng 5,8 nghìn tỷ điếu thuốc được tiêu thụ mỗi năm. Tại Việt Nam có khoảng 12,5 triệu người hút thuốc lá và 4,1 triệu người hút thuốc lào. Nghiện thuốc lá là một bệnh lý, bao gồm nghiện tâm lý, nghiện hành vi, nghiện thực thể - dược lý. Quá trình cai nghiện thuốc lá phải trải qua chu trình trưởng thành quyết tâm cai và phối hợp nhiều biện pháp tư vấn cũng như dùng thuốc. Quyết tâm thành công của cai thuốc lá là kiến thức - quyết tâm - hỗ trợ. Việc xác định ý định cai thuốc, lý do cai thuốc, lợi ích khi hút thuốc và lợi ích khi cai thuốc giúp củng cố quyết tâm cai thuốc. Đánh giá tình trạng sử dụng, mức độ nghiện thuốc lá, nồng độ CO hơi thở, yếu tố hành vi, cảm xúc, triệu chứng cai thuốc lá hiện tại và dự kiến,... giúp xây dựng một kế hoạch cai nghiện thuốc lá cá nhân, đồng thời xác định phương pháp điều trị cụ thể. Các phương pháp điều trị gồm tư vấn ngắn, tư vấn sâu, tư vấn qua điện thoại, tư vấn trực tiếp, sử dụng thuốc và cần phối hợp các phương pháp để hiệu quả thành công cai thuốc cao hơn.

YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG ĐỢT CẤP COPD

ThS. Nguyễn Thị Thanh Huyền

Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Đợt cấp COPD là nguyên nhân làm nặng thêm tình trạng COPD, làm suy giảm nhanh chức năng hô hấp, giảm chất lượng cuộc sống sức khỏe và gia tăng nguy cơ tử vong, tăng gánh nặng kinh tế, xã hội. Báo cáo thực hiện dựa trên việc tìm kiếm và phân tích các nghiên cứu thông qua cơ sở dữ liệu PubMed về đợt cấp COPD và các yếu tố liên quan để đánh giá vai trò của những yếu tố này lên đợt cấp của bệnh. Kết quả cho thấy các yếu tố có mối liên quan chặt chẽ đến đợt cấp COPD là: hút thuốc, phơi nhiễm ô nhiễm không khí trong và ngoài nhà; thời tiết lạnh; tuổi cao, tình trạng dinh dưỡng kém, số đợt cấp COPD trong năm trước, mức độ nặng của rối loạn thông khí, sự gia tăng nồng độ các yếu tố viêm (CRP, bạch cầu ái toan...), kiểu hình viêm phế quản mạn tính ở bệnh nhân COPD, các bệnh đồng mắc đặc biệt là giãn phế quản, việc tuân thủ điều trị kém, suy hô hấp... Việc hiểu rõ các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến đợt cấp COPD giúp cho việc quản lý COPD và can thiệp dự phòng đợt cấp tốt hơn.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

RISK FACTORS FOR EXACERBATION COPD

Nguyen Thi Thanh Huyen, MSc.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

COPD exacerbation is the cause of aggravating COPD condition, rapid decline in the lung function, reducing the quality of health life, increasing the risk of death and the economic and social burden. The report is based on the search and analysis of studies through PubMed database of COPD exacerbations and related factors to assess the role of these factors on the exacerbation of the disease. The results showed that factors that are closely related to COPD exacerbation are: smoking, indoor and outdoor air pollution exposure, cold weather; old age, poor nutritional status, number of COPD exacerbations in the previous year, severity of ventilation disorders, increased levels of inflammatory factors (CRP, eosinophils ...), phenotype of COPD patients with chronic inflammation, comorbidities especially bronchiectasis, poor adherence, respiratory failure ... Understanding the risk factors affecting COPD exacerbation could be a crucial element for a better management and prevention of COPD exacerbation

MỘT SỐ LƯU Ý VỀ LIỆU PHÁP OXY

CN. Nguyễn Thị Huế

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Liệu pháp oxy, còn được gọi là oxy bổ sung, là việc sử dụng oxy như một phương pháp điều trị y tế, có thể dùng trong các trường hợp oxy máu thấp, ngộ độc khí Cacbonmonoxit, đau đầu chùm và để duy trì đủ oxy khi gây mê (WHO). Tuy nhiên, oxy nên được coi là một loại thuốc được kê đơn và sử dụng cho các chỉ định cụ thể, với khoảng bảo hòa oxy mục tiêu được ghi nhận kết hợp theo dõi thường xuyên phản ứng của bệnh nhân. Liệu pháp Oxy dài hạn có thể gây ra những rủi ro vật lý (cháy nổ), rủi ro chức năng (giảm thông khí phổi), tổn thương tế bào. Ngoài ra, một số bằng chứng mới cho thấy ở những người trưởng thành bị bệnh nặng, việc bổ sung oxy tràn lan làm tăng nguy cơ tử vong so với oxy liệu pháp theo hướng dẫn. Một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp do Viện nghiên cứu sức khỏe quốc gia (NIHR) công bố và tóm tắt trong một báo cáo cho thấy thở oxy khi không

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

cần thiết làm tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân trong bệnh viện khoảng 11 người chết trong số 1.000 trường hợp. Số ca tử vong tiếp tục cao hơn 30 ngày sau khi nhập viện mà không có bất kỳ cải thiện đáng chú ý nào về sức khỏe với các bệnh như khuyết tật, nhiễm trùng và rút ngắn thời gian nằm viện. Ý nghĩa đối với điều dưỡng: Hướng dẫn sử dụng oxy của Hiệp hội lồng ngực của Anh về sử dụng oxy trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe và cấp cứu (BTS, 2017) khuyên rằng oxy nên được sử dụng như một phương pháp điều trị bệnh oxy máu thấp mà không điều trị khó thở. Khuyến nghị sử dụng oxy nồng độ cao ngay lập tức cho bệnh nhân bị bệnh nặng, nhưng điều này nên được quy định để đạt được độ bão hòa oxy mục tiêu là 94-98% ở hầu hết các bệnh nhân và 88-92% ở những người có nguy cơ mắc bệnh suy hô hấp với nồng độ CO₂ trong máu cao. Tăng tỷ lệ tử vong là một bằng chứng rõ ràng cho việc nên tránh điều trị oxy quá mức cần thiết. Nhân viên y tế nên cẩn thận vì các nguồn oxy nồng độ cao rất dễ gây cháy nổ vì vậy cần đảm bảo an toàn cho bệnh nhân bằng các biện pháp phòng ngừa.

SOME PRECAUTIONS FOR OXYGEN THERAPY

Nguyen Thi Hue, BSc.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Oxygen therapy, also known as supplemental oxygen, is the use of oxygen as a medical treatment. This can include for low blood oxygen, carbon monoxide toxicity, cluster headaches, and to maintain enough oxygen while inhaled anesthetics are given (WHO). However, oxygen should be considered as a drug that is prescribed and administered for specific indications, with a documented target oxygen saturation range, and with regular monitoring of the patient's response because long term Oxygen therapy can cause physical risks, functional risks, and cytotoxic damage to patient. In addition, some new evidences show that in adults who are acutely ill, the liberal use of oxygen supplementation has been found to increase the risk of death compared with conservative oxygen strategies. A systematic review and meta-analysis published by the National Institute for Health Research (NIHR) and summarized in an NIHR Signal shows that more liberal oxygen therapy increased patient mortality in hospital by about 11 deaths among 1,000 people exposed.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

The number of deaths continued to be higher 30 days after admission, without any notable improvements in other important health outcomes such as disability, infection and length of hospital stay. Implications for nursing: The British Thoracic Society's guideline for oxygen use in healthcare and emergency settings (BTS, 2017) states that oxygen should be used as a treatment for low blood oxygen, not breathlessness. The guideline recommends immediate high concentration oxygen for critically ill patients, but that this should be prescribed to achieve target oxygen saturations of 94-98% in most acutely ill patients, and 88-92% in those at risk of hypercapnic (high blood carbon dioxide) respiratory failure. The increased mortality observed makes it clear that excessive oxygen treatment should be avoided. Medical staffs should be careful because highly concentrated sources of oxygen promote rapid combustion.

KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM HÔ HẤP

ThS. Đào Quỳnh Hương

Điều dưỡng trưởng, Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Để tìm ra nguyên nhân gây bệnh, ngoài việc thăm khám thực thể, khai thác các dấu hiệu lâm sàng thì việc làm các xét nghiệm, các thăm dò chức năng là vô cùng quan trọng và không thể thiếu. Xét nghiệm đóng vai trò chủ đạo từ khâu chẩn đoán, điều trị đến chăm sóc người bệnh, nó là tiêu chí đánh giá khách quan mức độ đáp ứng và hồi phục trong quá trình điều trị bệnh.

Thực tế cho thấy các kết quả xét nghiệm giúp cho thầy thuốc chẩn đoán và theo dõi bệnh được chính xác, khách quan, giúp cho việc điều trị đạt kết quả tốt. Tuy nhiên, kết quả xét nghiệm có đúng, chính xác hay không lại phụ thuộc rất nhiều vào khâu lấy bệnh phẩm. Từ đó cho thấy rằng, kỹ thuật và quy trình lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm rất cần thiết, người điều dưỡng phải chuẩn bị và tiến hành lấy bệnh phẩm đúng kỹ thuật, phải đảm bảo về mặt thời gian, không gian và phương tiện dụng cụ lấy bệnh phẩm.

Hiểu được ý nghĩa của việc lấy bệnh phẩm, còn cần có sự phối hợp, tuân thủ của người bệnh. Từ khâu dặn dò, hướng dẫn đến việc ổn định về tâm lý, phải đảm bảo đúng các nguyên tắc từ khi chuẩn bị đến khi lấy bệnh phẩm, lấy bệnh phẩm đúng thời gian, đúng yêu cầu, đúng số lượng, ghi đầy đủ thông tin người bệnh, bảo quản và vận chuyển tới khoa xét nghiệm.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Bệnh phẩm hô hấp gồm các loại bệnh phẩm: Dịch họng, đờm, dịch phế quản và dịch phế nang. Một số kỹ thuật lấy bệnh phẩm hô hấp được trình bày: lấy dịch ngoáy họng, lấy đờm: khi người bệnh tự khạc đờm, nhờ phương pháp siêu âm khí dung, đặt sonde dạ dày và lấy dịch rửa phế quản.

TECHNIQUES FOR OBTAINING PULMONARY SPECIMENS

Dao Quynh Huong, MSc.

Head Nursing of Respiratory Center - Bach Mai Hospital

The accurate diagnosis of disease requires more than the physician's physical assessment of the patient's condition and taking a personal history from his/her- clinical tests play a fundamental role in arriving at a diagnosis. The evidence provided by laboratory tests is a decisive factor in the diagnosis, treatment and care of the patient- it is a crucial criterion in making an objective determination of the nature and level of treatment and devising suitable rehabilitation during and after treatment.

The results of laboratory tests enable the physician to identify and monitor the evolution of the disease objectively and effectively. However the validity of the laboratory test results depends vitally on the way in which specimens are obtained. In the result, the techniques employed in collecting specimens are of essential importance: the nurse must prepare and carry out the process of taking specimens correctly and with proper regard to time and space while ensuring that appropriate devices are used.

It is also important to ensure that the patient understands entirely the significance of the collection and examination of specimens, in order that the patient will fully collaborate with the nurse in the course of the procedure: explanations and instructions must be given to him/her clearly, to stabilize morale and procedure cooperation.

Additional factors which are essential to the process are deciding when is the right time to implement it, calculating the quantity that should be obtained, the preservation of the specimens and arranging their safe transfer to the laboratory.

Pulmonary specimens include phlegm in the throat, sputum, bronchial mucus and alveolar mucus. Techniques for obtaining pulmonary specimens also include the collection of phlegm in the throat, the collection of sputum obtained by asking the patient to spit it out, and material collected by ultrasound aerosol therapy and the application nasogastric tubes and the collection of bronchial mucus.

Medrol®

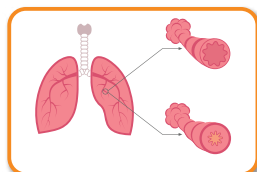
methylprednisolone
viên nén 4mg/16mg



Nhà sản xuất

Pfizer Italia S.r.l Localita, Marino del Tronto 63100 Ascoli Piceno, Ý.

ĐIỀU TRỊ:



Hen phế quản



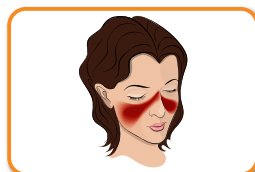
Viêm mũi dị ứng
theo mùa hoặc
quanh năm



Viêm da tiếp xúc



Viêm khớp
dạng thấp



Lupus ban đỏ
hệ thống

THÀNH PHẦN MEDROL

- Steroid có tác dụng kháng viêm mạnh
- Sinh khả dụng tuyệt đối 82% - 89% sau khi uống
- Hiệu lực tương đối gấp khoảng 4 lần hydrocortison
- Hấp thu nhanh và đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương khoảng 1,5 - 2,3 giờ ở mọi liều lượng sau khi uống

Rx - CẢNH BÁO ĐẶC BIỆT: Thuốc này chỉ dùng theo đơn của bác sĩ. Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng. Không dùng quá liều chỉ định. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. Nếu cần thêm thông tin, xin hỏi ý kiến bác sĩ. Không sử dụng thuốc đã quá hạn dùng. Để xa tầm tay trẻ em. **1. TÊN THUỐC:** MEDROL®. **2. THÀNH PHẦN ĐỊNH TÍNH VÀ ĐỊNH LƯỢNG:** Mỗi viên nén chứa 4mg hoặc 16mg methylprednisolone. **3. DẠNG BẢO CHẾ:** Viên nén dùng đường uống. **4. ĐẶC TÍNH LÂM SÀNG.** **4.1 Chỉ định điều trị:** **Rối loạn nội tiết:** Thiếu năng vô thượng thận nguyên phát hay thứ phát; Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh. Viêm tuyến giáp không sinh mù. Calci máu cao liên quan đến ung thư. **Những rối loạn không phải do nội tiết:** **1. Rối loạn do thấp khớp:** Là liệu pháp điều trị hỗ trợ đối với chỉ định ngắn hạn (để đưa bệnh nhân qua khỏi giai đoạn cấp hay trầm trọng) trong: Viêm khớp do vảy nến. Viêm khớp cấp tính do gút. Viêm khớp dạng thấp, kể cả viêm khớp dạng thấp ở thiếu niên (một số trường hợp đặc biệt có thể đòi hỏi liệu pháp duy trì liều thấp). Viêm cột sống dính khớp. Viêm bao hoạt dịch cấp và bán cấp. Viêm xương khớp sau chấn thương. Viêm màng hoạt dịch trong chứng thoái hóa khớp. Viêm bao gân cấp tính không đặc hiệu. Viêm mô mềm lõi cấu xương. **2. Bệnh hệ thống tạo keo:** Dùng trong giai đoạn trầm trọng hoặc để điều trị duy trì trong những trường hợp chọn lọc của: Lupus ban đỏ hệ thống. Đau đa cơ do thấp khớp. Viêm đa cơ toàn thân (viêm đa cơ). Viêm động mạch tế bào khổng lồ. Thấp tim cấp. **3. Bệnh thuộc về da:** Bệnh Pemphigus. U sùi dạng nấm. Viêm da bong nước dạng Herpes. Vảy nến thể nặng. Hồng ban đa dạng thể nặng (hội chứng Stevens-Johnson). Viêm da tróc vảy. Viêm da tiết bã nhờn thể nặng. **4. Bệnh dị ứng:** Kiểm soát các tình trạng dị ứng nặng hoặc khó điều trị đã thất bại với các cách điều trị thông thường; Viêm mũi dị ứng theo mùa hoặc quanh năm. Các phản ứng quá mẫn với thuốc. Bệnh huyết thanh. Viêm da tiếp xúc. Hen phế quản. Viêm da cơ địa. **5. Bệnh về mắt:** Các quá trình viêm và dị ứng mạn tính và cấp tính nghiêm trọng ở mắt và các phần phụ của mắt như: Viêm loét kết mạc do dị ứng. Viêm kết mạc dị ứng. Nhiễm trùng giác mạc do Herpes Zoster. Viêm giác mạc. Viêm tiền phòng. Viêm màng mạch - võng mạc. Viêm màng mạch nhỏ sau lan tỏa và viêm màng mạch. Viêm thần kinh thị giác. Viêm mắt giao cảm. Viêm mống mắt và viêm mống mắt-thể mi. **6. Bệnh ở đường hô hấp:** Bệnh sarcoid có triệu chứng. Trong lao phổi thể lan tỏa hoặc bùng phát cấp tính, dùng đồng thời với liệu pháp hóa trị kháng lao thích hợp. Hội chứng Loeffler không thể kiểm soát được bằng các phương pháp khác. Viêm phổi hít. Nhiễm độc berylli. **7. Rối loạn về huyết học:** Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn ở người lớn. Chứng giảm nguyên hồng cầu (thiếu máu hồng cầu). Giảm tiểu cầu thứ phát ở người lớn. Thiếu máu giảm sản bẩm sinh (dòng hồng cầu). Thiếu máu tán huyết mắc phải (tự miễn). **8. Các bệnh ung thư:** Điều trị tạm thời trong: Bệnh bạch cầu và u lympho ở người lớn. Bệnh bạch cầu cấp ở trẻ em. **9. Tình trạng phụ:** Để giúp bài niệu và giảm protein niệu trong hội chứng thận hư không kèm theo ure máu cao, hoặc hội chứng thận hư do lupus ban đỏ rải rác. **10. Bệnh đường tiêu hóa:** Dùng để đưa bệnh nhân qua khỏi cơn nguy kịch của bệnh trong: Viêm loét đại tràng. Viêm đoạn ruột non. **11. Hệ thần kinh:** Các đợt cấp tính của bệnh đa xơ cứng. Các trường hợp phù kết hợp với u não. **12. Cấy ghép nội tạng.** **13. Các chỉ định khác:** Lao màng não có tác nhân khoáng dưới nhện hoặc dọa tắc khi dùng đồng thời liệu pháp hóa trị liệu kháng lao thích hợp. Bệnh giun xoắn liên quan đến cơ tim và thần kinh. **4.2 Liều lượng và cách dùng:** Liều khởi đầu của viên nén methylprednisolone có thể thay đổi tùy thuộc vào bệnh đặc hiệu cần điều trị. Các khuyến cáo về liều dùng bên dưới là liều hàng ngày khởi đầu được đề nghị và mang tính chất định hướng. Nếu bệnh ít nghiêm trọng, các liều thấp hơn thường là đủ, trong khi ở một số bệnh nhân có thể cần dùng liều khởi đầu cao hơn. Các bệnh cần dùng liều cao bao gồm đa xơ cứng (200mg/ngày), phù não (200-1000mg/ngày). Nếu sau một khoảng thời gian hợp lý mà chưa có đáp ứng lâm sàng đầy đủ, thì phải ngừng thuốc và chuyển sang liệu pháp điều trị thích hợp hơn cho bệnh nhân. Nếu sau khi điều trị dài ngày mà muốn ngừng thuốc thì phải ngừng từ từ, không được ngừng đột ngột. Sau khi thấy có đáp ứng thuận lợi, cần xác định liều duy trì bằng cách giảm liều khởi đầu theo từng nấc nhỏ, với các khoảng cách thời gian thích hợp cho tới liều thấp nhất mà vẫn giữ vững được đáp ứng lâm sàng đầy đủ. Cần luôn nhớ là phải theo dõi liên tục để đánh giá về mức liều sử dụng. Những trường hợp cần điều chỉnh liều là những trường hợp có thay đổi về tình trạng lâm sàng thứ phát như là các đợt thuyên giảm hoặc các đợt kịch phát của bệnh, đáp ứng với thuốc của từng cá thể bệnh nhân và ảnh hưởng của các trạng thái stress không liên quan trực tiếp tới bệnh đang điều trị. Trong tình huống sau cùng (trạng thái stress không liên quan trực tiếp tới bệnh đang điều trị), có thể cần tăng liều methylprednisolone trong một khoảng thời gian phù hợp với điều kiện của bệnh nhân. Cần nhấn mạnh là yêu cầu về liều có thể thay đổi và cần phải cá thể hóa theo bệnh lý đang điều trị cũng như đáp ứng điều trị của bệnh nhân. Khuyến nghị về liều: **Viêm khớp dạng thấp:** Nặng: 12-16mg. Nặng vừa: 8-12mg, Vừa: 4-8mg, Trẻ em: 4-8mg. **Viêm da cơ toàn thân:** 48mg. **Lupus ban đỏ hệ thống:** 20-100mg. **Sốt thấp khớp cấp:** 48mg đến khi tốc độ máu lắng bình thường trong một tuần. **Bệnh dị ứng:** 12-40mg. **Hen phế quản:** tối đa 64mg, dùng liều duy nhất/ tối đa 100mg, cách nhật. **Bệnh về mắt:** 12-40mg. **Rối loạn về máu và bệnh bạch cầu:** 16-100mg. **U lympho ác tính:** 16-100mg. **Viêm loét đại tràng:** 16-60mg. **Bệnh Crohn:** tối đa 48mg/ngày trong giai đoạn cấp tính. **Cấy ghép cơ quan:** tối đa 3,6mg/kg/ngày. **Bệnh sarcoid phổi:** 32-48mg cách nhật. **Viêm động mạch tế bào khổng lồ/đau đa cơ do thấp khớp:** 64mg. **Bệnh Pemphigus thường:** 80-360mg. **4.3 Chống chỉ định:** Chống chỉ định đối với những bệnh nhân: Nhiễm nấm toàn thân, Nhiễm khuẩn toàn thân trừ khi đã được điều trị bằng liệu pháp kháng sinh đặc hiệu, Quá mẫn với methylprednisolone hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc. Chống chỉ định sử dụng vắc-xin sống hoặc vắc-xin sống giảm độc lực cho bệnh nhân đang dùng các liều corticosteroid ức chế miễn dịch. **4.4 Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng:** **Tác dụng ức chế miễn dịch/Tăng nguy cơ nhiễm khuẩn:** Corticosteroid có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, che lấp một số dấu hiệu nhiễm khuẩn, và các nhiễm khuẩn mới có thể xảy ra khi đang dùng corticosteroid. Có thể có hiện tượng giảm đề kháng và mất khả năng khu trú nhiễm khuẩn tại chỗ khi sử dụng corticosteroid. Nhiễm vi sinh vật gây bệnh bao gồm nhiễm virus, vi khuẩn, nấm, đơn bào hoặc giun sán ở bất kỳ vị trí nào của cơ thể, có thể liên quan tới việc sử dụng corticosteroid riêng rẽ hoặc phối hợp với các thuốc ức chế miễn dịch khác có tác động lên miễn dịch tế bào, miễn dịch thể dịch hoặc tới chức năng bạch cầu trung tính. Bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế miễn dịch dễ bị nhiễm khuẩn hơn những người khỏe mạnh khác. Thủy đậu là một mối lo ngại nghiêm trọng vì căn bệnh thông thường này không nguy hiểm, nhưng lại có thể gây tử vong ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch. Bệnh nhân (hoặc cha mẹ của trẻ) chắc chắn

chưa từng bị thủy đậu nên được khuyên tránh tiếp xúc trực tiếp với thủy đậu hoặc herpes zoster (zona thần kinh) và nếu bị phơi nhiễm thì họ nên tìm kiếm sự chăm sóc y tế khẩn cấp. Miễn dịch thụ động với varicella/zoster immunoglobulin (VZIG) là cần thiết cho các bệnh nhân chưa có miễn dịch bị phơi nhiễm đang dùng corticosteroid toàn thân hoặc đã sử dụng corticosteroid toàn thân trong vòng 3 tháng trước đó; miễn dịch thụ động nên được thực hiện trong vòng 10 ngày kể từ khi bị phơi nhiễm thủy đậu. Bệnh nhân cần được chăm sóc chuyên khoa và điều trị khẩn cấp nếu đã được chẩn đoán chính xác là bị thủy đậu. Không nên ngừng corticosteroid và có thể cần phải tăng liều. Nên tránh tiếp xúc với bệnh sởi. Nên tìm kiếm tư vấn y tế ngay nếu bị phơi nhiễm. Có thể cần điều trị dự phòng bằng immunoglobulin tiêm bắp thường. Có thể dùng vắc-xin chết hoặc vắc-xin bất hoạt cho bệnh nhân đang dùng corticosteroid với liều ức chế miễn dịch; tuy nhiên, đáp ứng với những vắc-xin này có thể giảm đi. Sử dụng corticosteroid trong bệnh lao hoạt động cần giới hạn ở các trường hợp lao phổi lan tỏa hoặc thể bùng phát cấp tính, trong đó corticosteroid được dùng để kiểm soát bệnh, kết hợp với phác đồ kháng lao thích hợp. Đã có báo cáo về u Sarcôm Kaposi ở bệnh nhân dùng liệu pháp corticosteroid. Khi ngừng corticosteroid có thể sẽ thuyên giảm trên lâm sàng. Vai trò của corticosteroid trong sốc nhiễm khuẩn còn chưa rõ ràng, việc sử dụng thường xuyên corticosteroid trong sốc nhiễm khuẩn không được khuyến nghị. **Hệ miễn dịch:** Có thể xảy ra phản ứng dị ứng (ví dụ phụ mạch), cần thực hiện các biện pháp phòng ngừa thích hợp trước khi bắt đầu điều trị. **Nội tiết:** Teo vỏ thượng thận xuất hiện trong điều trị kéo dài và có thể tồn tại trong nhiều tháng sau khi ngưng điều trị. Các bệnh nhân được dùng liều corticosteroid lớn hơn liều sinh lý toàn thân (xấp xỉ 6 mg methylprednisolone) trong thời gian dài hơn 3 tuần không nên ngừng thuốc đột ngột. Việc điều trị bằng corticosteroid toàn thân kéo dài lên đến 3 tuần có thể ngừng đột ngột nếu bệnh không có nhiều khả năng tái phát. Ở các nhóm bệnh nhân sau, nên xem xét giảm liều dần khi ngưng điều trị bằng corticosteroid toàn thân ngay cả sau các giai đoạn dùng thuốc dài tới đa 3 tuần: Bệnh nhân đã có các liệu trình dùng thuốc corticosteroid toàn thân liên tục, đặc biệt là nếu dùng trong thời gian dài hơn 3 tuần. Khi được kê toa một liệu trình dùng thuốc ngắn trong vòng một năm kể từ khi ngừng điều trị dài hạn (nhiều tháng hoặc nhiều năm). Bệnh nhân có thể bị suy vỏ thượng thận không phải là do điều trị bằng corticosteroid ngoại sinh. Ngoài ra, suy thượng thận cấp dẫn đến tử vong có thể xảy ra nếu ngừng glucocorticoid đột ngột. Bệnh nhân nhận các liều corticosteroid toàn thân nhiều hơn 32 mg methylprednisolone hàng ngày. Bệnh nhân dùng thuốc liên tục vào buổi tối. Ở bệnh nhân bị suy vỏ thượng thận do thuốc, khả năng tiết mineralocorticoid có thể bị suy giảm, do đó nên cho dùng đồng thời muối và/hoặc mineralocorticoid. nên tránh dùng glucocorticoid ở các bệnh nhân bị bệnh Cushing. Cần chăm sóc đặc biệt khi xem xét dùng corticosteroid toàn thân ở bệnh nhân thiếu năng tuyến giáp và cần theo dõi bệnh nhân thường xuyên. **Chuyển hóa và dinh dưỡng:** Các corticosteroid bao gồm methylprednisolon có thể làm tăng glucose huyết, làm cho bệnh tiểu đường đã có nặng thêm và nếu dùng corticosteroid trong thời gian dài có thể dẫn tới bị bệnh tiểu đường. **Tâm thần:** Loạn tâm thần có thể xuất hiện khi dùng corticosteroid, từ sáng khoái, mất ngủ, thay đổi tâm trạng, tính khí thất thường và trầm uất nặng cho đến những biểu hiện tâm thần thực sự. Cảm xúc không ổn định hay khuynh hướng tâm thần cũng có thể nặng nề hơn bởi corticosteroid. Hầu hết các phản ứng mất đi khi giảm liều hoặc ngừng thuốc, mặc dù có thể cần phải điều trị đặc hiệu. Ảnh hưởng về tâm thần đã được báo cáo khi ngừng corticosteroid; tần suất chưa được xác định rõ. Bệnh nhân/ nhân viên y tế nên lưu ý nếu như những biểu hiện tâm thần xuất hiện ở bệnh nhân, đặc biệt nếu nghi ngờ bệnh nhân bị trầm cảm hay có ý định tự sát. **Hệ thần kinh:** Thận trọng khi dùng corticosteroid trên những bệnh nhân động kinh. Thận trọng khi dùng corticosteroid trên những bệnh nhân nhược cơ nặng. Đã có những báo cáo về chứng tích mỡ ngoài màng cứng ở bệnh nhân đang sử dụng corticosteroid, liều cao trong thời gian dài. **Mắt:** Thận trọng khi dùng corticosteroid trên những bệnh nhân bị herpes simplex ở mắt vì có thể gây thủng giác mạc. **Tim:** Các tác dụng bất lợi của glucocorticoid đối với hệ tim mạch, như rối loạn mỡ máu và tăng huyết áp, có thể làm những bệnh nhân đã có sẵn nguy cơ tim mạch phải chịu thêm các ảnh hưởng tim mạch khác, nếu điều trị bằng liều cao và kéo dài. Cần sử dụng corticosteroid thận trọng ở những bệnh nhân này và cần chú ý thực hiện các biện pháp điều chỉnh nguy cơ và theo dõi thêm cho tim nếu cần thiết. Dùng liều thấp và cách nhật có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng. **Mạch:** Đã có những báo cáo về tình trạng huyết khối, bao gồm huyết khối tĩnh mạch xảy ra khi dùng corticosteroid. Thận trọng khi dùng corticosteroid trên những bệnh nhân cao huyết áp. **Tiêu hóa:** Liều cao corticosteroid có thể gây viêm tụy cấp. Không có quan điểm thống nhất nào về việc chính corticosteroid gây nên tình trạng loét đường tiêu hóa trong quá trình điều trị, tuy nhiên, dùng glucocorticoid có thể che lấp những triệu chứng của loét đường tiêu hóa, gây nên tình trạng thủng hoặc xuất huyết tiêu hóa mà không có kèm đau đớn rõ rệt.. Nguy cơ phát triển loét đường tiêu hóa tăng khi dùng kết hợp với thuốc chống viêm không steroid (NSAID). Thận trọng khi dùng corticosteroid trong viêm loét đại tràng không đặc hiệu nếu có đạ thủng, áp-xe hay nhiễm khuẩn sinh mủ khác; viêm túi thừa, có chỗ nối ruột non mới, đang bị hay có tiền sử bị loét đường tiêu hóa. **Gan mật:** Đã có báo cáo về tình trạng rối loạn gan mật có thể được hồi phục sau khi ngưng liệu pháp. **Cơ xương:** Đã có báo cáo về bệnh cơ cấp tính khi sử dụng corticosteroid liều cao, thường xảy ra ở bệnh nhân bị các rối loạn dẫn truyền thần kinh cơ hay trên bệnh nhân đang dùng các thuốc kháng cholinergic như thuốc ức chế thần kinh cơ. Bệnh cơ cấp tính này lan rộng, có thể liên quan đến các cơ mắt, cơ hô hấp và có thể dẫn tới liệt chi. Loãng xương là tác dụng có hại chung, nhưng ít xảy ra khi dùng glucocorticoid liều cao và kéo dài. **Thận và tiết niệu:** Thận trọng khi sử dụng corticosteroid trên bệnh nhân suy thận. **Các chỉ số xét nghiệm:** Liều trung bình và liều cao của hydrocortison hoặc cortison có thể gây tăng huyết áp, tích lũy muối và nước và làm tăng đào thải kali. Những tác dụng này ít gặp hơn nếu dùng các corticosteroid loại tổng hợp, trừ khi dùng liều cao. Có thể cần phải hạn chế ăn muối và bổ sung thêm kali. Mọi corticosteroid đều làm tăng đào thải calci. **Chấn thương, nhiễm độc và các biến chứng phẫu thuật:** Corticosteroid dùng toàn thân không được chỉ định và do đó, không nên dùng để điều trị chấn thương sọ não. **Cảnh báo khác:** Do biến chứng khi điều trị bằng glucocorticoid phụ thuộc vào liều và thời gian điều trị, quyết định điều trị phải dựa trên sự cân nhắc giữa nguy cơ/ích lợi với từng trường hợp riêng và thời gian điều trị cũng phải được cân nhắc hoặc dùng hàng ngày hoặc dùng cách nhật. Nên dùng liều thấp nhất có hiệu quả của corticosteroid để kiểm soát tình hình điều trị, và khi có thể giảm liều thì nên giảm từ từ. Aspirin và các thuốc chống viêm không steroid cần được sử dụng thận trọng khi kết hợp với corticosteroid. Bệnh u tế bào ưa crôm có thể gây tử vong đã được báo cáo sau khi sử dụng các corticosteroid toàn thân. **Sử dụng cho trẻ em:** Trẻ em có thể chậm lớn khi dùng glucocorticoid hàng ngày trong thời gian dài, với liều chia nhỏ và việc sử dụng liệu pháp này nên hạn chế, chỉ

dùng cho chỉ định khẩn cấp nhất. Tác dụng không mong muốn này có thể tránh được hoặc giảm thiểu khi sử dụng liệu pháp glucocorticoid cách nhật. Trẻ sơ sinh và trẻ em phải điều trị lâu dài bằng corticosteroid có nguy cơ đặc biệt về tăng áp lực nội sọ. Corticosteroid liều cao có thể dẫn đến chứng viêm tụy ở trẻ **em. Sử dụng cho người cao tuổi:** Các tác dụng không mong muốn thường gặp của corticosteroid toàn thân có thể liên quan đến các hậu quả nghiêm trọng hơn lúc tuổi già, đặc biệt là bệnh loãng xương, tăng huyết áp, hạ kali huyết, tiểu đường, nguy cơ nhiễm khuẩn và làm mỏng da. **4.5 Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác:** Methylprednisolon là cơ chất của enzym cytochrom P450 (CYP) và chủ yếu được chuyển hóa bởi enzym CYP3A4. Những tương tác thuốc phổ biến hoặc quan trọng về mặt lâm sàng với methylprednisolon. **Kháng khuẩn ISONIAZID:** CHẤT ỨC CHẾ CYP3A4. Ngoài ra, methylprednisolon có thể làm tăng tốc độ acetyl hóa và độ thanh thải của isoniazid. **Kháng sinh, Thuốc kháng lao RIFAMPIN:** Chất cảm ứng CYP3A4. **Thuốc chống đông (dạng uống):** Tác dụng của methylprednisolon trên thuốc chống đông đường uống có thể thay đổi. Đã có nhiều báo cáo về việc tăng hay giảm tác dụng của thuốc chống đông khi dùng chung với corticosteroid. Chính vì vậy, phải kiểm tra các chỉ số đông máu để duy trì tác dụng mong muốn của thuốc chống đông. **Thuốc chống co giật CARBAMAZEPIN:** Chất cảm ứng CYP3A4 (và là cơ chất). **Thuốc chống co giật PHENOBARBITAL, PHENYTOIN:** Chất cảm ứng CYP3A4. **Thuốc kháng cholinergic CHEN THẦN KINH CƠ:** Các corticosteroid có thể làm ảnh hưởng đến tác dụng của các thuốc kháng cholinergic. 1. Đã có báo cáo về bệnh cơ cấp tính khi sử dụng liều cao các corticosteroid đồng thời với các thuốc kháng cholinergic như các thuốc chẹn thần kinh cơ (Xem phần 4.4 Cảnh báo và thận trọng đặc biệt khi sử dụng, Cơ xương để có thêm thông tin). 2. Đã có báo cáo về tình đối kháng của tác dụng ức chế thần kinh cơ của pancuronium và vecuronium trên bệnh nhân dùng corticosteroid. Tương tác này có thể xảy ra với tất cả các chất chẹn thần kinh cơ có tính cạnh tranh. **Thuốc ức chế enzym cholinesterase:** Steroid có thể làm giảm các tác dụng của thuốc ức chế enzym cholinesterase dùng trong điều trị chứng nhược cơ. **Thuốc chống tiểu đường:** Vì corticosteroid có thể làm tăng nồng độ glucose trong máu, cần điều chỉnh liều lượng thuốc chống tiểu đường. **Thuốc chống nôn APREPITANT, FOSAPREPITANT:** Ức chế CYP3A4 (và là cơ chất). **Thuốc kháng nấm ITRACONAZOL, KETOCONAZOL:** Ức chế CYP3A4 (và là cơ chất). **Thuốc kháng virus Các thuốc ức chế HIV-protease:** Ức chế CYP3A4 (và là cơ chất). 1/ Các chất ức chế protease như là indinavir và ritonavir có thể làm tăng nồng độ corticosteroid trong huyết tương. 2/ Các corticosteroid có thể làm tăng sự chuyển hóa của các thuốc ức chế HIV –protease dẫn tới giảm nồng độ trong huyết tương. **Thuốc ức chế aromatase AMINOGLUTETHIMID:** Ức chế thượng thận do aminogluthethimid có thể làm trầm trọng thêm những thay đổi về nội tiết phát sinh từ liệu pháp glucocorticoid kéo dài. **Thuốc chẹn kênh Calci DILTIAZEM:** Ức chế CYP3A4 (và là cơ chất). **Thuốc tránh thai (dạng uống) ETHINYLESTRADIOL/ NORETHINDRON:** Ức chế CYP3A4 (và là cơ chất). **Nước ép bưởi:** Ức chế CYP3A4. **Thuốc ức chế miễn dịch CYCLOSPORIN:** Ức chế CYP3A4 (và là cơ chất). 1/ Khi dùng đồng thời cyclosporin với methylprednisolon thì xuất hiện sự ức chế chuyển hoá lẫn nhau; vì vậy, các tác dụng không mong muốn khi dùng riêng mỗi thuốc có thể sẽ dễ xảy ra hơn khi dùng đồng thời. 2/ Đã có báo cáo về hiện tượng co giật xảy ra khi dùng đồng thời methylprednisolon và cyclosporin. **Thuốc ức chế miễn dịch: CYCLOPHOSPHAMID, TACROLIMUS:** Cơ chất của CYP3A4. **Thuốc kháng sinh họ macrolid CLARITHROMYCIN, ERYTHROMYCIN:** Ức chế CYP3A4 (và là cơ chất). **Thuốc kháng sinh họ macrolid TROLEANDOMYCIN:** Ức chế CYP3A4. **Các NSAID (thuốc chống viêm không steroid) ASPIRIN (acetylsalicylic) liều cao:** 1/ Tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa và loét dạ dày có thể tăng khi dùng methylprednisolon cùng với các thuốc NSAID. 2/ Methylprednisolon có thể làm tăng độ thanh thải của aspirin liều cao, dẫn đến giảm nồng độ salicylat huyết thanh. **Thuốc làm giảm kali:** Khi sử dụng corticosteroid đồng thời với các loại thuốc làm giảm kali bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ sự xuất hiện của chúng hạ kali huyết. Nguy cơ hạ kali huyết cũng tăng khi sử dụng đồng thời corticosteroid với amphotericin B, các xanthine hoặc thuốc chủ vận beta 2. **4.6 Ảnh hưởng đến khả năng sinh sản, phụ nữ có thai và cho con bú: Khả năng sinh sản:** Các nghiên cứu trên động vật đã cho thấy là corticosteroid làm suy giảm khả năng sinh sản. **Phụ nữ có thai:** Một số nghiên cứu trên động vật cho thấy corticosteroid dùng cho mẹ với liều cao có thể gây quái thai. Tuy nhiên, có vẻ như corticosteroid không gây dị tật bẩm sinh khi dùng cho phụ nữ có thai. Vì chưa thực hiện đủ nghiên cứu về sinh sản ở người với methylprednisolone, nên thuốc này chỉ nên được sử dụng trong thai kỳ sau khi cần thiết thận trọng về mặt lợi ích-nguy cơ của người mẹ và thai nhi.Một số corticosteroid dễ dàng qua được nhau thai. Chưa biết tác dụng của corticosteroid với quá trình trở dạ và sinh con. Đục thủy tinh thể đã được quan sát thấy ở trẻ sơ sinh khi bà mẹ được điều trị kéo dài bằng corticosteroid trong khi mang thai. **Phụ nữ đang cho con bú:** Corticosteroid bài tiết được qua sữa mẹ. Sự phân bố của corticosteroid vào sữa mẹ có thể ức chế sự tăng trưởng và gây cản trở việc sản xuất glucocorticoid nội sinh ở trẻ đang bú. **4.7 Ảnh hưởng lên khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Ảnh hưởng của corticosteroid lên khả năng lái xe và vận hành máy móc chưa được đánh giá một cách có hệ thống. Các tác dụng không mong muốn như choáng váng, chóng mặt, rối loạn thị giác và mệt mỏi có thể xảy ra. **4.8 Tác dụng không mong muốn: Nhiễm trùng và nhiễm ký sinh**

trùng: Thường gặp: Nhiễm trùng (bao gồm tăng nguy cơ nhiễm và độ nặng của nhiễm trùng đồng thời che lấp các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng). **Không rõ:** Nhiễm trùng cơ hội; tái phát bệnh lao thể tiềm ẩn. **U lành tính, u ác tính và chưa xác định (bao gồm u nang và polyp):** **Không rõ:** U bướu thịt Kaposi. **Rối loạn máu và hệ bạch huyết:** **Không rõ:** Tăng bạch cầu. **Rối loạn hệ miễn dịch:** **Không rõ:** Phản ứng quá mẫn với thuốc (bao gồm phản ứng phản vệ và phản ứng dạng phản vệ); Ức chế phản ứng của xét nghiệm trên da. **Rối loạn nội tiết:** **Thường gặp:** Dạng hội chứng Cushing. **Không rõ:** Suy tuyến yên. **Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng:** **Thường gặp:** Ứ natri; Ứ dịch. **Không rõ:** Hạ kali máu do nhiễm kiềm; nhiễm toan chuyển hóa; giảm dung nạp glucose; tăng nhu cầu insulin hoặc các thuốc hạ đường huyết đường uống ở bệnh nhân đái tháo đường; Tăng cảm giác thèm ăn (có thể dẫn đến tăng cân). **Rối loạn tâm thần:** **Thường gặp:** Rối loạn cảm xúc (bao gồm tâm trạng trầm cảm và tâm trạng hưng cảm). **Không rõ:** Rối loạn tâm thần (bao gồm chứng điên cuồng, hoang tưởng, ảo giác, và tâm thần phân liệt [tăng nặng hơn]); hành vi tâm thần; rối loạn tình cảm (bao gồm cảm xúc không ổn định, phụ thuộc tâm lý, ý định tự tử); Rối loạn tâm thần; Thay đổi nhân cách; Tính khí thất thường; Trạng thái lú lẫn; Hành vi bất thường; Lo âu; Mất ngủ; Cáu gắt. **Rối loạn hệ thần kinh:** **Không rõ:** Co giật; Tăng áp lực nội sọ (kèm phù gai [tăng áp lực nội sọ lành tính]); Hay quên; Rối loạn nhận thức; Chóng mặt; Nhức đầu. **Rối loạn mắt:** **Thường gặp:** Đục thủy tinh thể dưới bao. **Không rõ:** Tăng nhãn áp; Lồi mắt; Mỏng giác mạc; Mỏng củng mạc. **Rối loạn tai và tai trong:** **Không rõ:** Chóng mặt. **Rối loạn tim:** **Không rõ:** Suy tim sung huyết (ở bệnh nhân có nguy cơ bị); Vỡ cơ tim sau nhồi máu cơ tim. **Rối loạn mạch:** **Thường gặp:** Cao huyết áp. **Không rõ:** Hạ huyết áp; Tắc động mạch. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** **Không rõ:** Nấc cụt. **Rối loạn tiêu hóa:** **Thường gặp:** Loét dạ dày (với khả năng thủng loét dạ dày và xuất huyết do loét dạ dày), **Không rõ:** Thủng ruột; Xuất huyết dạ dày; Viêm tụy; Viêm thực quản gây loét; Đau bụng; Viêm thực quản; Đau bụng; Tiêu chảy; Khó tiêu; Buồn nôn. **Rối loạn da và các mô dưới da:** **Thường gặp:** Teo da; Mụn trứng cá. **Không rõ:** Sung huyết; Phù mạch; Ngứa; Mày đay; Bầm máu; Đốm xuất huyết; Phát ban; Rậm lông; Tăng tiết mồ hôi; Vết trên da; Giãn mao mạch. **Rối loạn cơ xương và các mô liên kết:** **Thường gặp:** Yếu cơ; Chậm tăng trưởng. **Không rõ:** Gãy xương bệnh lý; Hoại tử xương; Teo cơ; Bệnh khớp do thần kinh; Bệnh cơ; Loãng xương; Đau khớp; Đau cơ. **Rối loạn hệ sinh sản và vú:** **Không rõ:** Kinh nguyệt không đều. **Rối loạn chung và rối loạn tại chỗ dùng thuốc:** **Thường gặp:** Chậm lành vết thương. **Không rõ:** Mệt mỏi; Khó chịu; Triệu chứng ngừng thuốc đột ngột – giảm liều corticosteroid quá nhanh sau điều trị kéo dài có thể dẫn đến suy thượng thận cấp, hạ huyết áp và tử vong (xem mục 4.4). "Triệu chứng ngừng thuốc" steroid, dường như không liên quan đến suy vỏ thượng thận, cũng có thể xảy ra sau khi ngừng sử dụng glucocorticoid đột ngột. **Các chỉ số xét nghiệm/kiểm tra:** **Thường gặp:** Giảm kali máu. **Không rõ:** Tăng áp lực nội nhãn; Giảm dung nạp carbonhydrat; tăng men alanin amino transferase; Tăng men aspartat aminotransferase; tăng alkaline phosphatase trong máu; Tăng canxi trong nước tiểu. **Các biến chứng do thủ thuật, chấn thương và ngộ độc:** **Không rõ:** Đứt gân (đặc biệt là gân Achilles); Gãy xương do ép cột sống. Thường gặp (≥1/100 đến <1/10); Ít gặp (≥1/1.000 đến <1/100); Hiếm gặp (≥1/10.000 đến <1/1.000); Không rõ (không ước tính được tần số từ dữ liệu hiện có). **4.9 Quá liều:** Không có triệu chứng lâm sàng với trường hợp quá liều corticosteroid cấp tính. Trong trường hợp quá liều, không có thuốc giải độc đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ và triệu chứng. Có thể thẩm tách methylprednisolon. **5. CÁC ĐẶC TÍNH ĐƯỢC LÝ HỌC: 5.1 Đặc tính được lực học:** Methylprednisolon là steroid có tác dụng kháng viêm mạnh. Hiệu lực tương đối của methylprednisolon ít nhất gấp khoảng 4 lần hydrocortison. **5.2 Đặc tính được động học:** Được động học của methylprednisolon tuyến tính, không phụ thuộc vào đường dùng. **Hấp thu:** Methylprednisolon được hấp thu nhanh và đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương khoảng 1,5 tới 2,3 giờ ở mọi liều lượng sau khi uống ở người lớn khỏe mạnh bình thường. Sinh khả dụng tuyệt đối của methylprednisolon trên người bình thường, khỏe mạnh nhìn chung cao (82% đến 89%) sau khi uống. **Phân bố:** Methylprednisolon phân bố rộng trong các mô, qua được hàng rào máu não và tiết vào trong sữa. Thể tích phân bố biểu kiến của thuốc là khoảng 1,4 L/kg. Methylprednisolon gắn với protein huyết tương người với tỷ lệ khoảng 77%. **Chuyển hóa:** Ở người, methylprednisolon được chuyển hóa ở gan thành các chất chuyển hóa bất hoạt. Quá trình chuyển hóa ở gan chủ yếu qua enzym CYP3A4. **Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác** methylprednisolon có thể là cơ chất cho protein vận chuyển p-glycoprotein phân họ ABC gắn ATP, ảnh hưởng đến sự phân bố trong mô và tương tác với các loại thuốc khác. **Thải trừ:** Nửa đời bán thải trung bình của methylprednisolon vào khoảng 1,8 đến 5,2 giờ. Tốc độ bài thải tổng thể là khoảng 5 đến 6mL/phút/kg. **6. ĐẶC TÍNH ĐƯỢC HỌC: 6.1 Các tá được:** Medrol 4mg: Lactose, tinh bột ngô, tinh bột ngô khô, sucrose, calci stearat. Medrol 16mg: Lactose, tinh bột ngô, sucrose, calci stearat, paraffin lỏng. **6.2 Tương kỵ:** Không áp dụng. **6.3 Thời hạn sử dụng:** Medrol 4mg: 36 tháng kể từ ngày sản xuất. Medrol 16mg: 24 tháng kể từ ngày sản xuất. **6.4 Bảo quản:** Bảo quản ở nhiệt độ dưới 30°C. **6.5 Đóng gói:** Medrol 4mg: Hộp 3 vi x 10 viên. Medrol 16mg: Hộp 3 vi x 10 viên. **Nhà sản xuất: Pfizer Italia S.r.l** Localita Marino del Tronto, 63100 Ascoli Piceno, Ý.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY

CN. Đỗ Thành Đô

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Thông khí nhân tạo (thở máy) là một trong các kỹ thuật HSCC cơ bản nhất, cứu sống được nhiều người bệnh nặng và nguy kịch. Tuy nhiên, cũng như nhiều kỹ thuật HSCC khác, nếu thở máy không đúng quy trình kỹ thuật, vận hành máy thở không đúng, theo dõi thở máy không tốt thì thở máy có thể gây ra nhiều biến chứng làm nặng thêm tình trạng người bệnh, kéo dài thời gian điều trị, thậm chí có thể gây tử vong.

Để đảm bảo thở máy an toàn và phát huy được hiệu quả cần thực hiện tốt các quy trình sau:

- Quản lý, bảo dưỡng, vệ sinh, khử khuẩn máy thở.
- Vận hành máy thở đúng quy trình kỹ thuật.
- Theo dõi, chăm sóc cho người bệnh thở máy.

Trong đó, để vận hành máy thở đúng kỹ thuật cần phải có chuẩn bị máy thở theo đúng quy trình, đúng kỹ thuật và chuẩn bị người bệnh. Tất cả những chuẩn bị đó giúp bảo đảm người bệnh được thông khí tốt với các thông số đã được cài đặt và đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh đầy đủ đúng quy cách tránh làm nặng suy hô hấp. Điều quan trọng nữa là chăm sóc: ống nội khí quản, mở khí quản, hút dịch phế quản, đờm dãi họng miệng và theo dõi người bệnh thở máy có đáp ứng tốt với máy thở hay không, sớm phát hiện những biến chứng của thở máy. Ngoài ra việc nhận định và xử lý một số báo động cũng là bước cần thiết trong việc chăm sóc người bệnh thở máy. Những điều này sẽ giúp người bệnh có tiến triển tốt về hô hấp và có khả năng cai thở máy.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

NURSING CARE FOR PATIENTS USING VENTILATOR

Do Thanh Do, BSc.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Ventilator is one of primary techniques to resuscitate and cure patients with severe and very severe condition. However, it is the same to other recovery and emergency techniques, if ventilator is not a right process or ventilator machine is operated incorrectly or monitoring ventilator is not exact, it will lead to many complications which make more severe condition to patients, extend the treatment time, even though will can lead to the dead of patients.

To ensure ventilator is safety and promote the effective, we need to perform processes exactly:

- Ventilator management, maintenance, cleaning, disinfection
- Operating ventilator rightly
- Monitoring, caring for patients using ventilator

In that, to operate ventilator in a right process need to be checked ventilator settings and modes, checked prescript exactly and checked the patient condition. All of preparations help to ensure suitable ventilator for patients with parameter are installed. Moreover, caring for patients with a intubation tube, opening trachea, and suction appropriately bronchial fluid, sputum and phlegm and another is monitoring patients using ventilator whether advanced respond or not to discover early complications of ventilator. The last which is assessing and then deal with some alarm, also is an important step in caring for patients using ventilator. If we perform all processes exactly, patients will be supported to improve and recover pulmonary condition and will wean ventilator appropriately.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRƯỚC VÀ SAU ĐẶT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

CN. Vũ Thị Hải Yến

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Mở màng phổi là kỹ thuật nhằm giải phóng khoang màng phổi do sự chèn ép của dịch hoặc khí trong khoang màng phổi bằng cách đặt ống dẫn lưu qua thành ngực. Quy trình phải đảm bảo bốn nguyên tắc: kín, vô khuẩn, một chiều và hút liên tục với áp lực điều khiển $> -20\text{cm H}_2\text{O}$ và $< -30\text{ cm H}_2\text{O}$.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Vai trò của điều dưỡng viên là rất quan trọng trong suốt quá trình từ chuẩn bị bệnh nhân, hồ sơ bệnh án, dụng cụ trước khi làm thủ thuật, phụ giúp bác sĩ và theo dõi bệnh nhân trong khi làm thủ thuật, theo dõi tình trạng bệnh nhân, tình trạng dịch/khí dẫn lưu sau khi làm thủ thuật.

Chuẩn bị trước khi làm thủ thuật: Cho người bệnh ký cam kết đồng ý làm thủ thuật, động viên người bệnh yên tâm và không để người bệnh quá đói khi làm thủ thuật, thuốc Xylocaine, atropine, thuốc giảm đau . Kiểm tra hồ sơ bệnh án với đầy đủ các xét nghiệm cần thiết (công thức máu, đông máu cơ bản), phim chụp phổi. Chuẩn bị dụng cụ: sonde dẫn lưu, bộ mở dẫn lưu màng phổi, hệ thống hút dẫn lưu, dây hút dẫn lưu, băng, gạc, cồn iod, cồn 700...

Phụ giúp bác sĩ đặt ống sode và nối với hệ thống hút: Theo dõi diễn biến bệnh nhân trong khi làm thủ thuật.

Theo dõi và chăm sóc sau khi làm thủ thuật: Tình trạng toàn thân người bệnh (mạch, huyết áp, tần số thở, có sốt hay không?); tình trạng chân dẫn lưu, thay băng nếu cần; theo dõi dẫn lưu (tình trạng lưu thông, lượng và tính chất của dịch/ khí được dẫn lưu ra), thay bình và dây dẫn lưu hàng ngày. Theo dõi các biến chứng sau mổ màng phổi. Rút dẫn lưu.

CARE SETTING BEFORE AND AFTER MALIGNANT PLEURAL EFFUSIONS

Vu Thi Hai Yen, BSc.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Pleural drainage tube placement is a technique which can help drain air, blood or fluid from the space surrounding your lungs, called pleural space and release the pressure to lungs. The process of chest tube insertion must be followed four principles: ensuring to be close, sterile, one direction and suction with the pressure less than -20 cm H₂O or less than -30 cm H₂O constantly.

Nursing role is very important during chest tube insertion which start from patient preparation, document preparation, instrument, assistant to insertion performant, monitoring patient status, pleural air/ fluid drainage status after chest tube insertion.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Preparation for pleural drainage tube insertion: require patients to write the commit, encourage patients and help them feel secure, and notice to avoid patients be hungry, prepare some medicines such as Xylocaine, atropine, reliever. Check for several important lab results (a complete blood count, a coagulation blood test), x-ray film. Instrument preparation: catheter, sterile, drainage system, tube suction, gauze, sterile towel, Alcohol 70 percent, iodine alcohol...

Assistant to insertion performant and connect drainage system: monitoring the complications occur during pleural drainage tube placement.

Monitor and take care of patients after chest tube insertion: assess vital signs (pulse, blood pressure, respiratory rate, temperature), drainage tube status, change dressing when need, monitor pleural drainage tube (a stream flow, the quantity and quality of drainage fluid/ air, change drainage bottle every day). Nurses need to monitor the complications of chest tube insertion. Removing the chest tube.

SỬ DỤNG KHÁNG SINH HỢP LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI DẪN TRÊN DƯỢC ĐỘNG HỌC/DƯỢC LỰC HỌC

PGS.TS.DS. Nguyễn Hoàng Anh

Trường Đại học Dược Hà Nội

Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc, trường Đại học Dược Hà nội; Đơn vị Dược lâm sàng - Thông tin thuốc, Khoa Dược, bệnh viện Bạch Mai.

Dịch tễ kháng thuốc trong nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính (bao gồm viêm phổi nhập viện, viêm phổi bệnh viện/viêm phổi thở máy) có xu hướng diễn biến phức tạp với sự gia tăng của các vi khuẩn giảm nhạy cảm, VK Gram âm đa kháng và MRSA. Thêm vào đó, thay đổi sinh lý bệnh ở bệnh nhân nặng có ảnh hưởng lớn đến Dược động học kháng sinh (thay đổi thể tích phân bố, thanh thải, khả năng thấm của kháng sinh vào mô nhiễm trùng) làm giảm hiệu quả điều trị kháng sinh và gia tăng nguy cơ xuất hiện đột biến kháng thuốc. Trong bối cảnh đó, việc áp dụng các nguyên tắc PK/PD trong lựa chọn và tối ưu chế độ liều của kháng sinh bao gồm cân nhắc liều nạp, ưu tiên sử dụng liều cao, chế độ liều truyền

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

liên tục/kéo dài hoặc rút ngắn khoảng cách giữa các lần đưa thuốc 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.

USING PK/PD TO OPTIMIZE ANTIMICROBIAL THERAPY IN LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS

Assoc Prof. Nguyen Hoang Anh, PharmD., PhD.

Hanoi Pharmaceutical University

The National Center for Drug Information and Adverse Drug Reactions Monitoring, Hanoi University of Pharmacy and Clinical Pharmacy/Drug Information Unit, Department of Pharmacy, Bachmai Hospital

Epidemiology of antimicrobial resistance in acute lower respiratory infections (hospitalized pneumonia, hospital acquired pneumonia) varied complicatedly with the emergence of reduced susceptibility and multidrug resistant bacteria. In addition, physiopathological alterations in critically ill patients have a great impact on antimicrobial pharmacokinetics (volume of distribution, clearance), consequently may reduce the efficacy and promote emergence of resistance. In this context, considering PK/PD principles, susceptibility testing, local epidemiological data in antimicrobial selection and dosage tailoring in empirical and directed therapy (in taking into account of the loading dose, high dosage at initial treatment, continuous/extended infusion, TDM) could help optimize clinical outcomes.

VAI TRÒ CỦA CÁC THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN THUỐC LÁ

ThS. Phạm Thị Lệ Quyên

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Sử dụng thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong có thể phòng ngừa được. Việc cai thuốc lá càng sớm sẽ giúp giảm gánh nặng bệnh tật và tử vong do thuốc lá gây ra. Các can thiệp điều trị cai nghiện thuốc lá có hiệu quả hiện nay gồm có: các can thiệp tư vấn thay đổi hành vi và các thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá. Việc kết hợp

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

cả tư vấn và dùng thuốc sẽ giúp tăng hiệu quả cai thuốc cao hơn. Ba loại thuốc được khuyến cáo lựa chọn hàng đầu trong điều trị cai thuốc lá hiện nay bao gồm: liệu pháp nicotine thay thế (NRT), bupropion và varenicline. Các chế phẩm nicotine thay thế bao gồm các dạng tác dụng kéo dài như miếng dán, và các dạng tác dụng ngắn như dạng viên nhai, viên ngậm, dạng hít, và dạng xịt mũi. Kết quả nghiên cứu cho thấy nicotine giúp tăng tỷ lệ cai thuốc 50% đến 60% so với giả dược. NRT không làm tăng nguy cơ tim mạch và an toàn ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch. Bupropion là một thuốc chống trầm cảm ở dạng phóng thích kéo dài (SR bupropion) có hiệu quả tăng tỷ lệ cai thuốc lá và có thể kết hợp với nicotine dạng miếng dán trong điều trị cai thuốc lá. Bupropion được dung nạp tốt, ngoại trừ tác dụng phụ của thuốc làm giảm ngưỡng co giật nên chống chỉ định ở những bệnh nhân bị rối loạn co giật. Varenicline cũng cải thiện đáng kể tỷ lệ thành công cai thuốc. Những bằng chứng mới đây nhất cho thấy varenicline không có liên quan với tăng nguy cơ rối loạn tâm thần kinh và các biến cố tim mạch. Như vậy các thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá (NRT, bupropion, hoặc varenicline) là một phần quan trọng trong điều trị cai nghiện thuốc lá, giúp tăng hiệu quả cai thuốc, được khuyến cáo dùng kết hợp với các chương trình can thiệp hành vi cho mọi đối tượng hút thuốc lá muốn cai thuốc trừ khi có chống chỉ định.

TỐI ƯU CHẾ ĐỘ ĐIỀU CEFTAZIDIM CHO BỆNH NHÂN MẮC ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN THÔNG QUA MÔ PHỎNG DƯỢC ĐỘNG HỌC/DƯỢC LỰC HỌC

BS. Nguyễn Thu Minh

Khoa Dược, Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu: Mô hình hoá dược động học quần thể và mô phỏng dược động học/ dược lực học (PK/PD) để xác định chế độ liều điều trị phù hợp của ceftazidim đạt mục tiêu PK/PD (thông qua tỉ lệ thời gian nồng độ thuốc trên nồng độ tối thiểu ức chế vi khuẩn, $fT > MIC$) trên bệnh nhân mắc đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT).

Đối tượng: Bệnh nhân được điều trị ceftazidim trong đợt cấp BPTNMT tại trung tâm Hô hấp bệnh viện Bạch Mai.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Phương pháp: Bệnh nhân được lấy máu tại hai thời điểm (Cđỉnh và Cđáy) và định lượng ceftazidim bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao. Mô hình dược động học quần thể được xây dựng và thẩm định bằng phần mềm MONOLIX2019R1 và chế độ liều được mô phỏng Monte Carlo để xác định khả năng đạt đích PK/PD.

Kết quả: Mô hình dược động học quần thể phù hợp là mô hình 1 ngăn, độ thanh thải (CL) và thể tích phân bố (V) ước tính từ mô hình lần lượt là 8,81 L/h và 23,9 L. Kết quả mô phỏng cho thấy với chế độ truyền quãng ngắn 0,5 giờ, khả năng đạt mục tiêu 60% $fT > MIC$ và 100% $fT > MIC$ giảm dần khi giảm liều từ 3g xuống 1g và giãn khoảng cách đưa thuốc từ 8 giờ sang 12 giờ. Khi truyền liên tục 3 g/ngày và 6 g/ngày đảm bảo đạt đích 100% $fT > MIC$ tương ứng với $MIC \leq 8$ mg/L và $MIC \leq 16$ mg/L. Trên cùng một mức liều, khả năng đạt đích PK/PD cao nhất với truyền liên tục sau đó đến truyền kéo dài trong 3 giờ và thấp nhất với truyền ngắt quãng trong 0,5 giờ.

Kết luận: Chế độ liều cao hoặc rút ngắn khoảng cách đưa thuốc bằng cách chia nhỏ liều làm tăng khả năng đạt mục tiêu PK/PD của ceftazidim với các vi khuẩn có $MIC \leq 8$ mg/L. Truyền liên tục giúp đạt 100% $fT > MIC$ ngay cả với MIC of 16mg/L.

OPTIMIZE DOSING REGIMEN FOR CEFTAZIDIME ON ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES PATIENTS: POPULATION PHARMACOKINETIC AND SIMULATION

Nguyen Thu Minh, MD.

Pharmacy Department, Bach Mai Hospital

Objectives: To perform population pharmacokinetic (PopPK) modelling of ceftazidime on patient with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary diseases (AECOPD) and optimizing the dose using pharmacokinetics/ pharmacodynamics (PK/PD) simulation.

Subjects: Patients using ceftazidime for AECOPD in the Respiratory Center, Bach Mai hospital.

Methods: Blood samples were collected at 2 time points (Cpeak and Ctrough) and ceftazidime was quantification using high-performance liquid chromatography. PopPK modeling and simulation were conducted using MONOLIX2019R1 and Simlux.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Results: PopPK modelling using data of 50 patients showed that 1-compartment model was appropriate with estimated clearance of 8,81 L/h and apparent distribution volume of 23,9 L. The simulation suggested that with intermittent infusion in 0.5h, the probability to attain 60% fT> MIC or 100% fT> MIC was decreased while decrease the dose from 3g to 1g and extend dose interval from 8 to 12 hour. Continuous infusion with daily dose of 3g and 6g enabled the attaining of 100% fT> MIC with MIC $\leq$ 8 mg/L and MIC $\leq$ 16 m/L, respectively. With the same dose, the ability to achieve PK/PD target was highest with continuous infusion, followed by prolonged infusion over 3 hours and lowest with intermittent infusion for 0.5 hours.

Conclusions: Increase dose or shorten the dose interval enable higher PK/PD target attainment for bacteria with MIC $\leq$ 8 mg/L. Continuous infusion enable to obtain 100% fT> MIC even with MIC of 16 mg/L.

NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ TRONG BỆNH HEN VÀ COPD

GS.TSKH.BS. Dương Quý Sỹ

Trường CDYT Lâm Đồng và Đại học Y khoa Penn State

Tỷ lệ mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) được ước tính là 14% nam giới và 5% phụ nữ. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân mắc các bệnh đường hô hấp mãn tính như hen hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), tỷ lệ mắc OSA cao hơn. Bệnh nhân hen và COPD chia sẻ một số triệu chứng tương tự (chồng lấp) trong khi ngủ với OSA như là rối loạn giấc ngủ, thiếu oxy trong khi ngủ và khó thở hoặc thức giấc giữa đêm; điều đó làm cho việc chẩn đoán - điều trị hen và COPD trở nên khó khăn hơn. Chẩn đoán OSA ở bệnh nhân hen hoặc COPD chủ yếu dựa vào các thăm dò khách quan như đa ký giấc ngủ hoặc đa ký hô hấp cho những bệnh nhân có triệu chứng gợi ý OSA. Tương tự như với dân số nói chung, chẩn đoán OSA ở bệnh nhân hen hoặc COPD phải được xác định bằng chỉ số ngưng thở (AHI) >5 lần/giờ và >30 lần/giờ đối với bệnh OSA nặng. Về điều trị, bệnh nhân OSA bị hen hoặc COPD cũng có thể thực hiện các liệu pháp điều trị bảo tồn để

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

giảm mức độ nghiêm trọng của OSA; đặc biệt là người bệnh phải được điều trị tối ưu cho bệnh hen và COPD. Ngoài những cân nhắc nêu trên, quyết định điều trị OSA bằng máy thở máy áp lực dương liên tục (CPAP) nên bao gồm việc thảo luận với bệnh nhân về khả năng giảm các triệu chứng, giảm những đợt kịch phát (hen và COPD), giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch và cũng nên được thảo luận bởi các bác sĩ chuyên khoa hô hấp và giấc ngủ.

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN ASTHMA AND COPD

Prof. Duong Quy Sy, MD., PhD.

Lam Dong Medical College and Penn State University of Medicine

The prevalence of obstructive sleep apnea (OSA) has been estimated to be 14% of men and 5% of women. However, in patients with chronic airway diseases such as asthma or chronic obstructive pulmonary diseases (COPD), the prevalence of OSA is higher. Patients with asthma and COPD share some similar symptoms (overlap) during sleep with OSA such as sleep disturbance, hypoxia during sleep, and dyspnea or wake up at night; and that makes the diagnosis and treatment of asthma and COPD more difficulty. The diagnosis of OSA in patients with asthma or COPD is based mainly on an objective testing including polysomnography or respiratory polygraphy for patients with suggested symptoms of OSA. As the same with general population, the diagnosis of OSA in patients with asthma or COPD should be confirmed by apnea-hypopnea index (AHI) >5 events/h and >30 events/h for severe OSA. For treatment, OSA patients with asthma or COPD may also benefit from conservative measures to reduce OSA severity; especially, they should have an optimal treatment for asthma and COPD. Beyond these considerations, the decision to start treatment for OSA with continuous positive airway pressure (CPAP) should include a discussion with the patient about the potential for alleviation of symptoms, disease exacerbation (asthma and COPD), and comorbid cardiovascular risk reduction, and should be discussed between pulmonologists and sleep physicians.



KLACID®

Clarithromycin



LỰA CHỌN HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP (1,2,3)



INFLUVAC®

Vắc-xin ngừa cúm tiểu đơn vị, kháng nguyên bề mặt, bất hoạt

- ☑ Không chứa chất bảo quản Thiomersal
- ☑ Bơm kim tiêm dài đóng sẵn, dung tích 1ml



BƠM KIM TIÊM DÀI ĐÓNG SẴN
DUNG TÍCH 1 ml
**VẮC-XIN NGỪA CÚM
TIỂU ĐƠN VỊ**
KHÔNG CHỨA
CHẤT BẢO QUẢN THIOMERSAL

Thông tin chi tiết sản phẩm ở trang 2.

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược: 0176/16/QLD-TT, cấp ngày 18/08/2016.

Ngày in tài liệu: 25/09/2016

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

TIẾP CẬN XỬ TRÍ HỘI CHỨNG BÉO PHÌ GIẢM THÔNG KHÍ CHÔNG LẮP NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ

TS.BS. Lê Khắc Bảo

Đại học Y Dược TPHCM

Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Phòng khám hô hấp Phổi Việt

Hội chứng béo phì giảm thông khí OHS định nghĩa là sự kết hợp béo phì ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) và $PaCO_2$ lúc thức $\geq 45 \text{ mmHg}$ mà không có nguyên nhân khác giải thích tình trạng giảm thông khí. OHS chồng lấn OSA trong 90%. Giảm thông khí khi ngủ được chẩn đoán theo khi $PaCO_2$ /chỉ số thay thế (CO_2 cuối khí lưu thông, CO_2 xuyên da) khi ngủ $> 55 \text{ mmHg}$; hay $> 50 \text{ mmHg}$ kèm tăng $> 10 \text{ mmHg}$ so lúc thức trong hơn 10 phút, hoặc $SpO_2 < 88\%$ kéo dài không do ngưng/ giảm thở tắc nghẽn khi ngủ. OHS là gánh nặng y tế khi tần suất béo phì gia tăng trong cộng đồng. Bệnh nhân OHS dùng nguồn lực y tế nhiều hơn bệnh nhân béo phì đơn thuần vì nhiều bệnh đi kèm: viêm mô tế bào, hội chứng ống cổ tay, đái tháo đường type 2, suy tim ứ huyết, COPD và viêm khớp gối. Tăng kháng lực đường hô hấp trên, giảm đàn hồi hệ thống hô hấp, bất xứng V/Q do phù phổi, thể tích phổi nhỏ/ xẹp phổi, trung tâm hô hấp giảm đáp ứng với giảm PaO_2 và tăng $PaCO_2$ là các cơ chế giảm thông khí trong OHS. $PaCO_2$ lúc thức $> 45 \text{ mmHg}$ cho phép chẩn đoán OHS sau khi loại trừ các nguyên nhân khác gây tăng $PaCO_2$. SpO_2 lúc thức $< 90\%$ trên bệnh nhân béo phì và/hoặc OSA gợi ý OHS vì cả béo phì và OSA đều không gây giảm SpO_2 khi thức. Điều trị OHS gồm thở áp lực dương khi ngủ (thường là BiPAP) nhằm đảo ngược các biến cố hô hấp (OSA và giảm thông khí không tắc nghẽn), giảm cân và dùng thuốc kích thích hô hấp như Medroxyprogesterone.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

APPROACH TO MANAGEMENT OF OBESITY HYPOVENTILATION SYNDROME (OHS) OVERLAPPED WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (OSA)

Le Khac Bao, MD., PhD.

University of Medicine and Pharmacy

Gia Dinh People Hospital

Phoi Viet Respiratory Clinics

Obesity Hypoventilation Syndrome (OHS) is defined as a combination of obesity ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) and awake daytime $\text{PaCO}_2 \geq 45 \text{ mmHg}$ in the absence of an alternative neuro-muscular, mechanical, or metabolic explanation for hypoventilation. OHS is often overlapped with OSA in 90% cases. Nocturnal hypoventilation is diagnosed by the criteria: PaCO_2 during sleep or its surrogates (end tidal CO_2 , transcutaneous CO_2) is above 55mmHg for more than 10 minutes or there is an increase in PaCO_2 above 10 mmHg (compared to awake PaCO_2) to a value exceeding 50 mmHg for more than 10 minutes, or sustained $\text{SpO}_2 \leq 88\%$ without obstructive respiratory events during sleep. OHS is severe health burden at the increasing prevalence of obesity in the community. Patients with OHS utilize healthcare resources more than obese patients without OHS because patients with OHS often have multiple comorbidities such as cellulitis, carpal tunnel syndrome, type 2 diabetes, congestive heart failure, COPD, and arthritis of the knee. Increased upper airway resistance, decreased respiratory system compliance, ventilation-perfusion mismatching secondary to pulmonary edema or low lung volumes/atelectasis, and more importantly, impaired central response to hypoxia and hypercapnia are mechanisms for hypoventilation in OHS. Blood gases at wakefulness allows to confirm OHS with $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ after the exclusion of other causes of increased PaCO_2 . Awake $\text{SpO}_2 < 90\%$ on obese patients with OSA should raise suspicion for the presence of OHS because both OSA and obesity alone do not often accompany with oxygen desaturation. Management of OHS includes positive airway pressures (PAP) during sleep (usually BiPAP) to reverse sleep breath disorders (OSA and nonobstructive sleep hypoventilation), weight reduction, and possibly respiratory stimulants such as Medroxyprogesterone.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

NGỪNG THỞ KHI NGỦ VÀ BỆNH LÝ TIM MẠCH

PGS.TS. Vũ Văn Giáp

PGĐ Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Tổng thư ký Hội Hô hấp Việt Nam

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (Obstructive sleep apnea - OSA) là rối loạn hô hấp được đặc trưng bởi các cơn ngưng thở hoặc giảm thở lặp đi lặp lại do tắc nghẽn đường hô hấp trên trong khi ngủ mặc dù người bệnh vẫn có gắng sức hô hấp. Sự thay đổi về huyết động, hệ thống thần kinh tự động, phản ứng viêm và chuyển hóa bất thường là căn nguyên sinh bệnh học của bệnh tim mạch đồng mắc và biến chứng tim mạch xảy ra ở bệnh nhân OSA.

Tăng huyết áp: Tăng huyết áp thường gặp ở bệnh nhân OSA, nghiên cứu cho thấy OSA có thể là nguyên nhân gây tăng huyết áp và tăng huyết áp kháng với điều trị ở bệnh nhân mắc OSA. Nếu bệnh nhân OSA được điều trị và quản lý tốt có thể làm giảm huyết áp và cải thiện kiểm soát huyết áp.

Bệnh mạch vành: Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy bệnh nhân OSA mức độ nặng có nguy cơ cao xuất hiện biến cố bệnh lý mạch vành, không phụ thuộc vào béo phì và các yếu tố nguy cơ chung khác, và OSA là một yếu tố nguy cơ dẫn đến biến chứng nặng hơn đối với bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh mạch vành trước đó.

Rối loạn nhịp tim: Bệnh nhân OSA có tỷ lệ mắc rối loạn nhịp tim, khoảng QT kéo dài và rung nhĩ (AF) cao hơn so với nhóm không mắc OSA hoặc bệnh nhân OSA đã được điều trị và kiểm soát tốt.

Suy tim: Rối loạn hô hấp khi ngủ khá phổ biến ở bệnh nhân suy tim, tần xuất có thể gặp ở 50-75%, bao gồm OSA và ngưng thở trung ương (central sleep apnea- CSA), tuy nhiên thường không được chẩn đoán và điều trị.

Kết luận: bằng chứng nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa OSA và các bệnh lý tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim và suy tim. Mặc dù hầu hết các nghiên cứu cho thấy OSA là yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập với thừa cân, béo phì nhưng không phải lúc nào cũng rõ ràng. Điều trị quản lý tốt OSA bằng thở máy áp lực đường thở dương liên tục (CPAP) có thể giúp cải thiện kết quả điều trị bệnh lý tim mạch.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ VÀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH

ThS.BS. Lê Thị Ba

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) và hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) là hai bệnh phổ biến thường gặp (tỷ lệ khoảng 10% với COPD và 4% đối với OSA). Các nghiên cứu chỉ ra rằng có sự liên quan ngẫu nhiên giữa COPD và OSA còn gọi là hội chứng chồng lấp. Thuốc lá là yếu tố nguy cơ của COPD và cũng là yếu tố nguy cơ của ngáy nhưng không phải là yếu tố nguy cơ của OSA. COPD làm giảm chất lượng giấc ngủ nhưng không gây ra buồn ngủ ban ngày quá mức. Giấc ngủ nghịch thường làm nặng lên rối loạn trao đổi khí ở bệnh nhân COPD. Triệu chứng lâm sàng của hội chứng chồng lấp giữa COPD và OSA là khó thở khi gắng sức, ho khạc đờm, buồn ngủ ban ngày,... Chức năng hô hấp cần được thực hiện ở những bệnh nhân OSA có hút thuốc lá, khó thở khi gắng sức. Đo đa kí giấc ngủ cần được thực hiện ở những bệnh nhân COPD nghi ngờ OSA, không phù hợp giữa lâm sàng và giai đoạn COPD. Điều trị hội chứng chồng lấp giữa COPD và SAOS là thở máy, oxy dài hạn tại nhà khi có suy hô hấp.

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME (OSAS) AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COPD

Le Thi Ba, MD., MSc.

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and obstructive sleep apnea syndrome (OSA) are both highly prevalent (about 10% for COPD and 4% for OSA). Studies show that there is a random association both COPD and OSA, also called overlap syndrome. Smoking is a risk factor for COPD and is also a risk factor of snoring but not for OSA. COPD reduces sleep quality but does not cause excessive daytime sleepiness. Reverse sleep often aggravates gas exchange disorders in patients with COPD. Clinical symptoms of overlap syndrome are effort dyspnea, coughing up sputum, daytime sleepiness, ... Functionnel respiratory tests should be realised in population of smockers with OSA and effort dyspnea. Polysomnography should be performed in COPD patients with suspected OSA with an inconsistent between clinical and COPD stage. Overlap syndrome treatment is mechanical ventilation, and long-term oxygen when there is chronical respiratory failure.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

QUẢN LÝ HEN Ở BỆNH NHÂN THAI SẢN

ThS.BS. Nguyễn Như Vinh

Khoa Thăm dò chức năng hô hấp - BV. Đại học Y dược Tp.HCM

Hen và thai kỳ có thể tác động qua lại lẫn nhau qua nhiều cơ chế sinh bệnh học khác nhau. Thai kỳ có thể làm hen nặng thêm nhưng cũng có thể làm hen nhẹ hơn. Khi mang thai, 1/3 trường hợp hen sẽ nặng hơn, 1/3 trường hợp hen nhẹ hơn và 1/3 trường hợp hen sẽ không thay so với trước khi có thai. Những trường hợp bệnh trở nặng hơn hay xảy ra vào tháng thứ 6, 7 của thai kỳ tuy nhiên sẽ nhẹ dần vào những tuần lễ cuối và cơn hen cấp hiểm khi xảy ra trong quá trình chuyển dạ. Hen sẽ tác động xấu đến sức khỏe cả mẹ lẫn con nếu như không được kiểm soát tốt. Các nguy cơ ở mẹ như tiền sản giật, xuất huyết âm đạo bất thường, sinh non hay nhẹ hơn là làm tăng tình trạng nôn nghén. Các nguy cơ đối với thai nhi gồm giảm oxy từ mẹ đến nuôi bào thai gây chậm phát triển bào thai, sinh non, sinh nhẹ ký hoặc tăng tử vong chu sinh. Thuốc điều trị hen đa số là an toàn trong thai kỳ nên lợi ích của việc kiểm soát hen tốt bằng thuốc cao hơn nhiều so với tác dụng phụ do thuốc đem lại cho cả mẹ và con. Do vậy, kiểm soát hen tốt ở phụ nữ có thai là một mục tiêu cần đạt được và điều này đã được chứng minh đem lại nhiều lợi ích cho sức khỏe cả mẹ và con.

ASTHMA MANAGEMENT IN PREGNANT WOMEN

Nguyen Nhu Vinh, MD., MSc.

Department of Respiratory Functional Exploration - University Medical Center

Asthma and pregnancy can interact with each other by many pathophysiologic mechanisms. Asthma may improve, worsen, or remain unchanged in severity during pregnancy with estimated rate of one-third for each group. Asthma events or loss of control occur primarily between 6th and 7th months gestation. Asthma symptoms or level of asthma control usually improve at some last weeks of gestation and asthma exacerbation rarely occur during delivering. Several studies showed that uncontrolled asthma increases perinatal risks while controlled asthma reduces these risks. The mother's risks are preeclampsia, uterine hemorrhage, preterm labor or increased morning sickness. Baby's risks are prematurity, low birth weight due to impair fetal oxygenation and increased perinatal mortality.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Most medications for asthma have good safety profiles in pregnant women, therefore, the benefit of using these drugs outweigh the risks. Maintaining good asthma control during pregnancy is a must-be-achieved objective in asthma management in this group of patients which was proved to provide health benefit for both mother and baby.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MẬT ĐỘ XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP DEXA Ở BỆNH NHÂN COPD TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

PGS.TS. Phạm Kim Liên

Phó trưởng Bộ môn Nội, trường ĐHYD Thái Nguyên

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh thường gặp, có nhiều bệnh đồng mắc. Loãng xương là một trong số các bệnh đồng mắc thường gặp gây giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nghiên cứu 103 bệnh nhân COPD tại Bệnh viện trung Ương Thái nguyên tuổi trung bình $68,5 \pm 7,8$; có 75,7% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá với số bao - năm trung bình là $22,18 \pm 15,5$, Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,15 \pm 2,54$, thời gian mắc bệnh dài nhất là 12 năm. Trong đó nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (50,5%), tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm C và D lần lượt là 43,7% và 37,9%; nhóm A và B lần lượt là 1,9 % và 16,5%. Có 20,4% bệnh nhân sử dụng corticoid toàn thân kéo dài. Tất cả bệnh nhân được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA cho kết quả: tại cột sống thắt lưng tỷ lệ loãng xương 57,3%, tỷ lệ giảm mật độ xương 38,8%. Tại cổ xương đùi tỷ lệ loãng xương 23,3%, tỷ lệ giảm mật độ xương 39,8%. Tỷ lệ loãng xương chung chiếm 57,3%, tỷ lệ giảm mật độ xương là 37,8%. Ở nhóm dùng corticoid toàn thân kéo dài tỷ lệ loãng xương cao hơn ở nhóm không dùng corticoid kéo dài (62,7% so với 37,3%). Có mối liên quan giữa loãng xương với số lượng thuốc lá bệnh nhân hút, bệnh nhân COPD nhóm C và D có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với nhóm A và B (83,1 % so với 16,9%). Không có mối liên quan giữa loãng xương với thời gian mắc bệnh, BMI, số đợt cấp trong 12 tháng trước, mức độ tắc nghẽn.

Kết luận: Trong 103 bệnh nhân COPD điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được đo mật độ xương có 53,3,% có loãng xương, tỷ lệ loãng xương liên quan với mức độ hút thuốc lá, với mức độ bệnh và việc sử dụng corticoid toàn thân kéo dài.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

STUDY ON CHARACTERISTICS OF BONE DENSITY BY DEXA METHOD IN COPD PATIENTS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Assoc Prof. Pham Kim Lien, PhD.

Deputy - Head Discipline of Internal Medicine

Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

Chronic obstructive pulmonary disease is a common disease with many co-morbidities. Osteoporosis is one of the common co-morbidities that reduces the quality of life of patients. The study of 103 COPD patients at the Thai Nguyen Central Hospital averaged 68.5 ± 7.8 ; 75.7% of patients with a history of smoking with sacks - average years are 22.18 ± 15.5 . The average duration of disease is 5.15 ± 2.54 , the longest duration of illness is 12 years. In which, the group of patients with the disease duration from 5 to 10 years accounted for the highest proportion (50.5%), the proportion of patients in groups C and D was 43.7% and 37.9% respectively; Groups A and B are 1.9% and 16.5% respectively. 20.4% of patients used prolonged systemic steroids.

All patients measured bone density by DEXA method showed: at lumbar spine, osteoporosis rate 57.3%, bone density reduction rate was 38.8%. In the femoral neck, the rate of osteoporosis was 23.3%, the rate of bone density decreased by 39.8%. The rate of general osteoporosis accounted for 57.3%, the rate of bone density reduction was 37.8%. In the prolonged systemic corticoid group, the rate of osteoporosis was higher in the group without prolonged corticosteroids (62.7% versus 37.3%). There is an association between osteoporosis and the number of cigarettes smoked by patients, patients with COPD group C and D have higher rates of osteoporosis compared with group A and B (83.1% compared with 16.9%). There was no association between osteoporosis with duration of disease, BMI, number of exacerbations in the previous 12 months, level of congestion.

Conclusions: The study on 103 COPD patients treated in inpatient at Thai Nguyen Central Hospital, bone density was measured at 53.3,% with osteoporosis, the rate of osteoporosis associated with smoking levels, to the extent disease and prolonged systemic use of corticosteroids.

Tài liệu dành cho công chúng

AERIUS[®]

DESLO RATADINE

HIỆU QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ
TRIỆU CHỨNG VIÊM MŨI DỊ ỨNG⁽¹⁾



NGỨA MŨI



NGHỆT MŨI



NGỨA MẮT



CHẢY NƯỚC MŨI

THÔNG TIN SẢN PHẨM

MÔ TẢ: Aeries viên nén là viên dập nổi hình tròn, màu xanh nhạt, mỗi viên chứa 5mg desloratadine. **THÀNH PHẦN:** Mỗi viên nén Aeries chứa 5mg desloratadine.

CHỈ ĐỊNH: Aeries được chỉ định để giảm nhanh các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng, như hắt hơi, sổ mũi và ngứa mũi, sung huyết/nghẹt mũi, cũng như ngứa, chảy nước mắt và đỏ mắt, ngứa họng và ho. Aeries cũng được chỉ định để giảm nhanh các triệu chứng liên quan đến mày đay như ngứa, giảm kích cỡ và số lượng ban. **ĐƯỢC LỰC HỌC:** Desloratadine ức chế chọn lọc thụ thể histamine H₁ ngoại biên do thuốc hoàn toàn không thấm vào hệ thần kinh trung ương. Với liều điều trị 5 mg/ngày, tỷ lệ buồn ngủ không cao hơn so với giả dược (placebo). Trong các thử nghiệm lâm sàng sử dụng Aeries viên nén với liều lượng 7,5mg/ngày không thấy có ảnh hưởng đến hoạt động tâm thần vận động.

ĐƯỢC ĐỘNG HỌC: Có thể định lượng được nồng độ huyết tương của desloratadine trong vòng 30 phút dùng desloratadine. Desloratadine được hấp thu tốt với nồng độ tối đa đạt được sau khoảng 3 giờ, thời gian bán thải giai đoạn cuối khoảng 27 giờ. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** Người lớn và thanh thiếu niên (≥ 12 tuổi): Một viên nén bao film Aeries 5mg, uống 1 lần/ngày uống cùng hoặc không cùng bữa ăn, để giảm các triệu chứng liên quan đến viêm mũi dị ứng (bao gồm viêm mũi dị ứng không liên tục và viêm mũi dị ứng kéo dài) và mày đay. Chỉ dùng đường uống. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Không quan sát thấy tương tác có ý nghĩa lâm sàng với Aeries viên nén trong các thử nghiệm lâm sàng. Thức ăn và nước bừa không ảnh hưởng đến động lực học của desloratadine. Uống Aeries cùng với rượu không làm tăng nguy cơ suy giảm hành vi của rượu. (Xem đặc tính dược lực học). **TÁC DỤNG BẤT LỢI:** Trong những thử nghiệm lâm sàng với các chỉ định về viêm mũi dị ứng và mày đay tự phát mạn tính, với liều đề nghị 5mg/ngày. Những tác

dụng bất lợi thường gặp nhất với tần suất cao hơn placebo là mệt mỏi (1,2%), khô miệng (0,8%), và nhức đầu (0,6%). Trong quá trình lưu hành desloratadine trên thị trường, rất hiếm có báo cáo về phản ứng quá mẫn (kể cả phản vệ và phát ban), nhanh nhịp tim, đánh trống ngực, tăng hoạt động tâm thần vận động, cơn động kinh, tăng các men gan, viêm gan và tăng bilirubin.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Quá mẫn với hoạt chất hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc. **THẬN TRỌNG:** Chưa đánh giá tính an toàn và hiệu quả của Aeries viên nén ở trẻ dưới 12 tuổi. **ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC:** Không quan sát thấy ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. (Xem đặc tính dược lực học). **THAI KỲ VÀ CHO CON BÚ:** Do chưa có dữ liệu lâm sàng về việc sử dụng desloratadine trong thai kỳ nên chưa xác định được tính an toàn của Aeries trong thời kỳ mang thai. Không sử dụng Aeries trong thai kỳ trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. Không dùng Aeries cho phụ nữ cho con bú do desloratadine được tiết vào sữa mẹ. **QUÁ LIỀU:** Khi có quá liều, cần nhắc dùng các biện pháp chuẩn để loại bỏ phần hoạt chất chưa được hấp thu. Nên điều trị triệu chứng và điều trị nâng đỡ. Trên một nghiên cứu lâm sàng đa liều ở người lớn và thanh thiếu niên sử dụng desloratadine lên đến 45mg (cao gấp 9 lần liều lâm sàng) đã không quan sát thấy biểu hiện lâm sàng của quá liều. Desloratadine không được bài tiết qua thận phân mủ; chưa rõ liệu có được bài tiết qua thận phúc mạc hay không.

HẠN DÙNG: 24 tháng kể từ ngày sản xuất. **BẢO QUẢN:** Bảo quản từ 2 đến 30 °C, tránh ẩm. **SẢN XUẤT VÀ ĐÓNG GÓI BƠI:** Schering – Plough Labo N. V., Industriepark 30, B – 2220 Heist – op – den – Berg, Belgium.

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

VPDD MERK SHARP & DOHME(ASIA) LTD.

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

ĐT: 84-8-3915 5800 Fax: 84-8-38278101

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

ĐT: 84-4-3782 4360 Fax: 84-4-3837 8415

Code: RESP - 1163235-0032

Số giấy phép nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo thuốc của Cục Quản lý Dược:

35/2017/XNQC-QLD. Ngày 23 tháng 03 năm 2017

Code: VN-XP-00003 20032021



VIMEDEX BINH DƯƠNG



TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI TỈNH NGHỆ AN

⁽¹⁾Chu Thi Hanh, ⁽²⁾Le Nhat Huy

⁽¹⁾Bệnh viện Bạch Mai, ⁽²⁾Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp tư vấn điều trị trên bệnh nhân mắc COPD tại Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng trên 166 người mắc COPD trong thời gian 12 tháng. Nhóm can thiệp nhận được tư vấn giáo dục phòng tránh các yếu tố nguy cơ, tuân thủ điều trị và cách sử dụng đúng dụng cụ phân phối thuốc. Nhóm đối chứng được hướng dẫn quản lý điều trị COPD thông thường.

Kết quả: 130/166 bệnh nhân hoàn thành nghiên cứu sau 12 tháng (chiếm tỷ lệ 78,3%). Triệu chứng ho khạc đờm mạn tính chiếm tỷ lệ 62,7% và 52,4%, mMRC trung bình: $1,07 \pm 1,2$, trung bình FEV₁ (% trị số lý thuyết) $70,5 \pm 26,3$. Tỷ lệ bệnh nhân bị đợt cấp và nhập viện vì đợt cấp tương ứng 15,1% và 12,7%. Sau 12 tháng, tỷ lệ hút thuốc lá giảm còn 18,1%, số đợt cấp trong năm, tần suất nhập viện ở nhóm được can thiệp giảm rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện sai các bước sử dụng thuốc có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p < 0,001$).

Kết luận: Can thiệp tư vấn điều trị cho bệnh nhân COPD làm giảm đợt cấp, tần suất nhập viện. Số lượng bệnh nhân sử dụng đúng cách các dụng cụ phân phối thuốc ở nhóm can thiệp được cải thiện hơn so với nhóm chứng.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC INTERVENTION COUNSELING IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN NGHE AN PROVINCE

⁽¹⁾*Chu Thị Hạnh*, ⁽²⁾*Lê Nhật Huy*

⁽¹⁾*Bach Mai Hospital*, ⁽²⁾*Nghe An Friendship General Hospital*

Objectives: To evaluate the effectiveness of treatment counseling interventions in patients with COPD in Nghe An.

Subjects and research methods: A randomized controlled trial of 166 people with COPD over a 12-month period. The intervention group received educational counseling to prevent risk factors, adherence to treatment and proper use of drug delivery tools. The control group was received usual care.

Results: 130/166 patients completed the study after 12 months (accounting for 78.3%). Symptoms of Chronic cough and sputum production accounted for 62.7% and 52.4%, respectively; mMRC average: 1.07 ± 1.2 , the average FEV (% predicted values) 70.5 ± 26.3 . Percentage of patients with acute exacerbations and hospitalizations for acute exacerbations is 15.1% and 12.7%, respectively. After 12 months, smoking rate decreased to 18.1%, the number of exacerbation episodes, the frequency of hospitalization in the intervention group decreased significantly compared to the control group ($p < 0.05$). The rate of using device technique errors has the significant difference between two groups ($p < 0.001$).

Conclusion: Intervention counseling for patients with COPD reduces the frequency of exacerbation episodes and hospitalization. The number of patients correctly using the drug delivery devices in the intervention group was improved significantly compared to the control group.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ ĐỘT BIẾN EGFR UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Kim Quế, Nguyễn Thị Mai Hương

Bệnh viện Thống Nhất

Đặt vấn đề: Ung thư phổi không tế bào nhỏ là một trong những ung thư thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các ung thư. Đặc điểm mô bệnh học và đột biến gen EGFR có ý nghĩa quan trọng trong việc chọn lựa phương pháp điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đột biến EGFR cao ở bệnh nhân Việt Nam, tuy nhiên tần suất các loại đột biến khác nhau giữa các vùng miền.

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá đặc điểm mô bệnh học và đột biến EGFR của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện Thống Nhất.

Đối tượng nghiên cứu: Những trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ được làm xét nghiệm đột biến gen EGFR tại bệnh viện Thống Nhất trong 2 năm từ 2016 - 2017.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả hàng loạt ca. Đánh giá các đặc điểm về tuổi, giới tính. Xác định mô bệnh học ung thư phổi qua phương pháp nhuộm HE và IHF. Xác định đột biến gen EGFR bằng phương pháp giải trình tự gen. Xác định tỉ lệ có đột biến gen EGFR và tỉ lệ các loại đột biến.

Kết quả: Trong thời gian 2 năm 2016 đến 2017 chúng tôi đã thực hiện xét nghiệm giải phẫu bệnh lý cho 200 trường hợp ung thư phổi, trong đó 71 trường hợp có làm xét nghiệm xác định đột biến gen EGFR. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 69, trong đó 71,8% bệnh nhân trên 60 tuổi. Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ 93%. Tần suất có đột biến gen EGFR là 56,3%, trong đó có 1 trường hợp có 2 đột biến (2,5%). Tần suất có đột biến gene EGFR ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến là 60,6%, trong khi không trường hợp nào ung thư biểu mô tế bào vảy có đột biến gen EGFR. Tần suất có đột biến gen EGFR ở nam giới là 63,4% và ở nữ giới là 36,6%. Trong số 40 trường hợp có đột biến gen EGFR, đột biến mất đoạn exon 19 là thường gặp nhất 18 trường hợp (45%), đột biến L858R exon 21 gặp trong 16 trường hợp (40%), Đột biến G719A trên exon 18 và S768L trên axon 20 gặp ở 2 trường hợp (5%), và đột biến chèn thêm trên exon 20 và T790M trên exon 20 gặp ở 1 trường hợp (2,5%).

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Kết luận: Đột biến gen EGFR gặp với tần suất cao ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ 56,3%. Ung thư biểu mô tuyến có tần suất đột biến là 60,6%, không trường hợp nào ung thư biểu mô tế bào vảy có đột biến. Tần suất bệnh nhân nam có đột biến gen EGFR cao hơn nữ, 63,4% so với 36,6%. Đột biến mất đoạn exon 19 và L858R trên exon 21 là những đột biến thường gặp nhất.

ANAPATHOLOGY AND EGFR MUTATION IN NON SMALL CELL LUNG CANCER

Do Kim Que, Nguyen Thi Mai Huong

Thong Nhat Hospital

Background: Non small cell lung cancer is common cancer and leading dead cause in cancer patients. Histological and EGFR mutation in NSCLC was very important for treatment strategy. Incidence of EGFR mutation were variety from geography and nations. We perform this study to evaluate the incidence of EGFR mutation in NSCLC in Thong Nhat hospital.

Methods: Evaluate the clinical characteristics of stenosis of patients who have lung cancer and performed EGFR mutation test. We determine the incidence of EGFR mutation in NSCLC.

Results: During 2 years from 2016 to 2017, 200 patients who had lung cancer underwent pathology and EGFR mutation test was done for 71 patients. The average age was 69.0, and 71% patient older than 60. Adenocarcinoma was dominant with 93.0%. We found that 40 cases (56.3%) had EGFR mutation. Incidence of EGFR mutation in male and female were 63.4 and 36.6%. no squamous cell carcinoma had EGFR mutation but 60.6% of adenocarcinoma had it. Among 40 cases had EGFR mutation, deletion exon19 in 18 cases (45%), L858R exon 21 in 16 cases (40%), G719A exon 18 and S768L exon 29 in 2 cases, exon 20 insertion and T790M exon 20 in 1 case.

Conclusions: EGFR mutation found with high incidence in 56.3% of NSCLC, especially in adenocarcinoma with 60,6%, no EGFR mutation found in squamous cell carcinoma. Incidence of EGFR mutation higher in male than female 63,4% vs 36.6%. deletion exon 19 and L858R exon 21 were the most common EGFR mutation in NSCLC.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐỘT BIẾN YẾU TỐ TĂNG TRƯỞNG BIỂU BÌ (EGFR) VỚI PHÂN TÍP MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHẾ QUẢN THEO IASLC/ATS/ERS 2011

⁽¹⁾Nguyễn Văn Tình, ⁽²⁾Ngô Quý Châu, ⁽²⁾Nguyễn Văn Hưng

⁽¹⁾Bệnh viện 74 Trung ương, ⁽²⁾ĐHYHN, Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tiến hành xác định đột biến EGFR với phân típ mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) phế quản theo IASLC/ATS/ERS 2011. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả 93 bệnh nhân UTBMT phế quản điều trị tại Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2014 đến 30/09/2015. Kết quả: đột biến EGFR (51,6%), đột biến ở nữ (75,0%) nhiều hơn so với nam giới (36,8%), ở nhóm không hút thuốc (71,8%) so với nhóm có hút thuốc (37,0%) ($p < 0,05$). Đột biến xảy ra nhiều hơn ở các phân típ: chùm nang (47,7%), dạng nhú (57,9%), lepidic (60%), vi nhú (57,1%), không có sự khác biệt giữa phân nhóm tuổi, vị trí, bờ khối u, kích thước của khối u với đột biến. Kết luận: Đột biến EGFR có liên quan giới, tiền sử hút thuốc và phân típ mô bệnh học của UTBMT theo IASLC/ATS/ERS 2011. Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến, IASLC/ATS/ERS, EGFR.

ĐÁNH GIÁ HOẠT TÍNH TẾ BÀO GIẾT TỰ NHIÊN (NKA) Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA

ThS. Phạm Thị Kim Nhung

Bệnh viện Quân y 103

Đặt vấn đề: Tế bào giết tự nhiên (NK - Natural Killer cell) là một thành phần trong quần thể tế bào bạch cầu, có vai trò quan trọng, tham gia vào cơ chế miễn dịch tự nhiên, không đặc hiệu thông qua hoạt tính gây độc chống lại tế bào ung thư và các tế bào của cơ thể bị vi khuẩn hay virus tấn công. Nhiều nghiên cứu trong 2 thập kỷ qua cho thấy nguy cơ mắc ung thư cao khi số lượng tế bào NK thấp. Hoạt tính tế bào NK (NKA) là chỉ số đánh giá chức năng tế bào NK, phản ánh tốt hơn và chính xác hơn số lượng tế bào NK, là cơ sở cho các nghiên cứu và ứng dụng về trị liệu miễn dịch bằng tế bào NK trên nhóm bệnh nhân ung thư.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Mục tiêu: Đánh giá hoạt tính tế bào giết tự nhiên ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Xét nghiệm NKA bằng phương pháp ELISA sử dụng kit NK Vue™ là định lượng nồng độ INF- γ được tiết ra bởi tế bào NK sau khi được hoạt hoá, được tiến hành trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa và nhóm chứng 30 bệnh nhân bệnh phổi lành tính điều trị tại Trung tâm nội Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 đến tháng 5/2019. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Kết quả: Giá trị trung bình NKA ở nhóm bệnh nhân UTPKTBN và nhóm chứng bệnh phổi lành tính lần lượt là 238,87 - 355,21 và 838,73 - 1061,13 pg/ml. NKA giảm rõ rệt ở nhóm UTPKTBN giai đoạn tiến xa so với nhóm chứng bệnh phổi lành tính ($p = 0,006$). NKA tương quan nghịch với tuổi, chỉ số BMI, giai đoạn bệnh và tương quan thuận với số lượng bạch cầu lympho, tỷ lệ bạch cầu lympho, tuy nhiên mối tương quan yếu và không có ý nghĩa thống kê. Kết luận: Có sự giảm hoạt tính tế bào giết tự nhiên ở nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa.

TO EVALUATE THE NATURAL KILLER CELL ACTIVITY (NKA) IN PATIENTS WITH ADVANCED STAGE NON SMALL CELL LUNG CANCER

Pham Thi Kim Nhung, MSc.

103 Military Hospital

Background: Natural killer cell is an important component of the white blood cell population. It plays a major role in natural/non-specific immune mechanism against the tumor and viral/bacterial infected cells via toxic activity. Many research over the past two decades show the relationship between risk of cancer and the number of NK cells. Natural killer cell activity (NKA) is an indicator for accessing NK cell function, reflecting better and more accurately the number of NK cells. NKA is also a basis for studies and applications of immunotherapy by NK cells in cancer patients.

Objective: To evaluate natural killer cell (NKA) in patients with advanced stage non-small cell lung cancer.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Subjects and research methods: To perform NKA assay by ELISA method using NK VueTM kit of blood samples from 30 patients diagnosed with advanced stage non-small cell lung cancer and 30 benign lung disease patients who treated in Respiratory Center, 103 Military Hospital from January to May 2019. It is cross-sectional descriptive study with analysis. Results: Median NKA values in patients with advanced stage non small cell lung cancer and patients with benign lung disease (control group) were 238.87 - 355.21 and 838.73 - 1061.13 pg/ml. NKA in advanced stage NSCLC patients was significant lower than that in control group ($p = 0.006$). NKA is negative correlation with age, BMI, stage of the disease and positive correlation with count and ratio of lymphocyte; however, this correlation is weak and not statistically significant.

Conclusion: There is a decreasing in NKA in patients with advanced stage non small cell lung cancer.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHẾ QUẢN THEO IASLC/ATS/ERS 2011

⁽¹⁾Nguyễn Văn Tình, ⁽²⁾Ngô Quý Châu, ⁽²⁾Nguyễn Văn Hưng

⁽¹⁾Bệnh viện 74 Trung ương, ⁽²⁾ĐHYHN, Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) phế quản theo IASLC/ATS/ERS 2011.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả 157 bệnh nhân UTBMT phế quản điều trị tại Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2014 đến 30/09/2015.

Kết quả: Tuổi mắc trung bình $60,2 \pm 10,2$; nam/nữ: 1,9/1; đặc điểm lâm sàng: đau ngực (89,8%), sút cân (86,0%), ho khan (61,1%), khó thở (41,4%), ho máu (19,1%); đặc điểm cận lâm sàng: CLVT: kích thước u trung bình $34,4 \pm 18,3$ mm, ngoại vi (65,0%), trung tâm (35,0%), u dạng đặc (58,0%). Phân típ mô bệnh học: chùy nang (51,0%), nhú (13,4%), đặc (10,2%), vi nhú (8,9%), lepidic (8,9%), nhầy (3,2%), dạng keo (2,5%), tế bào sáng (1,3%), dạng thai (0,6%).

Kết luận: Triệu chứng lâm sàng nổi bật: Đau ngực, sút cân, ho khan, khó thở. CLVT: Khối u hay ở ngoại vi, u dạng khối (43,3%), MBH phân típ chùy nang chiếm cao nhất, dạng thai hiếm gặp. Có mối liên quan giữa các phân típ MBH với vị trí, hình thái khối u.

RHINOCORT
AQUA

Budesonide

ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ

**VIÊM MŨI DỊ ỨNG⁽¹⁾
& TRIỆU CHỨNG
BỆNH POLYP MŨI⁽²⁾**



[1] Viêm mũi dị ứng quanh năm, theo mùa, vận mạch

[2] Dự phòng tái phát polyp mũi sau phẫu thuật và điều trị triệu chứng bệnh polyp mũi

Số giấy xác nhận nội dung quảng cáo thuốc của Bộ Y Tế: 136/2019/XNQC/QLD, ngày 22 tháng 5 năm 2019

Ngày in tài liệu: 14/6/2019. Tài liệu này gồm có 02 trang, thông tin sản phẩm xin xem ở trang sau.

VPDD: Janssen Cilag, Ltd. Tầng 11 & Tầng 12 Tòa nhà Vietcombank Tower, số 5 Công Trường Mê Linh, Q.1, TP. HCM

ĐT: (+84-28) 3821 4828 - Fax: (+84-28) 3821 4827

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **Johnson & Johnson**

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

THÀNH PHẦN: Mỗi liều (0,05 ml) chứa budesonid 64 microgram.

DẠNG BẢO CHẾ: Hỗn dịch xịt mũi.

CHỈ ĐỊNH: Viêm mũi dị ứng quanh năm và viêm mũi dị ứng theo mùa, viêm mũi vụn mạch. Dự phòng tái phát polyp mũi sau phẫu thuật cắt polyp. Điều trị triệu chứng bệnh polyp mũi.

LIỀU LƯỢNG & CÁCH DÙNG: Cần điều chỉnh liều phù hợp với từng cá nhân. Viêm mũi: Người lớn và trẻ em từ 6 tuổi trở lên: Liều khởi đầu khuyến cáo là 256 microgram/ngày. Có thể sử dụng 1 lần duy nhất mỗi buổi sáng hoặc chia làm 2 lần sáng và tối. Liều dùng cho bệnh nhân cao tuổi giống như liều người lớn. Khi đạt được hiệu quả, cần giảm xuống liều thấp nhất mà vẫn kiểm soát được triệu chứng. Hiệu quả đầy đủ chỉ đạt được sau vài ngày điều trị (hiếm khi quá 2 tuần). Nên bắt đầu điều trị viêm mũi theo mùa trước khi tiếp xúc với tác nhân gây dị ứng. Trong trường hợp sung huyết mũi nặng, có thể cần phải dùng thêm thuốc co mạch. Điều trị triệu chứng và phòng ngừa polyp mũi: Liều khuyến cáo là 256 microgram mỗi ngày. Liều có thể dùng ngày một lần vào buổi sáng hoặc chia làm 2 liều dùng sáng và tối. Khi đạt được hiệu quả, liều duy trì nên được giảm dần cho đến liều thấp nhất cần để kiểm soát được triệu chứng.

Hướng dẫn sử dụng đúng Rhinocort Aqua: Trước khi Rhinocort Aqua được dùng lần đầu, thuốc phải được nạp vào phần đất vào mũi. Lắc chai thuốc và xịt vào không khí đến khi đạt được dạng xịt đồng nhất. Tác dụng này kéo dài 24 giờ. Nếu sau 24 giờ mới dùng liều tiếp theo, thuốc phải được nạp lại và chỉ cần xịt một lần vào không khí.

1: Hỉ mũi sạch. - Lắc chai thuốc. Mở nắp bảo vệ màu nâu.

2: Cầm chai thuốc thẳng hướng lên.

3: Đặt đỉnh chai thuốc vào lỗ mũi và bơm theo liều chỉ định. Tương tự, bơm thuốc vào bên mũi kia.

4: Đóng nắp bảo vệ màu nâu lại.

Không dùng Rhinocort Aqua nhiều hơn liều chỉ định. Trẻ em chỉ nên sử dụng Rhinocort Aqua dưới sự hướng dẫn của người lớn. Thường xuyên rửa sạch các phần bằng nhựa; Mở nắp bảo vệ màu nâu và tháo phần đất vào mũi màu trắng; Rửa sạch các phần bằng nhựa này trong nước ấm; Để các phần bằng nhựa khô hoàn toàn trong không khí trước khi lắp nắp lại.

CHÔNG CHỈ ĐỊNH: Đã từng mắc cảm với budesonid hoặc với bất kỳ tá dược nào của thuốc.

LƯU Ý ĐẶC BIỆT VÀ THẬN TRỌNG KHI SỬ DỤNG: Khi dùng dài hạn ở liều cao, tác động toàn thân của glucocorticosteroid như là cường năng vỏ thượng thận, suy tủy thượng thận và/hoặc chậm phát triển ở trẻ em có thể xảy ra. Chưa thiết lập ảnh hưởng lâu dài của thuốc steroid đường mũi ở trẻ em. Nên theo dõi thường xuyên tình trạng phát triển của trẻ em và trẻ vị thành niên khi điều trị dài hạn bằng corticosteroid, bất kể ở đường dùng nào. Nếu nghi ngờ có tình trạng chậm phát triển, phải xem xét lại việc dùng thuốc. Lợi ích của điều trị với glucocorticosteroid phải được đặt trong mối tương quan với nguy cơ có thể xảy ra sự ức chế phát triển. Thận trọng khi điều trị cho bệnh nhân nhiễm nấm hoặc nhiễm herpes đường mũi. Thận trọng khi điều trị cho bệnh nhân chuyển từ glucocorticosteroid tác dụng toàn thân sang dùng Rhinocort Aqua khi nghi ngờ có rối loạn trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận. Ở các bệnh nhân này, liều steroid toàn thân nên giảm một cách thận trọng và xem xét đến việc kiểm tra chức năng vùng hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận. Bệnh nhân cũng có thể cần dùng thêm steroid toàn thân trong các giai đoạn stress như phẫu thuật, chấn thương... Chức năng gan giảm nặng sẽ ảnh hưởng đến dược động học của budesonid uống, làm giảm tốc độ thải trừ và tăng tính khả dụng sinh học toàn thân. Nên chú ý các tác động toàn thân có thể xảy ra. Cần đặc biệt thận trọng ở những bệnh nhân lao phổi. Nên tránh tiếp xúc Rhinocort Aqua với mắt. Nếu Rhinocort Aqua tiếp xúc vào mắt, nên rửa ngay với nước. Nên tránh dùng đồng thời với ketoconazol hoặc các chất ức chế CYP3A4 mạnh khác. Nếu phải dùng kết hợp thì khoảng cách dùng budesonid và các thuốc này càng xa càng tốt.

TƯƠNG TÁC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC DẠNG TƯƠNG TÁC KHÁC: Ketoconazol 200mg uống ngày 1 lần làm tăng nồng độ trong huyết tương của budesonid dạng uống (3 mg liều duy nhất) trung bình gấp 6 lần khi dùng đồng thời. Khi ketoconazol được dùng sau 12 giờ dùng budesonid thì nồng độ của budesonid tăng lên trung bình 3 lần. Không có thông tin về tương tác này đối với budesonid đường mũi, nhưng nồng độ trong huyết tương tăng đáng kể cũng được dự kiến trong những trường hợp như vậy. Nên tránh việc dùng kết hợp vì không có các dữ liệu cho phép dùng các liều khuyến cáo đường mũi. Nếu phải dùng kết hợp thì khoảng cách dùng budesonid và ketoconazol càng xa càng tốt. Cũng nên xem xét việc giảm liều budesonid. Các chất ức chế CYP3A4 mạnh khác có thể làm tăng đáng kể nồng độ của budesonid trong huyết tương.

PHỤ NỮ CÓ THAI & CHO CON BÚ:

PHỤ NỮ CÓ THAI: Trong thời gian mang thai, phải sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả và rút ngắn tối đa thời gian điều trị Rhinocort Aqua.

PHỤ NỮ CHO CON BÚ: Budesonid được tiết qua sữa mẹ. Tuy nhiên, ở các liều điều trị của Rhinocort, không đoán trước được có ảnh hưởng nào trên nữ nhi. Rhinocort có thể dùng thận trọng trong thời gian cho con bú.

ẢNH HƯỞNG KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY: Rhinocort Aqua không ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy.

TÁC DỤNG NGOẠI Ý: Khoảng 5% bệnh nhân dùng thuốc có thể có các phản ứng phụ sau dưới dạng kích ứng tại chỗ. **Rối loạn hô hấp, ngực và trung thất:** Thường gặp ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Kích ứng tại chỗ, xuất huyết đường mũi nhẹ, chảy máu cam. **Rất hiếm gặp** ($< 1/10.000$): Thủng vách ngăn mũi, loét niêm mạc. **Rối loạn hệ miễn dịch:** Ít gặp ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Phù mạch. Nổi mề đay, viêm da, nổi mẩn, ngứa. **Rất hiếm gặp** ($< 1/10.000$): Phản ứng phản vệ. Đã ghi nhận các phản ứng quá mẫn tức thì hoặc muộn bao gồm nổi mề đay, nổi mẩn, viêm da phù mạch và ngứa. **Rất hiếm trường hợp** có thể xảy ra loét niêm mạc và thủng vách ngăn mũi. Nguyên nhân của các phản ứng phụ này (do dùng steroid, bệnh tiềm ẩn hoặc các yếu tố khác) vẫn chưa được rõ. **Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.**

QUÁ LIỀU: Quá liều cấp tính Rhinocort Aqua không phải là vấn đề trong lâm sàng. Khi sử dụng Rhinocort Aqua liều cao trong thời gian dài, tác động glucocorticoid toàn thân như cường năng vỏ thượng thận và suy tủy thượng thận có khả năng xảy ra.

Sản xuất bởi: AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Thụy Điển.



TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

VAI TRÒ CỦA SINH THIẾT PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CLĐT TRONG CHẨN ĐOÁN U PHỔI NGOẠI BIÊN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Ngô Thế Hoàng, Hồ Sĩ Dũng, Nguyễn Đức Công

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Thống Nhất

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của cắt lớp điện toán (STP/CT) trong chẩn đoán nốt phổi và tổn thương phổi dạng u ở ngoại biên, đặc biệt với ung thư phổi.

Phương pháp: Tiền cứu, mô tả, cắt ngang 137 trường hợp STP/CT được thực hiện tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 6/ 2017 đến tháng 6/ 2018.

Kết quả: Mẫu sinh thiết đủ 84,5% và giá trị chẩn đoán đối với các thương tổn ác tính với độ nhạy 95,9% và độ đặc hiệu 100%. Tràn khí màng phổi (TKMP, phát hiện dưới CT) xảy ra trong 20 trường hợp (12,9%) và chỉ 2 trường hợp (1,3%) cần phải dẫn lưu. Ho ra máu mức độ trung bình 5 bệnh nhân (3,2%) và mức độ nhẹ 13 bệnh nhân (8,4%). TKMP và ho ra máu có liên quan đáng kể với nốt phổi và chiều dài qua phổi ($> 3\text{mm}$) ($P < 0,05$).

Kết luận: STP/CT là một kỹ thuật tương đối an toàn với hiệu quả chẩn đoán cao và nguy cơ biến chứng thấp. Nốt phổi và chiều dài qua phổi có liên quan đến sự xuất hiện của biến chứng.

ROLES OF PERCUTANEOUS CT-GUIDED LUNG BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF PERIPHERAL SOLITARY PULMONARY NODULES AND MASSES

Ngo The Hoang, Ho Sy Dung, Nguyen Duc Cong

Respiratory Center - Thong Nhat Hospital

Objective: To evaluate the efficacy and safety of percutaneous CT-guided lung biopsy (PCTLB) in the diagnosis of solitary pulmonary nodules (SPN) and peripheral masses (absence of any abnormality in the visible area of fiberoptic bronchoscope), especially diagnosis of lung carcinoma.

Methods: Prospective, descriptive, cross sectional study was conducted on 212 cases of PCTLB at Thong Nhat Hospital from January 2016 to December 2017.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Results: The biopsy samples were adequate in 84.5% and the diagnostic accuracy for malignant lesions was 95.9% sensitivity and 100% specificity. Pneumothorax (detected on CT) occurred in 20 cases (12.9%) and only 2 cases (1.3%) required insertion of an intercostal drain. Mild haemoptysis occurred in 5 patients (3.2%) and small haemoptysis in 13 patients (8.4%). Pneumothorax and haemoptysis occurrence were significantly associated with the SPN and the traversed lung-length ($> 3\text{mm}$) ($P < 0.05$).

Conclusion: PCTLB is a relatively safe, minimally invasive and highly effective technique for the diagnosis of SPN and peripheral masses. SPN and the traversed lung-length are associated with occurrence of complications.

VAI TRÒ CỦA DAO ĐỘNG XUNG KÝ TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Ngọc Khánh, Mai Văn Mạnh, Lê Văn Phương

Bệnh viện Phổi Đồng Nai

Mục tiêu: đánh giá vai trò của dao động xung ký trong chẩn đoán BPTNMT.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích và khảo sát tương quan. Mẫu NC gồm 138 bệnh nhân, trong đó có 68 bị BPTNMT và 70 không bị BPTNMT. Các thông số khi đo hô hấp ký (FEV1 và FEV1/FVC) và dao động xung ký (R5, X5 và AX) được so sánh với nhau.

Kết quả: Có tương quan tuyến tính nghịch biến giữa FEV1 với R5, X5 và AX; giữa FEV1/FVC với R5, X5 và AX. Trong nhóm BPTNMT chúng tôi tìm thấy:

- Điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, trị số tiên đoán dương, tiên đoán âm của R5 trong chẩn đoán BPTNMT lần lượt là: 163,5%; 75%; 91,4%; 89,47% và 79,01%.
- Điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, trị số tiên đoán dương, tiên đoán âm của X5 trong chẩn đoán BPTNMT lần lượt là: 0,155; 75%; 87,10%; 86,44% và 78,48%.
- Điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, trị số tiên đoán dương, tiên đoán âm của chỉ số AX trong chẩn đoán BPTNMT lần lượt là: 0,92; 79,41%; 90%; 88,52% và 81,81%.

Kết luận: Có thể sử dụng dao động xung ký trong thăm dò chức năng hô hấp ở những bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng về bệnh lý đường hô hấp và chẩn đoán BPTNMT, nhất là ở những bệnh nhân không thể đo được hô hấp ký.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

THE ROLE OF IMPULSE OSCILLOMETRY IN DIAGNOSIS OF COPD

Nguyen Ngoc Khanh, Mai Van Manh, Lê Van Phuong

Dong Nai Tuberculosis and Lung Disease Hospital

Objectives: To evaluate the role of impulse oscillometry in diagnosis of COPD.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study with correlated analysis and survey. The study was conducted based on data from 138 patients, among which, 68 had COPD and 70 did not have. Parameters measured in spirometry (FEV1 and FEV1/FVC) and impulse oscillometry (R5, X5 and AX) were compared.

Results: There is a negative correlation between FEV1 and R5, X5 and AX as well as between FEV1/FVC and R5, X5 and AX.

- Cut-off point, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value of R5 in diagnosis of COPD are 163,5%; 75%; 91,4%; 89,47% and 79,01%, respectively.

- Cut-off point, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value of X5 in diagnosis of COPD are 0,155; 75%; 87,10%; 86,44% and 78,48%, respectively.

- Cut-off point, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value of AX in diagnosis of COPD are 0,92; 79,41%; 90%; 88,52% and 81,81%, respectively.

Conclusion: Impulse oscillometry can be used in diagnosis of COPD, especially in the patients whose pulmonary function cannot be measured by spirometry.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC - LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH NẶNG Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

ThS.BS. Võ Minh Hiền

Khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa Khánh Hòa

Đặt vấn đề: Việc xác định được các nguy cơ của nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) nặng góp giảm tỉ lệ mắc và tử vong do NKHHCT. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm: khảo sát dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến NKHHCT nặng.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Trẻ từ 1 tháng - 5 tuổi có biểu hiện ho hoặc dấu hiệu nặng liên quan đến NKHHCT được điều trị tại khoa Nhi bao gồm hồi sức Nhi - bệnh viện Khánh Hòa từ 6/2015-12/2018. Việc phân tích để xác định các yếu tố nguy cơ của NKHHCT nặng được so sánh giữa hai nhóm: ICU và không ICU.

Kết quả: Với 376 trường hợp NKHHCT nặng điều trị tại ICU, tỉ lệ tử vong khoảng 5%, tuổi trung bình là 5,1 tháng (IQR: 2,0 - 12,5) và thời gian nằm viện là 7 ngày (IQR: 5,0 - 10,0). Về lâm sàng, rút lõm ngực (93,1%), thở nhanh (91,8%), khò khè (83,2%), rale nổ (63,6%) chiếm tỉ lệ cao ở trẻ nhập ICU ($p < 0.001$). Ngoài ra, trẻ < 6 tháng tuổi, suy dinh dưỡng được xác định là một trong những yếu tố nguy cơ của NKHHCT nặng. Thêm vào đó, enterovirus chiếm 31,4% ở nhóm ICU và 0% ở nhóm không ICU.

Kết luận: Enterovirus thường gặp ở trẻ NKHHCT nặng. Trẻ < 6 tháng, suy dinh dưỡng là một trong những yếu tố nguy cơ của NKHHCT nặng.

EPIDEMIOLOGIC - CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR SEVERE ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

Vo Minh Hien, MD., MSc.

Khanh Hoa General Hospital Province

Background: It is important to identify the risks of severe ARIs to reduce morbidity and mortality caused by acute respiratory infections (ARIs). Our study aims to: investigate epidemiological-clinical characteristics and clarify risk factors relating to severe ARIs.

Methods: Children aged from 1 month - 5 years presented cough or signs of severe ARIs admitted to Pediatric department including ICU - Khanh Hoa general hospital from 6/2015 - 12/2018 were enrolled. The analysis to identify the major risk factors for severe ARIs were compared between two groups: ICU and non-ICU.

Result: A total of 376 ARIs admitted ICU during the study period. In which, the mortality rate was 5%, median age was 5.1 months (IQR: 2.0 - 12.5), the duration of hospitalization was 7 days (IQR: 5.0 - 10.0). Concerning clinical features, chest wall indrawing (93.1%), tachypnea (91.8%), wheezing (83.2%), crackles (63.6%) were associated with severe ARIs ($p < 0.001$). Moreover, age < 6 months, malnutrition were

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

considered to be risk factors for severe ARIs in our study. Additionally, enterovirus was responsible for 31.4% of the ICU cases and 0% in the non ICU group.

Conclude: Enterovirus is a commonest viral detection in severe ARIs. Age < 6 months, malnutrition were identified to be risk factors for ICU related ARIs.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI DO KLEBSIELLA PNEUMONIA SINH ESBL TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Lê Bảo Huy, Vũ Đình Chánh, Trần Thị Nhi, Phan Trung Kiên

Bùi Công Luân, Lê Đức Báo Ân, Trần Thị Ngọc Trâm

Bệnh viện Thống Nhất - Tp.HCM

Đặt vấn đề: *Klebsiella pneumonia* sinh men betalactam phổ rộng (ESBL *K.pneumonia*) đang trở thành một trong các tác nhân kháng thuốc cao, không chỉ gặp trong viêm phổi bệnh viện mà cả viêm phổi cộng đồng.

Mục tiêu: Xác định các đặc điểm viêm phổi và tình trạng đề kháng kháng sinh do vi khuẩn *Klebsiella pneumonia* sinh ESBL.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên bệnh nhân viêm phổi do *Klebsiella pneumonia* sinh ESBL điều trị tại bệnh viện Thống Nhất từ 1/2016-12/2018.

Kết quả: Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL chiếm 164/534 ca (30,7%) viêm phổi do *K.pneumonia*. Nam chiếm 68,3%, tuổi trung bình 75,6 - 10,1. Rối loạn tri giác, ran nổ, ho đàm, khó thở, đau ngực không khác biệt ở hai nhóm *K.pneumonia* sinh ESBL và không sinh ESBL. Tổn thương phổi chủ yếu nhiều thùy. Nhóm ESBL *K.pneumonia* có bạch cầu tăng (14,23 - 6,56 so với 11,61 - 6,47), PCT tăng (6,12 - 9,0 so với 2,34 - 1,9), $p < 0,05$. Các yếu tố tiên lượng tử vong mạnh nhất là nhập ICU (OR=17,9; 95% CI 6,1-52,9; $p=0,000$), bạch cầu ≥ 16000 KL/mm³ (OR=7,1; $p=0,000$), suy hô hấp (OR=6,0; $p=0,005$), PCT tăng ≥ 2 pg/mL (OR=4,2; $p=0,005$). Tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung lần lượt: Cephalosporin 76,9% vs 45,5%, Fluoroquinolone 67,5% vs 45,5% Carbapenems 42,5% vs 24,9% với $p < 0,05$; còn nhạy cảm với Colistin.

Kết luận: *Klebsiella pneumonia* sinh ESBL thường gặp trong viêm phổi, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là khó thở, ho đàm và ran nổ. Tử vong tăng ở bệnh nhân nhập ICU, bạch cầu ≥ 16.000 KL/mm³, PCT ≥ 2 pg/mL, suy hô hấp. Vi khuẩn kháng hầu hết các kháng sinh đang dùng, ngoại trừ Colistin.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CHARACTERISTIC OF PNEUMONIA CAUSED BY ESBL PRODUCING KLEBSIELLA PNEUMONIA AT THONG NHAT HOSPITAL

Le Bao Huy, Vu Dinh Chanh, Tran Thi Nhi, Phan Trung Kien

Bui Cong Luan, Le Duc Bao An, Tran Thi Ngoc Tram

Thong Nhat Hospital - Ho Chi Minh City

Background: ESBL *Klebsiella pneumonia* was seen in HAP and became a prominent agent with high antibiotic resistance in CAP.

Objectives: We conducted this cross-sectional descriptive study in Thong Nhat hospital from January 2016 to December 2018 to aim at finding out clinical characteristics and antibiotic resistance of ESBL *Klebsiella pneumonia* on pneumonia.

Method: We enrolled 534 pneumonia patients caused by *Klebsiella pneumonia* were treated at Thong Nhat hospital. They were divided into two groups based on ESBL and non ESBL producing *K.pneumonia*.

Results: There was 164 cases (30.7%) infected by ESBL *K.pneumonia*; 68.3% in men, mean age 75.6 - 10.1 year. Crackle lung sound, sputum cough, dyspnea were equal in two groups. Multiple lobe infiltration were prominent on Chest Xray. Elevated WBC (14.23 - 6.56 vs 11.61 - 6.47), elevated PCT (6.12 - 9.0 so với 2.34 - 1.9) were commonly seen in ESBL group, $p < 0.05$. The strongest factors of mortality prognosis were ICU admission (OR=17.9; 95% CI 6.1-52.9; $p=0.000$), elevated WBC ≥ 16000 kL/mm³ (OR=7.1; $p=0.000$), respiratory failure (OR=6.0; $p=0.005$), elevated PCT ≥ 2 pg/mL (OR=4.2; $p=0.005$). ESBL *K. pneumonia* resisted Cephalosporin 76.9% vs 45.5%, Fluoroquinolone 67.5% vs 45.5%, Carbapenems 42.5% vs 24.9%, but was still highly sensitive to Colistin (100%).

Conclusions: ESBL *K.pneumonia* was common agent in pneumonia. Crackle lung sound, sputum cough, dyspnea were prominent symptoms in two groups. The strongest factors of mortality prognosis were ICU admission, elevated WBC ≥ 16000 kL/mm³, respiratory failure, elevated PCT ≥ 2 pg/mL. ESBL *K. pneumonia* resisted to most of antibiotic but was still highly sensitive to Colistin.

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



OMRON

MÁY XÔNG KHÍ DUNG

LOẠI DÙNG CHO GIA ĐÌNH



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

Luôn nằm trong tầm tay

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

MICRO A-I-R NE-U100

SẢN XUẤT TẠI NHẬT BẢN

MỚI

NE-C28

- Máy có độ bền cao
- Hiệu suất xông lớn.



NE-C101

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



NE-C801

- Máy chạy êm
- Thích hợp dùng
cho gia đình



NE-C801KD

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



LOẠI DÙNG CHO BỆNH VIỆN, PHÒNG KHÁM

NE-U17

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



NE-C900

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



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

VĂN PHÒNG ĐẠI DIỆN OMRON HEALTHCARE

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

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

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CHỒNG LẤN COPD VÀ OSA - BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Dương Thiên Bảo, Hà Như Quý, Lê Khắc Bảo

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nam 69 tuổi nhập viện nhiều lần do đợt cấp COPD. Bệnh sử ghi nhận tình trạng không tuân thủ điều trị về liều thuốc dùng cũng như kỹ thuật sử dụng bình xịt. Bệnh nhân đang được điều trị với Symbicort, Berodual, Micardis và Insuline. Khi đánh giá COPD, điểm số CAT là 28, chức năng phổi khẳng định COPD với tắc nghẽn luồng khí mức độ trung bình, FeNO 54 ppb và số lượng tế bào ái toan máu là 790/ μ L. Bệnh nhân có nguy cơ cao mắc OSA với STOP BANG 5 điểm mặc dù điểm số EPWORTH chỉ có 3 điểm. Khảo sát giấc ngủ bằng đa ký hô hấp cho thấy trị số AHI 29/giờ, với SpO₂ trung bình 92%, giảm bão hòa oxy trong khi ngủ 13,7% thời gian ngủ và SpO₂ thấp nhất 83%. Chẩn đoán chồng lấn COPD/OSA được khẳng định. Chúng tôi dành thời gian lắng nghe quan ngại và niềm tin của bệnh nhân, thảo luận về sự cần thiết và ích lợi của việc tuân thủ điều trị, huấn luyện bệnh nhân cách sử dụng dụng cụ chính xác. Chúng tôi kê toa thuốc tam trị liệu với Ulitbro và Flixotide, Zolofit để chữa trầm cảm, lo âu bên dưới. Dựa trên kết quả định chuẩn áp lực hiệu quả với máy Omnilab và đa ký giấc ngủ, chúng tôi khởi động thở máy không xâm lấn với BiPAP tự động khi ngủ. Tái khám sau 2 tuần, 1 và 2 tháng cho thấy cải thiện rõ rệt triệu chứng COPD và chất lượng cuộc sống, không một đợt cấp COPD mới nào được ghi nhận từ lúc đấy đến nay. Kết luận: OSA là một trong các bệnh đồng mắc thường gặp của COPD, đồng mắc COPD và OSA có thể góp phần làm COPD vào đợt cấp thường xuyên. Tầm soát chồng lấn COPD và OSA với bảng điểm STOP BANG và khẳng định với đa ký giấc ngủ/ đa ký hô hấp cho phép phát hiện sớm chồng lấn COPD/OSA và khởi động CPAP/BiPAP phù hợp.

COPD/OSA OVER LAP - A CASE REPORT

Duong Thien Bao, Ha Nhu Quy, Le Khac Bao

Gia Dinh People Hospital

We report a case of a 69-year-old male patient who has been hospitalized many times due to COPD exacerbations. His medical history was characterized by non-adherence to prescribed doses and inhalation technique. The patient was being treated with Symbicort,

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Berodual, Micardis, and Insuline. COPD assessment revealed a CAT of 28. Lung function testing confirmed airflow moderate obstruction. FeNO was at 54 ppb and blood eosinophile at 790/ μ L. The patient was at high risk of OSA with STOP BANG score at 5, despite his EPWORTH score at 3. Sleep study with ventilator polygraph demonstrated an AHI of 29/h, an average SpO₂ of 92%, oxygene desaturation occurred in 13.7% sleep duration with the lowest SpO₂ at 83%. The diagnosis of COPD/OSA overlap was confirmed. We spent times listening to his concerns and beliefs, discussing the necessity and benefits of therapeutic adherence, training patient how to use inhalation devices accurately. We prescribed triple therapy with Ulitbro and Flixotide, Zoloft for underlying depression and anxiety. Based on the results from manual calibration wiht Omnilab and polysomnography, we initated non invasive ventilation using BiPAP during sleep. The check-ups after 2 weeks, 1 and 2 months showed significant improvement in COPD symptoms and quality of life. No further exacerbation has been noticed since. Conclusion: OSA is one of common COPD comorbidities. The COPD/OSA overlap might contribute to frequent COPD exacerbations. COPD/OSA overlap screening with STOP BANG questionnaire and confirmation with polysomnograhy/ ventilator polygraphy allow early identification and appropriate CPAP/ BiPAP initiation.

CA LÂM SÀNG: NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN LÚC NGỦ NẶNG KẾT HỢP VỚI GIẢM THÔNG KHÍ PHẾ NANG

Nguyễn Hữu Hoàng, Phan Duy Tùng, Lê Khắc Bảo

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Bệnh nhân nữ 54 tuổi nhập viện vì khó thở. Hen lúc nhỏ chỉ cắt cơn bằng Ventolin khi cần. Khoảng 1 năm nay bệnh nhân tăng cân nhiều, ngủ ngáy nặng hơn, kèm theo ngưng thở lúc ngủ và nhiều lần thức giấc trong đêm, thức giấc đau đầu, buồn ngủ ngày rất nhiều. Tình trạng khó thở của bệnh nhân tăng dần, khi gắng sức đi bộ 10 m, tắm rửa, thay quần áo, không khó thở khi nằm hay về đêm, không ho/khò khè/đau ngực. Bệnh nhân phải phải dùng thuốc cắt cơn thường xuyên và phải nhập viện vì khó thở 3 lần dù đã dùng ICS/ LABA kiểm soát hen. Khám cân nặng 64kg, chiều cao 140cm, BMI 32kg/m², vòng cổ 40cm, Mallampati IV, lưỡi lớn, họng chật, huyết áp 160/90 mmHg. STOP-BANG 7 điểm,

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

EPWORTH 16 điểm. Áp lực động mạch phổi qua siêu âm tim 78mmHg với EF 62%; khí máu động mạch toan hô hấp mạn, giảm oxy máu nặng. Bệnh nhân được chỉ định làm đêm chia đôi với máy đa ký giấc ngủ loại I (Alice 6) kết hợp máy thở Omnilab tại phòng thăm dò giấc ngủ. Kết quả AHI 56.2/h trong vòng 94 phút đầu đêm, SpO₂ < 90% chiếm 82.9% giấc ngủ, SpO₂ thấp nhất là 64%. Điều chỉnh áp lực tại phòng lab với máy thở Omnilab đã giải quyết được ngưng thở và giảm oxy máu, áp lực điều trị hiệu quả EPAP 10cmH₂O và IPAP 22cmH₂O. Bệnh nhân được chỉ định máy thở BiPAP ST kết hợp giảm cân tích cực. Kết luận: OSA kết hợp giảm thông khí phế nang ở người béo phì dễ bỏ sót và dẫn đến hậu quả nghiêm trọng: tăng áp phổi, suy hô hấp hỗn hợp mạn. Đánh giá lâm sàng phù hợp kết hợp với đa ký giấc ngủ giúp chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp.

CASE REPORT: OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA WITH HYPOVENTILATION

Nguyen Huu Hoang, Phan Duy Tung, Le Khắc Bao

Gia Dinh People Hospital

A 54-year-old female patient was hospitalized due to breathlessness. Her past history includes childhood asthma requiring Ventolin as needed. Since 1 year, she has suffered from severe weight gain, worsening snoring associated with repeated sleep apnea, early morning headache, daytime sleepiness, persistent breathlessness at walking about 10m, taking shower or changing clothes. No wheezing, chest tightness, or nocturnal breathlessness is noticed. The patient has frequently used relievers and been hospitalized thrice in the last year despite her controlled medication with ICS/LABA. Clinical examination reveals a BMI at 32kg/m² (64kg, 140 cm), neck circumference of 40cm, Mallampatti grade 4, large tongue, narrow oral cavity, blood pressure at 160/90 mmHg, STOP-BANG score at 7, EPWORTH score at 16. Heart ultrasound shows high pulmonary hypertension of 78mmHg and an EF of 62%, blood gas presents a severe chronic respiratory acidosis and hypoxemia. Split night polysomnography using Alice-6 and Omnilab confirms an AHI of 56.2/h during the first 92 minutes, SpO₂ less than 90% in 82.9% sleeping time whose the lowest SpO₂ is only 64%. The following manual calibration allows identifying

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

effective therapeutic pressures (EPAP/IPAP = 10/22 cmH₂O) which resolve apnea and oxygene desaturation. As a result, her management regimen includes BiPAP ST associated with intensive weight reduction. Conclusion: It is fairly easy to miss the diagnosis of OSA associated with obesity hypoventilation. Clinical examination accompanied with polysomnography allow early diagnosis and appropriate management.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HỘI CHỨNG STEVEN JOHNSON CÓ TỔN THƯƠNG NGHIÊM TRỌNG ĐƯỜNG HÔ HẤP

ThS.BS. Trịnh Hồng Nhiên

Trưởng khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố

Bệnh nhân 14 tuổi, được chuyển đến bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố trong tình trạng sốc, nổi bóng nước toàn thân và lở loét các nốt tự nhiên. Trước đó em bị sốt 1 ngày, được chích 1 mũi thuốc kháng viêm tại phòng mạch tư. Đêm đó em sốt cao, đỏ da toàn thân và được nhập bệnh viện Nhi Cần Thơ

Tại bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố, em được thở máy, chống sốc với bù nước và điện giải, thuốc vận mạch, chăm sóc da, mắt và kháng sinh. Sau 10 ngày, huyết động và tình trạng nhiễm trùng được kiểm soát. Nhưng bệnh nhân không thể cai máy thở, tiếp tục ho ra máu bầm đen. Nội soi phế quản bằng ống mềm cho thấy tổn thương lan tỏa niêm mạc đường thở từ mũi, miệng, thanh quản-khí quản và các phế quản. Thanh quản có nhiều giả mạc xen kẽ là các điểm xuất huyết. Khí quản và các nhánh phế quản có nhiều lớp niêm mạc hoại tử gần như toàn bộ đường thở. Lòng ống có nhiều cục máu đông. Bệnh nhân được điều trị với corticoid toàn thân và immunoglobuline. Sau hai tuần, nội soi lại cho thấy niêm mạc đường thở có dấu hiệu tăng tưới máu và các tổn thương có dấu hiệu hồi phục. Bệnh nhân được điều trị tiếp tục với corticoid khí dung trong 2 tuần. Soi kiểm tra sau đó thấy niêm mạc đường thở hồi phục hoàn toàn và không còn máu đông trong lòng khí-phế quản.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

AN ILLUSTRATIVE STEVEN-JOHNSON SYNDROME WITHIN AIRWAY SERIOUS LESIONS

Trinh Hong Nhlen, MD., MSc.

Head of Respiratory Department of City Children's Hospital

A 14-year-old patient was transferred to the City Children's Hospital in a state of shock, boils and body sores. Before that, he had a fever for 1 day, he received an injection of anti-inflammatory medicine in the private office. That night, he had a high fever, red skin all over his body and was admitted to Can Tho Children's Hospital.

At City Children's Hospital, he was given mechanical ventilation, anti-shock with rehydration, vasomotor and electrolytes, skin care, eyes, antibiotics. After 10 days, hemodynamics and infection status are controlled. But the patient could not stop mechanic ventilation, continued coughing up black bruises. Soft-bronchoscopy revealed diffuse lesions of the airway lining from the nose, mouth, larynx-trachea and bronchi. The larynx has many pseudomembranes alternating are haemorrhage points. The trachea and bronchial branches have many necrotic mucosa almost all airways. The lumen has many blood clots. Patients were treated with systemic steroids and immunoglobuline. After two weeks, the bronchoscopy showed that the airway mucosa showed signs of increased perfusion and lesions showing signs of recovery. The patient had continuing treated with aerosolized corticosteroids for 2 weeks. The last bronchoscopy showed that the airway mucosa completely recovered and no blood clots in the air-way.

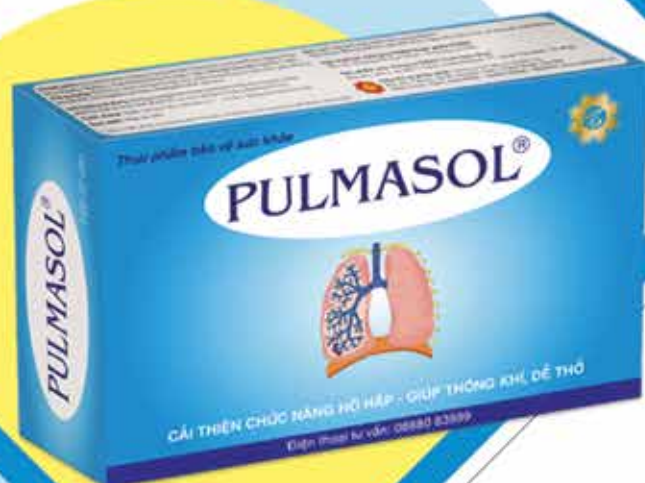


PULMASOL®

**Giảm hen suyễn, COPD
theo cơ chế hoàn toàn mới**

CÂN BẰNG

ĐIỆN TÍCH MÀNG TẾ BÀO*



- Cao Khổ sâm 150 mg
- Cao Linh Chi 150 mg
- Nhũ Hương 100 mg
- Cao Cam Thảo 50 mg
- L- Carnitine 50 mg

Công thức thảo dược đã được
NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG
tại Đại học **Sinai - Mỹ ****

CÔNG DỤNG

Giúp thông khí dễ thở.

Hỗ trợ giảm các triệu chứng khô khè tắc mũi.

Hỗ trợ cải thiện chức năng hô hấp, ẩm phổi và đường hô hấp trên.

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

* Bronchial epilepsy or broncho-pulmonary hyper-excitability as a model of asthma pathogenesis* - Ba X. Hoang, Stephen A. Levine, D. Graeme Shaw, Phuong Pham and Cuong Hoang

** Efficacy and Tolerability of Antiasthma Herbal Medicine Intervention in Adult Patients with Moderate-Severe Allergic Asthma* - Ming-Chun Wen, MD, et al. Journal of Allergy and Clinical Immunology, (2005) 116: p517-524

Sản phẩm của: Công ty CPĐT Xuân trà
SĐT: 1800 6793 - 08880 83899 - (024) 3283 8866
Website: www.pulmasol.vn

Sản phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh!

XNCB (Reg No): 8532/2016/ATTP-XNCB

XNQC: 00024/2018/ATTP-XNQC

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TYPE MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ CÓ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ TRUNG TÂM

Vũ Văn Giáp, Phạm Ngọc Hà, Nguyễn Ngọc Dư, Ngô Quý Châu

Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và type mô bệnh học của ung thư gây tắc nghẽn đường thở trung tâm (TNĐTTT).

Đối tượng: 29 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư có TNĐTTT tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp: Mô tả chùm ca bệnh.

Kết quả: TNĐTTT xảy ra ở nam (79,3%) nhiều hơn nữ (20,7%) và nhiều nhất ở nhóm 45 - 59 tuổi (44,8%). Ho và khó thở là triệu chứng hay gặp (75,9% và 58,6%). 41,1% BN có rối loạn thông khí tắc nghẽn. 48,3% BN thấy được hình ảnh TNĐTTT trên CLVT, trong khi 100% BN thấy được qua NSPQ. Vị trí thường gặp nhất ở 1/3 trên khí quản và phế quản gốc phải (đều là 31,0%). Tắc nghẽn độ I và V lần lượt chiếm 31% và 6,9%. Không có sự khác biệt giữa số bệnh nhân ung thư nguyên phát tại và ngoài đường hô hấp; ở nhóm tại đường hô hấp, ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm đa số (34,5%).

Kết luận: TNĐTTT có triệu chứng hay gặp là ho và khó thở, được chẩn đoán chính xác nhờ NSPQ, thường gặp nhất ở 1/3 trên khí quản và phế quản gốc phải. Nguyên nhân ác tính có thể nguyên phát tại và ngoài đường hô hấp, trong đó ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ cao.

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND HISTOLOGIC CAUSES OF PATIENTS WITH MALIGNANT CENTRAL AIRWAY OBSTRUCTION

Vu Van Giap, Pham Ngoc Ha, Nguyen Ngoc Du, Ngo Quy Chau

Hanoi Medical University

Objective: To describe clinical/paraclinical and histologic causes of patients with malignant central airway obstruction (CAO). Subjects: 29 patients were diagnosed with malignant CAO at Respiratory Center of Bach Mai Hospital.

Methods: Describe the cluster of cases.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Results: CAO occurred in men (79.3%) more than women (20.7%) and mainly in the 45-59 age group (44.8%). Cough and dyspnea are the most prevalent symptoms (75.9% and 58.6%, respectively). 41.1% of patients had obstructive ventilatory defect. 48.3% and 100% of patients had evidence of CAO on chest CT scan and bronchoscopy, respectively. The most common locations are in the upper third of the trachea and right main bronchus (both are 31.0%). Stenosis code I and V account for 31% and 6.9%, respectively. There is no difference between the number of patients with cancer originated from in and out of the airway; in the group of primary cancer at respiratory system, non-small cell lung cancer accounts for the majority (34.5%).

Conclusions: CAO which of symptoms are frequent with cough and dyspnea can be exactly diagnosed by bronchoscopy and the most common locations are in the upper third of the trachea and right main bronchus. Malignant causes may be in or out of the airway, in which non-small cell lung cancer accounts for a high proportion.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN HẸP KHÍ-PHẾ QUẢN DO NGUYÊN NHÂN LÀNH TÍNH TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

*Vũ Văn Giáp, Nguyễn Ngọc Dư, Hoàng Anh Đức, Nguyễn Đức Linh
Bệnh viện Bạch Mai*

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hẹp khí-phế quản (HKPQ) do nguyên nhân lành tính.

Đối tượng: 26 bệnh nhân được chẩn đoán HKPQ do nguyên nhân lành tính tại Trung tâm Hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai. Phương pháp: Mô tả chùm ca bệnh.

Kết quả: HKPQ xảy ra ở nam (53,85%) nhiều hơn nữ (46,15%) và nhiều nhất ở nhóm 17 - 45 tuổi (50%). Nguyên nhân gây hẹp phổ biến nhất là sau đặt nội khí quản chiếm 84,6%. Khó thở và ho kéo dài là triệu chứng hay gặp nhất (100% và 46,2%). Trong số BN thực hiện đo chức năng hô hấp 78,6% có rối loạn thông khí tắc nghẽn. 94,12% và 100% BN thấy được hình ảnh HKPQ trên CLVT và qua NSPQ. Vị trí thường gặp nhất ở 1/3 trên khí quản (76,19% khi NSPQ và 75% khi chụp CLVT). Tắc nghẽn độ III và IV lần lượt chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,86% và 23,81%. Về hình thái lâm sàng hẹp khí quản, chủ yếu là hẹp do co rút, sẹo (61,5%) và 15,4% là hẹp do biến dạng cấu trúc.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

Kết luận: HKPQ có triệu chứng hay gặp là khó thở và ho kéo dài, được chẩn đoán chính xác nhờ NSPQ, thường gặp nhất ở 1/3 trên khí quản. Hình thái lâm sàng hẹp khí quản chủ yếu là hẹp do co rút, sẹo; mức độ III và IV chiếm tỷ lệ cao nhất

CLINICAL/PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH NON-MALIGNANT CENTRAL AIRWAY OBSTRUCTION AT RESPIRATORY CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

*Vu Van Giap, Nguyen Ngoc Du, Hoang Anh Duc, Nguyen Duc Linh
Bach Mai Hospital*

Objective: To describe clinical/paraclinical of patients with malignant central airway obstruction (CAO).

Subjects: 26 patients were diagnosed with non-malignant CAO at Respiratory Center of Bach Mai Hospital. **Methods:** Describe the cluster of cases.

Results: CAO occurred in men (53.85%) more than women (46.5%) and mainly in the 17-45 age group (50%). Nguyên nhân gây hẹp phổ biến nhất là sau đặt nội khí quản chiếm 80,77%. The most common cause of stenosis is post-intubation accounting for 80,77%. Dyspnea and persistent cough are the most common symptoms (100% and 46.2% respectively). 78.6% of patients had obstructive ventilatory defect. 94.12% and 100% of patients had evidence of CAO on chest CT scan and bronchoscopy. The most common locations are in the upper third of the trachea on chest CT scan and bronchoscopy (75% and 76.19% respectively). Stenosis of grades III and IV account for the highest percentage of 42.86% and 23.81% respectively. The length of CAO segment most commonly is about 1-2 centimeters (34.62%). In terms of clinical morphology, mainly narrowing due to shrinkage, scarring (61.5%) and 15.4% is narrow due to structural deformation.

Conclusions: CAO which of symptoms are common with dyspnea and persistent can be exactly diagnosed by bronchoscopy and the most common locations are in the upper third of the trache. In terms of clinical morphology, mainly narrowing due to shrinkage, scarring, stenosis of grades III and IV account for the highest percentage.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

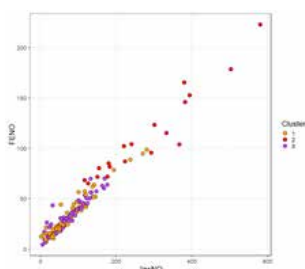
PHÂN TÍCH CỤM CÁC CHỈ SỐ NO THỞ RA (FENO, CANO và JawNO) Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM HÔ HẤP BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Văn Đình và cộng sự

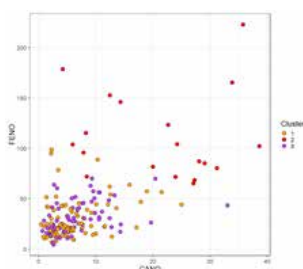
BVĐK Quốc Tế Vinmec Times City, BV Cochín, Đại Học Paris

Nồng độ nitric oxid trong khí thở ra (FENO) được sử dụng rộng rãi ở bệnh nhân hen phế quản dị ứng có liên quan cơ chế viêm typ II. Phân tích kết hợp chỉ số FENO và hai chỉ số khác của NO (bao gồm nồng độ NO phế nang (CANO) và nồng độ NO trong đường thở (JawNO)) chưa được đánh giá ở những bệnh nhân mắc các bệnh lý hô hấp tại Việt Nam.

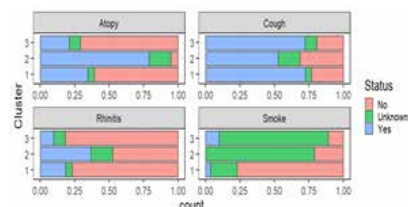
Chúng tôi tiến hành đo 3 chỉ số NO thở ra (FENO, CANO, JawNO) ở 192 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Vinmec Times City từ 09/2018 đến 03/2019. Các chẩn đoán chính của người bệnh lúc vào gồm: Viêm phế quản cấp (n=68), hen phế quản (n=58), COPD (n=21), viêm phổi (n=17) và viêm mũi (n=18). FENO có mối tương quan chặt chẽ với JawNO ($p < 0,001$) nhưng không có mối liên quan với CANO (hình ảnh 1 và 2), kết quả này phản ánh thực tế rằng hai chỉ số FENO và JawNO đánh giá tình trạng viêm đường thở lớn trong khi CANO đặc hiệu hơn với tình trạng viêm tại phế nang. Phân tích cụm trên ba nhóm bệnh nhân dựa trên các nồng độ NO, chiều cao và cân nặng. Cả ba chỉ số NO (FENO, CANO, JawNO) đều cao ở người bệnh có tình trạng dị ứng trong khi giá trị của các chỉ số này thấp ở những bệnh nhân hút thuốc. Ngược lại, bệnh nhân hen phế quản và COPD có thể có các chỉ số NO trên cao hay thấp phụ thuộc vào mức độ viêm của từng người bệnh.



Hình 1



Hình 2



Hình 3

Chúng tôi đưa ra kết luận rằng việc đánh giá các chỉ số NO trong nghiên cứu cắt ngang có thể giúp xác định tình trạng dị ứng hoặc tác động ức chế của thuốc lá lên việc tổng hợp khí NO ở người bệnh. Tuy nhiên việc đo các chỉ số NO nhiều lần là cần thiết để theo dõi sự thay đổi mức độ viêm tại phế quản ở người bệnh mắc hen phế quản, COPD và các bệnh lý đường hô hấp khác liên quan đến viêm phế quản.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

CLUSTER ANALYSIS OF EXHALED NITRIC OXIDE PARAMETERS (FENO, CANO AND JAWNO) IN VINMEC TIMES CITY OUTPATIENTS' RESPIRATORY CLINIC

Nguyen Van Dinh et al.

Vinmec Times City International Hospital, Cochin Hospital, University of Paris

Fractional concentration of nitric oxide (FENO) is widely used to phenotype asthmatic patients with type-2 inflammation. Its analysis in combination of the two other principal parameters of NO measurements, namely alveolar concentration (CANO) and airways flux of NO (JawNO), has not yet been assessed in Vietnamese patients suffering from respiratory disorders.

We measured all 3 exhaled NO parameters (FENO, CANO and JawNO) in 192 consecutive patients attending Vinmec Times City International Hospital from September 2018 to March 2019. The main diagnoses at entry were: acute bronchitis (n=68), asthma (n=58), COPD (21), pneumonia (17), rhinitis (n=18). FENO is losely related to JawNO ($p<0.001$) but not to CANO (Fig 1 & 2), reflecting the fact that both FENO and JawNO assess large airways inflammation whereas CANO is more specific of alveolar inflammation. Cluster analysis identified three groups of patients according to NO values, height, and weight. All three NO parameters (FENO, CANO and JawNO) are high in allergic patients whereas those parameters are low in smokers (Fig 3). By contrast patients with asthma & COPD may have high and low NO parameters results depending on their actual inflammatory status

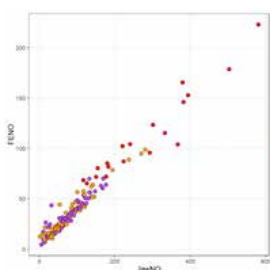


Fig 1

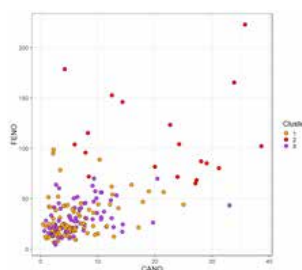


Fig 2

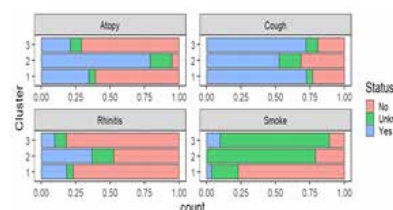


Fig 3

We conclude that measuring NO parameters in a cross-sectional study may help to determine the allergic status or the inhibitory effect of tobacco on NO production in a given patient but repeated measurements of NO are required to monitor the change of bronchial inflammation in patients with asthma, COPD, and other respiratory diseases where bronchial inflammation is present.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN ĐA KHÁNG

Ngô Quý Châu, Phạm Thị Phương Anh

Trung tâm hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Viêm phổi do vi khuẩn đa kháng kháng sinh có tỉ lệ ngày càng tăng đặc biệt trong trường hợp viêm phổi bệnh viện, bệnh thường diễn biến nặng và rất khó điều trị làm tăng thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tử vong. Chúng tôi xin báo cáo ca lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn đa kháng kháng sinh tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai: bệnh nhân nam 65 tuổi, tiền sử COPD, đái tháo đường typ II, nhập viện vì khó thở. Bệnh diễn biến trước vào viện 1 ngày, bệnh nhân xuất hiện khó thở nhiều, co kéo cơ hô hấp, không sốt, ho ít đờm trắng được đặt ống nội khí quản tại tuyến tỉnh chuyển cấp cứu A9- bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được an thần thở máy điều trị kháng sinh Rocephin và Avelox, điều trị đến ngày thứ 10 bệnh nhân xuất hiện sốt 39 độ C, đờm vàng nhiều qua nội khí quản chụp Xquang ngực tổn thương phổi tăng lên được soi phế quản cấy dịch phế quản ra *A.Baumanii* đa kháng kháng sinh, được đổi kháng sinh sang Imipenem. Sau 4 ngày bệnh nhân rút được ống nội khí quản, vẫn sốt 38,8 độ được chuyển Trung tâm Hô hấp điều trị tiếp với chẩn đoán SHH - Viêm phổi bệnh viện do *A.Baumanii* đa kháng - Đợt cấp COPD - ĐTĐ được điều trị Meropenem và Colistin, bệnh nhân hết sau 5 ngày điều trị và được chuyển tuyến dưới điều trị tiếp sau 12 ngày điều trị.

MULTIDRUG-RESISTANT BACTERIAL PNEUMONIA: A CASE REPORT

Ngo Quy Chau, Pham Thi Phuong Anh

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

The incidence of multidrug-resistant bacterial pneumonia is increasing especially in the case of hospital acquired pneumonia, which is often severe and difficult to treat, increasing length of stay and mortality. We would like to report a clinical case of multidrug-resistant pneumonia at the Respiratory Center - Bach Mai Hospital: 65-year-old male patient with history of COPD, diabetes mellitus type 2, hospitalization for dyspnea. One day before being admitted to the hospital, patient who had severe dyspnea, respiratory muscle contraction and cough with white sputum but no fever was supported with endotracheal intubation at provincial hospital, then transferred to Emergency Department - Bach Mai Hospital and treated by mechanical ventilation, sedation and antibiotics including Rocephin and Avelox. On the 10th day of hospitalization, he had a fever of 39.0 Celsius degrees, yellowish sputum and increased lung lesion on chest Xray. Bacterial culture of bronchoalveolar

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

lavage fluid was positive with *Acinetobacter baumannii*, therefore antibiotics were changed to Imipenem. After 4 days of treatment, the patient was able to withdraw the endotracheal intubation, still had a fever of 38.8 Celsius degrees, then was transferred to the Respiratory Center with diagnosis of respiratory failure - hospital acquired pneumonia caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* - exacerbation of COPD - diabetes. The patient was not febrile after 5 days of treatment with Meropenem and Colistin and 7 days later, he was referred to lower level hospital for continuous treatment.

HO MÁU DO DỊ VẬT PHẾ QUẢN

Chu Thị Hạnh, Nguyễn Đức Nghĩa

Bệnh viện Bạch Mai

Dị vật đường thở có thể dẫn tới tử vong. Tần suất của dị vật đường thở thấp chỉ khoảng 0.66/100.000. Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi và người lớn tuổi trên 75 tuổi. Yếu tố nguy cơ của bệnh gồm rối loạn ý thức, chấn thương, ngộ độc, nghiện rượu.... Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn do dị vật gây ra và vị trí, thời gian của dị vật: Ho mạn tính do tắc nghẽn đường hô hấp dưới, viêm phổi tái đi tái lại, sốt, đau ngực và ho máu. Nội soi phế quản vừa là phương pháp chuẩn đoán và vừa là phương pháp điều trị, chủ yếu là gắp dị vật.

Bệnh nhân nam 64 tuổi tiền sử hút thuốc lá 15 bao/năm, ho máu nhiều lần không rõ chuẩn đoán vào viện vì ho máu. Bệnh nhân 2 ngày trước khi vào viện, ho ra máu đỏ tươi, số lượng 200ml, không sốt, không gầy sút cân, không khó thở. Vào viện trong tình trạng: Bệnh nhân tỉnh, HA: 120/70mmHg, M: 86 l/p, SpO₂: 96% thở oxy kính 2l/p, nhịp thở 19 lần/p. Bệnh nhân đã được chụp CT: Tổn thương thùy dưới phổi T theo dõi dị vật. Bệnh nhân soi phế quản: Máu chảy nhiều trong lòng phế quản. Bệnh nhân được đặt ống nội khí quản 2 nòng, cô lập phổi chảy máu, truyền máu, bù dịch. Sau đó bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt thùy phổi. Sau phẫu thuật tình trạng ổn định và ra viện sau 10 ngày.

HAEMOTYSIS DUE TO BRONCHIAL FOREIGN BODY

Chu Thị Hạnh, Nguyễn Đức Nghĩa

Bach Mai Hospital

Foreign bodies in the airways can be a potentially life-threatening event. These studies estimate the incidence of foreign bodies in the airways to be 0.66 per 100 000. It's Common in children under 1 year old and over 75 years old. Risk factors in adults include loss of

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

consciousness from trauma, drug or alcohol intoxication. Presenting symptoms of foreign bodies in the airways depends on the degree of obstruction caused by the foreign body, as well as the location and length of time that the foreign body has been in the airway: chronic cough, mimic pneumonia including fever, chest pain, and hemoptysis. Flexible bronchoscopy is effective both in the diagnosis and removal of foreign bodies.

A 64-year-old man, with a smoking history (15 packs cigarettes/year) admitted to the emergency department with hemoptysis. The patient stated he had small amounts of blood-streaked sputum for the past 2 days, but noted that immediately prior to coming to the emergency department he had coughed up approximately “a cup” of bright red blood about 200ml, no fever, no lean weight loss, no dyspnea. Hospitalized in the state: conscious, continues to cough up small amounts của bright red blood, blood pressure: 120/70mmHg, heart rate of 86 beats per minute, a respiratory rate of 20 breaths per minute,, SpO2: 96% on a 28% oxygen. CT scans: lesion of the lower lobe of the left lung with increase blood vessel, a hyperdense foreign body in left upper lobe of lung. Bronchoscopy: A lot of bleeding from left lower lobe bronchus. The patient was put on a double-lumen endobronchial tube, isolating the bleeding lungs, blood transfusion, and fluid transfusion. The patient was underwent a lower left lateral thoracotomy. After surgery, the condition was stable and was discharged after 10 days

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG NẤM PHỔI XÂM NHẬP

Chu Thị Hạnh, Đặng Thành Đô

Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Nhiễm nấm phổi xâm nhập ít phổ biến hơn nhiễm trùng do vi khuẩn và virus nhưng gây ra nhiều khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Chúng hay gặp ở những người bị suy giảm miễn dịch vì các bệnh lý ác tính của tế bào miễn dịch trong máu, tủy xương và hạch bạch huyết, bị nhiễm HIV, dùng thuốc ức chế miễn dịch. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nhiễm nấm phổi xâm nhập tại Trung tâm hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai: Bệnh nhân nữ 54 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, nhập viện vì sốt, ho khạc đờm vàng. Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh hai tuần tại bệnh viện tỉnh không đỡ sốt. Bệnh nhân được chuyển lên bệnh viện Bạch Mai, được nội soi phế quản có hình ảnh giả mạc trắng tại carina và phế quản hai bên, sinh thiết niêm mạc phế quản cho kết quả tổn thương viêm loét mạn tính kèm nhiễm nấm *Aspergillus fumigatus*. Bệnh nhân được điều trị amphotericin B, kháng sinh kết hợp. Bệnh nhân hết sốt sau 5 ngày điều trị, sau 2 tuần bệnh nhân được ra viện, điều trị duy trì bằng Sporol.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

INVASIVE FUNGAL INFECTIONS OF THE LUNG: A CASE REPORT

Chu Thi Hanh, Dang Thanh Do

Respiratory Center - Bach Mai Hospital

Invasive fungal infections of the lung are less common than bacterial and viral infections but pose significant problems in diagnosis and treatment. They mainly affect people who are immunosuppressed because of diseases, such as cancers of immune cells of the blood, bone marrow, and lymph nodes, and those with human immunodeficiency virus (HIV) infection. It also includes patients taking immunosuppressive drugs. We report a case of invasive fungal infection at the Respiratory Center - Bach Mai Hospital: A 54-year-old female patient with a healthy history, admitted with fever, coughing with sputum. She have been treated by antibiotics for two weeks at the local hospital but the symptoms did not improve. At Bach Mai hospital, patient with bronchoscopy showed images of white pseudomembranous at carina and bilateral bronchial, biopsy of the bronchial mucosa leading *Aspergillus fumigatus* infection. She treated with Amphotericin and antibiotics. The patient had no fever after 5 days of treatment. Two weeks later, the patient was discharged from hospital, maintenance treatment with Sporanox.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VIÊM PHỔI SẮC DẦU

Phan Thu Phương, Đào Ngọc Phú

Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai

Viêm phổi sắc dầu là bệnh hiếm gặp xảy ra khi hít phải các sản phẩm xăng dầu vào phổi, bệnh có thể gây nhiều biến chứng thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng viêm phổi sắc dầu tại Trung tâm Hô Hấp - Bệnh viện Bạch Mai: Bệnh nhân nam, 30 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, nhập viện vì khó thở, sốt cao. Bệnh diễn biến 6h sau khi bệnh nhân bị sắc dầu do hút dầu từ bình chứa. Sau khi chẩn đoán viêm phổi sắc dầu, bệnh nhân được nội soi phế quản cấp cứu, điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch và corticosteroid. Sau 10 ngày, tình trạng lâm sàng cải thiện, bệnh nhân ra viện dùng thuốc kháng sinh đường uống theo đơn. Tuy nhiên, 10 ngày sau, BN ho ra máu khoảng 5-10 ml kèm theo sốt cao, khó thở phải nhập viện trở lại. Tại Trung tâm Hô Hấp, bệnh nhân được chẩn đoán Viêm phổi áp xe hóa do sắc dầu và được điều trị kháng sinh kết hợp, ra viện sau 3 tuần.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

PNEUMONITIS FOLLOWING DIESEL FUEL SIPHONAGE: A CASE REPORT

Phan Thu Phuong, Dao Ngoc Phu

Respiratory center - Bach Mai hospital

Pneumonitis due to diesel siphonage is a rare disease which can cause a lot of complications even death if not diagnosed and treated promptly. We report a case of lung abscess as a result of diesel aspiration at Respiratory center in Bachmai hospital: a 30 year-old man admitted to the hospital because of dysapnea and fever. These symptoms appeared 6 hour after he was choked with petroleum diesel. He was diagnosed with hydrocarbon pneumonitis and treated by IV antibiotic, systemic corticosteroid and bronchoscopy. The patient got better after ten days and was discharged from hospital to continue taking oral antibiotic at home. However, ten days later, he coughed up about 5-10ml blood and had to be hospitalized again with shortness of breath and high fever. This time, he was diagnosed with lung abscess due to diesel and recovered after 3 - week treatment.

CNILICAL, PARACNILICAL MANIFESTATION AND THE TREATMENT OF EMPYEMA

Chau Quy Ngo, Trong Duc Pham

Ha Noi Medical University, Ha Noi, Viet Nam

Objective: Describe clinical and paraclinical manifestation of empyema. Remarks on the results of treatment of empyema and application of pleural checklist in the treatment of empyema.

Method: Descriptive cross sectional study.

Results: The average age of study subjects was 59.6 - 14.9 years, male accounts for 93.8%, female 6.2%. The average duration of treatment was 20.7 - 8.8 days, and the drainage time was 10 - 5.8 days. There was 96.87% successful treatment, 3.13% treated failed. 100% of patients were did hemostasis tests and sign commitments before the procedure, 100% of doctors use sterile instrument: gowns, masks, sterile gloves.

Conclusion: Pleural drainage is an effective method for treating empyema, patients who are not involved in surgery, should avoid surgical complications, under the location of the diagnostic vehicle. The doctor performed the principle of aseptic, so the incidence of low complications both before and after placing sonde drains the pleural cavity.

HỆ THỐNG NỘI SOI KHÍ PHẾ QUẢN CÓ CHỨC NĂNG NỘI SOI NHUỘM MÀU CHẨN ĐOÁN UNG THƯ SỚM I-SCAN

Bộ xử lý video DEFINA EPK - 3000

Câu trả lời cho mọi yêu cầu công việc hàng ngày.



Chất lượng hình ảnh tuyệt vời, định hướng tốt hơn

- Hình ảnh độ phân giải cao, sáng giúp hiện thị chi tiết, nhanh và rõ ràng các cấu trúc niêm mạc.
- Tính năng mở rộng dải tương phản động hỗ trợ tích cực cho việc **chiếu sáng/ hiển thị các vùng ở xa**.

Cải thiện kết quả chuẩn đoán

- Hình ảnh HD kết hợp với **công nghệ i-scan** giúp phát hiện nhanh hơn, dễ dàng khoanh vùng và hỗ trợ phân loại tổn thương.

Vận hành đơn giản

- Thu thập hình ảnh tĩnh trong quá trình nội soi với tính năng **freeze scan**.
- Thiết kế nhỏ gọn, giao diện thân thiện.

Dòng dây nội soi EB- J10

Kinh nghiệm tinh thể trong xuất - Độ nét cao tốt nhất

Hình ảnh sắc nét cho việc quan sát chi tiết

- Hình ảnh trực quan tuyệt vời của HD cho phép nhanh chóng và chi tiết, dẫn hướng xem xét hệ thống phế quản và dẫn đến phát hiện chính xác hơn về những bất thường hỗ trợ phân chia ranh giới chính xác các tổn thương và khối u.

Tin cậy cho người sử dụng và an toàn cho bệnh nhân

- An toàn cho người sử dụng và bệnh nhân. Dây soi EB-J10 tương thích với yêu cầu sự ra tăng vệ sinh thông qua các phụ kiện sử dụng 1 lần và khả năng tương thích STERRAD



Thiết kế tiện dụng chưa từng có cho dễ dàng hoạt động

- Tiện dụng chưa từng có và mức độ nhẹ nhất của tay cầm điều khiển, kết hợp với khả năng soi linh hoạt xuất sắc nhờ đầu ngoại biên rất nhỏ uốn cong dễ dàng trong hoạt động.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ BƠM RỬA MÀNG PHỔI BẰNG NƯỚC MUỐI SINH LÝ TRONG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO LAO

Cao Trung Đức, Hoàng Thị Phượng, Ngô Quý Châu

Đại Học Y Hà Nội, Bệnh viện Phổi Trung Ương

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ bơm rửa màng phổi bằng nước muối sinh lý trong tràn dịch màng phổi do lao.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tuổi trung bình: 37,24 - 12,04 tuổi, nam/nữ: 3/1. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau ngực (80,5%). Protein dịch màng phổi trung bình: $51,61 \pm 7,30$ g/l, bạch cầu dịch màng phổi: $3,65 \pm 2,52$ G/l, trong đó bạch cầu lympho chiếm ưu thế, trung bình: $61,39 \pm 23,15\%$. Giảm protein sau lần 1 và lần 3 bơm rửa: $28,04 \pm 19,43$ g/l và $10,52 \pm 6,27$ g/l có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Thể tích dịch bơm rửa lần 1, lần 2, lần 3 lần lượt là: 1396 ± 342 ml; 1266 ± 222 ml; 1130 ± 117 ml giảm đáng kể giữa các lần.

Kết luận: Bơm rửa màng phổi bằng nước muối sinh lý trong tràn dịch màng phổi do lao là phương pháp hỗ trợ điều trị có hiệu quả, giá thành rẻ, giảm nhanh triệu chứng, làm giảm protein qua đó làm giảm Cytokin viêm trong khoang màng phổi giúp hạn chế dày dính màng phổi.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

GIÁ TRỊ CỦA KỸ THUẬT GÂY KHẠC ĐỜM TRONG CHẨN ĐOÁN LAO PHỔI AFB ÂM TÍNH

⁽¹⁾Phan Thu Phương, ⁽²⁾Nguyễn Minh Sang

⁽¹⁾Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai

⁽²⁾Khoa Hô hấp Dị ứng - Bệnh viện Hữu Nghị

Đặt vấn đề: Gây khạc đờm đã được chứng minh là có hiệu quả trong chẩn đoán lao phổi tương đương với nội soi phế quản và cao hơn khạc đờm tự nhiên và hút dịch dạ dày. Ở Việt Nam kỹ thuật này còn chưa được ứng dụng nhiều.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân nghi lao mà không khạc được đờm hoặc bệnh nhân có xét nghiệm đờm tự nhiên 2 lần AFB âm tính.

Kết quả: Có 85 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, trong đó tỷ lệ gây khạc đờm thành công là 94,3%. Trong 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phân tích so sánh có 18 bệnh nhân lao hoạt động, 16 bệnh nhân được chẩn đoán (+) chỉ với kỹ thuật gây khạc đờm, 1 bệnh nhân được chẩn đoán bằng cả 2 bệnh phẩm gây khạc đờm và nội soi phế quản, 1 bệnh nhân được chẩn đoán chỉ bằng nội soi phế quản. Gây khạc đờm và nội soi phế quản có mức độ tương đồng rất cao trong chẩn đoán lao phổi với Kappa=0,92 và so sánh χ^2 với $p=0.000$. Đặc điểm của bệnh phẩm gây khạc đờm là số lượng thường đủ nhiều và màu sắc thường trong. Gây khạc đờm là kỹ thuật khá an toàn, tuy nhiên phải luôn đề phòng biến chứng khó thở đối với những bệnh nhân có tiền sử hen phế quản và/hoặc COPD.

Kết luận: GKĐ có hiệu quả chẩn đoán cao và an toàn./.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

VALUES OF SPUTUM STIMULATION TECHNIQUE IN NEGATIVE AFB TUBERCULOSIS DIAGNOSIS

⁽¹⁾Phan Thu Phuong, ⁽²⁾Nguyen Minh Sang

⁽¹⁾Respiratory Center - Bach Mai Hospital

⁽²⁾Respiratory Respiratory Department - Friendship Hospital

Background: Induced sputum has been shown to be an effective method in the diagnosis of pulmonary tuberculosis equal to bronchoscopy, higher than spontaneous sputum and gastroscopy. In Vietnam, this technique has not been applied widely.

Methods: A cross-sectional study design was used in patients suspected TB without sputum or smear-negative.

Results: 85 patients participated in the study, induced sputum successful rate was 94.3%. There were 51 patients matched the analyzed criteria, 18 patients were diagnosed active TB, of these 16 patients were diagnosed by induced sputum only, 1 patient was diagnosed by both induced sputum and bronchoscopy, only 1 patient was diagnosed by bronchoscopy only. Induced sputum and bronchoscopy had a perfect agreement in diagnosis of pulmonary tuberculosis with Kappa = 0,912 (95% CI: 0.792 - 1.000), Chi-square test $p= 0.000$. Induced sputum specimens were usually enough quantity and the color usually seem like broncho-alveolar liquiduced sputum was safe, but we must pay attention, especial when he had the medical history of asthma and/or COPD.

Conclusion: induced sputum was a helpful and safety technique. Compare with bronchoscopy, induced sputum had similar diagnostic value.

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

XỬ LÝ HẸP KHÍ QUẢN BẰNG NỘI SOI PHẾ QUẢN CAN THIỆP

Vũ Khắc Đại, Nguyễn Lê Nhật Minh, Chủ Quang Huy, Nguyễn Chi Lăng

Bệnh viện Phổi Trung ương

Mục tiêu: Nghiên cứu hiệu quả của nội soi phế quản can thiệp trong xử lý hẹp khí quản.

Đối tượng: 28 bệnh nhân có hẹp khí quản

Phương pháp: Mô tả đặc điểm lâm sàng, CT ngực và kết quả nội soi can thiệp điều trị bệnh nhân hẹp khí quản trong thời gian từ năm 2009 đến 2018 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Kết quả: Chúng tôi đã tiến hành nội soi phế quản can thiệp cho 28 bệnh nhân hẹp khí quản. Trong đó 14 bệnh nhân u khí quản được nội soi phế quản kết hợp điện đông cao tần và 14 bệnh nhân sẹo xơ chít hẹp khí quản được nong bằng ống soi phế quản, 08 trong 14 bệnh nhân được nong và đặt stent Dumon. Tất cả 28 bệnh nhân kết quả điều trị tốt, ra viện với toàn trạng tốt, hết hoàn toàn các dấu hiệu lâm sàng.

Kết luận: Chúng tôi nhận thấy nội soi phế quản kết hợp điện đông cao tần và nong, đặt stent khí quản là một phương pháp điều trị tốt, an toàn, hiệu quả và ít xâm lấn cho bệnh nhân u và sẹo xơ gây hẹp khí quản.

INTERVENTIONAL BRONCHOSCOPY FOR TRACHEAL STENOSIS

Vu Khac Dai, Nguyen Le Nhat Minh, Chu Quang Huy, Nguyen Chi Lang

Central Lung Hospital

Objectives: To study the efficacy of interventional bronchoscopy for tracheal stenosis

Subjects: 28 patients with tracheal stenosis

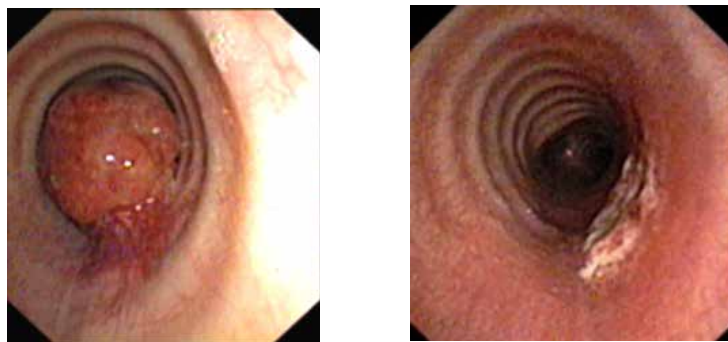
Methods: To describes the clinical characteristics, chest CT and result of interventional bronchoscopy for the treatment of tracheal stenosis at National Lung Hospital (2009 - 2018).

Results: 28 patients of trachial narrow were performed interventional bronchoscopy. Among that 14 cases of trachial tumor were applied bronchoscopy with electrocautery, and 14 cases of trachial scarring stenosis were managed by trachial dilatations, 8 of them

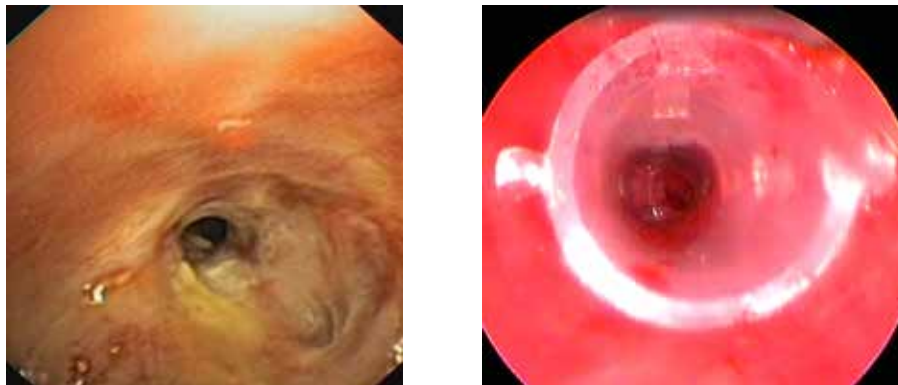
TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

was instalent Dumon stent. All twenty eight patients were successfully treated and out come with all states best, all clinical signs disappeared aways.

Conclusions: We conclude that the bronchoscopy combined electrocautery and the dilatation, and stent placement will be as good method for the management in the patients of trachial narrow due to tumor and scar with less invasive, effectiveness and safety.



Hình 1: Hình ảnh u khí quản trước và sau cắt



Hình 2: Hình ảnh sẹo hẹp khí quản trước và sau khi nong và đặt stent chữ Y

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

NỘI SOI PHẾ QUẢN SIÊU ÂM. MỘT SỐ KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU TẠI VIỆT NAM

⁽¹⁾Ngô Quý Châu, ⁽¹⁾Vũ Văn Giáp, ⁽²⁾Masao Hashimoto

⁽¹⁾Hoàng Anh Đức, ⁽¹⁾Nguyễn Ngọc Dư

⁽¹⁾Trung tâm hô hấp, bệnh viện Bạch Mai

⁽²⁾Trung tâm quốc gia sức khỏe toàn cầu Nhật Bản - NCGM

Tổng quan: Tổn thương trung thất như u, hạch trung thất có thể là các tổn thương nguyên phát hoặc thứ phát. Chẩn đoán và đánh giá các tổn thương này có vai trò quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh như trong các trường hợp u trung thất, ung thư phổi di căn hạch trung thất,... Việc chẩn đoán căn nguyên u, hạch trung thất gặp nhiều khó khăn do vị trí khó tiếp cận và trước đây cần tiến hành các thăm dò xâm lấn có nguy cơ tai biến cao: nội soi lồng ngực, nội soi trung thất, sinh thiết xuyên thành ngực. Nội soi siêu âm sinh thiết xuyên thành phế quản (EBUS) là kỹ thuật nội soi phế quản kết hợp với đầu dò siêu âm trong lòng phế quản để đánh giá cũng như tiếp cận các cấu trúc (u, hạch) trong trung thất.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hồi tiền cứu được thực hiện trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán u, hạch trung thất được tiến hành nội soi phế quản siêu âm sinh thiết tại trung tâm Hô hấp, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 7 năm 2019. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng ống nội soi phế quản siêu âm đầu dò lồi (convex probe EBUS) và kim sinh thiết Visi – shot của hãng Olympus, Nhật Bản. Các thông số nghiên cứu sẽ được thu thập trước, trong và sau quá trình can thiệp: các thông số lâm sàng (tuổi, giới, thời gian nằm viện); các thông số khi nội soi (vị trí hạch sinh thiết, tai biến sau khi nội soi); kết quả tế bào học và mô bệnh học.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 58,3 tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 9/33, 32/42 bệnh nhân nghiên cứu có tiền sử hút thuốc. Chúng tôi tiến hành sinh thiết trên 55 vị trí hạch trung thất qua siêu âm nội soi với các vị trí lần lượt là hạch nhóm 2 (7,3%); hạch nhóm 4 (43,7%); hạch nhóm 7 (38,2%); hạch nhóm 10 (3,6%); hạch nhóm 11 (7,2%). Kết quả tế bào học cho thấy: 12/42 bệnh nhân có tế bào ung thư. Kết quả mô bệnh học: 46,1 % bệnh nhân

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

(18/39) có chẩn đoán ung thư (gồm ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tế bào nhỏ, ung thư tế bào không nhỏ, ung thư biểu mô vảy, ung thư biểu mô); 5,1 % là tổn thương viêm lao (2/39); 43,6 % (17/39) là tổn thương viêm mạn tính; 3/42 trường hợp không lấy được bệnh phẩm để làm mô bệnh học. Sau can thiệp, tỷ lệ biến chứng là 0%.

Kết luận: Nội soi siêu âm sinh thiết xuyên thành phế quản (EBUS – TBNA) cho thấy vai trò quan trọng và tính an toàn cao trong chẩn đoán căn nguyên u, hạch trung thất.

ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND BRONCHOSCOPY - INITIAL EXPERIENCE IN VIET NAM

⁽¹⁾Ngo Quy Chau, ⁽¹⁾Vu Van Giap, ⁽²⁾Masao Hashimoto

⁽¹⁾Hoang Anh Duc, ⁽¹⁾Nguyen Ngoc Du

⁽¹⁾Respiratory center, Bach Mai hospital

⁽²⁾National Center for Global Health and Medicine – NCGM

Introduction: Mediastinal lesions such as tumors, lymph nodes may be primary or secondary lesions. Diagnosis and evaluation of these lesions have an important role in the treatment and prognosis, as in the case of mediastinal tumor, metastatic mediastinal lymph node. Difficulties on etiologic diagnosis due to inaccessible locations and previous invasive procedure with high risk of complication: thoracoscopy, mediastinoscopy, computed tomography-guided lung biopsy. Endobronchial ultrasound bronchoscopy (EBUS) is a procedure of bronchoscopy combined with ultrasonic bronchial probe to evaluate as well as access to structures (tumors, lymph node) in the mediastinum. With the aim of applying modern interventional bronchoscopy in the diagnosis of respiratory diseases, we conducted “Study on results of endobronchial ultrasound bronchoscopy to diagnosis mediastinal lymph node and tumor in Respiratory center Bach Mai hospital”.

Patients and Method: Pro-retrospective study was performed on 42 patients diagnosed with mediastinal tumor, lymph nodes undergoing endobronchial ultrasound bronchoscopy to

TÓM TẮT BÁO CÁO HỘI NGHỊ

biopsy at Respiratory Center, Bach Mai Hospital from July 2017 to July 2019. In our study, we used the endobronchial ultrasound bronchoscopy system with convex probe and Visi-shot biopsy needle from Olympus, Japan. Research parameters have been collected before, during and after the intervention: clinical parameters (age, gender, length of hospital stay); parameters during procedure (biopsy location, complications) cytology and histopathology results.

Results: The mean age of the study population was 58.3 years, female / male ratio was 9/33, and 32/42 study patients had a history of smoking. Biopsy sites of lymph node station (n = 55) were station 2 (7.3%); station 4 (43.7%); station 7 (38.2%); station 10 (3.6%); station 11 (7.2%). The cytological results showed that 12/42 patients had cancer cells. Histopathological results: 46.1% of patients (18/39) had cancer diagnosis (including epithelial carcinoma, small cell carcinoma, non-small cell carcinoma, squamous cell carcinoma, carcinoma); 5.1% were tuberculosis (2/39); 43.6% (17/39) were chronic inflammatory lesions; 3/42 cases cannot be obtained the sample for histopathology. After intervention, the complication rate was 0%.

Conclusion: Endobronchial ultrasound bronchoscopy (EBUS) showed the important role and the safety in the etiologic diagnosis of mediastinal tumor and lymph node.

MERONEM
meropenem

Tài liệu thông tin thuốc



Sumitomo Dainippon
Pharma



Ôi bệnh nhân như người thân

Tài liệu tham khảo: Từ hướng dẫn sử dụng thuốc

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

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

Ngày in tài liệu: .../.../...

THÔNG TIN SẢN PHẨM

**MERONEM 500mg, 1g Meropenem.**

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

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

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

dịch truyền tương thích (50 đến 200 ml) (xem Tương Kỳ và Thận Trọng Đặc Biệt Trong Bảo Quản). **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Mẫn cảm với hoạt chất hay bất kỳ thành phần tá dược. Mẫn cảm với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm carbapenem khác. Mẫn cảm trầm trọng (như là phản ứng phản vệ, phản ứng da nghiêm trọng) với bất kỳ thuốc kháng khuẩn nhóm beta-lactam khác (như là nhóm penicillin hay cephalosporin). **THẬN TRỌNG:** Có một số bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng về dị ứng chéo một phần giữa các kháng sinh carbapenem khác với các kháng sinh họ beta-lactam, penicillin và cephalosporin. Cũng như tất cả các kháng sinh họ beta-lactam, các phản ứng quá mẫn (nghiêm trọng và đôi khi tử vong) hiếm xảy ra. Trước khi bắt đầu điều trị với meropenem, nên hỏi kỹ bệnh nhân về tiền sử các phản ứng quá mẫn với các kháng sinh họ beta-lactam. Nên sử dụng thận trọng MERONEM IV cho bệnh nhân có tiền sử quá mẫn này. Nếu phản ứng dị ứng với meropenem xảy ra, nên ngưng thuốc và có biện pháp xử lý thích hợp. Khi sử dụng MERONEM IV cho bệnh nhân bị bệnh gan cần theo dõi kỹ nồng độ transaminase và bilirubin. Cũng như các kháng sinh khác, tăng sinh các vi khuẩn không nhạy cảm với thuốc có thể xảy ra, cần phải theo dõi bệnh nhân liên tục. Không khuyến cáo sử dụng thuốc trong trường hợp nhiễm trùng do các *Staphylococcus* để kháng với methicillin. Trên thực hành lâm sàng, cũng như tất cả các kháng sinh khác, viêm đại tràng giả mạc hiếm khi xảy ra khi sử dụng MERONEM IV và có thể ở mức độ từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Vì vậy, cần thận trọng khi kê toa các thuốc kháng sinh cho bệnh nhân có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, đặc biệt viêm đại tràng. Điều quan trọng là cần xem xét chẩn đoán viêm đại tràng giả mạc khi bệnh nhân bị tiêu chảy liên quan đến sử dụng thuốc MERONEM IV. Mặc dù các nghiên cứu cho thấy độc tố do *Clostridium difficile* sinh ra là một trong những nguyên nhân chính gây viêm đại tràng liên quan đến sử dụng các kháng sinh, cũng cần xem xét đến các nguyên nhân khác. Hiếm gặp báo cáo co giật trong quá trình điều trị với carbapenem, bao gồm meropenem. Nên thận trọng khi sử dụng đồng thời MERONEM IV với các thuốc có khả năng gây độc trên thận (Xem Liều Lượng và Cách Sử Dụng để biết liều dùng). Không khuyến cáo sử dụng đồng thời acid valproic/natri valproate với MERONEM IV. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh ở một số bệnh nhân. Nồng độ acid valproic huyết thanh có thể thấp hơn nồng độ điều trị (xem phần Tương tác thuốc). **Sử dụng cho trẻ em:** Hiệu quả và sự dung nạp đối với trẻ em dưới 3 tháng tuổi chưa được xác lập; do đó, không khuyến cáo sử dụng MERONEM IV cho trẻ em dưới 3 tháng tuổi. Chưa có kinh nghiệm sử dụng thuốc cho trẻ em bị rối loạn chức năng gan hay thận. Để thuốc ngoài tầm tay trẻ em. **PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Nên có bác sĩ giám sát trực tiếp cho mọi trường hợp sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai. Không nên sử dụng ở phụ nữ có thai và cho con bú trừ khi lợi ích vượt trội các rủi ro có thể xảy ra. **ẢNH HƯỞNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY:** Chưa có nghiên cứu. Lưu ý các triệu chứng nhức đầu, dị cảm, co giật đã được ghi nhận khi dùng thuốc. **TƯƠNG TÁC THUỐC:** Probenecid ức chế sự bài tiết meropenem qua thận, gây tăng thời gian bán thải và nồng độ meropenem trong huyết tương. Không khuyến cáo sử dụng đồng thời probenecid và MERONEM IV. Thuốc gắn kết với protein thấp (khoảng 2%), do đó tương tác với những hợp chất khác do sự phân tách khỏi protein trong huyết tương không dự kiến xảy ra. MERONEM IV có thể làm giảm nồng độ acid valproic huyết thanh, có thể thấp hơn nồng độ điều trị và vì thế nên tránh phối hợp. MERONEM IV đã được sử dụng đồng thời với các thuốc khác mà không có các tương tác bất lợi về dược lý. Sử dụng đồng thời kháng sinh với warfarin có thể làm tăng tác động chống đông của thuốc. Nên theo dõi thường xuyên chỉ số INR trong suốt quá trình sử dụng đồng thời kháng sinh với thuốc chống đông dạng uống và một khoảng thời gian ngắn sau khi sử dụng. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý:** Hiếm có các phản ứng ngoại ý trầm trọng. Phản nhóm theo tần suất: Thường gặp ($\geq 1/100$ đến $<1/10$): tăng tiểu cầu, nhức đầu, tiêu chảy, ói mửa, buồn nôn, đau bụng, tăng men ALT, AST, GGT, alkaline phosphatase, lactat dehydrogenase trong máu, phát ban, ngứa, viêm, đau; Ít gặp ($\geq 1/1.000$ đến $<1/100$): nhiễm nấm Candida miệng và âm đạo, tăng bạch cầu ái toan, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, dị cảm, tăng bilirubin trong máu, mề đay, viêm tĩnh mạch huyết khối; Hiếm gặp ($\geq 1/10.000$ đến $<1/1.000$): co giật, mất bạch cầu hạt; Rất hiếm gặp ($<1/10.000$): thiếu máu tán huyết, phù mạch, biểu hiện của sốc phản vệ, viêm đại tràng giả mạc, hoại tử biểu bì gây nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson, hồng ban đa dạng. **Sản xuất tại ACS Dobfar S.P.A Viale Addetta 4/12, Tribiano (MI), Milan, 20067, Ý. Đóng gói bởi và xuất xưởng bởi:** Zambon Switzerland Ltd. Via Industria 13, 6814 Cadempino, Thụy Sĩ. **Cơ sở giữ giấy phép lưu hành sản phẩm:** Zuellig Pharma Pte. Ltd, được ủy quyền bởi Sumitomo Dainippon Pharma Co., Ltd **Thông tin liên hệ:** Văn phòng đại diện Zuellig Pharma Pte. Ltd tại: 180-192 Nguyễn Công Trứ, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

ĐƠN VỊ TÀI TRỢ

Tài trợ Kim Cương

OLYMPUS®

Your Vision, Our Future

Tài trợ Bạch Kim



Tài trợ Vàng



Boehringer
Ingelheim



NOVARTIS



MSD

Tài trợ Bạc



Tài trợ Đồng



Abbott



VIMEDIMEX BÌNH DƯƠNG



PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Janssen & Johnson

OMRON



Sumitomo Pharmaceuticals
Asia Pacific

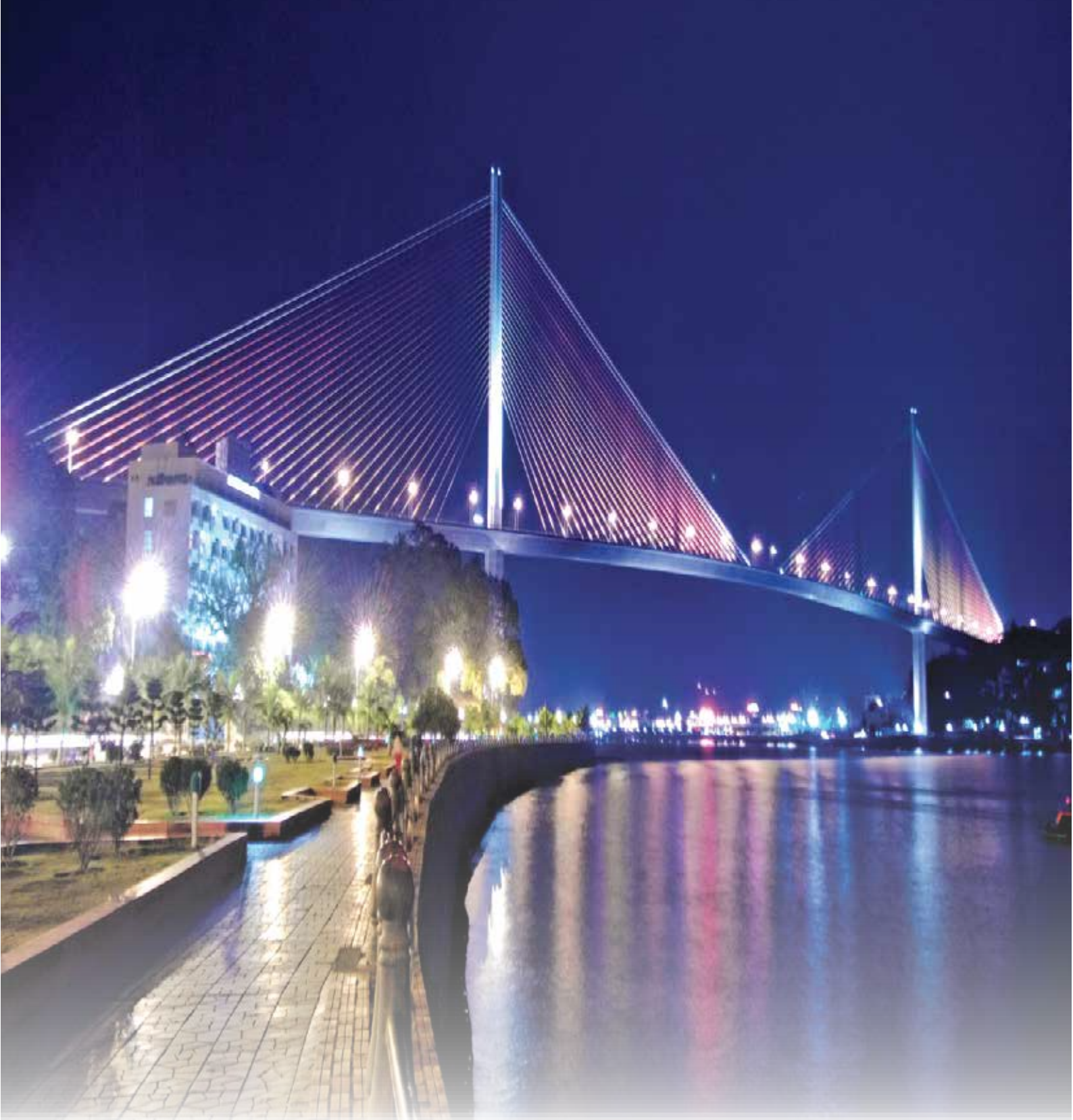
Tài trợ Khác



Đồng tài trợ



TÂN MAI THÀNH



HỘI HÔ HẤP VIỆT NAM
Địa chỉ: 78 Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 0243 629 1207
Email: hoihohapvietnam@gmail.com
Website: hoihohanvietnam.org